

VI Conductas y factores de riesgo en la adolescencia

Dra. Francisca Cruz Sánchez

Dr. Antonio Bandera Rosell

Dra. Elsa Gutiérrez Baró

Posiblemente el avance más importante relacionado con los problemas de la salud del adolescente ha sido el reconocimiento de que la conducta juega un papel principal en la salud, pues los comportamientos riesgosos son factores importantes en enfermedades, incapacidad y muerte.

Las conductas de riesgo tienen como característica fundamental la interrelación marcada entre ellas, es decir que en un adolescente pueden coincidir dos, tres o todas las conductas riesgosas conocidas, o sea puede fumar, ingerir sustancias psicoactivas, tener o provocar un accidente, adquirir o propagar una enfermedad de transmisión sexual, delinquir, ser maltratado o usar la violencia, intentar contra su vida o suicidarse.

Deserción escolar

La asistencia regular a la escuela constituye la actividad más importante para el niño primero y el adolescente después. Una parte de la socialización se realiza en contacto con los maestros y los compañeros del aula, a través de los sucesivos cursos desde la primaria hasta el término de la enseñanza media.

Es fundamental que estas experiencias resulten gratificantes y significativas para los estudiantes, sólo así se puede lograr un aprendizaje óptimo y la formación e incremento de valores humanos que den paso a una personalidad equilibrada y sana. El fracaso de estos empeños compromete el futuro desarrollo del individuo.

El abandono definitivo de la escuela o taller es el primer escalón de un descenso que puede complicarse y comprometer seriamente el futuro de cualquier adolescente.

En estas edades la falta de motivaciones, intereses y compromisos sociales constituyen un riesgo que es la base de otros cada vez más graves.

Accidentes

Los accidentes constituyen un factor importante en toda evaluación de la salud de los adolescentes.

Las tasas de morbilidad por accidentes resulta a menudo extremadamente altas por diversas causas como son:

- rápida urbanización
- aumento de número de vehículos
- inclusión de otros tipos de vehículos en el tráfico de vehículos motorizados.
- mal estado de las vías o caminos
- incumplimiento y/o desconocimiento de normas o leyes establecidas
- percepción disminuida de *los* riesgos
- ingestión de bebidas alcohólicas y otras sustancias psicoactivas
- aumento de la agresividad e impulsividad
- tendencia a comportarse en oposición a las expectativas de la familia y la sociedad
- curiosidad y experimentación
- manifestación subyacente de un deseo suicida
- aceptación de los compañeros o presión de los mismos.
- influencia de los medios de difusión.
- escasa o nula información sobre aspectos preventivos.

Prevención

- El comportamiento ejemplar por parte de figuras respetadas tiene un valor inapreciable.
- Conocimiento de las leyes de viabilidad.
- Cumplimiento de las leyes de seguridad y conducción de vehículos.
- Evitar riesgos de las vías
- Evitar acceso a sustancias psicoactivas
- Medidas severas para los conductores ebrios
- Control de venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años.
- Evitar publicidad de actividades peligrosas.
- Educación sobre medidas de prevención en evitación de peligros potenciales, incrementando el nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención de los accidentes.
- Desarrollar programas de divulgación permanente por los medios masivos de divulgación dirigidos a adolescentes.
- Dar a conocer las principales causas de morbilidad en adolescentes y formas de evitarlas tales como: caídas, accidentes de tránsito, inmersión, quemaduras, intoxicaciones, armas de fuego, electrocución, entre otras.

Uso y abuso de sustancias psicoactivas.

El consumo de sustancias, que modifican la conducta, el humor y la conciencia es una práctica muy antigua.

El problema del abuso de estas sustancias que afectan sobre todo a los jóvenes, constituye un motivo de preocupación por su tendencia creciente hasta constituirse en un problema de salud pública, así como por su alto costo social.

Los agentes tóxicos ocasionan la pérdida de la salud física, mental y social con deterioro del individuo en su organismo, sus relaciones familiares, su rendimiento escolar y en su ámbito laboral.

El origen del uso o abuso de sustancias tóxicas o drogas es **MULTIFACTORIAL**.

