



SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE

MEDELLÍN - 2006

INVESTIGADORES:

YOLANDA TORRES DE GALVIS
N.D. EPIDEMIÓLOGA – MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA
Grupo Salud Mental - Facultad de Medicina CES

JORGE JULIÁN OSORIO GÓMEZ
M.D. - MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA
Grupo Observatorio de la Salud Pública - Facultad de Medicina CES

PIEDAD LILIANA LÓPEZ BUSTAMANTE
PSICÓLOGA – MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA
Grupo Psicología, Salud y Sociedad - Facultad de Psicología CES

ROBERTO MEJÍA
PhD. in Developmental Psychology
Grupo Salud Mental – Facultad de Medicina CES

Con la cofinanciación de:
Facultad de Medicina CES
Dirección de Investigaciones CES
Secretaría de Salud de Medellín

**Salud mental del adolescente
Medellín 2006**

ISBN: 978-958-98462-0-9

Editora

Yolanda Torres de Galvis

Investigadores

Yolanda Torres de Galvis
Jorge Julián Osorio Gómez
Piedad Lilibiana López Bustamante
Roberto Mejía

Diseño, diagramación e impresión
Editorial Artes y Letras Ltda.

Las fotografías utilizadas para este libro fueron tomadas del banco de imágenes disponibles en Royal Free bajo contrato de suscripción vigente entre la Universidad CES y Slide Depot Ltda.

Medellín, Colombia

Noviembre 2007

Con la cofinanciación de:

Facultad de Medicina CES
Dirección de Investigaciones CES
Secretaría de Salud de Medellín

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	9
Pertinencia social.....	9
Aporte a la educación.....	10
Justificación.....	11
Preguntas de investigación.....	12
1. MARCO CONCEPTUAL.....	15
1.1. JÓVENES.....	17
1.2. ADOLESCENCIA.....	19
1.3. LA JUVENTUD AYER Y HOY.....	20
1.3.1. Juventud: Tensiones y paradojas.....	22
1.3.2. Situación educativa de los jóvenes.....	25
1.4. FACTORES DE PROTECCIÓN Y DE RIESGO.....	25
1.4.1. Factores protectores.....	25
1.4.2. Factores de riesgo.....	26
1.5. LA FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO O PROTECCIÓN.....	27
1.5.1. Influencia de la familia en la salud mental del joven.....	28
1.5.2. Relación con los padres.....	32
1.5.3. Ejercicio de la autoridad.....	34
1.5.4. Divorcio o separación.....	37
1.5.5. Maltrato.....	39
1.6. OTROS FACTORES DE PROTECCIÓN.....	41
1.6.1. Autoestima.....	41
1.6.2. Espiritualidad.....	43
1.7. COMPORTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	44
1.7.1. Evidencia sobre magnitud del problema.....	44
1.7.2. Desórdenes de la conducta.....	45
1.7.3. Problemas mentales más comunes entre adolescentes.....	45
1.7.4. Desórdenes de ansiedad.....	45
1.7.5. Signos de desórdenes mentales pueden indicar necesidad de ayuda.....	48
1.7.6. Depresión.....	49
1.7.7. Suicidio.....	57
1.7.8. Ideación Suicida.....	63
2. METODOLOGÍA.....	69
2.1. TIPO DE ESTUDIO.....	69
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	69
2.3. PREPARACIÓN DE LA COMUNIDAD.....	70
2.3.1. Información a los directores de colegios.....	70

2.3.2.	Preparación de los estudiantes	70
2.4.	CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	71
2.4.1.	VARIABLES del instrumento de recolección.....	71
2.5.	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	71
3.	RESULTADOS GENERALES.....	75
3.1.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO.....	75
3.2.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN VARIABLES DE ESCOLARIDAD	77
3.2.1.	Grado académico.....	77
3.2.2.	Percepción sobre rendimiento académico	77
3.3.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN PERCEPCIÓN DE FELICIDAD	78
3.4.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN VARIABLES DE FAMILIA	81
3.4.1.	Distribución según tipo de familia	82
3.4.2.	Cohesión familiar.....	84
3.4.3.	Red de apoyo.....	87
3.4.4.	Relación con el padre	87
3.4.5.	Relación con la madre	89
3.5.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN EJERCICIO DE AUTORIDAD	92
3.5.1.	Quién ejerce la autoridad.....	92
3.5.2.	Quién regaña y castiga.....	92
3.5.3.	Quién asigna las reglas.....	94
3.5.4.	Tipo de ejercicio de la autoridad	94
3.6.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONVIVENCIA DE LOS PADRES.....	96
3.6.1.	Motivo para no convivencia	96
3.6.2.	Tiempo de no convivencia de los padres	98
3.6.3.	Sentimientos ante la no convivencia de los padres	98
3.7.	DISTRIBUCIÓN SEGÚN MALTRATO	98
3.7.1.	Distribución según tipo de maltrato	98
3.7.2.	Comportamiento de la escala de maltrato	102
3.8.	ALGUNOS FACTORES DE PROTECCIÓN	103
3.8.1.	Distribución según escala de relación con el maestro	103
3.8.2.	Distribución según escala de autoestima	106
3.8.3.	Distribución según escala de espiritualidad.....	106
3.8.4.	Distribución según escala de comportamiento prosocial	109
4.	RESULTADOS INDICADORES DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	113
4.1.	TRASTORNOS AFECTIVOS.....	113
4.2.	DEPRESIÓN	116
4.3.	IDEACIÓN SUICIDA	119
4.4.	COMPORTAMIENTO VIOLENTO.....	121
4.5.	PROBLEMAS ACADÉMICOS.....	124
4.6.	PROBLEMAS CON EL USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	127
4.7.	USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	131

4.7.1. Edad de Inicio	131
4.7.2. Prevalencia anual de consumo.....	133
4.8. PROBLEMAS CON EL USO DE "DROGAS".....	138
4.9. EVENTOS ESTRESANTES.....	140
4.10. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO AGUDO	143
4.11. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CRÓNICO	147
4.11.1. Distribución según escala de ansiedad rasgo	150
5. ANALISIS BIVARIADO	155
5.1. MALTRATO INFANTIL Y SUS ASOCIACIONES	155
5.2. COMPORTAMIENTO VIOLENTO Y SUS ASOCIACIONES.....	160
5.3. PROBLEMAS ACADÉMICOS Y SUS ASOCIACIONES.....	163
5.4. DUSI DEPENDENCIA A ALCOHOL Y SUS ASOCIACIONES	168
5.5. DUSI DEPENDENCIA A OTRAS DROGAS Y SUS ASOCIACIONES	171
5.6. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO AGUDO Y SUS ASOCIACIONES	175
5.7. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CRÓNICO Y SUS ASOCIACIONES	178
5.8. DEPRESIÓN Y SUS ASOCIACIONES	181
5.9. INDICADOR DE IDEACIÓN SUICIDA Y SUS ASOCIACIONES	184
6. CONCLUSIONES.....	189
BIBLIOGRAFÍA	193



Introducción

Pertinencia social

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha reconocido la importancia de hacer el diagnóstico oportuno de los problemas de salud mental en el niño y el adolescente, no sólo como una forma de prevenir problemas individuales y sociales, sino como la posibilidad de hacer de la vivencia de este momento evolutivo y de desarrollo, un espacio más pleno e integral.

En consonancia con el planteamiento de la OMS, en Colombia se han ido estableciendo acciones que permiten acercarse a la realidad del niño y el adolescente como sujetos de derecho, donde la salud es un elemento central en esta construcción. En la Constitución Política de 1991 se consagran, en el artículo 44, los derechos de los niños destacándose dentro de ellos: *"la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión"*. Además, en el artículo 45 se hace visible constitucionalmente a la población adolescente y se plantea que estos *"tienen derecho a la protección y a la formación integral"*.

La Ley No. 375 del 4 de julio de 1997, o **Ley de Juventud**, plantea que el Estado *"debe promover la formación integral del joven que contribuya a su desarrollo físico, psicológico, social, y espiritual"*. Se espera que esta construcción que realiza el adolescente como sujeto integral esté sustentada en unas condiciones posibles de salud, donde lo físico y lo mental se conjuguen y complementen. Como lo plantea esta ley, *"todo joven tiene derecho a vivir la adolescencia y la juventud como una etapa creativa, vital y formativa"*.

Sin embargo, es evidente que existen dificultades en la salud mental del adolescente en Colombia y en la ciudad de Medellín. El impacto de la violencia, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y el deterioro de la calidad de vida, hacen que esta realidad se haya complejizado aún más. Según el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia

en 2003, aparece como preocupante que dos de cada cinco colombianos han presentado algún trastorno de salud mental por lo menos una vez en su vida, y que la etapa entre los 14 y los 27 años, es el momento más frecuente de aparición de los mismos. Además, y esto es posiblemente el elemento que mayor preocupación conlleva, sólo una de cada diez personas que presentó algún trastorno mental recibió algún tipo de atención.¹

A partir de este panorama, que presenta a un sujeto adolescente visibilizado en el plano constitucional, que es asumido como sujeto de derecho y con potencialidades, que es intervenido y leído por múltiples instancias, y que en su vivencia individual y colectiva se observa como complejo y con múltiples dificultades, se hace necesario conocer a profundidad su estado de salud mental, identificar sus problemáticas más comunes, los factores que ponen en riesgo su salud mental y los factores protectores que a nivel familiar y social puedan dar luces y brindar alternativas de comprensión, que reconduzcan las intervenciones sobre ellos y abran nuevas rutas de acercamiento.

En la ciudad de Medellín, se ha sentido la necesidad de conocer ésta situación como la base para la búsqueda de soluciones, y es así como desde la Secretaría de Salud y el mismo Concejo Municipal, se ha hecho explícita la voluntad de apoyar ésta investigación.

Dada la ausencia de un diagnóstico integral de la situación de salud mental del adolescente, la investigación aspira llenar éste vacío al ofrecer información actualizada y válida para la toma de decisiones y la orientación de programas.

Se espera que los datos generados sean utilizados en tal forma que favorezcan el mejor desarrollo del adolescente, lo hagan partícipe en la construcción de las soluciones como sujeto responsable de sí mismo, se mitiguen y disminuyan sus problemáticas, y contribuya al desarrollo armónico del ciudadano del presente y del futuro.

Aporte a la educación

Por ser una investigación sobre la población en edad de cursar educación básica y media, los resultados del estudio redundarán en forma directa sobre el aumento del rendimiento del estudiante y en la disminución de su ausentismo.

Además, los resultados del estudio generarán información fundamental para la formulación de políticas y debe orientar contenidos dentro de los modelos curriculares que propendan por la prevención de la problemática estudiada.

Igualmente podrá ser un aporte para incluir en la formación de los docentes.

Justificación

Su justificación esta dada por los datos que se presentan a continuación:

- La morbilidad por desordenes mentales que se presenta en el mundo, con un 20% de niños y adolescentes que sufre de algún desorden o enfermedad mental que los incapacita.²
- El suicidio representa la tercera causa de muerte entre los adolescentes.³
- La depresión mayor tiene a menudo su inicio en la adolescencia, y se asocia a problemas psicosociales severos y al incremento del riesgo de comportamientos relacionados con desórdenes de la conducta y suicidio.⁴
- El conocimiento acerca de los desórdenes de la conducta que tienden a persistir en la adolescencia y vida del adulto, manifestándose como abuso de drogas, delincuencia juvenil, criminalidad del adulto, comportamiento antisocial, problemas maritales, malas interrelaciones en el trabajo y desempleo, problemas interpersonales y mala salud física.⁵
- Los costos crecientes para la sociedad como consecuencia de los desórdenes de la conducta diagnosticados en la niñez y que persisten en el adolescente y el adulto.

A pesar de que en el país y específicamente en Antioquia se han realizado estudios sobre la situación de salud mental de la población, este grupo no había sido suficientemente estudiado. Como consecuencia, los encargados de la toma de decisiones, Secretaría de Salud de Medellín y Concejo Municipal, se motivaron con esta problemática, puesto que indicadores como suicidio en jóvenes, percepción de riesgo psicosocial, participación de este grupo como actores y víctimas de la violencia social, embarazo en las adolescentes y consumo de sustancias psicoactivas, han venido en aumento.

Dada la voluntad de la Secretaría de Salud de utilizar los resultados para la formulación de políticas y la orientación de intervenciones para la solución de problemas, así como el interés de participar activamente en la ejecución del proyecto y la experiencia del Grupo de Salud Mental de la Facultad de Medicina del CES, la disponibilidad de una serie de escalas sobre factores de riesgo y protección validadas en estudios previos por el mismo grupo y la posibilidad de trabajo conjunto con el Grupo Psicología, Salud y Sociedad - de Facultad de Psicología de la misma institución se logró el propósito, de llenar el vacío sobre el comportamiento de la salud mental de nuestros adolescentes ofreciendo el diagnóstico de los principales trastornos, del comportamiento de los

factores asociados y en esta forma permitir la orientación de los programas hacia la práctica basada en la evidencia.

Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la magnitud del problema de salud mental en nuestros adolescentes?
- ¿Cuáles son los trastornos mentales de mayor frecuencia en la población estudiada?
- ¿Cómo se comporta la morbilidad y la comorbilidad por trastornos mentales, según las variables estudiadas?
- ¿Cómo se comporta la frecuencia de los factores de protección y los factores de riesgo para los trastornos mentales estudiados?
- ¿Cuál es el grado de asociación entre los factores estudiados y los diferentes trastornos mentales?

Capítulo 1

Marco conceptual



Yolanda Torres de Galvis
Jorge Julián Osorio Gómez
Roberto Mejía



Marco Conceptual

"Los niños son nuestro futuro. Con la política y el planeamiento bien concebidos, los gobiernos pueden promover la salud mental de los niños y los adolescentes, para su beneficio, el de la familia, la comunidad y la sociedad." OMS 2005 ⁶

La salud mental es un componente crítico de la salud general de los niños y adolescentes. Fomentar su salud social y emocional como parte del desarrollo sano debe ser una prioridad. La promoción de la salud mental y el tratamiento de desórdenes mentales del niño y el adolescente, deben ser metas importantes de la salud pública.⁷

Según la OMS los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como *"estado de bienestar sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, por el que los individuos reconocen sus capacidades y pueden hacer frente a las tensiones normales de la vida, trabajar, ser productivos, así como formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social de sus comunidades."* La aplicación de tales definiciones a los adolescentes así como identificar problemas de salud mental en la gente joven pueden ser difíciles, dado los cambios en comportamiento, las capacidades del pensamiento e identidad que ocurren durante estos años.

La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Pese a ello, sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento. Los avances en neurociencia y medicina conductual han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, estos trastornos son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Aunque nos queda todavía mucho que aprender, disponemos ya de los conocimientos y la capacidad para reducir la carga que suponen las enfermedades mentales y del comportamiento en el mundo.

Para todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes. Cuanto mayores son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia básica de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países.

La salud de los adolescentes (10 a 19 años de edad) y de los jóvenes (15 a 24 años de edad) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de Las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de las y los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada.

Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que éstos, en comparación con los niños y los adultos mayores, sufren de pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas. Sin embargo, aunque gran parte de los hábitos nocivos para la salud son adquiridos durante la adolescencia, no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante esta etapa pero sí en años posteriores.⁸ De hecho, la OMS estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia.

Datos de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) estiman que en 1999, la población de 10 a 19 años representaba el 21% de la población total de la región, siendo la distribución homogénea por sexo. Por otra parte, se estimaba que en el año 2000, 80% de la población joven (10 a 24 años) vivía en áreas urbanas. El deterioro de las condiciones de vida de la población ha afectado en mayor medida los hogares donde existen niños y adolescentes tanto en áreas urbanas como rurales.

La pobreza en el año 2000 alcanzó a 56% de los niños y adolescentes de 0 a 19 años de edad en América Latina, lo anterior se agrava ya que existen buenas razones para considerar la pobreza como la privación de las necesidades básicas y no sólo como una renta baja. La privación de capacidades elementales puede traducirse en una mortalidad prematu-

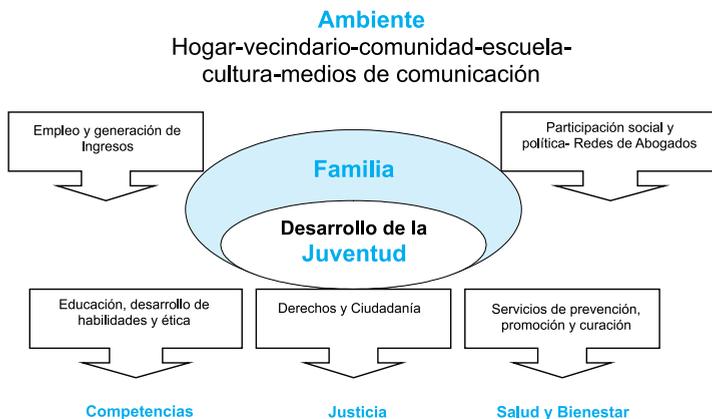
ra, un grado significativo de desnutrición, una morbilidad persistente y un alto grado de analfabetismo y otros fracasos.

Las nuevas economías exitosas colocan en primer término el conocimiento y la innovación, que dependen del perfil de recursos humanos de la sociedad. Es posible afirmar que fallar en la inversión en las primeras etapas del desarrollo humano de los individuos, en los primeros años de vida, afectará la prosperidad económica al menos de dos maneras:

- La falta de recursos calificados para sostener el crecimiento económico futuro.
- Aumento de la carga social, por problemas que comenzarán temprano en el desarrollo de los individuos.

Los efectos de una infancia y una adolescencia pobres, pueden verse reflejados en problemas de salud mental, en la proporción de niños que no pueden continuar su educación y tienen dificultad para acceder al mercado laboral y en la proporción de ellos que pueden presentar problemas de conducta.⁹

Se sabe que la inversión en la salud del adolescente representa un ahorro en el futuro próximo para las sociedades, La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha propuesto un modelo integral para orientar las políticas de desarrollo y salud del adolescente, que se puede ver en la siguiente figura.



1.1. Jóvenes

La actual generación de jóvenes es la mayor registrada en la historia humana. Casi la mitad de la población mundial -más de 3000 millones

de personas- tienen menos de 25 años. De esos jóvenes, un 85% vive en países en desarrollo.

Muchos de ellos están llegando a la adultez sumidos en la pobreza y enfrentando el peligro del VIH y el SIDA. Casi un 45% de todos los jóvenes -515 millones- sobreviven con menos de dos dólares diarios.¹⁰

Dentro del grupo de los jóvenes, los adolescentes están en una particular etapa de formación. Hay 1200 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad,¹¹ rebosantes de energía y posibilidades. Sus mentes están abiertas a recibir conocimientos, adquirir aptitudes y absorber valores. Sus actitudes aún están en formación. Necesitan conocimientos prácticos y aptitudes para la vida, además de acceso a los servicios de salud reproductiva y la información al respecto, tanto para su propio bienestar como para su más plena participación en el desarrollo de sus países.

"Algunos grupos piensan que somos demasiado jóvenes para saber. Deberían tener presente que somos demasiado jóvenes para morir", (Héctor, 20 años de edad, Honduras, miembro del Programa UNFPA Global Youth Partners).

En la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, no se menciona a los adolescentes, quienes están en gran medida ausentes en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). No obstante, dado que representan una proporción tan grande de los pobres del mundo, afectan y están afectados por todos esos objetivos. A lo largo de los próximos diez años, los adolescentes de hoy participarán en el logro de los ODM. Antes del plazo que vence en 2015, quienes hoy tienen diez años tendrán 20 y estarán preparados para asumir plenamente el papel de agentes del desarrollo. Las decisiones normativas con respecto a la educación, la salud, el empleo y los derechos humanos de los jóvenes de hoy también afectarán la próxima ola de 1200 millones de niños que llegarán a la adolescencia hacia 2015¹². Las decisiones que hoy se adopten -o las oportunidades que se pierdan- revertirán durante varias generaciones futuras.¹³

El uso y los significados de los términos "jóvenes", "juventud", y "adolescentes" varían en diferentes sociedades del mundo, en función del contexto político, económico y sociocultural. Según las Naciones Unidas se pueden definir los siguientes grupos:

- Adolescentes: 10 a 19 años de edad (adolescencia temprana, 10 a 14 años; adolescencia tardía, 15 a 19 años)
- Juventud: 15 a 24 años de edad

1.2. Adolescencia

La adolescencia es definida como una etapa del ciclo vital 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, pero esencialmente positivas.

De acuerdo con la OMS, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años, coincidiendo con la propuesta por Naciones Unidas que ha trabajado el tema de la juventud y es acogida para el presente estudio.

La adolescencia empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad (rápido crecimiento del cuerpo, calcificación de los huesos, cambios hormonales y aparición de las características sexuales primarias y secundarias, al igual que las reacciones psicológicas a estos cambios) y termina cuando se llega al pleno estatus sociológico del adulto.

La adolescencia considerada como un período crítico de desarrollo, representa una etapa de tensiones particulares en nuestra sociedad; es un período de transición y de línea divisoria, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y el posterior inicio de la adultez. Para algunos es un período de incertidumbre y desesperación; para otros, es una etapa de amistades, de disminución de ligaduras con los padres y de sueños acerca del futuro.

Es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. Los adolescentes son conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa, entre tanto, su cuerpo continuamente los modifica; sin embargo la adolescencia también ofrece nuevas oportunidades que los jóvenes muchas veces pierden por diferentes motivos.

La adolescencia es el principio de un gran cambio en el que se empieza a tomar decisiones propias y en el que a medida que va pasando el tiempo, se sabe que esas decisiones, tendrán una consecuencia buena o mala. Es el principio de la propia vida.

Todos estos factores ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada joven, lo que hace temprana o tardíamente que éste obtenga una maduración intelectual. Dependiendo de dicha maduración intelectual, emocional y social, el adolescente se hace más idóneo para ponerse en sintonía con los demás, para dialogar con sus coetáneos y con los adultos, para descubrir el significado de sus actividades, para colaborar en el plano de las ideas. Los cambios condicionados por la pu-

bertad tienen una incidencia fundamental en el proceso de emancipación de la familia por parte del adolescente.

Muchos de los conflictos que viven, por no decir todos, sin excepción, constituyen episodios absolutamente normales dentro del mismo proceso evolutivo impuesto por el desarrollo del individuo. Esta normalidad sin embargo, no evita que los adolescentes vivan esta etapa con incertidumbre y ansiedad.

Aunque los conflictos que vive el adolescente constituyen episodios inevitables en el desarrollo del ser humano, los jóvenes sucumben temporalmente a la incertidumbre y a la ansiedad. En semejante situación reaccionan poniendo en juego sus recursos cognitivos, que al ser desviados de su función original disminuyen temporalmente las facultades del individuo.

Es ese difícil tránsito entre la niñez y la adultez, entre dos mundos maravillosos, en el cual, idealmente, en uno de ellos se recibe y en el otro se da. La adolescencia, es la desazón por cambiar del recibir al dar y finalmente, la naturaleza es sabia y es obligatorio el tránsito, aunque la gran mayoría de los seres humanos, pasamos a la adultez, con ese pequeño detalle, el no querer llegar.

Es un periodo de cambios bio-psico-sociales donde el individuo está en una búsqueda de la propia identidad lo cual lo convierte en una persona que es susceptible a cambiar repentinamente su forma de actuar, está en contra de la injusticia pero al tiempo en que cree en la justicia, si puede conseguir las cosas de la manera mas fácil no duda en hacerlo.

Tiene gran interés por lo que ocurre fuera del contexto familiar, lo que lo hace vulnerable a las adicciones si no hay una buena comunicación con su familia nuclear, la adolescencia no es el periodo mas critico de las etapas de la vida pero si no se da una educación con limites bien establecidos y con las figuras de autoridad apropiadas o no se respetan normas y acuerdos, se corre el riesgo de que los padres sean reemplazados por otras personas con las cuales el adolescente se identifica y pierden autoridad y mando

1.3. La juventud ayer y hoy¹⁴

Según Pierre Bourdieu, la juventud "*no sería más que una palabra*": creación social para definir un período etareo que debiera cumplir con ciertas expectativas, emerge históricamente como un actor social, o como "*un grupo de agentes*" posibles de analizar y tematizar, en el momento en que la mayoría tiene acceso a la enseñanza y se enmarca de

esta forma en un proceso de "*moratoria de responsabilidades*", que en épocas anteriores no se daba. El joven vive así un estatus temporal en que "no es niño, ni adulto".¹⁵

La vida moderna sitúa a los jóvenes en el proceso de preparación para entrar en el sistema productivo e independizarse respecto de sus familias de origen. La juventud pasa a ser objeto de discusión y análisis cuando los mecanismos de tránsito de una edad a otra no coinciden con los de integración social, vale decir, cuando aparecen comportamientos definidos como disruptivos en los jóvenes, porque los canales de tránsito de la educación al empleo o de la dependencia a la autonomía, o de la transmisión a la introyección de valores, se vuelven problemáticos. Conflictividad o apatía política, deserción escolar, postergación de la procreación, desempleo masivo, crisis normativa o conductas de riesgo pasan a ser parte del lenguaje que la sociedad usa para referirse a la juventud.

Desde la perspectiva de los jóvenes, la identidad es una fuente de tensión entre imperativos de integración y pulsiones de individuación. Paradójicamente, la modernidad les coloca el doble signo de prepararse para la inserción social productiva y definir sus propios proyectos con plena autonomía. El problema mayor es que la identidad pasa simultáneamente por el anhelo de inclusión social que la mayoría de los jóvenes tiene en sus proyectos de vida y la pregunta por el sentido de esa misma inclusión.

Tradicionalmente, se ha identificado a la juventud como una fase de transición entre dos etapas: la niñez y la adultez. De esta manera, se entendió a la juventud como un proceso de transición, en que los niños se van convirtiendo en personas autónomas. En el lenguaje cotidiano, joven era sinónimo de inmaduro, incapaz de asumir grandes responsabilidades adecuadamente; su papel se concebía como moratoria y aprendizaje para el trabajo, la conformación de una familia y la autonomía de la vida adulta.

Hoy, a medida que se difunde en la estética el culto a la lozanía, en el mundo productivo el culto a la adaptabilidad, y en el mundo recreacional el culto a la vitalidad, el ser joven se convierte en bien preciado por los adultos. No por nada se ha acuñado el término "adulto joven".

Desde el punto de vista del desarrollo bio-psico-social, el inicio de la juventud se asocia a la pubertad y la adolescencia, con todos los cambios psicológicos y hormonales que dicho proceso conlleva, como la identificación sexual y el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, la búsqueda de la autonomía e independencia, el cambio de la importancia en los grupos de referencia (pasando de la

primacía de la familia a la del grupo de pares), el diseño de proyectos personales de vida, entre otros rasgos definitorios.

En las generaciones anteriores la adolescencia se iniciaba a edades más tempranas que en la actualidad. Hoy, debido a la prolongación del proceso educativo, las percepciones de incertidumbre económica y laboral, así como las mayores aspiraciones de los jóvenes, han hecho que progresivamente se postergue la edad promedio en que el joven se hace adulto mediante el trabajo y la creación de su propia familia.

Lo anterior hace difícil establecer límites analíticos claros y permanentes con respecto a la juventud. Más aún, no son igualmente válidos para todos los países ni grupos sociales, y no se puede hablar de una juventud homogénea, sino de una etapa en que sus integrantes viven un proceso de cambio, en cuyo desarrollo se suceden etapas diferenciales en cuanto a las principales actividades que realizan (estudio versus trabajo), su grado de independencia y autonomía (económica y afectiva) y al rol que ocupan en la estructura familiar (hijo, jefe de hogar o cónyuge).

Tomando como perspectiva el criterio demográfico, las Naciones Unidas han establecido un rango de edad para definir a la juventud entre 15 y 24 años. Sin embargo, distintos países de Ibero América amplían dicho rango, iniciándolo a los 12 años (Colombia y México) y terminándolo a los 29 años (México, Portugal y España).

1.3.1. Juventud: tensiones y paradojas

Para comprender lo que ocurre con la juventud, es preciso entender que vive hoy con mayor dramatismo que el resto de la población, una serie de tensiones o paradojas. A continuación se plantean las principales propuestas en el documento de la CEPAL sobre juventud, publicado en el 2004, que permiten una aproximación a los y las jóvenes desde la perspectiva del tipo de conflictos que les toca vivir:

- Una primera tensión o paradoja es que la juventud goza de **más acceso a educación y menos acceso a empleo**. Los jóvenes de hoy tienen más años de escolaridad formal que las generaciones precedentes, pero al mismo tiempo duplican o triplican el índice de desempleo con respecto a esas generaciones. En otras palabras, están más incorporados en los procesos consagrados a la adquisición de conocimientos y formación de capital humano, pero más excluidos de los espacios en que dicho capital humano puede realizarse, a saber, el mundo laboral y la fuente de ingresos para el bienestar propio.

Lo anterior sucede en parte, porque el progreso técnico exige más años de educación para acceder a empleos modernos y por



tanto enfrentamos una dinámica de devaluación educativa (la misma cantidad de años de escolaridad “valen menos” hoy que hace dos décadas); y en parte, porque la nueva organización laboral restringe puestos de trabajo y hace más inestable el empleo.

- Una segunda paradoja o tensión: los jóvenes gozan de **más acceso a información y menos acceso a poder**. Por una parte, la juventud tiene proporcionalmente mayor participación en redes informáticas que otros grupos etareos y más acceso a información merced a su alto nivel de escolarización y de consumo de los medios de comunicación. Pero por otra, participa menos de espacios decisorios de la sociedad. Aquí también existe una asincronía entre mayor inclusión juvenil en cuanto a acceso a información y redes, y mayor exclusión en lo referente a la ciudadanía política. Si bien los jóvenes manejan e intercambian más información que otros grupos, no es menos cierto que se sienten poco representados por el sistema político y estigmatizados como disruptores por los adultos y las figuras de autoridad.
- Una tercera tensión se produce porque la juventud cuenta hoy con **más expectativas de autonomía y menos opciones para materializarla**. Los jóvenes cuentan hoy con capacidades que los adultos no tienen para insertarse en los nuevos desafíos de la sociedad de la comunicación; como más escolaridad, mayor fluidez en la “convergencia digital” y un uso más familiarizado con la comunicación interactiva a distancia. Al mismo tiempo, han interiorizado las expectativas de autonomía propias de la sociedad moderna y postmoderna; y esta expectativa es mayor que en generaciones precedentes que crecieron bajo patrones más tradicionales.

Sin embargo, los jóvenes chocan con factores concretos que les postergan la realización de esa misma autonomía: mayor retraso en la independencia económica, ya que hoy existen mayores requerimientos formativos y más dificultades para obtener una primera fuente de ingresos; en consecuencia, están más socializados en nuevos valores y destrezas, pero más excluidos de los canales para traducirlas en vidas autónomas y realización de proyectos propios. Esta tensión acrecienta sus crisis de expectativas.

- Una cuarta tensión o paradoja se funda en que los jóvenes **están mejor provistos de salud pero es menos reconocida su morbimortalidad específica**. En el ciclo de la juventud son muy bajas las probabilidades de enfermar gravemente o morir. Pero por otra parte, presentan un perfil de morbimortalidad que se origina en la mayor prevalencia de accidentes, agresiones físicas, uso nocivo de drogas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados.

De manera que viven un contraste entre buena salud y riesgos de enfermar poco cubiertos por los sistemas de seguridad en salud. Por tanto desde la perspectiva de la atención hospitalaria, como de la prevención de riesgos, la juventud enfrenta un vacío.

- La quinta paradoja o tensión la constituye el hecho de que los jóvenes son **más dúctiles y móviles, pero al mismo tiempo más afectados por trayectorias migratorias inciertas**. Las restricciones en empleo, ingresos y desarrollo personal en muchos países de la región, sumados a los tradicionales factores de expulsión en zonas rurales que inducen a la juventud a desplazarse, plantean hoy el fenómeno migratorio como uno de los temas de inclusión/exclusión social.

Esto alude tanto a las condiciones de expulsión como a las situaciones en los lugares de recepción. En estos últimos, la exclusión de los recién llegados se produce porque no tienen plena ciudadanía, no forman parte de la sociedad que los recibe, enfrentan dificultades para acceder a empleos estables y deben asimilarse a otra cultura.

- Una sexta paradoja o tensión consiste en que los jóvenes son **más cohesionados hacia adentro, pero con mayor impermeabilidad hacia fuera**. Sin duda los nuevos patrones de consumo cultural de la juventud, sobre todo en relación con la industria audiovisual, provee de íconos y referentes que permiten a gran parte de este grupo generar identidades colectivas y participar de universos simbólicos. Si bien estos referentes de identidad pueden ser cada vez más efímeros y cambiantes, hacen de la juventud un actor de gran creatividad cultural.

Por otra parte, se trata de identidades poco consolidadas, fragmentarias, a veces bastante cerradas, que contrastan con las crecientes dificultades para armonizarse con el resto de la sociedad, particularmente con la población adulta y las figuras de autoridad.

- En séptimo lugar, los jóvenes parecen ser **más aptos para el cambio productivo, pero más excluidos de este**. Los principales signos de estos tiempos son la institucionalización del cambio y la centralidad del conocimiento como motor del crecimiento y ambos factores colocan a la juventud en una situación privilegiada para aportar al desarrollo.
- Una octava tensión se produce entre la **expansión del consumo simbólico y la restricción en el consumo material**. A medida que se expande el consumo simbólico (por mayor acceso de la juventud a educación formal, medios de comunicación, mundos virtuales y a los íconos de la publicidad), pero se estanca el consumo material (porque la pobreza juvenil no se

reduce y se restringen las fuentes de generación de ingresos), se abren las brechas entre expectativas y logros. Los jóvenes quedan expuestos a un amplio abanico de propuestas de consumo, y la cultura juvenil cobra mayor presencia en los cambios de sensibilidad de las sociedades iberoamericanas.

1.3.2. Situación educativa de los jóvenes

La mayoría de los países latinoamericanos y del caribe enfrentan hoy un problema grave de deserción escolar. En América Latina, solo la mitad de los estudiantes que se matriculan en la educación primaria terminan dicho ciclo. Esto afecta específicamente a los jóvenes, pues la continuidad en el nivel secundario coincide con el ingreso al segmento juvenil.

Además, si bien en materia de género existe igualdad en logros (con leve superioridad de las mujeres), cuando se comparan grupos de ingresos o bien jóvenes del área rural o urbana, se observan fuertes contrastes en logros educativos en todos los niveles, en perjuicio de los más pobres y los jóvenes del área rural.

Al examinar el número promedio de años de estudio tanto de los jefes como del conjunto de los miembros del hogar ocupados, se advierte un alto grado de correspondencia entre la distribución del ingreso y la de la educación: a mayor nivel de educación, mayor nivel de ingresos percibidos. Lamentablemente, el 80% de los jóvenes urbanos de los países latinoamericanos provienen de hogares cuyos padres cuentan con un capital educativo insuficiente (menos de 10 años de estudio) y entre un 60% y un 80% no alcanza el umbral educativo básico para acceder al bienestar.

Finalmente, la educación está llamada a jugar nuevos roles a las puertas de la sociedad del conocimiento, lo que implica redoblar esfuerzos y modificar enfoques. Entre estos nuevos roles destacan el socializar a los educandos en las redes digitales y el uso de la computadora, hacer más equitativas las oportunidades a fin de reducir las brechas espaciales y de grupos de ingreso, educar para el ejercicio de la ciudadanía en la sociedad del conocimiento y para convivir en sociedades cada vez más diversas y multiculturales.

1.4. Factores de protección y de riesgo

1.4.1. Factores protectores

Con todos los cambios que se dan en la etapa adolescente es necesario entender el significado de factores protectores, dado que son estos los

que en un momento determinado protegen o hacen menos vulnerables a los adolescentes para el desarrollo de alguna patología que afecte su salud mental; estos factores se definen como determinadas circunstancias, características y atributos que facilitan el logro de la salud y en el caso de los adolescentes su calidad de vida, desarrollo y bienestar social. Son susceptibles de modificarse e intensificarse y no ocurren necesariamente de manera espontánea o al azar.

Los efectos positivos de estos factores deben ser considerados durante todas las etapas del ciclo vital y no sólo en la adolescencia.

En relación con los adolescentes, se han identificado determinados factores protectores:

- Una estructura y dinámica familiar que satisfaga los procesos físicos y funcionales de la familia.
- Unas políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la niñez y la adolescencia con acciones específicas que permitan la salud integral, el desarrollo y el bienestar social.
- El desarrollo de un medio ambiente saludable y seguro.
- La promoción del auto cuidado en relación con la salud reproductiva.
- La igualdad de oportunidades para el acceso a la salud y a la educación.
- La práctica del tiempo libre, el desarrollo y el bienestar.
- La autoestima.
- Los eventos vitales que permitan la identificación y refuerzo de las defensas endógenas y exógenas frente a situaciones traumáticas y de estrés, reconociendo la capacidad de recuperación, ante condiciones adversas, que poseen los niños y adolescentes.
- Una red de apoyo que ayude emocionalmente a las personas, familias y comunidades afectadas por intolerancia, problemas familiares, y problemas de la salud mental de la población independientemente de sus creencias e ideologías.

1.4.2. Factores de riesgo

Una vez entendidos los factores de protección es pertinente definir factores de riesgo, puesto que son éstos los que aumentan la probabilidad de que el adolescente desarrolle alguna patología que afecte su salud mental. Entendidos como factores con alta probabilidad de daño o resultados no deseados para el adolescente, sobre los cuales debe actuarse, tales como: conductas de riesgo, familias disfuncionales, deserción escolar.



El consumo de alcohol y drogas: la OMS lo define como “toda sustancia que introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”.

Exposición a eventos violentos: los cuales se pueden puntualizar como comportamientos deliberados que resultan o pueden resultar, en daños físicos o psicológicos a otros seres humanos y se le asocia, aunque no necesariamente, con la agresión, ya que también puede ser psicológica o emocional, a través de amenazas u ofensas.

Exposición a maltrato físico: concibiéndolo como el uso de la violencia repetitiva y cuya finalidad es causar dolor, generalmente producida como consecuencia de una conducta negativa, real o imaginaria que ha cometido una persona, y que tiene como finalidad última la modificación de la conducta que el que maltrata considera nociva y perjudicial.

Exposición a maltrato emocional: entendido como la provocación de malestar (dolor) emocional. Puede ser activo o pasivo. El activo es aquel que humilla y degrada a la persona produciéndole sentimientos de desesperanza, inseguridad, y pobre autoestima, se manifiesta por insultos o apodos desagradables, y cuya finalidad es “motivar” a la persona a que modifique una conducta indeseable.

1.5. La familia como factor de riesgo o protección

Para trabajar sobre la temática salud mental del adolescente y factores de riesgo y protectores asociados, es necesario hacer hincapié sobre la **familia**, puesto que según sea su forma de funcionar, puede convertirse en un factor de protección o de riesgo, entendiendo por familia una unidad social primaria y universal. Por tanto ocupa una posición central para la comprensión de la salud y la enfermedad.

La familia es un lazo entre las generaciones, permite la estabilidad de la cultura y durante todo el proceso de la humanidad se ha procurado asegurar que la misma pueda llevar a cabo sus funciones biológicas y sociales. La familia es un pequeño grupo, con una dinámica característica, ya que tiene una continuidad histórica y está formada de manera natural.

Si bien sus características en las últimas décadas han sufrido cambios importantes que están presentes también en nuestra sociedad esencialmente por la pérdida de la organización patriarcal y un mayor papel de la mujer como centro, disminución del número de sus miembros, menor duración de los matrimonios, incremento de las familias monoparentales, unido a que algunas de las funciones que eran de la familia han pasado al estado o a la comunidad. Sin embargo, esto no significa necesariamente la pérdida o disolución de la familia, sino que condiciona cambios en su organización y dinámica, para dar solución a sus funciones básicas.

La familia constituye un sistema abierto, si bien la familia nuclear es la inicialmente concebida, en términos de ciclo vital y satisfacción de las necesidades económico-sociales puede llevar a las nuevas generaciones a desempeñarse satisfactoriamente como adultos.

En el ciclo vital de la familia están presentes las crisis transitorias o evolutivas, que conllevan cambios en los roles y en la dinámica familiar, son ejemplos: el nacimiento de los hijos, la muerte de uno de sus miembros, el matrimonio o la separación de los hijos. La llegada de los hijos a la etapa de la adolescencia y sus necesidades de seguridad y a la vez de independencia, se caracterizan como una crisis transitoria, que si es adecuadamente conducida tiene un resultado final positivo.

El apoyo de la familia, aún en situaciones donde no se compartan todos los puntos de vista de los hijos, es fundamental en esta etapa del desarrollo del adolescente, cuando éstos, además de sus conflictos familiares, están sometidos a tensiones de su grupo y de la sociedad. Los adolescentes no sólo necesitan la aceptación de su grupo de iguales y de la sociedad, sino también de su familia.

La etapa de la adolescencia no condiciona precisamente serios conflictos entre los padres e hijos, sino más bien los cataliza, en especial cuando durante la niñez están presentes situaciones como el exceso de: afecto, sobreprotección, ansiedad, rechazo, autoridad, perfeccionismo, responsabilidad, crítica e incompatibilidad de los padres, entre otros.

Al igual que la familia, las relaciones interpersonales definidas como aquellas relaciones que nos ayudan a crecer como individuos, respetando la forma de ser de los demás y sin dejar de ser nosotros mismos, nos hacen convivir con otros seres y, son las que nos hacen ser quienes somos. Es la capacidad de desarrollarse íntegramente a través del "otro", con el fin de encontrar sentido a nuestras vivencias sociales e individuales, buscando siempre la felicidad y pueden catalogarse como factores de riesgo o de protección según como sean instauradas.

1.5.1. Influencia de la familia en la salud mental del joven

En 1990 Marcelo F. Aebi, en un estudio titulado "Familia disociada y delincuencia: el caso Suizo en los años 1990",¹⁶ analizó a partir de datos empíricos la existencia de un vínculo entre la estructura familiar y los comportamientos antisociales. El estudio utilizó la entrevista personal como técnica de recolección de información en una muestra aleatoria representativa de jóvenes de 14 a 21 años de edad domiciliados en Suiza. El total de dicha muestra fue 970, de los cuales 190 fueron en la región de habla italiana, 299 en la región de habla francesa y 481 en la región de habla alemana. El investigador en su revisión estableció que según la mayoría de las

teorías e investigaciones criminológicas anglosajonas, los hijos de familias en las que ambos padres están presentes suelen estar menos implicados en la delincuencia que los hijos de familias disociadas, es decir, aquellas familias en las que falta al menos uno de los padres biológicos o adoptivos.

El análisis de los datos señaló una sola diferencia estadísticamente significativa entre los jóvenes educados en estos dos tipos de familias: la prevalencia del consumo de drogas fué superior entre los adolescentes (de 14 a 17 años) varones que provienen de familias disociadas. El autor sostiene que una de las explicaciones posibles es que estos últimos juegan en la dinámica familiar un papel de compañeros más que de subordinados. Por ese motivo suelen ser más maduros que los demás jóvenes de su misma edad y, en consecuencia, pasan por ciertas situaciones, que no están acordes con su edad. Además las escasas diferencias entre los jóvenes de ambos tipos de familias se explican porque el sistema de seguridad social suizo permite que las familias disociadas desempeñen su tarea de socialización con la misma eficacia que las familias tradicionales.

Huss y Lehmkuhl (1996)¹⁷ en un estudio sobre familias con un clima familiar de apoyo caracterizado por la confianza y el control, resaltaron la importancia de un factor predictor de estrategias positivas y activas de enfrentamiento, en cambio, en aquellas familias con un clima familiar menos afectivo se puede predecir estrategias de evitación.

En el año 1996 McCurdy y Sherman,¹⁸ estudiaron el efecto de la estructura familiar en el proceso de individuación de acuerdo a tres tipos de estructura: familias intactas; padres divorciados, con la custodia materna y sin volver a contraer nupcias; y familias divorciadas, con la custodia materna y con un nuevo matrimonio. Los componentes del proceso de individuación analizados fueron el apego a los padres, conflictos para lograr la independencia, timidez, desarrollo de la identidad y autoestima. Los resultados sugirieron que los adolescentes miembros de familias intactas se perciben a sí mismos con más conflictos de independencia pero con más relaciones emocionales positivas con sus padres, comparados con aquellos pertenecientes a familias divorciadas o reconstruidas. También se encontró que el apego, la identidad y los conflictos para lograr la independencia de los padres están asociados con la autoestima.

Devine y Forehand (1996)¹⁹ realizaron una investigación para analizar la relación entre algunos factores de la pareja (satisfacción conyugal), y algunos factores relacionados con los hijos (número de hijos, la presencia de un hijo varón, los niveles de ansiedad en los hijos y problemas de conducta) que pudieran ser predictores de una situación de divorcio. No se encontró entre los factores relacionados con los hijos, ninguno que

podiera ser considerado como predictor del divorcio; por el contrario, la baja satisfacción en la relación conyugal se comportó como un alto factor predictor.

Un hallazgo importante fue que los conflictos de pareja estaban asociados con un elevado número de problemas de conducta en los hijos pequeños y que posteriormente, cuando llegaban a adultos, experimentaban problemas con las relaciones interpersonales, afectándose negativamente la calidad de sus propios matrimonios. Esto se debe al hecho de que los niños aprenden una variedad de conductas interpersonales a través de la simple observación de los modelos adultos, lo que se evidencia en la utilización de estrategias parecidas para la resolución de conflictos tanto en padres como en hijos, en los estilos afectivos similares y en la tendencia a presentar niveles semejantes de rabia.

En el año 1997 Spruijt y Goede²⁰ realizaron una investigación para estudiar los efectos del divorcio en la dinámica familiar, con variables como la estructura familiar, la salud física y mental, las ideas de suicidio, el bienestar psicológico y la situación laboral en un grupo de adolescentes; de acuerdo a cuatro tipos de estructuras: familias intactas y estables, familias intactas y con conflictos, familias con un solo padre, y familias reconstruidas. Los adolescentes miembros de familias divorciadas presentaron más problemas relacionales y experiencia de desempleo en relación a aquellos miembros de familias intactas y estables. Estos resultados no fueron tan significativos en los adolescentes miembros de familias intactas y con conflictos, así como en las familias reconstruidas.

Shiner y Marmorstein (1998)²¹ estudiaron una muestra de adolescentes gemelos cuyas madres tenían un trastorno de depresión, y se evaluó el funcionamiento familiar con base a las siguientes condiciones: adolescentes depresivos con madres depresivas, adolescentes depresivos con madres no depresivas, y un grupo control conformado por adolescentes no depresivos. Los resultados indicaron que un gran porcentaje de adolescentes deprimidos tenían madres deprimidas, lo que resalta la importancia de considerar la depresión de los padres en el tratamiento de los adolescentes con este mismo trastorno. También se reporta el hecho de determinar los patrones de interacción familiar, sobre todo en aquellas familias con más de un miembro con este tipo de trastorno.²²

En 1998 Brennan y Shaver²³ evaluaron un grupo de adolescentes para investigar la relación entre personalidad y antecedentes familiares como: la muerte de uno de los padres, el divorcio de los padres y sus representaciones actuales de la relación con sus padres durante la infancia, donde se encontraron una alta correlación entre el tipo de apego y los desórdenes de personalidad.

Saintonge, Achille y Lachance (1998)²⁴ realizaron una investigación con adolescentes hijos de padres separados y con la figura de un hermano

mayor como sustituto de la figura paterna, quienes fueron comparados con un grupo control conformado por adolescentes sin hermanos mayores. Los resultados indicaron que aquellos adolescentes con la figura de un hermano mayor, estuvieron menos afectados por la separación de los padres que aquellos que no tenían dicha figura paterna sustituta.

Breidablik y Meland (1999)²⁵ en su investigación encontraron diferencias en relación a un grupo de adolescentes miembros de familias con padres divorciados, en los que se presentaban quejas físicas y emocionales, menor bienestar psicológico, un desempeño menos eficiente, así como una mayor presencia de conductas de riesgo como el hábito de fumar. Concluyeron que la experiencia de divorcio para los hijos durante la infancia representa un evento estresante significativo con consecuencias en la salud mental durante la adolescencia y que dichas consecuencias deben ser consideradas al momento de planificar programas de prevención para este tipo de población.

O'Connor, Plomin, Caspi y DeFries²⁶ a través de estudios longitudinales en familias adoptivas y biológicas, evaluaron la posibilidad de que la asociación entre el divorcio de los padres y la adaptación de los hijos esté mediada por factores genéticos. Los hijos biológicos de padres divorciados mostraron más problemas de conducta, abuso de sustancias y problemas de adaptación social, en comparación con hijos biológicos de familias intactas. Resultados similares se observaron en los hijos adoptados con padres adoptivos separados, en relación a las familias adoptivas intactas, aún cuando no hubo diferencias significativas en cuanto a la adaptación social.

Estas investigaciones sugieren que la influencia del divorcio no se da en forma directa sino sobre ciertos rasgos de personalidad asociados al divorcio, que permite no solo predecir el divorcio por sí mismo, sino también la tendencia a presentar los conflictos interpersonales y familiares que preceden y siguen a la separación de la pareja. Los problemas conductuales en hijos de familias divorciadas son el resultado de cierta vulnerabilidad en los padres transmitida genéticamente, y que sumada a determinados factores ambientales logran expresarse en términos de conflicto.

