

UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

**EL MODELO ESTRATEGICO BREVE
COMO ENFOQUE DE LA PROBLEMÁTICA ADOLESCENTE:
Circuitos de mantenimiento de los principales problemas
Estudio Teórico - exploratorio**

Memoria para optar al Título de Psicólogo

Autoras:

Patricia Gallero Pardo
Lorena Uribe Jorquera

Profesor Partrocinante: *Isabel M. Fontecilla S.*
Ps. Isabel M. Fontecilla S.

Asesor Metodológico:

Ps. Elizabeth Wenk W.

Colaborador:

Ps. Verónica Caballero Z.

I. INTRODUCCION

Se ha planteado, desde distintas teorías y con diferentes explicaciones, que la adolescencia es una etapa *conflictiva* del desarrollo humano, principalmente por los cambios físicos y psicológicos que se presentan y sus consecuentes cambios en la relación del adolescente con su familia, sus pares y la sociedad en general. No obstante, es necesario hacer notar que estas características son propias de la adolescencia en la cultura occidental, pero no necesariamente se presentan, estudian y describen de igual manera en otras culturas y subculturas existentes.

En este trabajo se plantea como necesario dejar de considerar la adolescencia como un conjunto de cambios que se producen y afectan sólo al miembro de la familia que los vive, para pasar a considerarla dentro de su contexto, como cambios en la(s) interacción(es) del adolescente y del sistema en que se inserta. Se da paso al análisis de la relación entre el joven y su ambiente, ya no interesando las características del adolescente en sí, sino el impacto que la adolescencia tiene en la familia, la escuela, o cualquier otro ámbito del contexto del joven, y la influencia que en él tiene dicho impacto.

Considerando lo anterior, la propuesta para la presente investigación consiste en determinar, en base al análisis de bibliografía, investigaciones y casos clínicos, categorías de problemas que surjan como los más frecuentes y relevantes en la etapa

adolescente e intentar encontrar, a modo de diagnóstico desde la visión del enfoque, la forma en que cada problema determinado se mantiene en el sistema del cual el adolescente es parte.

Este trabajo tiene como marco teórico el Modelo Estratégico Breve, el cual se inscribe dentro de los modelos y de las terapias de orientación sistémica y se caracteriza por considerar los "problemas" como conductas presentes, indeseables para algún miembro del sistema, y que se perpetúan al reiterarse rígidamente las soluciones destinadas a eliminar estas conductas. Los intentos de solucionarlas se darían en forma de interacciones en secuencia que se retroalimentan, creándose así pautas circulares que se automantienen.

En relación a esto, el papel del terapeuta consiste en elaborar y poner en práctica estrategias especiales que, en cada caso, modifiquen las interacciones entre el "paciente identificado" (en este caso el adolescente) y su sistema, de manera de interrumpir las soluciones rígidas intentadas que preservan el problema.

En términos concretos y teniendo como marco la teoría anteriormente mencionada, se realiza una revisión bibliográfica de los problemas más citados, en base a los cuales se elaboraron categorías de algunos de los problemas más frecuentes reportados por sistemas con algún miembro adolescente, construyéndose posteriormente, a través de la revisión de fichas de casos clínicos trabajados desde el Modelo Estratégico, los

circuitos teóricos de mantenimiento de dichos problemas.

Se considera que este estudio puede ser un aporte importante a nuestra disciplina, dado que Chile es un país con una gran población joven. Según datos del *INE*, en 1988 un 10% de la población del país estaba constituida por jóvenes entre 15 y 19 años y el 23%, por jóvenes entre 10 y 20 años (Ferrer; Díaz,1991); por lo tanto, resulta fácil suponer que muchas de las consultas que son abarcadas por el ámbito de la salud mental, tengan relación con problemas en la etapa adolescente.

La elección del marco teórico mencionado se basa en que su visión considera el contexto del adolescente, tratando al sistema del cual él es miembro, incluyendo así la variable interaccional. Este enfoque, dentro de las orientaciones sistémicas existentes, tiene las ventajas de trabajar con el sujeto motivado al cambio y de elaborar estrategias centradas en la focalización de un problema concreto, visto en términos de las recurrentes y presentes interacciones de un sistema dado, optimizando así el tiempo y los esfuerzos terapéuticos.

Se considera que este estudio proporciona una perspectiva diferente de la problemática propia de la adolescencia, planteando un modelo no patologizador del individuo y su contexto, lo cual permitiría tratar más eficazmente los problemas relacionados con los adolescentes, dada la alta deserción existente en las organizaciones tratantes. Se aplica un modelo conceptual a una realidad que no ha sido estudiada

específicamente desde esa perspectiva y proporciona la posibilidad de utilizar en la práctica, tanto psicoterapéutica como institucional de cualquier ámbito relacionado con adolescentes, la aplicación teórica realizada en el presente estudio, en términos de la posible intervención sobre los circuitos que mantienen los problemas estudiados.

Finalmente, al enmarcarse dentro de las investigaciones exploratorias, tiene el valor de formular una base para futuras investigaciones, ya sea en torno a otros problemas de la adolescencia, o en relación a otros grupos etarios, o bien a subgrupos dentro del ya estudiado; desde la óptica de la terapia Sistémica Estratégica.

Se realiza una investigación teórico-exploratoria que por lo tanto, utiliza metodología cualitativa, aplicando técnicas correspondientes al tipo específico de trabajo que en cada etapa se lleva a cabo.

Se exponen en un comienzo los conceptos teóricos en que se enmarca la investigación, en relación a las bases epistemológicas del modelo Estratégico Interaccional y a sus características y operar propios como una de las corrientes de la terapia sistémica, enfatizando los planteamientos acerca de como surgen y se mantienen los problemas. Se incluyen en esta sección conceptos generales sobre adolescencia: definición, impacto como etapa dentro del ciclo vital familiar y situación de los adolescentes en Latinoamérica.

La siguiente sección trata sobre los principales problemas y motivos de consulta de la población adolescente agrupados en cinco categorías: Problemas más directamente relacionados con Factores Socioculturales, Consumo y Abuso de Sustancias, Dificultades Escolares, Problemas que constituyen Cuadros Psicopatológicos y Preocupaciones y Motivos de consulta desde el punto de vista del Consultante Adolescente.

Finalmente se expone la sección correspondiente al planteamiento de los circuitos teóricos interaccionales que mantienen los problemas correspondientes a las cuatro primeras categorías planteadas.

II. OBJETIVOS:

En la presente investigación se pretende como objetivo general, aportar la visión del Modelo Sistémico Estratégico Breve a los problemas que se plantean como más frecuentes dentro de la etapa de la Adolescencia. Se logrará lo anterior a través de los siguientes objetivos específicos:

En primer lugar se determinará cuales son los problemas más citados en relación con la etapa adolescente; en segundo lugar se establecerán categorías en base a dichos problemas, y finalmente se construirán circuitos teóricos que permitan explicar cómo estos problemas se mantienen a través del tiempo.

Formalmente se propone la siguiente expresión de los objetivos anteriormente enunciados:

1. *Objetivo General:*

- Aportar una visión sistémica estratégica de los problemas más frecuentes dentro de la etapa de la adolescencia.

2. *Objetivos Específicos:*

- 2.1. Determinar cuales son los problemas más citados en relación con la etapa de la adolescencia.

- 2.2. Establecer categorías en base a los problemas determinados como más frecuentes.
- 2.3. Construir circuitos teóricos de mantenimiento de los problemas estudiados.
- 2.4. Establecer relaciones entre los circuitos teóricos definidos y los aspectos teóricos centrales del Modelo Estratégico Interaccional.

III. MARCO TEORICO:

EL MODELO SISTEMICO ESTRATEGICO BREVE

1.- Bases Epistemológicas

Desde comienzos del siglo XX, se han desarrollado diversas teorías que han dado origen a enfoques correspondientes en psicoterapia, con el objetivo de proporcionar adecuado tratamiento a conductas calificadas como psicológicamente perturbadas.

Durante décadas prevalecieron dentro del campo de la psicoterapia, las teorías de orientación dinámica, las cuales dirigían su foco hacia el individuo y ponían énfasis en el pasado para encontrar en la historia del paciente, las causas de su problema y por lo tanto, las soluciones a éste.

En la década del cuarenta surgen las primeras tendencias de la terapia familiar, con planteamientos nuevos en la disciplina que fueron contando con creciente adhesión entre los terapeutas, quienes comenzaron a aceptar que el énfasis de la terapia no debía ponerse en el individuo aislado, sino considerar también el contexto social del individuo y especialmente la familia como grupo de pertenencia.

Además, muchas de las corrientes que estaban surgiendo comenzaron a poner

atención no sólo en los acontecimientos pasados, sino también en la situación presente del individuo y su relación con el problema o síntoma que éste presenta, con el fin de mejorar su comprensión y sus logros terapéuticos. Es así como se crearon nuevos enfoques y procedimientos terapéuticos, muchos de los cuales se basaban en terapias breves o de corto plazo (Plubins; 1992).

Actualmente, es posible distribuir en términos muy generales, las terapias existentes en las siguientes clases:

- Las que se apegan a las teorías psicodinámicas, enfocándose en el individuo, en sus experiencias pasadas reprimidas y en sus motivaciones, planteándose como objetivo de la terapia el crecimiento y desarrollo de la persona.
- Las que mantienen una orientación psicodinámica (freudiana) y se desarrollan a la vez con orientación familiar, incluyendo las nuevas experiencias del individuo como elemento de ayuda dentro del trabajo terapéutico, procurando lograr el crecimiento y desarrollo tanto del individuo, como del grupo familiar.
- Las de orientación conductista, que se fundan en la teoría del aprendizaje y que se proponen modificar la conducta del sujeto.
- Las que, basadas en las ciencias biológicas y sociales, tienen como fin la solución

del problema presentado, a partir de un enfoque sistémico. Dentro de esta clase se encuentran tres distintas corrientes: la Estructuralista (que enfatiza la estructura familiar); la Escuela de Milán (que pone el acento en el significado de la conducta) y la Estratégica (que se focaliza en el proceso de interacción) (ob. cit., 1992)

Estas corrientes comprenden las siguientes características:

- a) Se apartan radicalmente de las teorías psicodinámicas.
- b) Descartan la indagación del pasado como centro del proceso terapéutico.
- c) Se sustentan en las teorías sistémica y cibernética.
- d) Acentúan los conceptos de jerarquía y comunicación analógica.
- e) Su objetivo fundamental y prioritario es la solución del problema presentado.

Estas tres escuelas dentro de la terapia sistémica se distinguen sin embargo en base a criterios como los siguientes, considerados por Casabianca y Hirsch (1989):

- 1.- Foco de Análisis: Para la corriente Estructural, este foco está constituido por la organización del sistema, la interdependencia y jerarquía de sus miembros.
Para la Escuela de Milán, el foco está dado por el significado que el sistema da al problema.
Para el Enfoque Interaccional el foco de análisis es el proceso de interacción del sistema.

- 2.- Objeto de cambio: La corriente Estructural se propone cambiar la estructura del sistema; la Escuela de Milán procura cambiar el significado del problema para el sistema y el Enfoque Interaccional modifica el circuito de interacción que mantiene el problema.
- 3.- Foco de Intervención: La corriente Estructural interviene sobre distintos sub sistemas del sistema total; la Escuela de Milán lo hace sobre todo el sistema y luego en partes de éste y le Enfoque Interaccional centra la intervención sobre el segmento del sistema que esté más motivado al cambio.
- 4.- Lugar del cambio: La corriente Estructural establece los cambios en la sesión misma; la Escuela de Milán también los establece primordialmente en la sesión y el Enfoque Interaccional plantea la ocurrencia de los cambios fuera de la sesión.
- 5.- Intervenciones: La corriente Estructural utiliza Redefinición, Puesta en Acto, Desbalanceo y Sugerencias o prescripciones directas. La Escuela de Milán interviene en base a Interrogatorio circular, Redefinición Global como connotación positiva, Ritos y Paradojas.
El Enfoque Interaccional usa Redefiniciones y Sugerencias y Prescripciones, tanto directas como paradójicas.
- 6.- Tipo de comunicación: La corriente Estructural fundamentalmente usa comunica-

ción no verbal, a través del espacio y movimiento. Las escuelas de Milán e Interaccional utilizan en general, comunicación verbal.

- 7.- Número de sesiones: Las corrientes Estructural y de Milán no especifican o limitan a priori la duración de la terapia; el Enfoque Interaccional plantea como conveniente un máximo de diez sesiones para la resolución del problema en tratamiento.

Las terapias sistémicas y en especial el enfoque Estratégico Interaccional, han desarrollado sus planteamientos en base a tres importantes teorías:

- a) La Cibernética y la Teoría General de Sistemas;
- b) La Teoría de los Tipos Lógicos de Bertrand Russell; y
- c) La Teoría en Matemática de los Grupos, de Galois.

a) La teoría General de Sistemas se ha configurado durante este siglo, principalmente en base a las precisiones aportadas por los trabajos de Ludwig von Bertalanffy (1950, en Plubins, 1992), quien la desarrolló proponiéndose la construcción de una teoría lógica-matemática que estableciera principios generales aplicables a todos los sistemas. Se trataría de un modelo de sistema abierto (incluyendo los organismos vivos) que interactúan con el mundo exterior intercambiando energía y logrando así su desarrollo y diferenciación.

El modelo cibernético es desarrollado paralelamente por Norbert Wiener (1948, en Keeney, 1987) y la idea principal que dio origen es la existencia de una PAUTA organizadora de los procesos físicos y mentales. Se postula en este modelo, sistemas que reciben información del exterior acerca de los resultados de su comportamiento hacia el medio, proceso llamado FEED BACK O RETROALIMENTACION, que les permite modificar su comportamiento, en base a la comparación de su respuesta con la programación inicial o a la comparación de su estado presente con su estado preferido.

Toda regulación y todo aprendizaje implican retroalimentación, es así como los contextos del cambio y del aprendizaje están fundamentalmente destinados a establecer o modificar la retroalimentación.

Se han formado dos tipos de retroalimentación: la negativa y la positiva; la primera tendería a mantener los parámetros del sistema dentro de un intervalo determinado de fluctuación, en base al establecimiento de un circuito en el cual mientras mayor es el nivel o grado de una variable, menor será posteriormente el nivel o grado de la variable que da origen a la primera. La retroalimentación positiva tiende a maximizar o minimizar una variable determinada ampliando su intervalo de desviación, es decir, en este caso el circuito hará que un mayor nivel de una variable produzca una ampliación del rango de la variable que la origina.

Los modelos sistémico y cibernético posteriormente integraron sus aspectos,

originalmente contrapuestos, de interacción con el exterior y retroalimentación. A través de la evolución del concepto de CIBERNÉTICA y en base a los aportes de diversos autores, entre los que se cuentan Bateson, Von Foerster, Maturana, Varela y McCulloch, se estableció una distinción entre la epistemología suya a las teorías y corrientes tradicionales, y la epistemología propia de la cibernética. La primera fue denominada LINEAL PROGRESIVA y se describió como una epistemología atomista, no contextual, que utiliza una lógica analítica que considera las combinaciones de elementos aislados. La segunda fue llamada RECURRENTE o también sistémica, ecológica, circular o cibernética, y se caracteriza por enfatizar las interrelaciones y los sistemas totales, siendo congruente con el contexto y la complejidad (Keeney, 1987).

En 1978, Von Foerster objetó que se utilizara la teoría de Russell (que se detalla más adelante) para evitar que se originara la paradoja, formulando una manera diferente de abordar esta última, puntualizó que el observador, al realizar distinciones, establecer límites en las distinciones y ordenar las secuencias de éstas a su arbitrio, siempre participa en lo que observa, forma parte de eso, y en este caso, todos sus enunciados son autorreferenciales y por lo tanto paradójicos. La autorreferencia es inherente a todo sistema de observación natural y por consiguiente es imposible escapar a las paradojas derivadas de aquella.

Autores como Bateson, Watzlawick, Weakland y Fisch, coincidieron con esta idea, sin embargo decidieron adoptar la teoría de Russell como instrumento de descripción de

las pautas formales de comunicación y para revelar la autorreferencia y la paradoja, en vez de ocultarlas, se empleó entonces la tipificación lógica de otro modo, dando cuenta del proceso recursivo según el cual, la experiencia humana se estructura en forma jerárquica, no excluyéndose los distintos rubros, sino abarcándose unos a otros y remitiendo cada uno al siguiente, al trazar distinciones sobre distinciones, sobre distinciones, etc. (ob. cit., 1987). Los planteamientos anteriores constituyen una perspectiva desde la cual se evidencia que todos los procesos mentales implican la recursión, la autorreferencia y la paradoja. Cualquier sistema de "caja negra" está circunscrito por órdenes superiores de control de retroalimentación, es así como los sistemas complejos involucran una jerarquía o red recursiva de retroalimentaciones y en general, para la supervivencia y evolución de cualquier ecología de sistemas, los procesos de retroalimentación deberán organizarse en una jerarquía constituida, no de estratos piramidales, sino en forma recursiva, de circuitos de control.

La cibernética de la cibernética (o cibernética de segundo orden) es entonces, una forma de incluir la participación del observador en el sistema. A diferencia de la cibernética simple, en que un observador externo describe las redundancias en las relaciones entre entradas y salidas de una "caja negra", la cibernética asciende en el orden de recursión e integra al observador en el sistema observado (ob. cit., 1987).

b) La Teoría de los tipos Lógicos, derivada de los "PRINCIPIA MATHEMATICA" de Whitehead y Russell (1910, en Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989) hace referencia al

concepto de colecciones de elementos con una característica específica en común; estos elementos componentes son llamados MIEMBROS y la totalidad es llamada clase. Así, un axioma fundamental de esta teoría es que todo lo que incluya a la totalidad de un conjunto, no debe ser parte de éste, ya que la clase y sus miembros corresponden a diferentes niveles o tipos lógicos, siendo la primera de un nivel de abstracción superior al nivel de los segundos. La clase no puede ser miembro de si misma y tampoco miembros pueden representar a la clase, si esto no se tiene en consideración, es decir, si se confunde un encuadre, contexto o marco de referencia con los rubros que lo componen, se crea una paradoja, al no saber el observador cual nivel escoger. El indicar la tipificación lógica de los enunciados y especificar desde que lugar de la jerarquía de niveles lógicos se está comunicando podría impedir que aquellos fueran autorreferentes y que se produjera una confusión de niveles, evitando la situación anterior. Esta teoría se traduce, en la situación terapéutica, en la utilización de paradojas que permiten reencuadrar el contexto de situaciones-problemas, en un nivel distinto de tipificación lógica.

c) La Teoría Matemática de los Grupos (Galois, 1832 en Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989) está constituida por postulados básicos que conciernen también las relaciones entre elementos y totalidades, según esta teoría, un grupo posee las siguientes propiedades:

- Un grupo está compuesto por miembros y el resultado de la combinación de cualesquiera de ellos es, a su vez, un miembro del grupo, existen de esta forma,

cambios en que la naturaleza paramétrica del grupo no cambia, es decir que esta propiedad permite diversos cambios DENTRO del grupo, pero convierte en imposible para sus miembros o para las combinaciones de éstos, ubicarse a si mismos FUERA del sistema.

- Es posible combinar a los miembros del grupo en distinto orden y aun así, el resultado de la combinación seguirá siendo el mismo, pudiendo existir entonces, variaciones en los procesos del grupo, pero invarianza en sus resultados.
- Un grupo posee un miembro de IDENTIDAD, de manera que su combinación con cualquier otro miembro del grupo, resulta en este otro miembro, manteniendo la identidad de éste se deduce que un miembro del grupo puede actuar sin provocar cambios en absoluto.
- En un grupo, cada miembro tiene su recíproco u opuesto, de manera que la combinación de cualquier miembro con su opuesto da por resultado el miembro de identidad. En este caso, a pesar de haberse producido un acentuado cambio, el resultado de éste es también un miembro del grupo.

Esta teoría da fundamento a la idea de la interdependencia entre la persistencia y el cambio. En terapia, esta teoría aporta una visión de cómo los problemas se mantienen a través de un círculo vicioso en que mientras más se intenta cambiar

la situación, más permanece invariable, hasta que la intervención terapéutica impone un cambio a los parámetros del sistema.

La teoría de los grupos fundamenta los cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que en sí, no cambia; a su vez la Teoría de los Tipos Lógicos no se ocupa del interior de la clase, sino fundamenta una visión de la RELACION entre miembro y clase, y de las consecuencias de las mutaciones de un nivel lógico a otro. Se deducen de aquí dos tipos de cambio: uno que ocurre dentro del sistema que en sí, permanece igual, y otro cuya aparición cambia al sistema mismo, variando las premisas o reglas que lo han pautado (ob. cit.; 1989).

2.- El Modelo Estratégico Breve

En 1952 se reúnen, alrededor de Gregory Bateson, Jay Haley; William Fry y John Weakland, formando un equipo interesado en el estudio de la comunicación humana, sus diferentes niveles y canales. Su investigación tenía como base las teorías: de los tipos lógicos ruselliana, la cibernética, la general de sistemas y la de los juegos. Este grupo se centró en investigar principalmente el lenguaje y la forma de interactuar de las familias en las cuales existía un miembro esquizofrénico (Bodin, 1982; Plubins, 1982). De estos estudios resultó una teoría diferente de la comunicación, una nueva teoría de la Esquizofrenia, y tal vez lo más importante: la aplicación de una epistemología alternativa en el estudio de los problemas humanos, la Epistemología Cibernética.

En 1959, Jackson, con el fin de estudiar las familias con miembros esquizofrénicos, como un sistema social interaccional; funda el Mental Research Institute, M.R.I. En 1962, Jay Haley se integra al grupo incorporando los revolucionarios planteamientos de Milton Erickson cuyos postulados acerca del poder e influencia de terapeuta, el manejo de la resistencia de los pacientes, el uso de tareas en psicoterapia, y la idea que la acción precede al insight, influyeron ampliamente en todo el grupo (Fisch, Weakland, Segal, 1984; Bodin, 1982).

En esta etapa, Fisch, Weakland y Segal, interesados en el largo tiempo que demoraban las psicoterapias deciden investigar cómo disminuir su tiempo de duración;

empleando técnicas innovadoras que se centraban principalmente en la enfermedad del paciente. Con este fin estudian qué resultados podían conseguir de una terapia: que tuviera como máximo diez sesiones de una hora de duración, que centraba su atención en el problema actual, en la que el terapeuta utilizaba en la mayor medida posible todas las técnicas activas de estímulo para promover el cambio, y se concentraba en encontrar el mínimo de cambio necesario para que el consultante quedara conforme. En base a esto hicieron un estudio de casos, observando que obtenían los mismos porcentajes de éxito que otras terapias que duraban más tiempo, (Weakland, y col. apunte S/F).

Esto se transformó en una nueva manera de contemplar los problemas humanos y los reforzó a seguir investigando cómo hacer terapia eficaz en menos tiempo, surgiendo de esta manera la Terapia Estratégica Breve.

Al señalar las características y el modo de operar de este enfoque resulta necesario exponer de manera detallada la repercusión que ciertas premisas teóricas, tienen en el abordaje clínico. Algunas de estas premisas son compartidas por otros modelos sistémicos:

Par este enfoque, toda conducta se mantiene por el sistema de interacciones en que está inmerso el sujeto, a su vez, éste preserva el sistema (La conducta de todo individuo es función de los otros individuos con los que se relaciona). Los individuos que mantienen relaciones más o menos estables pueden ser vistos como miembros de un

sistema.

En las interacciones surgen patrones repetitivos, pautas o reglas (Redundancia del sistema). Todo sistema, puede llegar a un mismo fin a partir de distintas condiciones iniciales y caminos de desarrollo diferentes (Equifinalidad), por lo tanto, los problemas que los consultantes llevan a los psicoterapeutas, sin tomar en cuenta sus orígenes y etiologías, persisten o son mantenidos a través de la conducta corriente del paciente y de las personas con las cuales interactúa, por lo tanto, si esa conducta es cambiada apropiadamente, la conducta problema desaparece independiente de su origen y duración (Casabianca, Hirsh, 1989; Fish Weakland, Segal, 1984).

Desde este punto de vista la familia opera como un sistema cibernético circular, gobernado por reglas relacionales, con entradas y salidas de información cuyo flujo está determinado por las propiedades de Retroalimentación, Equifinalidad, Redundancia y Homeostasis que posee el sistema (Plubins, 1992). Así la terapia es el método de generar nuevas fórmulas de retroalimentación que detonen o estimulen un cambio favorable.

La Terapia Estratégica Breve se centra específicamente en dar solución eficaz y eficiente a los problemas por los que consulta la gente, o sea, resolver en forma adecuada y en el menor tiempo posible problemas humanos persistentes, que motivan una solicitud de ayuda.

Considera los problemas como dificultades situacionales entre las personas, que surgen principalmente del mal abordaje de las preocupaciones cotidianas, estas situaciones pueden ser las transiciones normales de la vida (nacimiento de un hijo, matrimonio, muerte de un ser querido, etc.), la mayor parte de la gente hace frente a estas dificultades de manera relativamente adecuada; pero en algunos, su abordaje se convierte en un problema por enfatizarlas demasiado o muy poco. Una vez que la dificultad comienza a verse como un problema, la continuación y el aumento de éste guardan relación con la conducta de los individuos orientados a resolverlo. Desde esta perspectiva los problemas de larga duración, persisten al ser repetidamente mal manejados.

La terapia, consiste entonces en promover un cambio beneficioso y efectivo, a través de suspender los intentos de solución que preservan el problema, aun a través de estrategias poco convencionales; esto implica orientarse al síntoma, de una manera absolutamente pragmática (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, En Plubins, 1992).

Características de la terapia estratégica interaccional

- a) Se considera el sistema social en el que están inmersos los individuos; e interaccional, ya que considera el problema en un circuito amplio de comportamiento considerando la retroalimentación y el esfuerzo de los integrantes del sistema en la mantención del problema, viendo así el problema como multideter-

minado interpersonalmente en lugar de intrapsíquicamente, esta conceptualización interpersonal de los problemas multiplica las posibilidades de intervención y permite además, al observar la red de interacciones dentro de la que se da el problema, tomar en cuenta un espectro más amplio, que el sistema familiar (Por ejemplo, puede considerar el contexto escolar, el sistema penal, etc.)

- b) Es un modelo no patológico, ya que no establece categorías diagnósticas ni reglas de funcionamiento adecuado. Tal como es planteado por Fisch, Weakland y Segal "Una consecuencia inherente a nuestra visión es el desdibujamiento de la acostumbrada distinción entre problemas clínicos y problemas que aparecen en muchas otras esferas de la actividad humana" (Fisch, Weakland y Segal, pag. 13, 1984). Esto permite aplicar esta perspectiva a problemas muy variados.
- c) El terapeuta asume un Rol activo empleando y diseñando estrategias únicas en cada caso para lograr el cambio. Este modelo propone que el terapeuta no se limite a comprender el sistema familiar y el lugar que en él ocupa el problema, sino que además debe tomar las medidas necesarias que permitan cambiar el sistema disfuncional, con objeto de solucionarlo. Estas medidas, deben ser estrategias de corto plazo que se orienten a resolverlo en el menor tiempo posible.
- d) El cambio se centra en un problema abordable: concreto y susceptible de ser medido. Se focaliza un motivo de consulta que se expresa en conductas

específicas evaluables, aunque no necesariamente observables desde fuera del sujeto (Por ej.: Pensar en algo trágico) y finalmente,

- e) Los problemas son considerados, conductas presentes, indeseables, para algún miembro del sistema, que se reiteran en el tiempo, y que se configuran y conservan por otras conductas actuales que la rodean, o sea, por las interacciones en el aquí y el ahora, (es ahistórico, ya que no considera importantes las referencias al pasado), estas conductas habitualmente suelen ser los intentos de solución. "Consideramos que la persistencia (y por consiguiente, la existencia efectiva) de los problemas se basa en un círculo vicioso de refuerzo mutuo entre la conducta problemática, por una parte, y la conducta aplicada por los intentos de solución, por otra" (Fisch, Weakland, Segal, pag. 308, 1984). Este último punto por considerarse central, en esta investigación será abordado, con mayor detalle.