Se describen los siguientes factores: individuales, familiares, económicos, ambientales, sociales.

Individuales

Se destacan los psicológicos y orgánicos, los cuales pueden estar presentes desde la infancia y entre ellos tenemos:

- las características de la personalidad
- inseguridad.
- baja autoestima
- ansiedad
- tedio
- depresión
- algunos trastornos psiquiátricos
- tendencia o predisposición de ciertos organismos a desarrollar la dependencia
- curiosidad del individuo
- intención de buscar sensaciones placenteras
- evitar algunas situaciones o sensaciones desagradables
- manifestar rebeldía
- estimularse para la preparación de exámenes
- simplemente para combatir el ocio
- para bajar de peso y no sentir hambre
- disminuir angustia
- para dormir o despertar.
- para trabajar o descansar.

Familiares

- Dinámica familiar (estructura familiar disfuncional, conflictos familiares, desunión familiar, falta de relaciones positivas dentro de la familia).
- conducta y actitudes familiares que favorecen el uso de sustancias
- incompreensión, desconfianza
- comunicación poco clara entre padres e hijos
- inconsistencia entre premios y castigos

Económicos, ambientales y sociales.

- desventajas económicas (pobreza, hacinamiento, escasez de vivienda)
- disponibilidad
- condiciones marginales de la comunidad (falta de servicios públicos y de vigilancia)
- población flotante
- falta de oportunidades para jóvenes
- grandes tensiones
- criminalidad
- tráfico ilegal de drogas
- propaganda con el fin de lucro
- existencia de leyes y normas que permiten el uso de alcohol

- incumplimiento de los que prescriben el consumo de otras drogas (médicas sin prescripción).

Definiciones

DRUGA o fármaco: Es toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones normales.

Droga adictiva: Es una sustancia capaz de interactuar con un organismo vivo, de tal forma que produce un estado de dependencia psíquica, física o ambos.

Droga psicoactiva. Es una droga que altera el funcionamiento mental (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria)

CLASIFICACIÓN DE FÁRMACOS O DROGAS	
ESTIMULANTES	Anfetaminas COCAINA MARIJUANA
ALUCINOGENOS	L S D MESCALINA, PSILOCIBINA. BARBITURICOS
DEPRESORES	TRANQUILIZANTES MENORES ANALGESICOS NARCOTICOS (opio, morfina, heroína, codeína) INHALABLES (más usados en niños entre 6-14 años)

Abuso: Es el consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual.

Tolerancia: Es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud. Cualquier tipo de dependencia (física o psíquica) puede o no acompañarse de este fenómeno.

Alcoholismo: Adicción al alcohol.

Tabaquismo: Adicción al tabaco.

Farmacodependencia (toxicomanía, drogadicción, adicción): Es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden. siempre un impulso irreprimitible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

Dependencia física o adicción: Es un estado de adaptación biológico que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga.

Dependencia psíquica o habituación: Es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un gran peligro para el individuo.

Síndrome de abstinencia o de supresión: Los trastornos fisiológicos o psíquicos producidos por suspender bruscamente un fármaco que produce dependencia física o psíquica. Es diferente para cada droga y los síntomas pueden ser leves, graves y llevar a la muerte.

Hábito de fumar

Aprender a fumar es un fenómeno que generalmente comienza en la Adolescencia. Es común el uso del cigarro como símbolo de comportamiento adulto pues es utilizado como sinónimo de madurez, audacia, independencia, masculinidad o sofisticación; sin embargo entre algunos adolescentes que no fuman es rechazado por el olor (que se adhiere a la ropa, el pelo y la piel), pone los dientes amarillos, dedos manchados, todo lo cual quita atractividad.

La razón por la cual fumar es peligroso está en tres fuertes componentes que contienen los cigarrillos:

- **Nicotina:** responsable de la dependencia física y psíquica. Es de 7 a 8 veces más adictiva que el alcohol.
- **Alquitrán o brea:** poder carcinogénico
- **Monóxido de carbono:** que produce hipoxia tisular y además se relaciona con la génesis de la arteriosclerosis.