Muris, Schmidt, Lambrichs y Meesters (2001),²⁷ llevaron a cabo un estudio con miras a determinar los factores protectores y de vulnerabilidad en el desarrollo de síntomas depresivos. Observaron que la depresión estuvo relacionada con niveles altos de rechazo por parte de los padres, estrategias de enfrentamiento pasivas y bajos niveles de autoeficacia. En este sentido, proponen un modelo que considera a las conductas parentales negativas y los estilos de autoridad negativos como fuentes primarias del trastorno depresivo, mientras que los estilos de enfrentamiento y la autoeficacia juegan un papel de mediadores en la formación de los síntomas depresivos.

Garber, Keiley y Martín (2002),²⁸ plantearon un diseño de investigación que incluía el género y la presencia de una madre depresiva en un grupo de adolescentes con trastorno depresivo. Encontraron que las mujeres demostraban un mayor aumento de los síntomas depresivos en relación a los hombres; y que aquellos adolescentes con madres depresivas tuvieron inicialmente más síntomas, que aquellos con madres sin un diagnóstico de depresión. Sólo cuando se controlaron estas dos variables, fue posible predecir significativamente los niveles iniciales de síntomas depresivos a partir de las formas de autoridad negativas y los estresores. Un aspecto que no se debe dejar de mencionar es, que la depresión parece tener mayores consecuencias a lo largo del tiempo en lo concerniente a la autoeficacia, sobre todo en las adolescentes mujeres.²⁹

El año 2003 Soriano Fuentes S, De la Torre Rodríguez R, Soriano Fuentes L.³⁰ en la investigación sobre familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar mediante un estudio descriptivo transversal en un centro de salud del ámbito rural con 124 pacientes, obtenidos mediante muestreo aleatorio sistemático, encontraron que el 58% de la muestra estudiada informó algún trastorno psicológico (los más frecuentes fueron episodio depresivo mayor, distimia, trastorno por angustia y ansiedad generalizada). De la muestra estudiada el 49% tenía antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica (sobre todo de la madre y hermanas) y en el 5% se registró la presencia de antecedente familiar de suicidio.

En el año 2004 Ana Aurelia Ramírez³¹ realizó una amplia revisión sobre conflicto entre padres y el desarrollo de los hijos, en la cual se encontró que los conflictos matrimoniales se convierten en una variable predictora e influyente de los problemas de conducta y de ajuste. Las conclusiones sugieren que es importante destacar el valor educativo de la familia y resaltar la necesidad de una actuación psicopedagógica y social con los niños que se encuentran en esta situación, interviniendo directamente a los niños, los padres y realizando programas preventivos.

1.5.2. Relación con los padres

La imposibilidad de establecer una comunicación fluida entre dos o más personas, se conoce como incomunicación. Si ésta se produce en el seno de una familia, el efecto inmediato es un distanciamiento y una incompreensión que dificulta la consolidación de la personalidad de los hijos.

En todos los ámbitos de la vida, la comunicación es un elemento fundamental de las relaciones humanas. Su importancia aumenta si se hace referencia a la relación padres-hijos, debido a que hay una gran cantidad de información que ambos se han de transmitir. Algunas actitudes que impiden la comunicación son:



- **Falta de voluntad por parte de los interlocutores:** el emisor y el receptor son las dos figuras claves en la comunicación y si uno no quiere comunicarse es imposible que ésta se dé, es decir, puede haber un emisor que no emite ningún mensaje o un receptor que no lo recibe. En cualquier caso no hay comunicación. En la familia puede ser que el padre no haga caso a su hijo, por falta de interés, o que éste no se dirija al padre, por miedo a sus reacciones.
- **Falta de respeto mutuo entre los comunicandos:** en el sentido de considerar al receptor como poco apropiado para ciertos mensajes. Puede darse el caso de que el hijo no hable con su padre de ciertos temas, o que sea el padre el que no se comunice con el hijo, por creer que debido a su falta de madurez intelectual le sería imposible entenderlo.
- **La obtención de una respuesta cerrada por parte del receptor:** en la comunicación se da un intercambio de información, que no se produce si la respuesta del receptor es un juicio de valor apresurado, sin que apenas se haya recibido el mensaje. Esto produce una sensación de falta de interés por lo que dificulta futuras conversaciones.
- **Actitudes de rechazo:** el tono empleado, gesto y miradas pueden dar a entender un rechazo por parte del receptor, que produce un alejamiento del emisor. Pese a que a los hijos, se les dé mucho amor y una buena educación, si los padres y los hijos no se comunican, hay un aumento de posibilidades de que éstos acudan a las drogas. Aunque en este sentido también tiene mucha fuerza el ambiente en el que los hijos se desenvuelvan, y sobre todo el grupo de amigos.

Ante la dificultad de comunicarse con los padres, se va a producir un retraimiento por parte de los hijos, indistintamente del factor o actitud desencadenante de la situación. Produciéndose una gran pérdida por ambas partes, desaparece la relación afectiva y, en definitiva, se pierde la confianza que propicia la comunicación.

"Cuando yo tenía catorce años mi padre era tan tonto que apenas me era soportable el tenerle cerca. A los veintidós años me quedé asombrado de lo mucho que él había aprendido durante los siete años anteriores."
Mark Twain.

“A lo largo del tiempo, los padres hemos sido seres incapaces de tener hijos, pero les hemos dado nombre. No los hemos llevado en nuestro vientre, pero nos creímos dueños de sus vidas. Se ha podido dudar de nuestra paternidad, pero no de nuestro poder. En suma, hemos sido parte de una organización social que nos ha otorgado todos los derechos. Así describe la paternidad el escritor español **Ignacio Avellanos**, pero muchos son los conceptos que han surgido para definir esta actitud del hombre hacia su descendencia.”

Se piensa que la responsabilidad de la educación recae mayormente en la madre. Pero ¿dónde queda la figura del padre? Padre es aquel hombre que interviene en el proceso de concepción. Paternidad es llevar a cabo de una manera responsable, la tarea de mantener, educar y orientar a ese hijo que se ha concebido. Es un deber social que se debe cumplir.

Tradicionalmente, el padre ha sido en la familia el que introduce las normas de convivencia y es el representante de la autoridad. En la actualidad, las cosas no son exactamente así, pero el niño relaciona con más frecuencia la figura de papá con el concepto de autoridad. En la medida en que el hijo crece, el papá va creciendo con él, desempeñando un papel importante en lo que se refiere al aprendizaje. Las necesidades básicas de los primeros tiempos ya fueron cubiertas por la mamá y el niño, entre los cuatro y nueve años, experimenta una gran necesidad de conocer más la figura paterna, y es en este momento, cuando se establece una relación más afectiva entre el padre y el hijo. En esta etapa del crecimiento, el contacto directo y el intercambio, permite a ambos una relación más satisfactoria, sin que éste quiera decir que la madre y sus afectos queden relegados.

Bien es sabido que la adolescencia es la etapa de crecimiento que genera mayor angustia a ambos padres, pues generalmente esperan que el adolescente tenga conductas inadecuadas. Es muy probable que los hijos en esta etapa, adopten conductas de rebeldía o hagan más caso a lo que le dicen en su grupo que a los padres, cosa que es muy normal a esta edad.

1.5.3. Ejercicio de la autoridad

Generalmente los padres tratan de inculcar a sus hijos una serie de normas familiares y sociales con las que tienen que convivir en su desarrollo. De esta forma, les imponen unos límites y les otorgan premios o castigos según su comportamiento. Cuando el hijo llega a la adolescencia, esta tarea es más difícil, ya que a esta edad es común que los jóvenes rechacen las normas y las cuestionen cuando no están de acuerdo con ellas. El adolescente rechaza todo lo que forma parte de su infancia, incluídos la autoridad de sus padres y los modelos de referencia que ellos le ofrecen. Se enfrenta al medio que le rodea y actúa de forma contraria a la que le sugieren los adultos como una forma de afianzar su personalidad.

Las investigaciones realizadas en el campo de las técnicas disciplinarias, apuntan hacia los extremos de la permisividad y la restrictividad, como formas riesgosas de educar a los hijos en la etapa de la adolescencia, pero existen otras formas de conducta igualmente peligrosas.

Algunos padres adoptan la actitud de "amigos" de sus hijos. Este es el caso del que quiere sentirse cerca del adolescente. Pone los discos que a su hijo le gustan y habla abiertamente con él acerca de sus novias. Frente a la autoridad, siente que no debe imponerla, pero no sabe cómo actuar cuando sus hijos cometen alguna falta. Es un padre, absolutamente tolerante que no infunde respeto. Los hijos suelen aceptarlo, pero no pueden dejar de sentir que sus amigos son diferentes a su papá.

Lo opuesto a esta categoría es el padre "autoritario", para quien las cosas son como son, simplemente porque él lo decide y punto. En ocasiones llegan a utilizar los maltratos para que le obedezcan. En este caso, los hijos adolescentes, o se someten a su autoridad, convirtiéndose en personas castradas en su personalidad, o pueden llegar hasta huir de su hogar en cuanto pueden, para así sentirse libres.

El padre "ausente" es el que falta casi siempre en casa y delega en la madre todo lo relacionado con la educación de los hijos. Se sorprende de vez en cuando por el crecimiento experimentado por ellos, pero ignora casi todas sus cosas. Esta distancia es establecida básicamente por la inseguridad que siente ante todo lo que tiene que ver con los muchachos. Compensan la distancia inscribiendo a los hijos en buenos colegios, con vacaciones en el exterior o regalos costosos.

Existen también, padres que se niegan a ceder lo más mínimo en lo referente a la educación de sus hijos. Estos son llamados los "padres-madres", que pretenden dejar como ausente la madre. Llevan el control de todo. Unas veces es autoritario, otras es flexible, pero centra toda su vida en torno a sus hijos. El control excesivo y exhaustivo de éstos parece garantizarle un afecto que teme perder.

También existen los padres "inseguros" y los describe como muy voluntariosos, que exigen mucho de sí mismos, pero siempre tienen la duda de si están haciendo las cosas bien. Meditan todo sobre los muchachos y viven cuestionando si sus criterios sobre educación y crianza son los más adecuados.

Una última categoría -la más positiva- es la de los "padres flexibles". Quienes se encuentran en esta tipología también se equivocan con sus hijos adolescentes. Con los varones suelen entrar en competencia, pero no les facilitan las cosas. El hijo debe luchar por lo que quiere. Tienen difi-

cultades para permitir a las mujeres la independencia que ellas necesitan. Utilizan su autoridad, pero siempre basada en el afecto y la experiencia. Nunca son irracionales. Comprenden bien sus necesidades y problemas, pues entienden que ellos también fueron jóvenes. Mantienen un moderado nivel de expectativas respecto a sus hijos y no los obligan a hacer cosas que ellos no quieren hacer. Basan su relación en el respeto mutuo.

El mundo de hoy exige que el padre sea perfecto y sabemos que lograrlo es casi imposible. Lo que todo padre debe hacer es luchar por alcanzar un ambiente en el hogar, de confianza, autoestima y seguridad para sus hijos. Recordemos que ellos tienen derechos y corresponde al padre, en compañía de la madre, esforzarse para cumplir su misión lo mejor posible.

Pero la verdad es que los padres cada día pasan menos tiempo con sus hijos, principalmente porque deben dedicarse de lleno a las actividades productivas y dejan que la escuela, la televisión, la señora de servicio, los abuelos y hermanos mayores moldeen el estilo de conducta de sus hijos, y el padre sólo tiene tiempo para llegar a corregir las faltas mayores y cubrir las faltas.

Los padres tampoco se pueden engañar, sus hijos también son humanos y desde pequeños cometerán errores mientras tratan de conocer el mundo. Se debe buscar un balance entre el reconocimiento y el castigo. Castigar demasiado puede limitar la motivación de los hijos hacia el alcance de nuevos logros, por temor a recibir nuevos castigos. Deben asegurarse de que los hijos sepan lo que se espera de ellos y estimularlos con reconocimiento. Las recompensas no significan siempre obtener dinero o privilegios. Solo con decirle que se siente orgulloso de ellos o que ha notado el esfuerzo que ha puesto en su trabajo, hará una gran diferencia.

Algunas normas para desarrollar disciplina en los hijos son:

- Comprender que la disciplina debe enseñar, no castigar; se deben establecer límites con firmeza pero sin hacer daño.
- Mostrar respeto por los hijos para que ellos puedan aprender respeto hacia otros.
- Aprender las etapas del desarrollo del niño, de manera que se sepan los comportamientos que se pueden esperar a las diferentes edades.
- Preparar los hijos para las situaciones nuevas, de modo que se sientan confiados y seguros.
- Crear rutinas confiables y previsibles para los hijos.
- Alentar su curiosidad en alrededores seguros.



- Distraer y desviar la atención de los hijos cuando su comportamiento sea molesto.
- Evitar llamar los hijos con nombres negativos cuando se discuta su comportamiento.
- Recordar que las palmadas, golpes o gritos pueden detener inmediatamente el comportamiento, pero al mismo tiempo puede enseñar que la violencia es la forma de arreglar los asuntos.

1.5.4. Divorcio o separación

Para los psicólogos, la separación y el divorcio son situaciones por las cuales puede pasar la pareja en un momento dado de su vida. Lamentablemente, existen circunstancias que, en ocasiones, escapan al control emocional y racional de los cónyuges. Según los expertos en familia se debe procurar la resolución de los problemas de pareja que puedan conducir a una separación, sin embargo, existen sin duda circunstancias que obligan al terapeuta familiar a considerar, en ocasiones, estas posibilidades.

Las dimensiones del problema a nivel psicológico

En los Estados Unidos, uno de cada dos matrimonios se divorcia. En Inglaterra y Francia, uno de cada tres. Ejemplos que son significativos de cómo el divorcio avanza en los países desarrollados. Más del 40% de los niños de estos países, vivirán con sus padres durante su primera etapa de la niñez y -luego de un divorcio- con uno de sus padres y su nueva pareja, en la segunda etapa de su vida.

La intensidad de las emociones, el dolor, las ofensas, el rencor y otros sentimientos provocan un daño profundo en la pareja difícil de recuperar. Por otro lado, la victimización de los hijos atrapados en la "batalla conyugal", produce deterioros psicológicos irreparables en la psiquis de los menores.

En el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Michigan se encontró que los hijos de padres divorciados eran atendidos y tratados en una proporción de dos a uno con respecto a la población general. Estos niños sufrían, en la mayoría de los casos, síntomas asociados a la falta de control en la agresión. En los más pequeños, la agresividad era contra los padres separados y los hermanos. En los mayores, ya adolescentes, el problema tomaba forma de actos antisociales y de delincuencia, así como alcoholismo y adicción a las drogas.

En un estudio de seguimiento de una muestra nacional de 5362 niños nacidos durante la misma semana en Inglaterra, se encontró que el 36,5% de los hombres cuyas familias se habían visto afectadas por un divorcio o separación antes de los cinco años, sufrían algún tipo de si-

copatología o falta de ajuste social y fueron hospitalizados antes de los 26 años por enfermedades psiquiátricas de tipo afectivo o por úlceras gástricas, colitis o se hicieron delincuentes hacia los 21 años, comparados con el 17,9% de los hombres provenientes de familias no divorciadas. En este mismo estudio también se encontró que el 26,3% de las mujeres cuyas familias se rompieron antes de los 5 años, fueron hospitalizadas por enfermedades psiquiátricas o por úlceras gástricas, colitis o se separaron o divorciaron antes de los 26 o tuvieron hijos ilegítimos, comparadas con el 9,6% de las familias que no sufrieron divorcio.

El 29% de los hombres cuyas familias se rompieron antes de que cumplieran 16 años, sufrieron antes de los 26 años problemas psicopatológicos o de inadaptación social o se divorciaron o separaron antes de los 26 años, comparados con el 18% de los hombres de familias intactas. El 21% de las mujeres cuyos padres se divorciaron antes de los 16 años, hacia los 26 sufrieron lo mismo que los hombres o tuvieron hijos ilegítimos, comparadas con el 10,1% de las mujeres de familias no divorciadas.

También en este interesante estudio longitudinal se demuestra que los hombres de familia de clase social trabajadora, hijos de padres divorciados, a la edad de 26 años, ganaban de forma significativa menos ingresos si se los comparaba con los hombres de familias no divorciadas.

Igualmente encontraron que los hijos de ambos sexos, de padres separados, tenían una vida académica significativamente menor que sus pares de familias no divorciadas.

Es de hacer notar que los hijos de padres fallecidos tenían poca repercusión en la diferencia en los logros académicos de hijos de padres no divorciados, lo que demuestra que el divorcio impacta aún más psicológicamente que la muerte que los seres queridos.

Los hallazgos indican que la separación y divorcio de los padres, tienen un considerable perjuicio sobre la vida de los hijos que se expresa en patologías psicológicas, inadaptación social, menores logros educativos en ambos sexos y menores logros económicos en hombres.

Ahora bien, lo que tendríamos que preguntarnos es si el daño lo provoca la ausencia de uno de los padres o el propio trauma del divorcio. Si observamos que el daño en los hijos de padres fallecidos no es igual al de los hijos de padres divorciados, podríamos concluir que más que la falta de uno de los padres es posiblemente los elementos que componen la crisis del divorcio lo que traumatiza irreversiblemente a los hijos.

La mayoría de los divorcios están precedidos por meses o años de disputas, ofensas, desamor, peleas, desilusiones y frustraciones. En un

primer lugar, las parejas comienzan con provocaciones mutuas, con trato y vocabulario hostil y episodios de gritos y de abuso físico/verbal. Allí los niños quedan amedrentados por las escenas, sin saber qué hacer y se sienten desorientados, impotentes y tristes por la falta de control de sus padres. Además los padres tienden a pedirles solidaridad a los hijos -cada uno por su lado- generándoles graves conflictos de decisión.

Posteriormente, si la pareja no logra manejar los conflictos y comienzan un proceso de divorcio, inician un período de enfrentamientos por distintas razones, sean por rencor, rabia o por la división del patrimonio conyugal. En esta fase se intensifica la hostilidad, el deseo de daño de uno al otro. Surge el odio, la amargura y a veces hasta el deseo de venganza. En esta etapa, la mayoría de las parejas piensa que quitándole los hijos el uno al otro ganan la pelea, sin darse cuenta que le están haciendo un gran mal a la psiquis de los muchachos.

De manera que, cuando la pareja se plantea un divorcio y no hay más remedio, hay que tomar en cuenta todo lo expresado y procurar el mayor esfuerzo en que no se generen tantos problemas. Aunque parezca difícil, el divorcio o la separación deben ser acordados hasta donde se pueda. El terapeuta familiar en ese momento puede jugar un gran papel, al ser el referente psicológico para juzgar lo que el juez no puede resolver.

La separación

El Estado defiende la institución familiar y por ello no es fácil divorciarse, tanto como sí lo es casarse. Por esta razón se instituyó el estatus de separación, como fase intermedia entre el matrimonio y el divorcio. El legislador buscaba que esta etapa funcione como un período de reflexión y de reconciliación entre los miembros de la pareja afectada.

La experiencia nos demuestra que una separación acordada con asistencia psicológica, en buena proporción, permite el reencuentro de la familia y en el peor de los casos, si se llega al divorcio, los hijos sean menos afectados.

La separación, por ello, es importante porque es un período de adaptación a la nueva vida, porque se avanza a una relación de pareja mejor -aunque sea la misma pareja- y permite, sobretodo, que los hijos se adapten a la nueva realidad.

1.5.5. Maltrato

En Colombia según el informe sobre Situación de la infancia de UNICEF, la negligencia y el maltrato intrafamiliar son fenómenos silenciosos y

por eso no es de extrañar que sean más notificados en los primeros años cuando se incrementa la sensibilidad de la comunidad sobre el asunto. En muchas culturas este silencio es favorecido por cierta aceptación de formas de maltrato que, como el castigo físico, se practican como métodos para obtener mayor disciplina de los hijos.

De hecho, no hay maltrato que sea eficaz para este fin y lo que se constata es que muchos padres recurren a formas de maltrato por no haber tenido oportunidades de conocer otras formas más eficaces para formar niños y niñas capaces de actuar con disciplina y respetuosos de los derechos de los demás. En Colombia el abuso de sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol, tiene una gran influencia en la probabilidad de ocurrencia de todas las formas de abuso de los hombres adultos sobre mujeres y menores de edad.

En 2000 se registraron 68585 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 10900 fueron por maltrato infantil, 43210 por maltrato conyugal y los restantes involucraron a ambos.

En Colombia dos millones de niños y niñas son maltratados al año en sus hogares, 850 mil de ellos, en forma severa. 361 niños y niñas de cada 1000 sufren de algún tipo de maltrato. En promedio, mueren 7 niños y niñas por homicidio diariamente.

Los esfuerzos para la prevención y atención a la violencia intrafamiliar y la violencia contra la mujer se apoyan hoy en una legislación apropiada (Ley 360/97) y en las lecciones aprendidas en experiencias ejemplares de buena aplicación de la ley en algunas localidades. Cuando se educa a los niños y niñas en el buen manejo de sus emociones y en las prácticas del diálogo y del respeto al prójimo se les está preparando para que sean padres y madres capaces de guiar a sus futuros hijos con amor, respeto y eficacia.

Para reducir el maltrato hay que hacer también el esfuerzo de educar a los adultos, incluyendo la reeducación de quién fue identificado como agresor. En cada localidad y municipio es muy apropiada la creación de sistemas de alianzas que comprenden entidades tan variadas como la policía, las unidades de salud, los hogares y jardines infantiles, las escuelas, comisarías, personerías, juzgados y núcleos de voluntarios. A estos sistemas se les ha llamado "Redes del Buen Trato", organizadas para facilitar denuncias oportunas de los casos, protección temporal de las víctimas y su posible reubicación, reeducación de los agresores y educación de la comunidad.

1.6. Otros factores de protección

1.6.1. Autoestima

La autoestima es esencial para la supervivencia psicológica. Es el concepto que tenemos de nuestra propia valía y se basa en todos nuestros pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que hemos ido recogiendo en nuestra propia vida; creemos que somos listos o tontos; nos sentimos antipáticos o graciosos; nos gustamos o no. Las miles de impresiones, evaluaciones y experiencias se reúnen y expresan como sentimiento positivo hacia nosotros mismos o por el contrario sentimiento de no ser lo que esperábamos o deseamos.

Uno de los principales factores que diferencian al ser humano de los demás animales es la consciencia de sí mismo, la capacidad de establecer una identidad y darle un valor. En otras palabras, cada uno tiene la capacidad de definir quién es y luego decidir si le gusta o no su identidad. El problema de la autoestima está en la capacidad humana de juicio. El juzgarse y rechazarse a sí mismo produce un enorme dolor, dañando considerablemente las estructuras psicológicas que literalmente nos mantienen vivos. La consciencia de sí mismo da la capacidad de establecer una identidad y darle un valor.

Una buena dosis de autoestima es uno de los recursos más valiosos de que puede disponer un adolescente. Un adolescente con buena autoestima aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presenten, para trabajar productivamente y ser autosuficiente, posee una mayor conciencia del rumbo que sigue. Y lo que es más, si el adolescente termina esta etapa de su vida con una autoestima fuerte y bien desarrollada podrá entrar en la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia productiva y satisfactoria.

La autoestima se ha encontrado como un importante factor de protección, a pesar de que algunos estudiosos han informado resultados contradictorios.

Un adolescente con buena autoestima...

- ... actuará independientemente.
- ... asumirá sus responsabilidades.
- ... afrontará nuevos retos con entusiasmo.
- ... estará orgulloso de sus logros.
- ... demostrará amplitud de emociones y sentimientos.
- ... tolerará bien la frustración.
- ... se sentirá capaz de influir en otros.

La adolescencia es uno de los períodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que la persona necesita hacerse con una firme identidad, es decir, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. Son los años en que el niño pasa de la dependencia a la independencia y a la confianza en sus propias fuerzas. Es una época en la que se ponen sobre el tapete no pocas cuestiones básicas; pensemos en la vocación, en los planes para ganarse la vida, en el matrimonio, en los principios básicos de la existencia, en la independencia de la familia y en la capacidad para relacionarse con el sexo opuesto. Y a estos aspectos hay que sumar todos aquellos conflictos de la niñez que no se hayan resuelto y que surjan de nuevo, conflictos que habrá que afrontar también.

En la "crisis de identidad" de la adolescencia, el joven se cuestiona automáticamente, incluyendo la opinión que de sí mismo ha adquirido en el pasado. Puede rebelarse y rechazar cualquier valoración que le ofrezca otra persona, o puede encontrarse tan confuso e inseguro de sí mismo que no haga más que pedir a los demás aprobación y consejos de todo tipo. Sea cual fuere su aproximación a su nueva identidad, el adolescente pasará inevitablemente por una reorganización crítica de su manera de apreciarse con el consiguiente cambio en su autoestima.

La autoestima influye sobre el adolescente en:

- Cómo se siente.
- Cómo piensa, aprende y crea.
- Cómo se valora.
- Cómo se relaciona con los demás.
- Cómo se comporta.

Los aspectos positivos que refuerzan las posibilidades del adolescente de cara a la vida adulta son:

- Saber con claridad con qué fuerzas, recursos, intereses y objetivos se cuenta.
- Relaciones personales efectivas y satisfactorias.
- Claridad de objetivos.
- Productividad personal: en casa, en el colegio y en el trabajo.

La autoestima puede desarrollarse convenientemente cuando los adolescentes experimentan positivamente cuatro aspectos o condiciones bien definidas:

- **Vinculación:** resultado de la satisfacción que obtiene el adolescente al establecer vínculos que son importantes para él y que los demás también reconocen como importantes.



- **Singularidad:** resultado del conocimiento y respeto que el adolescente siente por aquellas cualidades o atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades.
- **Poder:** consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad en el adolescente para modificar las circunstancias de su vida de manera significativa.
- **Modelos o pautas:** puntos de referencia que dotan al adolescente de los ejemplos adecuados, humanos, filosóficos y prácticos, que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios.

1.6.2. Espiritualidad

La espiritualidad personal previene a los adolescentes de desarrollar alcoholismo o abuso de la droga, según los nuevos resultados de un estudio de la Universidad de Columbia en Nueva York.

Los adolescentes con creencias religiosas personales tienen la mitad de riesgo de llegar a ser alcohólicos o drogadictos, dice el estudio. Un grado más personal de devoción, conservatismo personal, y el conservatismo institucional son factores que contribuyen al más bajo riesgo.

“Las creencias religiosas son protectoras”, dijo el Dr. Gary Hopkins. “Pienso que nosotros siempre hemos tenido esta noción.” Hopkins, director del Centro para la Investigación Conductual en la Universidad de Andrews, ha dirigido estudios similares de jóvenes Adventistas del Séptimo día.

El estudio de Columbia, sin embargo, muestra por primera vez que la espiritualidad personal protege contra el desarrollo de adicción al alcohol o drogas, según Lisa Miller, autora principal. Los autores del estudio consideraron cómo la devoción personal y el conservatismo personal afectan la elección de un adolescente de desarrollar hábitos de droga o alcohol. Ellos definieron éstos como mostrar una relación personal activa con lo Divino, mostrando una opción personal de enseñar y adherir estrechamente al credo, y el grado de fundamentalismo en su denominación religiosa. El estudio también encontró que los adolescentes con una relación activa y personal con un “Poder superior” y que eran de una denominación fundamentalista fueron hallados menos inclinados a comprometerse en el uso de marihuana o cocaína.

Hopkins cree, basado en investigaciones anteriores y actuales, que las relaciones formadas dentro o fuera de una comunidad de fe, ayudan a los adolescentes a refrenarse del abuso de sustancias. “Si tuviese que ver con las creencias, todo lo que usted tiene que hacer es enseñar las

creencias”, dijo Hopkins. “Pero no es lo que usted sabe o conoce lo que importa, son las relaciones que usted tiene.”

1.7. Comportamiento del problema

A continuación se presenta una revisión de algunos estudios sobre trastornos mentales en el adolescente. Sin aspirar a ser exhaustivos consideramos importante revisar parte de la evidencia disponible sobre el problema en estudio.

1.7.1. Evidencia sobre magnitud del problema

Como se vio anteriormente a nivel mundial un 20% de niños y adolescentes sufre de algún desorden o enfermedad mental que los incapacita.³² El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes,³³ la depresión mayor tiene a menudo su inicio en la adolescencia, y se asocia a problemas psicosociales severos y al incremento del riesgo de comportamientos relacionados con desórdenes de la conducta y suicidio.³⁴

Los desórdenes de la conducta tienden a persistir en la adolescencia y vida del adulto, manifestándose como abuso de drogas, delincuencia juvenil, criminalidad del adulto, comportamiento antisocial, problemas maritales, malas interrelaciones en el trabajo y desempleo, problemas interpersonales, y mala salud física.³⁵

Scott³⁶ demostró los costos crecientes para la sociedad como consecuencia de los desórdenes de la conducta diagnosticados en la niñez y que persisten en el adolescente y el adulto. Leibson³⁷ informó en su estudio que en períodos de nueve años los costos médicos para la atención de los niños con síndrome de déficit de atención son más de US 4.306 comparados con US 1.944 para los niños sin el problema. Los costos más altos son debidos a elevados índices de admisión a los servicios de urgencias y a las consultas ambulatorias frecuentes del niño a los servicios de atención primaria. El estudio excluyó los costos del tratamiento por psiquiatras y otros profesionales de salud mental.

Weissman y colaboradores³⁸ establecieron el deficiente resultado del tratamiento de depresión mayor, de inicio en la adolescencia y que persiste en edad adulta; así como la asociación con altos índices del suicidio consumado y tentativas de suicidio, a la par que al incremento de hospitalizaciones psiquiátricas y médicas, debilitamiento psicosocial y bajo rendimiento académico.

Geller³⁹ informó que los niños con desorden depresivo mayor en la pre-adolescencia, tenían mayor riesgo comparados con un grupo control para la presentación de desorden bipolar, desorden depresivo mayor, desórdenes por uso de sustancias y suicidio en la adultez.

Después de controlar factores de confusión Woodward y Fergusson⁴⁰ encontraron que permanecía la asociación significativa entre el número de eventos por desórdenes de ansiedad presentados en la adolescencia y el mayor riesgo de presentar depresión mayor, síndrome de dependencia a drogas ilícitas y deserción en la universidad en adultos jóvenes.

1.7.2. Desórdenes de la conducta

A continuación se presentan los resultados de algunos estudios que han medido la prevalencia de desórdenes de conducta según el manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales, cuarta edición DSM-IV en jóvenes de 13-15: ^(41,42,43,44)

Estados Unidos	3,8%
Holanda	5,7%
Gran Bretaña	3,3%
Escocia	8,2%
Nueva Zelanda	3,7%

En estudios realizados en Medellín por el grupo de investigación en Salud Mental CES, se ha encontrado un riesgo para comportamiento violento moderado con una prevalencia de 16% y severo de 11,6%.⁴⁵

1.7.3. Problemas mentales más comunes entre adolescentes

Los desórdenes mentales y los problemas de salud mental parecen haber aumentado considerablemente entre los adolescentes en los últimos 20-30 años. El incremento ha sido debido a los cambios sociales, incluyendo los cambios de estructura de la familia, el desempleo de la juventud cada vez más alto, y el aumento de las presiones educativas y vocacionales. La prevalencia de los desórdenes mentales entre los jóvenes de 11 a 15 años en Gran Bretaña se estima que han aumentado en 11%, en especial para los problemas de conducta entre jóvenes del sexo masculino y la depresión y ansiedad entre las jóvenes. (Ver tabla a continuación)

En nuestro medio, el consumo y abuso de drogas ha mostrado incremento, en estudio realizado en el 2003,⁴⁶ se presentó una prevalencia anual de consumo de marihuana de 6,6% y de vida de 10,6%, proporciones que al compararlas con estudios anteriores han sufrido un fuerte incremento.

1.7.4. Desórdenes de ansiedad

Los desórdenes de ansiedad son relativamente comunes en los adolescentes y persisten a menudo en la edad adulta. Mientras que el desor-

den de ansiedad es más frecuente entre niños, los ataques de ansiedad generalizada y el desorden de pánico aparecen durante la adolescencia.

Prevalencia de desórdenes mentales en niños y adolescentes

Problema o Desorden	% de Prevalencia
Depresión	3 - 5
Ansiedad	4 - 6
Déficit de atención/Desorden de hiperactividad	2 - 4
Desordenes de la alimentación	1 - 2
Desordenes de la conducta	4 - 6
Uso abusivo de sustancias	2 - 6
Desorden de pánico	1 - 2
Desorden de estrés pos-traumático	1 - 2
Personalidad limítrofe	1 - 3
Esquizofrenia	0 - 5
Autismo	0 - 6

Fuentes: Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(8):837-844.

Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(10):1203-1211.

Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *J Autism Dev Disord*. 2003;33(4):365-382.

El desorden de ansiedad generalizada es marcado por la preocupación excesiva incontrolada, acompañada por dificultad en concentrarse, irritabilidad, problemas del sueño y a menudo fatiga.

El desorden del pánico se caracteriza por ataques espontáneos recurrentes a menudo asociados con signos y síntomas fisiológicos y psicológicos. Como con otros problemas de salud mental en la adolescencia, los desórdenes de ansiedad son acompañados frecuentemente por otras condiciones, particularmente depresión.⁴⁷

Todos los niños sienten ansiedad. Es de esperarse y es normal que todo niño se sienta ansioso en ciertos momentos específicos de su desarrollo. Por ejemplo, entre los 8 meses y la edad preescolar, los niños saludables pueden mostrar angustia (ansiedad) intensa cuando se separan

de sus padres o de otros seres queridos. Los niños pueden tener temores de corta duración (como el miedo a la oscuridad, las tormentas, los animales o las personas desconocidas).

Sin embargo, si las ansiedades se vuelven severas y comienzan a interferir con las actividades diarias de la infancia, tales como el separarse de los padres, asistir a la escuela y hacer amigos, los padres deben considerar solicitar una evaluación y asesoramiento por un psiquiatra de niños y adolescentes.

Un tipo de ansiedad que puede necesitar tratamiento se conoce como ansiedad por la separación. Ella incluye:

- Pensamientos constantes y miedo por su propia seguridad y por la de sus padres.
- Negarse a asistir a la escuela.
- Quejas frecuentes de dolores de estómago y de otros malestares físicos.
- Preocupaciones exageradas acerca de dormir fuera de su hogar.
- Estar demasiado apegado a sus padres.
- Rabietas y pánico al momento de separarse de sus padres.
- Problemas al dormir o pesadillas.

Otro tipo de ansiedad es la fobia cuando el niño le tiene miedo a ciertas cosas específicas, tales como perros, insectos o agujas y esos temores le causan angustia significativa.

A algunos niños ansiosos les da miedo conocer o hablar con las personas que no conocen. Los niños con esta dificultad suelen tener muy pocos amigos fuera de la familia. Otros niños con ansiedad severa pueden tener:

- Muchas preocupaciones sobre cosas antes de que algo suceda.
- Preocupaciones constantes sobre su funcionamiento en la escuela, con los amigos o en los deportes.
- Pensamientos y acciones repetitivas (obsesiones).
- Temor de avergonzarse o cometer errores.
- Baja autoestima.

Los niños ansiosos se ponen tensos y tiesos. Algunos pueden buscar reafirmación constante y sus preocupaciones pueden interferir con sus actividades. Ya que los niños ansiosos pueden también ser niños que-

tos, conformistas y deseosos de complacer, es muy fácil no darse cuenta de sus dificultades.

Los problemas de ansiedad severa en los niños se pueden tratar. El tratamiento a tiempo puede prevenir dificultades futuras, tales como la pérdida de amistades, el fracaso en lograr su potencial social y escolar y los sentimientos de baja autoestima. Los tratamientos pueden incluir una combinación de lo siguiente: psicoterapia individual, terapia familiar, medicamentos, tratamientos del comportamiento y consultas con el personal de la escuela.⁴⁸

1.7.5. Signos de desórdenes mentales que pueden indicar necesidad de ayuda⁴⁹

Los niños y adolescentes con problemas mentales necesitan recibir ayuda tan pronto como sea posible. Una variedad de signos puede señalar desórdenes mentales o trastornos emocionales serios en niños o adolescentes. Se debe prestar atención si un niño o adolescente presenta cualquiera de los siguientes signos de peligro:

El niño o adolescente tiene sentimientos de preocupación:

- Tristeza y desesperanza sin razón, y estos sentimientos no desaparecen.
- Sentirse muy enojado, llorar mucho o reaccionar en forma muy fuerte ante las cosas que le ocurren.
- Sentirse a menudo culpable o sin valor.
- Sentirse a menudo ansioso o preocupado.
- Dificultad para recuperarse después de la pérdida o muerte de alguien importante.
- Sentirse extremadamente temeroso o experimentar miedos por algo inexplicable.
- Excesiva preocupación por problemas o apariencia física.
- Sentir miedo porque su mente está fuera de control.

Un niño o un adolescente que experimenta grandes cambios, por ejemplo:

- Bajo rendimiento en la escuela.
- Pérdida de interés en las cosas que disfrutaba.
- Cambios inexplicables en los patrones de sueño y alimentación.
- Evitar amigos o familiares y desear estar solo la mayor parte del tiempo.
- Soñar despierto y no terminar las tareas.



- Sentir que la vida es demasiado dura.
- Escuchar voces que no pueden ser explicadas.
- Tener pensamientos o ideación suicida.

Un niño o adolescente que experimenta:

- Pobre concentración e incapacidad de pensar o hacer cosas.
- Incapacidad de permanecer sentado o atento.
- Preocupación por ser dañado, por lastimar a otros o hacer algo "malo".
- La necesidad de lavarse las manos, de limpiar cosas, o de realizar ciertas rutinas cientos de veces al día, para evitar un posible peligro.
- Pensamientos que compiten y que son casi demasiado rápidos seguir.
- Pesadillas persistentes.

Comportamientos que causan problemas, por ejemplo:

- Uso de alcohol u otras drogas.
- Comer grandes cantidades de alimentos y después el purgarse, o abusar de laxantes, para evitar aumento del peso.
- Ponerse a dieta y/o hacer ejercicio en forma obsesiva.
- Violar los derechos de otros o romper constantemente la ley sin el respeto por los demás.
- Prender fuego.
- Hacer cosas que pueden amenazar la vida.
- Hacer daño o matar animales.

1.7.6. Depresión

La depresión, es un desorden caracterizado por la alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento a nivel escolar, en el hogar o en la comunidad. Actualmente está afectando a uno de cada 33 niños y uno de cada ocho adolescentes. Esta enfermedad puede tener manifestaciones variables, desde sentimientos leves de tristeza hasta grados de depresión severa y suicidio. Muchas veces los distintos estados de ánimo presentes en los jóvenes pasan desapercibidos, por lo que es muy importante estar atentos ante los más mínimos cambios emocionales o de comportamiento para evitar problemas de difícil manejo como pensamientos suicidas, abuso de drogas ilícitas o alcohol.

Margaret Mahler psicóloga infantil y psicoanalista húngara señala, que si bien la respuesta depresiva es una reacción afectiva normal, desde el momento en que el niño deja su omnipotencia mágica y experimenta los obstáculos que encuentra en su camino y se ve confrontado con sus propias limitaciones y las de sus padres que son revividas y reelaboradas en la adolescencia, durante el proceso de individualización – separación genera la tendencia a la depresión como proceso psicopatológico.

Otros autores como E. Alaten y M. Roth en 1969, afirmaron que los niños están inmunizados contra la depresión y que este fenómeno no aparece antes de la pubertad, fundamentalmente porque tomaban como modelo la depresión del adulto, pero esta posición ha sido abandonada y en los últimos 20 años se ha despertado una conciencia y un interés creciente por descubrir y entender los síndromes depresivos en adolescentes.

Por lo general, la enfermedad depresiva prolongada comienza en la adolescencia o la etapa del adulto joven. Alrededor del 15 al 20% de los adolescentes en Estados Unidos ha experimentado un episodio severo de depresión, que es similar a la proporción de adultos que sufren de depresión. Las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños.

La mayoría de las investigaciones hechas en relación a las emociones en la adolescencia concluyen, que en este período existe un aumento de la emotividad, la cual es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamiento y de establecer otros nuevos. Durante esta época el desarrollo de las facultades cognoscitivas le permite al adolescente constituir un sistema de pensamiento que incluye la responsabilidad ante los demás, la internalización de valores y normas y un incipiente sentido de sí mismo.

La depresión es un trastorno que se presenta durante los años de la adolescencia y se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales. Puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés; como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres. También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el abuso de sustancias y otros comportamientos negativos. En el adulto, los síntomas de la depresión pueden ser fáciles de reconocer, pero en los adolescentes, con frecuencia, se manifiesta de formas muy diferentes a los síntomas clásicos.

Por otra parte, el exceso en el dormir, cambio en los hábitos alimenticios, incluso la conducta delictiva (como el hurto) pueden ser signos de

depresión, al igual que la obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir.

Cuando se aborda el problema de la depresión en el campo de la psiquiatría del adolescente, la confusión es grande. Un número muy importante de clínicos, tanto pediatras como psiquiatras y psicólogos, se olvidan de considerar esta posibilidad diagnóstica, por lo cual los síndromes depresivos en niños y adolescentes, en un gran número, no son diagnosticados, en parte porque sus manifestaciones clínicas son distintas a las de los adultos, porque los niños y aún los adolescentes no son capaces de identificar lo que les ocurre como depresión, y finalmente, porque los adultos relevantes en la vida del niño y del joven no pueden creer que a su edad sufra de depresión, y porque admitirlo les amenaza grandemente, pues lo consideran sinónimo de admitir un fracaso como padres o educadores.

Es importante, entonces, empezar por enfatizar que la depresión en el niño y en el adolescente puede ser una agobiante realidad, que puede alterar el funcionamiento normal del niño o joven en múltiples áreas, desde las somáticas hasta las psicológicas, como la esfera intelectual, pero que el término depresión, no posee el mismo sentido en el adolescente que en el adulto y representa, además, una experiencia diferente según la edad del mismo, lo que viene a complicar aun más el panorama.

Así mismo, la descripción de períodos depresivos como fases o estadios normales del desarrollo psicológico del niño, entre los que se incluyen la adolescencia, período en el que normalmente debe elaborarse el duelo de la pérdida de la seguridad, el "estatus" de niño y el duelo de la separación de los padres, vienen a añadir aún mas complejidad a este problema, porque aun si somos capaces de identificar un cuadro depresivo en un niño o en un joven, tenemos que resolver luego el problema de si éste puede ser considerado como un fenómeno normal propio de su estadio de desarrollo, o representa ya un fenómeno patológico.⁵⁰

Según la psiquiatra infantil Raquel Rodríguez, el estado de ánimo deprimido parece ser un fenómeno común en la adolescencia. Alrededor de una quinta parte de la población adolescente tiene la experiencia de algunos síntomas de depresión en algún punto de este período.

En poblaciones clínicas de adolescentes, se calcula que en población de consulta externa, el 30% tiene trastornos depresivos. En población interna, el 40% tiene depresión.

Manifestaciones clínicas

No es posible esperar que un cuadro depresivo en un niño o en un adolescente adopte la forma en que se manifiesta en un adulto porque su comportamiento y características varían con la edad y por eso cada elemento encontrado en una exploración clínica sólo puede ser analizado

en el contexto del estadio de desarrollo en que cada joven específico se encuentre.

Sin embargo, los rasgos que describen J. Sadler y W. G. Jaffe pueden ser muy útiles para sospechar depresión en un niño o adolescente de cualquier edad; éstas son:

- Niños y adolescentes retraídos que muestran poco interés por las cosas y que dan la impresión de que se aburren.
- Niños y adolescentes que parecen tristes o desgraciados sin que se quejen de ello y sin que lo admitan cuando se les pregunta, porque la depresión no es en ellos necesariamente consciente.
- Niños no dispuestos a aceptar ayuda o consuelo.
- Niños – jóvenes que dan la impresión de sentirse rechazados.
- Niños - jóvenes descritos como descontentos a los que parece que nada les agrada o que tienen poca capacidad para el placer.
- Una tendencia general a regresar a la pasividad oral, como chuparse el dedo.
- Insomnio y otros trastornos del sueño como pesadillas y terrores nocturnos.
- Actividades autoeróticas, incluyendo la masturbación y otras actividades repetidas, muy aumentadas.
- Niños - jóvenes con los cuales es difícil establecer contacto.

A esto se podría agregar los que se autocritican en forma exagerada, que expresan sentimientos de desadaptación y/o preocupación o temor por la muerte, así como que se describen como estúpidos o están seguros de no poder, o de fracasar o que tienen una convicción profunda de ser malos. La dificultad para manejar la agresividad puede ser un síntoma más prominente. En ocasiones, esta agresividad es dirigida directamente contra "el objeto", las madres, pero es desviada y pueden ser entonces niños muy agresivos con sus pares (niños de la misma edad).

La depresión como tal es difícilmente observable y esto resulta particularmente cierto en el niño escolar y en el adolescente. La lista de los equivalentes conductuales, dada por la doctora Rodríguez⁵¹ puede ser muy larga pero cita los más comunes según su experiencia: fracaso escolar; hiperactividad motora que se puede confundir con un síndrome hiperquinético; robo, sobre todo cuando se le roba a adultos relevantes en la vida del niño; mentir, sobre todo mentiras del tipo autocompensador; huir de la casa o de la escuela; conducta promiscua sobre todo en niñas ya sean escolares o adolescentes; conducta impulsiva que se puede manifestar en una gran tendencia a sufrir accidentes. A este

respecto es importante señalar que ya ha sido muy bien descrito en la literatura el síndrome del envenenamiento accidental repetido como un síndrome depresivo en niños de edades tan tempranas como la de uno a tres años de vida.

La conducta impulsiva con gran tendencia a sufrir accidentes es muy importante en el adolescente deprimido, pero debemos agregar una conducta autoagresiva más franca, el ingerir drogas u otros. En muchas otras ocasiones, la depresión en el niño y en el adolescente se manifiesta en equivalentes somáticos entre los que podemos citar como más frecuentes: trastornos del aparato digestivo, el prurito, las cafeas de tipo migrañoso, vértigo, retraso motor, acné, obesidad, alopecia. A este respecto se debe señalar que la alopecia puede ser causada por la caída espontánea del cabello, pero en ocasiones es resultado más bien de un equivalente conductual, pues el niño en forma secreta se arranca sus cabellos.

Finalmente, con respecto a las manifestaciones clínicas puede ser importante enfatizar que la sintomatología dependerá, en gran parte, de la edad y del sexo.

En relación con la edad, por ejemplo, el niño lactante y el niño de edad preescolar manifestarán su depresión fundamentalmente por medio de síntomas psicósomáticos, o con la masturbación compulsiva, miedos nocturnos, llantos y gritos.

En el lactante ha sido descrito además, un cuadro específico que Spitz denominó la depresión, que se produce como respuesta a una gran carencia afectiva secundaria a la separación de la figura materna, la cual se caracteriza por un desinterés progresivo hacia el ambiente, pérdida de apetito y un retraso del desarrollo ponderal general. A esto se agrega una disminución de la motivación, desaparición total de la actividad auto-erótica e insomnio. Finalmente el niño entra en un estado de agotamiento generalizado que tiene consecuencias irreversibles entre las que puede citarse la muerte.

En los niños escolares los síntomas más importantes se van a referir a la esfera cognitiva, manifestándose a través del bajo rendimiento escolar, rumiación de ideas y sentimientos de inferioridad. Aquí también pueden existir impulsos suicidas. Con respecto a la sintomatología psicósomática, la cefalea es un síntoma dominante en el escolar.

En el adolescente la depresión puede aparecer por medio de dos cuadros totalmente opuestos: el de un adolescente con un retraimiento exagerado que hace que el joven pueda pasar inadvertido, o ser descrito como "muy bueno" o un adolescente que infringe normas y reglas y que presenta conducta impulsiva y antisocial.

Los síntomas que acompañan una depresión son:

- Estado de ánimo depresivo o irritable.
- Mal genio, agitación.
- Pérdida del interés en las actividades, apatía.
- Disminución del placer por las actividades diarias.
- Incapacidad de disfrutar de actividades que solían ser placenteras.
- Cambios en el apetito, por lo general pérdida del apetito pero a veces aumento del mismo.
- Cambios de peso (aumento de peso o pérdida de peso involuntaria).
- Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido (insomnio) persistentes.
- Somnolencia diurna excesiva.
- Fatiga.
- Dificultades para concentrarse.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Episodios de pérdida de la memoria (amnesia).
- Preocupación por sí mismo.
- Sentimientos de minusvalía, tristeza o desprecio hacia sí mismo.
- Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados.
- Comportamiento inadecuado (incumplimiento de toques de queda, actitud desafiante poco común).
- Pensamientos sobre suicidio o miedos o preocupaciones obsesivos sobre la muerte.
- Planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio.
- Patrón de comportamiento exageradamente irresponsable.

Se ha podido demostrar empíricamente, que los trastornos depresivos parecen aumentar con la edad, y que los adolescentes logran adaptarse a la experiencia de depresión de manera distinta, según el género. Price & Lavercombe⁵² llevaron a cabo un análisis de regresión al respecto y observaron que los patrones de relación eran diferentes en hombres y mujeres. En base a los resultados concluyeron que los varones tendían a externalizar, pero no se pudo aceptar la hipótesis de que las mujeres tendían a la internalización.