La Mantenición de los Problemas

Como ya se señaló, el enfoque estratégico, considera los problemas como conductas, presentes indeseadas, que persisten, a pesar de la insatisfacción que producen y los intentos de cambio orientados a extinguirlos. Para que un problema exista y permanezca como tal, debe haber conductas problemáticas que se lleven a cabo de forma repetida dentro del sistema de interacción social del sujeto; estas conductas son los modos específicos con que los individuos intentan rectificar un problema.

Los problemas se originan a partir de dificultades cotidianas, que pueden surgir de acontecimientos fortuitos, o acontecimientos corrientes, ante los cuales: a) Se hace frente de una manera errónea; y además b) Cuando no se soluciona la dificultad se insiste en la aplicación de la misma solución. Esto potencia la dificultad original, mediante un proceso que sigue un círculo vicioso, (un ejemplo de esto, lo constituye el insomnio, donde los intentos por dormirse, repercuten en despertar más al individuo que trata de dormirse).

El que se persista en intentos de solución fallidos guarda relación con, actuar en base a premisas o creencias básicas e indiscutidas, que se justifican con otras premisas cuando no se obtiene resultados positivos (Fisch, Weakland, Segal, 1984). La construcción de la realidad de un individuo se basa en su sistema de creencias, sistema que surge en base a ideas, convicciones, preconceptos, historia, acontecimientos, recuerdos y experiencias. Este paradigma, habitualmente es compartido por los miembros de un sistema, (ej.: familia), y es empleado consciente o inconscientemente, como marco referencial de comprensión del mundo o como guía de sus acciones (Elzufan, 1989).

Describir las interacciones que mantienen la conducta problema, es establecer el circuito de mantención del problema; en la terapia estratégica esto corresponde a establecer "el diagnóstico"; (ya que permite entender como se preserva la conducta problema). Esto se realiza en base a las relaciones que percibe el terapeuta como

significativas en el mantenimiento de la conducta problema, teóricamente, es posible describir más de un circuito explicativo de como se mantiene el problema, "existen tantos sistemas de interacción como recortes posibles que el terapeuta-operador pueda realizar desde las variables que elige para percibirlo como circuito que mantiene el problema" (Casabianca, Hirsch, pag. 31, 1989)

La visión de los problemas preservados por circuitos de interacción, permite:

- a) Una visión cibernética de éstos
- b) La orientación de lo que es necesario modificar para eliminar el problema. "Desde el modelo estratégico lo que se intenta modificar es la secuencia de conductas que se refuerzan mutuamente en el intento por solucionar el problema. Se busca modificar un circuito específico no porque sea disfuncional en si mismo, sino porque prueba en este caso que ayuda a mantener el problema" (Casabianca, Hirsch, pag. 27, 1989)
- c) Indica al terapeuta qué evitar para no colaborar en mantener el problema.

Los circuitos que mantienen las conductas problema pueden ser descritos:

1. En términos de conductas observables por ejemplo, en el caso de un problema de desobediencia en el que se pudiera describir la siguiente secuencia de interacciones: El niño desobedece, ante lo cual la Madre lo aconseja, el hijo se molesta y contesta mal, la madre lo reta y le da una sanción, el hijo se amurra,

ante lo cual la madre se siente culpable y se retira dejando al hijo sin sanción, luego el hijo desobedece y se repite nuevamente el proceso; o

2. En términos de actitudes recíprocamente confirmatorias, la madre cree que el hijo está traumatado, por lo que lo maneja inconsistentemente (sanciona, pero luego quita la sanción), por lo que el hijo no recibe consecuencias y desobedece lo que confirma la idea que tiene la madre de él, de estar traumatado.

Sea cual sea, la perspectiva que se elija en la descripción del circuito, (cognitivo-afectivo o conductual), ambas se encuentran presentes en la mantención del problema, y están en juego permanente en el proceso terapéutico. La elección del terapeuta de describir el circuito de una forma u otra depende de su propio "recorte de la situación", recorte que habitualmente está influido, por lo que determina en ese caso como más fácil de cambiar.

Forma de operar del modelo en la práctica clínica

Este acápite se realizó en base al trabajo propuesto por Hirsch y Casabianca (1989) y su explicación se considera importante, por reseñar el abordaje práctico del modelo.

1. Se considera la conducta problema inmersa en un contexto, es decir, la conducta

problema se mantiene por acciones entre individuos miembros de un sistema, que al intentar resolverla, la fijan. Esta conducta se establece en un proceso común con el consultante a partir de la queja que este trae.

2. El cambio de la situación problema viene propuesto por los individuos perturbados por esta situación, y no desde la totalidad del sistema percibido por el terapeuta como involucrado en la mantención del problema. Esto significa que el equilibrio logrado en las interacciones se ha vuelto desagradable para uno o más de los miembros del sistema, los que se sienten motivados a modificar la situación problema, convirtiéndose así, en el sistema de impacto del terapeuta. Desde este enfoque no es necesario trabajar con todos los involucrados, sino sólo con los interesados en cambiar, ésto, sin perder de vista la interacción más amplia.
3. El cambio requiere un consultante motivado, pero que tenga la capacidad de modificar la interacción, por lo que se requiere que el cliente, tenga una posición jerarquizada, de manera que la posibilidad del cambio sea viable. No es posible trabajar con un consultante motivado, pero que no puede hacer nada desde su posición para lograr cambios.
4. Se requiere que el terapeuta sea capaz de definir un problema concreto y solucionable en un plazo de tiempo determinado e incrementar la motivación del consultante para modificar su conducta. Esto se debe realizar mediante

estrategias especialmente orientadas a conseguirlo.

5. Debe existir congruencia entre el terapeuta y el consultante, o sea, terapeuta y paciente deben adecuarse progresivamente a la construcción de una organización del sistema terapéutico tendiente al logro del objetivo contratado. "Si las limitaciones por una o ambas partes son grandes, esto no podrá darse y el tratamiento, por ende, no podrá ser estratégico" (Casabianca, Hirsch, 1989, pag. 36). Qué hacer en terapia, va inevitablemente unido a Cómo hacer, en una relación permanente donde terapeuta y consultante se influyen mutuamente.

6. El proceso de terapia consiste en: la co-construcción de un problema entre consultante y terapeuta a partir de los datos o quejas, estos son modificados contextualizándolos y focalizándolos hasta convertirla en un Motivo de Consulta; la co-construcción a partir de la información y del motivo de consulta de un índice de evaluación del proceso terapéutico en un tiempo acotado (Meta Mínima) y finalmente la co-construcción entre terapeuta y consultante de Nuevos intentos de solución orientados a modificar el problema. En base a esto es posible señalar que "en última instancia la terapia es un proceso de modificación progresiva y económica de actitudes por parte del consultante y del terapeuta, donde cada uno de ellos es estímulo de cambio para el otro, con el faro de un objetivo común: un específico logro" (Ob. Cit. pag. 42, 1989)

En resumen:

- a) En el modelo de Palo Alto se presta atención o se toma como Foco de análisis los proceso, o secuencias repetitivas de conducta en las que el comportamiento problema está inscrito: Qué comportamiento de quién desencadena la conducta problema, y qué comportamiento de quiénes siguen a ésta con el propósito de solucionarla. Se trata de identificar este ciclo perpetuante.
- b) El aspecto del sistema que se quiere modificar, Objeto del cambio, es la secuencia de conductas que se refuerzan mutuamente en el intento de solucionar el problema.
- c) Los miembros del sistema hacia los cuales el terapeuta dirige sus intervenciones se conocen como Foco de intervención, se seleccionan a aquellos miembros que están motivados a cambiar y que tengan poder suficiente para hacer algo en pro de lograr el cambio.
- d) Las conductas del terapeuta directamente planificadas para lograr el cambio se conocen como Intervenciones, el MRI emplea especialmente Redefiniciones: el terapeuta da un nuevo sentido o significado a una situación o conducta determinada, a veces este cambio de sentido es suficiente para producir un cambio en el problema, otras veces se utilizan con el fin de estimular las nuevas alternativas

de solución; Prescripciones directas, o Prescripciones paradójales. El terapeuta presta atención a lo que los pacientes dicen y sus intervenciones se basan sobre todo en qué y cómo dirá las indicaciones, de modo de seguir la "Postura de los consultantes" (valores y creencias de los consultantes que guardan relación con su visión del problema).

- e) El contexto físico en el que el terapeuta supone que tendrá lugar el cambio es, para este modelo, la vida cotidiana de los clientes si bien se "perturba" durante la sesión terapéutica.
- f) La distribución de las sesiones en este modelo, es generalmente un máximo de diez sesiones, distribuidas una por semana o quincenalmente dependiendo en parte del tipo de prescripción o sugerencia dada por el terapeuta y en parte por la capacidad de modificación de los consultantes.

Basándose en la premisa que el máximo cambio es el mínimo indispensable para poner en acción un círculo beneficioso de nuevas interacciones, se puede considerar a este modelo como el más breve dentro de los modelos breves.

3.- Adolescencia: Definición y Características

La definición de Adolescencia resulta compleja, dada la falta de acuerdo en cuanto a si existe o no como etapa de desarrollo y en cuanto los límites que la demarcarían. La adolescencia no existía hasta las últimas décadas del siglo XIX. Antes de la Revolución Industrial la familia funcionaba como una amplia unidad económica; la mayoría del trabajo tenía lugar en y alrededor de la casa.

A menudo los niños compartían las tareas adultas y tenían una significativa función económica. La niñez podía ser vista como un período de aprendizaje que terminaba con responsabilidad completa para el trabajo aún antes de la pubertad.

Con la Industrialización y la urbanización, el rol de la familia cambió sus actividades económicas, comenzaron a dirigirse hacia el consumo y hacia el cuidado de los niños. Los roles de niños y padres se diferenciaron con las distintas expectativas económicas, tanto como con las leyes de trabajo del niño, creando una discontinuidad entre niñez y adultez; como resultado, el pasaje de la niñez a la adultez se volvió ambiguo y prolongado.

La gente joven enfrentó esta ambigüedad creando sus propios rituales y cultura. La invención del concepto de adolescencia desarrollado principalmente por G. Stanley Hall (1904), fue en parte respuesta a este fenómeno, como también un intento de

entender las tareas, tradiciones y experiencias enfrentadas por los jóvenes (ya no niños pero no todavía adultos) y por sus familias ("Hand book of Adolescents and Family Therapy", 1985).

Además de los planteamientos que la definen a través de un rango de edad, existen descripciones que integran otros aspectos: La O.M.S. (1974) la definió como "la etapa que se iniciaba con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y que concluía con la fusión de la Epífisis y la adquisición de la capacidad reproductiva ("Salud Familiar"; CPU; 1986; pag. 125). Desde una perspectiva más social se consideró que los procesos psicológicos y las pautas de identificación del sujeto se desarrollan desde aquellos esperados para el niño, a aquellos esperados para el adulto y de un estado de dependencia, a un estado de independencia.

Los cambios biológicos de la pubertad gatillan reacciones psicológicas que propenden a diferenciarse más claramente de la familia y a preguntarse acerca de su identidad ("Salud y Familia"; CPU; 1986). Para cumplir satisfactoriamente esta etapa deben realizarse ciertas tareas de desarrollo, que varían en el plazo en que se logran y en el grado de satisfacción que en ellas se va alcanzando, como son:

- Conocerse a si mismo.
- Adoptar un rol sexual.
- Lograr autonomía frente a la familia.
- Definirse vocacionalmente.

– Lograr relaciones interpersonales autónomas.

("Temas de Salud Mental y Atención Primaria en Salud"; Universidad de Chile; CPU; 1989)

Entre las etapas de desarrollo del individuo, la adolescencia es una de las que afecta principalmente el ciclo de vida familiar. Las tareas de la adolescencia desafían la estabilidad del sistema familiar imponiendo nuevas expectativas y demandas. Los patrones familiares repentinamente se ven alteradas, cuando el adolescente comienza a cuestionar los valores y desafiar reglas en su intento de individualizarse. La constante pugna entre dependencia e independencia confunde a los adolescentes y a sus familias.

Con el progreso en el estudio de la adolescencia, los especialistas se han dado cuenta que es necesario, especialmente en el campo de la salud mental, ver esta etapa de desarrollo en el contexto de la familia. Se observó que los miembros de la familia dependían unos de otros para completar sus tareas individuales. La familia fue vista como una unidad que tiene sus propias tareas de desarrollo ("Hand book of Adolescents and Family Therapy"; 1985).

La familia es la base del sistema de apoyo social del adolescente y el principal agente socializador, moldea la personalidad y conducta del sujeto, debiendo satisfacer sus necesidades básicas. Existen factores del grupo familiar que influyen negativamente en esta etapa entre los cuales pueden encontrarse: comunicación interpersonal

defectuosa, conflicto conyugal, roles parentales alterados, alcoholismo paterno, métodos represivos de disciplina, e inestabilidad del grupo familiar; frente a todo lo cual el adolescente reacciona con angustia y ansiedad, aumentando la probabilidad de que la crisis no se resuelva (Henríquez, S.; Guajardo, S.; cuadernos Médico-Sociales; vol. XXV N° 3; 1984).

Otro agente socializador de importancia fundamental en esta etapa del desarrollo, es el grupo de pares, el cual aporta ideas y valores diferentes a los del grupo familiar, influyendo más profundamente en aquellos individuos que en otros ámbitos no suelen recibir confirmación ni información acerca de si las consecuencias de sus acciones son deseables o reprobables para la sociedad. La adolescencia es un período especialmente vulnerable a dicha influencia, debido a la necesidad del adolescente de adaptarse a las nuevas expectativas que la sociedad comienza a plantearle. Los jóvenes en situación de marginación estarán más expuestos, por esa razón, a adquirir y presentar conductas desviadas ("Temas de Salud Mental y Atención Primaria en Salud"; Universidad de Chile; CPU; 1988).

Los profundos cambios sociales llevados a cabo en los tiempos modernos han tenido una gran influencia sobre las últimas generaciones de adolescentes y jóvenes de Las Américas. Estos cambios se han caracterizado por una marcada velocidad, tanto es así que se encuentran diferencias marcadas entre una generación y la siguiente.

Los cambios condicionan nuevas pautas en el comportamiento de todos los grupos sociales y determinan cambios en las normas y valores por los cuales se guían; la incorporación de estas nuevas pautas no siempre se producen con la misma velocidad con la que se dan los cambios (O.M.S.; 1985).

El grupo de edad de 10 a 24 años conforma el 25% de la población total de América Latina y El Caribe, se calcula que para el año 2.000 vivirán en la región unos 230.000.000 de adolescentes. En los últimos decenios el ritmo de urbanización de este grupo ha sido superior al de la población general, actualmente residen en zonas urbanas más del 65%, cifra que probablemente aumentará a 80% en el siglo XXI. Este crecimiento urbano se ha dado principalmente en los sectores marginales, donde predominan precarias condiciones económicas y existe alto riesgo de adquirir enfermedades y patrones de conducta negativos.

Los problemas de desempleo y subempleo afectan directamente a los jóvenes, especialmente a los de estrato socioeconómico bajo, las mujeres y los grupos étnicos minoritarios. En 1980 el desempleo juvenil era tres veces mayor que el desempleo de la población total.

En cuanto a la educación formal, en la mayoría de los países latinos, sólo el 50% de los adolescentes termina el ciclo básico, el 30% la escuela secundaria y sólo el 7% alcanza estudios superiores.

Este grupo etario presenta bajos índices de morbimortalidad, sin embargo presenta problemas específicos de salud percibidos tanto por ellos como por la comunidad. Hasta ahora este grupo ha permanecido marginado de la atención de los procesos salud-enfermedad y bienestar biopsicosocial, siendo poco considerado en los servicios de salud tradicionales y en las estrategias generales de atención primaria en salud. Por otra parte, rara vez se contemplan políticas coherentes que consideren los diferentes sectores relacionados con el adolescente. Todo lo cual cobra importancia, ya que la salud de los jóvenes se ve influenciada por las circunstancias en que se desarrollan las etapas previas de la vida y a su vez tienen influencias sobre la calidad de vida de las etapas futuras (O.P.S.; O.M.S.; 1991).

Los conceptos anteriormente expuestos enmarcan y contextualizan la presente investigación que se organiza como sigue:

IV. PLAN GENERAL DE TRABAJO

Por enmarcarse dentro de los estudios de tipo exploratorio, esta investigación hace uso de diferentes técnicas correspondientes a las distintas etapas del trabajo, todas las cuales son propias de la metodología de orientación cualitativa. Entre estas técnicas se incluye: revisión bibliográfica, análisis de contenido y análisis de fichas clínicas.

1. ETAPAS:

Este plan se desarrolla en tres etapas principales de trabajo:

- 1.1 RECOLECCION DE INFORMACION: Se realizó una revisión bibliográfica y se analizaron los resultados de investigaciones existentes desde 1980 a la fecha en relación a la problemática adolescente.
- 1.2 SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION: Se sistematizó la información encontrada, estableciendo categorías de problemas frecuentes en base a los motivos de consulta que se presentaron.
- 1.3 APLICACION DE LA TEORIA: Se aplicó el esquema conceptual del Modelo Estratégico Breve, en términos de la construcción de circuitos teóricos de mantenimiento, a las categorías de problemas encontrados.

2. ACTIVIDADES:

En la primera etapa del trabajo se realizó la búsqueda y revisión de bibliografía e investigaciones relativas al tema.

En la segunda etapa se realizará un análisis de contenido, sistematizando la información encontrada, a través de lo cual se establecieron categorías de problemas. En la tercera etapa se revisaron fichas de casos clínicos tratados con el modelo estratégico, realizando una analogía entre los motivos de consulta de estos casos y las categorías de problemas planteadas, para así postular circuitos teóricos que expliquen cómo es que dichos problemas se mantienen.

3. METODOLOGIA:

El diseño utilizado en el presente estudio contempla en su desarrollo, distintas técnicas de tipo cualitativo. En la primera etapa se llevó a cabo una revisión bibliográfica y se realizó un análisis de contenido de investigaciones relativas al tema en estudio; la revisión bibliográfica incluyó las fuentes disponibles de las bibliotecas de la Universidad de Chile (Facultad de Ciencias Sociales; Facultad de Medicina Norte; Facultad de Medicina Oriente; Instituto de Salud Pública), de la Universidad Católica (Biblioteca Central) y de instituciones asociadas al tema como el Centro de Documentación del Ministerio de Salud y la biblioteca Roberto Bellarmino. Además, se obtuvieron datos sobre motivos de consulta en los centros de atención siguientes: Consultorio de Atención

Integral del Adolescente (CAIA); Consultorio La Faena de Peñalolen; Consultorio Alejandro del Río de Puente Alto; Consultorio Externo de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica y Centro Científico de Desarrollo Psicológico (CECIDEP). En cada fuente bibliográfica se hizo un análisis de contenido de categorías emergentes orientado al área temática de problema y motivos de consulta de salud mental de la población adolescente.

Finalmente se analizó una muestra de 40 fichas clínicas de consultantes adolescentes entre 10 y 24 años que fueron atendidos operando dentro del Modelo Estratégico Interaccional, de tres centros de atención psicológica: PSICOMED de Viña del Mar; Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Chile (CAPUCH) y Unidad de Salud Mental del Hospital FACH (Para detalle de la ficha clínica utilizada en este modelo psicoterapéutico ver anexo).

El método de muestreo fue intencional, según los criterios de accesibilidad y edad de los consultantes. En cada ficha se estudiaron todos los detalles del caso y especialmente los circuitos de mantenimiento del problema; se relacionó este análisis con los datos obtenidos en las etapas anteriores, haciendo analogía con los problemas frecuentes encontrados previamente, y se aplicó el esquema conceptual en que se enmarca esta investigación.

V. PROBLEMAS INVESTIGADOS:

En base a la búsqueda y revisión bibliográfica realizada en las principales fuentes de información de la Región Metropolitana e incluyendo además datos de algunos centros de atención de adolescentes, se desarrolló un análisis de contenido, estableciendo así diferentes categorías emergentes a partir de los datos encontrados a modo de la metodología cualitativa. Estas categorías se refieren a problemas y motivos de consulta del área de la salud mental frecuentes en la población adolescente chilena y latinoamericana y corresponden en su mayoría a las planteadas en el proyecto del presente estudio.

Cabe hacer notar que los datos consignados se refieren a la población que suele consultar en consultorios municipales y en general centros de atención orientados a los niveles socioeconómicos medio y medio-bajo. También es importante señalar que se consideró el rango más amplio de edad (10 a 24 años) en cuanto a la definición de adolescencia, puesto que los diferentes estudios abarcan distintos rangos de edad y en la presente investigación se pretendió englobar la mayor cantidad posible de éstos.

Mundialmente existe un interés y preocupación crecientes por la población joven y su problemática; tanto en Chile como en el extranjero, se ha investigado desde diferentes perspectivas psicológicas, sociales, biológicas, legales, etc. diversos aspectos relacionados con la adolescencia. Desde la perspectiva de la salud mental se destacan como áreas más problemáticas y por lo tanto, más estudiadas, las siguientes:

Problemas más directamente relacionados con factores socioculturales; consumo y abuso de sustancias; dificultades escolares y problemas que constituyen cuadros psicopatológicos.

1. PROBLEMAS MAS DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON FACTORES SOCIOCULTURALES:

Si bien en la ocurrencia y mantención de cualquier conflictiva interactúan factores y variables diversas, desde las político-económicas hasta las biológicas, pasando por factores socioculturales, existen problemas que tienen una relación más directa con condiciones de tipo sociocultural y que por lo tanto, han sido estudiados más frecuentemente desde dicha perspectiva. Dentro de éstos se encuentran: Problemas relacionados con la sexualidad; Accidentes, violencia y delincuencia, y Suicidio.

1.1 Problemas Relacionados con la Sexualidad :

La disminución de la edad promedio de menarquia y su consecuente distanciamiento de la edad promedio de matrimonio han resultado en un incremento de las relaciones sexuales a temprana edad sin mayor conocimiento de las consecuencias de esta conducta (documento N° 32, CEAP). En relación con estos cambios han aumentado los índices de problemas de salud pública como son: embarazo precoz, aborto, enfermedades de transmisión sexual y otros problemas más indirectamente vinculados con dicha situación.

La iniciación de relaciones sexuales varía en países y regiones reportándose que, generalmente los hombres tienen mayor porcentaje de relaciones premaritales, por

ejemplo en Brasil el 64% de los hombres de 15 a 17 años han iniciado su actividad sexual, en comparación con el 13% de las mujeres de esa edad (apunte MINSAL N° 21).

En una investigación realizada en Santiago se concluyó que el 31% de los varones había tenido relaciones sexuales completas antes de terminar la adolescencia, cifra que aumentaba a 45% cuando se trataba de juegos sexuales de un grado de mayor profundización (retting grado III); en las mujeres los porcentajes fueron 8% y 18% respectivamente, estos datos se han confirmado en otros estudios en diferentes zonas de Chile.

Es posible afirmar que existe vida sexual activa en un porcentaje importante de la población joven latinoamericana, que los involucra en un sector de riesgo, especialmente por la posibilidad de tener varias parejas en el curso de la vida. (apunte MINSAL N° 7).

Paralelamente diversos estudios han concluido que la información que los jóvenes tienen acerca de la sexualidad es escasa o errónea. En un estudio realizado en 300 adolescentes chilenas se determinó que existía desinformación e ignorancia sobresaliente acerca de su sexualidad; manejan conceptos erróneos sobre anatomía y fisiología genital y embarazo, ignoran que una relación sin penetración también puede resultar en embarazo y sustentan mitos sobre anticoncepción (Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, abril 1987). Una investigación realizada en Santiago muestra que los

jóvenes con menor información en reproducción y sexualidad tenían un inicio más precoz en sus relaciones sexuales como también mayor frecuencia de éstas. (Apuntes MINSAL Nº 7).

Un estudio realizado por Molina, Baechler y otros (cuadernos Médico-Sociales, 1982) con 262 adolescentes entre 12 y 18 años, mostró como resultado que un 80,5% de la muestra se autocalificó en un nivel alto y medio en cuanto a conocimientos sobre reproducción y sexualidad, sin embargo el test elemental sobre anatomía y fisiología de la reproducción reveló sólo 36,6% de respuestas correctas y algo menos de la mitad de la población presentaba creencias equívocas.

En otro estudio realizado por Ramiro Molina con adolescentes escolares ("Sexualidad en Adolescentes", 1986) se encontró una relación entre la falta de información sobre reproducción y sexualidad y la práctica más precoz y frecuente de la actividad sexual, siendo la falta de conocimientos facilitadora de conductas superficiales, de menos compromiso y consecuentemente de una práctica sexual menos responsable. En la investigación de Molina, Baechler y otros (obcit, 1982) se plantea que 13,7% de la muestra tenían experiencia sexual, de los cuales sólo la tercera parte usaba algún método anticonceptivo, el cual en la mitad de los casos fue recomendado por un amigo.

En un estudio realizado a 813 estudiantes universitarios (Cuadernos Médico-Sociales XXX, 2, 1989), sobre conducta sexual, se observó que el 67,95% de los

hombres y 29,22% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales, en cuanto a las razones para iniciarlas, un 78,2% de las mujeres lo hace por amor y el resto de las razones ocupa un lugar secundario, en los hombres un 51,23% lo hace por deseo, un 27,3%, por curiosidad y sólo un 16,56% lo hace por amor.

Con respecto a los principales temores experimentados en su primera relación coital, tanto para hombres como para mujeres el más importante es el miedo al embarazo (41,41% u 46,67% respectivamente); entre las mujeres un 36,67% le temen a la relación sexual y un 13,33% al fracaso en ésta. Entre los hombres, un 23,23% le teme al fracaso; un 21,21% a la relación misma y un 14,14% a adquirir alguna enfermedad venérea.

Un 75,37% de los hombres y un 76,92% de las mujeres no usaba ningún tipo de anticonceptivo, entre los hombres que sí utilizan algún método, el 60% recurre al uso de preservativos y entre las mujeres que utilizan anticonceptivos, 3% aproximadamente del grupo utiliza métodos naturales.

Según este estudio el perfil del grupo que ha tenido experiencia sexual, se describe como. con mayor frecuencia de masturbación, mayores oportunidades de contacto heterosexual, actitudes más liberales frente a la relación de pareja y a las relaciones sexuales en general; no creer que el matrimonio es imprescindible para lograr felicidad y justificar el aborto bajo ciertas circunstancias.

El sexo masculino y el no profesar religión también se correlacionan positivamente con tener experiencia sexual. Sólo un estudio de los revisados, publicado en 1980, revela que el nivel de conocimientos sobre sexualidad del adolescente en general es bueno, sin gran diferencia entre sexos y sin mayor relación con el nivel socioeconómico de los padres (Revista de Enfermería, 15 (63), 1980).

Los estudios anteriores aportan una visión que representa la actitud y la conducta en el área de la sexualidad, destacando que una proporción importante de los adolescentes comienzan tempranamente la adquisición de experiencia sexual conjuntamente con poseer un bajo nivel de información integral relativa a la sexualidad, lo cual repercute en la incidencia de otros problemas. Uno de éstos es el que dice referencia con embarazo precoz.

En América Latina la edad promedio de contraer matrimonio es de 20,5 años, edad que depende de la posibilidad de acceder a la educación media y superior, al empleo y al sitio de residencia, según datos de la OPS/OMS sobre salud reproductiva, la tasa de fecundidad en el grupo de 15 a 19 años, fluctúa en el período de 1985 a 1990 entre 61 y 133 por 1.000, tendiendo a declinar; aun así el número absoluto de hijos adolescentes aumenta por el incremento del total de población adolescente.

En algunos países de América Latina, hasta un 40% de los embarazos en adolescentes ocurren en menores de 18 años (apunte MINSAL N°21). En estos países

los nacimientos en madres menores de 20 años son el 14,5% habiendo cinco países que superan el 18% (OPS, CE 109/14, 1992).