Está demostrado que cuanto más temprano una persona comienza a fumar mayor es el riesgo de contraer enfermedades posiblemente mortales como son:

- Bronquitis crónica
- Enfisema pulmonar
- EPOC (enfisema pulmonar obstructivo crónico)
- Hipertensión Arterial
- trastornos cardiovasculares
- enfermedades cerebrovasculares
- Cáncer de la boca, laringe, tráquea y pulmones
- Trastornos inmunológicos.

Los factores que más se relacionan con este mal hábito son:

- presión de los compañeros
- deseo de seguir el ejemplo de los padres, familiares cercanos o maestros
- regímenes de estudio o trabajo fuera del hogar

Existen diferentes tipos de tabaquismo: psicosocial, sensoriomotor, por indulgencia, sedante, estimulante, adictivo, automático y pasivo

La adicción a la nicotina es muy resistente al tratamiento.

Se han utilizado diferentes formas de tratamiento, pero todas con poco éxito como son: los parches de nicotina, el uso de nicotina como goma de mascar, etc; por lo que se considera que lo más importante es su prevención.

Prevención

- Programas de educación con participación activa de jóvenes o promotores.
- Incremento de actividades deportivas y de entretenimiento o de participación activa (canto, baile, etc.)
- Uso de medios de comunicación, radio, TV, cine donde figuras o actores populares rechacen el cigarro.

- Evitar publicidad relacionada con los cigarrillos que cause impresión o llame la atención a los adolescentes.
- Colocar advertencias de salud en las cajas o paquetes de cigarrillos.
- Prohibir venta de tabaco o cigarrillos a menores y se reduzca la venta en máquinas automáticas.
- Prohibir fumar en Escuelas y otros lugares frecuentados por niños y adolescentes.

Uso del alcohol y otras drogas

El consumo de alcohol y otras drogas aumenta los riesgos inmediatos de lesiones accidentales e intencionales (en especial el homicidio y el suicidio), la posibilidad de compartir agujas en el uso de drogas ilegales los conduce a la infección por VIH, por el virus de la Hepatitis B y C, así como comportamientos sexuales desinhibidos.

Las drogas psicoactivas distorsionan la experiencia sensorial y producen placer. Esta facilidad en la obtención del placer es la que tiende a inducir a un cambio conductual, inhibe la maduración psicosocial y lleva al adolescente a incrementar su uso y a la dependencia.

A pesar de la diversidad de reacciones que provocan como son : estimulación, sedación, tranquilidad, sensaciones orgásmicas, sentimientos de poder, alivio de fatiga, percepción alterada y alucinaciones, todos comparten una propiedad ALTERADORA.

El alcohol causa muerte y morbilidad en todas las edades; el espectro de la enfermedad inducida por el alcohol oscila desde el Síndrome fetal alcohólico hasta la Cirrosis hepática, la cual es la 7ma. causa de muerte en Adultos. Contribuye al 25-50% de los accidentes, suicidio y homicidio de los adolescentes, que son las tres primeras causas de mortalidad entre los jóvenes. Estas muertes son prevenibles.

Porque el alcohol y el cigarrillo son drogas legales, asequibles y aceptables socialmente, los adolescentes y algunos padres opinan que son menos dañinas que otras drogas. Los padres se enteran tarde del abuso del alcohol y con frecuencia subestiman el problema, al igual que algunos médicos.

El abuso de sustancias psicoactivas posiblemente sea el principal error diagnóstico en la medicina debido a:

- los indicadores físicos de abuso de drogas que se observan en los adultos no son frecuentemente identificados en adolescentes.
- no hay entrenamiento acerca de la dependencia química durante los estudios de la carrera de medicina y la residencia esto es una desventaja para detectar problemas de abuso de sustancias en adolescentes y sus familias.

Actitudes conducentes al alcoholismo en adolescentes

- Actitudes de los padres y bebedores
- La percepción de los adolescentes acerca de la prevalencia de su uso
- Disponibilidad del alcohol
- Promoción de bebidas en cine y televisión.

La OMS ha considerado al alcoholismo como una enfermedad desde inicio de la década del cincuenta. Es un trastorno primario, crónico, influido por factores genéticos, psicosociales y ambientales. Frecuentemente es progresivo y fatal. La adicción alcohólica se considera como la responsable mundial de la reducción de 12 años de la expectativa de vida en el ser humano.