De acuerdo con las manifestaciones clínicas, la duración del cuadro, el ambiente familiar, la historia premórbida y los factores precipitantes, es posible distinguir tres categorías distintas de niños y adolescentes deprimidos:



1. Los adolescentes con una reacción depresiva aguda que presentan una historia de adaptación relativamente adecuada antes del acontecimiento traumático (pérdida de objeto o separación de un ser querido), pero no hay historia de enfermedades depresivas.
2. Los adolescentes que padecen una reacción depresiva crónica, pues tienen una historia de múltiples separaciones y pérdidas de objeto en su vida pasada, sobre todo en la primera infancia, y en los cuales la depresión se ha manifestado por medio de su desarrollo por una conducta pasiva independiente. Así mismo existe el antecedente de depresión importante en uno de los progenitores y en algunos casos es posible ver como la depresión del niño o el adolescente se inició al mismo tiempo que la del adulto, con sus etapas de empeoramiento y mejoría.
3. Los adolescentes que presentan una reacción depresiva severa y cuya personalidad muestra rasgos compulsivos-obsesivos, hallándose en su historia, datos de su tozudez exagerada, negativismo y otros propios de la personalidad pasiva-agresiva. Los progenitores presentan a menudo una desorganización yoica y una psicopatológica grave.

En los adolescentes es siempre muy importante considerar el riesgo suicida. En este aspecto deben diferenciarse dos grupos: un primer grupo, el de los jóvenes varones que se suicidan y en los cuales se encuentra previamente un cuadro melancólico bastante franco con tendencia al aislamiento y con intentos de comunicar el sufrimiento al medio, aunque en muchas ocasiones de una manera muy sutil, como por ejemplo, el realizar una visita a un médico antes de suicidarse. Por eso es importante entonces que todo profesional de salud tenga esto en mente y pueda formular preguntas sin rodeos.

El segundo grupo constituido por jóvenes de ambos sexos, aunque más frecuentemente mujeres, que intentan suicidarse buscando una relación simbiótica. Aquí la conducta es impulsiva, las visitas médicas previas muy raras y los síntomas previos al acto se dan más en el ámbito social: discusiones, peleas sobre todo con seres queridos o relevantes. También se hace importante señalar que el 25% de los adolescentes que se suicidan recurren al alcohol o drogas para realizar el acto.

Con respecto al sexo, las jóvenes deprimidas son generalmente tranquilas e inhibidas, en cambio en los varones predomina la dificultad en hacer contacto, lo que unido a inhibiciones de aprendizaje y a inestabilidad, pueden conducir a dificultades escolares y a agresividad.

Comorbilidad con otros trastornos

Se ha encontrado que los trastornos afectivos en la adolescencia se asocian con variedad de otros trastornos. Algunos de los que se informan que existen concurrentemente con la depresión son:

-
- Trastornos por déficit de atención.
 - Trastornos de ansiedad.
 - Trastorno de conducta.

Etiopatogenia

Entre los factores de riesgo se encuentran los eventos de la vida generadores de estrés, en particular la pérdida de un padre por muerte o por divorcio, maltrato infantil tanto físico como sexual, atención inestable, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión. La depresión también está asociada con trastornos en la alimentación, particularmente bulimia.

El crecimiento cognoscitivo en la pubertad permite que el adolescente se evalúe desde el punto de vista moral. En vista de las demandas impuestas por la vida puede sentirse indigno o falto de valores, siendo frecuente la disminución de la autoestima. El estado afectivo deja de ser una evaluación lógica y personal.

La entrada a un mundo de exigencias más ambiguas, más difíciles de decodificar, en la que el sistema educativo funciona como un hito, produce en muchos adolescentes sentimientos de inadecuación e incapacidad, con su cortejo de sentimientos depresivos. Enfrentar un cuerpo en transformación constante, a veces con cambios dramáticos en cortos períodos de tiempo, genera muchas veces sentimientos de torpeza, de incoordinación. Si ésto se conjuga con la necesidad de aceptación y de ser atractivo para los demás, el terreno para la aparición de sentimientos de tristeza y ansiedad queda abonado.

Aquí es importante la existencia de patología familiar y se han descrito tres tendencias mayores en las familias de niños y adolescentes deprimidos. En primer lugar, una incidencia elevada de depresión para el niño, fundamentalmente por medio de un proceso de identificación. En segundo lugar, una gran dificultad para manejar la hostilidad y la agresión, ya sea porque se trataba de padres que si bien agredían al niño, le impedían a éste expresar sus sentimientos negativos, amenazándolo con más castigo si lo hacía, o porque se constituían en objetos que no podían tolerar la agresión del niño pues se deprimían profundamente y lo culpabilizaban y en tercer lugar familias en donde se daba un rechazo manifiesto de los padres hacia el niño.

Otro factor que influye en la depresión es la falta de moderación del pensamiento, ya que el joven parece vivir en un mundo del "todo o nada" dando a hechos triviales una trascendencia desmedida y reaccionando de una manera dramática y terminable. Todos estos factores expuestos fueron los que llevaron a Anna Freud a plantear que todos los adolescentes se encuentran en un estado de duelo y que en realidad añoran los períodos de la niñez en donde las soluciones son relativamente simples.

La entrada a un mundo de exigencias más ambiguas, más difíciles de decodificar, en la que el sistema educativo funciona como un hito, produce en muchos adolescentes sentimientos de inadecuación e incapacidad, con su cortejo de sentimientos depresivos. Enfrentar un cuerpo en transformación constante, a veces con cambios dramáticos en cortos períodos de tiempo, genera muchas veces sentimientos de torpeza, de incoordinación. Si esto se conjuga con la necesidad de aceptación y de ser atractivo para los demás, el terreno para la aparición de sentimientos de tristeza y ansiedad queda abonado.

Prevención

Como podemos ver, la prevención de la depresión de niños y adolescentes debería empezar muy temprano, ojalá antes de que el niño sea concebido, para asegurarnos de que va a ser un niño deseado y por lo tanto, amado por sus padres, un niño que no sea nunca sujeto a rechazo, abandono, agresión física o psicológica, un niño que va a recibir retroalimentación y no solo negativa y que encuentre un ambiente con sus dificultades. Así concebido el trabajo con jóvenes, futuros padres y madres de familia con niños de todas las edades incluso adolescentes puede ser igualmente exitoso.

Por otro lado, el detectar la depresión tempranamente en un niño o adolescente e instaurar rápidamente el tratamiento adecuado puede prevenir múltiples trastornos mayores, desde fracaso escolar hasta fugaz del hogar, desde accidentes a suicidios, desde cefaleas a embarazo, por lo cual, hacerlo es algo de suma importancia.

1.7.7. Suicidio

El comportamiento suicida se define como la preocupación o acción orientada a causar la propia muerte de manera voluntaria. El intento de causar la propia muerte es esencial en esta definición. El pensamiento suicida hace referencia a ideas de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida. El comportamiento suicida hace referencia a las acciones concretas realizadas por quien está pensando o preparándose para provocar su propia muerte. El intento de suicidio normalmente hace referencia a una acción orientada a provocar la propia muerte que no logra su objetivo. El suicidio hace referencia a haber causado intencionalmente la propia muerte.

¿Cuáles son las causas del intento de suicidio en los adolescentes?

La adolescencia es un período del desarrollo de mucho estrés, lleno de cambios muy importantes: cambios en el cuerpo, cambios en las ideas y cambios en los sentimientos.

El intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito y la capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista influyen en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones.

Para algunos adolescentes, los cambios normales del desarrollo, a veces acompañados por otros hechos o cambios en la familia como el divorcio o el cambio de residencia, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadores. Los problemas pueden apreciarse como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar. Para algunos, el suicidio puede parecer una solución. Del 12 al 25% de los niños mayores y adolescentes experimentan algún tipo de idea acerca del suicidio (pensamiento suicida) en algún momento. Cuando los sentimientos o pensamientos se vuelven más persistentes y vienen acompañados de cambios en el comportamiento o planes específicos de suicidio, el riesgo de un intento de suicidio se incrementa.

¿Qué se sabe acerca del suicidio de adolescentes?

Según el informe para Estados Unidos, el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 24 años de edad. Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH), los resultados de la investigación científica establecen lo siguiente:

- En general, el suicidio ocupa el lugar No. 11 entre las primeras causas de muerte entre los estadounidenses, y es la tercera causa más importante de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años de edad.⁵³
- Se estima que hay de ocho a 25 intentos de suicidio por cada suicidio concretado, y la proporción es aun mayor entre los jóvenes.
- Los principales factores de riesgo para el intento de suicidio en los jóvenes son la depresión, el abuso de sustancias y los comportamientos agresivos o perturbadores.

En un llamamiento a tomar medidas para la prevención del suicidio realizado por el Director del Servicio de Sanidad de Estados Unidos (U.S. Surgeon General) en 1999 se informó lo siguiente:

- Los suicidios con armas de fuego representaron el 63% del incremento de la tasa general de suicidios desde 1980 hasta 1996, en el grupo comprendido entre los 15 y los 19 años.
- Los hombres menores de 25 años tienen mayor probabilidad de suicidarse que sus pares mujeres. En 1996, la proporción entre

ambos sexos para el grupo comprendido entre los 15 y los 19 años fue de 5 a 1 (hombres respecto de mujeres).

El Centro para la Prevención y el Control de las Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) informa lo siguiente:

- Los hombres tienen una probabilidad cuatro veces mayor de morir a causa de suicidio que las mujeres.
- Sin embargo, las mujeres tienen mayor probabilidad de intentar el suicidio que los hombres.
- Las armas de fuego se utilizan en más de la mitad de los suicidios de la juventud.

Factores de riesgo del suicidio

Los factores de riesgo del suicidio varían de acuerdo con la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales, y pueden modificarse a lo largo del tiempo. Por lo general, los factores de riesgo del suicidio se presentan combinados. A continuación, se incluyen algunos de los factores de riesgo que pueden presentarse:

- Uno o más trastornos mentales diagnosticables o trastornos de abuso de sustancias.
- Comportamientos impulsivos.
- Acontecimientos de la vida no deseados o pérdidas recientes (por ejemplo, el divorcio de los padres).
- Antecedentes familiares de trastornos mentales o abuso de sustancias.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Violencia familiar, incluido el abuso físico, sexual y verbal o emocional.
- Intento de suicidio previo.
- Presencia de armas de fuego en el hogar.
- Encarcelación.
- Exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluyendo la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción.

Señales de aviso de sentimientos, pensamientos o comportamientos suicidas:

Muchas de las señales de aviso de posibles sentimientos suicidas son también síntomas de depresión. La observación de los siguientes comportamientos ayuda a identificar a las personas que pueden encontrarse bajo el riesgo de intento de suicidio:

- Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño.
- Pérdida de interés en las actividades habituales.
- Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia.
- Manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida.
- Uso de alcohol y de drogas.
- Descuido del aspecto personal.
- Situaciones de riesgo innecesarias.
- Preocupación acerca de la muerte.
- Aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales, como dolores de estómago, de cabeza y fatiga.
- Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar.
- Sensación de aburrimiento.
- Dificultad para concentrarse.
- Deseos de morir.
- Falta de respuesta a los elogios.
- Aviso de planes o intentos de suicidarse, incluyendo los siguientes comportamientos:
 - Verbaliza: "Quiero matarme" o "Voy a suicidarme".
 - Da señales verbales como "No seré un problema por mucho tiempo más" o "Si me pasa algo, quiero que sepan que ...".
 - Regala sus objetos favoritos; tira sus pertenencias importantes.
 - Se pone alegre repentinamente luego de un período de depresión.
 - Puede expresar pensamientos extraños.
 - Escribe una o varias notas de suicidio.

Las amenazas de suicidio significan desesperación y un pedido de auxilio. Siempre se deben tener en cuenta muy seriamente los sentimientos, pensamientos, comportamientos o planes de suicidio. Todo niño o adolescente que exprese ideas de suicidio debe ser sometido a una evaluación inmediatamente.

Las señales de aviso de sentimientos, pensamientos o comportamientos suicidas pueden parecerse a las de otros trastornos médicos o problemas psiquiátricos.

Tratamiento para los sentimientos y comportamientos suicidas:

El tratamiento específico para los sentimientos y comportamientos suicidas será determinado por el médico basándose en lo siguiente:

- La edad del adolescente, su estado general de salud y sus antecedentes médicos.
- La gravedad de los síntomas del adolescente.
- La seriedad del intento.
- La tolerancia del adolescente a determinados medicamentos o terapias.
- Sus expectativas con respecto del riesgo futuro de suicidio.
- Su opinión o preferencia.

Todo adolescente que haya intentado suicidarse requiere de una evaluación física inicial y tratamiento hasta recuperar la estabilidad física. El tratamiento de la salud mental para los sentimientos, ideas o comportamientos suicidas comienza con una evaluación minuciosa de los acontecimientos de la vida del adolescente ocurridos durante los dos o tres días previos al comportamiento suicida. Una evaluación integral del adolescente y de la familia contribuye a la toma de decisiones con respecto de las necesidades de tratamiento. Las recomendaciones de tratamiento pueden incluir, entre otras, la terapia individual para el adolescente, terapia de familia y, cuando sea necesario, la internación para brindarle al adolescente un entorno supervisado y seguro. Los padres tienen un rol vital de apoyo en cualquier proceso de tratamiento.

Prevención del suicidio⁵⁴

El reconocimiento y la intervención temprana de los trastornos mentales y de abuso de sustancias es la forma más eficaz de prevenir el suicidio y el comportamiento suicida. Varios estudios han demostrado que los programas de prevención del suicidio con más probabilidades de éxito son aquellos orientados a la identificación y el tratamiento de las enfermedades mentales y el abuso de sustancias, el control de los efectos del estrés y de los comportamientos agresivos.

El suicidio es un problema de salud pública trágico y potencialmente evitable. En 1999, el jefe del servicio de sanidad de Estados Unidos (U.S. Surgeon General) realizó un llamamiento a tomar medidas para la prevención del suicidio mediante la introducción de una estrategia de Concientización, Intervención y Metodología (Awareness, Intervention, and Methodology, AIM). El plan incluye iniciativas de investigación, conferencias y la evaluación de la eficacia de los programas de prevención actuales.

El Centro Nacional para la Prevención y Control de Lesiones (National Center for Injury Prevention and Control, NCIPC) trabaja para aumentar la conciencia del suicidio como un problema serio de la salud pública y ofrece importantes recursos para programas de prevención.⁵⁵

Situación en Colombia

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses informó que siguen prendidas las alarmas ante la situación del suicidio infantil que

en el 2006 registró 72 casos en menores de 15 años de edad. El informe señala que 49 de los suicidios fueron por ahorcamiento, pero también hubo envenenamientos, caídas, suicidios con armas de fuego y asfixia. Bogotá es la ciudad que por población tiene el mayor número de hechos de suicidio infantil, seguido de Medellín.

Los menores se suicidan por bajo rendimiento académico, soledad, maltrato y rechazo. Las autoridades recomiendan estar alerta del comportamiento de los niños y en el caso de sostener algún inconveniente con ellos, se debe resolver con tolerancia.⁵⁶

Según datos de Medicina Legal⁵⁷, durante el año 2005 se realizaron 1786 necropsias cuya probable manera de muerte fue suicidio. El 79% de los suicidas fueron hombres. La razón hombre:mujer se mantuvo en 4:1, es decir, que por cada mujer que se suicidó, lo hicieron cuatro hombres. La información por grupos de edad y sexo se presenta en el siguiente cuadro:

Suicidios según edad y sexo - Colombia, 2005

Grupo de edad	Población hombres	Población mujeres	Total	Casos hombres	Casos mujeres	Total casos	Tasa x 100.000
08-09	1.078.859	1.040.274	2.119.133	3	1	4	0,2
10-14	2.711.182	2.635.910	5.347.092	30	27	57	1,1
15-17	1.389.077	1.431.185	2.820.263	75	59	134	4,8
18-24	2.961.131	3.208.031	6.169.162	297	88	385	6,2
25-34	3.790.773	4.092.044	7.882.817	278	71	349	4,4
35-44	2.675.600	2.816.069	5.491.669	188	47	235	4,3
45-59	2.253.587	2.347.417	4.600.984	189	30	219	4,8
60-69	899.036	951.111	1.851.147	89	7	96	5,2
70 y más	618.912	704.137	1.323.049	70	6	76	5,7
Sin dato	0	0	0	188	43	231	0
Total	22.679.720	23.365.389	46.045.108	1.407	379	1786	3,9

Fuente: SIAVAC - DRP. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2005. Este cuadro, a diferencia del incluido en Forensis 2004, incluye las estadísticas indirectas

En otro estudio realizado por el Instituto Nacional de Medicina Legal, sobre **"Rasgos de personalidad en los suicidas: Autopsias psicológicas"**,⁵⁸ se informó que uno de los grupos con mayor frecuencia de mortalidad por suicidio fue el de 19 a 34 años y con relación al sexo por cada mujer se presentaron cuatro hombres, en cuanto personalidad se presentaron mas entre los narcisistas, limítrofes y dependientes.

Llamó la atención de los investigadores, la alta proporción de los casos de depresión no diagnosticada antes del hecho, aun en personas con accesibilidad a servicios de salud, situación que debe ser tenida en cuenta como una oportunidad perdida de prevención.

1.7.8. Ideación Suicida

"Todo intento de suicidio de un adolescente está dirigido a otro y trata de expresar una demanda de afecto, de amor, de ser escuchado y reconocido como persona. Debe ser interpretado como una pregunta que requiere una respuesta"

Coincidiendo con los estudios de Rutter M, la salud física de los jóvenes ha ido mejorando, mientras que han crecido los trastornos de conducta antisocial, el consumo de alcohol y/o drogas y las conductas suicidas.⁵⁹ En comparación con la de otros grupos de edad, la tasa de suicidios en los jóvenes europeos es más alta; los jóvenes de sexo masculino presentan una frecuencia de 7:4 comparada con la de las jóvenes, pero estas últimas presentan más intento de suicidio. La mayoría de los jóvenes que se suicidan presentan un diagnóstico psiquiátrico como: depresión, alcoholismo o consumo de sustancias ilegales. Los factores que se han encontrado asociados, son muy variados: entre ellos la depresión, el abuso psicológico o sexual, la prisión, las desventajas sociales, la pérdida académica o la salida del estudio, el consumo de alcohol o drogas ilegales entre otros. Se informa que es motivo de preocupación la proliferación de sitios en la Internet dedicados a la discusión sobre las formas de suicidarse y a la planificación de suicidio en grupo.

Las investigadoras Medina Mora y González Forteza del Instituto de Salud Mental de México, señalan que el suicidio puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con el suicidio consumado.⁶⁰

La ideación suicida se define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.⁶¹

Dentro de las conductas suicidas, se deben destacar:⁶²

-
1. Las ideas de suicidio (pensamientos sobre la voluntad de quitarse la vida, que no vale la pena seguir viviendo, dejar de ser una carga para los demás).
 2. El planeamiento del suicidio: cómo, dónde y cuándo llevar adelante la conducta de autodestrucción (con que elementos: arma de fuego, ahorcamiento, salto al vacío, las vías del tren, etc.), el lugar y hasta el día elegido.
 3. El parasuicidio: acto generalmente no fatal, que se ha incrementado en los últimos tiempos, sobre todo en mujeres adolescentes o jóvenes. Es impulsivo y se utilizan sustancias medicamentosas.

Es frecuente en aquellas personas con modificaciones abruptas del humor o con personalidades de características antisociales. Existen síntomas depresivos en el 10% de los casos y se observa un entorno de desorganización social.

Efectuando un seguimiento en aquellos adolescentes que han realizado un intento de suicidio, se ha visto que el 10% se suicidan en los 10 años siguientes del primero. Solamente una cuarta parte de aquellos que realizan un intento acuden a la consulta médica; porque creen que deben arreglárselas solos, que no necesitan ayuda.

En Estados Unidos, cada suicidio de 15 a 25 años representa una pérdida de 53 años de vida humana y de US\$ 432.000 de productividad económica, es decir, ocasiona enormes pérdidas en todo sentido, según un cálculo de Weinstein y Saturno (1989).

Con referencia a las conductas suicidas, en el Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, se efectuó un estudio en una muestra probabilística de 304 varones de 18 años, sobre la frecuencia de ideación e intentos de suicidio, utilizando el SCAN (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) de la OMS y en el que se detectó que el 12,6% había tenido en el último mes ideas persistentes de suicidio, el 0,98% había realizado un intento definido de suicidio, el 0,33% con lesiones autoprovocadas leves a moderadas y el 0,33% graves.⁶⁴

Este proceso podría truncarse si se detecta, es decir, si se descubre desde su primera fase. Al detectar a los jóvenes que tienen los puntajes más altos se está en la posibilidad de ofrecerles terapia breve sistémica.

En un artículo sobre revisión de publicaciones sobre suicidio en México, se encontraron cuatro investigaciones en jóvenes que incluyeron información sobre intento de suicidio. En la Encuesta de Estudiantes del Dis-

trito Federal de 12 a 20 años se encontró una prevalencia total de 8,3%, siendo 4,3% para el sexo masculino versus 12,1% para el femenino con una razón 1:2,8. Los factores de riesgo más fuertemente asociados fueron estrés social, sexo, edad, trastornos depresivos, estado civil, consumo de alcohol y desesperanza.⁶⁵

En otra investigación sobre suicidio se encontró que algunas personas que recurrían a él, habían vivido recientemente un suicidio, de algún familiar: padre, hermano, primo; o habían tenido noticia de que una persona cercana afectivamente se había suicidado.⁶⁶

Otro de los factores que están relacionados con la conducta suicida es la baja autoestima, esta circunstancia está relacionada con la depresión. Ambos son factores correlacionados con la ideación suicida y el suicidio consumado. También se ha encontrado que el fácil acceso a instrumentos de fuego u otros objetos peligrosos, favorecen que la idea se lleve al acto. Otros factores son la soledad, los problemas económicos, los problemas con los padres y con los compañeros. Las pérdidas en general, sean económicas, emocionales o afectivas, pueden llevar al pensamiento suicida.

Otro elemento importante que encontraron fueron las relaciones familiares. Las personas que viven en una familia con buenos niveles de comunicación, con posibilidades de hablar y ser escuchados, tienen menor probabilidad de cometer suicidio que los jóvenes que viven en una familia desarticulada, autoritaria, o en aquellas donde no existe la comunicación. La familia es un factor importante para la mayoría de los jóvenes, el ajuste emocional es mejor cuando estas familias son cohesivas, expresivas, y fomentan la independencia de sus miembros. Las familias demasiado amalgamadas o excesivamente autoritarias que no fomentan la independencia, en donde a los hijos les cuesta más trabajo desprenderse y se ven restringidos en su posibilidad de crecimiento, también pueden recurrir al suicidio como una forma de escape.

En otro estudio se buscó evaluar el clima social que reina en la familia de los jóvenes estudiantes y relacionarlo con la ideación suicida; participaron de manera voluntaria 100 jóvenes con edades comprendidas entre 17 y 26 años de edad, que asistían como alumnos de la licenciatura en psicología.

A los jóvenes se les aplicaron dos instrumentos: la escala de ideación suicida elaborada por Roberts y la evaluación de clima social familiar de Moss. La escala de ideación suicida evalúa la presencia de sentimientos y de pensamientos sobre la muerte, mientras que la escala de clima

social familiar sirve para conocer las características de la familia y evalúa tres aspectos importantes: uno es la relación de cohesión, otro es el desarrollo y un último aspecto es la estabilidad. En la parte de relaciones se evalúa la cohesión y la expresividad de conflicto, con todos los factores importantes dentro de lo que es lo relacional; dentro del aspecto de desarrollo se evalúa autonomía, comportamiento, intelectualidad, cultura social recreativa, moralidad y religiosidad. Y por último estabilidad donde se evalúa organización y control.

Los resultados indican que el 51% de los estudiantes de psicología que participaron, pensaron por lo menos en la última semana en suicidarse, lo cual es un dato sumamente alto. De las jóvenes evaluadas, el 47% presentó algunos de los síntomas de ideación suicida durante la semana anterior a la evaluación, mientras que de los varones el 63,6%; lo cual indica que los hombres piensan mas en el suicidio que las mujeres. Este dato se contradice con lo encontrado en otras investigaciones donde se señala que las mujeres piensan mas en suicidarse, lo intentan mas, pero no se suicidan tanto como los hombres.

Analizando el perfil de la muestra con ideación suicida se encontró que el síntoma reportado con mas frecuencia fue el que indicaba sentimientos de no poder seguir adelante: el 22,8% de los hombres reportaron tener pensamientos sobre la muerte de uno a dos días durante la semana anterior a la evaluación y solo el 15,4% de las mujeres reportaron estos síntomas con la misma persistencia.

Estudiar la ideación suicida resulta bastante complejo, porque hay mucha gente que no sabe que tiene ideación suicida o no quiere reflexionar seriamente en ello. Hay muchos comportamientos que llevan a la muerte como un proceso largo y que no se toman como actos suicidas propiamente dicho, por ejemplo: una persona que tiene diabetes y que sin embargo no se cuida; los trastornos por consumo de drogas o la anorexia, son formas de suicidio pero más a largo plazo.

Capítulo 2

Metodología



Yolanda Torres de Galvis

Metodología

2.1. Tipo de estudio

La metodología que utilizó el estudio para la primera fase fue la descriptiva en la cual se respondió a la pregunta sobre situación diagnóstica, mediante la misma se estimó la magnitud del problema de salud mental en los adolescentes através de los indicadores propuestos.

En una segunda fase aplicando el método bivariado se calculó la asociación entre los factores de riesgo y protección estudiados y los trastornos mentales incluidos en el estudio.

2.2. Población y muestra

La población de referencia estuvo constituida por los adolescentes de 9 a 19 años residentes en la ciudad de Medellín.

La población de estudio, se ubicó en los estudiantes matriculados en las instituciones del sector público y privado de la ciudad.

La muestra se calculó para estudios poblacionales con base en la fórmula de proporciones poblacionales.

$$n = \frac{N Z^2 p (1-p)}{d^2 (N - 1) + Z^2 p (1-p)}$$

Donde,

N: Población total (considerada como 999999, es decir un valor muy grande en comparación al posible n, para considerar poblaciones infinitas)

z: Valor Z (correspondiente a un nivel de 95% confianza)

d: Precisión absoluta: 2,5%.

p: Proporción esperada en la población: 15%.

Efecto de diseño: 4.

El tamaño de muestra fue calculado con base en la proporción de una población utilizando un nivel de significancia del 5%, una precisión del 2,5% y una prevalencia estimada para trastornos por consumo de drogas de 15%. Se realizó la corrección por efecto del diseño para cuatro categorías (dos por tipo de colegio y dos sexos), utilizando la fórmula anterior.

Así, el tamaño de muestra mínimo fue de 3133 individuos, los cuales se consideraron como las unidades de análisis en el estudio.

El diseño de la muestra se realizó de la siguiente forma: inicialmente se agruparon según tipo de colegio (privados y oficiales), conformando de esta forma la primera unidad de muestreo de la cual se seleccionaron en forma aleatoria 28 colegios oficiales y 32 privados.

La segunda unidad de muestreo se constituyó con la información del número de grupos por grado (5° a 11°) de los cuales fueron seleccionados dos grupos por cada colegio.

Como unidad final de muestreo se consideró el estudiante, el cual en forma autoaplicada, anónima y voluntaria diligenció el instrumento.

2.3. Preparación de la comunidad

2.3.1. Información a los directores de colegios

La información a los rectores o directores de las instituciones seleccionadas en la muestra sobre la realización del estudio se dio mediante:

- Llamada telefónica para concertar una entrevista con uno de los miembros del equipo de investigación.
- Carta respaldada por la Secretaría de Salud y la Facultad de Medicina del CES en la cual se solicitó la participación en el estudio.
- Entrevista con el fin de informar más profundamente sobre el estudio y acordar la fecha y la hora para la aplicación del instrumento de recolección.

2.3.2. Preparación de los estudiantes

Esta actividad se consideró de vital importancia para garantizar la calidad de la información. Estuvo a cargo de un psicólogo y un epidemiólogo y su objetivo fue dar información a los estudiantes sobre: el propósito del estudio, la forma de aplicación del instrumento (anónimo y voluntario) y solicitar su colaboración.



2.4. Construcción del instrumento de recolección

Se logró la construcción, prueba y validación del instrumento de recolección, mediante el uso del sistema de captura electrónica de datos Teleform R, así:

- Con base en el desarrollo conceptual y la revisión actualizada sobre el tema se seleccionaron los ítems y las escalas de medición y los investigadores construyeron la primera versión del instrumento de recolección.
- Dicha versión fue discutida con un grupo de expertos, entre los cuales se contó con psicólogos, trabajadores sociales, epidemiólogos, todos con experiencia en manejo de adolescentes.
- Con estos aportes, se llevó a cabo la construcción de la segunda versión.
- La prueba piloto del instrumento se llevó a cabo en varios grupos de un colegio de la ciudad y de allí se obtuvo el instrumento definitivo.

2.4.1. Variables del instrumento de recolección

Variables sociodemográficas

Edad, sexo, estrato social, nivel educativo, configuración del núcleo familiar, número de miembros en la familia, además de variables del entorno social.

Indicadores de trastorno mental

Depresión, ansiedad, estrés pos-traumático, consumo de alcohol y otras drogas, ideación e intento de suicidio y comportamiento violento.

Factores Asociados

Considerando los objetivos del estudio, se incluyeron 12 escalas validadas por el grupo de investigación de Salud Mental, entre las cuales están: cohesión familiar, autoestima, comportamiento social, comportamiento de la red de apoyo, relaciones interpersonales, comportamiento prosocial, impulsividad, etc.

2.5. Técnicas de procesamiento y análisis

El instrumento de recolección se preparó en el programa Teleform R, que permite la captura electrónica de los datos, previa crítica de la información recolectada, luego se exportó al programa SPSS12, para el cálculo de los indicadores, asumiendo un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significantes.

Capítulo 3

Resultados generales



Yolanda Torres de Galvis



Resultados generales

3.1. Distribución según edad y sexo

Se aplicó el instrumento a un total de 3769 estudiantes desde quinto de primaria a undécimo grado en colegios públicos y privados tanto de la ciudad de Medellín como del Área Metropolitana, ya que muchos colegios que ofrecen sus servicios a estudiantes de la ciudad se han desplazado y tienen sus sedes en otros municipios. Del total de estudiantes, se eliminaron 9 registros por ser de estudiantes que reportaron tener 20 o más años quedando un total de 3760 estudiantes, siendo superior al tamaño de muestra que se estimó inicialmente en 3133 estudiantes.

El 43,3% de la población estudiada pertenecía al sexo masculino y el 56,7% al femenino. El rango de edad estuvo entre los 9 y los 19 años, con un promedio de $13,77 \pm 2,19$ años y una mediana de 14. La edad promedio de los hombres fue de $13,73 \pm 2,19$ años y de las mujeres de $13,79 \pm 2,20$.

Clasificación de adolescencia

Debe recordarse que según las clasificaciones de la OMS y Naciones Unidas los adolescentes se clasifica en preadolescentes si tienen entre 9 y 14 años y adolescentes entre los 15 y los 19 años. También se define la primera etapa como adolescencia temprana y la segunda como adolescencia tardía.

La muestra quedó distribuida con una mayor proporción para el grupo de preadolescentes (entre 9 y 14 años) con 59,0% con respecto al grupo de los adolescentes (entre 15 y 19 años). La distribución según sexo es igual (Gráfico No. 1).

En los colegios privados, un 63,4% de la muestra quedó representada en el grupo de 9 a 14 años (preadolescentes) versus el 55,4% en los públicos. En el grupo de 15 a 19 años (adolescentes) presentó una mayor proporción (44,6%) en los colegios públicos comparado con el 36,6% en los privados (Gráfico No.2).

Gráfico No. 1
Distribución según clasificación de adolescencia y sexo

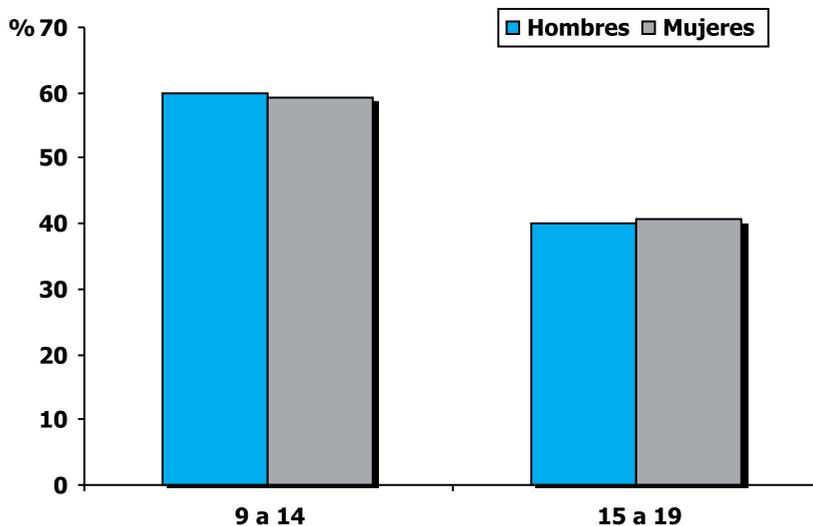
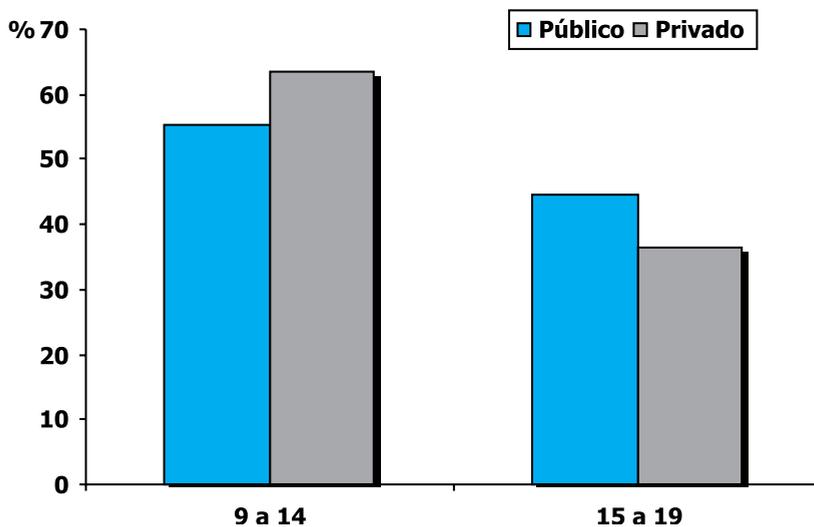


Gráfico No. 2
Distribución según clasificación de adolescencia y tipo de colegio



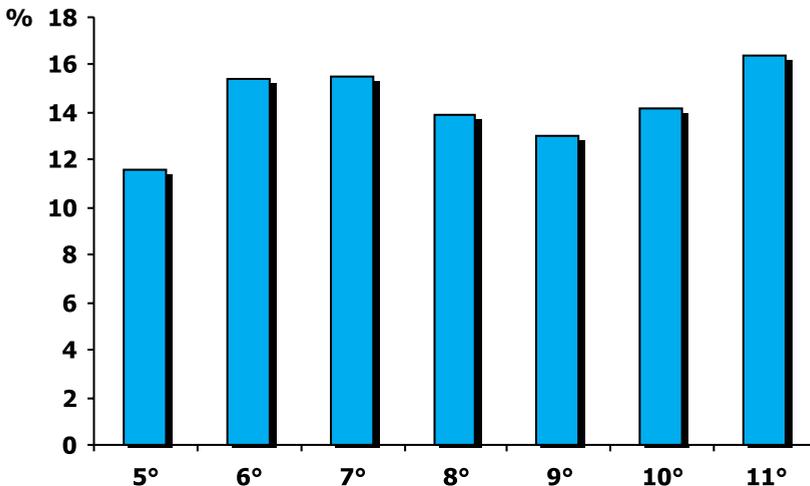


3.2. Distribución según variables de escolaridad

3.2.1. Grado académico

Como ya se comentó, en el estudio se incluyeron los estudiantes desde quinto de primaria hasta undécimo grado. La muestra fue diseñada para tener adecuada representatividad de cada grupo según grado académico, lo cual se puede observar en el gráfico No. 3.

Gráfico No. 3
Distribución según grado escolar



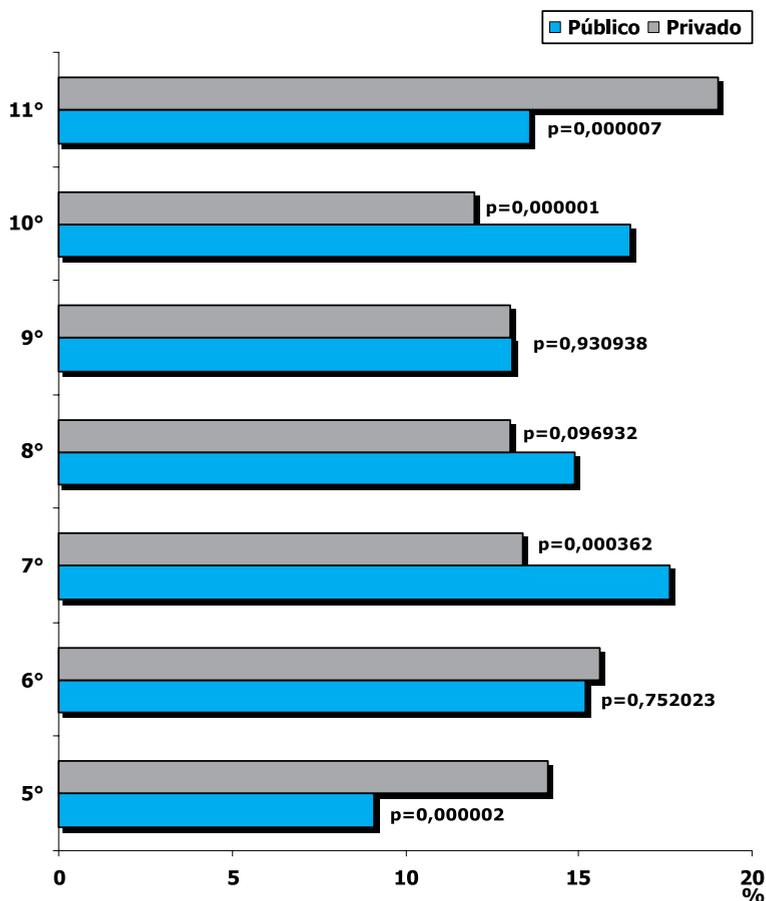
Se separaron los estudiantes en dos grupos, los que estudian en colegios privados versus los que estudian en colegios públicos, al analizar el comportamiento se presentan diferencias estadísticamente significativas para los grados quinto, séptimo, décimo y undécimo (Ver gráfico No. 4).

Los hallazgos según distribución por sexo no presenta diferencia estadística ($p=0,09$), lo que es un buen indicador de equidad por género en la accesibilidad a la educación (Gráfico No. 5).

3.2.2. Percepción sobre rendimiento académico

El rendimiento académico es parte del sentimiento de bienestar y autoeficacia del joven y se comporta como factor de protección o de riesgo para importantes problemas de salud mental, como la ideación suicida.

Gráfico No. 4
Distribución según tipo de colegio y grado escolar



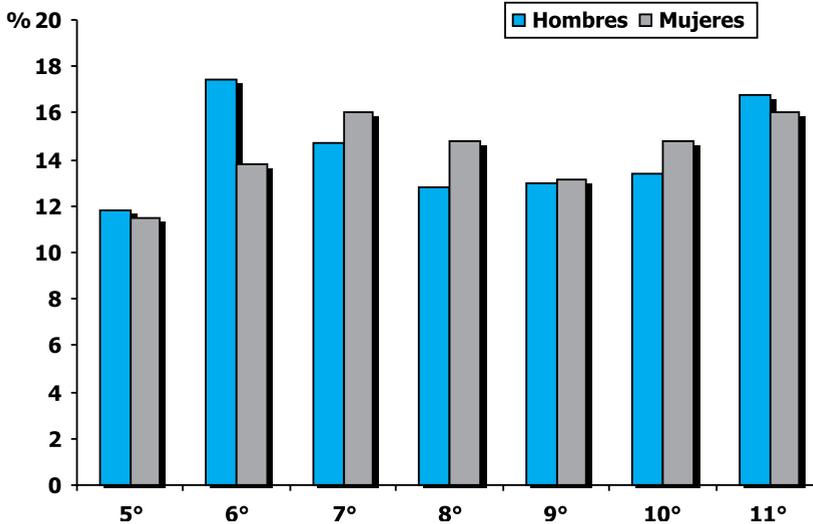
Un 15,2% informa mala percepción considerando su rendimiento como mucho peor o un poco peor que la mayoría (Cuadro No. 1).

3.3. Distribución según percepción de felicidad

Dentro del enfoque biopsicosocial de salud postulado por la OMS, varios estudios incluyen la percepción de felicidad como un componente importante del bienestar y la salud integral.



Gráfico No. 5
Distribución según sexo y grado escolar



Cuadro No. 1
Distribución según percepción personal sobre rendimiento académico

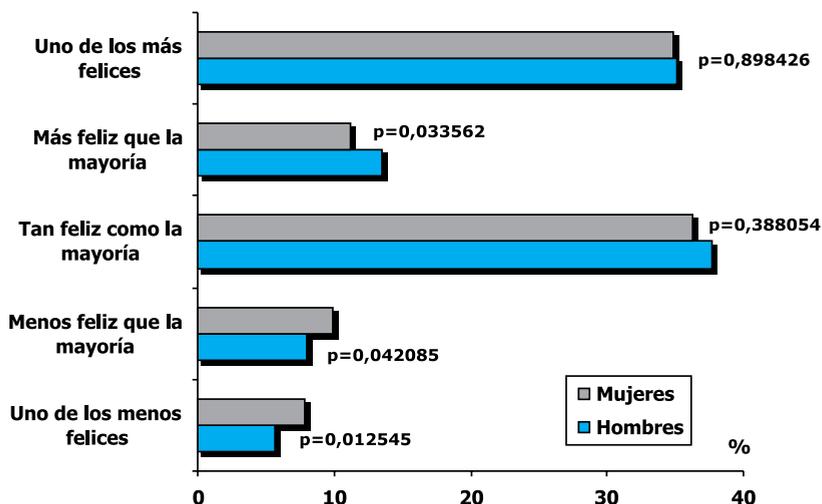
Percepción	%
Mucho peor que a la mayoría	2.5
Un poco peor que a la mayoría	12.7
Igual	41.7
Un poco mejor que a la mayoría	29.4
Mucho mejor que a la mayoría	13.7

Los resultados muestran un 47,1% con una percepción de felicidad muy alta (uno de los más felices o más feliz que la mayoría), el 36,9% se siente tan feliz como la mayoría, el 9,1% menos feliz que la mayoría y casi el 7,0% se siente uno de los menos felices. El 16,0% no se siente feliz, lo que puede afectar su bienestar y calidad de vida convirtiéndose en un indicador negativo para la salud mental (Cuadro No. 2). En el estudio realizado por González y colaboradores se incluyeron niños desde los 7 años y como hallazgo interesante encontraron que al analizar el comportamiento positivo hacia la percepción de felicidad, éste presenta mayores proporciones a más temprana edad y presenta asociación con la red de apoyo.

Cuadro No. 2
Distribución según percepción personal de felicidad

Percepción	%
Uno de los menos felices	6.9
Menos feliz que la mayoría	9.1
Tan feliz como la mayoría	36.9
Mas feliz que la mayoría	12.1
Uno de los mas felices	35.0

Gráfico No. 6
Distribución según sexo y percepción personal de felicidad



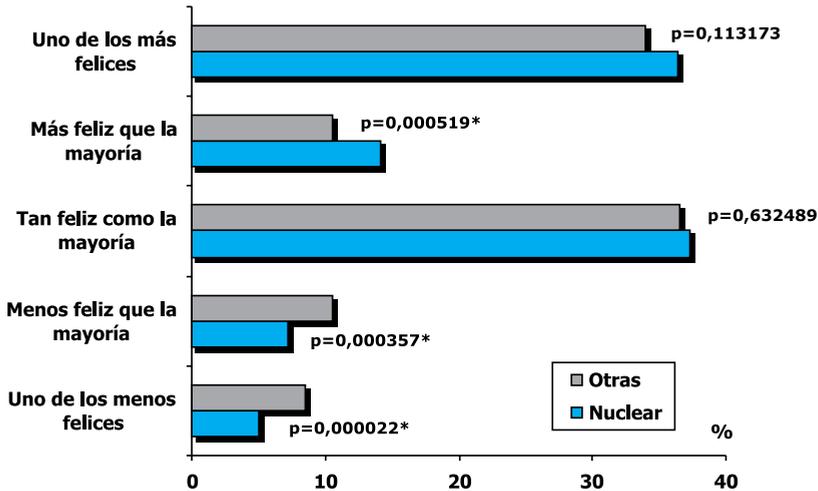
En el gráfico No. 6 se presentan los resultados sobre percepción personal de felicidad según sexo y se alcanza a observar un porcentaje mas alto de hombres que reportan sentirse mas felices que la mayoría (hombres 13,5% versus mujeres 11,2%; $p=0,033562$), mientras que mayor proporción de mujeres se sienten menos felices que la mayoría (mujeres 9,9% versus hombres 8,0%; $p= 0,0420085$) o una de las menos felices (Mujeres 7,8% versus 5,7% en hombres; $p=0.012545$).

En el estudio "Jóvenes mexicanos siglo XXI: Encuesta nacional de juventud 2000", al indagar sobre esta variable se encontró que las mujeres menores de 20 años se sienten muy felices, más que los hombres de su misma edad, quienes con mayor frecuencia se sienten poco o nada felices.



ces. Los hombres mayores de 20 años se sienten muy felices, más que las mujeres de su misma edad, quienes con más frecuencia se sienten poco o nada felices.

Gráfico No. 7
Distribución según tipo de familia y percepción personal de felicidad



* Diferencias estadísticamente significativas

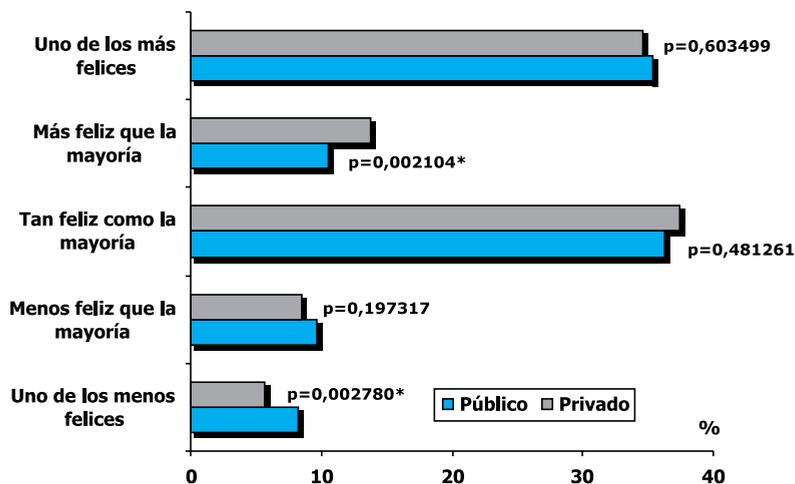
Con relación a la percepción de felicidad, los hijos de familias nucleares se sienten más felices que la mayoría en mayor proporción, con respecto a los hijos de otros tipos de familias (Gráfico No. 7).

El comportamiento de la variable según tipo de colegio no presenta variaciones importantes; para las categorías "uno de los menos felices" y "menos feliz que la mayoría" se encuentra una mayor proporción para los colegios públicos, pero en la categoría "tan feliz como la mayoría" y "mas feliz que la mayoría" se invierte el comportamiento siendo mayor para los colegios privados (Gráfico No. 8).

3.4. Distribución según variables de familia

La vida en familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena forma determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia

Gráfico No. 8
Distribución según tipo de colegio y
percepción personal de felicidad



* Diferencias estadísticamente significativas

la sociedad. La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan las relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica. La visión que los adolescentes guardan de sí mismos está ligada a la que tienen de sus familias. Si la familia es percibida como una entidad positiva, se benefician de sentirse miembros de ella; en caso opuesto tienden a verse de manera negativa y con menor control sobre ellos mismos. Las dificultades entre los padres y los hijos adolescentes por lo general se presentan por la mala comunicación, el ejercicio de la autoridad y los valores.

En muchos estudios se ha comprobado el papel clave de la familia en la salud del adolescente. Un estudio realizado en Bélgica, comparó adolescentes con enfermedad mental versus adolescentes normales y encontró que los primeros provenían de familias con muy baja cohesión.

3.4.1. Distribución según tipo de familia

El rango de hijos por familia (incluyendo hermanastros) se encuentra entre 1 y 11 hijos con un promedio de $2,70 \pm 1,52$ y una mediana de 2.