El hijo de madre adolescente tiene generalmente mayor riesgo de tener bajo peso al nacer, mayor morbilidad y mayor riesgo de sufrir negligencia y maltrato, que el de madre mayor de 20 años. Por otra parte, la tasa de mortalidad materna por complicaciones del embarazo, parto y puerperio aparece en 19 países de la región como entre las cinco primeras causas de muerte de mujeres entre 15 y 24 años y en 11 de estos países es la primera causa de muerte en este grupo. En Jamaica por ejemplo, las mujeres embarazadas menores de 15 años, tienen una probabilidad de morir de 4 a 8 veces mayor que las de 15 a 19 años.

Los hijos recién nacidos de madres adolescentes también presentan mayores índices de mortalidad, por ejemplo en Cuba, la mortalidad perinatal resultado de embarazo en edades de 15 a 19 años, es de 33 por 1.000 nacidos vivos, en comparación a 14 por 1.000 nacidos vivos en el grupo de 20 a 25 años. (apunte MINSAL N° 21)

Otro de los riesgos relacionados directamente con el embarazo precoz, es el aborto, causa de mortalidad femenina de difícil medición, ya que los datos existentes disminuyen la magnitud del problema.

En las zonas urbanas de diez ciudades latinoamericanas, el aborto como causa

de mortalidad materna fluctúa entre el 13% y 53%.

En Santiago de Chile el 16% de las muertes de mujeres entre 15 y 24 años fue debido al aborto, la mayoría de ellas de zonas urbanas y solteras (Arroyo, T.; OMS, sin fecha).

Según datos de la OMS, 1992, un 30% de la mortalidad por aborto en América Latina se produce en mujeres menores de 24 años considerando también, que el uso del anticonceptivo en adolescentes es menor que el de las mujeres en general y las cifras son aún más bajas en áreas rurales.

Según lo planteado en la publicación de la Oficina Regional para las Américas (Washington D.C. EUA, 1985) se consideran factores de riesgo que aumentan la posibilidad de embarazo en la adolescencia:

- Nivel socioeconómico bajo y situación social carente de oportunidades de progreso y evolución.
- Inestabilidad familiar, familia con poca comunicación entre padres e hijos o enfermedades crónicas de uno de los padres.
- Madre con historia de embarazo adolescente y/o embarazo adolescente de la hermana.
- Embarazo previo.
- Presiones por parte de grupo de pares.

- Disminución del valor de la dignidad como prerrequisito para el matrimonio.

Por otra parte el embarazo precoz repercute en la interrupción de la escolaridad de la madre, disminución de expectativas laborales, interrupción de actividades y relaciones grupales de los jóvenes, pérdida de autonomía e hijos con menos apoyo afectivo y económico, ofreciendo así al adolescente, un futuro incierto.

Otra consecuencia de la práctica temprana y sin un nivel adecuado de conocimientos y formación en sexualidad, es el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Se ha visto que en la última década ha crecido la incidencia de estas enfermedades, especialmente la Gonorrea; el aumento registrado ha sido significativamente mayor para el grupo joven que para la población en general. La incidencia de estas enfermedades es más alta en el grupo de 20 a 24 años, seguido por los de 15 a 19 años y luego el grupo de 25 a 29 años; la tasa de morbilidad total es más alta en hombres, sin embargo las complicaciones de estas enfermedades son más severas en mujeres, en parte debido a que los hombres acuden con mayor prontitud a diagnóstico y tratamiento. (apunte N°21, MINSAL)

Según una publicación de la oficina regional de la OMS (Arroyo, T.; OMS; sin fecha), en los Estados Unidos más de 2/3 de los casos de Gonorrea le ocurren a

menores de 25 años; en Venezuela los varones de 10 a 19 años, tuvieron un 53% de aumento en la tasa de esta enfermedad, en tanto que para la población total aumentó sólo en un 10%, en la última década.

Un estudio en nueve países latinoamericanos señala que la Gonorrea y la Sífilis adquirida en el grupo de 15 a 19 años presenta una distribución similar entre varones y mujeres, lo que no sucede con grupos de edad mayores, en los cuales hay una incidencia mayor en el sexo masculino; también se apunta que en el grupo universitario se calcula que un 25% de la población estaría afectada por alguna enfermedad venérea.

Una enfermedad que ha ocasionado creciente preocupación por parte de distintos investigadores del área de la salud, es el SIDA. Se calcula que al menos el 50% de los infectados a nivel mundial con este virus, son menores de 25 años.

Dentro de los casos ratificados, los casos de adolescentes son el 4% en los países de la Región, de las Américas, con excepción de Honduras (8,3%) y EE.UU. (9,8) (OPS C.E. 109/14, 1992).

Los adolescentes no solamente están expuestos a daño producto de sus propias conductas en el aspecto sexual, sino que también son un sector que frecuentemente sufre las consecuencias de la actitud y el comportamiento sexual de otros. En éstas se cuenta el abuso físico, psicológico y sexual de adolescentes. Según lo afirmado en el

trabajo de E. ERDÖS, se observa mayor incidencia de agresiones sexuales en los grandes centros urbanos. La gran mayoría de las víctimas oculta el delito por temor a las represalias del agresor o debido a lo traumatizante de la investigación policial. Datos estadísticos norteamericanos señalan como grupo de mayor incidencia a niñas entre 14 y 17 años, sin mencionar un número exacto; luego aparece el grupo de 10 a 14 años con un 25% y finalmente un 10% en menores de 10 años. Datos de 1986 entregan una incidencia de agresiones sexuales en niños y hombres jóvenes que fluctúan entre 17% y 25%.

En Santiago, entre 1979 y 1988, las denuncias se han mantenido relativamente constantes en aproximadamente 1.000 casos anuales, las más frecuentes son por violación y abusos deshonestos. La mayor incidencia de violaciones se presenta en el grupo de 15 a 19 años; de abusos deshonestos, en el grupos de 5 a 9 años, y de sodomía en el grupo de 10 a 14 años (Revista chilena de Enfermedades de Transmisión sexual Vol. 5 (3), 1990).

A diferencia de los casos de abuso sexual infantil, en los que el victimario generalmente es un conocido; los casos de violación a adolescentes con frecuencia tienen un perpetrador extraño, desconocido por la víctima, aunque también existen casos en que se trata de incesto o de violación en una cita.

La mayoría de los casos incluyen violencia física, amenaza de ésta, o de

abandono. ("Manual de Medicina de la Adolescencia", OPS/OMS, 1992)

Los casos de violación son habitualmente cometidos por menores de 30 años, mientras que el incesto Padre - Hija, por hombres entre 30 y 50 años. Este último tiempo ha aumentado el número de abusos sexuales cometidos por menores, especialmente en Centros de Reclusión, aunque no se conocen cifras al respecto.

En el trabajo de Erdös se describe un estudio realizado entre 1988 y 1989, en un total de 149 pacientes mujeres menores de 20 años, consultantes en el Departamento de Ginecología Forense del Instituto Médico Legal. De esta muestra, 149 eran agresiones únicas (violación) y 100 agresiones reiteradas (incesto y abusos deshonestos). Las violaciones fueron denunciadas mayoritariamente por niñas entre 15 y 17 años, casi todas eran estudiantes, solteras, sin haber iniciado su vida sexual, especialmente de estrato socioeconómico bajo y extrema pobreza y más de la mitad provenía de familias desestructuradas o irregularmente constituidas.

Aparte de las secuelas psicológicas, se puede mencionar el contagio de enfermedades de transmisión sexual y el riesgo de embarazo, en este estudio se encontró en 11% de embarazo, por todo lo cual es fácil apreciar que estas pacientes necesitan de múltiples servicios (legal, psicológico, médico, etc.)

De todo lo expuesto anteriormente es posible concluir la importancia de una

adecuada formación de la sexualidad y la necesidad de educación sexual integral, ya que si bien los problemas descritos son generalmente abordados desde una perspectiva médica, se puede apreciar que están estrechamente vinculados con la actitud, información y comportamiento de la población en cuanto a este aspecto, especialmente del sector adolescente, que como se planteó, está alta y frecuentemente expuesto.

1.2 Accidentes, Violencia y Delincuencia

Los tiempos modernos se han caracterizado por una marcada velocidad en los cambios sociales, los cuales han influido de manera importante en los adolescentes y jóvenes de las Américas.

La rapidez de estos cambios involucra hondas diferencias entre una generación y otra, condicionando nuevas pautas en el comportamiento de todos los grupos sociales y modificando las normas y valores por los cuales se guían. Frecuentemente se da un desequilibrio entre la velocidad con que se conducen los cambios y la rapidez de incorporación y asimilación de las nuevas pautas. Quienes sufren esta situación de manera más intensa son los adolescentes y jóvenes, teniendo como consecuencia, el convertir este período de la vida en uno de los que se afrontan mayores tensiones.

Las situaciones de pobreza crítica, la desintegración de las familias y las altas tasas de crecimiento, generan una patología social importante.

En la adolescencia es característica la búsqueda de novedades y la exposición a riesgos, esta tendencia explicaría la elevada mortalidad y morbilidad por causas violentas durante esta etapa. Las conductas que surgen en este período pueden convertirse en hábitos que determinarán la salud o enfermedad durante la etapa adulta.

Las más importantes causas de muerte entre los 10 y 24 años en la Región de las Américas son accidentes, homicidios y suicidios, siendo los accidentes la primera causa de muerte en todos los países latinoamericanos excepto en Colombia, donde la primera causa es el homicidio.

En América Latina, casi un 50% del total de muertes de jóvenes entre 10 y 19 años se deben a accidentes, un gran porcentaje de éstos, asociado a comportamientos riesgosos de los jóvenes (Oficina Regional de la OMS para las Américas, 1985). La mortalidad por accidentes de tránsito aumentó entre la década de los cincuenta y la década de los setenta, un 600% en México, 250% en Venezuela y 210% en Chile. En Estados Unidos ocurren 14.000 defunciones anuales de jóvenes por causas accidentales, por cada una de ellas se producen de 10 a 15 lesionados graves y de 30 a 40 lesiones leves. Los accidentes de trabajo, muertes por inmersión, quemaduras, catástrofes, etc. no parecen afectar especialmente a este grupo etario. (apunte N°21, MINSAL)

Los accidentes pueden también dejar secuelas muy graves y en cuanto a las muertes, se considera que en su mayoría son claramente evitables; según datos de la

OMS (ob cit, 1985) la mortalidad entre los jóvenes ha aumentado en un 11% en los últimos veinte años.

Dependiendo de una variedad de factores, la necesidad de experimentación y las conductas riesgosas pueden llevar a problemas graves como son el comportamiento violento e incluso delictual durante la adolescencia. Dentro de estos factores cabe mencionar: la influencia de condiciones de vida en situaciones de extrema pobreza y con deficiente saneamiento ambiental, un medio familiar desfavorable, factores resultantes de la explosión demográfica, migración hacia las ciudades, confrontación entre nuevos valores adquiridos por la juventud y los valores tradicionales, y factores resultantes de las condiciones de empleo (OMS, 1985).

Gran parte de las conductas violentas se concentran en sectores poblacionales bien delimitados, frecuentemente tienen un contexto de marginación, se dan en estratos socioeconómicos bajos, en los cuales existe poco o ningún acceso a oportunidades de progreso, siendo notorias la cesantía, la deserción escolar y el subempleo. Se presentan también situaciones de subculturas juveniles en que se transgreden grupalmente normas sociales y se logra una identidad basada en comportamientos violentos y/o delictuales del grupo.

En los adolescentes carentes económica, social y familiarmente, que se encuentran en un proceso de confusión o ambigüedad en la identidad; la violencia, la

delincuencia y el homicidio pueden parecer la única posibilidad adaptativa. Su sociedad y familia les proporcionan el medio propicio para dichas conductas y formas de sobrevivencia. ("Manual de Medicina de la Adolescencia", OPS, OMS, 1992)

Según datos de la Oficina Regional de la OMS, las muertes por homicidio constituyen una de las principales causas de defunción en 15 países de la Región, en el grupo de 15 a 24 años y son más elevadas para los hombres entre 20 y 24 años. En un trabajo publicado por Yunes y Primo, los homicidios aparecen en 4,6% de las muertes en el grupo de 10 a 14 años y con un 5,7% en el grupo de 15 a 19 años para América de Sur, en 1977 (OPS, OMS, ob cit, 1992).

En cuanto a delincuencia, diversas investigaciones plantean que los adolescentes que incurrir en estas conductas, provienen especialmente de zonas socialmente desorganizadas y económicamente carenciadas, tales como las zonas urbano-marginales.

Se calcula que aproximadamente un 10% de los jóvenes de países latinoamericanos, son referidos al sistema policial antes de cumplir 18 años. Estos jóvenes presentan características comunes: tienden a ser más rencorosos, violentos, impulsivos, con bajo nivel de autocontrol y autoestima, provienen de hogares destruidos donde la actitud de los padres hacia los hijos se caracteriza por crueldad, descuido y hostilidad mutua, a esto se agrega vida de extrema pobreza, alta movilidad geográfica y social, pertenencia a

minorías y carencia de lazos afectivos con otras personas. (Oficina Regional de la OMS, 1985)

1.3 Suicidio

El suicidio es una importante causa de muerte entre adolescentes y jóvenes; junto con homicidio son la segunda causa de muerte entre los hombres jóvenes y la tercera o cuarta causa entre mujeres jóvenes de las Américas (Asociación de Protección a la Familia, 1991). En esta Región las muertes por suicidio se mencionan entre las cinco primeras causas de muerte en 10 países, en el grupo de 15 a 20 años y a menudo se relacionan con la ingestión de alcohol y drogas (Arroyo, T.; OMS, sin fecha).

En nuestro país los suicidios se incluyen dentro del rubro "accidentes, envenenamiento y violencia" por lo cual no se sabe qué porcentaje dentro de este rubro corresponde a suicidio de adolescentes.

Según lo citado por Acle y otros, las conductas suicidas aumentan en la edad juvenil, principalmente en épocas de depresión económica; guerra; cambios poblacionales; familiares; sociales; escolares; etc. (Holinger, 1979 y Holinger y Offer, 1982, en Acle y otros, 1984).

Se han planteado otros factores que guardan relación con la conducta suicida,

tales como: aumento en las tasas de desempleo; mayor disponibilidad de armas de fuego; menos importancia de la religión y de otros sistemas valóricos que prohíben el suicidio; mayor incidencia de abuso infantil y aumento de uso de alcohol y otras sustancias químicas ("Manual de Medicina de la Adolescencia", OPS, OMS, 1992).

Se ha enfatizado en diversos estudios la discriminación entre suicidio e intento de suicidio, teniendo este último una proporción mucho mayor y presentándose además característicamente en sectores diferentes de la población. Entre los adolescentes el número de intentos suicidas es mucho más alto que el de suicidios, llegando a una proporción de 100:1 según Acle, Berger, González y Montabán (1984). Además se ha afirmado que el número de muertes por suicidio tiende a ser mayor en los hombres quienes suelen preferir armas de fuego y por otra parte, los intentos de suicidio sin muerte son más frecuentes en las mujeres, las cuales prefieren alguna forma de envenenamiento (Arroyo, T.; OMS; sin fecha). Según se ha citado en Acle y otros (ob cit, 1984), la proporción hombres - mujeres de intentos de suicidio sería de 1:3 (sours, 1973), en cambio la proporción hombres - mujeres de suicidios llevados a cabo es de 2 ó 3:1 (Otto, 1973; Holinger, 1979; Holinger y Offer, 1982), principalmente en grupos mayores de 14 años.

Según datos de la OMS, el suicidio tiene mayores índices en jóvenes estudiantes que en quienes no estudian. Las tasas más altas en las Américas se encontrarían en Cali, Bogotá, Caracas y Ciudad de Guatemala.

Según lo descrito por Sohrens (1987) en Chile, entre los principales factores desencadenantes del suicidio se encuentran los problemas de relaciones interpersonales, los conflictos y frustraciones tanto en la escuela como en la familia, en relación a la cual otro estudio, realizado con mujeres jóvenes, señala que la joven suicida generalmente proviene de hogares desestructurados o familias inestables donde la madre es percibida como sobreprotectora, deprimida o enferma o bien represiva y el padre es visto como ausente o débil y menos frecuentemente, como autoritario y distante (Roosevell, Casoria, Knobel, OPS, 1985).

En otra publicación se mencionan entre los factores relevantes relacionados con la familia: la existencia de suicidios en familiares, historia familiar de desorden afectivo y la existencia de armas de fuego o sustancias químicas en el hogar ("Manual de Medicina de la Adolescencia; OPS/OMS; 1992). Confirmando muchos de los planteamientos anteriores, un estudio exploratorio realizado con familias de jóvenes suicidas por Sohrens (ob cit, 1987) arroja datos como: la mayoría era soltero y vivía con sus padres (64%); hijos de padres casados (62%); de familias numerosas (39%); con algún pariente cercano que se había suicidado (45%); carecían de actividad laboral o escolar en la mitad de los casos y existía conflicto o peleas familiares (20%).

Siguiendo la línea de buscar características asociadas o corelacionadas con la conducta suicida, se han descrito las siguientes: sexo masculino, raza blanca, existencia de un intento de suicidio previo, existencia de planificación con la intención de suicidarse,

antecedentes de descontrol de impulsos anterior, carecer de pareja y de hijos, vivir en ciudades de alta densidad poblacional, proceder de un hogar destruido, tener una enfermedad física, no profesar religión, estar en situación de crisis económica y consumir alcohol u otras sustancias también se menciona repetidamente como un factor que se relaciona positivamente con la posibilidad de ejecutar conductas suicidas. ("Manual de Medicina de la Adolescencia", OMS, 1992) (Stengler y Otros, en Sohrens, 1987).

Finalmente, se han mencionado cuadros que presentan mayor riesgo de ejecutar conducta suicida, tales como esquizofrenia; desórdenes afectivos, especialmente depresión; dependencia de sustancias y trastorno conductual.

En relación a lo anteriormente expuesto es posible concluir la existencia de sectores de la población que presentan más alta probabilidad de incurrir en este tipo de conducta; diversos estudios han determinado situaciones características y estructurado perfiles de factores con mayor asociación a la conducta suicida. Entre éstos destacan: inestabilidad familiar, consumo de alcohol o sustancias químicas y existencia de suicidio en la familia. Se ha considerado de importancia factores socioculturales como la industrialización, la migración con cambios consecuentes de normas y hábitos, y crisis económica y desempleo; todos estos elementos conforman un estilo de vida estresante con déficit de redes de apoyo para el individuo, lo cual se ve acentuado en la adolescencia que, como es sabido, se caracteriza por ser una etapa de confusión y cambios; es así como varios autores han considerado que la conducta suicida en el adolescente

puede constituir una llamada de atención y una petición de ayuda a sus conflictos, como también una forma de manejar el ambiente cuando éste se presenta frustrante, lo cual es común en el caso de problemas familiares o desilusión sentimental.

Los factores socioculturales conforman un contexto para los hábitos y estilos de vida de las personas, los cuales se tornan especialmente difíciles de enfrentar en los grandes centros urbanos y con las condiciones de vida existentes en Chile y en general en países latinoamericanos. Estos hábitos y estilos tendrán influencia importante en la calidad de vida que se tenga en la adultez, por lo cual la adolescencia constituye una etapa relevante en relación con la adquisición de conductas tanto adaptativas como desadaptativas y es durante esta etapa donde la prevención se hace necesaria para evitar la consolidación de hábitos en que tendrán posteriormente consecuencias de desadaptación, enfermedad y muerte.

2. CONSUMO Y ABUSO DE SUSTANCIAS

El problema de alcoholismo y consumo de sustancias constituye un importante factor de preocupación de la salud pública y médico-psicosocial tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Este problema tiene consecuencias importantes en lo inmediato, ya que por ejemplo se ha visto que en una alta proporción de accidentes y hechos de violencia se encuentra involucrado el consumo de alcohol o de alguna droga; y a largo plazo se le vincula tanto con el proyecto de vida futuro, como con mortalidad adulta prematura y con diversas afecciones en etapas posteriores de la vida. Se ha calculado que alrededor de 30% de la mortalidad adulta prematura se debe al efecto sólo del alcohol y el tabaco, tóxicos legales que habitualmente se empiezan a consumir en la adolescencia, etapa de las que muchos efectos mórbidos se sufren posteriormente, lo cual dificulta la cabal comprensión y toma de conciencia por parte de los jóvenes acerca de los riesgos que asumen y el peligro al que se están exponiendo. Actualmente muchos estudios hacen notar que dicho consumo se está masificando, ya que cada vez el inicio es más precoz, ha aumentado en el sexo femenino, se ha extendido geográficamente y se da una tendencia al poliabuso.

En este estudio se abordará por separado para fines de mayor claridad el consumo de alcohol, de drogas ilegales y de tabaco.

2.1 Consumo de Alcohol

El alcohol es la sustancia de la que abusan con más frecuencia los adolescentes en Latinoamérica. Los patrones patológicos tienen su base en la adolescencia y la juventud y se manifiestan varias décadas más tarde; se ha demostrado que los adolescentes prefieren el consumo intensivo y esporádico, en compañía del grupo de pares y fuera de su casa. Los hombres consumen alcohol con más frecuencia y en mayor cantidad que las mujeres, existiendo diferencias importantes entre países (apunte MINSAL N°21).

Existen en Chile investigaciones que aportan datos coincidentes con los mencionados, como el estudio de Fernández (1986) que concluye que el porcentaje más alto de bebedores excesivos se da en los varones, que son miembros de un grupo informal, que presentan gran extensión de contactos sociales y que también habitualmente pertenecen a grupos compuestos mayoritariamente de hombres. Afirma además este estudio que la autorización a consumir alcohol no se relaciona significativamente con el sexo sino más bien con la edad del joven. El porcentaje de bebedores excesivos y de abstemios se da principalmente en el estrato socioeconómico medio-bajo y bajo, estrato en el que también se da un mayor control por parte de los padres. En el estrato medio existía el mayor porcentaje de bebedores moderados, de los cuales el 60% cuenta con autorización de sus padres para consumir alcohol. El 60% de los padres de los adolescentes de estrato medio consumía alcohol sin embriagarse. La principal

conclusión de este estudio es la existencia de una correlación directa entre los hábitos de ingestión de alcohol de los adolescentes y las pautas de consumo de sus padres y pares (Fernández, A.; Tesis Universidad de Chile, 1986).

Se describe que los jóvenes ingieren alcohol por las mismas razones que los adultos, es decir, por disminuir las inhibiciones sociales, para procurarse placer, para facilitar las relaciones con sus pares y además como símbolo de madurez, siendo esto último más propio de los hombres que de las mujeres (apunte MINSAL N°21). Si bien se afirma que no todos los jóvenes que consumen alcohol se convierten en su adultez en bebedores problema o alcohólicos; existen datos alarmantes de la población latinoamericana: Chile tiene la tasa más alta de cirrosis hepática del mundo (166,2 por 100.000); en Brasil el 42% de los ingresos a clínicas psiquiátricas fue debido al alcoholismo y en Chile el 36,4% de los egresados del Hospital psiquiátrico manifestaban síntomas alcohólicos; en Perú los datos de la policía señalan que el 11% de los detenidos por embriaguez tiene menos de 21 años de edad.

Otras causas de muerte relacionadas con alcoholismo, son los suicidios y homicidios, tal como se consignó en el capítulo respectivo. En Colombia el 17% de los homicidios estaba asociado a la ingestión de alcohol; en Chile, según datos de 1964, el 52% de los crímenes contra las personas y el 25% de los suicidios también involucraba dicho consumo (Arroyo, T, OMS, sin fecha).

Se ha observado un inicio precoz en el consumo de alcohol, según el estudio de Fernández (obcit, 1986) a los nueve meses de edad el 50% de los niños de nivel socioeconómico bajo y medio-bajo, ya habrían consumido alcohol, porcentaje que tiende a aumentar entre el año y medio y los dos años de edad (entre 70% y 90%).

Asimismo, un estudio realizado en adolescentes escolares de Ñuñoa (Fontecilla; 1992) menciona cifras aunque menos alarmantes, igualmente importantes: un 75,2% de la muestra había iniciado la ingesta antes de los 15 años.

En un estudio basado en una encuesta a estudiantes de segundo año medio del sur de Chile, se obtuvo que el 91% de la población estudiada había ingerido bebidas alcohólicas desde temprana edad, comenzando en sus casas (32,6%) o en las de familiares (14,9%) y teniendo como acompañantes a padres, familiares o amigos en un 54,6% (Peñailillo, Valdés; Cuadernos Médico - Sociales, 1985).

Según datos de la OMS, diversas estadísticas muestran un aumento del consumo de alcohol en los últimos veinticinco años, sin embargo una investigación realizada en Chile por Palaviccini y Legarreta (CEAP, documento N°32), en que comparan el hábito de beber entre 1958 y 1982), mostró que los porcentajes globales de alcoholismo y bebedores excesivos, no habían variado de manera significativa, presentándose si importantes cambios en la distribución etaria de este hábito; los bebedores problema aumentaron de 2,7% a 5,3%, en los sujetos entre 15 y 19 años y los considerados

alcohólicos de este mismo grupo, aumentaron de 0,4% a 2%.

Se ha realizado gran cantidad de investigaciones, en diferentes sectores de la población adolescente: un estudio realizado en Talca en 1980, mostró que el 70,7% de los adolescentes escolares han presentado síntomas de embriaguez, otro estudio con alumnos de 4º a 8º año básico de Santiago Centro, arrojó un 13% de hombres bebedores excesivos y un 3% de mujeres de este mismo grado. Otra investigación realizada por Florenzano y cols, en 1981, encontró uso frecuente de alcohol en un 14,5% de los casos (Fernández, ob cit, 1986). En el trabajo de Lailhacar (1980) en el área Norte de Santiago, aparece un 17,4% de bebedores excesivos.

En 1980, Florenzano, Mantelli, Madrid y cols estudiaron el consumo en adolescentes de cuatro liceos de diferentes ubicación y nivel socioeconómico de la Región Metropolitana, encontrando que el 70,5% había consumido alcohol, de los cuales el 1,9% se embriagaba más de una vez por semana (CEAP, documento N°32). En el informe de Florenzano de 1991, sobre una investigación realizada con jóvenes de La Pincoya, aparece un 16% de la muestra como consumidores habituales de alcohol (Florenzano, R; Proyecto CHI/89/385, 1991).

Repetto y Cols (1983) encontraron en estudiantes secundarios de la comuna de La Reina, un 12,3% de bebedores anormales varones y sólo un 0,7% de mujeres. Se detectaron también deficiencias significativas entre liceos fiscales y colegios particulares,

presentándose un mayor porcentaje de bebedores excesivos en estas últimas, lo cual coincide con la existencia de mayor consumo de alcohol el nivel socioeconómico más acomodado; como se afirmó en la investigación de Florenzano, Mantelli, Madrid y Cols (1980). Todos los datos anteriores muestran la gravedad y magnitud del problema entre los adolescentes y las distintas variables que en éste juegan un rol importante.

En síntesis, es posible concluir que diversos estudios coinciden en afirmar la importancia del uso del tiempo libre y de las relaciones familiares, entre otros factores, en las pautas de consumo de los adolescentes. Se ha visto que las relaciones familiares son conflictivas en un porcentaje mayor entre los consumidores frecuentes que entre los ocasionales o los no usuarios, también se ha planteado que el medio familiar y social tiene estrecha relación con la conducta que éste asuma frente al alcohol. Otro punto en el que las investigaciones presentan acuerdo es en la frecuencia del poliabuso, es decir, el abuso de alcohol y de otras sustancias por parte del mismo individuo; cuyo consumo también ha sido objeto de gran cantidad de estudios.