Como enfermedad, la dependencia química puede afectar a todos los miembros de una familia. A menudo los adolescentes con dependencia química, provienen de familias con problemas de alcoholismo o drogadicción lo que complica la situación, a causa de los patrones de conductas adictivos que se observan en estas circunstancias. Los hijos de alcohólicos y otros miembros de la familia al parecer presentan características de la enfermedad sin necesidad de abusar del alcohol y de las drogas. Son el grupo que corre el mayor riesgo de desarrollar una dependencia química a causa tanto de factores ambientales como genéticos.

ANFETAMINAS (benzedrina, dexedrina, metilamfetamina)

Aceleran la actividad mental y producen estados de excitación.

No producen Síndrome de abstinencia física al suspenderlos bruscamente pero pueden provocar depresión severa y ansiedad. Producen Síndrome de abstinencia psíquica muy marcado.

Su mayor peligro es que dan lugar a una gran tolerancia, lo cual puede provocar una intoxicación aguda con el siguiente cuadro clínico: irritabilidad, agresividad, insomnio, fiebre, euforia, resequeza de la boca y la nariz, sabor a metal, anorexia, náuseas, vómitos, vértigo, diarreas, dolor abdominal inquietud, temblores, convulsiones, deterioro físico, trastornos del pensamiento, confusión, alucinaciones, delirio, falta de aire, apnea, trastornos del ritmo cardiaco, coma, muerte.

COCAÍNA (en polvo inhalando o inyección endovenosa)

En Los pacientes que la usan se observa nariz roja, eritema en zona vecina, punturas en los brazos. Produce los siguientes efectos: euforia, excitación, ansiedad, locuacidad, disminución de la fatiga, aumento de la capacidad de trabajo, sensación de mayor fortaleza física, midriasis, hipertensión arterial, alucinaciones, delirio de persecución.

Posterior al efecto se observa una gran depresión.

El uso prolongado lleva a una rápida pérdida de peso, debilidad física, extrema palidez de la cara, mareos, vómitos y gran excitabilidad.

Crea una fuerte dependencia psicológica, al dejar de usarla se deprime y sufre alucinaciones. También produce tolerancia lo que puede llevar a intoxicación grave.

MARIGUANA

Uso más frecuente en forma de cigarrillos.

Sus efectos dependen de la preparación, almacenamiento, así como de la cantidad que se consume, ambiente social y personalidad del consumidor.

Por lo general fumar marihuana constituye una actividad de grupo.

El efecto comienza entre 15 y 30 minutos después de inhalar el humo y dura de 2 a 4 horas.

Son signos constantes el enrojecimiento de los ojos y la taquicardia.

Dentro de los efectos crónicos que produce se encuentra el Síndrome Amotivacional que se caracteriza por:

- pérdida de interés, apatía general y pasividad
- pérdida del deseo de trabajar regularmente y pérdida de productividad y de preocupación acerca del bajo rendimiento en el trabajo.
- pérdida de energía y fatiga.
- melancolía, mal humor e incapacidad para lidiar con la propia frustración

- disminución de la capacidad de concentración e incapacidad para procesar el material nuevo.
- descuido de costumbres y aspecto personal.
- estilo de vida centrado en la obtención y uso de la marihuana.

Clasificación

Existen cuatro grupos distintos de consumidores o fármaco dependientes:

1- experimentadores

2- sociales u ocasionales

3- farmacodependientes funcionales

4- farmacodependientes disfuncionales

Los usuarios del grupo **1** y **2** son en su mayoría jóvenes que consumen drogas como parte del proceso de la Adolescencia, por tanto deben ser tratados con tolerancia en un intento por facilitar y enriquecer su tránsito por esta etapa de la vida. No se consideran enfermos, delincuentes o farmacodependientes es simplemente la expresión de los conflictos normales de la Adolescencia, aunque pudiera tratarse del inicio de la farmacodependencia.

En estos grupos la actitud general debe ser de comprensión tanto por parte de los padres como de maestros y nunca debe usarse el castigo, el cual es más dañino que la droga misma.