El estudio aplicó el enfoque sistémico de familia con la siguiente clasificación sociológica:



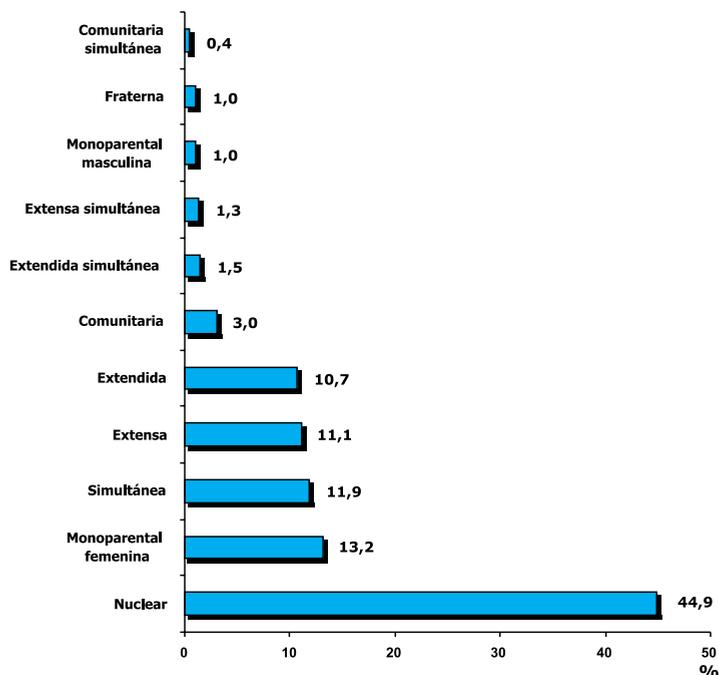
1. Familia nuclear, básica o elemental: conformada por un hombre y una mujer con sus hijos propios o adoptivos legalmente reconocidos o no; las funciones de la familia se sustentan con la distribución de tareas entre el padre y la madre.
2. Familia extensa: se trata de una familia nuclear con la que convive al menos otro pariente de primero, segundo u otro grado de consanguinidad en línea vertical u horizontal (abuelos, tíos, primos, etc.).
3. Familia extendida: Con la presencia de uno de los padres o ambos, con otros parientes.
4. Familia simultánea o superpuesta: aquella en la que uno de los miembros de la pareja posee hijos de una unión anterior, es decir otra familia. Se subdivide en:
 - Familia simple: aquella donde solamente uno de los cónyuges trae a la nueva familia hijos de relaciones anteriores y no tiene hijos con su actual pareja. Puede ser "simple padrastral" o "simple madrastral".
 - Familia compuesta: se presenta cuando cada uno de los miembros de la pareja aporta hijos de una o varias uniones anteriores pero no tienen descendencia de la actual unión.
 - Familia mixta: cuando ambos progenitores conviven con hijos de anteriores uniones y con los que han nacido en la nueva familia.
5. Familia monoparental: conformada por uno de los miembros de la pareja original y sus hijos, ya sea por madresolterismo, viudez o por separación conyugal entre otros factores. Puede ser femenina o masculina.
6. Familia fraterna: conformada por hermanos.

Como puede observarse en el gráfico No. 9, solo el 44,9% de los jóvenes comparten en familia nuclear, es decir, con sus padres y hermanos. Esta proporción viene disminuyendo según la información que se ha encontrado en los estudios realizados por el mismo grupo de investigación. En el estudio realizado en una muestra representativa de jóvenes escolarizados de Medellín sobre factores asociados a delincuencia juvenil en el 2000, esta situación se informó en el 61,0%.

La familia monoparental se presenta en el 14,2%, siendo la mayor proporción para la monoparental femenina (13,2%) y el 1,0% para la mas-

culina. Llama la atención que el 11,9% está representado por familias simultáneas.

Gráfico No. 9
Distribución según tipología de familia



En la distribución de esta variable según tipo de colegio, llama la atención la diferencia de proporciones para las familias nucleares, siendo mayor en los jóvenes estudiantes de colegios privados, así como la menor representación de familias simultánea, extendida y monoparental femenina para este tipo de colegio (Gráfico No. 10).

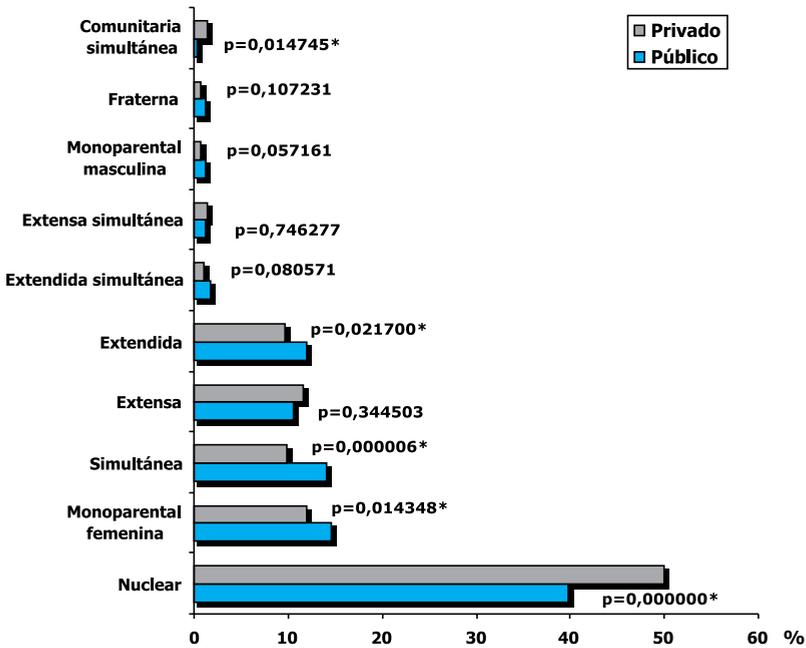
3.4.2. Cohesión familiar

La cohesión familiar es definida como el vínculo emocional y la autonomía existente entre los miembros de la familia (vínculo emocional, independencia, límites internos y externos, límites generacionales, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y ocio).

La cohesión familiar hace referencia entonces a la fuerza de los lazos que unen a los miembros de una familia y se traduce en conductas tales como hacer muchas cosas juntos, tener intereses y amigos comunes, establecer coaliciones, compartir el tiempo y el espacio, etc. Se ha demostrado



Gráfico No. 10
Distribución según tipo de colegio y composición familiar



* Diferencias estadísticamente significativas

que los hijos de familias muy cohesionadas tienen menor riesgo de consumo de drogas, posiblemente porque son objeto de mayor control por parte de los padres, tienen menos oportunidades de recibir ofertas y viven en un medio de mayor seguridad afectiva.

Es de resaltar que en el 76,7% de las familias de los estudiantes encuestados se ayudan unos a otros "con frecuencia" o "siempre", y en el 56,8% las ideas de los hijos son tenidas en cuenta para la solución de los problemas (Cuadro No. 3).

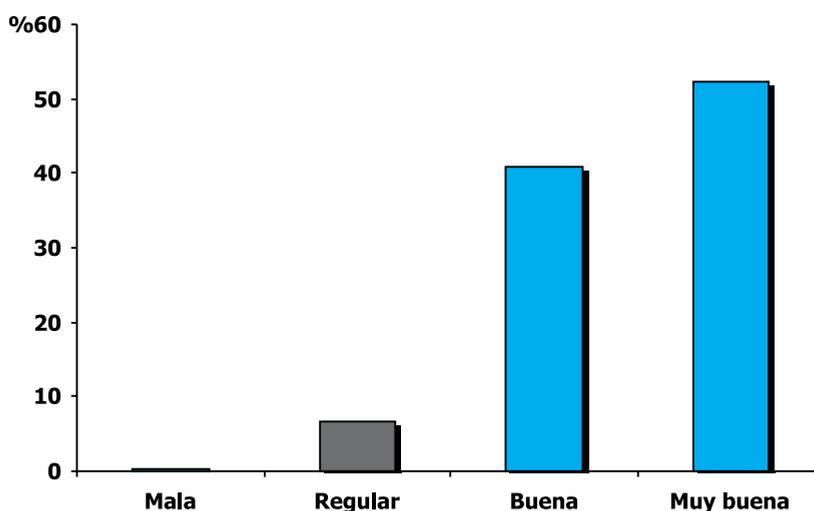
Al analizar la escala de cohesión familiar, como se puede observar en la gráfica No. 11, la mayor proporción se encontró para la clasificación con muy buena y buena cohesión. Sólo un 6,7% quedan clasificadas con un grado de cohesión regular y el 0,3% mala.

Cuadro No. 3
Componentes de la escala de cohesión familiar (%)

Con relación a su vida familiar ...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Nos gusta pasar juntos el tiempo libre	3.7	13.1	34.9	25.5	22.9
Cada persona expresa fácilmente lo que desea	4.6	13.4	25.2	24.0	32.7
Nos ayudamos unos a otros	1.3	5.8	16.1	21.8	54.9
Las ideas de los hijos son tenidas en cuenta para la solución de problemas	6.8	12.2	24.1	23.1	33.7
Cuando surgen problemas nos unimos para resolverlos	6.8	14.4	26.7	20.5	31.6
Nos turnamos las tareas y responsabilidades de la casa	9.0	13.2	20.3	21.2	36.3
La familia comparte con parientes cercanos los eventos importantes	5.8	13.6	22.2	22.0	36.4
Estoy satisfecho con la relación con mis parientes	4.8	4.7	18.8	17.0	54.7

Alpha de Cronbach: 0,77

Gráfico No. 11
Distribución según escala de cohesión familiar



Al comparar la cohesión familiar por tipo de colegio, se encontró que el 46,5% de los estudiantes de colegios públicos tenía muy buena cohesión familiar versus el 57,8% de los estudiantes de colegios privados, siendo esta diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p=0,000000$.

3.4.3. Red de apoyo

Como puede observarse en el cuadro No. 4, el apoyo recibido por la madre presentó el mejor comportamiento al sumar las respuestas de "siempre" y "casi siempre" llegando al 78,4%, seguido del recibido por el padre con 45,7% y los hermanos con el 42,3%.

Llama la atención que la respuesta con relación al buen apoyo de los amigos supera a la del padre para las dos opciones antes mencionadas, "siempre" y "casi siempre," con el 51,3%.

Cuadro No. 4
Componentes de la escala de red de apoyo (%)

Cuando tiene dificultades a quien acude buscando apoyo...	No tiene	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Cuenta con el apoyo de su padre	11.3	11.6	13.0	18.3	11.6	34.1
Cuenta con el apoyo de su madre	1.7	2.9	5.7	11.4	13.6	64.8
Cuenta con el apoyo de sus hermanos	15.1	11.1	12.5	19.0	14.6	27.7
Cuenta con el apoyo de otros parientes	1.1	17.5	20.0	23.4	16.5	21.5
Cuenta con el apoyo de su pareja	47.8	8.1	5.3	10.7	9.6	18.4
Cuenta con el apoyo de sus amigos	1.7	8.4	13.7	24.9	21.6	29.7

Alpha de Cronbach: 0,49

3.4.4. Relación con el padre

Como puede observarse en el cuadro No. 5, el 49,9% respondió afirmativamente con relación a la pregunta sobre la satisfacción con la forma en que conversan con el padre y un 45,5% cree que si tuviera dificultades podría comunicárselas.

Cuadro No. 5
Componentes de la escala de relación con el padre (%)

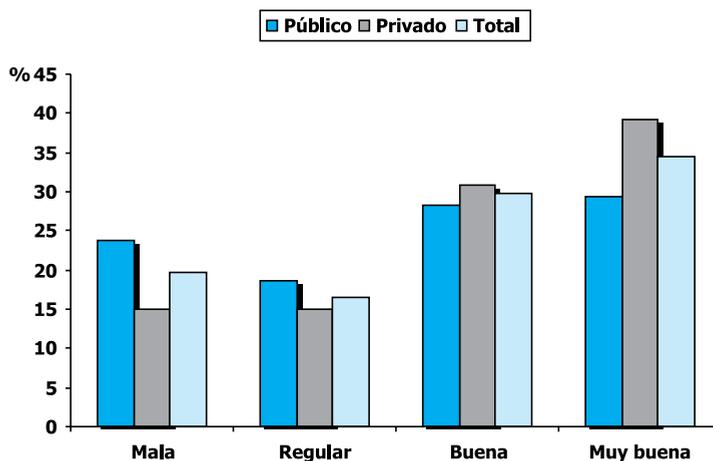
En general como es su relación con su padre...	No tiene	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Estoy satisfecho en la forma que conversamos	13.0	10.5	10.3	16.4	14.3	35.6
Me es fácil expresarle todos mis sentimientos	13.0	17.9	16.3	19.6	13.4	19.8
El puede saber como me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	13.0	21.2	13.4	16.8	12.3	23.5
Si yo tuviera dificultades podría contárselo	13.0	13.5	12.0	16.1	11.3	34.2

Alpha de Cronbach: 0,89

La escala, presenta alta confiabilidad con un coeficiente Alpha de Cronbach mayor de 0,89. Si bien se viene utilizando desde su validación en otros estudios, en la presente investigación su comportamiento presenta una alta confiabilidad.

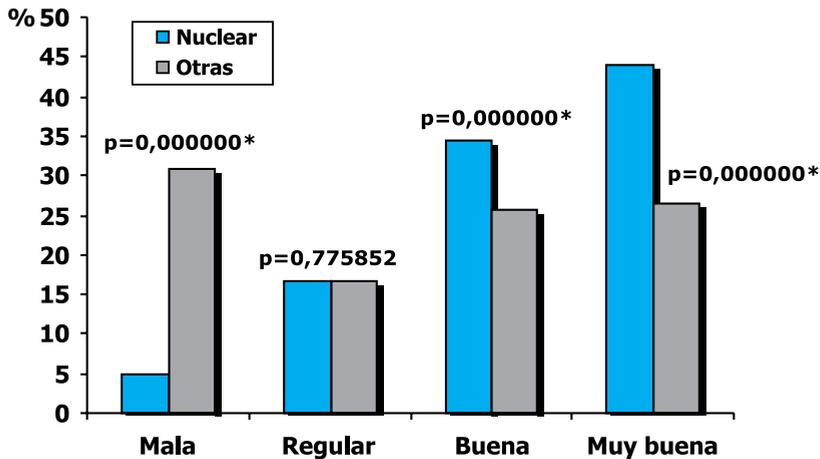
El comportamiento como escala, evidencia que casi el 20% tiene mala relación con el padre y el 17,4% regular, lo cual preocupa dada la importancia de la figura paterna para el adolescente. Como puede observarse en la gráfica No. 12, los estudiantes de colegios privados presetaron mejores relaciones con sus padres.

Gráfico No. 12
Distribución según tipo de colegio y relación con el padre



En el gráfico No. 13 se evidencian las diferencias en la relación con el padre entre los hijos de familias nucleares y los de otras tipologías, para tres de las categorías estas diferencias son estadísticamente significativas con valores de $p < 0,05$, siendo mejor en las familias nucleares.

Gráfico No. 13
Distribución según tipo de familia y relación con el padre



* Diferencias estadísticamente significativas

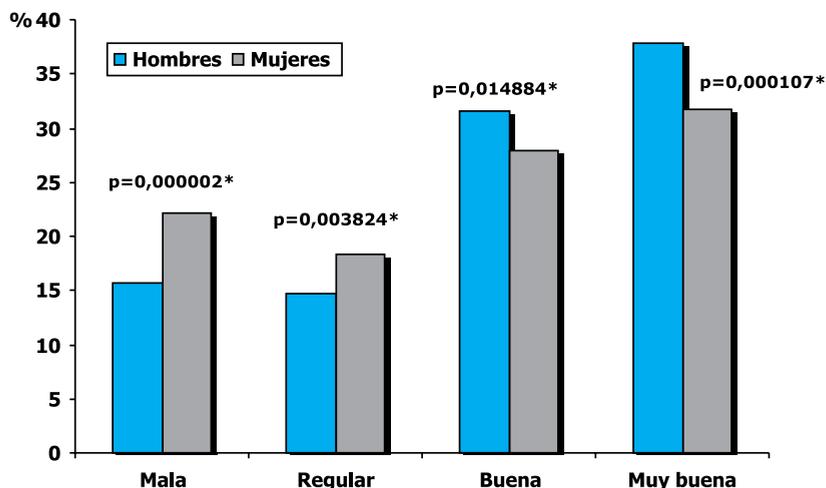
Llama la atención que los adolescentes tienen mejor relación con el padre que las adolescentes y estas diferencias son estadísticamente significativas (Gráfico No. 14).

3.4.5. Relación con la madre

Desde que se está aplicando esta escala, su comportamiento ha sido mejor que el de la escala de relación con el padre y en el presente estudio se vuelve a repetir el hallazgo. (Cuadro No. 6).

La razón madre/padre fue de 2,7, lo que significa que por cada respuesta con las anteriores opciones refiriéndose al padre, se presentan casi tres para la madre. Lo que evidencia que las relaciones con la madre se comportan como factor de protección y que se debe trabajar para educar al padre sobre su importante papel en el bienestar de sus hijos.

Gráfico No. 14
Distribución según sexo y relación con el padre



* Diferencias estadísticamente significativas

Cuadro No. 6
Componentes de la escala de relación con la madre (%)

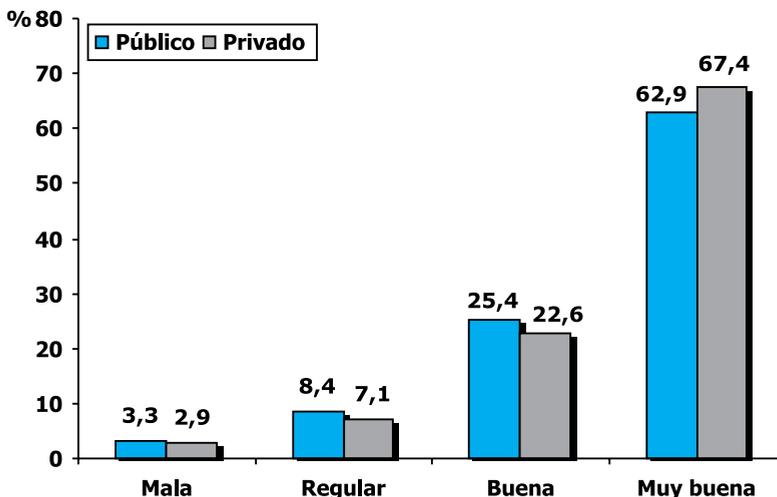
En general como es su relación con su madre...	No tiene	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Estoy satisfecho en la forma que conversamos	1.9	3.2	6.6	14.2	17.1	56.9
Me es fácil expresarle todos mis sentimientos	1.9	6.9	10.5	18.2	16.8	45.8
Ella puede saber como me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	1.9	6.1	7.5	14.0	15.4	55.1
Si yo tuviera dificultades podría contárselo	1.9	5.4	7.5	14.3	13.3	57.7

Alpha de Cronbach: 0,87

Como puede observarse en la gráfica No. 15, el comportamiento de esta escala fue excelente con un porcentaje superior al 80% para las clasificaciones buena y muy buena según tipo de colegio sin que existan diferencias estadísticamente significativas ($p=0,4$).

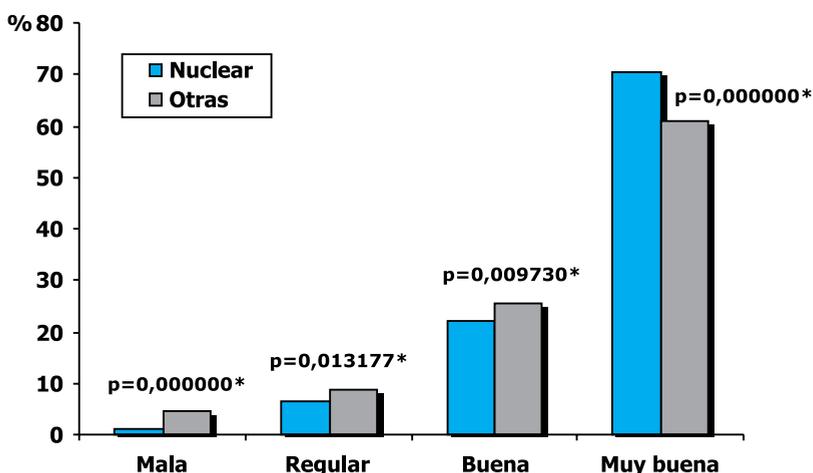


Gráfico No. 15
Distribución según tipo de colegio y relación con la madre



Las relaciones con la madre también presentaron mejor comportamiento en las familias nucleares y estas diferencias son estadísticamente significativas (Gráfico No. 16). Según sexo no se presentaron diferencias significativas.

Gráfico No. 16
Distribución según tipo de familia y relación con la madre



* Diferencias estadísticamente significativas

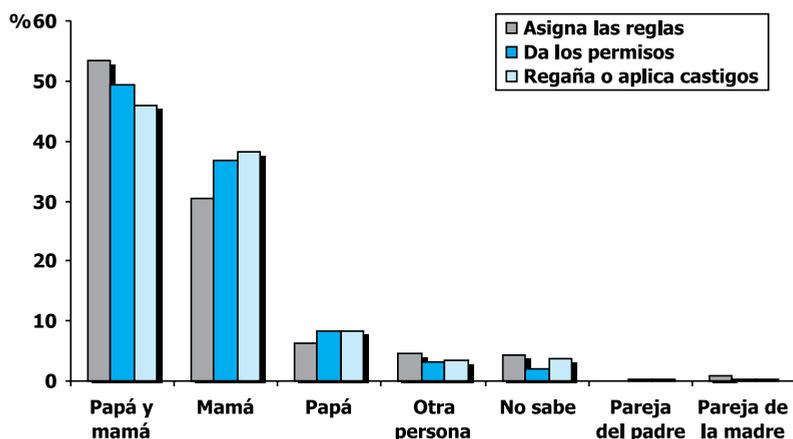
3.5. Distribución según ejercicio de autoridad

3.5.1. Quién ejerce la autoridad

En los resultados del presente estudio, el comportamiento del ejercicio de autoridad es un reflejo de la situación de la familia. Las proporciones superiores al 45,0% para "regañar o aplicar castigos" y "dar los permisos" y por encima de 50,0% para la "asignación de reglas" en forma compartida entre los dos padres, está asociada con el tipo de familia. La madre en forma individual, posiblemente cuando tiene la responsabilidad por vivir sola o con una nueva pareja, tiene una alta participación en los componentes del ejercicio de la autoridad (Gráfico No. 17).

Preocupa que el 4,2% responde no saber quién asigna las reglas y el 3,7% desconoce quién aplica los castigos, lo que muestra una grave ausencia de autoridad.

Gráfico No. 17
Distribución según "quién" ejerce la autoridad



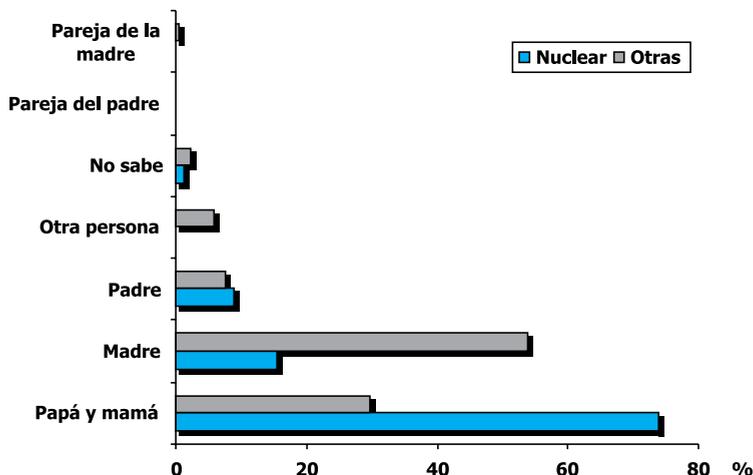
En el análisis según tipo de familia, se encontró que en las nucleares el 73,8% informa que los permisos los dan de forma conjunta ambos padres versus un 29,7% en los otros tipos de familia. La madre es la que asigna los permisos en las familias no nucleares en el 53,8%, versus 15,6% en las familias nucleares (Gráfico No. 18).

3.5.2. Quién regaña y castiga

En el presente estudio y en forma consistente con hallazgos anteriores, el 79,7% de los jóvenes con familia nuclear informó que los dos padres asig-

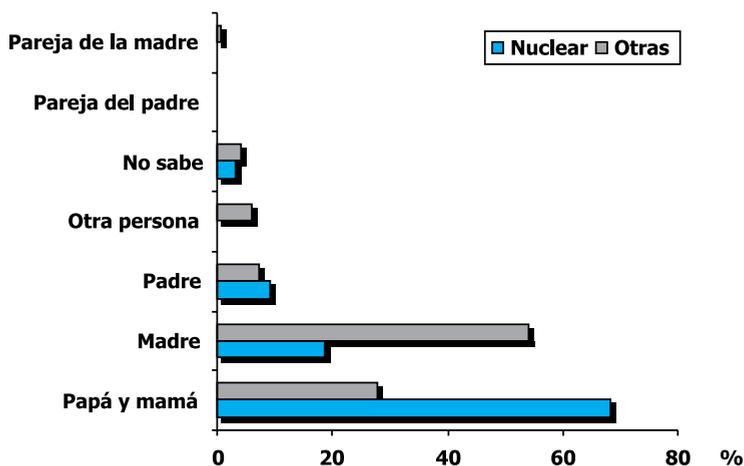


Gráfico No. 18
Distribución según tipo de familia y asignación de permisos



nan regaños y castigos versus el 31,7% en las otras tipologías de familia. En el 47,6% de los casos de adolescentes que viven solo con la madre, es ella quien impone regaños y castigos versus 9,7% en las familias nucleares. Lo anterior confirma la importancia de la conformación de la familia en el ejercicio de autoridad percibida por los hijos (Gráfico No. 19).

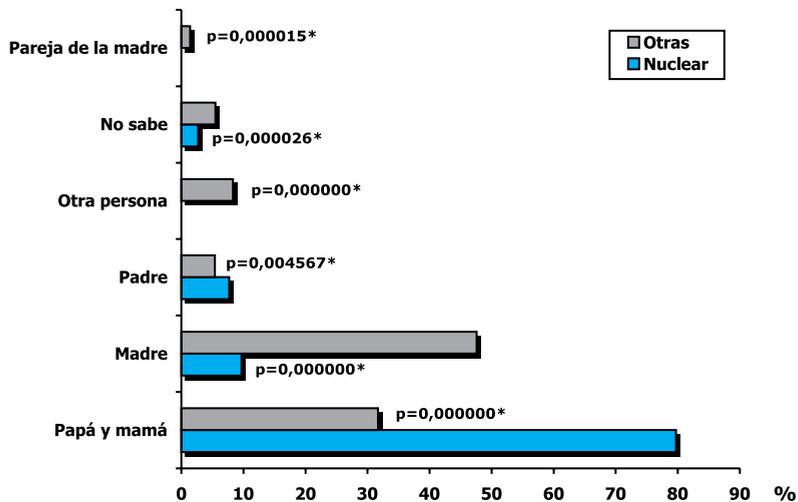
Gráfico No. 19
Distribución según tipo de familia y asignación de regaños y castigos



3.5.3. Quién asigna las reglas

El hallazgo relacionado con la asignación de reglas presentó, en la mayoría de los casos, diferencias estadísticamente significativas al analizarlo según tipo de familia. En el 80,0% de las familias nucleares las reglas son asignadas conjuntamente por el padre y la madre versus el 32,0% en las otras tipologías. Por el contrario se puede ver claramente la importancia de la madre en las no nucleares. La ausencia de figura de autoridad es el doble en las no nucleares (Gráfico No. 20).

Gráfico No. 20
Distribución según tipo de familia y asignación de reglas



* Diferencias estadísticamente significativas

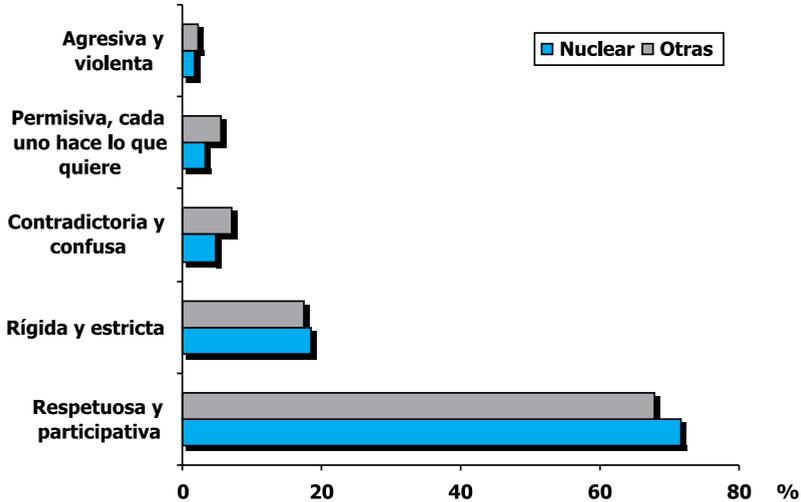
3.5.4. Tipo de ejercicio de la autoridad

Las respuestas sobre la percepción relacionada con el tipo de ejercicio de autoridad mostró que casi un 70,0% la considera como respetuosa y participativa, seguida de un 17,9% como rígida y estricta. Para las otras formas de ejercicio de la autoridad se encontró que el 6,0% la reporta como contradictoria y confusa, para el 4,5% es permisiva (cada uno hace lo que quiere) y un 2,0% informó que era agresiva y violenta.

Según tipo de familia no se presentaron diferencias significativas. A pesar de lo anterior, el ejercicio de la autoridad en forma contradictoria y confusa, al igual que las formas permisiva, agresiva y violenta presentaron mayor predominio en las familias diferentes a la nuclear (Gráfico No. 21).

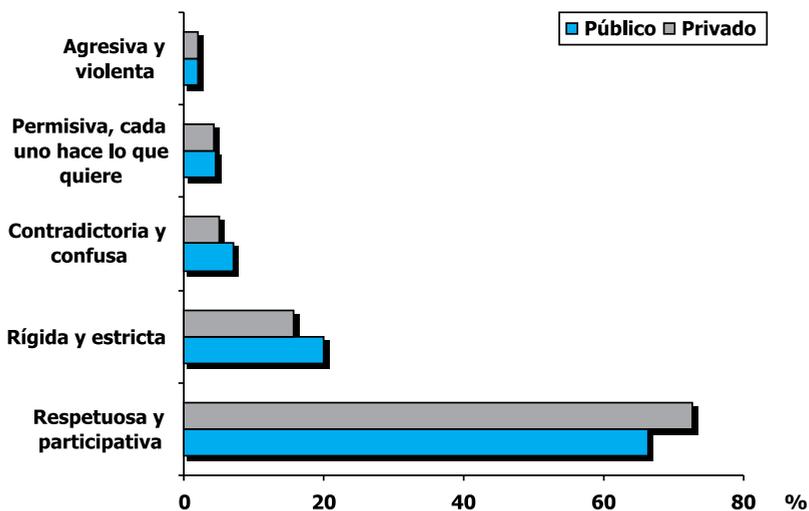


Gráfico No. 21
Distribución según tipo de familia y ejercicio de la autoridad



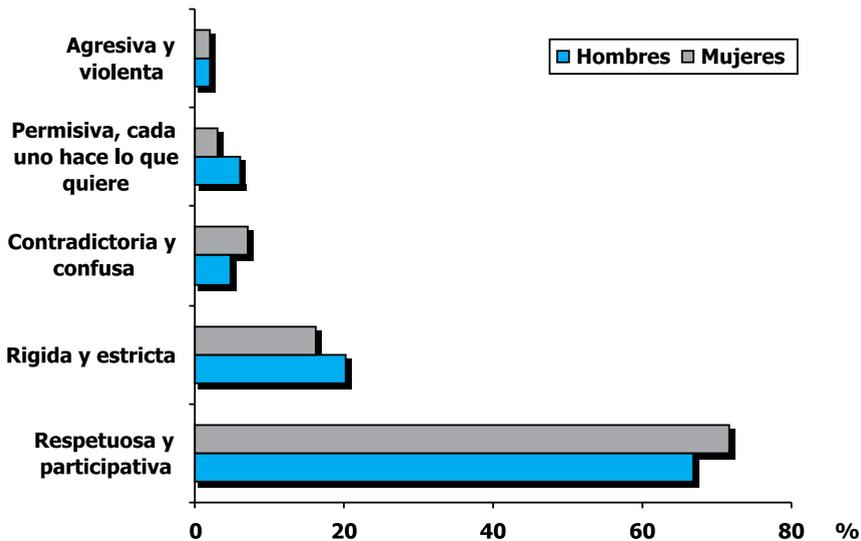
Comparando los resultados según tipo de colegio, se puede observar que la forma de autoridad respetuosa y participativa es un poco más frecuente en los privados y la rígida en los públicos (Gráfico No. 22).

Gráfico No. 22
Distribución según ejercicio de autoridad y tipo de colegio



El comportamiento de esta variable presentó algunas diferencias en las respuestas según sexo: para respetuosa y participativa, fue mayor para el femenino y por el contrario rígido y estricto es mayor para el masculino. Lo anterior posiblemente explicado por aspectos ligados a nuestra cultura, en la cual se es más estricto con el hombre (Gráfico No. 23).

Gráfico No. 23
Distribución según sexo y ejercicio de la autoridad



3.6. Distribución según convivencia de los padres

A la pregunta de "Sus padres viven juntos", el 58,9% respondió que sí y el 41,1% no. En el gráfico No. 24 se muestra la distribución de la respuesta según tipo de colegio; se presenta una diferencia de proporciones del 10% para la respuesta positiva, es decir, el 64,0% de los estudiantes de las instituciones privadas versus el 53,5% de las públicas.

3.6.1. Motivo para no convivencia

Las razones que reportaron los 1536 estudiantes que dicen que sus padres no viven juntos pueden observarse en el gráfico No. 25.

Del total de jóvenes que informaron que sus padres no vivían juntos, la mayor proporción reportó que el motivo para la no convivencia de los padres es la separación o divorcio en el 50,3%, seguida por un 18,6% por fallecimiento de uno de los dos, nunca han vivido juntos con un 16,0% y



Gráfico No. 24
Distribución según tipo de colegio y convivencia de los padres

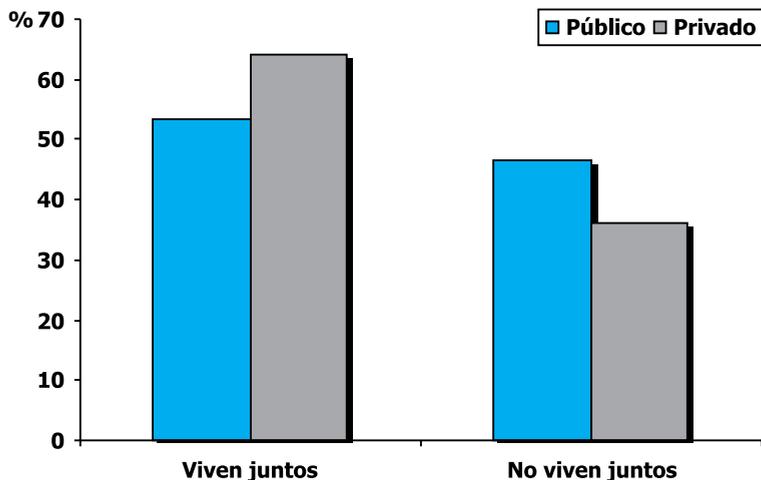
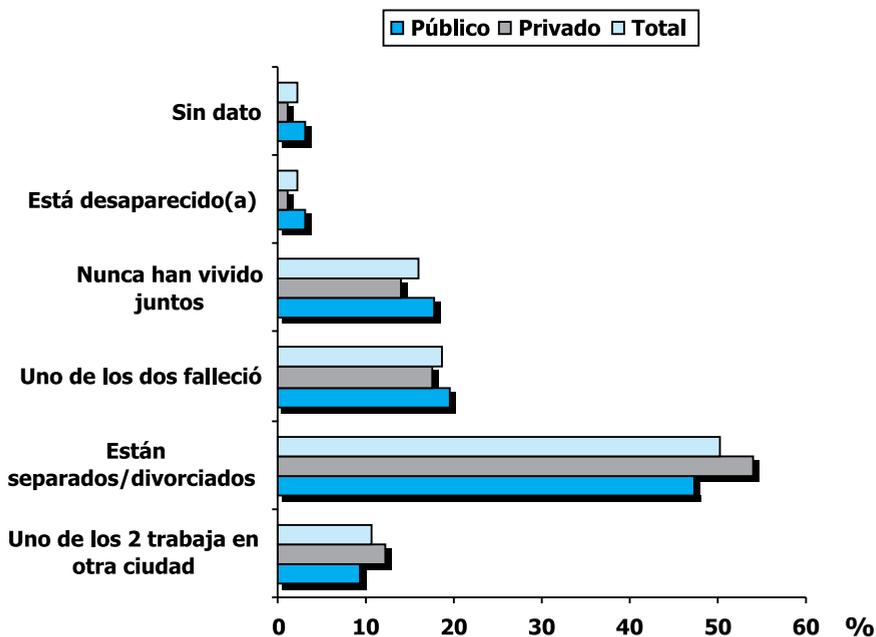


Gráfico No. 25
Distribución según tipo de colegio y razón de no convivencia de los padres

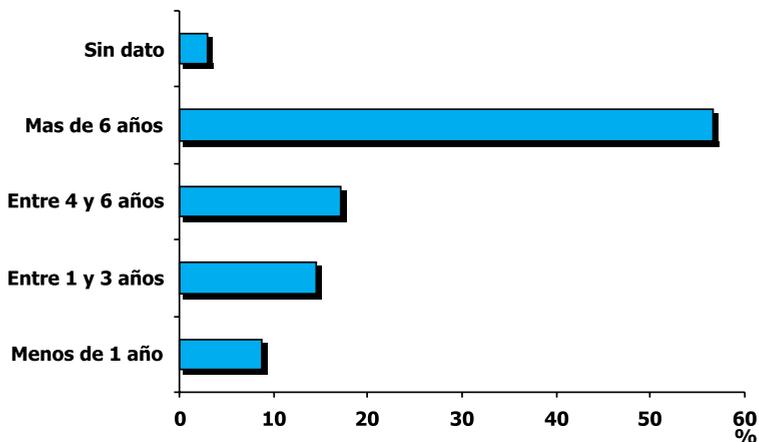


2,2% por desaparición. En el 10,6% uno de los dos padres trabaja fuera de la ciudad y un 2,3% no da información.

3.6.2. Tiempo de no convivencia de los padres

El 56,6% de los adolescentes que no vivían con sus dos padres en el momento del estudio, llevaba en esta situación más de 6 años, el 17,2% entre 4 y 6 años, el 14,5% entre uno y tres años, menos de un año el 8,8% y el 2,9% no dió información (Gráfico No. 26).

Gráfico No. 26
Distribución según tiempo de no convivencia de los padres



3.6.3. Sentimientos ante la no convivencia de los padres

Un 57,3% informó sentirse tranquilo ante la situación de no convivencia de los padres y un 23,9% indiferente. Pero 16,1% informa sentirse angustiado y un 2,7% no responde (Gráfico No. 27).

3.7. Distribución según maltrato

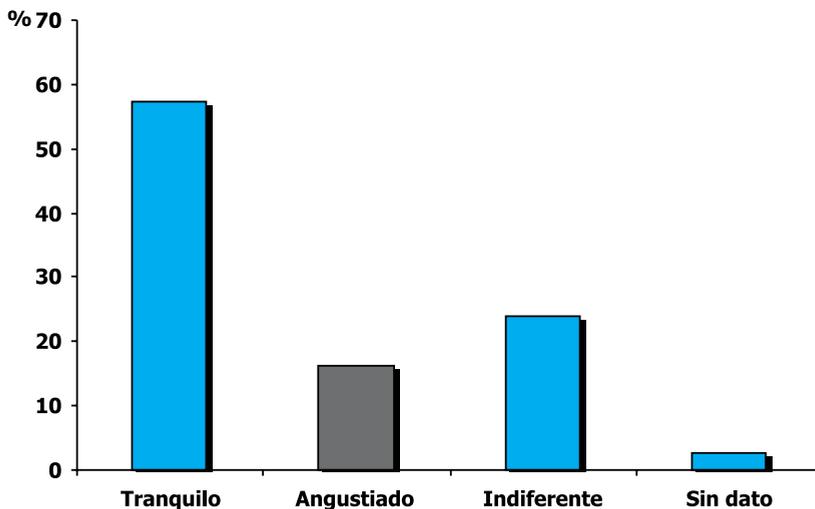
3.7.1. Distribución según tipo de maltrato

En el estudio se preguntó si en la familia del adolescente se habían presentado, niños, mujeres u hombres maltratados y el tipo de maltrato, ya fuera físico, verbal o sexual.

Es de anotar que por primera vez se incluye al hombre adulto como objeto de maltrato y los resultados muestran que aun siendo en proporción inferior se presenta en los tres tipos de maltrato.

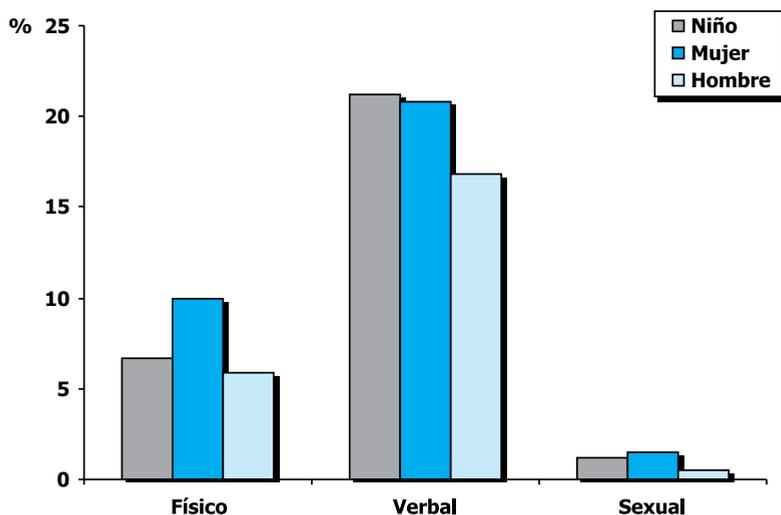


Gráfico No. 27
Distribución según sentimientos frente a la no convivencia de los padres



El niño presentó las mayores proporciones para el maltrato verbal con el 21,2% seguido por la mujer con un 20,8%; para el hombre la proporción fue de 16,8% (Gráfico No. 28).

Gráfico No. 28
Distribución según tipo de maltrato y en quién se presentó

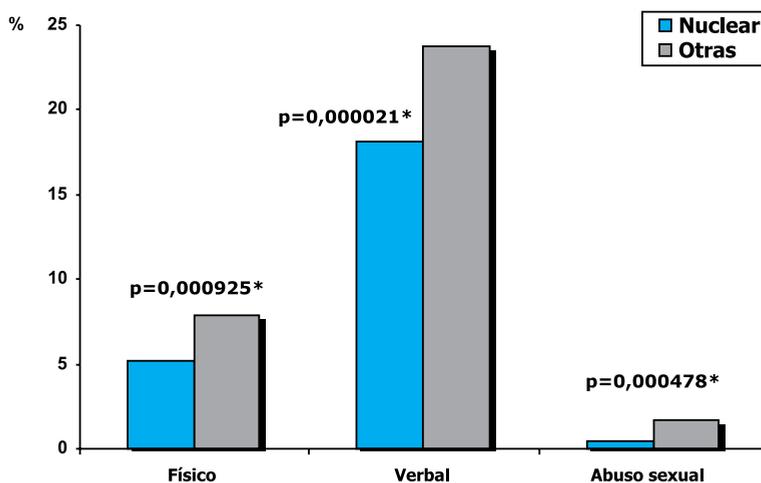


El maltrato físico presentó el primer lugar para la mujer con el 10%, luego con el 6,7% el niño y el hombre con 5,9%.

Para el maltrato sexual los adolescentes reportaron que en el 1,5% de las mujeres se había dado esta situación seguido del 1,2% en el niño y 0,5% en el hombre.

Como se observa en la gráfica No. 29, al comparar la familia nuclear con los demás tipos de familia se presenta diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,000$, para los tres tipos de maltrato contra el niño, siendo menor la frecuencia en las familias nucleares. Igual comportamiento se presentó para el maltrato contra la mujer y el hombre lo que presenta a la familia nuclear como factor de protección contra éste grave problema, que como puede observarse en la gráfica siguiente, presenta diferencias estadísticamente significativas según tipo de familia.

Gráfico No. 29
Distribución según tipo de familia y maltrato al niño



* Diferencias estadísticamente significativas

La información sobre las formas de maltrato contra el niño, cuando se analizan los datos dados por los adolescentes de 15 a 19 años comparados con los preadolescentes, presenta una mayor proporción para maltrato físico y verbal, por el contrario el grupo de preadolescentes informa mayor frecuencia de abuso sexual (Gráfico No. 30).

La información según sexo de quien responde, mostró que para el maltrato físico no hay diferencias, para el maltrato verbal y el sexual son mayores si quien responde es una mujer (Gráfico No. 31).



Gráfico No. 30
Distribución según clasificación de adolescencia
y maltrato en el niño

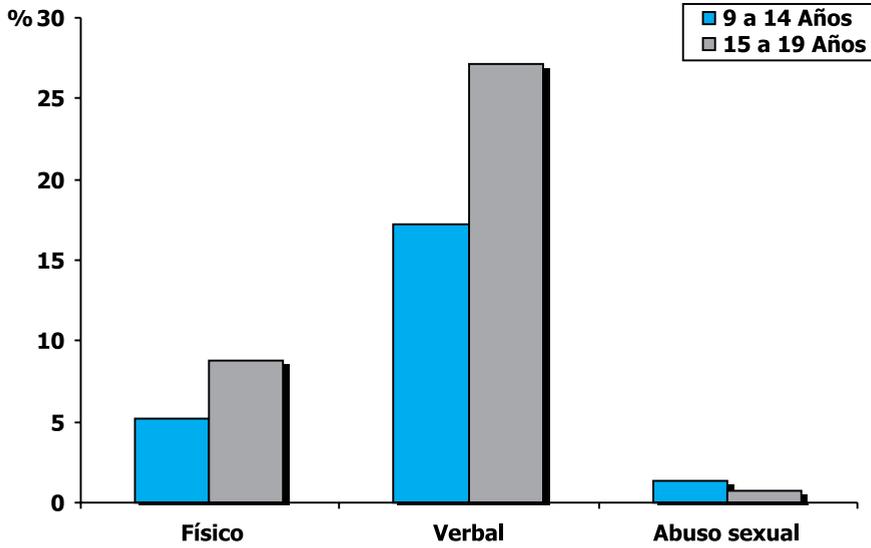
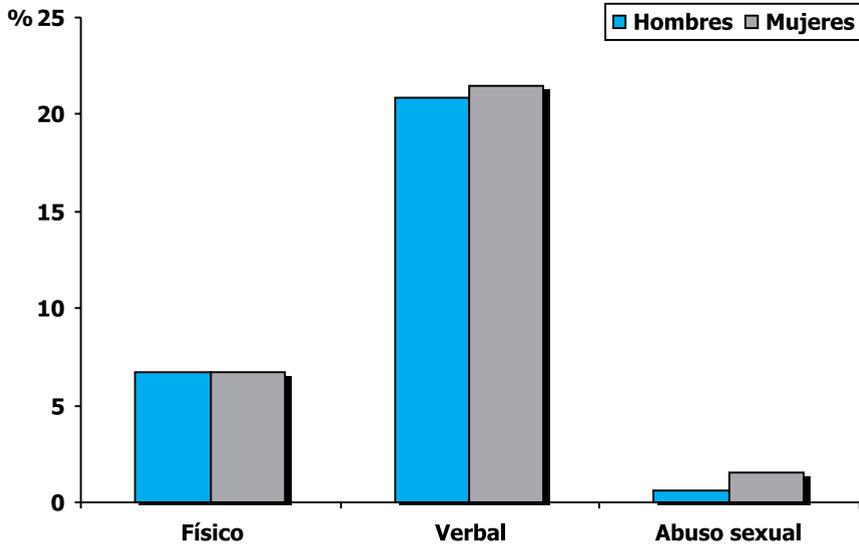
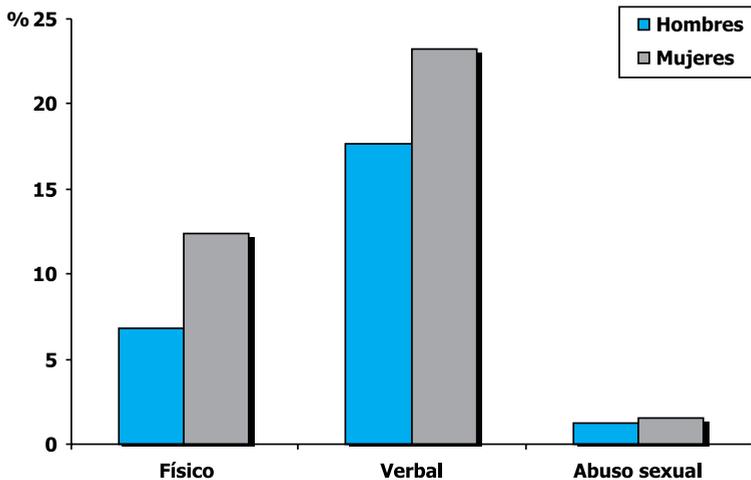


Gráfico No. 31
Distribución según sexo y maltrato en el niño



Existe una mayor proporción de maltrato a las mujeres, en todas sus formas pero es aún mayor en el de tipo verbal. Es interesante la respuesta según sexo para el maltrato contra la mujer, si quien responde es hombre es más bajo que lo informado por la mujer (Gráfico No. 32).