2.2 Consumo de Drogas

Según es vista por muchos y relevantes autores, entre ellos Armando Roa, la adolescencia en nuestra cultura se caracteriza por ser una etapa en la que se experimentan preocupaciones por la apariencia física, se aparenta gran seguridad, ocultando los miedos, se necesita ser admirado y en ocasiones irrumpen bruscamente

los impulsos de todo tipo. En este contexto se da una amplia incorporación a grupos o bandas cerradas, cuyas conductas responden a situaciones en que los jóvenes no saben qué hacer. Así, el consumo de drogas surgiría al existir falta de comunicación con padres y educadores, teniendo un efecto liberador, usándose generalmente por curiosidad, miedo o protesta y soliendo abandonarlas al cabo de un año.

En la región de Las Américas y en el mundo, el consumo de sustancias psicoactivas ha aumentado; entre 10% y 30% de los adolescentes tienen o han tenido experiencia de consumo, frecuentemente éste comienza en esta etapa del desarrollo, aunque su cronicidad se presenta posteriormente, según lo planteado por la OMS. Además de sentirse aislados del hogar, escuela y familia, la cual suele tener serios problemas, los usuarios de drogas se relacionan con amigos que las consumen usualmente; muchas veces también los padres son dependientes del consumo de alcohol, drogas ilegales y tranquilizantes.

Se sabe que el uso combinado de diferentes drogas, potencia el efecto de éstas. El Cannabis es la droga más usada por los jóvenes en el mundo y suele asociarse al tabaco y al alcohol, entre las mujeres su uso varía en diferentes regiones. La Heroína es el derivado de Opio de mayor uso entre los jóvenes urbanos de países desarrollados y también en algunos en desarrollo, se asocia a desempleo y privación social. La Cocaína y el "Crack" se han extendido por disminución de su precio y aumento de la oferta. Algunos usuarios de Cocaína o Heroína, usan concomitantemente, fuertes dosis

de otros fármacos. Se ha visto también que la inhalación de pinturas, gomas y solventes orgánicos, se da mayormente en la pre-adolescencia y primera etapa de la adolescencia y en especial en niños de estratos pobres de zonas urbanas (Roa, A.; 1984) (apunte MINSAL N°21).

Con respecto al uso de drogas, en la mayoría de los casos el joven no es un drogadicto, sólo prueba la droga instado por su grupo de pares: El abuso puede presentar síntomas de diverso tipo: cutáneos, respiratorios, cardiovasculares, gastrointestinales, genitourinarios, nerviosos, psiquiátricos, etc. Para llegar a este punto, el adolescente pasa por un proceso progresivo, sintetizado por Mc Donald, el cual consta de cuatro etapas:

- Etapa 0: El adolescente es vulnerable, siente curiosidad acerca del uso de drogas.
- Etapa 1: El adolescente está aprendiendo el uso de drogas.
- Etapa 2: El adolescente busca los efectos de la droga y adquiere sus propios suministros.
- Etapa 3: El adolescente está ensimismado y concentrado en sus cambios anímicos y se ha hecho fármaco-dependiente (el uso de drogas es necesario para mantener el bienestar).
- Etapa 4: El adolescente está en el último estado de la farmaco-dependencia, (crónico), sufren a menudo un síndrome cerebral orgánico.

(Arroyo, T; OMS; sin fecha) ("Manual de Medicina de la adolescencia", OPS/OMS; 1992).

En muchas investigaciones se han determinado factores que influyen en el inicio y en la mantención del consumo de drogas, entre éstos están: curiosidad; necesidad de pertenecer, vincularse e identificarse con un grupo; uso de drogas por parte de padre o pares; búsqueda de nuevas experiencias y cambios afectivos o perceptivos; expresión de independencia u hostilidad; necesidad de autoafirmación resultado de baja autoestima; disminución de timidez y/o ansiedad en situaciones sociales; alivio de una situación estresante y escape de la realidad ("Manual de Medicina de la adolescencia", OPS/OMS; 1992) (Valderrama, R; Iñigo, E; Tesis para optar al título de Psicólogo, U.CH., 1986) (Oficina Regional de la OMS para Las Américas, 1985). A estos factores se pueden agregar circunstancias propiciatorias como facilidad para obtener la droga y mayor aceptación social de su uso.

En lo referente a la prevalencia del consumo y abuso de drogas, es posible afirmar y en esto concuerdan todos los estudios revisados, que se trata de un fenómeno que va en aumento, en especial durante la adolescencia. Se ha demostrado también que los hijos de padres consumidores son más proclives a convertirse en consumidores; este problema es de especial relevancia en países desarrollados; en un estudio realizado por la DEA (División Estatal sobre Abuso de Drogas del Estado de Nueva York) en 1984 con estudiantes, se vio que el 25% consume alcohol junto con marihuana, un 6% con cocaína y un 11% con otras drogas; sin embargo también presenta graves indicadores

en nuestro país y en Latinoamérica, en general.

Una investigación desarrollada por Maddaleno (Maddaleno, "Salud Familiar", Facultad de Medicina, Universidad de Chile, CPU, 1986) acerca de problemas de salud del adolescente, menciona que en 1980 la tasa de consumo de marihuana en el grupo de 10 a 19 años, se calculaba en un 6,9% en cuanto a consumo ocasional y en 4% de consumidores frecuentes, y el consumo ocasional de Neoprén se calculó en 2,7%, porcentaje que aumentaba a 10% en niveles socioeconómicos más bajos.

Otro estudio realizado por Florenzano con un grupo de 39 jóvenes del sector La Pincoya, mostró un 56% de consumidores habituales de droga, porcentaje que se desglosaba en consumo de marihuana (19 casos); Neoprén (9 casos); Anfetaminas (3 casos) y Flunitrazepán (2 casos). Del grupo de consumidores, cinco consumían sólo un tipo de droga, siete consumían dos tipos de drogas, seis usaban tres tipos de drogas y dos casos usaban cuatro tipos de drogas. Además se consideró que existía dependencia psicológica en un 55% de los casos y ningún caso de dependencia física. Los niveles de adaptabilidad (según DSM-III) de la muestra con mayores frecuencias, fueron nivel medio (38%) y mediocre (36%), lo cual corresponde a un cierto deterioro de las relaciones sociales, laborales, escolares y/o de tiempo libre.

En cuanto a la estructura y funcionamiento familiar, un 77% de la muestra tenía una familia nuclear completa y un 23% no contaba con esta, sin embargo el 69% de la

muestra reportó un funcionamiento familiar disfuncional (dificultades de comunicación, no asunción de roles correspondientes, carencia de expresión de afecto y modelos parentales no adecuados). Finalmente, la propositividad vital, otra variable cualitativa considerada, en el 54% de la muestra fue escasa o ninguna (Florenzano, R; Informe del Evaluador Externo, Proyecto CHI, 1991).

En otro trabajo realizado por G. Adriasola en el Centro de Adolescente de Las Condes, se afirma que 22 casos de una muestra de 156 adolescentes consumen drogas (especialmente marihuana) más de una vez por semana y un 18% consume marihuana y tranquilizantes (Adriasola, G. Cuadernos Médico-sociales vol. XXV N°3, 1984). Otro dato referido al nivel de consumo en sectores de Santiago, es el hallazgo de un 17,5% de consumidores de marihuana por lo menos una vez a la semana, en 1985 en La Reina (CEAP, documento N°28), también con respecto a La Reina, Repetto y Cols en 1983 encontraron en estudiantes secundarios, un 1,6% de consumidores ocasionales y un 0,8% de consumidores habituales de sustancias químicas, de las cuales la más consumida es la marihuana (Fernández, tesis para optar al grado de Licenciado en Sociología, Universidad de Chile, 1986).

Florenzano, Mantelli, Madrid y cols en 1980 encontraron un 7,3% de consumo de marihuana, un 2,5% de tranquilizantes y un 1,9% de estimulantes; en cuatro liceos de diferente nivel socioeconómico de la Región Metropolitana (CEAP, documento N°32). Según lo mencionado por Adriasola, en el Centro del Adolescente de Las Condes en

1984, el consumo de sustancias psicotrópicas tiene la segunda frecuencia entre los diagnósticos ingresados, un 32,8% declaró haber consumido o consumir sustancias psicotrópicas y un 5,6% tomaba tranquilizantes. Existía además un 18% de casos de consumo excesivo de alcohol y marihuana. En cuanto a consumo ocasional existía paridad entre hombres y mujeres, en cambio en consumo de alto riesgo se reporta que había un 73,3% de hombres y sólo un 26,7% de mujeres.

El 45,1% de los consumidores tenía problemas familiares serios en contraposición a un 20,7% que no presentaba problemas familiares; por otra parte sólo un 25% de los consumidores no presentaba problemas escolares.

Un 25% de los sujetos que presentaban síntomas de ansiedad y angustia consumía sustancias psicotrópicas y el mismo porcentaje de consumo se daba entre quienes presentaban síntomas depresivos. Plantea también que al parecer los jóvenes inician más tempranamente el consumo que las jóvenes y perseveran más hacia la adicción (Adriasola y otros, Cuadernos Médico-sociales XXVI N°31, 1985). En un estudio con adolescentes marginales de Santiago sobre consumidores de Flunitrazepam, se estableció que todos los sujetos de la muestra eran desertores del sistema escolar, la mayoría tienen antecedentes de trastorno conductual y/o de aprendizaje y se encuentra carente de actividad estable, todos presentaban poliabuso (tabaco, alcohol, marihuana, neoprén). Sus familias se caracterizaban por ser incompletas mayoritariamente, con dinámica alterada y de nivel socioeconómico bajo, en un número importante

de ellas también había un bebedor problema (Florenzano y otros, Revista Médica 116, 1988).

Con respecto a las familias de jóvenes adictos, se ha planteado también que las madres suelen ser aglutinadas, sobreprotectoras y permisivas con sus hijos; los padres tienden a ser desligados, débiles, poco comprometidos y a menudo presentan problemas de ingestión excesiva (Estudio de Stanton, Todd y Ass de 1982 en Sarquis y Zegers, "La Salud del Adolescente en Chile", CPU, 1988).

Se ha planteado repetidamente que el consumo de drogas ilícitas es más habitual en concentraciones urbanas, en cambio, variables como el grado de educación y el nivel intelectual, no guardan relación con el uso y tipo de drogas de los sujetos.

Valderrama e Iñigo describen en su tesis las características psicológicas de una muestra de consumidores de cannabis, mencionan entre otras, falta de iniciativa y apatía, actitud oposicionista hacia las normas del medio, sugestionabilidad aumentada y dependencia del exterior, baja tolerancia a la frustración, dificultad para postergar gratificación, presencia de elementos ansiosos en el contacto interpersonal (Valderrama e Iñigo, Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, 1986).

En síntesis, es posible afirmar que una variable de relevancia es el ambiente familiar, ya que en un número importante de los casos de consumidores habituales de

sustancias existen dificultades con los padres, de los padres entre si, o crisis familiar crónica. Otras variables consideradas como fundamentales son la pertenencia o no al sistema escolar y la relación del sujeto con este medio en los casos de pertenencia, y las características del grupo de pares al cual el adolescente pertenece. En un grado menor pero significativo se detecta la presencia de alteraciones psicológicas (psicosis, desordenes afectivos, trastorno conductual, etc.).

Se ha visto que mientras más temprano es el consumo, mayores son el impacto y las secuelas y más probable también es que se incurra en poliabuso de tóxicos, el cual es frecuente entre los adolescentes. A pesar del gran interés que concita el tema del consumo y abuso de drogas en la adolescencia, existe un estudio en adolescentes acerca de la percepción de sus necesidades, intereses y problemas, que entre sus conclusiones afirma que de las áreas exploradas, la que registró menor preocupación fue el uso de sustancias químicas (Florenzano y Cols, III Jornadas de Salud Pública, en APROFA, 1991).

2.3 Consumo de Tabaco

Al tratarse de un hábito permitido por la ley, aceptado ampliamente por la sociedad e incluso muy difundido e instado por los medios de comunicación; el consumo de tabaco ha sido objeto de muchas investigaciones, al menos en lo que dice relación con la adolescencia. Fumar tabaco es la forma más común y extensamente usada de consumo

de drogas por la población en general y constituye, junto con los accidentes, la causa de defunción prevenible más importante en los países desarrollados.

El hábito durante la adolescencia es más frecuente en las mujeres, al tratarse de la población europea y norteamericana; en cambio en Latinoamérica y el Caribe, lo es en los hombres, sin embargo la tendencia en la iniciación del hábito en los jóvenes, es cada vez más importante en el sexo femenino que en el masculino. En las mujeres este hábito durante la adolescencia y la juventud aumenta el riesgo de aparición de cáncer en la adultez y en quienes usan anticonceptivos orales aumenta la posibilidad de enfermedad cardiovascular en etapas posteriores. El tabaquismo durante el embarazo aumenta el riesgo perinatal a cualquier edad. El componente activo de la Nicotina es altamente activo y libera opiáceos endógenos, hormona del crecimiento, vasopresina y cortisol. Los efectos inmediatos de la Nicotina incluyen taquicardia, arritmia, elevación de la presión arterial y reducen el transporte de oxígeno.

Entre las consecuencias a mayor plazo del uso de tabaco se encuentra: cáncer al pulmón, esófago, laringe y vesícula y la enfermedad de la arteria coronaria.

En los adolescentes que usan marihuana y otras sustancias a menudo el primer paso hacia la experimentación fue dado por el hábito de fumar, así, el uso de drogas es mucho menor entre los adolescentes que no fuman que entre los que sí presentan dicho hábito ("Manual de Medicina de la Adolescencia", OPS/OMS, 1992) (Apunte MINSAL

Nº21).

En una investigación en jóvenes entre 16 y 21 años en EE.UU. se encontró que un 37% consumía alcohol y tabaco (Arroyo, T; OMS, sin fecha). Datos de la OMS señalan que en 1985 existían al rededor de 55% de hombres y 40% de mujeres en Perú que presentaban el hábito en el grupo adolescente; en este mismo grupo lo sigue Cuba con aproximadamente 40% de hombres y 30% de mujeres (Apunte MINSAL Nº21).

Finalmente, una investigación en nuestro país, realizada por Adriasola, determinó un 44% de la muestra de adolescentes que inició el consumo de tabaco antes de los 13 años y un 82% antes de los 16 años (Adriasola, G; cuadernos Médico-sociales vol. XXI Nº3, 1984).

Según lo señalado en publicaciones del Departamento de Salud, Educación y Bienestar social de los EE.UU. de América, todos los días empieza a fumar una gran cantidad de jóvenes entre 12 y 18 años. Los hábitos de los padres y familiares en general parecen influir en la iniciación del consumo. Si bien los adolescentes tienen conciencia de los peligros para la salud que conlleva el uso de tabaco, la mayoría cree que no se convertirá en un problema de salud para ellos, al menos a corto plazo.

Los desórdenes por abuso de sustancias constituyen una entidad multideterminada, en la cual se pueden distinguir elementos biológicos, psicológicos, conductuales, del

ambiente familiar y socioculturales.

Según lo planteado por Florenzano, Gazmuri y Carrasco (Florenzano, Gazmuri, Carrasco; CPU, 1992). Se debe diferenciar el uso del abuso de sustancias el primero parece estar directamente relacionado con influencias sociales, en cambio el abuso, tiene una relación más cercana con procesos psicológicos internos.

Es posible aislar según se ha reportado tres tipos diferentes de factores que se vinculan al consumo y abuso de sustancias:

- A. Biológicos: influencia de transmisión hereditaria, mayor tolerancia a dependencias físicas y mayor facilidad para liberar endorfinas.
- B. Psicológicos: déficit en las áreas afectivas, baja autoestima, bajo número de relaciones sociales y/o relaciones sociales poco satisfactorias, síntomas o cuadros depresivos y traumas a temprana edad.
- C. Ambientales: influencia de la socialización temprana del hábito con modelos consumidores, ambiente familiar inestable, diferencias culturales, red social inmediata, profesiones de mayor riesgo, falta de oportunidad e inestabilidad social, nivel socioeconómico (dependiendo de la sustancia), controles legales, influencia de los medios de comunicación, actitud permisiva de los padres y relación padres adolescentes.

3. DIFICULTADES ESCOLARES

Según se afirma en un documento del Centro de Estudios en Atención Primaria (documento CEAP N°32), una de las más frecuentes causas de derivación a especialistas de la salud mental consiste en la obtención de calificaciones inferiores a la capacidad intelectual del adolescente, es decir, bajo rendimiento escolar, el cual se presenta en al rededor de un 25% de los adolescentes escolares; esta dificultad escolar, junto con otros problemas escolares relacionados, tales como trastornos de aprendizaje y problemas de conducta, constituyen el objeto de análisis en el desarrollo del acápite presente.

Es común observar que el desempeño escolar deficiente es un factor que suele asociarse con problemas de depresión, delincuencia juvenil y uso de alcohol y drogas, lo cual hace relevante el estudio de dicho problema; sin embargo en la revisión de investigaciones sobre problemas en la etapa adolescente, se pudo advertir que al tema de las dificultades escolares se le ha dedicado una menor atención con respecto a otros temas, esta situación se presenta también a nivel de la población en general. En una investigación de Kaempffer y Medina realizada en 2.074 personas en hogares del gran Santiago, no se encontró la existencia de percepción cultural de enfermedad frente a trastornos de conducta y dificultades de aprendizaje (Pediatria 25 (12), 1982), lo cual hace suponer que no se les otorga especial importancia.

Se han relacionado con las dificultades escolares, dificultades psicológicas como

déficit atencional, de concentración o de aprendizaje, secundarias a inmadurez neurológica o a patrones disfuncionales de interacción.

Entre las dificultades más comunes, se encuentra el déficit atencional en el cual, según lo planteado en el Manual de Medicina de la Adolescencia, se distingue una forma primaria que se manifiesta por poca atención a los detalles, tendencia a distraerse, impulsividad e inquietud, inconstancia en la realización de tareas, poca capacidad de organización y reducción de la capacidad de trabajo. Su forma secundaria se distingue por la presentación de los síntomas solo en determinados momentos o condiciones y se encuentra asociada a ansiedad o a dificultad para asimilar información. Entre el 50% y el 70% de los niños a los que les fue diagnosticado el problema entre los 6 y los 12 años, siguen presentando cierta dificultad en la adolescencia cuando se trata del síndrome de déficit atencional, el cual incluye factores conductuales, emocionales y neurológicos, se estima que entre 3% y 10% de los varones tiene el problema, en las mujeres la frecuencia es seis veces menor, con respecto a esto, estudios prospectivos señalan que de cada tres adolescentes con síndrome de déficit atencional, uno permanecerá con algunos síntomas en la adultez ("Manual de Medicina de la Adolescencia", OPS/OMS, 1992).

Otras dificultades que afectan el desempeño del adolescente en la escuela son: problemas para recuperar la información aprendida, los cuales son importantes en esta etapa, ya que el trabajo escolar a estos niveles exige mayor recuperación de conoci-

mientos previos que en los niveles anteriores; problemas de déficit de lenguaje en sus aspectos comprensivo y expresivo, los cuales si son muy marcados repercutirán en las relaciones sociales y adaptación futura del adolescente; dificultad en la comprensión de conceptos abstractos y de deducción, las cuales cobran importancia en los estudios secundarios y podrían provocar atrasos en asignaturas como matemáticas, ciencias y otras.

Problemas de coordinación visomotora fina, que implican gran tensión al participar en actividades que exigen lenguaje escrito; problemas para organizarse en cuanto al tiempo, al material escolar, etc., los cuales provocan errores por falta de revisión y vigilancia adecuadas de la tarea que se está realizando; problemas para entablar y mantener buenas relaciones con sus compañeros, los que afectan de forma importante al adolescente, dada la influencia que los pares cobran en esta etapa.

En cuanto a trastornos específicos de aprendizaje, se pueden presentar en los adolescentes, dislexia, disgrafía y discalculia que afectan el rendimiento, la adecuada conducta en la sala de clases y la motivación por el estudio de ciertas asignaturas o en general. En cuanto a esta última, en un estudio en adolescentes escolares de la comuna de La Reina sobre sus preocupaciones, necesidades e intereses, se vio que la preocupación por el estudio tienen una relación inversa con la preocupación por actividades sociales, los autores lo relacionan con desinterés por el futuro en lo vocacional o laboral, el cual aumenta paradójicamente hacia el final del colegio,

habiéndose constatado un fenómeno similar en un trabajo realizado con estudiantes de medicina.

Además, se agregaría a lo anterior que los hábitos de estudio son inadecuados, ya que un número importante de los sujetos solía estudiar sólo antes de pruebas o exámenes (documento CEAP N°15) ("Manual de Medicina de la Adolescencia"; OPS/OMS, 1992).

Otro problema relacionado con la escuela, es la fobia escolar, la que consiste en la presentación de sintomatología ansiosa en la víspera o al comienzo del período o del día escolar, a menudo se manifiesta como somatización y por lo general el problema radica en dejar la casa en la semana; los motivos varían, aunque frecuentemente se trata de una preocupación o fantasía del paciente, existe también con estas conductas un beneficio secundario al ser el centro de atención y cuidados especiales, en muchos casos hay además un trasfondo de enfermedad depresiva.

En el adolescente se caracteriza, a diferencia de otras fobias, porque el paciente no admite o no tiene claro a qué le teme, atribuyendo a una enfermedad el no poder asistir a la escuela y no a que no quieran hacerlo.

En lo que se refiere a dificultades escolares, investigaciones realizadas en Chile muestran que este problema se encuentra entre las primeras frecuencias de consulta.

Según un trabajo de Guajardo y otros señala que las principales consultas dentro del área intelectual se refieren a alteraciones en la concentración, bloqueo frente a las pruebas y mal rendimiento escolar en general, lo cual es corroborado por Peláez citando entre los primeros lugares de consulta de varones los problemas de rendimiento escolar y de conducta (Cuadernos Médico-sociales XXIV/2/1983) (Revista chilena de pediatría 56 (2), 1985).

En un estudio realizado por Adriasola en el Centro del Adolescente de Las Condes se plantea además que la mayoría de los adolescentes con desórdenes mentales presentan problemas escolares de rendimiento y/o mala conducta (cuadernos Médico-sociales vol. XXV Nº 3, 1984). En otra investigación en que se revisaron 450 fichas de pacientes entre 11 y 20 años, se encontró que los trastornos de aprendizaje presentaban la tercera frecuencia de consulta con un 10% (Montenegro, Romero, López; II Jornadas Chilenas de Salud Pública, 1982).

En un trabajo desarrollado en la VII Región del país, entre 1980 y 1982, los trastornos de aprendizaje constituían un 7,1% de las consultas entre la población consultante en psiquiatría infantil y de adolescencia en el Servicio de Salud de la región (Cuadernos Médico-Sociales XXIV/2/1983).

En cuanto a la búsqueda de factores etiológicos para estos problemas se ha planteado que tienen gran importancia los factores biológicos, sin embargo existirían

factores psicológicos que influyen en la gravedad y persistencia del problema, entre éstos se mencionan: falta de apoyo ambiental, alta expectativa de los padres en cuanto al desempeño escolar, problemas familiares, mala calidad de la enseñanza y factores socioeconómicos ("Manual de Medicina de la Adolescencia"; OPS/OMS; 1992).

4. PROBLEMAS QUE CONSTITUYEN CUADROS PSICOPATOLÓGICOS

De acuerdo a lo expuesto en diversas publicaciones de la OMS, los problemas de salud de la adolescencia y la juventud se caracterizan por una alta carga psicosocial y una baja incidencia de trastornos orgánicos. Las principales causas de enfermedad observadas en este grupo etario son los accidentes, las infecciones ligadas a la reproducción y los trastornos mentales y psicosociales. Además se ha calculado que aproximadamente el 15% de los adolescentes entre 10 y 19 años necesitan de alguna intervención terapéutica (apunte MINSAL N°21) (Oficina Regional de la OMS para Las Américas, 1985).

En lo que se refiere a nuestro país, existen muchas investigaciones que muestran la incidencia de los problemas de tipo psiquiátrico, psicológico y psicosocial en esta etapa de desarrollo. El conocido estudio de Ana María Kaempffer (1982), al analizar los motivos de consulta en un consultorio especializado de libre acceso, determina que el 22,9% corresponde a causas mentales, constituyendo al primer lugar entre dichos motivos y seguido de consultas polistintomáticas, endocrino-nutricionales, genitourinarias y otras. La investigación de López y otros (1985) en relación con morbilidad consultada por adolescentes en atención primaria, ubica a las enfermedades mentales en el tercer lugar entre los motivos de consulta en distintos consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

En una investigación realizada en dos consultorios de adolescencia del área Oriente de Santiago, aparecen en primer lugar las enfermedades mentales en relación a los motivos de consulta; con respecto a causas de consulta según diagnóstico médico, también las enfermedades mentales se ubican en primer lugar (15%). (Becerra, C; Maddaleno, M; 1988) (López y otros; Revista Chilena de Pediatría 56(5), 1985) (Documento CEAP N°15). En el programa de salud mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud, de 1987 se afirma que los adolescentes demandan un 15% de la atención en los establecimientos urbanos de atención primaria, en este grupo etario las consultas por problemas psiquiátricos ocupan el sexto lugar, significando el 7% del total de consultas.

En general, en las investigaciones revisadas, autores como Rojas y cols; Vargas y Cols; Guajardo y Del Solar y Cols; sitúan a las causas mentales, psiquiátricas o psicológicas, dentro de los primeros tres lugares entre los motivos de consulta, representando importantes porcentajes (Asociación de Protección a la familia, 1991).

Al caracterizarse por alteraciones conductuales variables, la adolescencia presenta mayor dificultad en cuanto a la definición del límite entre la normalidad y la patología, se agrega a este problema, el hecho de que no existe consenso absoluto en cuanto a la definición de los diagnósticos ni a la nomenclatura que se emplea para referirse a éstos, es decir, existe un problema semántico proveniente del uso de diferentes criterios de clasificación diagnóstica para los mismos síntomas o quejas.

Dada esta situación, en el presente trabajo se optó por referirse a los cuadros psicopatológicos más mencionados en las investigaciones revisadas y por definirlos desde el punto de vista del DSM-III-R, ya que se trata del criterio más usado y que cuenta con mayor consenso dentro del medio de los profesionales de la salud mental. Cabe hacer notar además que en las investigaciones revisadas en general sólo se analiza la incidencia de diversos cuadros entre la población adolescente, sin entrar en mayor detalle con respecto a variables relacionadas.

4.1 Trastorno de Conducta

Definición: "La sintomatología esencial de este trastorno consiste en un patrón persistente de conducta en el que se violan los derechos básicos de los demás y las normas sociales apropiadas a la edad. Este patrón de conducta se da en casa, la escuela, con los compañeros o en la comunidad" (DSM III-R, 1988, pag. 65). La agresión física hacia otros o hacia la propiedad ajena es frecuente, al igual que el robo y las mentiras. Como sintomatología asociada se menciona el uso de tabaco, alcohol o fármacos y la conducta sexual precoz; se presenta también baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, temperamento irascible y temeridad.

Prevalencia e incidencia en cada sexo: Se estima que sufren este trastorno aproximadamente el 9% de los varones y el 2% de las mujeres menores de 18 años.

El trastorno de conducta es una de los dos diagnósticos más mencionados en las investigaciones revisadas, si se incluye dentro de éste, tanto alteraciones conductuales como de personalidad ya que, de acuerdo con lo expuesto en el Manual de Medicina de la Adolescencia, el diagnóstico de desorden de personalidad es discutible en esta etapa de desarrollo ya que la estructura de personalidad por definición es inestable y no está totalmente consolidada aún ("Manual de Medicina de la adolescencia", OPS/OMS, 1992), por lo tanto en este estudio se decidió incluir los datos que mencionan trastornos de personalidad como diagnóstico de casos de adolescentes, en el acápite sobre trastornos de conducta.