Gráfico No. 32
Distribución según sexo y maltrato a la mujer



Cuando la pregunta se refiere a hombres maltratados la orientación es la inversa. Es posible que no sea la subjetividad la que explique la diferencia, sino un conocimiento más cercano de lo que sucede, incluyendo la propia experiencia (Gráfico No. 33).

3.7.2. Comportamiento de la escala de maltrato

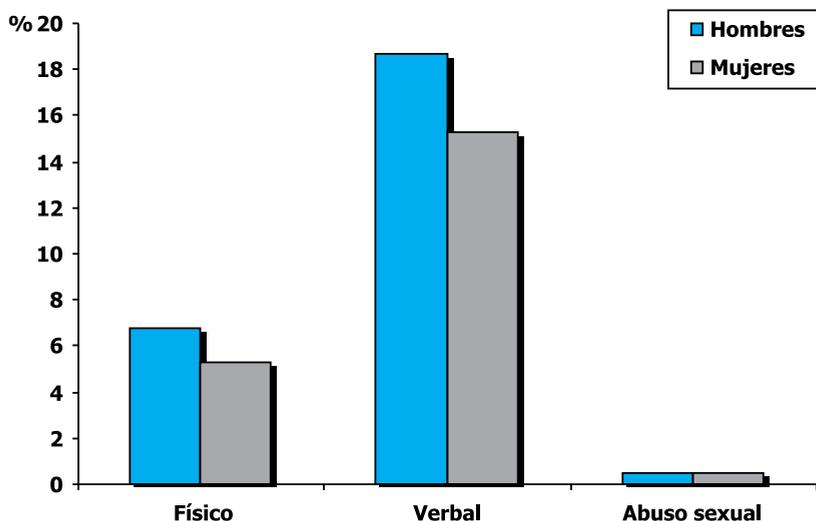
En el cuadro No. 7 se presentan las respuestas a cada una de las preguntas que componen la escala de maltrato.

Al analizar los resultados y sumando las frecuencias de siempre y con frecuencia se encontró que un 17,5% informó que "lo privan de las cosas a que tiene derecho o le gustan" y a un 8,6% "lo desaprueban o insultan por su comportamiento".

La escala de maltrato dio como resultado un 8,8% en la clasificación de moderado, 3,4% severo y un 40,2% leve. Debe recordarse la grave repercusión que tiene para la salud mental el maltrato en todas sus formas, así como el ser testigo de maltrato a otros, en especial a la madre (Gráfico No. 34).



Gráfico No. 33
Distribución según sexo y maltrato al hombre



Cuadro No. 7
Componentes de la escala de maltrato (%)

Cuando comete errores, en su familia...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Lo desapruaban o insultan por su comportamiento	65.7	15.5	10.2	4.0	4.6
Lo humillan	79.4	8.9	5.8	2.8	3.2
Lo privan de las cosas a que tiene derecho o le gustan	46.6	18.3	17.6	8.6	8.9
Los castigan físicamente	73.6	14.0	6.1	2.6	3.8

Coefficiente Alpha de Cronbach de 0,76

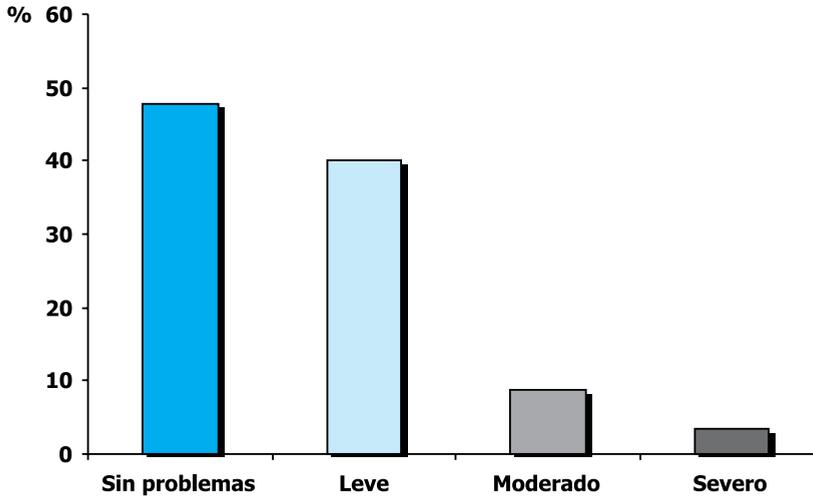
3.8. Algunos factores de protección

A continuación se presentan los resultados de algunos factores de protección incluidos en el presente estudio.

3.8.1. Distribución según escala de relación con el maestro

La relación con el maestro es fundamental en el buen desarrollo del niño y el adolescente y se considera que en caso de figuras paternas débiles toma aún mayor trascendencia.

Gráfico No. 34
Distribución según escala de maltrato



A pesar de que algunos de los ítems de la escala de relación con el maestro presentaron respuestas en buena proporción satisfactorias, la clasificación general muestra que sólo uno de cada cinco niños presenta una clasificación buena (Cuadro No. 8).

Cuadro No. 8
Componentes de la escala de relación con el maestro (%)

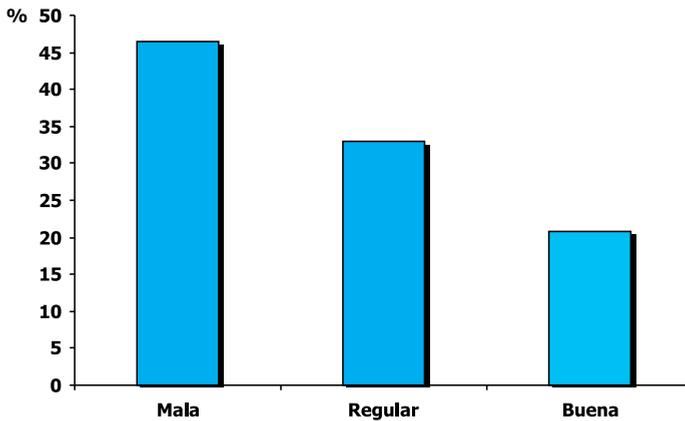
La relación con su maestro es ...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia
Estoy satisfecho en la forma como me relaciono con mis maestros	20.6	24.5	22.3	32.5
Me es fácil expresarle lo que siento con relación a las dificultades académicas	29.3	24.9	20.0	25.8
El puede saber como me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	63.2	16.4	8.5	11.8
Si yo tuviera problemas personales me escucharía	37.9	21.2	14.3	26.6
Si yo estuviera en dificultades con mis compañeros podría contárselo	33.9	20.9	14.4	30.7

Alpha de Cronbach: 0,82



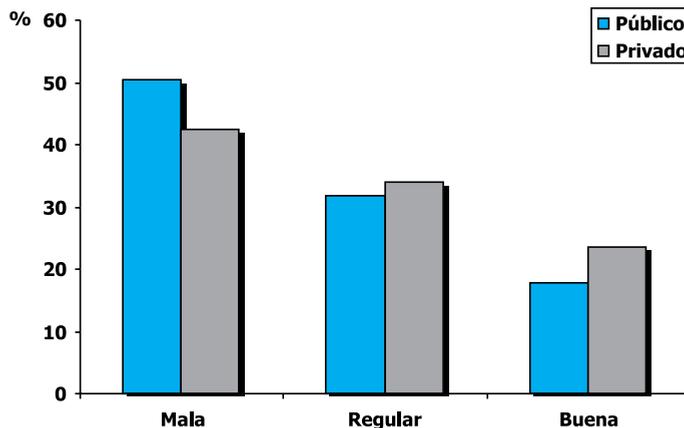
La escala presenta muy buen valor psicométrico. En la clasificación “buena relación con el maestro” encontramos solo un 20,7% de los jóvenes encuestados, por el contrario, casi un 80% de los jóvenes calificó como mala o regular su relación con el maestro (Gráfico No. 35).

Gráfico No. 35
Distribución según escala de relación con el maestro



Las diferencias encontradas según tipo de colegio tienden a ser mejores para los colegios privados (Gráfico No. 36).

Gráfico No. 36
Distribución según tipo de colegio y escala de relación con el maestro



3.8.2. Distribución según escala de autoestima

El cuadro No. 9 se presentan las respuestas de los adolescentes encuestados a cada una de las preguntas de la escala de autoestima.

Cuadro No. 9
Componentes de la escala de autoestima (%)

La respuesta más adecuada a las siguientes frases es ...	Nunca	Ocasionalmente	Casi siempre	Siempre
Siento que soy físicamente atractivo	10.5	29.9	33.8	25.8
Le gusto a la gente	5.3	26.6	45.2	22.9
Soy capaz con mis responsabilidades	3.8	14.4	39.9	41.9
Me imagino como será mi vida en 5 años	16.6	21.1	27.5	34.8
Sé quien soy y que haré en la vida	6.4	16.9	29.3	47.3
La gente me ve como persona muy capaz	4.9	13.9	36.5	44.7
Siento que soy capaz de aprender nuevas cosas rápidamente	4.1	10.6	30.8	54.5
Las personas disfrutan de mi compañía	3.6	12.7	41.1	42.5
Si estoy en problemas se que soy capaz de resolverlos por mí mismo	4.6	16.2	39.6	39.6

Alpha de Cronbach: 0,82

El comportamiento de la escala aplicada para autoestima es muy bueno y los resultados presentaron una tendencia positiva sin diferencias significativas ($p=0,42$) según sexo (Gráfico No. 37).

Según tipo de familia su comportamiento fue mejor para los hijos de familias nucleares (Gráfico No. 38).

3.8.3. Distribución según escala de espiritualidad

El comportamiento de los ítems de la escala es muy bueno. El 81,4% de los jóvenes respondió que estaba muy de acuerdo con creer en Dios y en



Gráfico No. 37
Distribución según sexo y escala de autoestima

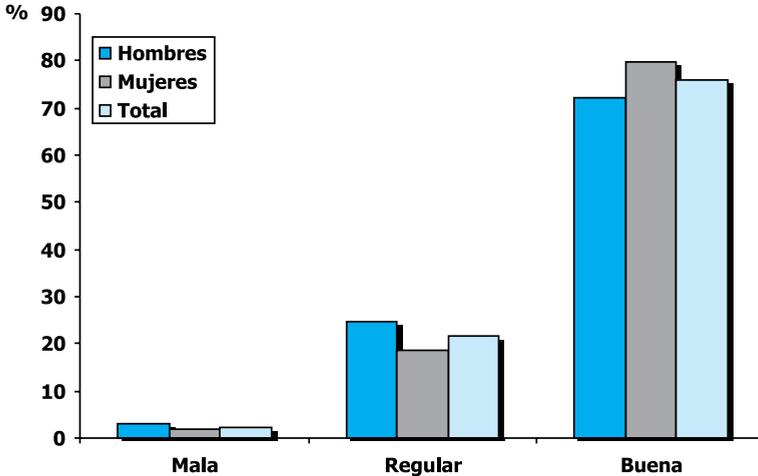
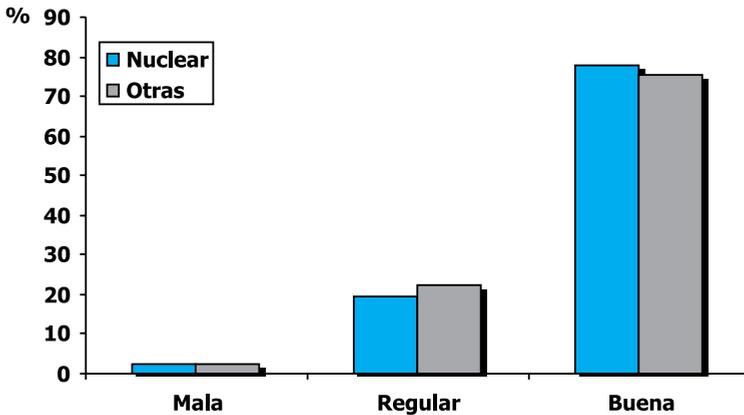


Gráfico No. 38
Distribución según tipo de familia y escala de autoestima



los demás, la proporción de respuestas afirmativas (muy de acuerdo y algo de acuerdo) es muy alta al compararla con la otra tendencia (Cuadro No. 10).

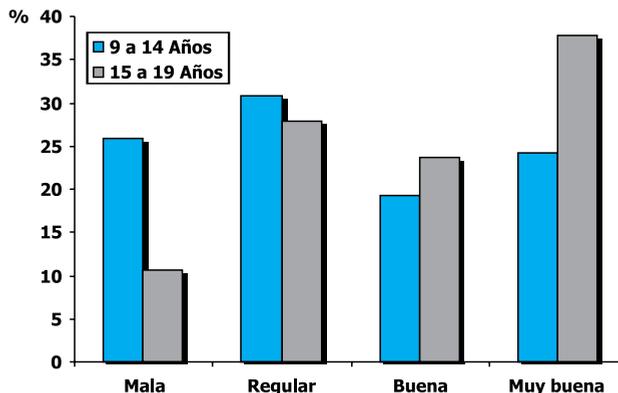
Llama la atención que los adolescentes de 15 a 19 años presentaron mejor comportamiento en la escala de espiritualidad (Gráfico No. 39), posiblemente explicado por una mayor madurez en este grupo.

Cuadro No. 10
Componentes de la escala de espiritualidad (%)

Que tan de acuerdo esta con las siguientes frases ...	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
Veo con frecuencia a mi madre o figura materna rezar o ir a la iglesia/templo	52.9	26.7	10.8	9.6
Creo en Dios	81.4	11.3	4.0	3.4
Pienso que mi madre o figura materna es una persona muy creyente	62.1	25.0	8.7	4.3
Mi fe en Dios me ayuda en los momentos difíciles	67.1	21.1	6.7	5.0
Siento que sin Dios la vida no tiene sentido	55.5	25.2	10.6	8.7
Veo con frecuencia a mi padre o figura paterna rezar o ir a la iglesia/templo	38.3	25.3	15.7	20.7
Me considero una persona muy espiritual	34.8	38.6	17.3	9.3
Hablo con frecuencia con mis amigos acerca de temas religiosos	18.1	27.3	28.5	26.1
Ayudo a otros a resolver sus dudas religiosas	23.5	27.3	24.1	25.1
Pienso que mi padre o figura paterna es una persona muy creyente	42.3	24.8	14.8	18.0
Busco oportunidades que me ayudan a crecer espiritualmente	40.2	32.9	16.4	10.5
Siento que siempre puedo contar con Dios	70.4	17.7	6.4	5.4
Le pido a Dios que me ayude a tomar decisiones importantes	71.3	17.0	5.5	6.2

Alpha de Cronbach: 0,90

Gráfico No. 39
Distribución según clasificación de adolescencia y escala de espiritualidad



También se analizó comportamiento de la espiritualidad según tipo de colegio y no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo se confirma la diferencia de proporciones según grupo de edad, los de 15 a 19 años presentan una mayor proporción para "muy buena", por el contrario lo de 9 a 14 responden como "mala" en una mayor proporción.

3.8.4. Distribución según escala de comportamiento prosocial

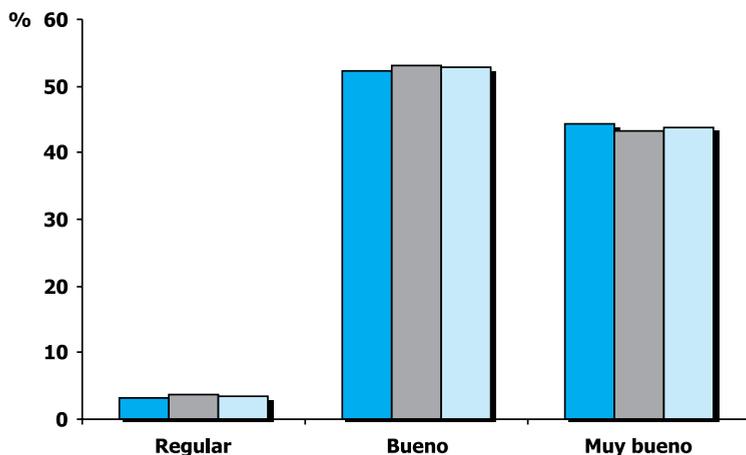
Las respuestas a cada una de las preguntas de la escala de comportamiento prosocial se presentan en el cuadro No. 11.

Cuadro No. 11
Componentes de la escala de comportamiento prosocial

La respuesta que considera más adecuada es ...	Nunca	Ocasionalmente	Casi siempre	Siempre
Cuando hay una pelea siempre trato de detenerla	25.6	33.0	24.1	17.3
Sin que nadie me lo pida ayudo a recoger y ordenar los objetos que se han caído o están en desorden	12.1	31.8	33.4	22.7
Trato de ayudar a las personas cuando lo necesitan	2.4	16.4	41.9	39.2
Cuando tengo la oportunidad valoro el trabajo de otras personas	3.3	14.4	36.6	45.7
Demuestro tolerancia con los que han cometido un error	6.4	25.3	39.6	28.7
Ayudo a otros cuando tienen dificultades en realizar una tarea	4.6	22.7	42.0	30.7
Ayudo a otras personas cuando están llorando	5.5	19.4	35.6	39.5
Voluntariamente ayudo a limpiar lo que otros han desordenado	22.4	39.3	24.9	13.5

Alpha de Cronbach: 0,83

Gráfico No. 40
Distribución según tipo de colegio
y escala de comportamiento prosocial



El comportamiento prosocial presentó una excelente clasificación en la escala, mas del 95% de los jóvenes quedó en bueno y muy bueno. Sin diferencias por tipo de colegio.

El hallazgo anterior tiene una gran importancia, dado que este factor es reconocido como de protección para el comportamiento violento de los jóvenes. Dicho hallazgo puede ser el resultado de los diferentes programas de prevención de la violencia, llevados a cabo por la Alcaldía de Medellín y otras instituciones en nuestra ciudad.

Capítulo 4

Indicadores de problemas de salud mental



Yolanda Torres de Galvis

Indicadores de problemas de salud mental

4.1. Trastornos afectivos

En el cuadro No. 12 se presentan los porcentajes para las respuestas positivas a las preguntas incluidas en la escala de trastornos afectivos. Se encontró que el 58,3% de los adolescentes ha estado nervioso y el 53,6 % se había sentido triste con frecuencia.

Cuadro No. 12
Componentes de la escala de trastornos afectivos

Por favor responda ...	Si
Se ha sentido frustrado con facilidad	34.2
Se ha sentido triste con frecuencia	53.6
Ha estado nervioso	58.3
Ha sentido miedo con facilidad	42.5
Con frecuencia ha sentido ganas de llorar	52.1

Alpha de Cronbach: 0,71

Al analizar la escala de trastornos afectivos se encontró una fuerte tendencia hacia problemas moderados y severos en tan importante área del bienestar. Estos resultados son consistentes con los presentados en estudios recientes en este grupo poblacional los cuales se deben tener en cuenta en los programas de prevención ya que son predictores de situaciones más graves como el intento de suicidio (Gráfico No. 41).

En forma consistente con la literatura sobre el tema la frecuencia y severidad de los trastornos afectivos es mayor para el sexo femenino (Gráfico No. 42).

Gráfico No. 41
Distribución según escala de trastornos afectivos

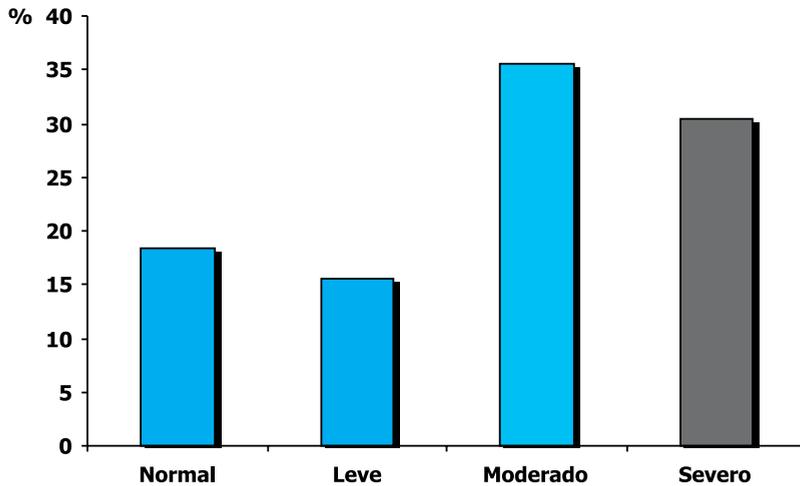
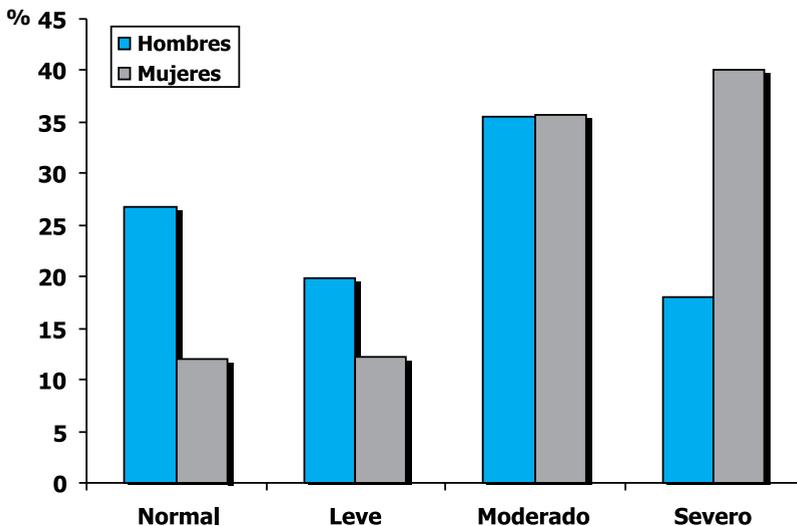


Gráfico No. 42
Distribución según sexo y escala de trastornos afectivos



Llama la atención la mayor frecuencia de estos trastornos en forma leve y moderada en el grupo de 15 a 19 años (Gráfico No. 43) y es más baja en los hijos de familias nucleares (Gráfico No. 44).



Gráfico No. 43
Distribución según clasificación de adolescencia
y escala de trastornos afectivos

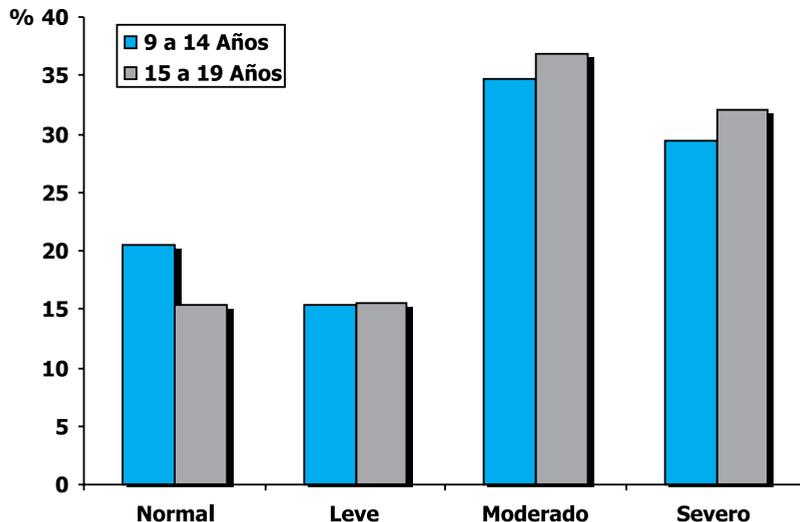
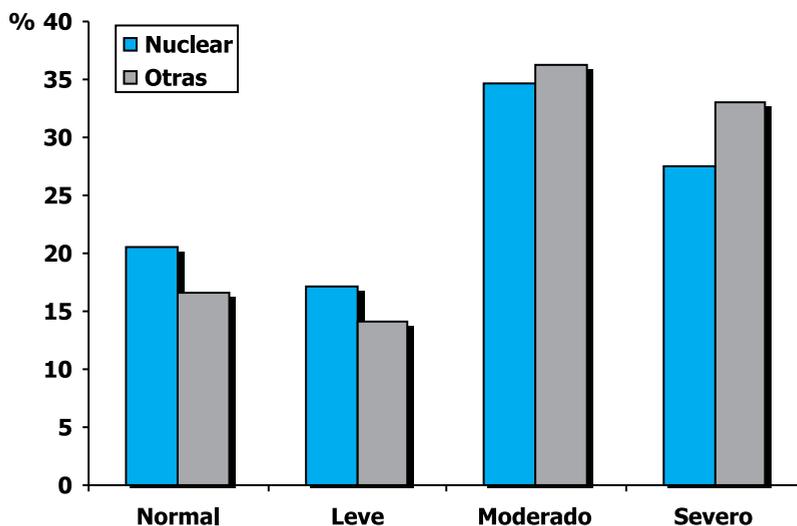


Gráfico No. 44
Distribución según tipo de familia
y escala de trastornos afectivos



4.2. Depresión

Como parte del presente estudio se validó una nueva escala de depresión, que tiene como origen la escala de María Kovak y la de WS Reynolds. Su valor psicométrico es muy alto con un coeficiente Alpha de Cronbach de 0,91. El análisis de componentes principales muestra 6 componentes.

Llaman la atención las respuestas “**casi nunca**” el 15,5% se siente importante, el 10,6% se siente querido, el 11,3% se ve bien, el 9,3% se quiere a si mismo; **casi siempre**: el 12,9% se siente solo, el 14% se siente triste, el 16,4% se siente con ganas de llorar, el 12,3% siente que la vida es injusta, el 14,5% se siente aburrido (Cuadro No. 13).

Cuadro No. 13
Componentes de la escala de depresión

Como se ha sentido en el último mes ...	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
Se siente feliz	6.3	6.8	26.4	60.5
Le preocupa el colegio	9.9	10.8	32.7	46.6
Se siente solo	34.2	23.1	29.8	12.9
Siente que sus padres no lo quieren	63.4	14.1	13.9	8.6
Se siente importante	15.5	18.7	37.0	28.8
Siente ganas de esconderse de la gente	53.9	21.5	16.6	8.0
Se siente triste	39.0	19.9	27.2	14.0
Se siente con ganas de llorar	36.5	18.4	28.8	16.4
Siente que no le importa a nadie	49.5	22.6	17.4	10.6
Tiene ganas de divertirse con los compañeros	9.0	7.8	25.4	57.8
Se siente enfermo	49.9	25.6	17.4	7.2
Se siente querido	10.6	11.3	29.1	49.1
Tiene deseos de huir	57.7	18.9	14.6	8.9
Tiene ganas de hacerse daño	72.2	11.9	9.4	6.5
Siente que no le gusta a los compañeros	54.8	22.6	15.1	7.5
Se siente molesto	45.7	23.6	21.7	9.0
Siente que la vida es injusta	44.1	21.0	22.6	12.3



Se siente cansado	33.6	23.4	29.2	13.7
Siente que todas las cosas malas son su culpa	50.0	24.8	15.9	9.3
Siente que no vale nada	62.4	16.6	12.3	8.6
Se ve bien	11.3	9.9	32.3	46.6
Hay cosas que le molesta	21.4	20.6	40.1	17.9
Siente ganas de hablar con los compañeros	13.0	14.0	32.0	41.1
Tiene problemas para dormir	51.1	19.3	16.8	12.8
Tiene ganas de divertirse	8.9	8.1	23.2	59.7
Se siente preocupado	35.5	23.9	27.4	13.1
Los dolores y malestares no le preocupan	30.1	24.1	28.4	17.4
Se siente aburrido	36.8	22.4	26.3	14.5
Le gusta comer	9.1	8.4	21.7	60.8
Siente que nada de lo que hace le ayuda	43.3	24.5	21.2	11.0
Las cosas no le salen bien	34.2	25.2	28.5	12.1
Piensa que le van a pasar cosas terribles	47.1	24.4	17.5	11.1
Se quiere a sí mismo	9.3	7.1	16.2	67.4
Se quiere morir	65.0	13.3	12.8	8.9
No tiene problemas para hacer las tareas escolares	37.6	18.4	27.0	17.0
Le va bien en el colegio	9.0	9.1	33.9	48.1
Es tan bueno como los otros compañeros	10.5	12.7	36.5	40.4

Alpha de Cronbach: 0,91

En una primera forma de análisis para esta escala, se consideró la puntuación por debajo del primer cuartil como "normal", entre éste y la mediana "depresión leve", entre ésta y el tercer cuartil "moderada" y por encima de éste "severa" (Gráfico No. 45).

Al analizar esta variable según sexo, se encontró una mayor proporción de hombres clasificados como normales; mientras que un mayor porcentaje de las mujeres presentó depresión severa. Según los grupos de edad fue mayor la depresión leve en los jóvenes de 15 a 19 años, mientras que

la depresión severa se presentó más en el grupo de 9 a 14 años. Cuando se analizó la depresión según el tipo de familia se evidenció que es mayor la proporción de niños normales en las familias nucleares, mientras que la depresión severa es mas alta en niños con otras formas de composición familiar (Gráfico No. 46).

Gráfico No. 45
Distribución según escala de depresión

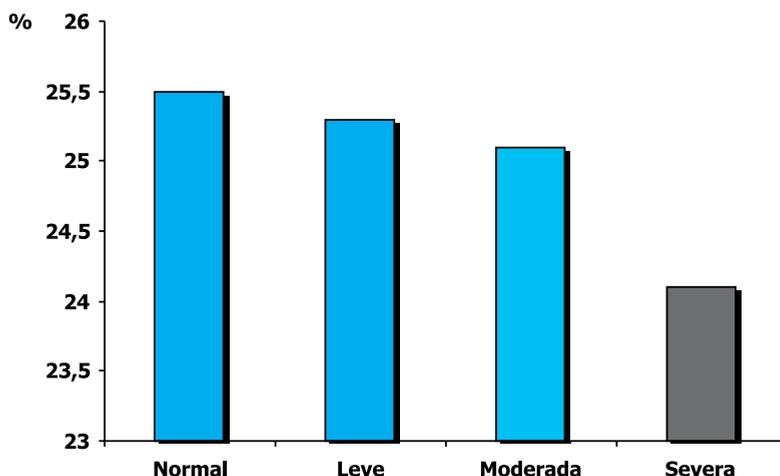
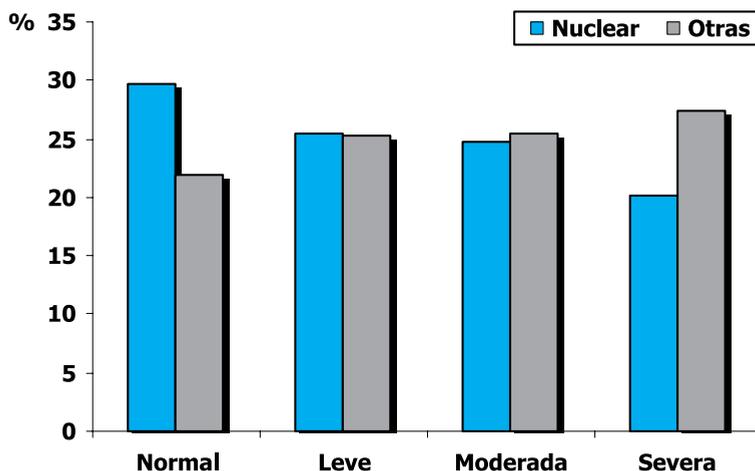


Gráfico No. 46
Distribución según tipo de familia y escala de depresión



En una segunda forma de análisis para esta escala, se utilizaron los nueve criterios del DSM IV para el diagnóstico de depresión: ánimo depresivo, anhedonia, alteraciones del sueño, cambios de peso o apetito, pérdida de energía, aumento o descenso en la capacidad motora, pérdida de concentración, sentimiento de culpa o inutilidad e ideación suicida.

En el estudio se encontró que el 12,1% de los adolescentes cumplieron con estos criterios para depresión. El 9,3% de los hombres y el 13,9% de las mujeres sufrían de depresión siendo esta diferencia estadísticamente significativa con una $p=0,000$.

Es importante también resaltar que la depresión en los adolescentes hijos de familias nucleares (10,8%) fue menor que la de otras formas de composición familiar (13,1%) y esta diferencia fue estadísticamente significativa con un valor de p de 0,003.

4.3. Ideación suicida

Los ítems del cuadro No. 14 se consideraron en el estudio como indicadores de ideación suicida; para el primero, "se quiere morir", se encontró un 8,9% de respuesta para "casi siempre" y para la pregunta "tiene ganas de hacerse daño" el 6,5%.

Cuadro No. 14
Ítems para ideación suicida (%)

Como se ha sentido en el último mes ...	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
Se quiere morir	65.0	13.3	12.8	8.9
Tiene ganas de hacerse daño	72.2	11.9	9.4	6.5

Se analizó la pregunta "Tiene ganas de hacerse daño" según grupos de edad y se encontró que en los adolescentes de 9 a 14 años es mayor la proporción para la respuesta casi siempre (Gráfico No. 47). Para las otras formas de composición familiar, se encontró un porcentaje más alto de adolescentes que dicen que casi siempre se quieren morir versus las respuestas de jóvenes provenientes de familias nucleares (Gráfico No. 48).

Gráfico No. 47
Distribución según clasificación de adolescencia e ideación suicida

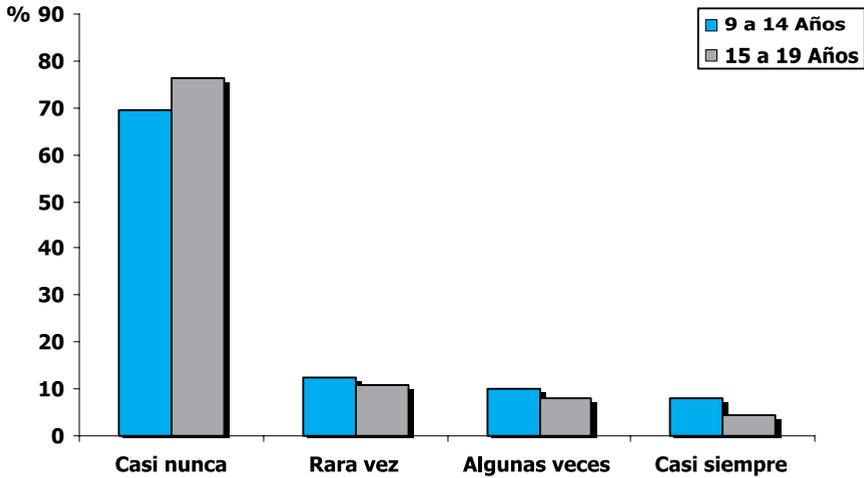
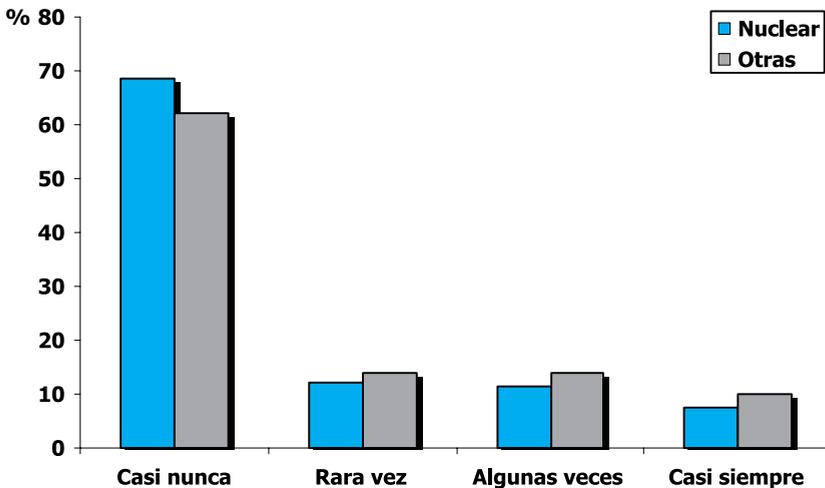


Gráfico No. 48
Distribución según tipo de familia e ideación suicida





4.4. Comportamiento violento

Entre los ítems de la escala que puntuaron más altos en forma individual se encuentran: "ha tenido peleas con sus compañeros" con un 49,9%, "ha tenido una pelea con agresión física" con un 31,2% y "ha sido herido en una pelea" con un 11,6%, lo cual muestra un resultado con tendencia hacia comportamiento agresivo (Cuadro No. 15).

Cuadro No. 15
Componentes de la escala de comportamiento violento (%)

Por favor responda ...	Si
Ha molestado o hecho daño a los animales	8.2
Ha amenazado a otros con hacerles daño	11.5
Ha tenido peleas con sus compañeros	49.9
Ha dañado intencionalmente cosas de otras personas	18.0
Ha herido a alguien bajo el efecto de bebidas alcohólicas	2.2
Ha peleado debido al uso de licor	4.4
Ha herido a alguien bajo el efecto de drogas	1.1
Ha peleado debido al uso de drogas	1.6
Ha portado un cuchillo o una navaja en la calle	18.2
Ha portado un arma de fuego en la calle	4.8
Ha portado un cuchillo o una navaja en el colegio	9.6
Ha portado un arma de fuego en el colegio	1.6
Ha tenido una pelea con agresión física	31.2
Ha sido herido en una pelea	11.6
Ha tenido que ser atendido por el médico debido a una pelea	2.9

Alpha de Cronbach: 0,71

En el gráfico No. 49 se presentan los resultados para la escala de comportamiento violento y puede verse como un alto porcentaje presentó riesgo alto y moderado, lo cual debe priorizarse en los programas de cultura para la paz ciudadana.

Su comportamiento según sexo, evidenció mayor frecuencia de alto riesgo para los hombres (Gráfico No. 50).

En el gráfico No. 51 se puede observar que el alto riesgo para comportamiento violento se presentó con más mayor frecuencia en el grupo de 15 a 19 años.

Gráfico No. 49
Distribución según escala de comportamiento violento

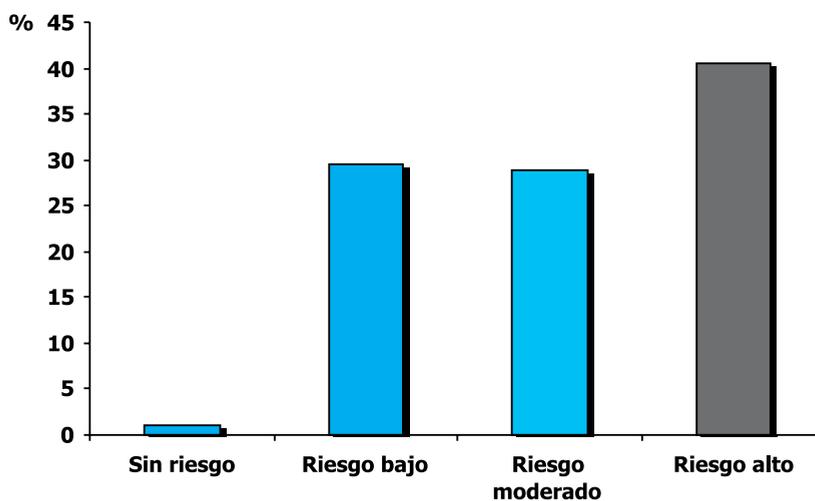


Gráfico No. 50
Distribución según sexo y escala de violencia

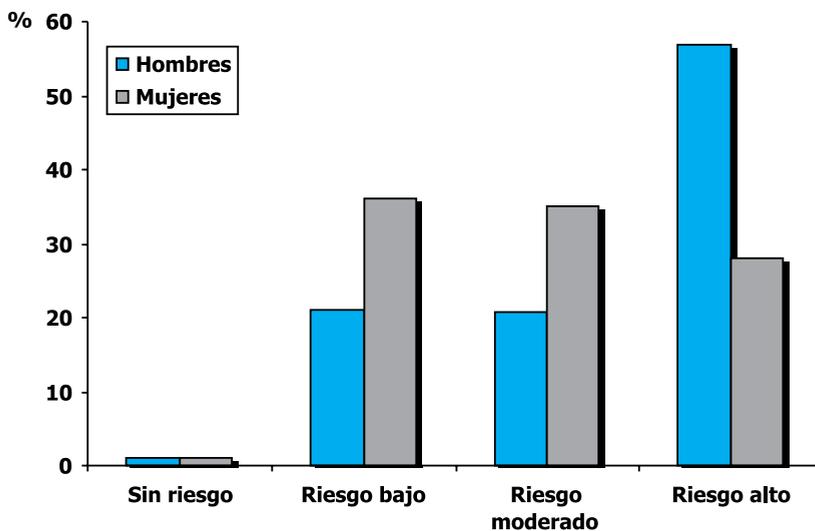
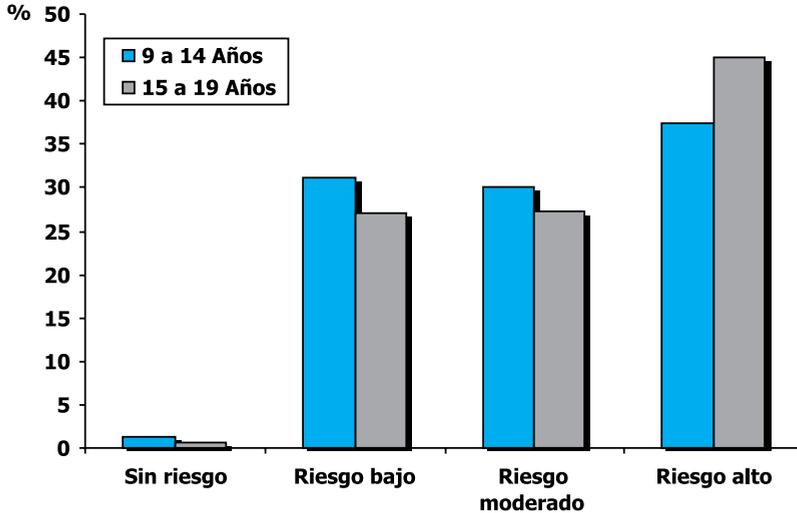


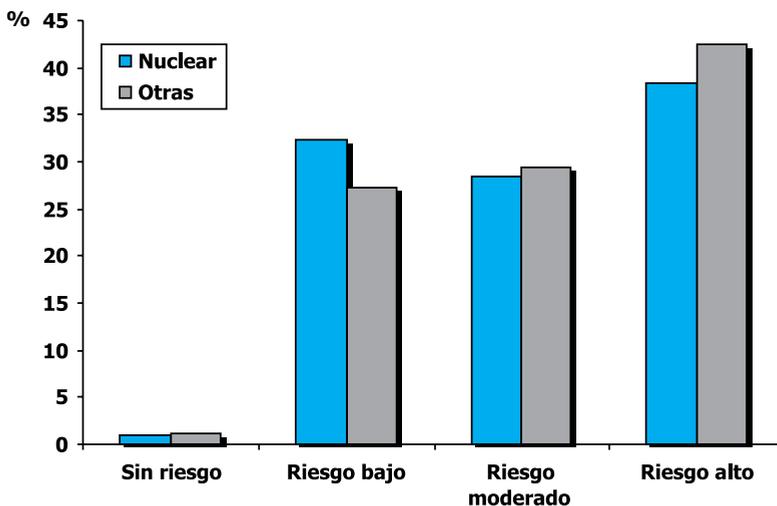


Gráfico No. 51
Distribución según clasificación de adolescencia
y escala de comportamiento violento



Los hijos de familias nucleares tuvieron menos riesgo de comportamiento violento (gráfico No. 52).

Gráfico No. 52
Distribución según tipo de familia
y escala de comportamiento violento



4.5. Problemas académicos

Este componente de la escala DUSI, tiene como objetivo evaluar los problemas que puede presentar el joven con relación a su adaptación y rendimiento académico y se puede considerar como un factor de riesgo para problemas de salud mental o como un indicador del mismo.

Al analizar los ítems incluidos en esta escala se encontraron las frecuencias más altas para: tener problemas, concentrarse cuando estudia en el 55,8% de los jóvenes y tener notas peores que antes con un 29,2% de los estudiantes (Cuadro No. 16).

Cuadro No. 16
Componentes de la escala de problemas académicos (%)

Por favor responda ...	Si
Ha tenido problemas para concentrarse cuando estudia	55.8
Sus notas han estado peores que antes	29.2
Ha faltado al colegio mas de dos días al mes	27.7
Se ha sentido rechazado por otros en el colegio	21.9
Lo han suspendido del colegio	12.0
Ha pensado seriamente en abandonar los estudios	11.1
Han interferido el alcohol o las drogas en sus tareas	7.4
Ha dejado de ir al colegio debido al uso de alcohol o drogas	2.3

Alpha de Cronbach: 0,53

Quando se analizó como escala de problemas académicos, se observó que la clasificación presentó al 37,5% como moderado y al 11,3% como severo (Gráfico No. 53).

En la gráfica No. 54 se presenta el comportamiento de esta escala según sexo y se encontró un porcentaje mas alto para riesgo moderado en las mujeres pero para riesgo severo es mayor en los hombres.



Gráfico No. 53
Distribución según escala de problemas académicos

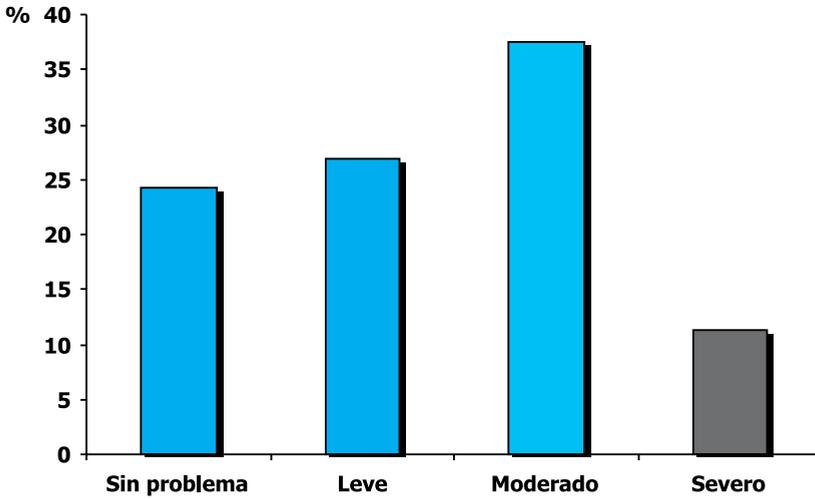
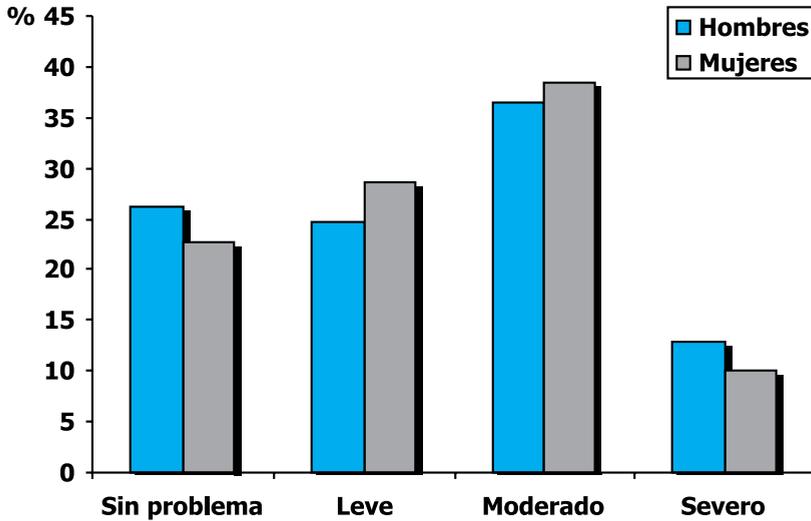


Gráfico No. 54
Distribución según sexo y escala de problemas académicos



Según la edad, la tendencia es a presentar más problemas académicos en el grupo de 15 a 19 años (Gráfico No. 55).