Según las investigaciones revisadas se trataría de casos que comienzan frecuentemente en la niñez o adolescencia terapéutica, tienden a ser intranquilos, pelean habitualmente y a veces presentan conductas delictuales. Existen casos que presentan fluctuaciones anímicas rápidas, inestabilidad marcada, agresión fácil, conductas violentas o suicidas y tendencia al consumo de sustancias químicas. Este cuadro presentó el segundo lugar de frecuencia (17%) entre los motivos de consulta de 408 pacientes de 11 a 20 años atendidos en un Centro especializado. Según datos aportados por Vega, Triviño y Hollstein, los trastornos de conducta y los trastornos de personalidad suman un 17,7% y son la cuarta frecuencia diagnóstica de los servicios de Psiquiatría del Hospital Calvo McKenna y El Salvador entre 1979 y 1980. Además, en el Consultorio Alejandro Del Río, tanto en el año 1989 como 1990, el Trastorno Conductual aparece con la tercera frecuencia diagnóstica, con alrededor de 22% y en el año 91 aparece con la segunda

frecuencia entre los diagnósticos (23,26%).

En síntesis las investigaciones coinciden en señalar este diagnóstico como dentro de los problemas que originan importante número de consultas; situándolo entre las primeras frecuencias diagnósticas, con porcentajes que bordean el 20% (Montenegro; Romero y López; II Jornadas chilenas de Salud Pública, 1982) (Vega; Triviño y Hollstein; 1978) (Trabajo Psicólogos Unidad de Adolescencia, Consultorio Alejandro del Río, Puente Alto, años 1989, 1990, 1991) (Peláez; Luengo; Revista chilena de Pediatría 56(2), 1985) (Adriasola; Alvo; Justiniano y Larraín; Cuadernos Médico-Sociales Vol. XXVI N°3, 1985) (Adriasola, G; Cuadernos Médico-Sociales Vol. XXV N°3, 1984) (Guajardo; Oñederra, Henríquez y Adaros; Cuadernos Médico-Sociales Vol XXIV N°2, 1983)

4.2 Trastornos por Ansiedad en la Infancia y la Adolescencia

Definición: "Esta subclase incluye trastornos en los que la ansiedad es el fenómeno clínico predominante. En las dos primeras categorías, el Trastorno por Angustia de Separación y el Trastorno por Evitación en la Infancia o la Adolescencia, la ansiedad aparece frente a situaciones específicas. En la tercera categoría, el Trastorno por Ansiedad Excesiva ("overanxious disorder"), la ansiedad está generalizada a una gran variedad de situaciones.

Trastorno por Angustia de Separación

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en una ansiedad excesiva de por lo menos dos semanas de duración, relacionada con la separación del niño de las personas que se halla vinculado" (DSM-III-R, 1988, pag. 71)

Prevalencia: Aparentemente este trastorno no es raro y aparece en la misma proporción en ambos sexos.

Trastorno por Evitación en la Niñez o en la Adolescencia

"La sintomatología esencial de este trastorno consiste en una excesiva conducta de evitación, que se manifiesta en el contacto con personas desconocidas y que tiene la importancia suficiente como para interferir la vida social con los compañeros y que por lo menos dura seis meses. Todo ello unido a un claro deseo de mantener relaciones interpersonales con personas conocidas, como compañeros y miembros de la familia" (DSM-III-R, 1988, pag. 75-76)

Prevalencia: Este trastorno es poco frecuente, es más habitual en el sexo masculino.

Trastornos por Ansiedad Excesiva

"La sintomatología esencial de este trastorno consiste en una ansiedad o

preocupación excesiva o no realista, que dura seis meses o más. Un niño con este trastorno tiende a ser extremadamente cauteloso y a preocuparse de los acontecimientos futuros, como exámenes, posibilidad de sufrir lesiones, o ser aceptado en las actividades de grupo que organizan los amigos. Se preocupa asimismo del cumplimiento de obligaciones, como acabar tareas a tiempo, llegar a las citas o cumplir con las labores domésticas, e incluso puede preocuparse por conductas del pasado". (DSM-III-R, 1988, pag. 77)

Prevalencia: Este trastorno no es infrecuente y se da por igual en ambos sexos.

Este diagnóstico, nominado de diferentes formas es, al igual que Trastorno de Conducta, el más mencionado en las investigaciones revisadas. Aparece, según estas, a edades tempranas interfiriendo en el rendimiento o asistencia escolar, o en el desempeño social adecuado.

Según el "Manual de Medicina de la Adolescencia"; la alteración más frecuentemente diagnosticada dentro de estos cuadros, es el desorden por separación. ("Manual de Medicina de la Adolescencia"; OPS/OMS; 1992).

Cabe señalar que en este acápite se están incluyendo los datos que corresponden al diagnóstico de Neurosis, ya que la sintomatología común a éstas es la ansiedad como fenómeno clínico esencial, y se consideró más pertinente a dicha sintomatología un

cuadro perteneciente a los Trastornos de Inicio de la Infancia, Niñez o Adolescencia.

Investigaciones realizadas en diversos consultorios de adolescentes arrojan los siguientes datos:

El nerviosismo fue el motivo de consulta más frecuente, con un 52% del total de consultas de adolescentes en un centro especializado. Otro estudio, cuyo propósito fue cuantificar la incidencia de desórdenes mentales en los adolescentes consultantes, menciona que los trastornos por ansiedad y angustia constituyen el 10,8% del total de los motivos, sin mayor diferencia entre hombres y mujeres (Montenegro; Romero; López; II Jornadas chilenas de Salud Pública, 1982) (Adriasola, Alvo; Justiniano; Larraín, Cuadernos Médico-Sociales Vol. XXVI N°3, 1985).

Según Maddaleno ("Salud Familiar", C.P.U., 1986), los síntomas de Angustia se presentan en el 68% de la población adolescente escolar; asimismo Guajardo y otros mencionan que las principales causas de consulta en el área emocional son hipersensibilidad y crisis nerviosa (Guajardo; Oñederra; Henríquez y Adaros; Cuadernos Médico-Sociales Vol XXIV N°2, 1983).

Los estudios revisados concuerdan en que la Neurosis es el diagnóstico único más frecuente, asignándole porcentajes importantes tanto en relación a enfermedades mentales, como a enfermedades generales, esto se ve ejemplificado por el estudio de

Kaempffer y Medina, donde las Neurosis se encuentran dentro de los tres primeros lugares de prevalencia tanto en las enfermedades agudas, como en las crónicas (García, Soto, Sepúlveda; Cuadernos Médico-Sociales Vol XXIV N°2; 1983) (López y otros; Revista Chilena de Pediatría 56(5), 1985) (Programa de Salud Mental, Ministerio de Salud, 1987) (Vega; Triviño y Hollstein; 1987) (Kaempffer; Medina; Pediatría 25(12), 1982)

4.3 Trastornos Adaptativos

Definición: "La sintomatología esencial de estos trastornos consiste en una reacción desadaptativa ante un estrés psicosocial identificable, que se presenta durante los tres meses siguientes a la aparición de éste. La naturaleza desadaptativa de la reacción está indicada por dos tipos de características; una, por la incapacitación en la actividad social o laboral (incluida la vida académica); la otra, porque los síntomas son excesivos respecto a la reacción normal o esperable frente al estrés... Se supone que la alteración remitirá después de que cese el estrés o si el estrés persiste, cuando se consiga en nuevo nivel de adaptación" (DSM-III-R, 1988, pag. 395)

Las manifestaciones de este trastorno son variadas. Cada tipo específico representa un cuadro clínico predominante que a veces corresponde a síndromes parciales de trastornos específicos. Este trastorno puede empezar a cualquier edad.

Estos trastornos pueden presentar diversos síntomas y manifestarse de diferente manera dependiendo de las características del individuo y del período en que surge dentro de la adolescencia. Se pueden presentar demostraciones de mal genio, especialmente hacia familiares; retirada pasiva de intereses o actividades habituales; encierro en si mismo o en general síntomas de tipo depresivo; fluctuaciones en el ánimo y nivel de actividad.

A edades mayores, los estresores suelen ligarse a la tarea de consolidación de la identidad en sus diversos aspectos; por lo que pueden surgir síntomas ante el ingreso a estudios superiores, elección de trabajo, profesión o pareja, o bien ante la sensación de conflictos valóricos propios de esta etapa. ("Manual de Medicina de la Adolescencia"; OPS/OMS; 1992)

Según un estudio de Adriasola y otros, en que se cuantificó la incidencia de los desórdenes mentales en el Centro de Adolescentes Las Condes, el diagnóstico médico de desadaptación afectó al 50,8% del total y a un número importante de los varones de la muestra. Se menciona que la edad promedio de hombres y mujeres es aproximadamente 15 años y que aproximadamente el 80% presentó problemas escolares o familiares, especialmente estos últimos. Se vio también que el mayor consumo de sustancias psicotrópicas entre los distintos diagnósticos, se da en desadaptación, con 29,1% (Adriasola y otros; Cuadernos Médico-Sociales vol. XXVI N°3; 1985). Un estudio del mismo autor en el mismo Centro en 1983, menciona que los problemas predominan-

tes de los consultantes son mentales, siendo la reacción adaptativa la más frecuente (Adriasola, G; Cuadernos Médico-Sociales vol. XXV N°3, 1984)

Este cuadro ha sido señalado entre los tres primeros lugares entre diagnósticos por distintos investigadores, asignándole porcentajes cercanos al 20% (Vega; Triviño y Hollstein; 1978) (Montenegro; Romero; López; II Jornadas chilenas de Salud Pública; 1982) (García; Soto; Sepúlveda; Cuadernos Médico-Sociales; vol. XXIV, N°2, 1983) (documento CEAP N°28).

4.4 Esquizofrenia

Definición: "La sintomatología esencial de este trastorno consiste en la presencia de síntomas psicóticos característicos durante la fase activa de la enfermedad y en un deterioro del nivel previo de actividad (en los niños o adolescentes dificultad para alcanzar el nivel de desarrollo social adecuado), con una duración mínima de seis meses, que puede implicar síntomas prodrómicos o residuales característicos. En alguna de las fases de la enfermedad esquizofrénica se encuentran siempre ideas delirantes, alucinaciones, o ciertas alteraciones características del contenido y curso del pensamiento. El diagnóstico sólo se establece si no puede demostrarse que una causa orgánica inició y mantuvo la alteración. Tampoco se establece este diagnóstico si los síntomas responden a un Trastorno del Estado de Animo o a un Trastorno Esquizoafectivo". (DSM-III-R, 1988, pag. 227)

"Síntomas característicos que implican múltiples procesos psicológicos: siempre se encuentran alteraciones características en alguna de las siguientes áreas: contenido y curso del pensamiento, percepción, afectividad, sentido del yo, voluntad, relación con los demás y conducta psicomotora. Ninguno de estos síntomas está siempre presente o se encuentra únicamente en la esquizofrenia" (DSM-III-R, 1988, pag. 228).

Prevalencia: En Europa y Asia los estudios realizados arrojan un índice de prevalencia entre 0,2% y 1%. Estudios hechos en EE.UU. señalan índices más altos.

Incidencia: No se aprecian diferencias de sexo.

Según se señala en el Manual de Medicina de la Adolescencia, la Esquizofrenia es la psicosis funcional más importante, comienza frecuentemente en la edad juvenil y su diagnóstico es difícil ya que puede simular varios otros cuadros, por lo tanto la única manera de confirmarlo es mediante el seguimiento continuo, evitando diagnósticos precipitados que rotulen y estigmaticen al joven (Manual de Medicina de la Adolescencia; OPS/OMS, 1992).

De acuerdo a datos proporcionados en el Programa de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud de nuestro país, la psicosis tendría un 0,8% de prevalencia entre los trastornos mentales en la población adolescente (Programa de Salud Mental y Psiquiatría, Ministerio de Salud, 1987). Datos correspondientes a consultas ambulatorias

en consultorios del sector sur-oriente de Santiago, durante 1990, indican para el diagnóstico de psicosis un 0,1% de las consultas infanto-juveniles.

Otro estudio en distintos centros de atención señalan porcentajes algo mayores para este cuadro; en un estudio realizado en el Hospital del Salvador en 1986, en que se analizan diagnósticos específicos aparecen las psicosis con una incidencia de 9,2% en la Unidad de Adolescencia de dicho establecimiento. Una investigación de Vega, Triviño y Hollstein realizada en el área oriente de Santiago indica un 6,1% para el diagnóstico de psicosis en la población adolescente consultante.

En cuanto a casos hospitalizados en el sector norte de Santiago en 1989, un 21,6% de éstos correspondía a casos de Psicosis diagnosticados en la población infanto-juvenil consultante. En un trabajo desarrollado por Adriasola, Alvo, Justiniano y Larraín; que se proponía cuantificar la incidencia de los desórdenes mentales y relacionarlos con otras variables, en el Centro del Adolescente Las Condes, se encontraron siete casos de Esquizofrenia y rasgos esquizoides en un total de 250 casos estudiados; los cuales se caracterizaron por un alto grado de problemas familiares y escolares y en su mayoría desertaron del tratamiento. (Centro de documentación e información médica internacional de Laboratorio Recalcine, 1991) (documento CEAP N°32) (Vega, Triviño y Hollstein, 1978) (Adriasola y otros, cuadernos Médico-Sociales vol. XXVI N°3, 1985)

El diagnóstico de Psicosis es un cuadro que se menciona con cierta frecuencia en las investigaciones revisadas y la que fue seleccionada en el presente estudio, la Esquizofrenia, es una alteración que típicamente comienza en la adolescencia y podría presentar repercusiones graves en el desarrollo del individuo que la padece; sin embargo, dichas investigaciones en general no otorgan porcentajes importantes de incidencia en los adolescentes estudiados.

4.5 Trastornos Depresivos (en Trastornos del Estado de Animo)

- Depresión mayor episodio único.
- Depresión mayor episodios recurrentes.

Definición: "La sintomatología esencial de la Depresión Mayor consiste en uno o más episodios depresivos mayores, sin una historia de episodio maníaco o de episodio hipomaníaco inequívocos" (DSM-III-R, 1988, pag. 274).

- Episodio Depresivo Mayor:

Definición: "La sintomatología esencial de un episodio depresivo mayor, consiste en un estado de ánimo deprimido (en los niños o adolescentes, puede ser un estado de ánimo irritable) o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo. Los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes, esto es, aparecen durante la mayor parte del día, casi cada día por un período de dos semanas como mínimo. Los

síntomas asociados incluyen alteración del apetito, cambio en el peso, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de irritabilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio" (DSM-III-R; 1988; pag. 262).

Existen formas de presentación propias de las distintas etapas de desarrollo, en los adolescentes puede aparecer una conducta negativa, transgresión de normas sociales, consumo de sustancias; pudiendo atribuirse estos síntomas a otros diagnósticos. Pueden manifestarse sentimientos de no ser comprendidos o aprobados, desgano, retraimiento de las actividades familiares y sociales, descuido del aspecto personal, dificultades escolares y una actitud general de irritabilidad.

Según se señala en el DSM-III-R, el diagnóstico diferencial entre Depresión Mayor y distimia es difícil, ya que ambos comparten síntomas muy similares, dándose la diferencia en cuanto a duración y gravedad: la depresión mayor consiste en uno o más episodios depresivos que pueden diferenciarse de la conducta habitual del sujeto, mientras que la distimia se caracteriza por un síndrome depresivo leve, crónico y de larga data (un año para los adolescentes).

Los estudios clínicos epidemiológicos más recientes han demostrado que éste es uno de los diagnósticos más frecuentes entre los jóvenes, quienes habitualmente pueden

verse aburridos, intolerantes a la soledad, comportándose de forma promiscua en lo sexual, conduciendo descuidadamente y mostrando desinterés por los estudios. En relación con esto último, en un estudio realizado en la Universidad de Harvard por Nicholi se encontró que la causa más frecuente de abandono de estudios universitarios eran cuadros depresivos muchas veces no reconocidos como tales ("Manual de Medicina de la Adolescencia"; OPS/OMS; 1992).

De acuerdo a estimaciones del Ministerio de Salud, un 15% de la población escolar presentaría trastornos psíquicos manifestados en alteraciones conductuales, retraimiento y oscilaciones en el ánimo. Además, según Guajardo y otros, la hipersensibilidad es una de las principales causas de consulta en el área emocional. (Programa de Salud Mental y Psiquiatría, Ministerio de Salud, 1987) (Guajardo; Oñederra; Henríquez; Adaros; cuadernos Médico-Sociales vol. XXIV N°2, 1983).

Maddaleno, con respecto a los problemas de los adolescentes relacionados con aspectos psicológicos y sociales, afirma que las depresiones ocasionales se dan en un 36% de la población escolar. Datos sobre la atención ambulatoria del área oriente de Santiago indican que la depresión constituye un 8% de las consultas en este sector. En el Centro del Adolescente Las Condes dicho diagnóstico se registró en un 6,4% del total de consultas. ("Salud Familiar"; CPU, 1986) (Centro de documentación e información médica internacional de Laboratorios Recalcine; 1991) (Adriasola y otros; Cuadernos Médico-Sociales vol. XXVI; N°3; 1985).

El diagnóstico de Depresión presenta, en base a la revisión de las investigaciones, porcentajes variables de incidencia, lo cual hace posible suponer que, dadas las características del cuadro en la adolescencia, sus síntomas pueden haber sido atribuidos a una diversidad de otros diagnósticos.

4.6 Trastornos por Somatización (en Trastornos Somatoformes)

Definición: "La sintomatología esencial de este trastorno consiste en síntomas somáticos recurrentes y múltiples, a veces de muchos años de duración, para los que se ha buscado todo tipo de ayuda médica, sin que en apariencia se deban a ningún trastorno somático" (DSM-III-R, 1988, pag. 313).

Los síntomas suelen comenzar en la adolescencia, estando entre los síntomas de inicio más precoz las alteraciones menstruales, cefaleas, dolores abdominales, crisis o síntomas depresivos u otros.

Prevalencia: índices variables, entre 0,2% y 2%. Se da mayoritariamente en el sexo femenino.

De acuerdo a las investigaciones revisadas, es posible afirmar que los síntomas funcionales constituyen una de las causas más frecuentes de consulta médica por parte de los adolescentes. En general, ante la percepción de estos trastornos, el adolescente

tiende a deprimirse, aislarse y no acatar las instrucciones médicas.

Las alteraciones pueden situarse o afectar a distintos sistemas orgánicos. Dentro de los más comunes se encuentran: la cefalea, la cual es más frecuente en las adolescentes mujeres, dándose una proporción de 3,5:1 en relación al sexo masculino. Se ha señalado su mayor prevalencia en un tipo de personalidad descrito como: tímida, pulcra, de buenas maneras, sumisa, rígida, obstinada con inteligencia superior al promedio y buen desempeño académico. El dolor torácico recurrente rara vez tiene relación con causas cardíacas, sin embargo es percibido por los adolescentes como síntoma de una enfermedad grave. El dolor abdominal recurrente es frecuentemente de origen funcional y desconocido y se considera equivalente al colon irritable de los adultos. El dolor perivitalno recurrente, cuya causa más habitual es la dismenorrea, se presenta entre el 5% y 10% las mujeres adolescentes.

Los dolores generalizados generalmente son intensos e interfieren con las actividades normales, presentando múltiples ubicaciones en el organismo.

En muchas ocasiones las alteraciones mencionadas pueden corresponder a la forma de expresión de una depresión en el adolescente.

Investigaciones realizadas en centros correspondientes al Servicio de Salud de distintas áreas de Santiago otorgan a estos trastornos porcentajes variados. En una

investigación en el área occidente, el colon irritable y otros trastornos digestivos funcionales, ocupaban el 28% de los diagnósticos de enfermedades mentales. En el área norte, en 1989, los trastornos psicofisiológicos representaban el 5,5% de las consultas ambulatorias. En el área oriente en 1980 estos trastornos constituían el 2,2% de los trastornos psiquiátricos no psicóticos. Otra investigación en este mismo sector, en 1985, señala para estas alteraciones un 11,9% de las consultas. ("Manual de medicina de la adolescencia"; OPS/OMS; 1992) (López y otros; Revista Chilena de Pediatría 56(5); 1985) (Centro de documentación e información médica internacional de Laboratorios Recalcine; 1991) (Vega; Triviño y Hollstein; 1978).

5. PREOCUPACIONES Y MOTIVOS DE CONSULTA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL CONSULTANTE ADOLESCENTE

Al revisar las investigaciones encontradas acerca de problemas de salud mental en adolescentes, se observó que en su mayoría los estudios trataban y enfocaban el tema desde el punto de vista de quien estudia, diagnostica y trata al adolescente consultante, sin hacer mayor referencia a la preocupación que el consultante plantea, es decir, salvo excepciones, no se investigó a los adolescentes desde el punto de vista de su fenomenología. Si se piensa que en la existencia de un problema estudiado o diagnosticado coexisten la visión de quien o quienes consultan y la visión de quien analiza, diagnostica o trata de decir, "el observador"; se presenta como necesario incluir y considerar ambos puntos de vista. Por lo tanto, se decidió en relación con el estudio y exposición de los problemas frecuentes en la adolescencia, incluir un capítulo dedicado a abordar aquellos problemas que plantean preocupación al adolescente y al sistema del que forma parte y que los motivan a consultar. Con este fin se analizaron las investigaciones que se referían a problemas vistos desde los jóvenes y se revisaron además fichas clínicas de cuatro diferentes centros de atención, indagando quejas presentadas y motivos de consulta.

Para mayor claridad de la exposición, se presentarán los motivos de consulta y temas de preocupación agrupados en áreas de funcionamiento, si bien se comprende que cualquier problema involucra todas las áreas de funcionamiento de la persona.

5.1 Area Intelectual

En general, las preocupaciones y consultas encontradas con frecuencia en relación con esta área, se refiere a dificultades o síntomas que influyen o impiden un adecuado rendimiento en la escuela o en estudios superiores y preocupaciones de tipo vocacional.

En un estudio de J. Palaviccini basado en experiencia clínica individual y grupal con jóvenes, se señala que con frecuencia se han atendido casos que consultan por "inseguridad en el rendimiento escolar" "mala concentración" y "mala memoria" (Palaviccini, J.; APROFA; 1983). En base a datos de adolescentes atendidos el año 1993 en el consultorio de la Universidad Católica, se pudo determinar que de los casos revisados entre 10 y 16 años los motivos de consulta más frecuentes son dificultades de atención y concentración, en primer lugar, y problemas de rendimiento, en segundo lugar; en el grupo de edad de 17 a 24 años, las dificultades vocacionales ocupaban el tercer lugar entre las consultas más frecuentes y entre otros problemas de menos frecuencia pero también habituales, se encontraban las dificultades de rendimiento en los estudios.

Según lo encontrado en la revisión de los casos atendidos durante 1993 en el Centro de Atención Integral del Adolescente, en el grupo de edad de 10 a 16 años, los problemas de rendimiento ocupan el tercer lugar entre las consultas (14,8%) con menos frecuencia se consultó por necesitar apoyo psicopedagógico (2,3%) y por "falta de

atención en el estudio".

En el grupo de 17 a 22 años del mismo centro, los problemas de rendimiento ocupan el segundo lugar de las consultas (19,7%) y con frecuencia menor aparece la necesidad de apoyo psicopedagógico (7,6%). Con respecto a problemas vocacionales, Peláez, Mützel y Medina señalan, basadas en experiencia clínica, que con frecuencia se presentan dudas en relación a la elección de carrera, la probabilidad de ingreso y generalmente la presión de la familia o los profesores para estudiar una determinada carrera, que puede no ser de la total preferencia del joven. (Peláez; Mützel y Medina; "El Adolescente y Usted", 1982).

Finalmente, en una encuesta destinada a establecer intereses, necesidades y problemas, en adolescentes de la comuna de La Reina, se pudo advertir que el estudio no parece ser una preocupación importante para estos jóvenes, los autores plantearon al respecto que las preocupaciones por el estudio tienen una relación inversa con las preocupaciones por actividades sociales con amigos, su método de estudio aparece como inadecuado y un número importante sólo estudia antes de las evaluaciones, según los autores existiría desinterés por el futuro en lo vocacional o laboral, el que paradójicamente aumentaría hacia el final del colegio (Florenzano y otros, documento CEAP N°15).

5.2 Area Emocional

Dentro de esta área se encontraron como problemas o consultas frecuentes, síntomas o dificultades emocionales y anímicas que dentro de ciertos límites, suelen considerarse normales en esta etapa de desarrollo y que sin embargo constituyen motivos de consulta y preocupación para el adolescente y quienes lo rodean.

Una de las causas que lleva al adolescente a consultar, de acuerdo con Peláez (1982), es el sentimiento de soledad, falta de apoyo, y no sentirse comprendido, los cuales llevan al adolescente a encerrarse en si mismo, aumentando su sentimiento de soledad. Concordando con esta idea, según Palaviccini, son comunes las expresiones de sentirse solo, angustiado, ganas de comunicarlo pero no querer ser visto como débil, ganas de gritar y llorar.

Otras causas de consulta señaladas por Peláez, son la desilusión y sentimiento de pérdida ante la ruptura de relación de pareja, la muerte de seres queridos o una pérdida más trascendental como la que dice relación con la crisis y cambio valórico propios de esta etapa.

Además, dadas las características ya conocidas de esta etapa de desarrollo, el adolescente se encuentra muy vulnerable a las frustraciones y obstáculos que se le presentan, a los cuales suele reaccionar con síntomas depresivos tales como:

alteraciones del sueño y apetito, dolores físicos, mareos, descuido en el arreglo personal, cansancio, irritabilidad, indiferencia afectiva, ansiedad, tristeza, desesperanza, etc. (Peláez, Mützel, Medina; 1982) (Palaviccini, J.; APROFA; 1983)

En base a datos proporcionados por el Centro Científico de Desarrollo Psicológico, sobre los pacientes adolescentes atendidos entre 1988 y 1992, se pudo determinar que los tres motivos de consulta más frecuentes fueron: problemas de desarrollo personal (autoconocimiento, mayor bienestar) (35%), problemas de ansiedad (21,5%) y ánimo depresivo (21,2%), el cual tuvo una incidencia significativamente mayor entre las mujeres.

En el grupo estudiado de casos atendidos en 1993 en la Unidad de Adolescencia del consultorio La Faena, los síntomas depresivos constituyen la segunda frecuencia de consulta, tanto en el grupo de 10 a 16 años, como en el de 17 a 21 años.

En el consultorio CAIA ya mencionado, los problemas emocionales constituyen la primera frecuencia de consulta en el grupo de 17 a 22 años (31,8%) y la cuarta en el grupo de 10 a 16 años (13,6%). En el grupo de casos del consultorio de la Universidad Católica, los síntomas depresivos se encontraban entre las consultas con la primera frecuencia entre los 17 y 24 años, además en el grupo de 10 a 16 años el sentimiento de desmotivación constituía un problema frecuente aunque no estaba entre las primeras causas de consulta.

En general, se puede apreciar que la mayoría de las quejas en esta área se relaciona con síntomas de depresión.

5.3 Area familiar – social

En el estudio de Florenzano y otros, ya mencionado, acerca de necesidades, intereses y problemas en adolescentes de La Reina, se afirma que las relaciones familiares aparecen como un área especialmente importante para los encuestados y que frecuentemente se tornan conflictivas durante el período escolar, asimismo el proceso de separación afectiva de la familia conflictúa a muchos adolescentes (Florenzano y otros, documentos CEAP N°15). Este hecho se ve corroborado por el grupo de casos del consultorio La Faena, entre los cuales el motivo de consulta más frecuente son problemas familiares, para ambos grupos de edad.

La preocupación por el tema "familia" se encuentra en tercer lugar de importancia en una encuesta de conocimientos y actitudes aplicadas a escolares por Peláez y otros (Peláez y otros, Revista Chilena de Pediatría; vol. 54 N°2). En datos obtenidos en otros centros de atención los problemas familiares también tuvieron relevancia: En el consultorio de la Universidad Católica las dificultades en relaciones con familiares se sitúan entre las causas con primera frecuencia de consulta en el grupo de mayor edad, en el grupo de menor edad, el no respetar normas familiares tiene una frecuencia importante, aunque no de las primeras. En CECIDEP los problemas familiares ocuparon

el cuarto lugar entre los motivos de consulta (16,7%).