Gráfico No. 55
Distribución según clasificación de adolescencia y escala problemas académicos

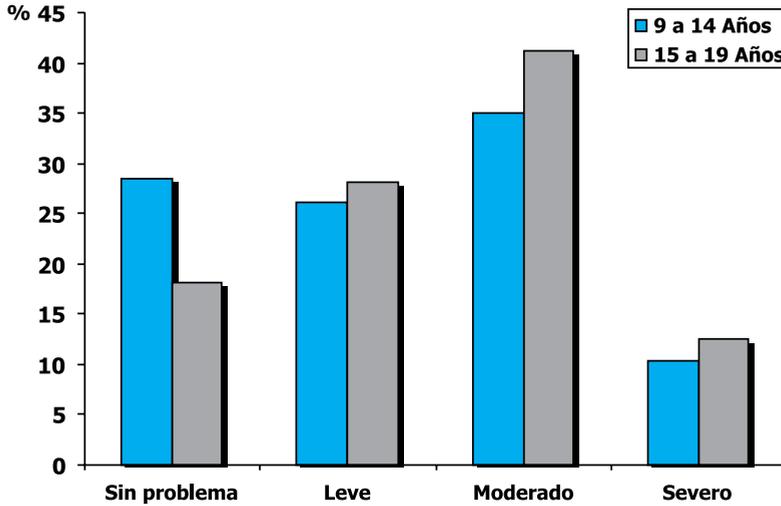
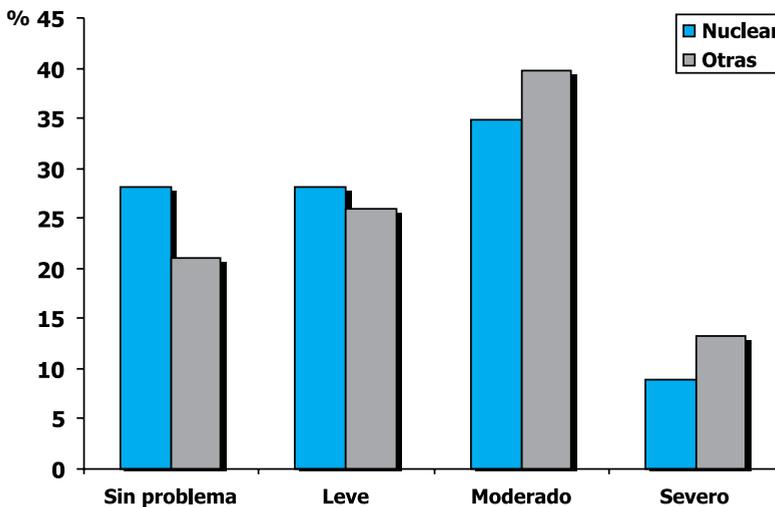


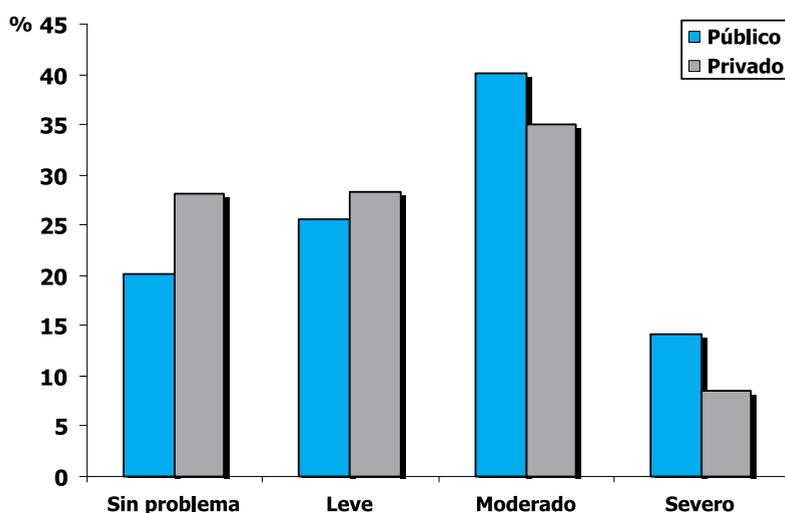
Gráfico No. 56
Distribución según tipo de familia y escala de problemas académicos



Como puede observarse en el gráfico No. 56, en la familia nuclear se disminuye la frecuencia en la severidad de este problema.

Se encontró un mayor porcentaje de estudiantes con problemas académicos severos en los colegios públicos (Gráfico No. 57).

Gráfico No. 57
Distribución según tipo de colegio
y escala de problemas académicos



4.6. Problemas con el uso de bebidas alcohólicas

Para la evaluación de problemas relacionados con el uso de bebidas alcohólicas se utilizó el instrumento DUSI.

En el cuadro No. 17 se puede apreciar que el 18,5% de los jóvenes ha sentido deseo intenso de usar alcohol, el 13,9% ha tenido dificultad para decir no cuando le ofrecen licor; los otros ítems de esta escala se pueden ver en dicho cuadro.

Cuadro No. 17
Componentes de la escala DUSI alcohol (%)

Por favor responda ...	Si
Ha sentido deseo intenso de usar licor	18.5
Ha tenido dificultad para decir no cuando le ofrecen licor	13.9
Ha aumentado la cantidad de licor para sentir el mismo efecto	7.8
Ha sentido que no ha podido controlar el uso de licor	6.1
Ha pasado por alto las reglas por estar bajo efecto de licor	5.3
Ha dejado de participar en actividades por haber gastado mucho en licor	4.7
Ha tenido problemas para llevarse bien con algún amigo debido al licor	4.5
Ha peleado debido al uso de licor	4.4
Se ha sentido atrapado por el licor	2.5
Ha herido a alguien bajo el efecto de bebidas alcohólicas	2.2
Tuvo un accidente de tránsito bajo efecto de licor	1.6

Alpha de Cronbach: 0,76

Al analizar la escala se encontró que la prevalencia de alcoholismo fue de 5,6% y para riesgo de alcoholismo de 26,5%, hallazgo que lo presenta como un problema no sólo de salud mental, sino también de salud pública (Gráfico No. 58).

Como se puede observar en el gráfico No. 59, la distribución de los resultados según sexo presentó mayor prevalencia para alcoholismo y alto riesgo de alcoholismo para los jóvenes del sexo masculino, pero las diferencias de proporciones no son muy altas.

En el caso de la clasificación de adolescencia, se puede observar con preocupación un comportamiento de mayor riesgo para los indicadores en los preadolescentes (9 a 14 años) frente a los adolescentes (15 a 19 años). Para alto riesgo de alcoholismo la prevalencia en el primer grupo llega a 21,3%, mientras que para el segundo es de 14,0% y para el alcoholismo de 3,5% y 2,6% respectivamente. Este hallazgo unido al anterior, que analizó el comportamiento por sexo, indica un cambio en los patrones de este severo problema (Gráfico No. 60).

La familia nuclear se comporta como un factor de protección, la prevalencia de patrones patológicos relacionados con el consumo de alcohol, es más baja en ellas (Gráfico No. 61).



Gráfico No. 58
Distribución según escala DUSI alcohol

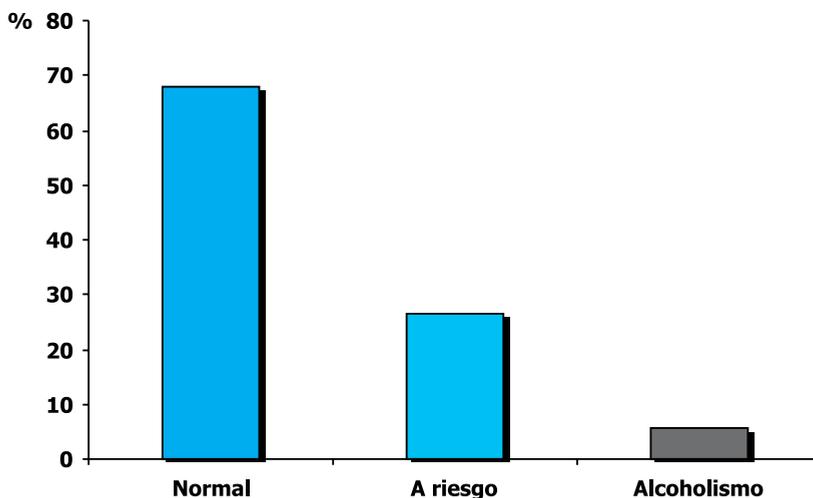


Gráfico No. 59
Distribución según sexo y escala DUSI alcohol

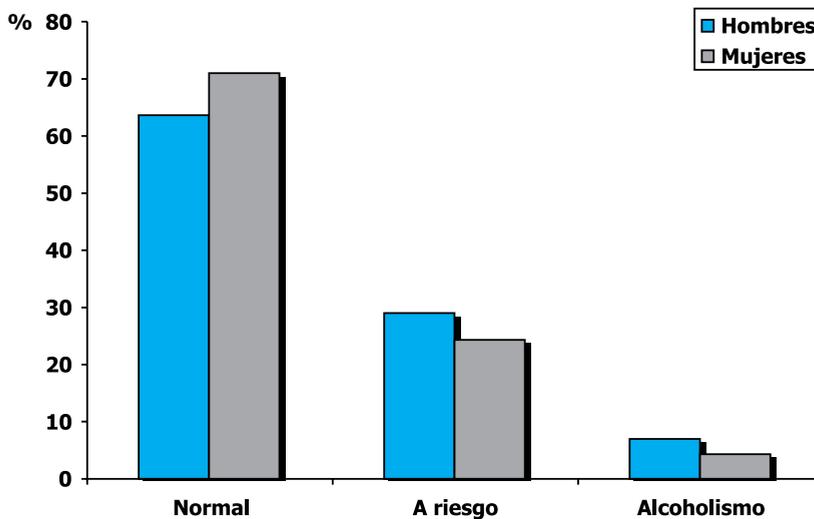


Gráfico No. 60
Distribución según clasificación de adolescencia
y escala DUSI alcohol

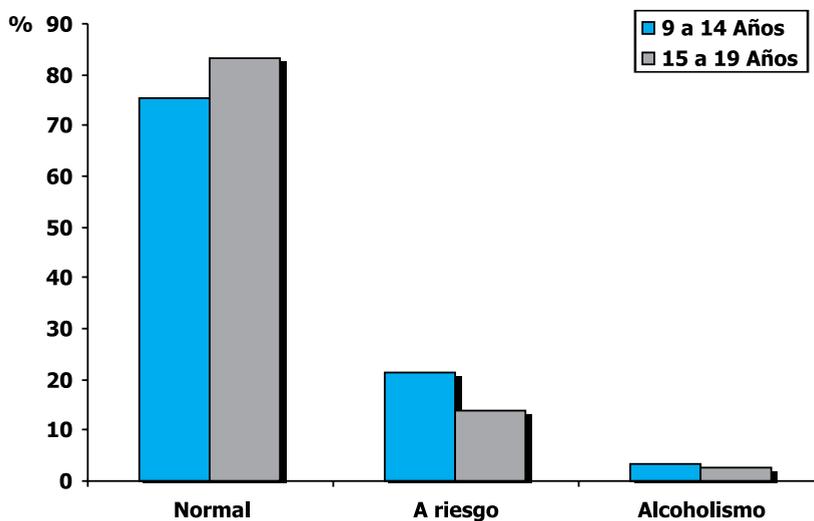
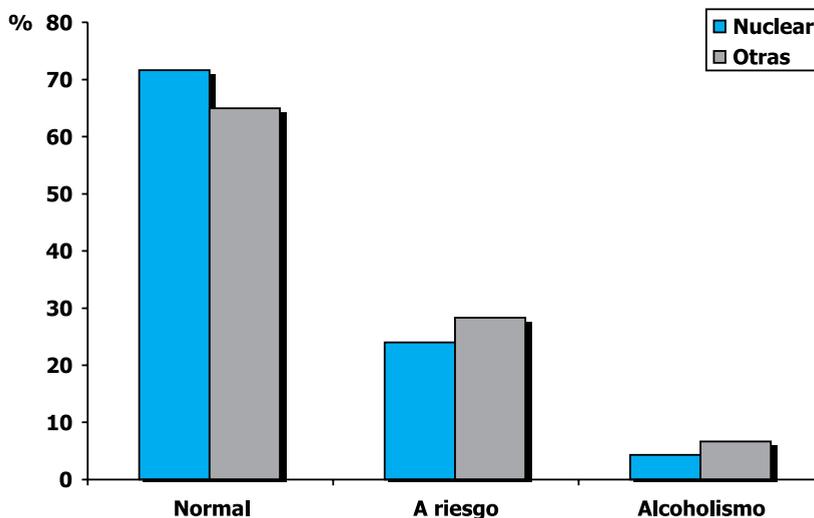


Gráfico No. 61
Distribución según tipo familia y escala DUSI alcohol



4.7. Uso y abuso de sustancias psicoactivas

Se obtuvo el diagnóstico de la situación de consumo de sustancias psicoactivas mediante la aplicación del instrumento VESPA, y se logró la separación de la población de estudio en consumidores, los que ya no consumen y los que nunca han consumido o abstemios primarios.

Los consumidores, son evaluados a través de una serie de indicadores de prevalencia de consumo. Siendo los más importantes los de **“prevalencia de vida”** que sirven para evaluar la proporción de la población que ha consumido la sustancia estudiada en cualquier momento de la vida o la consume actualmente.

Prevalencia anual, indicador de la proporción de población estudiada que ha consumido la sustancia durante el año anterior al estudio; este indicador es de los más ampliamente utilizados en las investigaciones diagnósticas sobre el tema.

Prevalencia mensual, a medida que el indicador utiliza un marco más cercano de tiempo también se interpreta como una mayor severidad para el consumo de la sustancia estudiada.

Prevalencia semanal, indica la proporción, en este caso de estudiantes, que utilizó las sustancias durante la última semana, por ejemplo, si la proporción de prevalencia semanal para consumo de bebidas alcohólicas es de 25%, se puede interpretar como que uno de cada cuatro estudiantes las utilizó durante la semana anterior.

Prevalencia diaria, este indicador ha iniciado su utilización y es de mucha importancia para evaluar grados severos de frecuencia de consumo.

Otros indicadores utilizados son el **“índice de abstinición”** que indica la proporción de población que nunca ha tenido contacto con la droga, y el **“índice de exconsumo”** hoy también denominado **“índice de cesación”**, el cual puede interpretarse como la proporción de la población estudiada que después de haber sido consumidora de la sustancia ha dejado de utilizarla.

En el cuadro No. 18 se presentan estos indicadores y se resalta el alto consumo de las llamadas sustancias “legales”.

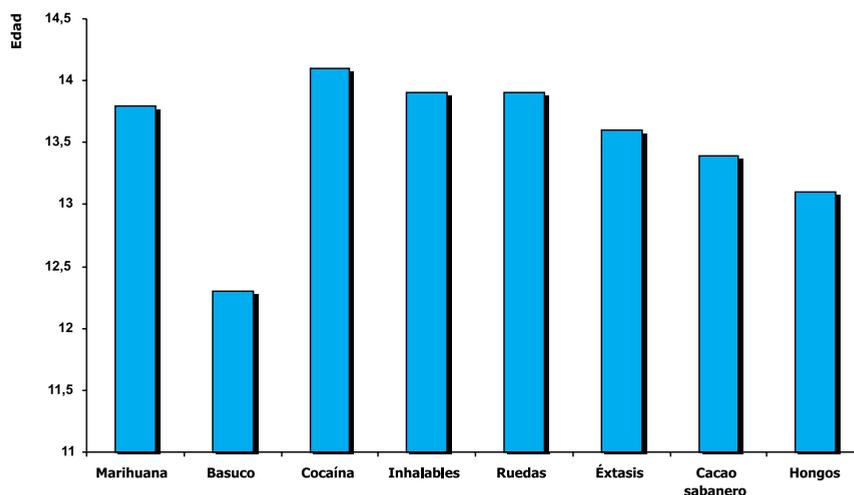
4.7.1. Edad de inicio

Llama la atención que según el presente estudio se inicie el consumo de sustancias psicoactivas con el basuco y además se presente el uso a tan temprana edad, de las demás sustancias ilegales (Gráfico No. 62).

Cuadro No. 18
Consumo de sustancias psicoativas (%)

Usted ha consumido ...	Último día	Última semana	Último mes	Último año	Hace más de 1 año	Nunca ha consumido
Marihuana	1.3	2.4	5.0	8.9	3.8	87.3
Basuco	0.2	0.8	1.0	1.3	0.5	98.2
Cocaína, perico, perica	0.5	1.6	2.9	4.6	2.3	93.1
Inhalables	0.2	1.0	2.2	3.9	1.3	94.8
Ruedas, roches, Rohypnol	0.3	0.6	1.4	2.6	1.4	96.0
Extasis	0.2	0.6	1.4	2.3	1.5	96.2
Cigarrillo	4.7	9.3	15.2	23.0	14.9	62.1
Bebidas alcohólicas	3.0	15.4	29.1	40.0	10.0	50.0
Bebidas alcohólicas hasta embriaguez	1.3	5.0	11.5	19.0	7.8	73.2
Cacao sabanero	0.2	0.5	0.8	1.4	0.9	97.7
Hongos	0.4	0.6	0.9	1.2	0.9	97.9

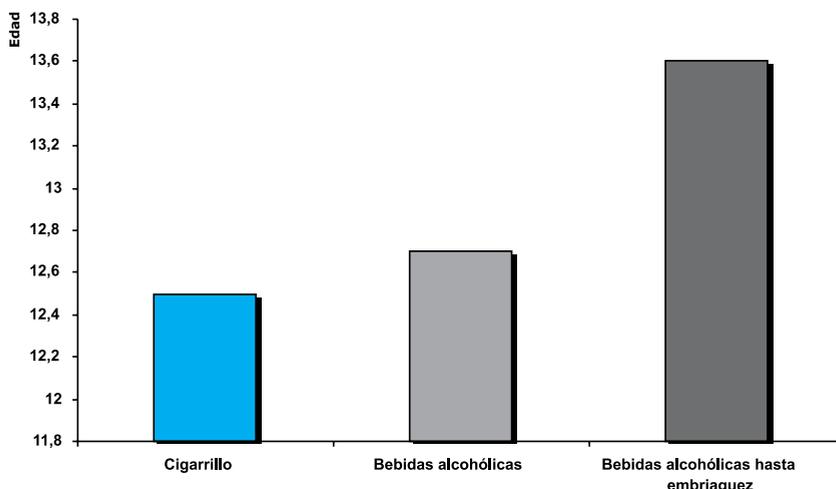
Gráfico No. 62
Distribución según edad promedio de inicio de consumo de sustancias ilegales





Las sustancias de uso "legal", antecedieron en la edad de inicio a la informada para las sustancias de uso ilegal, comportándose como la puerta de entrada para éstas. La edad promedio para el inicio de consumo de sustancias legales fue de: 12,5 años para cigarrillo, 12,7 para bebidas alcohólicas y 13,6 años para consumo de bebidas alcohólicas hasta la embriaguez (Gráfico No. 63).

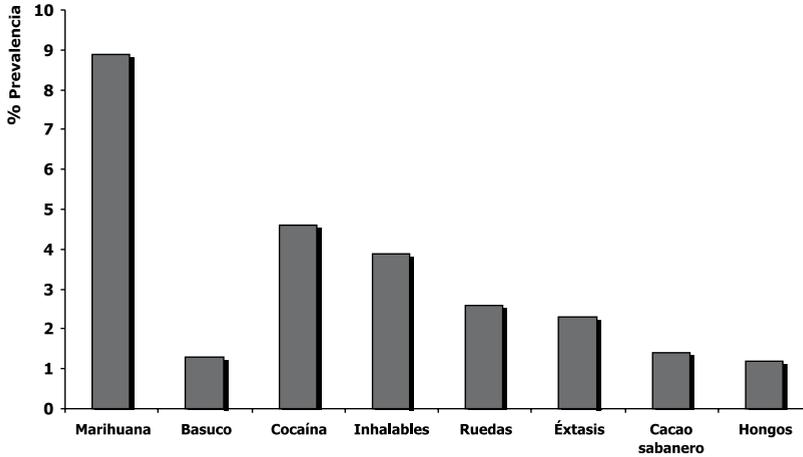
Gráfico No. 63
Distribución según edad promedio de inicio de consumo de sustancias legales



4.7.2. Prevalencia anual de consumo

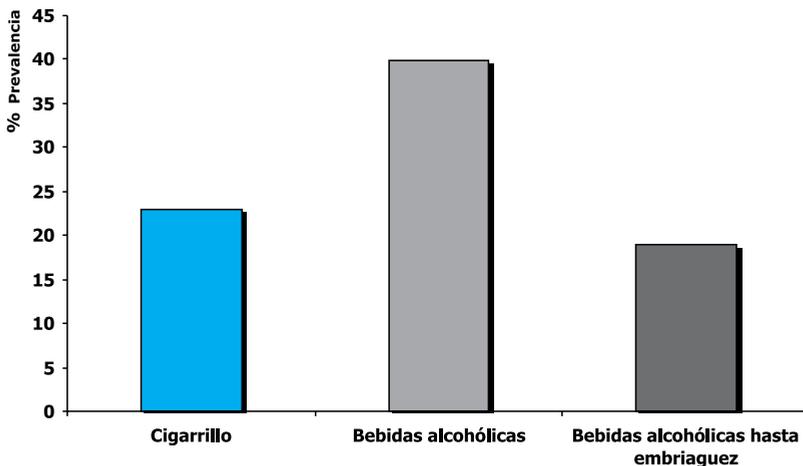
Según el gráfico No. 64 la prevalencia más alta se presentó para marihuana con un 8,9%, seguida por cocaína con 4,6% y los inhalables con 3,9%. El éxtasis presenta una prevalencia anual de consumo de un 2,3%.

Gráfico No. 64
Distribución según prevalencia anual de consumo
de sustancias ilegales



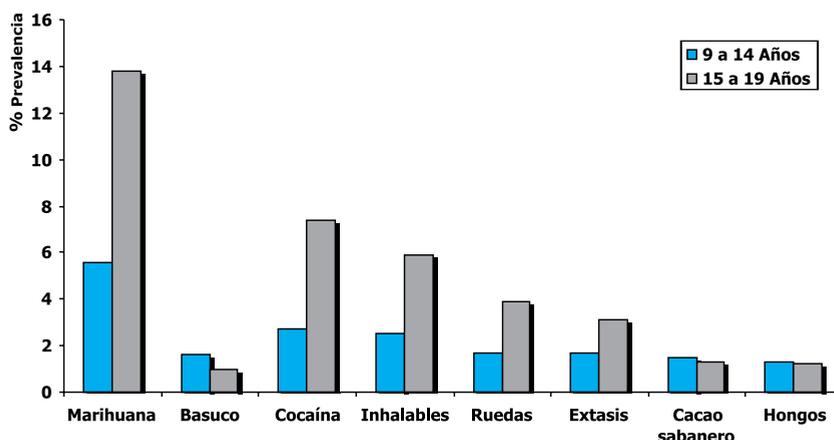
Las bebidas alcohólicas, prohibidas legalmente para menores de 18 años presentaron una prevalencia anual de consumo de 39,9%, el cigarrillo de 23,0% y las bebidas alcohólicas hasta la embriaguez el 19,0%, o sea que de cada cinco jóvenes uno llega a este tipo de consumo peligroso de bebidas alcohólicas (Gráfico No. 65).

Gráfico No. 65
Distribución según prevalencia anual de consumo
de sustancias legales



En el gráfico No. 66 se puede observar el incremento en el consumo de todas las sustancias ilegales estudiadas al pasar del grupo de 9 a 14 años al de 15 a 19 años. La única sustancia que disminuye es el basuco que pasa de una prevalencia anual de 1,7% a 1,0%; la marihuana pasa de 5,5% de prevalencia a 13,8% y la cocaína de 2,7% a 7,4%.

Gráfico No. 66
Distribución según clasificación de adolescencia
y prevalencia anual de consumo de sustancias ilegales



Igual comportamiento al de las sustancias ilegales se presentó para el consumo de sustancias legales. El cigarrillo pasa de 10,0% en el grupo de 9 a 14 años a 32,0% en el grupo de 15 a 19 años; las bebidas alcohólicas de 25,0% a 67,0% y el consumo de estas mismas pero hasta la embriaguez de 9,6% a 32,6% (Gráfico No. 67).

Con relación al consumo de sustancias ilegales, las mujeres consumen todas las sustancias, pero su prevalencia es más baja que la de los hombres. El 10,8% de los hombres consumió marihuana durante el año anterior versus el 7,5% de las mujeres; el 6,6% de los hombres usaron cocaína versus el 3,1% de las mujeres y en cuanto al éxtasis la relación fue 2,8% en los hombres y 1,9% en las mujeres (Gráfico No. 68).

Para la prevalencia de las sustancias de uso legal se invierten los hallazgos: en el caso del cigarrillo se encontró una prevalencia de un 27,1% para el sexo femenino versus 19,1% para el masculino; las bebidas alcohólicas presentaron una prevalencia de 40,4%, valor ligeramente superior en la mujer al compararla con un 39,3% en el hombre; para las bebidas hasta la embriaguez, la frecuencia fue mayor para el hombre con 21,8% versus 16,8% en la mujer (Gráfico No. 69).

Gráfico No. 67
Distribución según clasificación de adolescencia
y prevalencia anual de consumo de sustancias legales

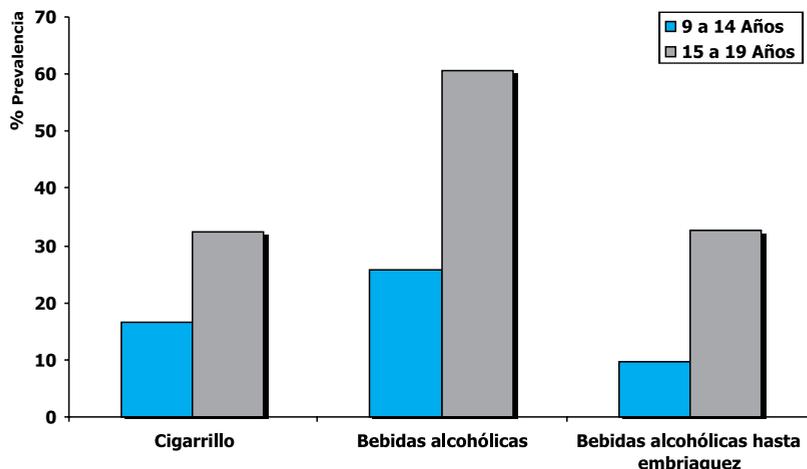
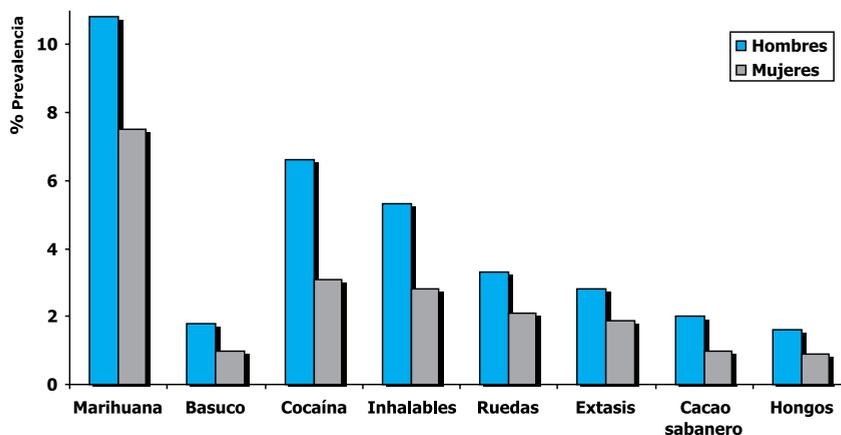


Gráfico No. 68
Distribución según sexo y prevalencia anual de consumo
de sustancias ilegales



El comportamiento del consumo de las sustancias psicoactivas legales e ilegales se presentó con mayor frecuencia en los estudiantes de los colegios públicos. Dada la importancia de este hallazgo se deben hacer mayores análisis alrededor del problema y la búsqueda de soluciones (Gráficos No. 70 y 71).



Gráfico No. 69
Distribución según sexo y prevalencia anual de consumo de sustancias legales

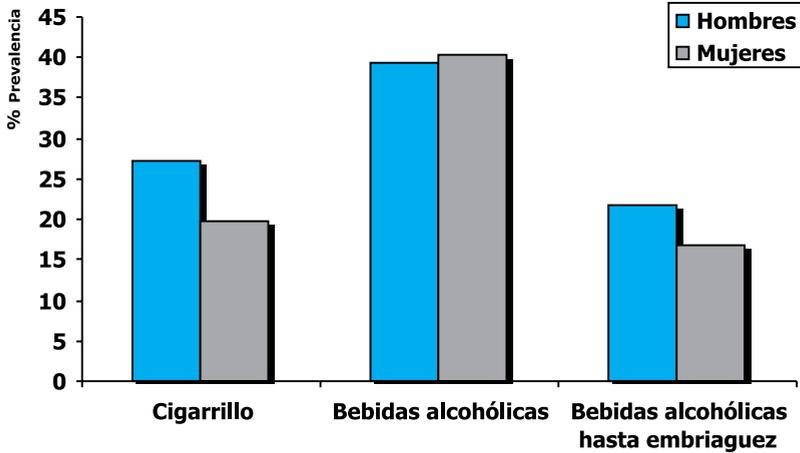


Gráfico No. 70
Distribución según tipo de colegio y prevalencia anual de consumo de sustancias ilegales

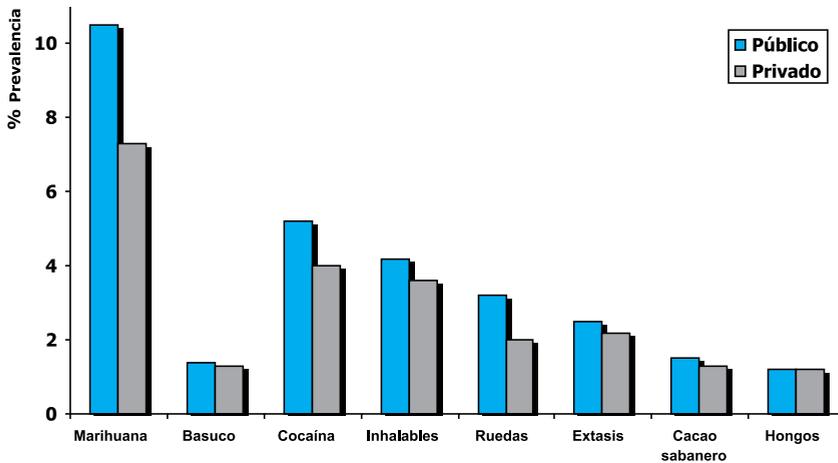
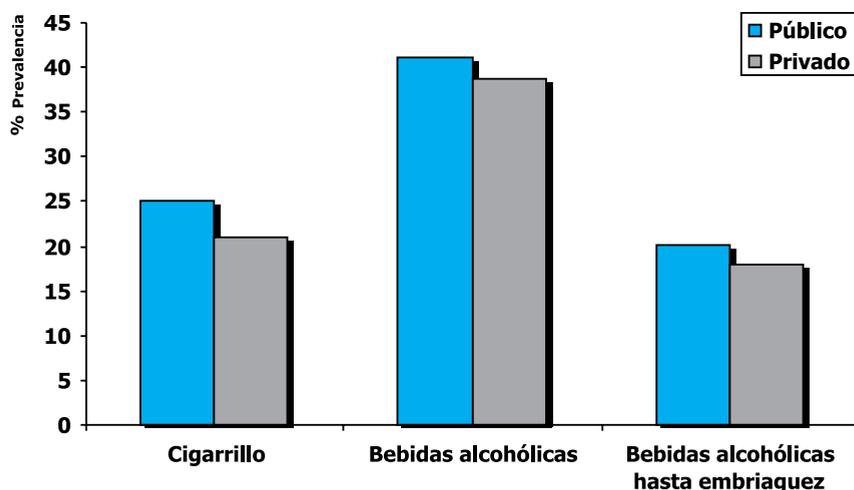


Gráfico No. 71
Distribución según tipo de colegio y prevalencia anual
de consumo de sustancias "legales"



4.8. Problemas con el uso de "drogas"

Para la evaluación de problemas relacionados con el uso de sustancias ilegales también se utilizó el instrumento DUSI. En el cuadro No. 19 se presentan las frecuencias de respuesta positiva para las preguntas incluídas en la escala DUSI drogas.

La prevalencia de dependencia a sustancias de uso ilegal es de 2,0% y de alto riesgo de 10,9% (Gráfico No. 72).

Existen diferencias a favor de una mayor prevalencia en el sexo masculino con 12,1% para alto riesgo de dependencia a las drogas ilegales versus 9,9% en las mujeres y 2,4% y 1,7% de prevalencia de dependencia respectivamente (Gráfico No.73).

Al comparar el grupo de preadolescentes versus los adolescentes la prevalencia de alto riesgo de dependencia a las sustancias de uso ilegal fue de 8,7% en el primer grupo y pasa a 14,0% en el de adolescentes. Para la prevalencia de dependencia a drogas ilegales, pasa de 1,6% en el grupo de preadolescentes a 2,6% en el de adolescentes (Gráfico No. 74).



Cuadro No. 19
Componentes de la escala DUSI drogas (%)

Por favor responda ...	Si
Ha sentido deseo intenso de usar drogas	6.3
Ha aumentado la cantidad de drogas para sentir el mismo efecto	1.6
Ha sentido que no ha podido controlar el uso de droga	3.2
Se ha sentido atrapado por la droga	1.4
Ha dejado de participar en actividades por haber gastado mucho en drogas	1.6
Ha pasado por alto las reglas por estar bajo efecto de drogas	1.9
Tuvo un accidente de tránsito bajo efecto de droga	0.7
Ha herido a alguien bajo el efecto de droga	1.1
Ha peleado debido al uso de droga	1.6
Ha tenido problemas para llevarse bien con algún amigo debido a las drogas	2.6
Ha tenido dificultad para decir no cuando le ofrecen droga	5.3

Alpha de Cronbach: 0,81

Gráfico No. 72
Distribución según escala DUSI drogas

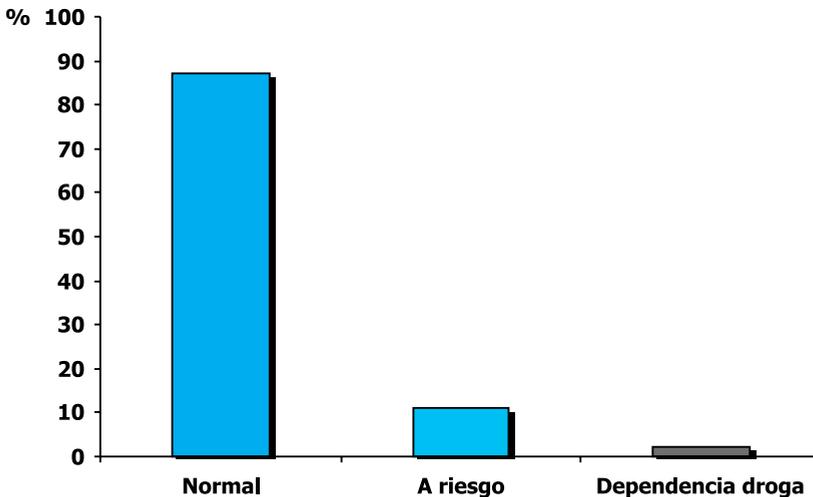


Gráfico No. 73
Distribución según sexo y escala DUSI drogas

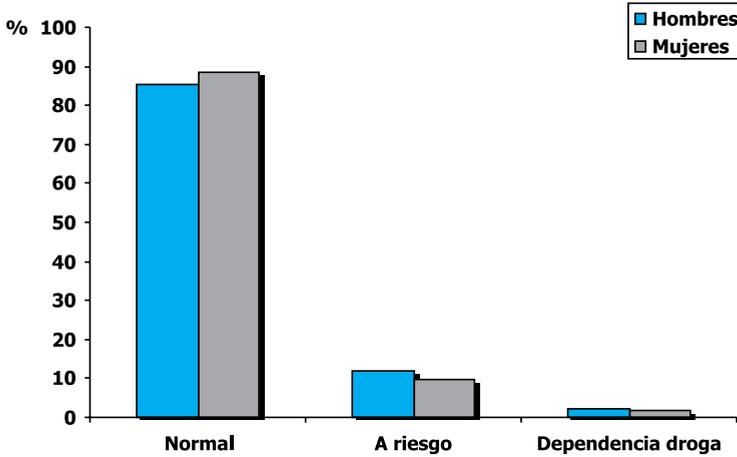
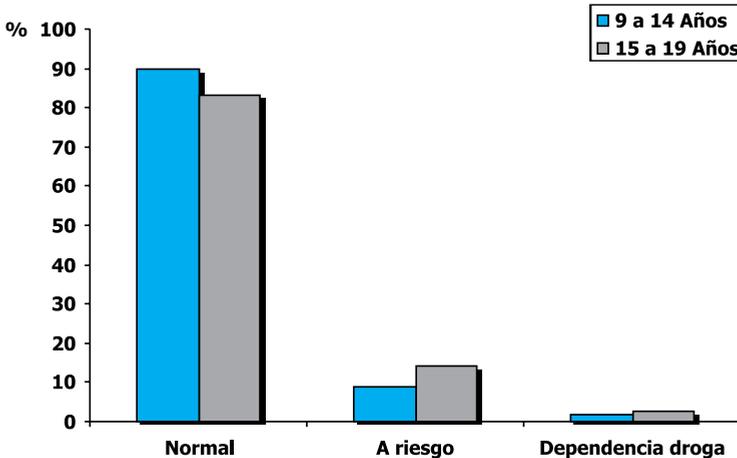


Gráfico No. 74
Distribución según clasificación de adolescencia y escala DUSI drogas



4.9. Eventos estresantes

Para indagar sobre eventos estresantes en los adolescentes se incluyó la Lista de Eventos Estresantes (EVE) de Coddington. Este instrumento está diseñado para identificar estresores en adolescentes y niños. Consta de 19 ítems que representan una serie de eventos de vida estresantes. Los participantes deben identificar aquellos eventos de vida que hayan

experimentado en los últimos 12 meses. La puntuación fluctúa de un mínimo de 0 hasta un máximo de 38 puntos. A más alta puntuación, mayor el número de eventos de vida estresantes experimentados por el niño o adolescente durante el último año.

Los resultados revelan que los eventos de vida estresantes reportados más frecuentemente fueron: cambio de escuela o casa (42,1%), discusiones con los padres (39,0%), rompimiento con el novio(a) (37,6%), muerte de un familiar o amigo (34,7%), dificultades o conflictos con un miembro de la familia (31,9%), enfermedad o accidente de abuelos (31,3%) y pérdida o muerte de una mascota (25,0%) (Cuadro No. 20).

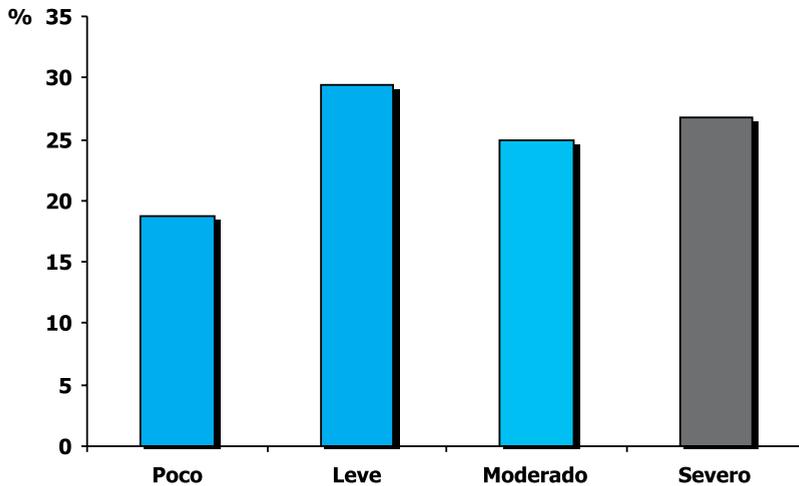
Cuadro No. 20
Componentes de la escala de eventos estresantes (%)

En el último año usted ha tenido ...	Si
Cambios en la escuela o casa	42.1
Enfermedad seria o accidentes	16.4
Dificultades económicas	37.5
Separación de los padres	13.2
Discusiones de los padres	39.0
Enfermedad o accidente de padres o hermanos(as)	20.3
Enfermedad o accidente de abuelo(as)	31.3
Muerte de padres, hermanos(as) o abuelos(as)	18.3
Muerte de otro familiar o amigo(a)	34.7
Dificultades o conflicto con un miembro de la familia	31.9
Rompimiento con novio(a)	37.6
Problemas legales o con la policía	3.4
Robo de pertenencia personales	10.0
Fracaso en la escuela	18.6
Usted o su pareja ha estado en embarazo	2.6
Abuso físico	2.8
Abuso sexual	1.7
Perdida o muerte de mascota	25.0
Otro problema serio	15.7

Alpha de Cronbach: 0,65

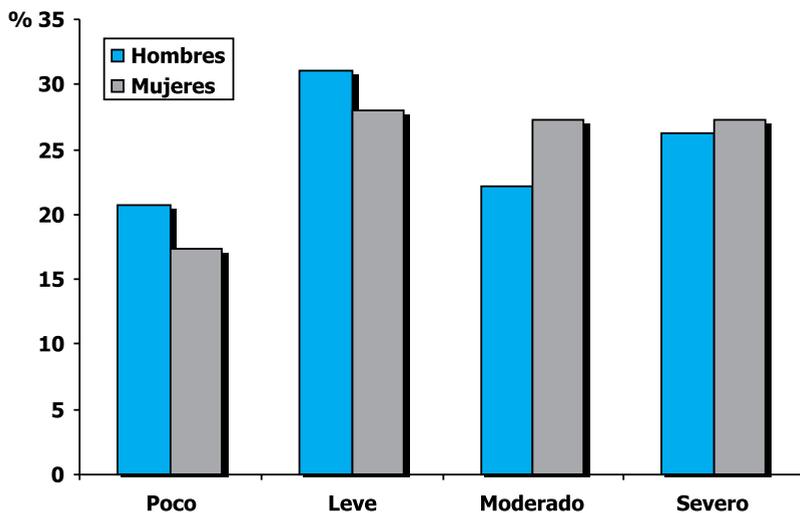
Como puede observarse en la gráfica No. 75, los resultados presentan casi el 50% de los adolescente con un nivel entre moderado y severo para este tipo de eventos.

Gráfico No. 75
Distribución según escala de eventos estresantes



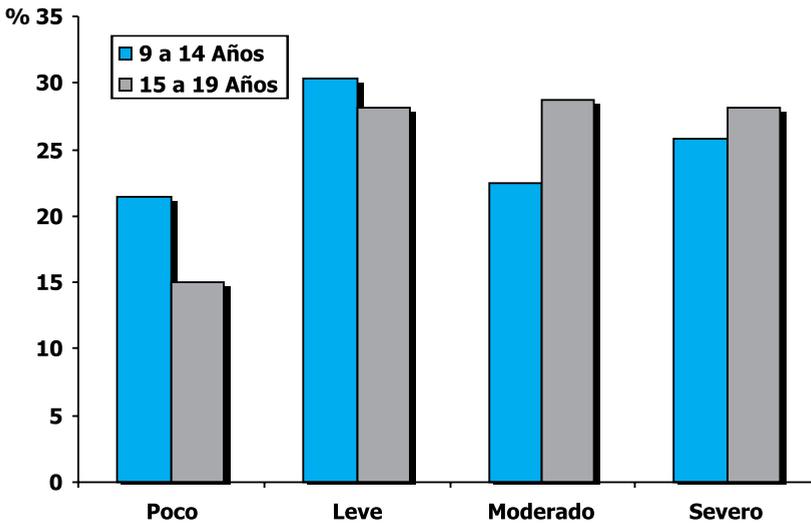
Al analizar esta escala según sexo se encontró una frecuencia más alta para las mujeres en el nivel moderado y para los hombres en el nivel leve (Gráfico No.76).

Gráfico No. 76
Distribución según sexo y escala de eventos estresantes



Llama la atención que el grupo de mayor edad reporta más eventos estresantes y presenta mayor tendencia hacia el riesgo moderado y severo (Gráfico No. 77).

Gráfico No. 77
Distribución según clasificación de adolescencia
y escala de eventos estresantes



4.10. Estrés postraumático agudo

El instrumento aplicado tomó ítems cumpliendo con los criterios del DSM IV, para la definición de agudo y crónico se tomaron como períodos de tiempo: "durante el último mes" para estrés agudo y "durante el último año" para estrés crónico. La escala obtenida para estrés postraumático agudo presenta un coeficiente Alpha de Cronbach de 0,86 y de 0,87 para el crónico, lo que confirma una alta confiabilidad del instrumento.

Los ítems que con mayor frecuencia fueron respondidos afirmativamente para el estrés postraumático (EPT) agudo fueron: "Hay cosas que se lo han hecho recordar" con 37,9%, "Ha tenido dificultades para concentrarse" con 33,8%, "Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento" con el 27,9% y "Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento" con 24,3% (Cuadro No. 21).

Cuadro No. 21
Componentes de la escala de estrés postraumático agudo (%)

En el último mes usted ...	Si
Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento	27.9
Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento	19.6
Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo	16.5
Hay cosas que se lo han hecho recordar	37.9
Ha tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento (Como sudoración, temblores, mareos, náuseas, diarrea o palpitaciones)	14.4
Ha estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento	29.1
Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento	24.3
Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento	17.0
Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas	14.0
Se ha sentido distante o alejado de la gente	17.5
Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto	12.9
Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos	13.1
Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño	19.9
Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira	28.3
Ha tenido dificultades para concentrarse	33.8
Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o como "en guardia"	26.8
Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente	30.9

Alpha de Cronbach: 0,86

Al clasificar el resultado de la aplicación según grado de severidad se encontró sólo el 38,7% de los encuestados sin problema; para leve el 24,5%, moderado 20,7% y severo el 16,1% (Gráfico No. 78).

Según sexo, el estrés postraumático tanto moderado como el severo, fue más frecuente en las mujeres (Gráfico No. 79).



Gráfico No. 78
Distribución según escala de estrés postraumático agudo

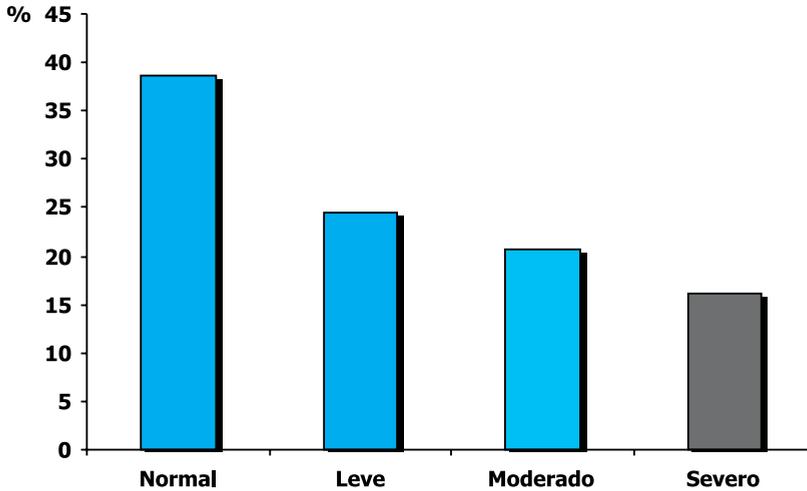
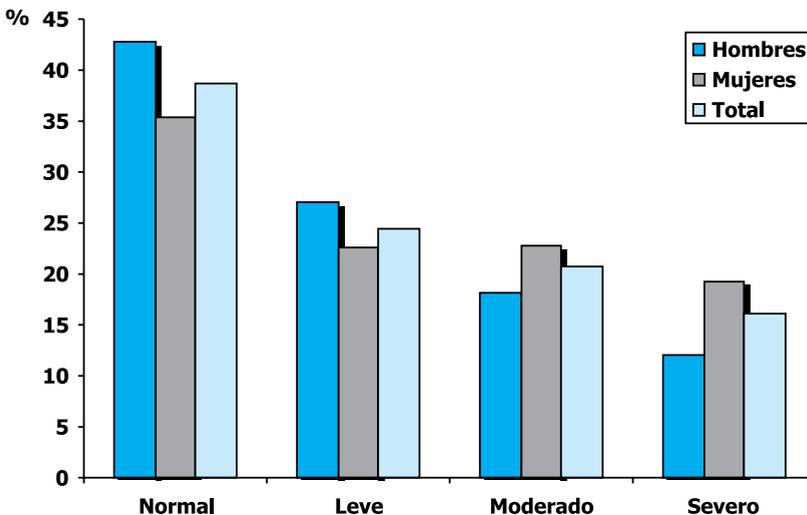
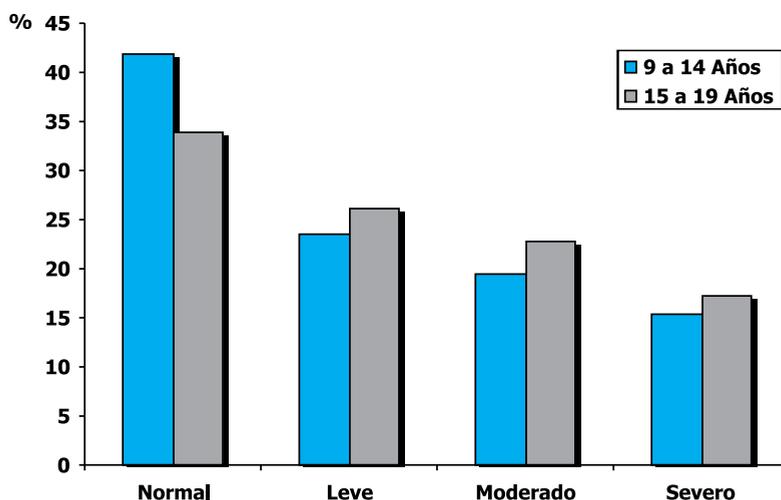


Gráfico No. 79
Distribución según sexo y escala de estrés postraumático agudo



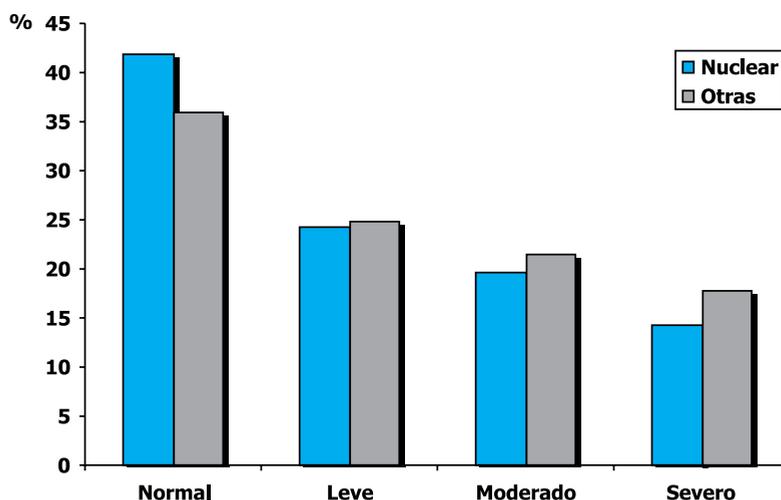
Al evaluar según grupos de edad se encontró más alta prevalencia de estrés postraumático leve, moderado y severo en los jóvenes de 15 a 19 años (Gráfico No. 80).