En relación con problemas de inadecuación social, en entrevistas a adolescentes de ambos sexos, estudiantes de enseñanza media de nivel socioeconómico medio se vio que todos respondieron que "la inseguridad" es una de sus principales dificultades, además en una encuesta realizada por el mismo investigador, acerca de las desventajas principales de la edad, la respuesta más frecuente fue "inseguridad" (Palaviccini, J.; APROFA; 1983).

Por otra parte, Peláez ha señalado que es común que los adolescentes presenten dificultades para adaptarse a situaciones nuevas, produciéndose sentimientos de ansiedad e inseguridad al sentirse ajeno en nuevos ambientes o con personas nuevas, lo cual cobra relevancia dada la importancia que tiene la opinión y aceptación del grupo de pares en la adolescencia, esto mismo se aprecia en una encuesta a escolares adolescentes, quienes mencionan entre sus inquietudes principales el amor y la amistad (Peláez; Mützel; Medina; 1982) (Peláez y otros; Revista Chilena de Pediatría, vol. 54, N°2).

En los casos del consultorio de la Universidad Católica, en el grupo de 10 a 16 años, las dificultades en relaciones interpersonales con quejas como timidez y tartamudez se encuentra entre los problemas frecuentes aunque no entre los primeros lugares.

En el grupo de 17 a 25 años entre las causas con primera frecuencia se encuentran las dificultades para establecer relaciones sociales con quejas como timidez, problemas para hacer amistades, soledad, etc. en este grupo los problemas de inadecuación social, tales como agresividad, descontrol, irritabilidad, etc., ocupan la mayor frecuencia de consulta.

5.4 Area corporal y sexual

En esta etapa de desarrollo suele existir una preocupación importante por los cambios corporales y el aspecto estético; según Peláez las quejas en este aspecto son diversas y se refieren a obesidad, acné, lentitud del desarrollo sexual, temor a la esterilidad, desagrado, desconocimiento y mitos relativos a la menarquia, preocupación acerca del tamaño y forma del órgano sexual, etc.

Confirmando estas experiencias, un estudio realizado por Palaviccini en estudiantes universitarios, mostró que el 75% de éstos, refirió "complejos referentes a su apariencia física" (obesidad, delgadez, estatura).

En relación con escolares, una encuesta realizada por Peláez y otros concluye que la principal inquietud del grupo se refiere al desarrollo físico y sus manifestaciones. Asimismo, una investigación de Florenzano y otros, en adolescentes escolares de La Reina, evidenció que las preocupaciones corporales y sexuales son un área de

preocupación predominante entre los jóvenes, enfocada fundamentalmente en el desarrollo pondoestatural, en la imagen corporal global y en el funcionamiento sexual. Estas preocupaciones fueron mayores en las mujeres y decrecían a medida que aumentaba la escolaridad. (Peláez; Mützel; Medina; 1982) (Palaviccini, J.; APROFA; 1983) (Florenzano y otros; documento CEAP N°15) (Peláez y otros; Revista Chilena de Pediatría, vol. 54, N°2).

Con respecto a la sexualidad específicamente, Peláez, Mützel y Medina señalan que se suelen presentar dudas sobre la masturbación que algunos adolescentes practican y a quienes se les ha enseñado que es incorrecto y patológico e incluso han recibido información que conlleva creencias erróneas o mitos sobre el tema. Por otro lado, los adolescentes que tienen relaciones de pareja presentan dudas acerca de tener o no relaciones sexuales, se presentan conflictos entre sus sentimientos, la presión del grupo de pares y las normas familiares y sociales al respecto (ob. cit., 1982).

Florenzano y otros, en la encuesta a que se hizo referencia anteriormente, señalan que entre los adolescentes escolares las preocupaciones acerca de la sexualidad se dan más en la fantasía y como preparación para el desempeño posterior, ya que a pesar de presentar fundamental importancia como área de preocupación, se vio que sólo el 16,4% del grupo estudiado era activo sexualmente (documento CEAP N°15).

Cabe hacer notar que esta área de preocupación no tuvo frecuencias importantes

entre los motivos de consulta de los casos estudiados en los cuatro centros de atención mencionados.

VI. CIRCUITOS DE MANTENIMIENTO DE LOS PROBLEMAS ANALIZADOS

El presente capítulo consiste en la aplicación del esquema conceptual del modelo Sistémico Interaccional a los problemas establecidos como frecuentes en la adolescencia, a través de la construcción de circuitos de interacción que los mantienen. Esto se ha llevado a cabo basándose en la información aportada por las investigaciones relativas al tema y sistematizada en este trabajo; como también en el estudio de casos que han consultado por problemas similares y que han sido tratados desde la perspectiva de dicho enfoque teórico.

Es necesario considerar que, si bien se ha intentado establecer circuitos especialmente plausibles y que abarquen la mayor cantidad de casos concretos de cada problema; siempre será posible ver cada caso o problema desde otro ángulo, construir muchos otros circuitos distintos al presentado que den cuenta de un caso, y puntuarlos en cualquiera de sus segmentos. Asimismo, existen variables, tales como la filosofía, la estructura, tipo de comunicación, etc. propias de cada sistema, que generan expresiones diferentes de un mismo circuito, cada una con sus matices, enfoques y estilos particulares y distintivos. Lo que se propone en este capítulo es, en síntesis, formular circuitos que abarquen diversos casos concretos de un problema y a la vez resulten aplicables, ya que se ha trabajado en base a la regularidad abstraída de los datos disponibles sobre cada problema.

En el desarrollo de esta parte de la investigación, se incluyeron todas las categorías de problemas analizados, salvo la última concerniente a las preocupaciones y motivos de consulta presentados desde los consultantes, ya que por una parte, coinciden (aunque percibidas y analizadas de manera diferente) con problemas expuestos en las categorías anteriores; y por otra, el hecho de elaborar circuitos de interacción involucra necesariamente considerar la perspectiva del o los consultantes, de manera que resultaría redundante plantear circuitos especiales para dicha última categoría de problemas.

1.- PROBLEMAS MAS DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON FACTORES SOCIOCULTURALES

Analizando la información recopilada con respecto a estos problemas, fue posible determinar la importancia de condiciones sociales y culturales en su generación y persistencia, tanto es así que la gran mayoría de las investigaciones al respecto, los estudian desde un nivel de análisis más amplio y general, en cuanto al tipo de interacciones que se consideran, refiriéndose a los problemas en términos más sociales que clínicos. Por consiguiente, en la elaboración de los circuitos se consideró coherente mantener dicha perspectiva de análisis.

1.1 Problemas relacionados con la sexualidad

Se plantea la siguiente secuencia:

- A.a. El individuo está inserto en un contexto sociocultural determinado, propio de Chile y en general común a todos los países latinoamericanos, en el que se conjugan una serie de circunstancias, las cuales pueden presentarse en su totalidad o bien, sólo algunas de ellas en cada caso. Entre éstas circunstancias se encuentran: nivel socioeconómico bajo; situación social precaria, con pocas oportunidades de educación, trabajo y progreso; cultura que tiende a tratar la sexualidad como tabú y alienta conductas dispares en cada sexo hacia ella, es decir se fomenta que los

hombres adquieran experiencia sexual e incluso se hace alarde de ésta como motivo de orgullo y prueba de masculinidad, a la vez que se valora la virginidad en la mujer y se tiende a ejercer cuidado hacia ella, protegiéndola de "influencias externas"; simultáneamente se ha ido manifestando a través de las últimas décadas el acceso de la mujer al mundo laboral y/o profesional, lo cual influye en el aumento de la edad promedio de matrimonio, alejándola de la edad de madurez sexual biológica. Paralelamente, los medios de comunicación utilizan y explotan el tema sexual como forma de atraer receptores.

- A.b. El individuo además está inserto en un contexto más reducido constituido por su sistema familiar, el cual está siendo influido por las condiciones anteriormente expuestas y a la vez influye en ellas. Este contexto puede presentar una o más de las siguientes condiciones, dependiendo de su interacción con el contexto más amplio: inestabilidad familiar (dificultades conyugales, dificultades padre-hijo, familia nuclear incompatible o reconstituidas, etc.); enfermedad crónica de algún miembro de la familia; madre o hermanas con historia de embarazo en la adolescencia.
- B.- El adolescente, dadas las condiciones descritas, se encuentra en una situación de ambivalencia en que por una parte, siente emerger su sexualidad y por otra, debe enfrentarla sin haber recibido información ni educación adecuada y explícita, sino por el contrario debiendo resolver sus dudas a través de canales informales que

frecuentemente sustentan mitos e información errónea. A esto se agrega la no aceptación por parte de la familia y la sociedad, de la práctica sexual prematrimonial, a la vez que, ya sea por estudios o por situación económica, deben probablemente tolerar una espera de cierta cantidad de años para casarse o formar pareja estable y que les sea aceptada dicha conducta.

- C.- Producto de lo anterior, el adolescente comienza a tener una vida sexual activa, generalmente clandestina, sin el conocimiento suficiente y/o sin la posibilidad de utilizar medidas de protección adecuadas, y no considerando racionalmente las consecuencias posibles, a pesar de temerlas. Se expone de esta manera a una conducta sexual riesgosa.
- D.- El comportarse en la forma ya descrita, puede implicar que como resultado, el adolescente presente problemas tales como: embarazo precoz y no deseado; aborto; enfermedades de transmisión sexual; o abuso sexual.
- E.- Al presentar alguno de estos problemas, la vida del adolescente cambia, ya que repercuten en su relación de pareja y familiar (generalmente menoscabándolas), afectan su proyecto de vida (en cuanto a matrimonio, estudios, trabajo), afectan la situación económica, disminuyen posibilidades de progreso, o es víctima de estigmatización, perdiendo redes sociales de apoyo. El adolescente puede sufrir una o más de estas consecuencias, dependiendo de qué problema se trate, sin

embargo todas ellas tienden a producir un daño en las condiciones propias del contexto familiar y sociocultural en que se inserta (Ver figura N° 1).

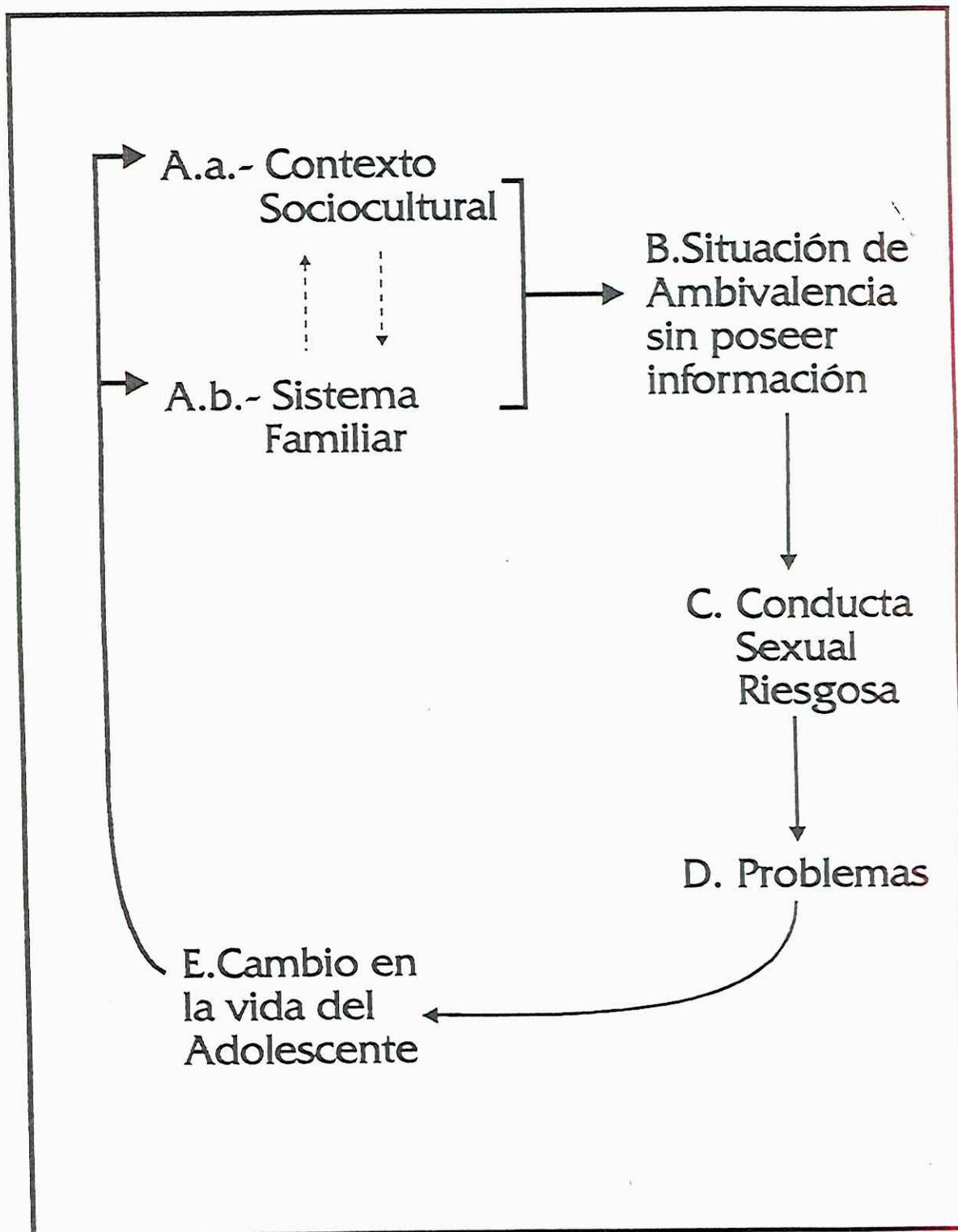


Fig. 1. Circuito de Mantenimiento de los Problemas Asociados a la Sexualidad

1.2 Accidentes, Violencia y Delincuencia

La secuencia de interacciones es la siguiente:

El adolescente, de cualquier nivel socioeconómico, se encuentra en una situación de marginación y abandono, en relación a los contextos socioculturales o familiar en que está inmerso, o a ambos:

- A.a. El individuo está inserto en un contexto sociocultural que ha sufrido a través del tiempo, cambios sociales bruscos que han condicionado nuevas pautas culturales de comportamiento y que involucran también diferencias importantes en las normas y valores sustentados entre una generación y la siguiente. Además es posible que se agregue la migración de grupos desde sectores rurales hacia las ciudades y la existencia de dificultades económicas, llegando incluso a una situación de extrema pobreza, con sus consiguientes características de marginalidad social, deserción escolar, subempleo o cesantía y en general, pocas posibilidades de progreso e inserción social. Paralelamente se presenta la exposición de los adolescentes de diferentes niveles socioeconómicos a mensajes culturales propios de esta época y reforzados por los medios de comunicación que fomentan el consumo, el vivir la mayor cantidad de experiencias en el instante presente, el riesgo y la aventura. Las circunstancias mencionadas pueden presentarse en su totalidad o sólo algunas de ellas en cada caso.

- A.b El contexto familiar del adolescente interactúa permanentemente con el medio sociocultural más amplio, siendo moldeado por éste y a la vez influyendo en él. Según dicha interacción, se caracterizará por la desprotección hacia el adolescente, existiendo un medio familiar desfavorable con familias desintegradas o inestables; malas relaciones conyugales o entre padres e hijos; miembros que sufran adicciones; maltrato intrafamiliar; o permisividad excesiva y no establecimiento de límites claros, con falta de sanciones y/o consistencia en su aplicación ante conductas desadaptativas del adolescente. Estas características podrán presentarse en su conjunto o sólo en parte en cada caso.
- B.- El adolescente, dada la etapa de desarrollo en la que se encuentra, tiende a la búsqueda de novedades, necesita conocerse, experimentar y probar sus capacidades en diferentes situaciones e ir definiendo su identidad, surgen así fuertes impulsos y deseos de arriesgarse y de demostrar a los demás y a sí mismo quien es y qué es capaz de hacer. Si esta etapa se presenta dentro de los contextos familiar y sociocultural descritos anteriormente y caracterizados por la sensación de abandono, el adolescente buscará otros medios para desarrollarse.
- C.- El adolescente, intentando estructurar su identidad y considerando la importancia del grupo de pares, optará por definirse en referencia a grupos o subculturas juveniles en los que, transgrediendo grupalmente normas sociales y asumiendo

conductas violentas y riesgos, logrará una identidad y además obtendrá atención de su medio familiar y social.

- D.- El adolescente presenta conductas riesgosas, llamativas, irresponsables y socialmente disruptivas; dando origen a problemas como: accidentes, violencia y delincuencia.

- E.- El adolescente pasa a ser identificado y diferenciado por ese tipo de conductas y rotulando correspondientemente, provocando el aislamiento y/o el rechazo por parte de su medio familiar y social y manteniendo o aumentando así su marginación y abandono (Ver figura N° 2)

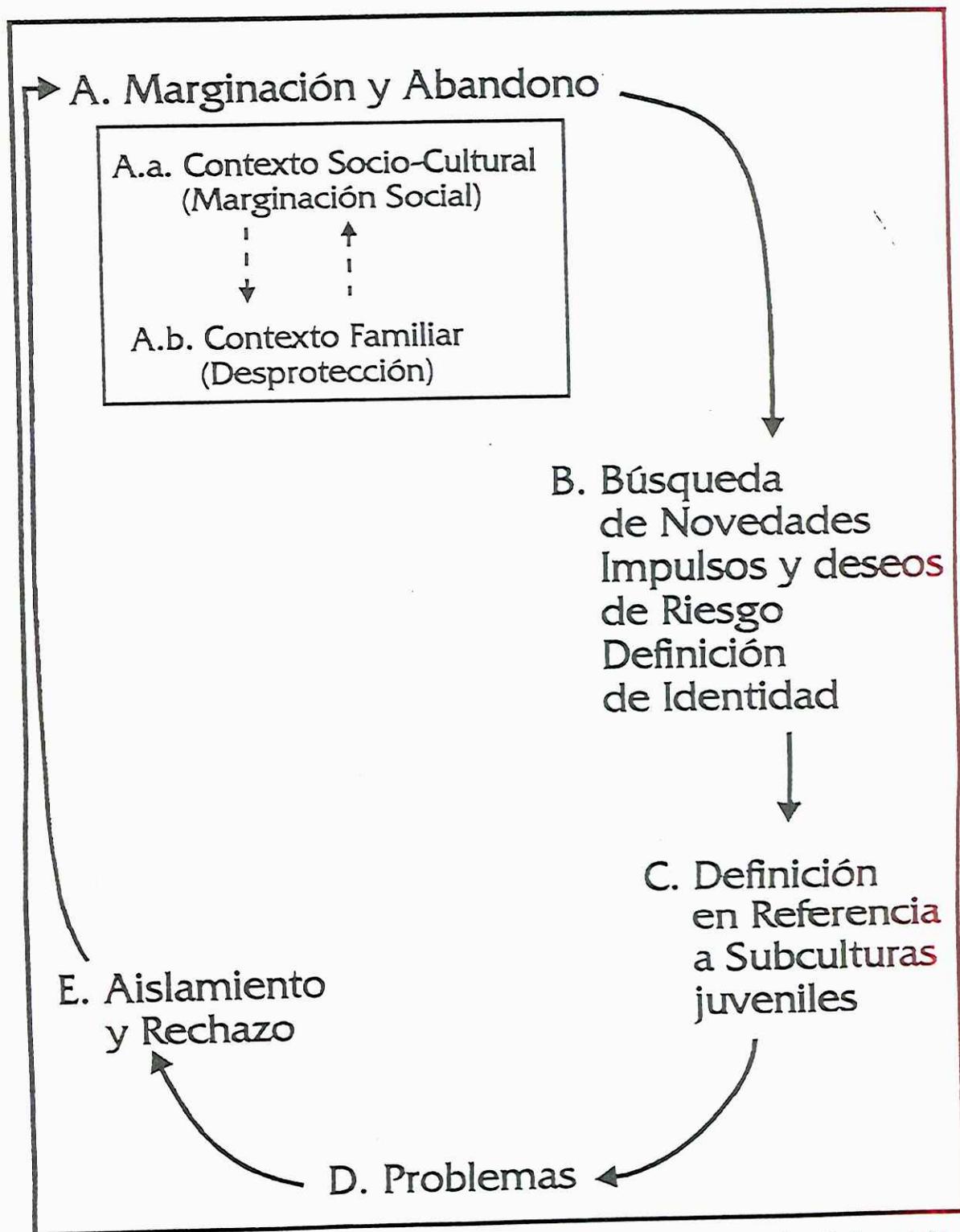


Fig. 2. Circuito de Mantenimiento de problemas de Accidentes, Violencia y Delincuencia

1.3 Suicidio

El circuito planteado es el siguiente:

El adolescente en estos casos, sufrirá la influencia indirecta de los contextos sociocultural y familiar más bien por su ausencia o carencia de influencias positivas, es decir por el déficit de redes de apoyo; que por una influencia directa que lo lleve a intentar suicidarse.

- A.a. En cuanto al contexto sociocultural, el adolescente se ve afectado por una o más condiciones que lo sitúan en una posición de indefensión, de no pertenencia y no inserción social entre las cuales pueden encontrarse: etapas sociales de cambio y tensión tales como conflictos políticos o económicos; circunstancias de desempleo, de individualismo propio de grandes centros urbanos e industrializados y de disminución de la importancia de sistemas ideológicos y valóricos.
- A.b El contexto familiar, que interactúa permanentemente con la sociedad en la que se inserta, influyéndose recíprocamente, se caracteriza por la presencia de una o más de las siguientes circunstancias que redundan en falta de apoyo y protección para el adolescente: familias numerosas, conflictivas, inestables y/o desestructuradas, en que puede existir además abuso infantil, padres sobreprotectores, débiles, ausentes o represivos, algún miembro que abuse del alcohol o

drogas, algún familiar que haya sufrido desórdenes afectivos y/o haya intentado suicidarse (con o sin resultado), y mayor disposición de armas o sustancias peligrosas en el hogar.

- B. Además pueden existir condiciones individuales que fomenten la situación de desvalimiento y desamparo, tales como: carecer de pareja e hijos, carecer de actividad escolar o laboral o bien que éstas sean conflictivas, problemas de relaciones interpersonales, uso o abuso de alcohol o drogas y presencia de cuadros patológicos somáticos o psicológicos.
- C.- Dadas las condiciones anteriores que en general son interdependientes, el individuo, especialmente el adolescente, tendrá sentimientos de soledad, incomprensión y aislamiento.
- D.- Se presenta en la vida del adolescente un acontecimiento frustrante, en el ámbito familiar, laboral, escolar o sentimental, que va en contra de las expectativas que él tenía y que, aunque podría ocurrirle a cualquier persona, en este caso se suma a la situación previa de falta de apoyo del joven.
- E.- Al no contar con un contexto social, valórico y/o familiar que lo acoja y apoye, al adolescente se le dificulta enfrentar, tolerar y elaborar la frustración, sintiéndose impotente, débil, fracasado e incapaz de encontrar una solución.

- F.- El adolescente intenta suicidarse, ya sea percibiendo el suicidio como la única solución posible, como vía de escape de una situación de estrés o fracaso o como forma de pedir atención, ayuda y apoyo a su ambiente. (Obviamente si el joven muere, el problema no se mantiene; se continúa el circuito en caso de que el intento sea fallido)
- G.- Ante el intento de suicidio, si bien el adolescente logra la atención y preocupación de quienes lo rodean, pasada la situación de emergencia, pasa a ser considerado por los demás como débil, irresponsable, enfermo y/o egoísta, todo lo cual aumenta la sensación previa que el adolescente tenía de exclusión y soledad, como también su autoimagen de fracaso, impotencia e incapacidad.
- H.- De esta manera el adolescente queda socialmente rotulado como enfermo, descontrolado, irresponsable o incapaz y además él mismo, al no sentirse apoyado y a la vez sintiéndose incapaz y fracasado, se desmotiva y no realiza esfuerzos para enfrentar las tareas que conlleva y exige su etapa de desarrollo, limitando así sus posibilidades de avance escolar o laboral; de establecer relaciones sociales, de pareja y familiares satisfactorias; de enfrentar condiciones externas desfavorables y de insertarse en la sociedad; disminuyendo más las redes de apoyo posible. (Ver figura N° 3)

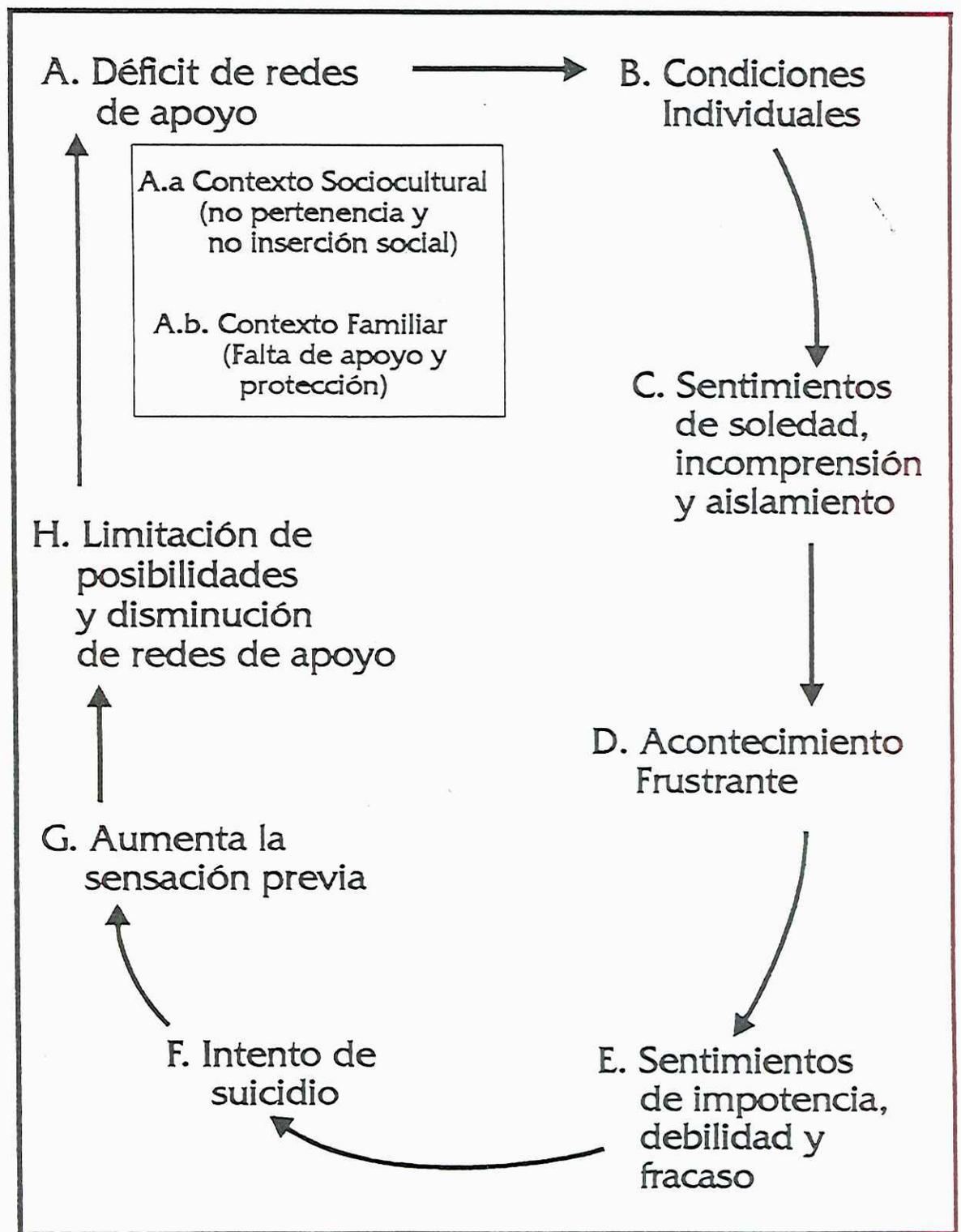


Fig. 3. Circuito de Mantenimiento del Suicidio

2. CONSUMO Y ABUSO DE SUSTANCIAS

La siguiente secuencia de interacciones está planteada con respecto a consumo frecuente y adicción.