Gráfico No. 80
Distribución según clasificación de adolescencia
y escala de estrés postraumático agudo



La familia nuclear se comportó como factor de protección contra el estrés postraumático agudo (Gráfico No. 81).

Gráfico No. 81
Distribución según tipo de familia
y escala de estrés postraumático agudo





4.11. Estrés postraumático crónico

Los componentes de la escala de estrés postraumático crónico presentaron una frecuencia más alta, comparados con la anterior aplicación para su presentación en forma aguda (Cuadro No. 22).

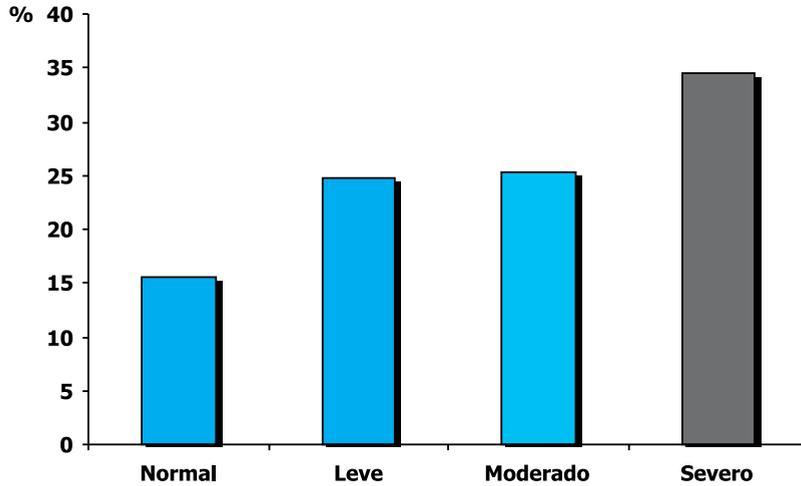
Cuadro No. 22
Componentes de la escala de estrés postraumático crónico (%)

En cualquier momento de su vida usted ...	Si
Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento	66.9
Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento	45.3
Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo	32.6
Hay cosas que se lo han hecho recordar	62.1
Ha tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento (Como sudoración, temblores, mareos, náuseas, diarrea o palpitaciones)	30.0
Ha estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento	46.1
Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento	40.7
Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento	30.7
Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas	26.9
Se ha sentido distante o alejado de la gente	32.3
Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto	24.7
Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos	23.8
Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño	35.1
Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira	45.3
Ha tenido dificultades para concentrarse	51.0
Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o como "en guardia"	43.7
Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente	51.9

Alpha de Cronbach: 0,87

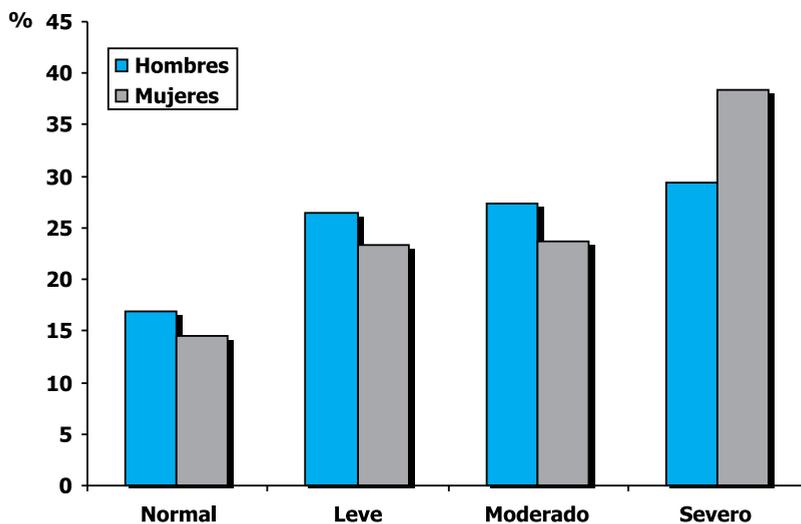
En el gráfico No. 82 se presentan los resultados según grado de severidad y se observa que el 15,5% de los adolescentes se clasificaron como normales, el 24,7% con estrés postraumático crónico leve, el 25,3% con moderado y el 34,5% con severo.

Gráfico No. 82
Distribución según escala de estrés postraumático crónico



Según sexo se encontró que es mayor la frecuencia de estrés postraumático crónico severo en las mujeres (Gráfico No. 83).

Gráfico No. 83
Distribución según sexo y escala de estrés postraumático crónico





Igual que para el estrés postraumático agudo, al evaluar según grupos de edad se encontró más alta prevalencia de estrés postraumático crónico moderado y severo en los jóvenes de 15 a 19 años (Gráfico No. 84).

Gráfico No. 84
Distribución según clasificación de adolescencia y escala de estrés postraumático crónico

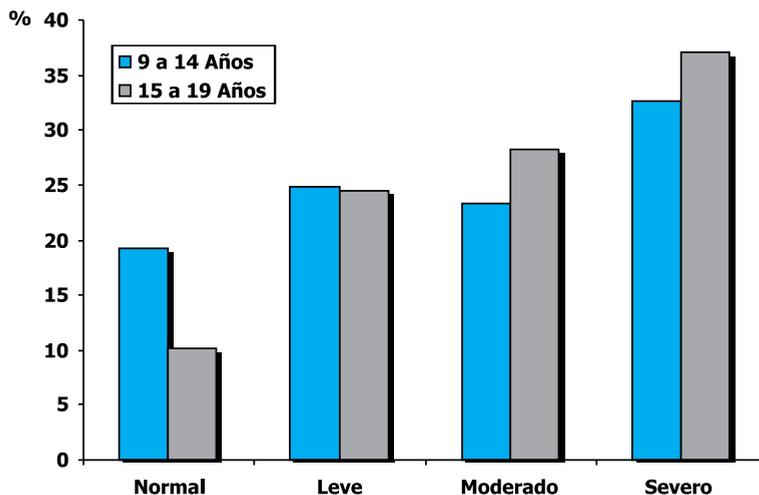
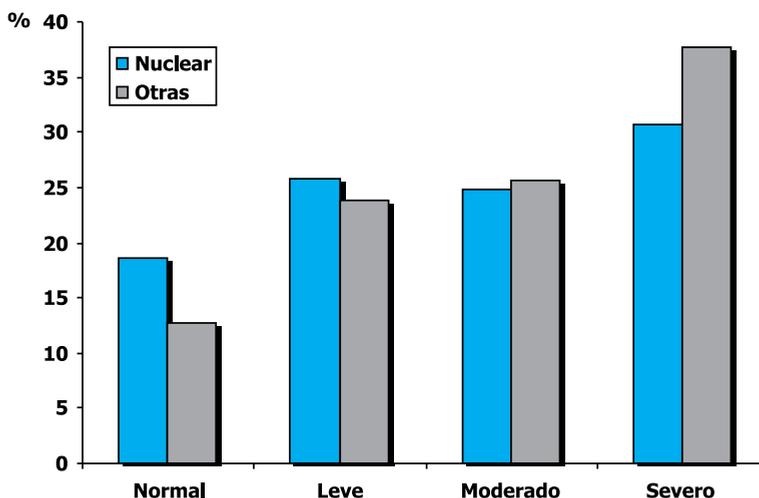


Gráfico No. 85
Distribución según tipo de familia y escala de estrés postraumático crónico



Como se observa en el gráfico No. 85 hay una mayor frecuencia de adolescentes con familias nucleares sin estrés postraumático crónico y más estrés moderado y severo en las otras formas de composición familiar.

4.11.1. Distribución según escala de ansiedad rasgo

La escala utilizada en el estudio se validó a partir de la de Spielberger y colaboradores. Como puede observarse la escala presenta alta confiabilidad con un coeficiente Alpha de Cronbach de 0,90. Llama la atención que el 27,4% de los jóvenes casi nunca toma las cosas demasiado en serio, mientras que el 20,5% a menudo se preocupa demasiado (Cuadro No. 23).

Cuadro No. 23
Componentes de la escala de ansiedad (%)

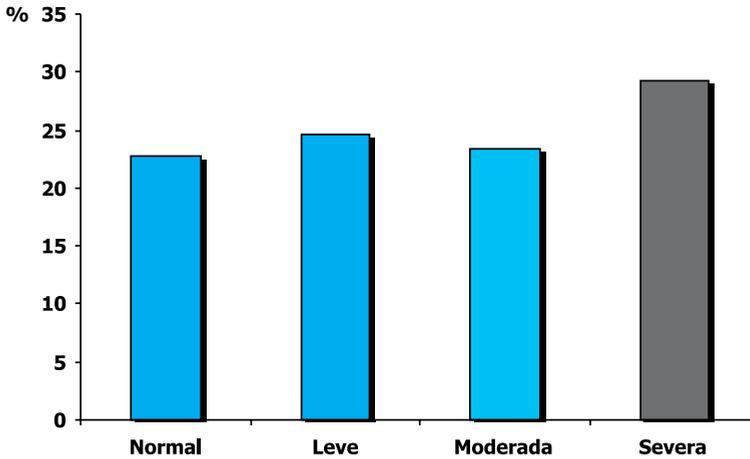
Alguna vez en el último mes usted ha ...	Casi nunca	A veces	A menudo
Se ha preocupado por cometer errores	29.5	48.6	21.9
Ha sentido ganas de llorar	31.2	43.8	25.1
Se ha sentido infeliz	56.3	28.8	14.9
Le ha costado tomar una decisión	34.8	52.0	13.2
Le ha costado enfrentarse a sus problemas	44.5	44.0	11.5
Se ha preocupado demasiado	36.2	43.3	20.5
Se ha encontrado molesto	35.5	47.7	16.9
Se han venido pensamientos sin importancia a la cabeza y le molestan	44.3	39.7	16.0
Le preocupan las cosas del colegio	21.9	36.8	41.4
Le cuesta decidirse en lo que tiene que hacer	40.7	44.5	14.8
Nota que su corazón late mas rápido	46.0	38.9	15.1
Aunque no lo diga, tiene miedo	46.1	39.1	14.8
Se preocupa por cosas que pueden ocurrir	27.7	47.4	24.9
Le cuesta quedarse dormido por las noches	50.2	34.1	15.6
Tiene sensaciones extrañas en el estómago	53.7	33.3	13.0
Le preocupa lo que otros piensen de usted	47.3	36.5	16.2
Le influyen tanto los problemas que no puede olvidarlos durante un tiempo	48.7	36.9	14.4
Toma las cosas demasiado en serio	27.4	48.8	23.8
Encuentra muchas dificultades en su vida	49.7	36.4	13.9
Se siente menos feliz que los demás jóvenes	62.6	26.7	10.7

Alpha de Cronbach: 0,90



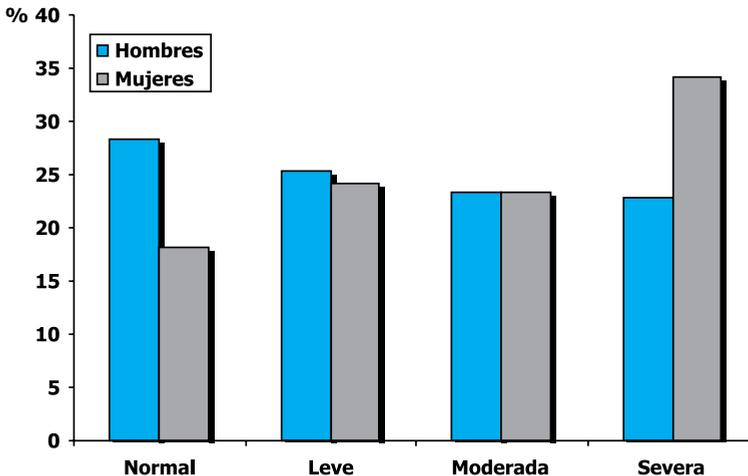
En el gráfico No. 86 aparece la distribución según severidad y se puede observar como la mayor la proporción es para la ansiedad-rasgo severa.

Gráfico No. 86
Distribución según escala de ansiedad - rasgo



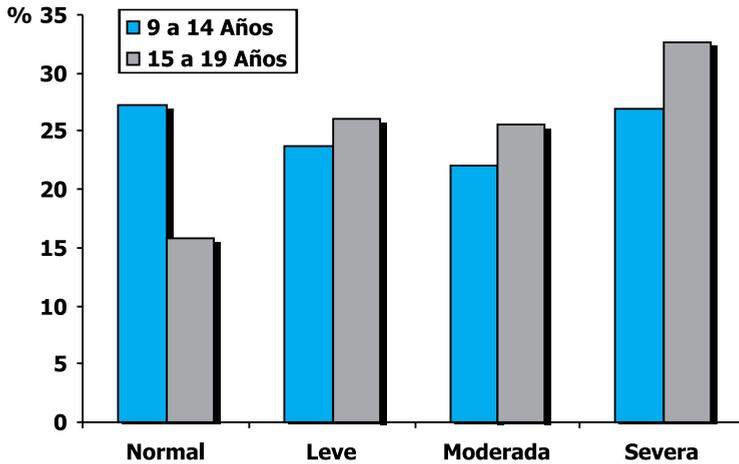
Según sexo, la prevalencia de ansiedad severa fue mayor en la mujer con una diferencia de proporciones de 11.3% (34,2% en la mujer versus 22,9% en el hombre) (Gráfico No. 87).

Gráfico No. 87
Distribución según sexo y escala de ansiedad - rasgo



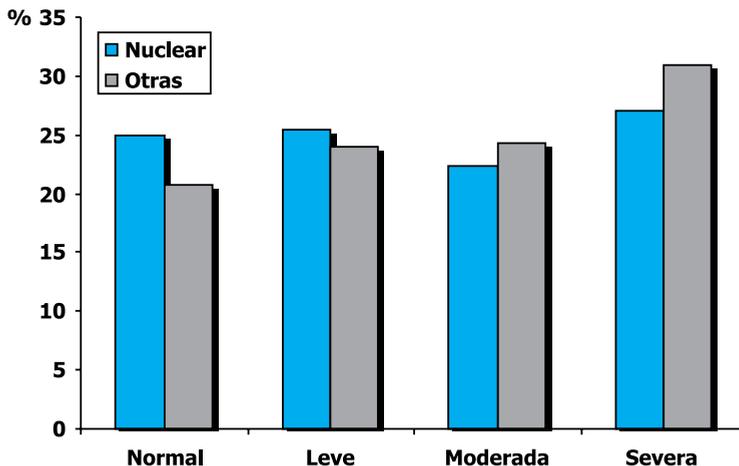
La frecuencia y severidad se comportaron más altas en el grupo de 15 a 19 años (Gráfico No. 88).

Gráfico No. 88
Distribución según clasificación de adolescencia y escala de ansiedad - rasgo



Nuevamente la familia nuclear presentó mejores indicadores con respecto a los demás tipos de composición familiar (Gráfico No. 89).

Gráfico No. 89
Distribución según tipo de familia y escala de ansiedad - rasgo



Capítulo 5

Análisis bivariado



Yolanda Torres de Galvis

Análisis bivariado

En este capítulo se presentan los resultados sobre la estimación de la asociación entre las variables estudiadas. Teniendo en cuenta la metodología aplicada, estudio de prevalencia analítico, la antecedencia de los factores estudiados no se puede asegurar, por lo anterior se explora su comportamiento.

Comportamiento de factores asociados

El manejo de las escalas aplicadas para evaluar los efectos permite dividir a la población de estudio en dos grupos: los que tienen el efecto presente y los que no lo tienen, o los expuestos al presunto factor y los que no lo están. Con base en lo anterior se hace el análisis de la fuerza de asociación de los factores, tanto los considerados de riesgo como los de protección.

Por partir de una muestra probabilística en la población estudiada tienen más importancia los resultados encontrados. Se estimó la asociación entre un determinado factor y un efecto a través del cálculo de la razón de disparidad (RD) con sus respectivos intervalos de confianza (IC) con el 95% de confianza y el valor p .

Cuando el comportamiento del factor lo amerita, también se realiza análisis de tendencia mediante el cálculo de la Chi^2 de tendencia con su respectiva RD y el valor de p .

En determinados momentos el resultado puede considerarse como "comorbilidad", análisis bastante utilizado en epidemiología psiquiátrica, significando la coexistencia de dos trastornos en la misma persona en el mismo tiempo.

5.1. Maltrato infantil y sus asociaciones

Se define como CASO el adolescente que presenta el efecto por ejemplo trastornos de la conducta, y CONTROL al que no lo presenta, y como

EXPUESTO el adolescente que reporta exposición al factor estudiado, en este análisis maltrato físico y/o sexual, y como NO EXPUESTO al que no lo reportó.

En los cuadros siguientes se presentan los resultados a partir de la estimación de las razones de disparidad con su IC de 95% y el respectivo valor de p.

Es fundamental recordar que el comportamiento como factor de riesgo presenta un incremento en la probabilidad de presentar el problema estudiado como efecto, cuando el factor estudiado está presente.

Cuadro No. 24
Comportamiento del maltrato y su impacto como factor de riesgo para la morbilidad asociada

Trastorno	RD	IC 95%	Valor p
DUSI problemas académicos	3.11	2.34 – 4.13	0.0000000
DUSI trastorno afectivo	2.91	2.07 – 4.10	0.0000000
DUSI trastorno de conducta	2.87	2.15 – 3.84	0.0000000
DUSI drogas	2.41	1.78 – 3.26	0.0000000
Comportamiento violento	2.37	1.69 – 3.33	0.0000001
DUSI alcohol	2.35	1.83 – 3.03	0.0000000
EPT* crónico	1.97	1.48 – 2.61	0.0000009
EPT* agudo	1.84	1.32 – 2.55	0.0001371

* Estrés postraumático

Las consecuencias del maltrato al niño son devastadoras. Los hallazgos del presente estudio nos muestran como en nuestro medio, los jóvenes que han sido o son maltratados presentan una fuerte asociación con problemas académicos evaluados por la escala DUSI, con una RD mayor de tres e IC de 95% entre 2.34 y 4.13 y un valor de p 0.0000000, altamente significativa. (Cuadro No. 24) Ésto se puede interpretar como alto riesgo ya que por cada niño o joven afectado por mal rendimiento académico entre los no maltratados, se pueden presentar hasta más de tres entre los que han sido objeto de maltrato.

La probabilidad de presentar trastornos afectivos y trastornos de la conducta se incrementó con la presencia del maltrato con una RD cercana

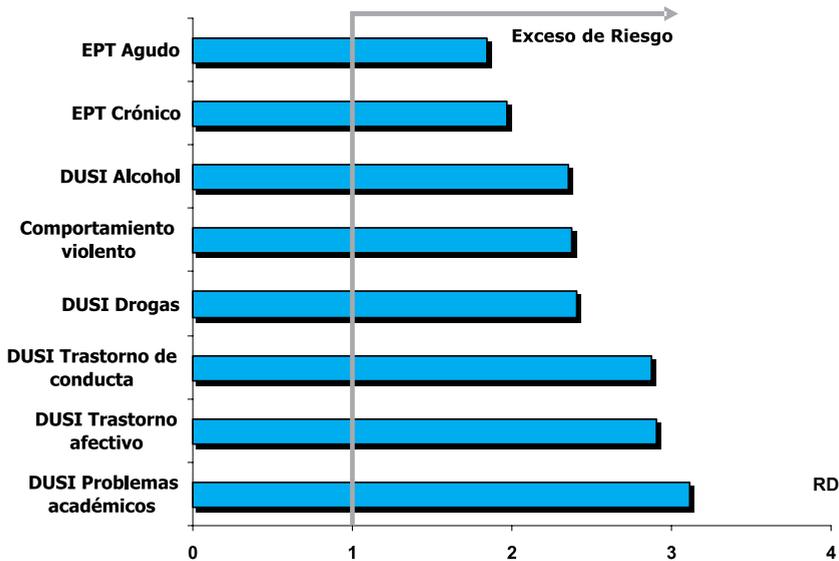


a tres, con alta significancia estadística, lo cual como se ha comprobado repercute en la calidad de vida y puede ser un factor asociado a intentos de suicidio o suicidio consumado, cuyo incremento en el medio colombiano es motivo de preocupación.

Otras asociaciones muy altas se dieron entre los resultados con las escalas de dependencia a drogas (RD de 2,41), comportamiento violento (RD de 2,37) y posible dependencia al alcohol (RD de 2,35).

Sin embargo no es nada despreciable la asociación encontrada con las dos formas de estrés postraumático, tanto el crónico como el agudo, para los cuales la RD estuvo cercana a dos. Para todos los efectos estudiados, la asociación es fuertemente significativa.

Gráfico No. 90
Comportamiento de la RD para efectos asociados al maltrato



En el gráfico 90, se puede apreciar el resultado de la RD y del Exceso de Riesgo que se calcula a partir de la RD así: $(RD - 1)$ entendiéndose que a mayor exceso, mayor asociación entre el maltrato infantil y los efectos estudiados.

Cuadro No. 25
Ausencia de maltrato y su impacto como
factor de protección

Factor	RD	IC 95%	Valor p
Comportamiento prosocial	0.71	0.55 – 0.93	0.0087164
Buenas relaciones con el maestro	0.68	0.53 – 0.87	0.0017340
Familia nuclear	0.60	0.46 – 0.78	0.0000687
DUSI Social	0.46	0.36 – 0.60	0.0000000
Buenas relaciones con el padre	0.42	0.32 – 0.54	0.0000000
Buenas relaciones con la madre	0.33	0.24 – 0.44	0.0000000
Buena cohesión familiar	0.25	0.18 – 0.35	0.0000000
Pocos eventos estresantes	0.17	0.09 – 0.32	0.0000000

Un factor de protección presenta como impacto, una disminución en el riesgo de presentar el efecto cuando el factor estudiado está presente y su resultado en medidas de asociación tales como la razón de disparidad, incluyendo los intervalos de confianza debe ser menor de uno.

En este caso para una más fácil interpretación, se parte del resultado siguiente:

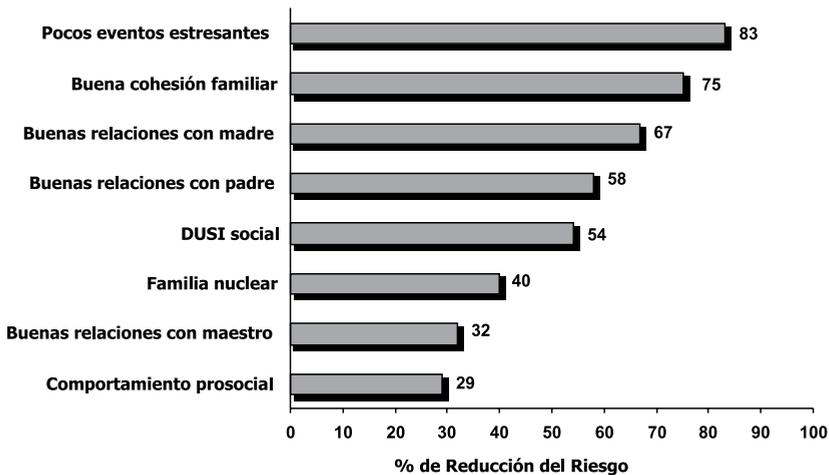
$$\% \text{ de Reducción del Riesgo} = 1 - \text{RD} \times 100$$

La ausencia del maltrato se comporta como factor de protección que lleva a un buen proceso de socialización. Si analizamos el cuadro No. 25, encontramos que el joven no maltratado presentó una RD de 0,71 con IC95% entre 0,55 y 0,93 para comportamiento prosocial. En las familias con pocos eventos estresantes la disminución del riesgo de maltrato es de 83% con muy alta significancia estadística y un valor de p 0,000000 (Gráfico No. 91).

Además, concordante con otros hallazgos, la cohesión familiar como factor de protección para el maltrato es propicia a un ambiente armónico que según los hallazgos de este estudio lo previenen en un 75% con alta significancia estadística; seguido por tener buenas relaciones con la madre y el padre, con una proporción de protección de 67% en el caso de la madre y 58% para el padre (Gráfico No. 91).

El joven no maltratado, presentó mejores resultados en la escala de comportamiento social, relaciones con el maestro y comportamiento prosocial.

Gráfico No. 91
% de disminución del riesgo del maltrato según los factores de protección



Todos los factores anteriores se comportaron como factores asociados positivamente, ya sea como factores de protección o como consecuencia de la ausencia de maltrato, el valor de la p siempre es <0.00 .

Como ya se informó, se realizó análisis de tendencia para algunos factores asociados al maltrato. Los resultados son concordantes con lo esperado. Con relación a la escala de espiritualidad, se encuentra un resultado interesante, al comparar la respuesta de los que dicen creer en Dios, como posible resultado de la vivencia familiar, a más acuerdo menor asociación con maltrato infantil. Otro hallazgo importante con relación al análisis de tendencia es el comportamiento de la escala de cohesión familiar, en el cual se puede observar que por cada niño maltratado en las familias con muy buena cohesión, en los que su familia presentó una cohesión regular se presentaron 2.8 y con los que su familia tiene mala cohesión llegó a 7, con un claro comportamiento dosis-respuesta. (Cuadro No. 26)

Cuadro No. 26
Análisis de tendencia para factores
asociados al maltrato

Factor	Nivel de exposición	C*	Ĉ*	RD*	Valor p
Tipología de familia	1: Nuclear	94	1595	1.00	0.00001
	2: Otras	84	1002	1.42	
	3: Monoparental	54	482	1.90	
	4: Simultánea	48	398	2.05	
Cohesión familiar	1: Muy buena	73	1874	1.00	0.00000
	2: Buena	149	1371	2.79	
	3: Mala – Regular	56	204	7.05	
Comportamiento prosocial	1: Muy bueno	100	1537	1.00	0.01191
	2: Bueno	165	1810	1.40	
	3: Regular	11	117	1.45	
Eventos estresantes	1: Bajo	11	682	1.00	0.00000
	2: Leve	35	1045	2.08	
	3: Moderado	65	856	4.71	
	4: Severo	158	829	11.82	
Ejercicio de la autoridad	1: Respetuosa y participativa	125	2462	1.00	0.00000
	2: Permisiva – Contradictoria – Confusa	43	346	2.45	
	3: Rígida – Estricta – Agresiva – Violenta	108	634	3.36	
Creer en Dios	1: Muy de acuerdo	201	2851	1.00	0.00032
	2: Algo de acuerdo	54	369	2.08	
	4: Muy en desacuerdo	19	108	2.50	

* C: Casos; Ĉ: Controles; RD: Razón de disparidad

5.2. Comportamiento violento y sus asociaciones

Para el análisis del comportamiento violento se definió como CASO a aquel niño o adolescente que calificó con riesgo moderado o alto para la escala de violencia y como CONTROL a los de bajo riesgo y sin riesgo.



Cuadro No. 27 **Comportamiento violento y su asociación** **con la comorbilidad estudiada**

Trastorno	RD	IC 95%	Valor p
DUSI trastorno de conducta	15.89	13.05-19.37	0.0000000
DUSI alcohol	3.52	2.93 – 4.23	0.0000000
DUSI problemas académicos	2.57	2.22 – 2.99	0.0000000
DUSI drogas	2.51	1.94 – 3.26	0.0000000
Maltrato físico/sexual	2.37	1.69 – 3.33	0.0000001
DUSI trastorno afectivo	2.05	1.77 – 2.37	0.0000000
EPT* crónico	1.66	1.39 – 1.99	0.0000000
EPT* agudo	1.47	1.14 – 1.89	0.0022192

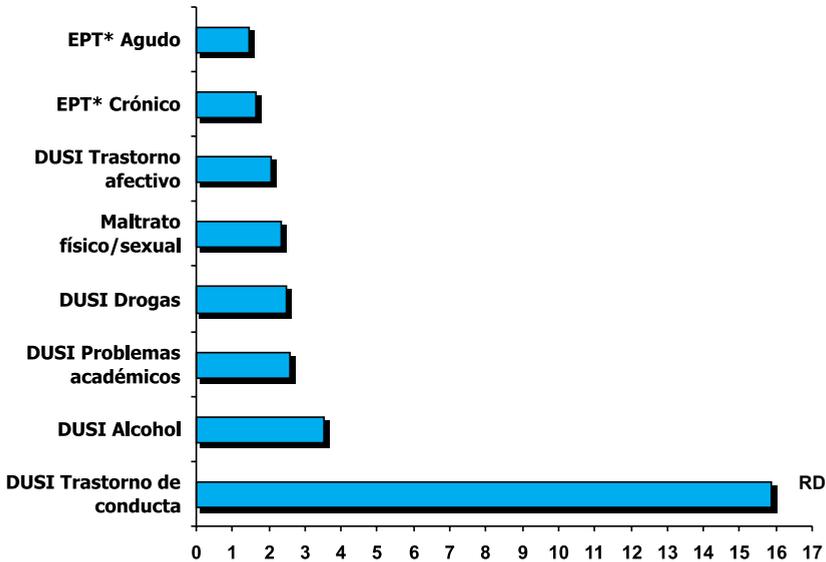
* Estrés postraumático

El resultado para la asociación entre trastornos de la conducta y comportamiento violento es de esperar, entendiendo que este último es uno de los trastornos de la conducta, la RD fue de 15,89 con su respectivo IC 95% de 13.05-19.37.

La Escala DUSI, modificada para evaluar la dependencia al alcohol, así como la escala de dependencia para otras drogas, presentó alta asociación como evaluación de su comportamiento con otras comorbilidades sin asegurar cual antecede, pero proponiendo como hipótesis, que el problema de consumo de alcohol y otras drogas puede ser uno de los factores, que al menos potencializa el comportamiento violento. Al igual que los anteriores los problemas académicos estuvieron fuertemente asociados con el comportamiento violento, sin poder asegurar antecedencia (Cuadro No. 27). El gráfico No. 92, visualiza el comportamiento del incremento de riesgo para los factores estudiados (Cuadro No. 27).

Como ya se informó una RD menor de uno, indica asociación con el efecto estudiado como factor de protección y entre más bajo su resultado es mayor su asociación.

Gráfico No. 92
Comportamiento de la RD y el Exceso de Riesgo para factores asociados a comportamiento violento



* Estrés postraumático

Cuadro No. 28
Factores de protección para el comportamiento violento

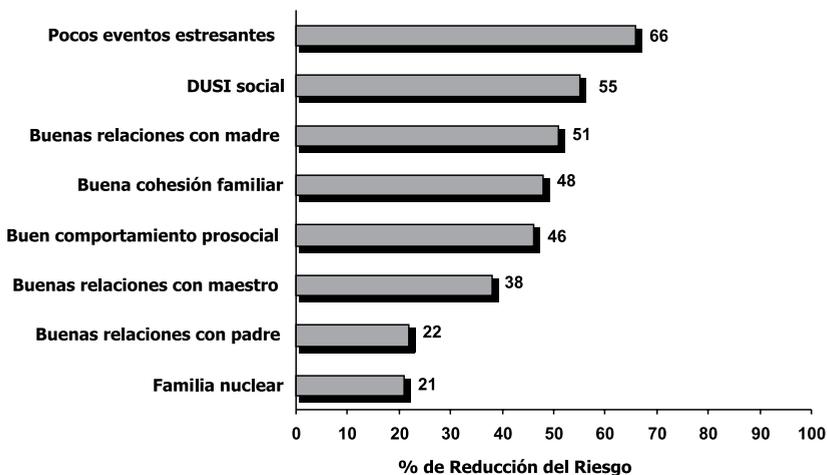
Factor	RD	IC 95%	Valor p
Familia nuclear	0.79	0.68 – 0.91	0.0008212
Buenas relaciones con el padre	0.78	0.69 – 0.91	0.0012833
Buenas relaciones con el maestro	0.62	0.53 – 0.71	0.0000000
Buen comportamiento prosocial	0.54	0.47 – 0.63	0.0000000
Buena cohesión familiar	0.52	0.38 – 0.76	0.0000460
Buenas relaciones con la madre	0.49	0.37 – 0.64	0.0000000
DUSI social	0.45	0.38 – 0.52	0.0000000
Pocos eventos estresantes	0.34	0.28 – 0.40	0.0000000

Con base en lo anterior (Cuadro No. 28) podemos ver como todos los factores se comportaron como protectores, para el comportamiento violento. La asociación entre pocos eventos estresantes y comportamiento violento presentó una RD de 0.34 con IC 95% de 0,28 a 0,40 y un valor de p de 0,0000000. Seguida por el buen comportamiento de la escala para el buen comportamiento social (DUSI), las buenas relaciones con la madre, la buena cohesión familiar y comportamiento prosocial. Sin que sean de menor importancia, las buenas relaciones con el padre con una RD de 0,78 y el contar con familia nuclear con 0,79

En el gráfico No. 93 se visualiza el resultado complementario con el comportamiento del porcentaje de la reducción del riesgo de comportamiento violento cuando están presentes los factores de protección estudiados.

También se realizó un análisis de tendencia para algunos factores asociados a comportamiento violento. Todos los factores estudiados como factores de protección presentaron comportamiento dosis respuesta y un valor de p que muestra alta significancia estadística (Cuadro No. 29).

Gráfico No. 93
Comportamiento de los factores de protección y % de reducción del riesgo para comportamiento violento



5.3. Problemas académicos y sus asociaciones

Para el análisis se definió como CASO al adolescente que presenta problemas académicos moderados o severos en la escala DUSI y como CONTROL a los que no presentan problemas académicos o éstos son leves.

Cuadro No. 29
Análisis de tendencia para factores asociados al comportamiento violento

Factor	Nivel de exposición	C*	Ĉ*	RD*	Valor p
Tipología de familia	1: Nuclear	1121	560	1.00	0.00014
	2: Otras	754	322	1.17	
	3: Monoparental	385	145	1.33	
	4: Simultanea	332	112	1.48	
Cohesión familiar	1: Muy buena	1248	689	1.00	0.00000
	2: Buena	1116	393	1.57	
	3: Mala - Regular	209	50	2.31	
Comportamiento prosocial	1: Muy bueno	1010	616	1.00	0.00000
	2: Bueno	1471	492	1.82	
	3: Regular	99	28	2.16	
Eventos estresantes	1: Bajo	339	351	1.00	0.00000
	2: Leve	709	370	1.98	
	3: Moderado	655	259	2.62	
	4: Severo	839	137	6.34	
Ejercicio de la autoridad	1: Respetuosa y participativa	1683	888	1.00	0.00000
	2: Permisiva - Contradictoria - Confusa	305	83	1.94	
	3: Rígida - Estricta - Agresiva - Violenta	576	157	1.94	
Creencia en Dios	1: Muy de acuerdo	2071	961	1.00	0.00661
	2: Algo de acuerdo	313	106	1.37	
	3: Algo en desacuerdo	109	41	1.23	
	4: Muy en desacuerdo	94	31	1.41	

* C: Casos; Ĉ: Controles; RD: Razón de disparidad

Como se observa en el cuadro No. 30, todos los factores estudiados como de riesgo para la escala de problemas académicos tuvieron una fuerte asociación, pero los trastornos de la conducta, los problemas por consumo de drogas y el maltrato físico o sexual presentaron la asociación más fuerte, seguidos muy cercanamente por los de la escala DUSI para alcohol y la de trastorno afectivo.

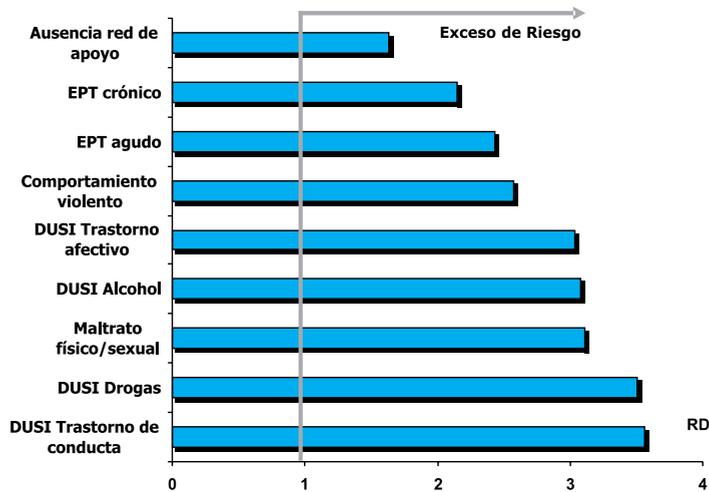
En el gráfico 94 se visualiza el exceso de riesgo para los factores asociados, corroborando lo anterior.



Cuadro No. 30
Comportamiento de los problemas académicos
y su asociación con los factores estudiados

Trastorno	RD	IC 95%	Valor p
DUSI Trastorno de conducta	3.56	3.10 - 4.09	0.0000000
DUSI drogas	3.51	2.81 - 4.38	0.0000000
Maltrato físico/sexual	3.11	2.34 - 4.13	0.0000000
DUSI alcohol	3.08	2.66 - 3.57	0.0000000
DUSI Trastorno afectivo	3.04	2.63 - 3.51	0.0000000
Comportamiento violento	2.57	2.22 - 2.99	0.0000000
EPT crónico	2.57	2.22 - 2.99	0.0000000
EPT agudo	2.43	1.95 - 3.02	0.0000000
Ausencia red de apoyo	1.63	1.21 - 2.19	0.0008176

Gráfico No. 94
Comportamiento de la RD y del exceso de riesgo para
factores asociados a problemas académicos

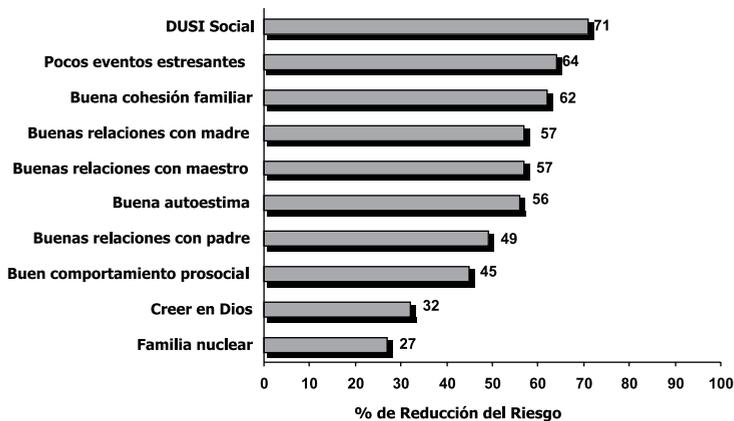


Cuadro No. 31
Factores de PROTECCIÓN para el buen académico

Factor	RD	IC 95%	Valor p
Familia nuclear	0.69	0.60 – 0.78	0.0000000
Creer en Dios	0.68	0.53 – 0.88	0.0000000
Comportamiento prosocial	0.55	0.48 – 0.63	0.0000000
Autoestima	0.44	0.38 – 0.52	0.0000000
Buenas relaciones con el maestro	0.43	0.38 – 0.49	0.0000000
Buenas relaciones con la madre	0.43	0.34 – 0.54	0.0000000
Cohesión familiar	0.38	0.29 – 0.51	0.0000000
Pocos eventos estresantes	0.36	0.30 – 0.44	0.0000000
DUSI Social	0.29	0.25 – 0.33	0.0000000

Para todos los factores de protección la significancia estadística fue alta (Cuadro No. 31)

Gráfico No. 95
Comportamiento de los factores de protección para problemas académicos





Los factores que favorecen el buen comportamiento académico en mayor medida son el buen comportamiento de la escala DUSI social, el presentar pocos eventos estresantes, la buena cohesión familiar; las buenas relaciones con la madre y con el maestro, así como la autoestima (Gráfico No. 95).

En el cuadro No 32 se presenta el análisis de tendencia para algunos factores asociados a los problemas académicos.

Cuadro No. 32
Análisis de tendencia para factores asociados a problemas académicos

Factor	Nivel de exposición	C*	Ĉ*	RD*	Valor p
Tipología de familia	1: Nuclear	1209	474	1.00	0.00001
	2: Otras	848	238	1.40	
	3: Monoparental	430	102	1.65	
	4: Simultanea	350	95	1.44	
Cohesión familiar	1: Muy buena	1331	612	1.00	0.00000
	2: Buena	1244	270	2.12	
	3: Mala - Regular	237	22	4.95	
Comportamiento prosocial	1: Muy bueno	1121	512	1.00	0.00000
	2: Bueno	1600	369	1.98	
	3: Regular	103	26	1.81	
Eventos estresantes	1: Bajo	379	311	1.00	0.00000
	2: Leve	748	333	1.84	
	3: Moderado	754	165	3.75	
	4: Severo	891	91	8.03	
Ejercicio de la autoridad	1: Respetuosa y participativa	1844	736	1.00	0.00000
	2: Permisiva - Contradictoria - Confusa	336	54	2.48	
	3: Rígida - Estricta - Agresiva - Violenta	622	116	2.14	
Creencia en Dios	1: Muy de acuerdo	2270	773	1.00	0.00108
	2: Algo de acuerdo	340	82	1.41	
	3: Muy en desacuerdo	107	19	1.92	

* C: Casos; Ĉ: Controles; RD: Razón de disparidad

Como se puede observar en el cuadro 32, todos los factores presentaron comportamiento dosis-respuesta, pero la más fuerte en su tendencia, fue para los eventos estresantes donde pasó de 1.00 a 1.84, 3.75 y llegando a 8.03, o sea que por cada joven adolescente con mal rendimiento entre los que puntuaron para la escala como "bajo" llega a 8 en los que llegaron a una clasificación como severo.

Cuadro No. 33
Comportamiento de la dependencia al alcohol y su Asociación con los factores estudiados

Factor	RD	IC 95%	Valor p
DUSI drogas	12.22	9.58 – 15.60	0.0000000
DUSI trastorno de conducta	3.79	3.25 – 4.42	0.0000000
Comportamiento violento	3.52	2.93 – 4.23	0.0000000
DUSI problemas académicos	3.08	2.66 – 3.57	0.0000000
Maltrato físico/sexual	2.35	1.83 – 3.03	0.0000000
DUSI trastorno afectivo	2.00	1.77 – 2.43	0.0000000
EPT crónico moderado o severo	1.80	1.54 – 2.12	0.0000000
EPT agudo moderado o severo	1.48	1.20 – 1.83	0.0001449
Ausencia de red de apoyo	1.35	1.00 – 1.83	0.0400028

5.4. DUSI dependencia a alcohol y sus asociaciones

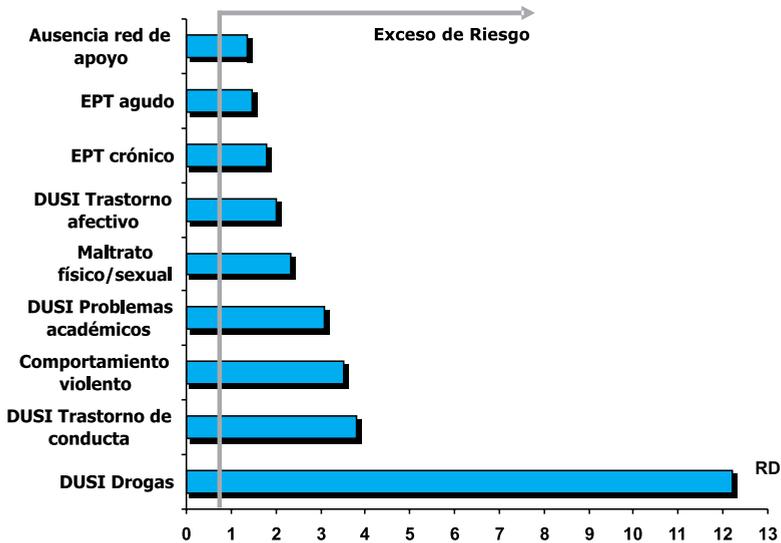
Para el análisis se definió como **CASO** al preadolescente o adolescente que estuviera a riesgo o presentara alcoholismo y como **CONTROL** al clasificado por la misma escala como normal.

La RD más alta con 12,22 se presentó para la **comorbilidad** dependencia a otras drogas, lo cual es concordante con el conocimiento sobre el tema. Los factores como: trastorno de conducta, comportamiento violento, problemas académicos, trastorno afectivo, EPT crónico o agudo, se presentaron asociados como factores comorbidos con la dependencia al alcohol (Cuadro No. 33).

La asociación como factor de riesgo para dependencia a alcohol se encontró para todos los factores estudiados pero se hace especial énfasis con el resultado del DUSI drogas, trastornos de la conducta y comportamiento violento (Gráfico No. 96).



Gráfico No. 96
Comportamiento de la RD para factores de riesgo asociados a DUSI dependencia alcohol



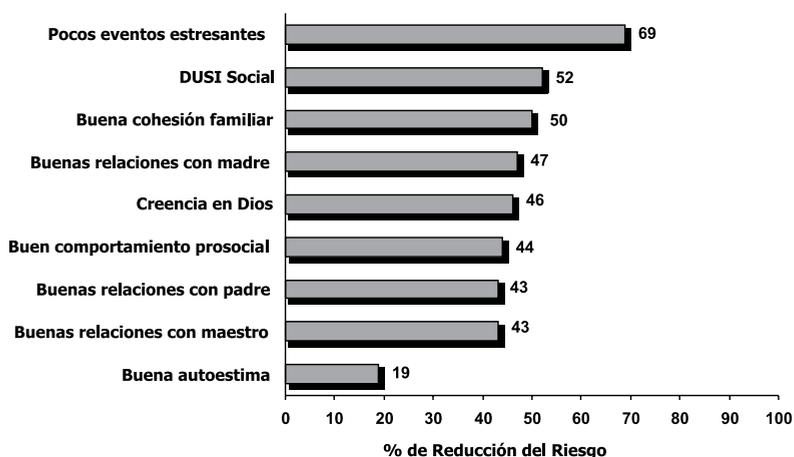
Cuadro No. 34
Factores de protección para dependencia al alcohol

Factor	RD	IC 95%	Valor p
Buena autoestima	0.81	0.69 – 0.96	0.0114881
Familia nuclear	0.73	0.64 – 0.84	0.0000121
Buenas relaciones con el padre	0.57	0.49 – 0.66	0.0000000
Buen comportamiento prosocial	0.56	0.48 – 0.65	0.0000000
Creencia en Dios	0.54	0.42 – 0.69	0.0000006
Buenas relaciones con la madre	0.53	0.43 – 0.66	0.0000000
Buena cohesión familiar	0.50	0.38 – 0.64	0.0000000
DUSI social	0.48	0.42 – 0.56	0.0000000
Pocos eventos estresantes	0.31	0.25 – 0.39	0.0000000

Los factores que se presentan en el cuadro No 34, tienen comportamiento claro como factores de protección y entre los mismos los relacionados con la familia, como son en su orden: la buena cohesión familiar, buena relación con la madre y el padre y la familia nuclear, por lo que deben tenerse en cuenta en los programas de prevención del alcoholismo.

La creencia en Dios, el comportamiento prosocial y la autoestima, también son factores de protección a tener en cuenta en la orientación hacia la prevención de éste grave problema (Gráfico No. 97).

Gráfico No. 97
Comportamiento de los factores de protección para DUSI alcohol y % de reducción de riesgo



El análisis de tendencia para algunos factores asociados al problema de alcoholismo según el DUSI presentó una fuerte asociación y comportamiento dosis respuesta. En el caso de los eventos estresantes, a más alta clasificación se incrementó el valor de la RD, pasando de 1 para la clasificación bajo y llegando a una RD de 5,70 en la clasificación severa. (Cuadro 35).

Otro resultado importante se refiere a las formas de ejercicio de la autoridad, en donde al comparar la forma de "respetuosa y participativa", con la "rígida - estricta - agresiva - violenta", la RD se incrementó a 1,68, llegando a 2,38 para la "permissiva - contradictoria - confusa". RD

La cohesión familiar se comporta como factor de protección, lo mismo que la creencia en Dios y el comportamiento prosocial.