A.- El adolescente puede presentar dificultades en su relación con otros significativos, dándose una o más de las siguientes circunstancias:

En el ámbito familiar: problemas de comunicación con miembros de su familia, sintiéndose aislado de ésta; modelos parentales que presentan consumo o adicción de sustancias; familias aglutinadas y/o disfuncionales carentes de expresiones de afecto, en las cuales no se asumen los roles correspondientes o existen madres sobreprotectoras y permisivas, y padres lejanos, desligados, débiles y poco comprometidos. En el ámbito escolar: pueden presentarse dificultades escolares y/o falta de comunicación con educadores. En el ámbito social: puede existir dificultad de inserción en grupos, problemas para establecer relaciones de amistad o de pareja, o ansiedad y conflictos en las relaciones existentes.

B.- El individuo puede presentar características psicológicas que lo hacen más vulnerable y favorecer su exposición al consumo de sustancias, tales como: baja autoestima, timidez, baja tolerancia a la frustración, dependencia de la opinión y

aprobación externa, o actitud opositora hacia las normas.

- C.- El adolescente que presenta dificultades y/o características como las descritas, puede fácilmente sentir curiosidad y verse influenciado por ambientes en que sienta la necesidad de incorporarse y de ser admirado, en que sea frecuente el consumo de sustancias y por lo tanto exista una cultura o subcultura propiciatoria, que no sólo acepta, sino valora, dicho hábito y en la cual se facilita la obtención de las sustancias en cuestión. Se agrega a esto, la debilidad de los controles legales respectivos y la promoción directa o indirecta del consumo por parte de los medios de comunicación masivos.
- D.- Al sufrir esas influencias ambientales, el adolescente comienza a presentar consumo de alcohol, drogas o tabaco.
- E.- Este consumo tiene efectos reforzantes para el individuo tales como: procurarse placer a través del logro de estados de conciencia y de ánimo agradables y nuevos; facilitar la relación con sus pares; expresar independencia u hostilidad, disminuir inhibición social, aliviar situaciones estresantes y evadir la realidad.
- F.- Estos efectos hacen altamente probable la periodicidad y el aumento de la frecuencia de consumo, pudiendo presentarse a través del tiempo, poliabuso y/o alteraciones fisiológicas.

G.- Como efecto del consumo frecuente, se presenta falta de iniciativa y apatía, disminuyendo la propositividad vital; se producen problemas en los estudios, pudiendo darse deserción escolar; se pierde estabilidad profesional o laboral; se pierden redes sociales de apoyo y se deterioran las relaciones sociales, de pareja y/o familiares; manteniéndose así, o aumentándolo, las dificultades en la relación del adolescente con sus otros significativos. (Ver figura N° 4)

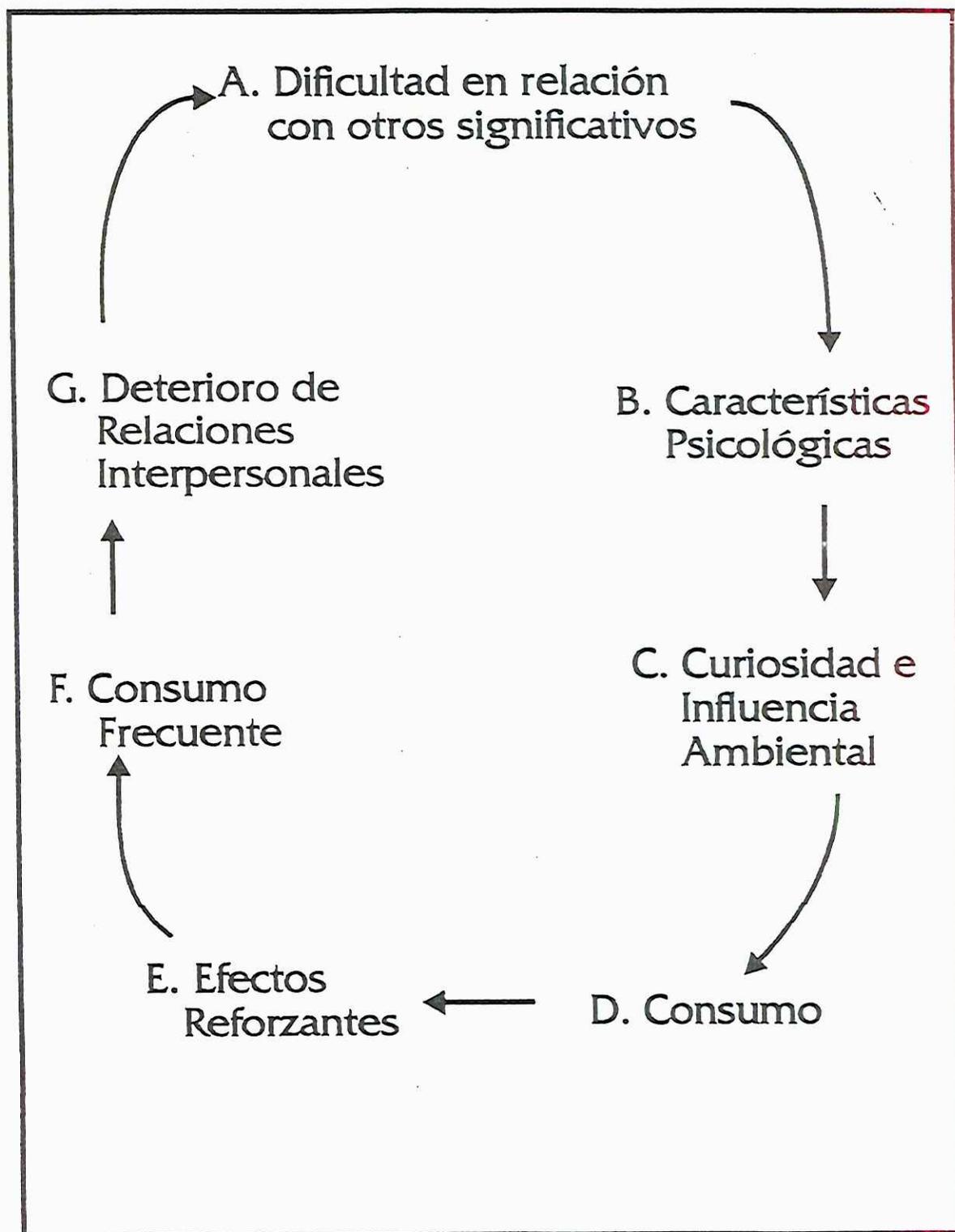


Fig. 4. Circuito de Mantenimiento del Consumo y Abuso de Sustancias

3. DIFICULTADES ESCOLARES:

Basándose en lo investigado y anteriormente expuesto acerca de este problema, como también en el análisis de casos que lo presentaron, es posible postular la siguiente secuencia de interacciones que tienden a mantener diversos tipos de dificultades escolares.

- A.- El paciente índice cuenta con antecedentes acerca de su desempeño en los estudios, es decir que a lo largo de su historia escolar ha tenido determinadas calificaciones, dificultades, fortalezas y comportamientos que han ido constituyendo su trayectoria particular como alumno. Existen dos situaciones que se presentan de manera típica y habitual: El alumno que desde pequeño ha presentado dificultades; muchas de las cuales tienen base biológica, tales como: déficit atencional, hiperactividad, distractibilidad, dificultad de abstracción, problemas de coordinación visomotriz, problemas de lenguaje, etc. Estas dificultades han originado una serie de evaluaciones, diagnósticos y tratamientos, tanto neurológicos, como psicológicos y psicopedagógicos, a lo largo de su educación los cuales no han logrado revertir el problema. O bien, el alumno que desde que comenzó a estudiar casi no ha presentado dificultades tiene un buen rendimiento y conducta adecuada, y en muchas ocasiones incluso se destaca como "buen alumno" y ha ido avanzando sin tropiezos durante sus estudios.

B.- En ambos casos, a través del tiempo se ha formado una actitud y disposición hacia los estudios, tanto de parte del individuo como de quienes lo rodean (familia, compañeros y profesores); En el primer caso, el alumno ya ha sido rotulado como "mal alumno", "flojo", "irresponsable", "indisciplinado", o bien como "enfermo", "incapaz", "requiere ayuda permanente", todo lo cual hace que se genere una predicción de malos resultados, no se tiene confianza en que al alumno le pueda ir bien.

En el segundo caso en cambio, se han formado altas expectativas sobre el rendimiento, teniendo la imagen de "capaz", "brillante", "buen alumno", "destacado", "ejemplo para todos", etc. En general, el alumno, su familia y los profesores han estructurado metas por cumplir y se espera que se siga una trayectoria perfecta.

C.- Se presenta un suceso que constituye una señal de alarma para el sistema. En el primer caso, se manifiesta una situación límite que, por acumulación pasa a convertirse en insostenible, por ejemplo condicionalidad en el colegio, expulsión del colegio, demasiadas llamadas del colegio a los padres, repetición de curso, reprobación de un ramo, etc.

En el segundo caso, la ocurrencia de una primera dificultad en los estudios, la cual, dadas las expectativas previas, sorprende al sistema y puede ser vista como

fracaso por parte del individuo y/o su medio y muchas veces tiene relación con cambios en el nivel de exigencia, en el ambiente de estudio o en la etapa del proceso académico.

- D.- Se presentan expectativas de mal desempeño en ambos casos; en el primer caso se refuerzan o aumentan las ya existentes, habiéndose confirmado que el alumno "no es capaz" de un mejor rendimiento. En el segundo caso surge un cambio en la actitud del alumno y del sistema en general, se manifiestan dudas, inseguridad y ansiedad ante situaciones futuras, ya no existe la confianza en la capacidad de la persona. En ambos casos puede repercutir en la motivación de la persona ante el estudio, pudiendo desinteresarse e incluso mostrar una conducta inadecuada en la escuela.
- E.- En ambos casos una vez dada la "señal de alarma" comienza a formarse una presión sobre el alumno para que cambie, mejore o supere su problema, esta presión proviene de la familia, la institución educacional y en muchas ocasiones del mismo individuo, especialmente cuando éste ha sido previamente exitoso.
- F.- En ambos casos surgen nuevamente malos resultados en su desempeño, ya que el alumno en las nuevas situaciones de evaluación se ha presentado inseguro, presionado, mal preparado, ansioso o desmotivado; formándose de esta manera una profecía autocumplida.

- G.- Haciéndose la situación más desesperada, surgen (o surgen nuevos) intentos de solución, tanto por parte del individuo afectado, como del sistema familiar y/o escolar. En ambos casos pueden asumirse conductas de evitación tales como estudiar menos, dejar de asistir a clases, cambiarse a carreras de menos dificultad, posponer exámenes, etc.; o bien, asumir conductas de mayor exigencia, por ejemplo ampliar el horario de estudio, tomar clases particulares, cambiar el método de estudio, intentar concentrarse y no sentir ansiedad, etc. Todas estas soluciones se implementan conservando las dudas y las expectativas de un posible mal desempeño futuro.
- H.- En ambos casos las soluciones no tienen el resultado deseado, las dificultades y los malos resultados permanecen o incluso aumentan, repitiéndose la situación descrita en el punto N° 6.
- I.- A lo largo de este proceso se han ido agregando antecedentes e información acerca del desempeño del alumno los cuales generarán futuras expectativas. En ambos casos estos antecedentes corresponden a un mal desempeño, en el primer caso se ve confirmada la imagen que siempre se tuvo de alumno y también su autoimagen, en el segundo, los malos resultados recientes contribuyen a cambiar la imagen del alumno y su autoimagen, dejando de ser percibido como exitoso.
(Ver figura N° 5)

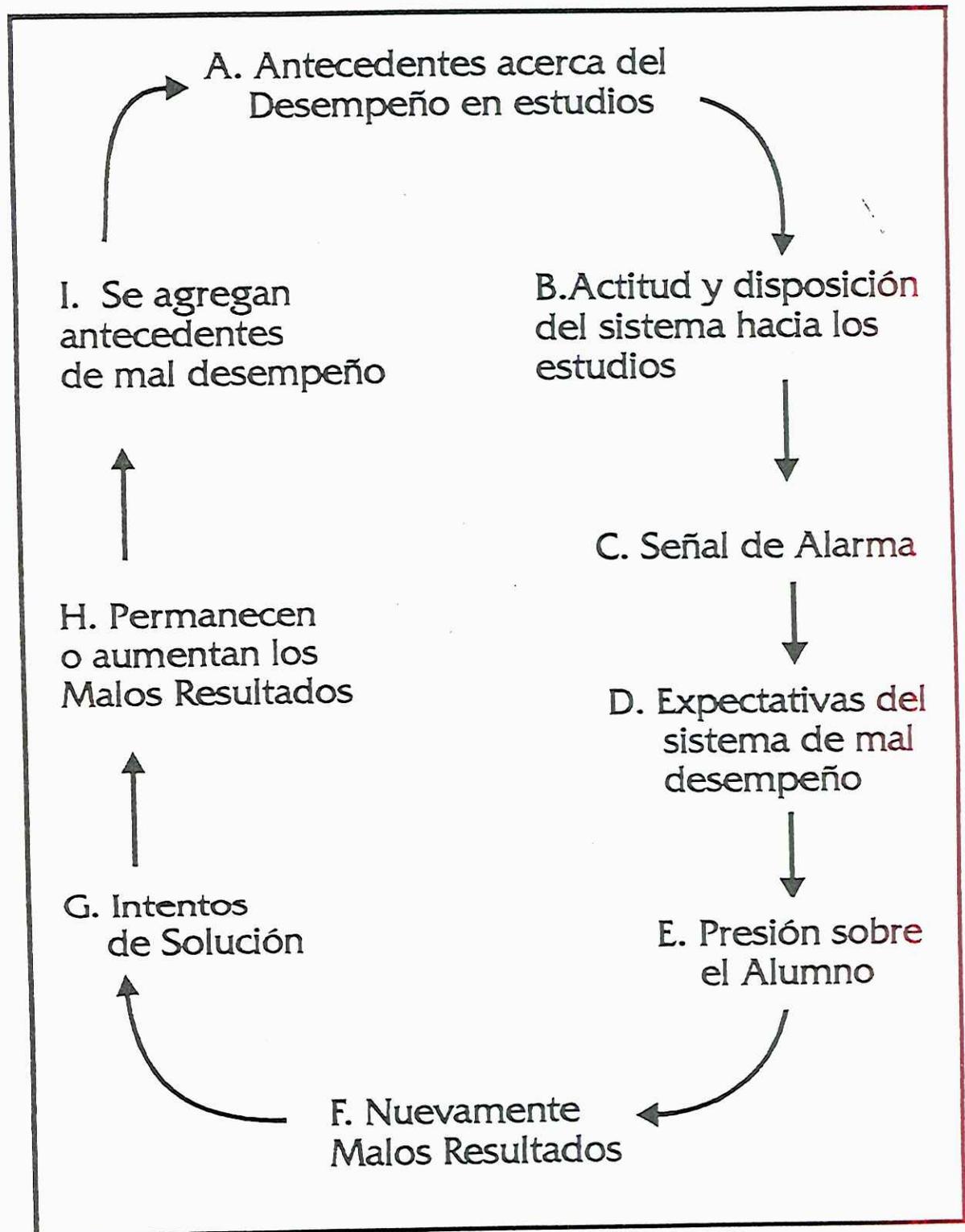


Fig. 5. Circuito de Mantenimiento de los Problemas Escolares

4. PROBLEMAS QUE CONSTITUYEN CUADROS PSICOPATOLOGICOS

En este capítulo se expondrán los circuitos de mantenimiento elaborados con respecto a cada uno de los cuadros psicopatológicos estudiados.

4.1 Trastorno Conductual

La secuencia interaccional postulada es la siguiente:

- A.- El adolescente presenta en cierto momento alguna conducta disruptiva e inadecuada, que pudiera haber sido presentada en alguna ocasión por cualquier persona sin ser vista como problemática, como por ejemplo: rebeldía; desobediencia de alguna norma familiar, escolar o social; robo; agresión verbal o física; etc. Sin embargo, el adolescente en cuestión tiene una historia vital en la cual han existido eventos considerados perjudiciales o traumáticos por los adultos responsables de dicho individuo y en ocasiones también por sí mismo (separación de los padres, muerte de alguien cercano, "malas influencias", enfermedad aguda importante o déficit, incapacidad o discapacidad crónicos)
- B.- Los adultos que están a cargo del adolescente interpretan dicha conducta como producto de su historia vital, percibiéndola como comprensible, inevitable y/o justificable hasta cierto punto, considerando de esta forma al adolescente como

víctima de una historia que lo ha marcado.

- C.- Los adultos intentan solucionar dicha conducta conversando y tratando de convencer al adolescente a través de argumentos éticos o morales (que generalmente ya conoce) de que no debe realizarla; amenazando y/o tratando de aplicar sanciones.
- D.- Sin embargo estos intentos de solución producen en quienes los aplican, sentimientos de culpa al pensar en la historia del adolescente que, según ellos, es la causa de que él se comporte así.
- E.- Por lo tanto, tienden a la desconfirmación e inconsistencia: no cumpliendo las amenazas, removiendo después de corto tiempo las sanciones aplicadas, o bien a través de la contradicción entre las reacciones y decisiones de las diferentes figuras de autoridad del adolescente.
- F.- El adolescente no sufre consecuencias por su conducta y percibe debilidad en la actitud de los adultos por lo tanto persiste o aumenta la conducta problema.
- G.- Dado que los adultos no perciben resultados exitosos de sus intentos de solución, aún después de haberlos reiterado a través del tiempo; confirman que el adolescente tiene una enfermedad o problema y deciden dejarlo en manos de

especialistas o instituciones de tratamiento o rehabilitación.

- H- Esta decisión evidencia la falta de control de los adultos denotando una renuncia y una declaración de incompetencia de su parte, a la vez que se focaliza el problema en el individuo, quedando éste rotulado y definido como portador de una enfermedad o problema ("trastorno conductual"), lo cual también en cierta forma lo autoriza a continuar presentando conductas desadaptativas y constituye una confirmación de la interpretación previa que tenían los adultos responsables de él, acerca de dichas conductas. (Ver figura N° 6)

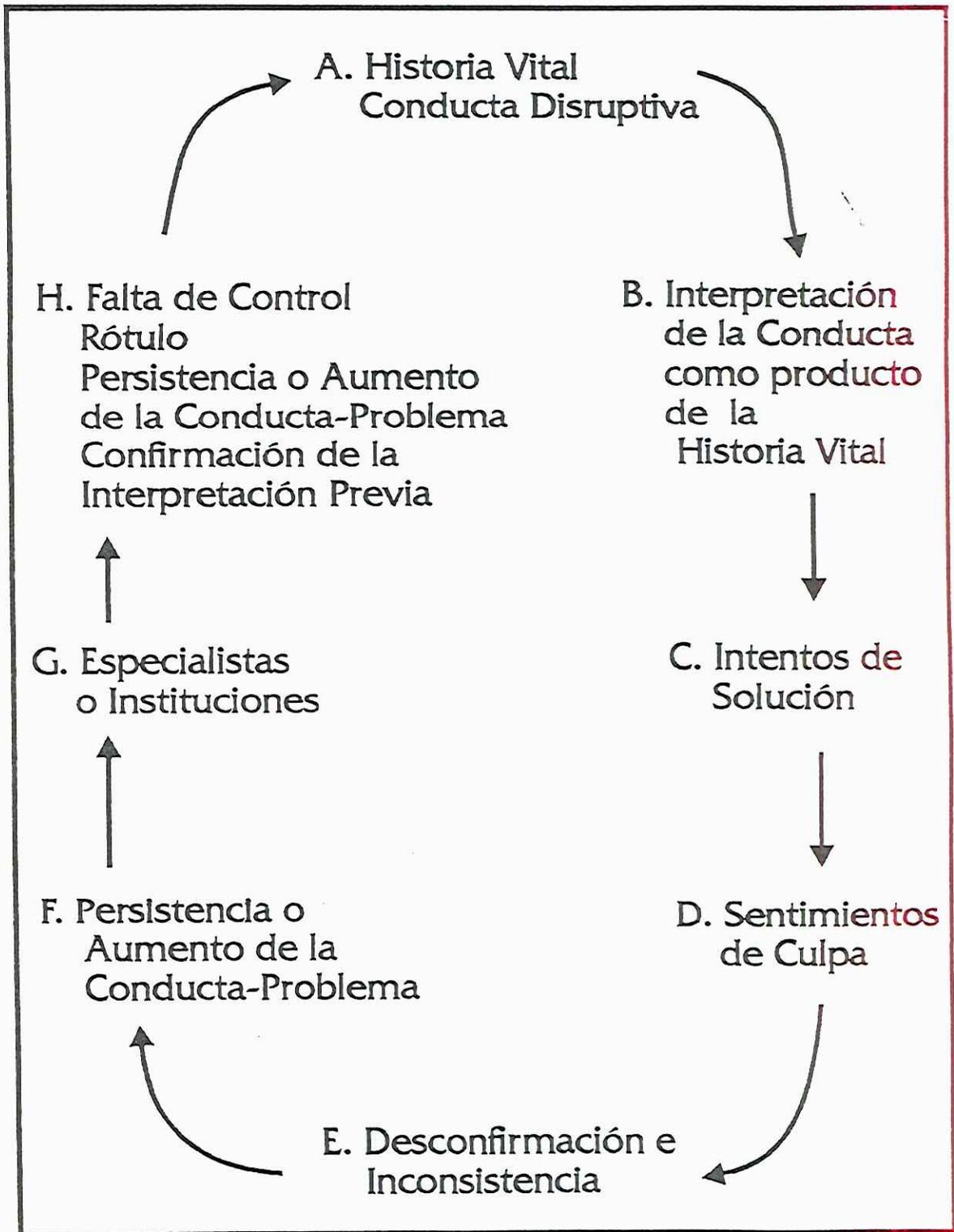


Fig. 6. Circuito de Mantenimiento de los Trastornos Conductuales

4.2 Trastornos por Ansiedad en la Infancia y la Adolescencia

El circuito planteado como perpetuador del sistema es el siguiente:

- A.- El adolescente percibe un déficit en algún aspecto de su persona, lo cual puede o no, contar con el acuerdo del medio en el que está inmerso. Este déficit corresponde a características que son valoradas por el adolescente y/o por su ambiente (capacidad intelectual, apariencia física, habilidad social, etc.)
- B.- Esta situación ha constituido a lo largo del tiempo, en el adolescente, una autoimagen de incapacidad y por lo tanto, una autoestima disminuída.
- C.- El adolescente no se atreve a expresar abiertamente sus sentimientos y necesidades (especialmente de atención y cuidado).
- D.- Ante dicha imposibilidad de expresión, el adolescente presenta conductas consideradas tradicionalmente síntomas de cuadros de ansiedad (preocupación excesiva por ser aceptado por otros; timidez; evitación de situaciones; preocupación excesiva por su rendimiento en distintos contextos; aislamiento; alteraciones fisiológicas, etc.)
- E.- Las personas con quienes el adolescente interactúa tienden a reaccionar ante

estos síntomas aislándolos y rechazándolo, o bien con cuidados especiales, sobreprotección y facilitando el no enfrentamiento del adolescente al problema.

- F.- Dados los síntomas que presenta y las reacciones de quienes lo rodean, el adolescente ve limitada su participación en una o más áreas de su vida (estudios, vida social, establecimiento de pareja, etc.) y dificultado así un desarrollo fluído de su potencial.
- G.- Ante estas limitaciones y considerando las reacciones de rechazo o sobreprotección de los otros, el adolescente confirmará la imagen de déficit e incapacidad que tenía (Ver figura N° 7)

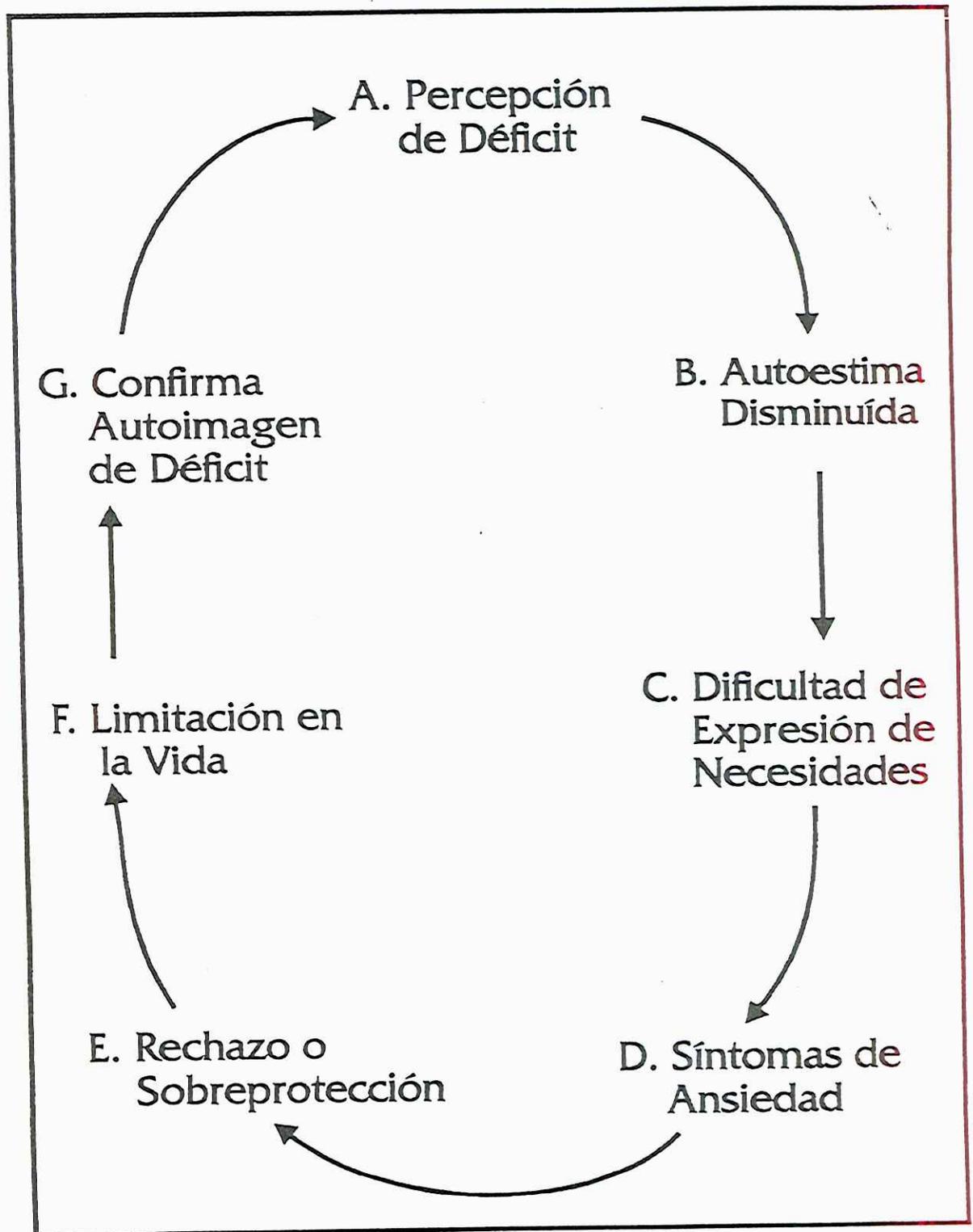


Fig. 7. Circuito de Mantenimiento de los Trastornos de Ansiedad

4.3 Trastornos Adaptativos

Considerando que la sintomatología de este problema es diversa y comprende síntomas propios de muchos otros cuadros clínicos, es posible plantear que una vez ocurrido el evento o estrés gatillador, se pondrá en funcionamiento un circuito correspondiente a alguno de dichos cuadros. Sin embargo también podría postularse la existencia de características comunes en estos trastornos, que constituyen la siguiente secuencia:

- A. Ocurrencia de un evento estresante en la vida del adolescente (muerte de personas cercanas; ruptura de relaciones significativas de amistad o de pareja; cambio de ambiente escolar o laboral; enfermedad; conflicto familiar, etc.)
- B. Por diversas razones al adolescente se le hace especialmente difícil asumir la ocurrencia de dicho evento y aceptarla.
- C. Por lo tanto, reacciona de manera desadaptativa ante ese evento, presentando síntomas de depresión; ansiedad o angustia; agresividad; rebeldía o irresponsabilidad.
- D. Dada la dificultad de asumir la ocurrencia del evento estresante, las soluciones intentadas por el individuo tienden siempre a actuar sobre los síntomas, evitando

el enfrentamiento cognitivo y afectivo al hecho gatillador.