Cuadro No. 35
Análisis de tendencia para factores asociados a
problemas de alcoholismo según DUSI

Factor	Nivel de exposición	C*	Ĉ*	RD*	Valor p
Cohesión familiar	1: Muy buena	495	1449	1.00	0.00000
	2: Buena	577	940	1.80	
	3: Mala - Regular	124	137	2.65	
Comportamiento prosocial	1: Muy bueno	413	1224	1.00	0.00000
	2: Bueno	736	1235	1.77	
	3: Regular	54	74	2.16	
Eventos estresantes	1: Bajo	103	590	1.00	0.00000
	2: Leve	252	828	1.74	
	3: Moderado	332	590	3.22	
	4: Severo	491	493	5.70	
Ejercicio de la autoridad	1: Respetuosa y participativa	716	1867	1.00	0.00000
	2: Rígida - Estricta - Agresiva - Violenta	290	450	1.68	
	3: Permisiva - Contradictoria - Confusa	186	204	2.38	
Creencia en Dios	1: Muy de acuerdo	901	2148	1.00	0.00000
	2: Algo de acuerdo	173	248	1.66	
	3: Algo en desacuerdo	69	81	2.03	

* C: Casos; Ĉ: Controles; RD: Razón de disparidad

5.5. DUSI dependencia a otras drogas y sus asociaciones

Para este análisis se definió como CASO al niño o adolescente que estuviera a riesgo o presentara dependencia a drogas diferentes al alcohol según la aplicación de la escala del DUSI modificado y como CONTROL a los que en la misma escala se clasificaron como normales.

Los valores de la RD para los factores presentados en el cuadro No. 36 varían pero no significativamente, con lo encontrado para la escala de dependencia a alcohol, pero los informamos como base para análisis de otros estudios sobre el tema.

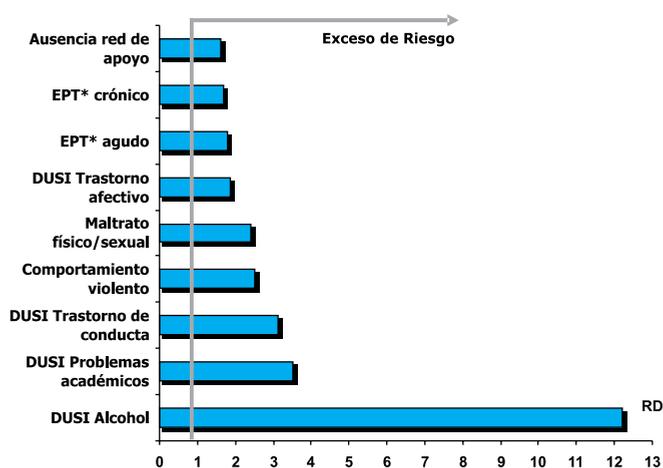
En el gráfico No. 98 se visualiza la muy alta asociación entre los resultados para la dependencia a alcohol y en este caso a otras drogas; debe recordarse el alto policonsumo que se informa en los diferentes estudios y que el alcohol se ha encontrado como una de las “drogas puerta de entrada” para otras más fuertes.

Cuadro No. 36
Comportamiento de la dependencia a drogas diferentes a alcohol y su asociación con los factores estudiados

Trastorno	RD	IC 95%	Valor p
DUSI alcohol	12.22	9.58 – 15.60	0.0000000
DUSI problemas académicos	3.51	2.81 – 4.38	0.0000000
DUSI trastorno de conducta	3.14	2.51 – 3.92	0.0000000
Comportamiento violento	2.51	1.94 – 3.26	0.0000000
Maltrato físico/sexual	2.41	1.78 – 3.26	0.0000000
DUSI trastorno afectivo	2.00	1.77 – 2.43	0.0000000
EPT* agudo moderado o severo	1.78	1.36 – 2.33	0.0000107
EPT* crónico moderado o severo	1.70	1.36 – 2.13	0.0000012
Ausencia de red de apoyo	1.63	1.11 – 2.37	0.0078037

* Estrés postraumático

Gráfico No. 98
Comportamiento de la RD para factores de riesgo asociados a DUSI drogas



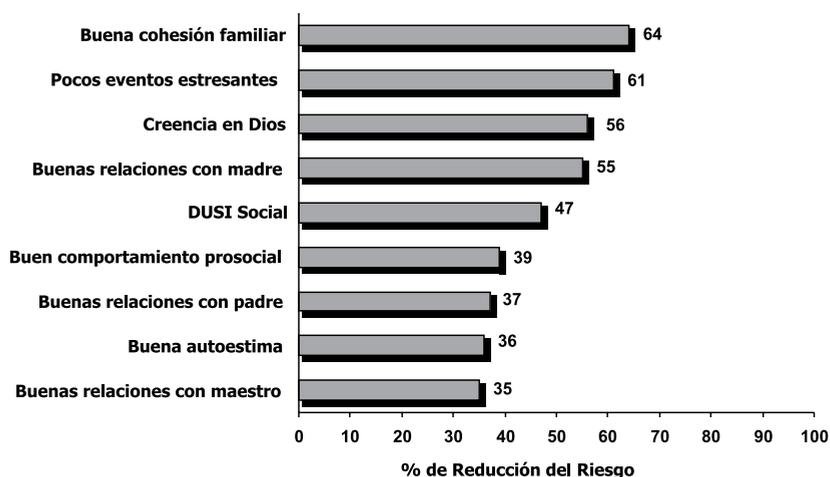
* Estrés postraumático



Cuadro No. 37 Factores de protección para dependencia a otras drogas diferentes al alcohol

Factor	RD	IC 95%	Valor p
Buenas relaciones con el maestro	0.65	0.54 – 0.80	0.0000128
Buena autoestima	0.64	0.52 – 0.80	0.0000320
Buenas relaciones con el padre	0.63	0.52 – 0.77	0.0000020
Buen comportamiento prosocial	0.61	0.50 – 0.75	0.0000014
DUSI social	0.52	0.43 – 0.63	0.0000000
Buenas relaciones con la madre	0.45	0.35 – 0.59	0.0000000
Creencia en Dios	0.44	0.33 – 0.60	0.0000000
Pocos eventos estresantes	0.39	0.28 – 0.55	0.0000000
Buena cohesión familiar	0.36	0.27 – 0.48	0.0000000

Gráfico No. 99 Comportamiento de los factores de protección para DUSI drogas y % de reducción de riesgo



En el caso de los factores de protección, se presenta alguna concordancia con los hallazgos para la dependencia a alcohol en este estudio, pero el orden difiere. En el cuadro No. 37 y en el gráfico No. 99, se observa que la buena cohesión familiar se comporta como el factor de protección más importante, al igual que la baja presencia de eventos estresantes, la creencia en Dios y las buenas relaciones con la madre.

No debe olvidarse el importante impacto que puede tener el trabajo con los demás factores de protección, como en el fomento del comportamiento prosocial, autoestima y las buenas relaciones con el maestro.

Cuadro No. 38
Análisis de tendencia para factores asociados a problemas de dependencia a drogas según el DUSI

Factor	Nivel de exposición	C*	Ĉ*	RD*	Valor p
Cohesión familiar	1: Muy buena	196	1745	1.00	0.00000
	2: Buena	212	1301	1.45	
	3: Mala - Regular	71	190	3.33	
Comportamiento prosocial	1: Muy bueno	162	1470	1.00	0.00000
	2: Bueno	287	1681	1.55	
	3: Regular	33	94	3.19	
Eventos estresantes	1: Bajo	43	649	1.00	0.00000
	2: Leve	93	986	1.42	
	3: Moderado	124	793	2.36	
	4: Severo	212	770	4.16	
Ejercicio de la autoridad	1: Respetuosa y participativa	283	2294	1.00	0.00000
	2: Rígida - Estricta - Agresiva - Violenta	116	622	1.51	
	3: Permisiva - Contradictoria - Confusa	81	308	2.13	
Creencia en Dios	1: Muy de acuerdo	336	2706	1.00	0.00000
	2: Algo de acuerdo	81	339	1.92	
	3: Algo en desacuerdo	31	119	2.10	
	4: Muy en desacuerdo	34	92	2.98	

* C: Casos; Ĉ: Controles; RD: Razón de disparidad



También se realizó un análisis de tendencia para algunos factores asociados al problema de dependencia a drogas según el DUSI y los hallazgos confirman lo anterior, como se puede observar en el cuadro No. 38.

5.6. Estrés postraumático agudo y sus asociaciones

Para el análisis de este evento se definió como CASO al preadolescente o adolescente con estrés postraumático (EPT) agudo moderado o severo y como CONTROL los normales o con estrés postraumático agudo leve.

Cuadro No. 39
Comportamiento del estrés postraumático agudo y su Asociación con los factores estudiados

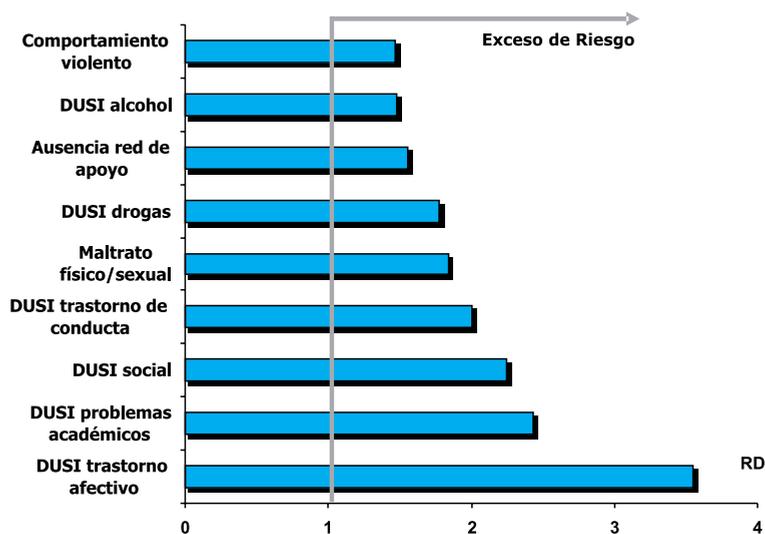
Factor	RD	IC 95%	Valor p
DUSI trastorno afectivo	3.55	2.62 – 4.83	0.0000000
DUSI problemas académicos	2.43	1.95 – 3.02	0.0000000
DUSI Social	2.25	1.82 – 2.77	0.00000000
DUSI trastorno de conducta	2.00	1.60 – 2.50	0.0000000
Maltrato físico/sexual	1.84	1.32 – 2.55	0.0001371
DUSI drogas	1.78	1.36 – 2.33	0.0000107
Ausencia de red de apoyo	1.56	1.01 – 2.40	0.0340336
DUSI alcohol	1.48	1.20 – 1.83	0.0001449
Comportamiento violento	1.47	1.14 – 1.89	0.0022192

Los hallazgos muestran el comportamiento con los factores estudiados ya sea como **comorbilidad** o como factores de riesgo. En el primer caso como comorbilidad, la asociación más fuerte se encontró con trastorno afectivo con una RD de 3,55, trastorno de conducta con una RD en la de 2,00, dependencia a drogas la RD fue de 1,78 y al alcohol, con una RD de 1,48, casi igual a la encontrada para comportamiento violento que presentó RD de 1,47 (Cuadro No. 39).

Se encontró fuerte asociación con problemas académicos con RD de 2,43.

Como **factor de riesgo**, la asociación más fuerte con una RD de 1,84, se encuentra para maltrato ya sea físico o sexual y para ausencia de red de apoyo social con RD de 1,56 (Gráfico No. 100).

Gráfico No. 100
Comportamiento de la RD para factores de riesgo y comorbilidad asociados a EPT agudo



Se entiende por comorbilidad, la presencia en la misma persona y en el mismo tiempo de dos o más trastornos o enfermedades.

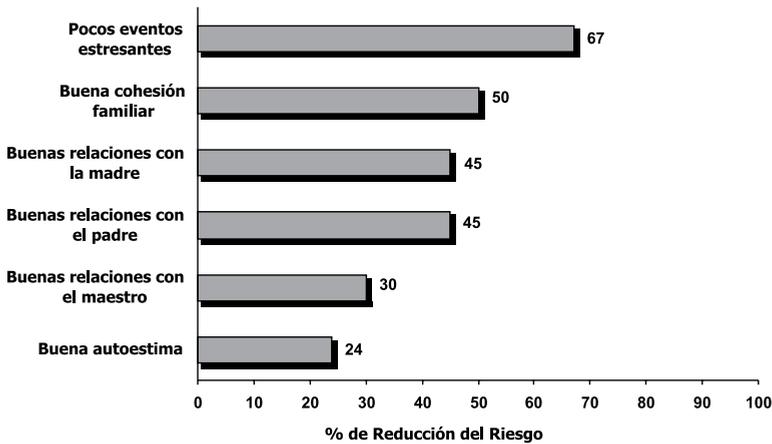
Cuadro No. 40
Factores de protección para estrés postraumático agudo

Factor	RD	IC 95%	Valor p
Buena autoestima	0.76	0.60 – 0.97	0.0204957
Buenas relaciones con el maestro	0.70	0.57 – 0.86	0.0005073
Buenas relaciones con el padre	0.55	0.44 – 0.67	0.0000000
Buenas relaciones con la madre	0.55	0.41 – 0.74	0.0000309
Buena cohesión familiar	0.50	0.35 – 0.72	0.0000589
Pocos eventos estresantes	0.33	0.21 – 0.52	0.0000002



En el cuadro No. 40 y el gráfico No. 101 se observa la fuerte asociación entre EPT agudo y la presencia de eventos estresantes, lo cual se explica bajo el supuesto de que estos últimos son factores desencadenantes.

Gráfico No. 101
Comportamiento de los factores de protección para EPT agudo y % de exceso de riesgo



Cuadro No. 41
Análisis de tendencia para factores asociados a estrés postraumático agudo

Factor	Nivel de exposición	C*	Ĉ*	RD*	Valor p
Cohesión familiar	1: Muy buena	208	779	1.00	0.00000
	2: Buena	251	584	1.61	
	3: Mala - Regular	61	91	2.51	
Eventos estresantes	1: Bajo	25	193	1.00	0.00000
	2: Leve	88	437	1.55	
	3: Moderado	144	418	2.66	
	4: Severo	252	395	4.93	
Ejercicio de la autoridad	1: Respetuosa y participativa	317	1017	1.00	0.00023
	2: Permisiva - Contradictoria - Confusa	73	158	1.48	
	3: Rígida - Estricta - Agresiva - Violenta	129	272	1.52	

La cohesión familiar se presenta como el más fuerte factor de protección y puede alcanzar una reducción del riesgo de un 50%, seguida por las buenas relaciones con la madre y con el padre que reducen el riesgo en un 45%; la buena relación con el maestro en un 30% y la autoestima en un 24%.

El análisis de tendencia para algunos factores asociados al estrés post-traumático agudo confirma la asociación con exposición a eventos estresantes, con un muy buen comportamiento de asociación dosis-respuesta. Aparece el ejercicio de la autoridad como factor asociado, cuando ésta falla ya sea por ser permisiva o rígida, agresiva o violenta. Se confirma la cohesión familiar como factor de protección (Cuadro No. 41).

5.7. Estrés postraumático crónico y sus asociaciones

Se complementa el análisis anterior con el comportamiento de las asociaciones con EPT crónico, partiendo de igual definición de caso y control que para el estrés postraumático agudo.

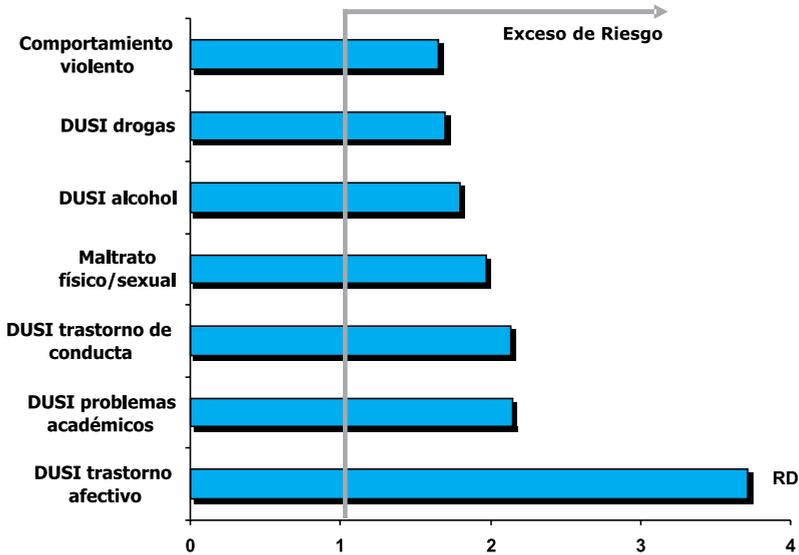
Cuadro No. 42
Comportamiento del estrés postraumático crónico y su asociación con los factores estudiados

Factor	RD	IC 95%	Valor p
DUSI trastorno afectivo	3.72	3.07 – 4.50	0.0000000
DUSI problemas académicos	2.15	1.84 – 2.51	0.0000000
DUSI trastorno de conducta	2.14	1.83 – 2.51	0.0000000
Maltrato físico/sexual	1.97	1.48 – 2.61	0.0000009
DUSI alcohol	1.80	1.54 – 2.12	0.0000000
DUSI drogas	1.70	1.36 – 2.13	0.0000012
Comportamiento violento	1.66	1.39 – 1.99	0.0000000

Se repiten los hallazgos confirmando lo encontrado para estrés agudo; comportamiento como **comorbilidad** con: trastorno afectivo, trastorno de conducta, dependencia a alcohol y otras drogas y comportamiento violento, en el orden citado. Impactó como factor asociado el bajo rendimiento académico. El maltrato físico y/o sexual se presenta como factor de riesgo con una RD cercana a 2 y muy fuerte significancia estadística (Cuadro No 42 y Gráfico 102).



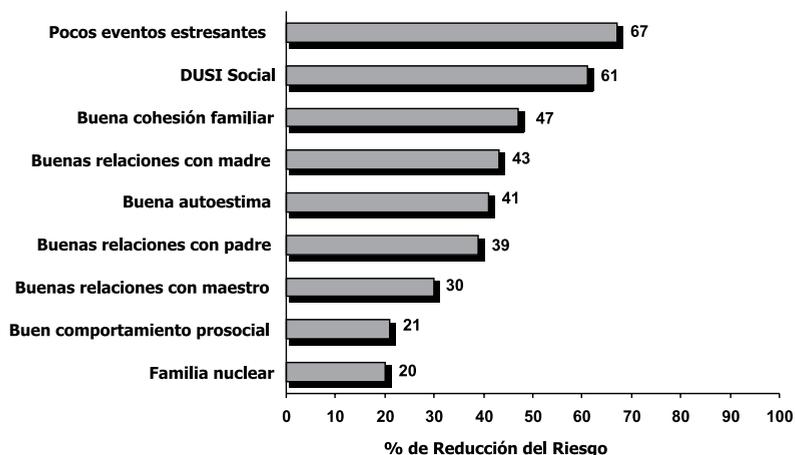
Gráfico No. 102
Comportamiento de la RD para factores de riesgo asociados a EPT crónico



Cuadro No. 43
Factores de protección para estrés postraumático crónico

Factor	RD	IC 95%	Valor p
Familia nuclear	0.80	0.68 – 0.93	0.0029544
Buen comportamiento prosocial	0.79	0.68 – 0.93	0.0028797
Buenas relaciones con el maestro	0.70	0.60 – 0.82	0.0000050
Buenas relaciones con el padre	0.61	0.52 – 0.72	0.0000000
Buena autoestima	0.59	0.49 – 0.70	0.0000000
Buenas relaciones con la madre	0.57	0.45 – 0.73	0.0000023
Buena cohesión familiar	0.53	0.40 – 0.72	0.0000161
DUSI Social	0.39	0.33 – 0.45	0.0000000
Pocos eventos estresantes	0.33	0.25 – 0.43	0.0000000

Gráfico No. 103
Comportamiento de los factores de protección para EPT crónico



Cuadro No. 44
Análisis de tendencia para factores asociados a estrés postraumático crónico

Factor	Nivel de exposición	C*	Ĉ*	RD*	Valor p
Cohesión familiar	1: Muy buena	512	957	1.00	0.00000
	2: Buena	532	628	1.58	
	3: Mala - Regular	111	90	2.31	
Comportamiento prosocial	1: Muy bueno	456	755	1.00	0.00306
	2: Bueno	662	874	1.25	
	3: Regular	39	47	1.37	
Eventos estresantes	1: Bajo	87	334	1.00	0.00000
	2: Leve	251	570	1.69	
	3: Moderado	312	441	5.92	
	4: Severo	486	315	5.92	
Ejercicio de la autoridad	1: Respetuosa y participativa	739	1196	1.00	0.00002
	2: Rígida - Estricta - Agresiva - Violenta	263	314	1.36	
	3: Permisiva - Contradictoria - Confusa	147	154	1.54	

• C: Casos; Ĉ: Controles; RD: Razón de disparidad

En el cuadro No. 43 y el gráfico No. 103, se informa sobre el comportamiento de los factores de protección. Con relación a la familia puede observarse como los más fuertemente asociados son la cohesión familiar, las buenas relaciones con la madre y el padre y convivir con familia nuclear. Las buenas relaciones con el maestro, la autoestima y el comportamiento prosocial, también se comportan como factores de protección.

También se realizó un análisis de tendencia para algunos factores asociados al estrés postraumático crónico, confirmandose la fuerte asociación con la escala de eventos estresantes. Como factores de protección se encontraron la buena cohesión familiar y el comportamiento prosocial y como factor de riesgo el inadecuado ejercicio de la autoridad (Cuadro No. 44).

Cuadro No. 45
Factores asociados a la depresión

Factor	RD	IC 95%	Valor p
EPT agudo moderado o severo	3.93	2.99 – 5.16	0.0000000
EPT crónico moderado o severo	3.44	2.70 – 4.39	0.0000000
DUSI problemas académicos	3.08	2.46 – 3.86	0.0000000
DUSI trastorno de conducta	2.53	2.02 – 3.16	0.0000000
Ausencia de red de apoyo	2.53	1.78 – 3.60	0.0000000
Maltrato físico/sexual	2.41	1.77 – 3.30	0.0000000
DUSI drogas	2.01	1.55 – 2.60	0.0000000
DUSI alcohol	1.61	1.31 – 1.98	0.0000003
Comportamiento violento	1.59	1.25 – 2.03	0.0000897

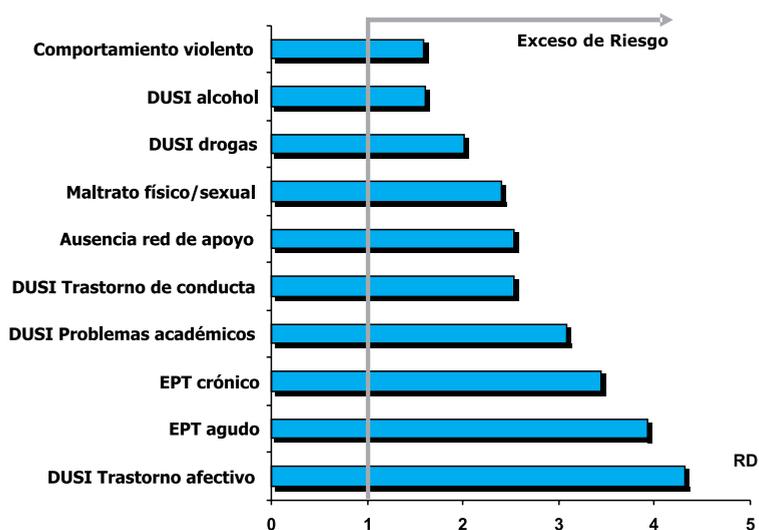
5.8. Depresión y sus asociaciones

Para el análisis de este evento se definió como CASO a aquel preadolescente o adolescente con cinco o más criterios para depresión según DSM IV y como CONTROL los que tuvieran cuatro o menos criterios.

En forma consistente con los hallazgos anteriores, se encontró que la comorbilidad más fuerte, asociada a la depresión es el EPT agudo con una RD de casi 4, seguido por el crónico con una RD de 3,44, el trastorno de

conducta con RD de 2,53, dependencia a drogas y alcohol con una RD de 2,01 y 1,61 respectivamente y comportamiento violento con RD de 1,59, todos con alta significancia estadística. (Cuadro No. 45 y gráfica 104)

Gráfico No. 104
Comportamiento de la RD para factores de riesgo asociados a depresión



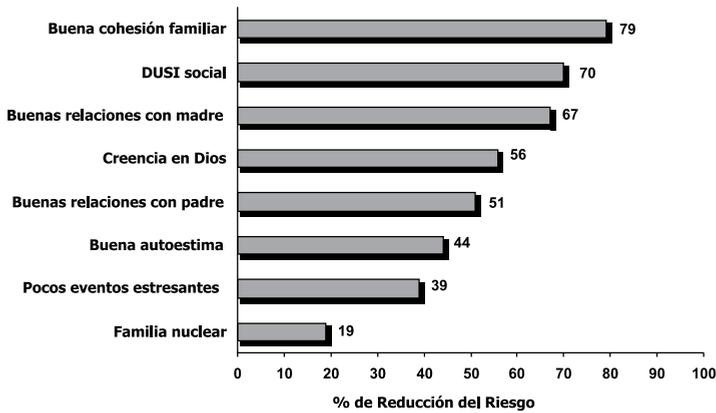
Cuadro No. 46
Factores de protección asociados a la depresión

Factor	RD	IC 95%	Valor p
Familia nuclear	0.81	0.66 – 1.00	0.0394730
Pocos eventos estresantes	0.61	0.45 – 0.83	0.0008904
Buena autoestima	0.56	0.45 – 0.70	0.0000001
Buenas relaciones con el padre	0.49	0.40 – 0.60	0.0000000
Creencia en Dios	0.44	0.32 – 0.60	0.0000000
Buenas relaciones con la madre	0.33	0.25 – 0.42	0.0000000
DUSI social	0.30	0.24 – 0.37	0.0000000
Buena cohesión familiar	0.21	0.16 – 0.28	0.0000000



También se encontró una muy alta asociación entre la depresión y los problemas académicos, sin asegurar la direccionalidad de la misma. Como **factores de riesgo**, se encontraron en primer lugar la ausencia de red de apoyo y el maltrato físico y/o sexual (Gráfico No. 104).

Gráfico No. 105
Comportamiento de los factores de protección para depresión



Cuadro No. 47
Análisis de tendencia para factores asociados a depresión

Factor	Nivel de exposición	C*	Ĉ*	RD*	Valor p
Cohesión familiar	1: Muy buena	160	1757	1.00	0.0000
	2: Buena	189	1301	1.60	
	3: Mala - Regular	90	166	5.95	
Ejercicio de la autoridad	1: Respetuosa y participativa	240	2307	1.00	0.00000
	2: Rígida - Estricta - Agresiva - Violenta	130	595	2.10	
	3: Permisiva - Contradictoria - Confusa	71	309	2.21	
Creencia en Dios	1: Muy de acuerdo	331	2670	1.00	0.00000
	2: Algo de acuerdo	51	361	1.14	
	3: Algo en desacuerdo	34	114	2.25	
	4: Muy en desacuerdo	27	97	2.41	

• C: Casos; Ĉ: Controles; RD: Razón de disparidad

Nuevamente los factores ligados a la familia se comportan como los más importantes: la cohesión familiar se comporta como el factor de protección de mayor impacto con una disminución del riesgo del 79%, la buena relación con la madre con 67%, buena relación con el padre 51% y vivir con familia nuclear 19%, creer en Dios con 56%, autoestima con el 39%. y pocos eventos estresantes con 39%. (Cuadro No. 46, Gráfico No. 105)

El análisis de tendencia para algunos factores asociados a la depresión, confirma los hallazgos informados anteriormente. (Cuadro No. 47)

5.9. Indicador de ideación suicida y sus asociaciones

Cuadro No. 48
Factores asociados al indicador de ideación suicida

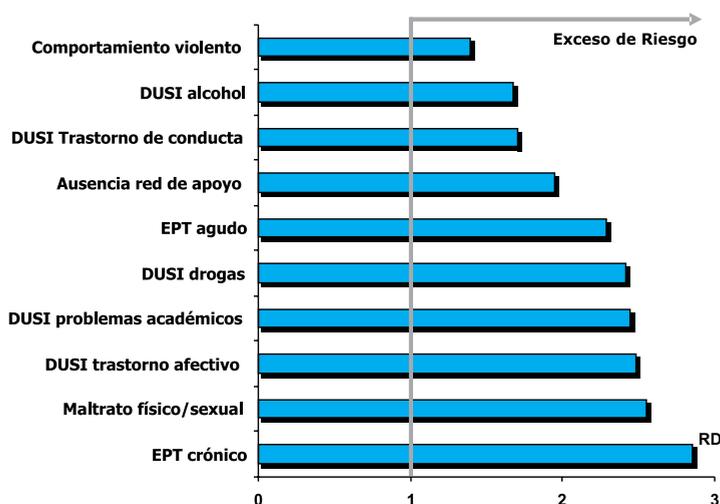
Factor	RD	IC95%	Valor de p
EPT crónico moderado o severo	2.85	2.16 – 3.77	0.0000000
Maltrato físico/sexual	2.55	1.82 – 3.59	0.0000000
DUSI trastorno afectivo	2.48	1.84 – 3.35	0.0000000
DUSI problemas académicos	2.44	1.72 – 3.48	0.0000001
DUSI drogas	2.42	1.82 – 3.20	0.0000000
EPT agudo moderado o severo	2.29	1.68 - 3.13	0.0000000
Ausencia de red de apoyo	1.95	1.28 – 2.96	0.0008931
DUSI trastorno de conducta	1.70	1.33 – 2.16	0.0000080
DUSI alcohol	1.68	1.33 – 2.12	0.0000076
Comportamiento violento	1.39	1.06 – 1.82	0.0133287

Para el análisis de este evento se definió como CASO a aquel preadolescente o adolescente que respondió a la pregunta ¿se quiere morir? "casi siempre" y como CONTROL los que contestaron "casi nunca", "rara vez", "algunas veces".

A pesar de ser sólo un indicador de ideación suicida, los hallazgos son muy importantes; la asociación más fuerte con RD de 2,85 se encontró

con EPT crónico, seguido por maltrato físico y/o sexual con una RD de 2,55, trastorno afectivo RD 2,48. El hazgazo de la asociación con problemas académicos con una RD de 2,44 e IC con 95% de 1,72 a 3,48 y un valor de p de 0,0000001, debe ponerse especial cuidado, ya que se ha informado en los análisis de las causas de suicidio consumado en el país. (Cuadro No. 48)

Gráfico No. 106
Comportamiento de la RD para factores de riesgo asociados al indicador de ideación suicida y exceso de riesgo



Cuadro No. 49
Factores de protección asociados al indicador de ideación suicida

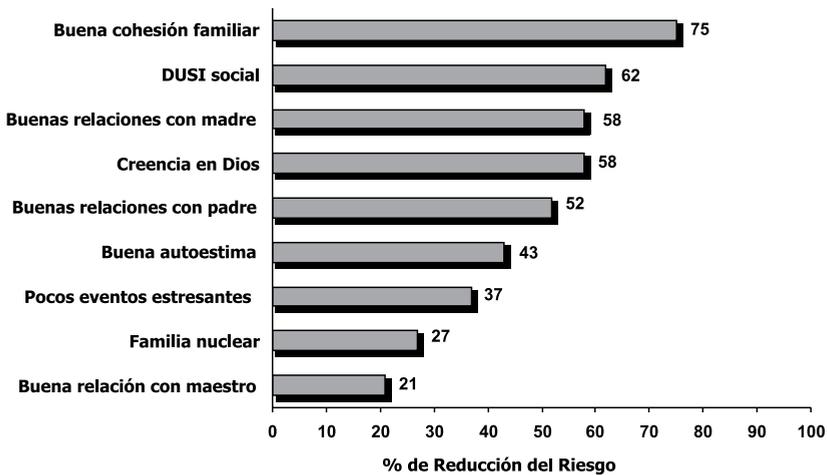
Factor	OR	IC95%	Valor de p
Buenas relaciones con el maestro	0.79	0.63 – 1.00	0.0459358
Familia nuclear	0.73	0.58 – 0.93	0.0076208
Pocos eventos estresantes	0.63	0.45 – 0.89	0.0064161
Buena autoestima	0.57	0.44 – 0.73	0.0000031
Buenas relaciones con el padre	0.48	0.38 – 0.60	0.0000000
Creencia en Dios	0.42	0.30 – 0.60	0.0000002
Buenas relaciones con la madre	0.42	0.31 – 0.56	0.0000000
DUSI social	0.38	0.30 – 0.48	0.0000000
Buena cohesión familiar	0.25	0.18 – 0.35	0.0000000

Otros factores importantes son la ausencia de red de apoyo, el consumo de drogas y alcohol.

El exceso de riesgo asociado con estos factores se visualiza en el gráfico No. 106.

Nuevamente se confirmó la importancia de la familia, en este caso como factor de protección, como se presenta en el cuadro No. 49 y el gráfico No. 107. La buena cohesión familiar presenta una disminución del riesgo del 75%, las buenas relaciones con los padres más del 50% y el vivir con la familia nuclear con el 27%. El tener buen comportamiento social con el 62% y la creencia en Dios con el 58%. Finalmente las buenas relaciones con el maestro presentan una disminución del 21%.

Gráfico No. 107
Comportamiento de los factores de protección para "se quiere morir"



El análisis de tendencia para algunos factores asociados al indicador de ideación suicida presentó como resultados más importantes: el comportamiento de la creencia en Dios, que cuando ésta se deteriora, se comporta como factor de riesgo, al aumentar la RD pasando de 1 cuando la respuesta es "muy de acuerdo", a 1,75 cuando responde "algo de acuerdo" y casi 4 cuando pasa a "muy en desacuerdo" (Cuadro No. 50).



Cuadro No. 50
Análisis de tendencia para factores asociados a
“quererse morir” como indicador de ideación suicida

Factor	Nivel de exposición	C*	Ĉ*	RD*	Valor p
Cohesión familiar	1: Muy buena	124	1820	1.00	0.00000
	2: Buena	140	1370	1.50	
	3: Mala - Regular	64	194	4.84	
Ejercicio de la autoridad	1: Respetuosa y participativa	176	2402	1.00	0.00000
	2: Rígida - Estricta - Agresiva - Violenta	97	642	2.06	
	3: Permisiva - Contradictoria - Confusa	57	330	2.36	
Creencia en Dios	1: Muy de acuerdo	231	2808	1.00	0.00000
	2: Algo de acuerdo	53	369	1.75	
	3: Muy en desacuerdo	31	95	3.97	

• C: Casos; Ĉ: Controles; RD: Razón de disparidad

Los hallazgos de este capítulo representan uno de los aportes más importantes de la investigación y deben servir de base para la reformulación de políticas y la orientación de los programas de salud mental del niño y el adolescente dirigidos a lograr el mejoramiento de la situación encontrada.



Conclusiones

La OMS ha declarado que la falta de buena salud mental en las primeras etapas de la vida puede llevar a trastornos mentales con consecuencias en el largo plazo, socavar el cumplimiento de las prácticas de salud aceptadas como buenas, y reducir la capacidad de las sociedades de ser seguras y productivas.

La carga de los trastornos emocionales en la niñez y la adolescencia, sentida especialmente por las familias, también afecta muchos de los sistemas que sustentan una sociedad, incluidos:

- La salud
- La educación
- El bienestar y
- La justicia juvenil

Son innumerables los costos asociados con los trastornos de salud mental, incluida la falta de participación en los sistemas educativos, la disminución del rendimiento académico que lleva a la dependencia y la mala utilización de los recursos, la participación en actividades delictivas, el consumo de drogas ilegales, la incapacidad de beneficiarse de actividades de rehabilitación, y la presencia de afecciones médicas comórbidas.

Los principios generales sobre los que se basa la necesidad de programas de prevención y promoción de la salud mental de niños y adolescentes son:

- *No hay salud sin salud mental, la salud mental es una parte integral de la salud y la calidad de vida.*
- *Los trastornos mentales y conductuales han adquirido proporciones de epidemia y crean una gran carga social y económica sobre la sociedad.*

-
- *A fin de tratar la epidemia de trastornos mentales y conductuales, se debe reconocer que la prevención y la promoción son componentes esenciales de un programa de salud pública, junto con tratamiento y mantenimiento.*
 - *Existen programas y políticas efectivos basados en evidencias científicas para promover la salud mental, aumentar la resistencia y la capacidad de recuperación, reducir los factores de riesgo, aumentar los factores de protección y prevenir trastornos mentales y conductuales. Además hay pruebas crecientes de que estas prácticas son costo-efectivas.*
 - *El fortalecer la salud mental y la capacidad de recuperación no sólo reduce el riesgo de trastornos mentales y conductuales, sino que también contribuye a una mejor salud física, bienestar, vida productiva, capital social, ambientes más seguros y beneficios económicos.*
 - *De no ser tratados, estos trastornos dejan marcas indelebles y erosionan la capacidad de las sociedades de ofrecer condiciones seguras y productivas*

Fuente: Federación Mundial de Salud Mental, 2000

Por primera vez se cuenta con el diagnóstico integral de la situación de Salud mental del el adolescente. El estudio se llevó a cabo en una muestra probabilística de los jóvenes matriculados en los colegios públicos y privados de Medellín.

Los propósitos y objetivos que orientaron el estudio se cumplieron superando lo esperado. Con base en el informe y en conjunción con los encargados de la formulación de políticas sobre el tema, se espera lograr la aplicación de la evidencia generada sobre uno de los más angustiantes problemas de salud pública en nuestro tiempo, orientado acciones para lograr revertir la problemática de los niños y adolescentes que serán el relevo generacional y los líderes del mañana.

Su salud es clave para el progreso social, político y económico de nuestra región, la actual administración se ha preocupado como nunca antes, por la inversión en el desarrollo del capital humano a través de la educación de los jóvenes, hacía falta el complemento de una mirada integral al mejoramiento de su salud mental.

El gran desafío será la adecuada utilización de estos datos construidos con esfuerzo, pero a la vez con la dedicación de los que estamos

convencidos de que no puede haber mejor momento para entregar el resultado del Estudio sobre la SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE DE MEDELLÍN 2006 que el ahora para aportar a un futuro mejor.

La Universidad CES, su Facultad de Medicina y los **Grupo de Investigación en Salud Mental** y el **Observatorio de la Salud Pública**, reconocen y agradecen el apoyo recibido como cofinanciación de la Secretaría de Salud Pública de Medellín.



Bibliografía

- ¹ Torres de Galvis Y, Posada J, Calderón Ocampo H. Primer estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
- ² WHO. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
- ³ OMS. Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos Conocimientos nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
- ⁴ Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wickramaratne P. Depressed adolescents grown up. JAMA. 1999;281(18):1707-1713.
- ⁵ Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on antisocial behavior. Amer Psychologist. 1989;44(2):329-335.
- ⁶ WHO. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva: World Health Organization; 2005.
- ⁷ Office of the Surgeon General. Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 2000.
- ⁸ OPS. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1998.
- ⁹ Ministerio de Salud de Argentina. Avances hacia un enfoque integral de la salud del adolescente. Buenos Aires; 2002.
- ¹⁰ CEPAL. Juventud en Iberoamérica: Tendencias y Urgencias. Santiago Chile; 2004.

-
- 11 BBC News. 20 de junio de 2002. Human Smuggling Eclipses Drugs Trade. [Último acceso enero 28 de 2007]. Disponible en: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/2056662.stm>.
 - 12 Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects. The 2004 Revision. Nueva York: United Nations; 2005.
 - 13 Naciones Unidas. World Youth Report 2005: Report of the Secretary-General (A/60/61-E/2005/7). Nueva York: Naciones Unidas; 2004.
 - 14 CEPAL. Juventud en Iberoamérica: Tendencias y Urgencias. Santiago Chile; 2004.
 - 15 Bourdieu P. In other words: essays towards a reflexive sociology. Cambridge: Polity Press; 1990.
 - 16 Aebi MF. Familia disociada y delincuencia: el caso Suizo en los años 1990. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología. 2003;(5).
 - 17 Huss M, Lehmkuhl U. Coping in the family context: active and avoidance strategies in adolescents from divorced families. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 1996;45(3-4):123-130.
 - 18 McCurdy S, Sherman A. Effects of family structure on the adolescent separation-individuation process. Adolescence 1996;31(122):307-319.
 - 19 Devine D, Forehand R. Cascading toward divorce: the roles of marital and child factors. J Consult Clin Psychol. 1996;64(2):424-427.
 - 20 Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. Adolescence. 1997;32(128):897-911.
 - 21 Shiner RL, Marmorstein NR. Family environments of adolescents with lifetime depression: Associations with maternal depression history. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37(11):1152-1160.
 - 22 Peiponen S, Laukkanen E, Korhonen V, Lehtonen J. Working disability of the mother is associated with comorbid major depression in adolescents. Eur J Psychiatry 2002;16(3):163-167.
 - 23 Brennan KA, Shaver PR. Attachment styles and personality disorders: their connections to each other and to parental divorce, parental death. J Pers 1998;66(5):835-878.

- ²⁴ Saintonge S, Achille P, Lachance L. The influence of big brothers on the separation-individuation of adolescents from single-parent families. *Adolescence* 1998;33(130):343-353.
- ²⁵ Breidablik H, Meland E. Experience of family break-up during childhood-health and health behavior in adolescence. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 1999;119(16):2331-2335.
- ²⁶ O'Connor T, Plomin R, Caspi A, DeFries J. Are associations between parental divorce and children's adjustment genetically mediated? An Adoption Study. *Dev Psychol*. 2000;36(4):429-437.
- ²⁷ Muris P, Schmidt HG, Lambrichs R, Meesters C. Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behav Res Ther*. 2001;39(5):555-565.
- ²⁸ Garber J, Keiley M, Martin C. Developmental trajectories of adolescents' depressive symptoms: predictors of change. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(1):79-95.
- ²⁹ Bandura A, Pastorelli C, Barbaranelli C, Caprara G. Self-efficacy pathways to childhood depression. *J Pers Soc Psychol*. 1999 Feb;76(2):258-69.
- ³⁰ Soriano Fuentes S, De la Torre Rodriguez R, Soriano Fuentes L. Familia trastorno mental y ciclo vital familiar. *Medicina de Familia (And)* 2003;4(2):38-43.
- ³¹ Ramírez AA. Conflictos entre padres y desarrollo de los hijos. *Convergencia* 2004;11(032):171-182.
- ³² Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Casos registrados de violencia intrafamiliar; 2000.
- ³³ Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Defensoría del pueblo. Frecuencia de maltrato en hogares, muertes de niños y niñas por homicidio: Informes Medicina Legal 2000 y Defensoría del Pueblo; 2001.
- ³⁴ Marsellach G. La autoestima en el adolescente. [Último acceso 28 de enero de 2007] Disponible en: <http://www.psicoadictiva.com/arti/articulo.asp?SiteIdNo=776>
- ³⁵ Avila GE, Ferriani GC, Nakano AMS. Factores protectores para el consumo de alcohol y cigarrillos. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005;13.

-
- ³⁶ WHO. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
- ³⁷ OMS. Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos Conocimientos nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
- ³⁸ Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, et al. Op. cit.
- ³⁹ Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. Op. cit.
- ⁴⁰ Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ* 2001;323(7306):191-195.
- ⁴¹ Leibson CL, Katusic SK, Barbaresi WJ, Ransom J, O'Brien PC. Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA* 2001;285(1):60-66.
- ⁴² Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wickramaratne P. Depressed adolescents grown up. *JAMA* 1999;281(18):1707-1713.
- ⁴³ Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL. Bi-polar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158(1):125-127.
- ⁴⁴ Woodward LJ, Fergusson DM. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(9):1086-1093.
- ⁴⁵ Verhulst FC, van der Ende J, Ferdinand RF, Kasius MC. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(4):329-336.
- ⁴⁶ Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(10):1203-1211.
- ⁴⁷ West P, Sweeting H, Der G, Barton J, Lucas C. Voice-DISC identified DSM-IV disorders among 15-year-olds in the west of Scotland. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(8):941-949.
- ⁴⁸ Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(8):837-844.



- 49 Maya Mejía JM, Torres de Galvis Y, Murrelle L, Rodriguez M, Mejia Montoya R, Gaviria Muñoz D, Calderon Lopera G, et al. Consumo de sustancias psicoactivas y otros factores asociados a violencia juvenil. Medellín: Editorial Marín Vieco Ltda.; 2000.
- 50 Torres de Galvis Y. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados. Comité Departamental de Prevención en Drogas: resultados de la investigación en jóvenes escolarizados. Medellín; 2003.
- 51 Rutter M, Smith D. Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes. New York: Wiley; 1995.
- 52 American Academy of Chile & Adolescent Psychiatry. Understanding Childhood Mental Illnesses [Último acceso 30 de enero de 2007]. Disponible en: <http://www.aacap.org/page.www?name=Home§ion=root>
- 53 Nacional Mental Health Information Center. Child and Adolescent Mental Health. [Último acceso 25 de enero de 2007] Disponible en: <http://www.mentalhealth.org/publications/allpubs/CA-0004/default.asp>
- 54 Rodríguez J. El Síndrome depresivo en el niño y en el adolescente. [Último acceso 30 de enero de 2007] Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/1n1/0012.html>
- 55 Ibid.
- 56 Rodriguez J. El síndrome depresivo en el niño y en el adolescente. [Último acceso 20 de mayo de 2007] Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/1n1/0012.html>
- 57 Price I, Lavercombe L. Depression in early adolescence: relation to externalizing and internalizing behaviour. *Percept Mot Skills* 2000;90:723-730.
- 58 CDC. Sistema de preguntas e información estadísticas sobre lesiones en la Web. [Último acceso 27 de marzo de 2003] Disponible en www.cdc.gov/ncipc/wisqars.
- 59 MHO. Estrategia nacional para la prevención del suicidio: Metas y objetivos de la acción [Último acceso 30 de enero de 2007] Disponible en: www.mentalhealth.org/suicideprevention/

-
- 60 CDC. Youth Suicide Prevention Programs: A Resource Guide U.S Department of Health and Human Services, Public Health Service. [Último acceso 30 de enero de 2007] Disponible en: <http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/p0000024/p0000024.asp>
- 61 Caracol radio. Medicina Legal reporta 72 suicidios de menores de 15 años en el 2006. [Último acceso 30 de enero de 2007] Disponible en: <http://www.caracol.com.co/noticias/378882.asp>
- 62 González J, Hernández H. Los suicidios, Colombia 2005. En: División de referencia de información pericial, DRIP. Forenses 2005 - Datos para la vida. Bogotá: Imprelibros S.A.; 2005.
- 63 Morales ML, Jiménez Rojas IA, Perea I, Villamil Gómez DA, Gelves CA, Pedreros J. et al. Rasgos de personalidad en los suicidas: Autopsias psicológicas. Revista del INML y CF 2002;17(1):14-20.
- 64 Serfaty E. Suicidio en la adolescencia. *Adolesc. Latinoam* 1998;1(2):105-110.
- 65 González-Forteza C, García R, Medina-Mora E, Sánchez M. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental* 1998;21(3):1-8.
- 66 Eguiluz L. Ideación suicida. Perspectivas sistemáticas. La nueva comunicación. [Último acceso 20 de mayo de 2007]. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/suicida.htm>
- 67 Serfaty E. Op. Cit.
- 68 Lester D. Adolescent suicide from an international perspectiva *American Behavioral Scientist* 2003;46(9):1157-1170.
- 69 Serfaty E. Op. cit.
- 70 Mondragón L, Borges G, Gutierrez R. La medición de la ideación suicida en México: Mediciones y Procedimientos. *Salud* 2001; 24(6):4-15.
- 71 Eguiluz L. Op. Cit.
- 72 González JC, Restrepo G, Martínez R. Martínez M. Red de Apoyo y percepción de "felicidad" en una población de estrato dos, en la localidad de Suba, Bogotá, 2002. *Documenta Clínica* 2002; 15(1-2):13-36.

- ⁷³ González JC, Restrepo G, Martínez R, Martínez M. Op. cit.
- ⁷⁴ Mancha Herrera H. Jóvenes Mexicanos Siglo XXI: Encuesta Nacional de Juventud 2000. Instituto Mexicano de la Juventud. Oaxaca; 2003.
- ⁷⁵ Menuchin S, Fishman H. Técnicas de terapia familiar. México: Editorial Piados; 1999.
- ⁷⁶ Mendizábal JA, Azure LB. La Familia y el adolescente. Rev Med Hos Gen Mex 1999;62(3):191-197.
- ⁷⁷ Zdanowicz N, PascaL J, Reynaert C. ¿Juega la familia un papel clave en la salud durante la adolescencia?. Eur J Psychiat 2004;18(4):215-224.
- ⁷⁸ Estrada Arango P, Mora Velásquez CM, Bernal Vélez IC, Muñoz Di Domenico P. Evaluación del estado del saber sobre tipología familiar según los estudios realizados en Medellín. Periodo 1980-1996, Investigación de la Facultad de Trabajo Social, Medellín, Universidad Pontificia Bolivariana, 1996, p. 18-21.
- ⁷⁹ Maya Mejía JM, Torres de Galvis Y, Murrelle L, Rodríguez M, Mejía R, Gaviria D, et al. Op. Cit.
- ⁸⁰ González-Pienda JA, Núñez JC, Álvarez L, Roces C, González-Pumariega S, González P, Muñiz R, Valle A, Cabanach RG, Rodríguez S, Bernardo A. Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. Psicothema 2003;15(3):471-477.
- ⁸¹ Reynolds WM. A model for screening and identification of depressed children and adolescents in school settings. Professional School Psychology 1986;1:117-129.
- ⁸² Finding depression in primary care. Bandolier 2002;99(6).
- ⁸³ Rosselló J, Berríos Hernández ML. Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una Muestra de adolescentes Puertorriqueños/as. Revista Interamericana de Psicología 2004;38(2):295-302.