- E. Al no enfrentar ni elaborar el hecho, éste mantiene la fuerza en el significado que tiene para el individuo y si bien no sigue ocurriendo, sí permanece afectándolo como si el hecho se repitiera. (Ver figura N° 8)

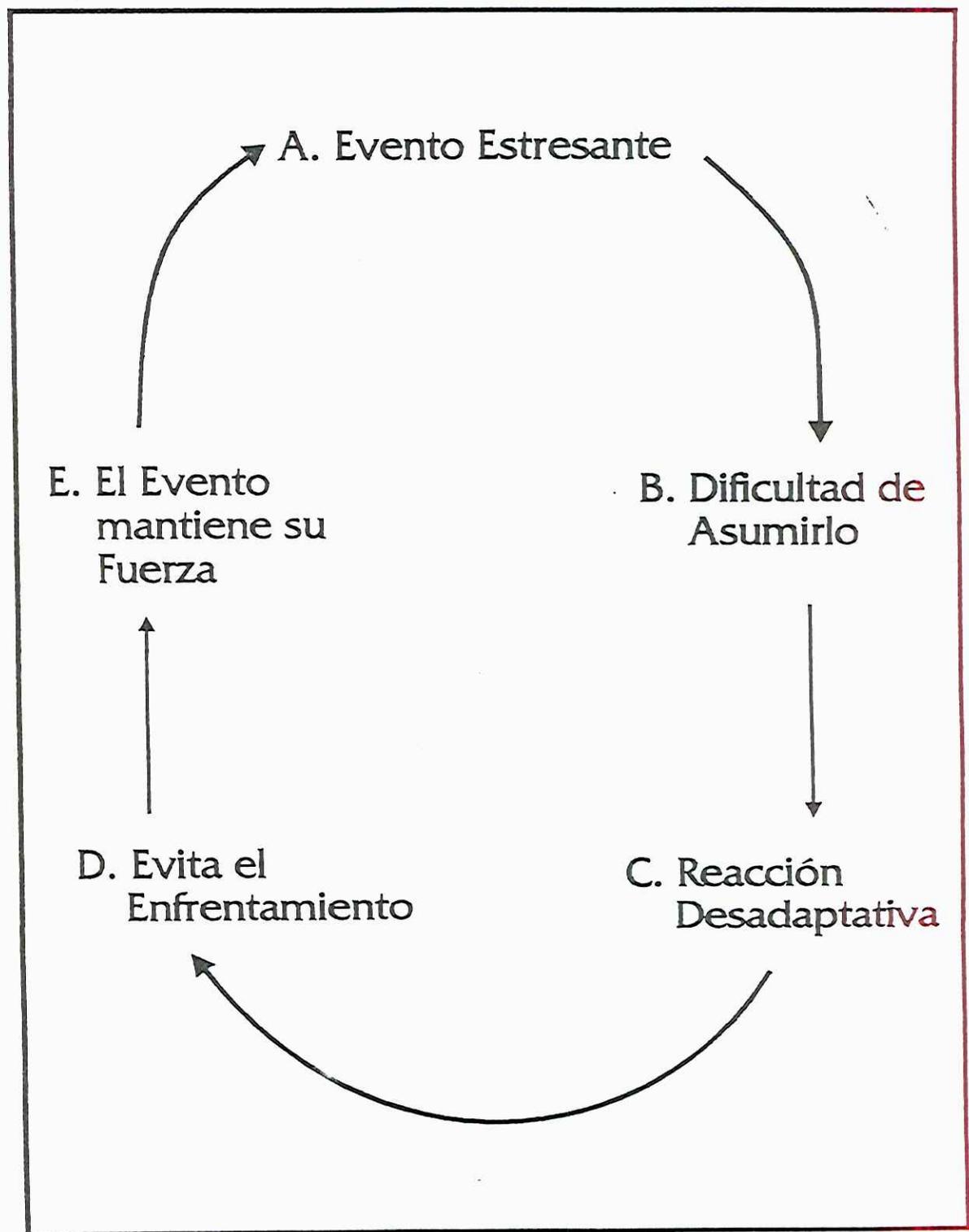


Fig. 8. Circuito de Mantenimiento de los Trastornos Adaptativos

4.4 Esquizofrenia

El circuito interaccional planteado con respecto a este diagnóstico a diferencia de los otros circuitos postulados en el presente trabajo, no contemplará la generación del problema y sus expresiones conductuales, considerándolos ya presentes en el sistema; ya que el cuadro de Esquizofrenia cuenta con diversas explicaciones (entre las que se incluye la existencia de una vulnerabilidad biológica del individuo) ninguna de las cuales cuenta con aceptación y consenso amplios dentro de la psiquiatría o la psicología. Por consiguiente el circuito siguiente será formulado con el objeto de explicar cómo las interacciones tienden a mantener, aumentar y/o confirmar los síntomas.

- A. El adolescente presenta conductas que son percibidas por los demás como extrañas, bizarras y/o anormales, las cuales sin embargo, al él no se lo parecen. Estas conductas pueden comprender: aislamiento, despreocupación por su apariencia y presentación personal, disminución en el nivel del desempeño escolar o laboral previo, ideas extrañas, lenguaje confuso, indiferencia afectiva, u otros.
- B. Estas conductas provocan preocupación y alarma en los demás miembros de los distintos sistemas de los que el adolescente forma parte. Estas personas reaccionan con temor, irritación o rechazo e intentan impedir dichas conductas y volver al adolescente a un estado "normal", sin obtener resultados positivos.

- C. Ante la persistencia de las conductas "anormales", quienes rodean al adolescente ponen en práctica formas diversas de solución del problema, entre las cuales la más común es la búsqueda de asistencia psiquiátrica.
- D. El recibir atención profesional tiende a corroborar la creencia previa de que el adolescente está enfermo o es anormal, fomentando en los demás una actitud de discriminación, trato y cuidados especiales hacia el adolescente y una percepción de él como diferente y/o raro. Esta actitud descalifica al adolescente como persona apta para comprender y tomar decisiones ante cualquier situación, por lo tanto los demás no le comunican honesta y abiertamente sus opiniones y decisiones, quedando así el adolescente excluido del funcionamiento normal del sistema.
- E. Dado que el adolescente no se percibe como enfermo y considera sus conductas y a sí mismo como normales; ante la actitud de los demás reacciona aislándose más, con mayor indiferencia afectiva, interpretando como malintencionada y persecutoria la actitud de los demás, rechazando el contacto y participación en su ambiente, ocultando información y comunicándose sólo a nivel analógico, o en general, aumentando las conductas que los demás consideran extrañas y sintomáticas de una anormalidad. (Ver figura N° 9)

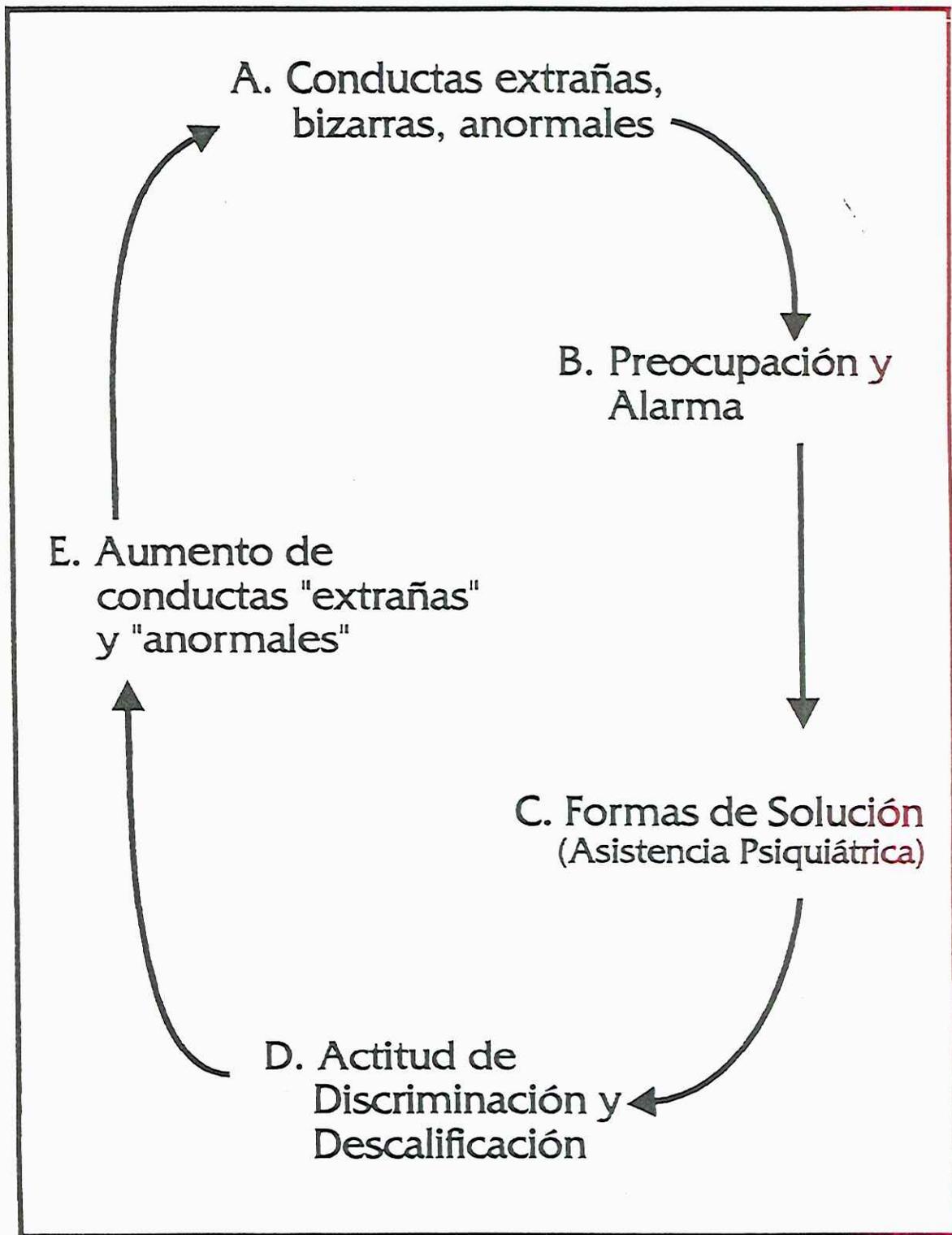


Fig. 9. Circuito de Mantenimiento de la Esquizofrenia

4.5 Trastornos Depresivos

Se propone la siguiente secuencia de interacciones:

- A. Ante la ocurrencia de un evento desagradable para el individuo, éste reacciona presentando un estado de ánimo caracterizado por: tristeza, llanto, disminución de la energía, alejamiento de actividades habituales, irritabilidad, insomnio, alteraciones del apetito, sentimientos de culpa, disminución del contacto con otros, etc. Todas éstas, conductas que tradicionalmente son consideradas síntomas de depresión.
- B. Las personas cercanas reaccionan intentando animar al individuo a través de: peticiones de cambiar el estado anímico depresivo, instancias a realizar actividades, sugerencias de no pensar en contenidos entristecedores, cuidados para que duerma y se alimente adecuadamente, insistencia para que comparta con otros y en general, presiones para que "se sienta bien".
- C. El individuo se siente poco comprendido por los demás, se siente objeto de su preocupación y pensando que depende de si mismo el cambiar su estado de ánimo y sentimientos, intenta poner en práctica los consejos de los demás y "sentirse bien".

- D. La reacción de los demás y sus propios intentos de cambiar lo mantienen focalizado y pendiente de su estado de ánimo y provocan mayor presión para modificarlo. Considerando además, que las emociones y sentimientos surgen espontáneamente ante cierta situación, el individuo se ve en la paradoja de estar centrado en forzar algo que sólo se da espontáneamente, sintiéndose incapaz de lograrlo.
- E. El individuo se siente incomprendido y solo, sin lograr control sobre si mismo ni tampoco estar como los demás esperan, pensando que los desilusiona. Todo lo cual mantiene o aumenta su tristeza, culpa, aislamiento, desgano, irritabilidad y en general, los "síntomas depresivos". (Ver figura N° 10)

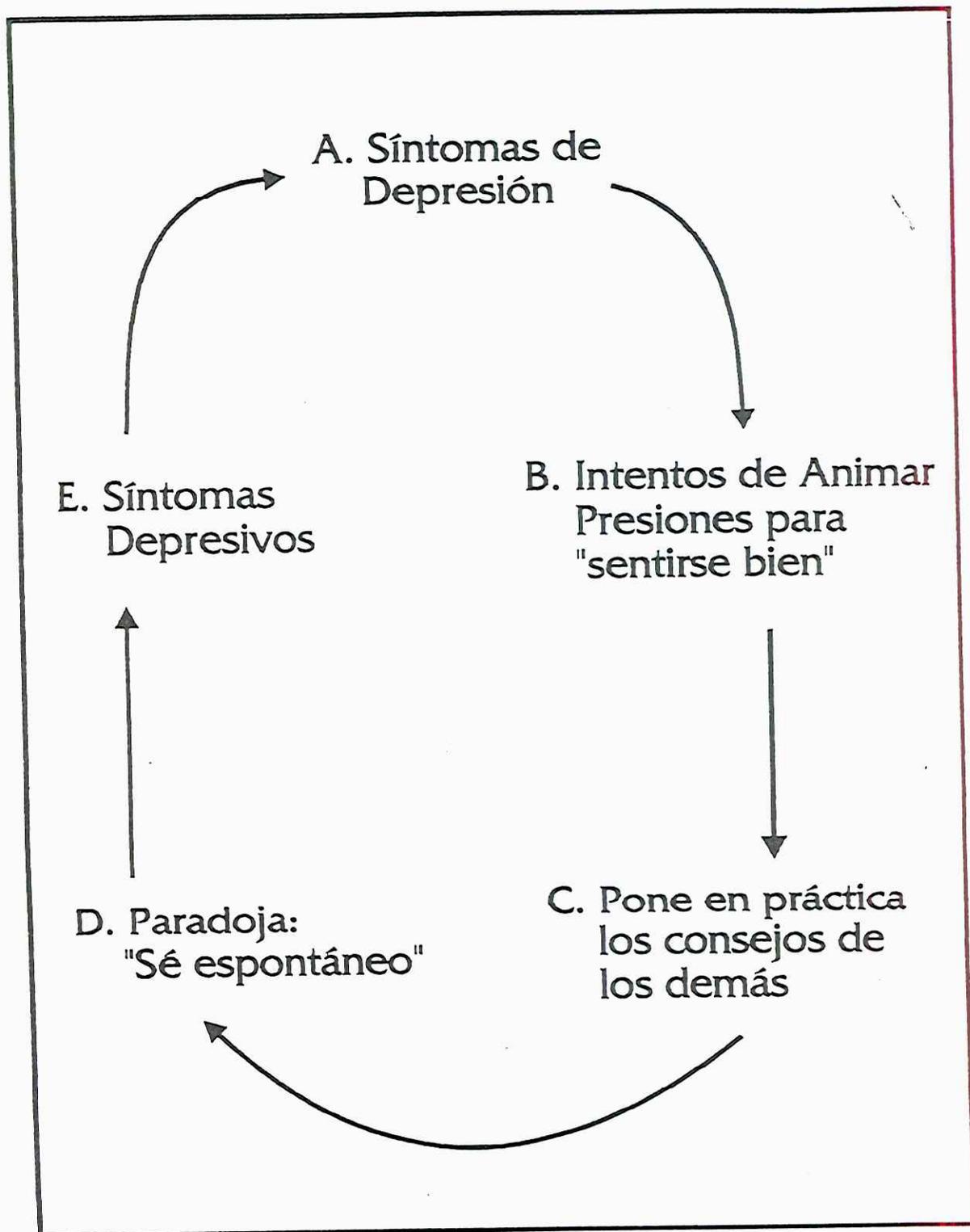


Fig. 10. Circuito de Mantenimiento de los Trastornos Depresivos

4.6 Trastornos por Somatización

El circuito interaccional planteado es el siguiente:

- A. Se presenta una situación determinada en cualquier ámbito de la vida del adolescente (especialmente escolar o familiar), que le resulta especialmente difícil de enfrentar y asumir adecuadamente, por ejemplo situaciones que impliquen cambios, mayores exigencias, o conflictos en una o más de los sistemas de los que el adolescente forma parte.
- B. Estas situaciones son potencialmente ansiógenas, sin embargo el adolescente no codifica sentimientos de angustia o ansiedad, sino que reacciona ante ellas con alteraciones somáticas como desmayos, dolores, alteraciones menstruales, etc.
- C. Se recurre al médico con el fin de diagnosticar y tratar la alteración somática, sin embargo no se le encuentra causa orgánica a los síntomas e independientemente de que se le prescriba tratamiento médico o no, la alteración o sintomatología no remite, ya que el adolescente sigue expuesto a la situación que le es difícil.
- D. Al persistir la alteración somática, el adolescente se convierte en objeto de atenciones, cuidado y tratamiento especial, quienes lo rodean tienden a tratarlo como enfermo y a restringirle su actividad en distintos ámbitos, entre los cuales

se encuentra la situación-problema.

- E. Se establece de esta manera una forma de evitación indirecta de la situación-problema, a la vez que el adolescente recibe como ganancia secundaria la preocupación y el cariño especial de quienes lo rodean. Así, mientras el adolescente se mantenga en este contexto, no sufre la presencia del síntoma; sin embargo como la situación-problema permanece y el adolescente no ha aprendido a enfrentarla, cada vez que él se vea expuesto a ella volverá a presentar síntomas somáticos. (Ver figura N° 11)

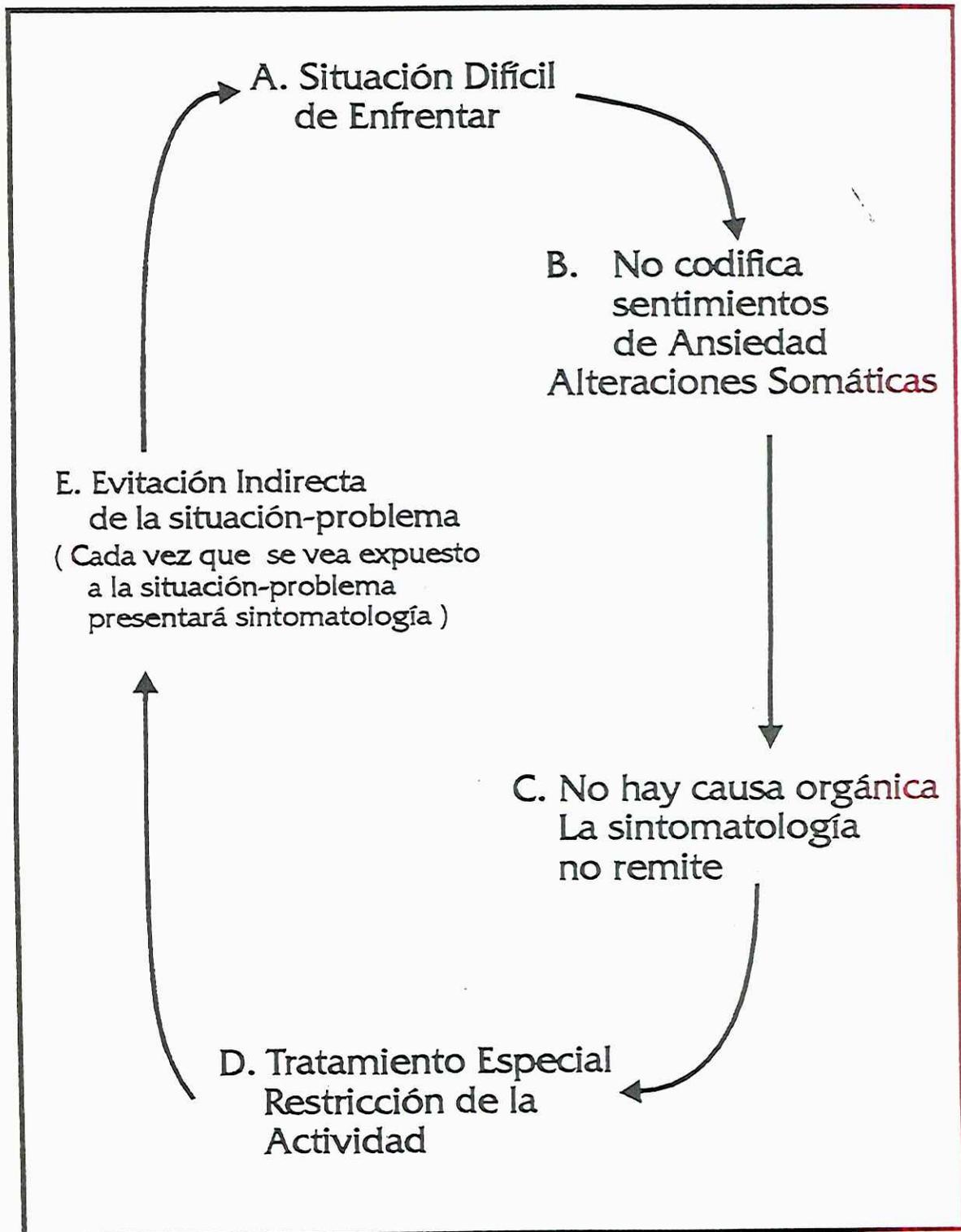


Fig. 11. Circuito de Mantenimiento de los Trastornos por Somatización

VII. CONCLUSIONES

A partir de la investigación realizada es posible concluir la factibilidad de establecer una perspectiva sistémica interaccional a muchos de los problemas más frecuentes que se presentan durante la adolescencia.

Al plantear circuitos de mantenimiento de dichos problemas se amplían las posibilidades de acción del terapeuta, ya que el extender a un contexto más amplio que el meramente individual el problema presentado, como es un sistema de interacciones, permite en primer lugar, percibir cómo contribuyen otros participantes a la generación y mantención de los problemas, contribuyendo a desrotular al "individuo problemático o enfermo" estableciéndose así una visión que elimina la "culpa" de un individuo, transformándola más bien en una responsabilidad compartida por los miembros de un sistema o subsistema; incluso se logra poder apreciar cómo es que en diversos casos el rotular y centrar en un único individuo el problema, contribuye a la preservación de éste.

Por otra parte, los circuitos postulados; aunque no sean los únicos posibles con respecto a cada problema, sino una posibilidad entre varias; proveen de una base para quien está tratando un caso perteneciente a alguna de las categorías de problemas estudiadas, que orientará la estructuración del diagnóstico (sistémico) y guiará la búsqueda de información útil para el tratamiento, haciéndolo más breve y eficaz.

En términos de la intervención terapéutica, el presente planteamiento del diagnóstico de los problemas, extiende las alternativas de elección en cuanto a los focos de análisis e intervención en cada caso, ya que permite elegir entre varios individuos participantes, quien esté más motivado y tenga mayores posibilidades de cambiar y por otra parte, determinar cual segmento de la secuencia de interacciones es el más susceptible de ser intervenido; todo lo cual también contribuye a disminuir el tiempo y los esfuerzos requeridos para la resolución del problema.

En cuanto a los problemas estudiados, se observó que en algunos cobra importancia y ejerce gran influencia un sistema más amplio, como es el contexto sociocultural en que se inserta el adolescente, de lo cual se desprende que la perspectiva planteada en la presente investigación acerca de problemas como los que se relacionan con la sexualidad y con conductas riesgosas, violentas y delictuales; podría proveer un criterio útil para intervenciones de instancias sociales que se orienten a la prevención de dichos problemas.

Además fue posible advertir en la gran mayoría de los problemas estudiados, lo crucial de las interacciones del adolescente con los demás miembros del sistema familiar, ya que la familia figuraba en las investigaciones revisadas, como variable fundamental en muchos de los problemas analizados, siendo descrita como inestable, desestructurada y disfuncional en gran parte de dichas investigaciones, lo cual se vio confirmado en la elaboración de los circuitos interaccionales.

En relación a los cuadros psicopatológicos estudiados, se concluyó que a pesar de que las clasificaciones diagnósticas resultan de utilidad en diversos aspectos, puede en algunos casos ser más práctico en términos del tratamiento, dejar de lado la nomenclatura diagnóstica y considerar las interacciones del problema concreto, dado que no sólo existiría el peligro de la rotulación (que ya se señaló), sino que también existen cuadros como la Depresión, el Trastorno Adaptativo y el Trastorno Conductual, que presentan manifestaciones sintomáticas numerosas y formas de expresión diversas y que por lo tanto, pueden ser difíciles de distinguir de otros cuadros y de clasificar en forma adecuada, especialmente tratándose de consultantes adolescentes, quienes se caracterizan por la inestabilidad de sus manifestaciones.

Finalmente, un punto que guarda relación con lo anterior es el que corresponde a las preocupaciones y motivos de consulta desde la perspectiva del adolescente, con respecto a lo cual se concluyó que las quejas presentadas por ellos corresponden bastante estrechamente a las manifestaciones de los problemas tratados en las investigaciones revisadas, sin embargo se diferencian en la forma en que se las denomina, en la explicación que les dan las diferentes partes involucradas (adolescente consultante, especialista tratante o investigador, familias, escuelas, sociedad, etc.) y en la forma en que en consecuencia, se abordan; en síntesis la perspectiva con que son percibidos los problemas. En cuanto a esto, se plantea que el establecer circuitos interaccionales para diagnosticar un problema, necesariamente implica considerar el punto de vista y la postura de quien o quienes consultan y la forma en que repercute en

cada uno las conductas de los otros y los efectos de sus propias conductas, incluyendo al profesional tratante; abarcándose así mayor información útil en el tratamiento y favoreciendo la motivación del adolescente consultante, todo lo cual redundará probablemente en mejores resultados terapéuticos logrados en menor tiempo.

ANEXO

FICHA DE PRIMERA ENTREVISTA

Historia Nro.

Apellido y Nombres:

Nacionalidad:

Edad:

Estado Civil:

Domicilio:

Tel.:

Derivante:

Grupo de convivencia.

Otros significativos.

¿Quiénes son citados?

¿Quiénes concurren a la entrevista?

Observaciones.

Queja inicial:

Por qué ahora.

Motivo de consulta.

Historia y circunstancia actual del motivo de consulta (dónde, cuándo, cómo).

Qué hace o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema:

Soluciones intentadas.

- Por el paciente identificado.
- Por lo otros.
- Exitosas.

Tratamientos anteriores.

- Qué sirvió.
- Qué no sirvió.

Tratamientos actuales de cualquier tipo que se consideren pertinentes.

Actitudes y opiniones importantes de las personas significativas.

Motivación.

- Qué objetivos busca al consultar.
- Qué espera que haga el terapeuta.

Posiciones y lenguaje del consultante que pueden ser útiles.

Diagnóstico.

Meta mínima pactada con el consultante y reacción de éste.

Objetivo del Terapeuta.

Intervenciones del admisor y primera reacción del consultante.

- Reformulaciones.
- Prescripciones o sugerencias.

- Indicaciones de tipo de tratamiento y sus razones.

Predicciones.

Estrategia a seguir.

Quiénes son citados para la próxima.

Número de sesiones previstas.