Además de comprensión, confianza y flexibilidad se deben motivar para que realicen actividades constructivas, culturales, deportivas, política, artísticas y buscar orientación y apoyo especializado.

Para combatir la farmacodependencia es necesario conocerla o identificarla para lo cual es necesario la participación de la familia, maestros, médicos y el público en general.

Diagnóstico de la farmacodependencia

- por observación
- por métodos de reacción química, cromatografía, espectrometría, microdifusión y destilación.

Características generales de adolescentes que usan drogas

- cambio más o menos súbito de la conducta habitual.
- trastornos de la disciplina, atención y rendimiento escolar o laboral
- disminución de la eficiencia
- ausentismo escolar o laboral
- inestabilidad emocional
- trastorno de la personalidad
- rechazo a los antiguos amigos y sustitución del círculo de amistades.
- cambios en el lenguaje y en la forma de vestir
- descuido de la apariencia física
- exigencia extraordinaria para los gastos personales
- participación en robos y asaltos.
- Presencia de algún olor especial en el cuerpo o en la ropa.
- uso repentino de anteojos oscuros o camisas de mangas largas.

Los farmacodependientes habituales (**grupo 3 y 4**) son los que representan el mayor problema por Síndrome de abstinencia física y psíquica o por intoxicación.

Manejo de la drogadicción

1 -Identifique factores de protección y refuércecelos.

- Autoreconocimiento del problema
- Comunicación familiar
- Autoestima adecuada
- Asertividad
- Hábitos saludables
- Vinculos con grupos sociales no consumidores
- Uso adecuado del tiempo libre
- Pertenencia a grupos juveniles, deportivos, culturales y otras.
- Realizar actividades creativas (cerámica, pinturas y otras)

2- Identifique factores de riesgo

- Amigos consumidores
- Antecedentes familiares de consumo de drogas
- Accesibilidad a la droga
- Inestabilidad familiar
- Rendimiento escolar bajo
- Falta de oportunidades de desarrollo personal

3- Averiguar uso o no uso de drogas

Si el adolescente manifiesta no consumir drogas, ver problemas en relación con amigos o conocidos que se drogan y realizar las acciones específicas siguientes:

Problema	Acciones específicas
a) Relación con amigos o conocidos que se drogan	Evitar el primer consumo a través de orientación apropiada, utilizando materiales informativo educativo, brindando apoyo personal. Motivarlo para atraer sus amigos o conocidos con el fin de orientarlos. Distanciamiento y cambio a grupo de amigos no consumidores. Desarrollar autoestima y asertividad
b) Uso experimental o recreacional	Evitar siguientes consumos en base a análisis de o recreacional desventajas y consecuencias de la adicción. Favorecer la incorporación de hábitos de vida saludables. Alejamiento y cambio a grupos de amigos no consumidores.
c) Uso social	Analizar junto con el adolescente los motivos que lo llevan a este tipo de consumo. Enseñar al adolescente respuestas apropiadas al entorno que lo incentiva.
d) Uso habitual	Referir al especialista

Si el adolescente manifiesta consumo, averiguar: tipo, frecuencia, situación, cantidad de drogas (alcohol, marihuana, cocaína, medicamentos u otros). Experiencias de uso recreacional o experimental, social y/o habitual. Proceder con las acciones específicas señaladas en 3.

En todos los casos revisar los antecedentes familiares, trabajar con la familia si es necesario fortaleciendo la autoestima y la capacidad de toma de decisiones, promover la incorporación a grupos no consumidores y el alejamiento de grupos consumidores. Desarrollar habilidades sociales.

Violencia como problema de salud

Se denomina violencia a la agresión destructiva, la que procura aniquilar, destruir, desintegrar. No toda agresividad es violencia, pero si toda violencia es agresividad.

Etiología de la violencia

La razón de la violencia hay que encontrarla en el cruce de factores negativos del individuo y la sociedad.

Factores negativos: alcoholismo, uso de drogas, desnutrición, hacinamiento, desempleo, deterioro de la familia, desigualdad, pobreza, marginalidad, los medios de comunicación audiovisuales con alto contenido de violencia, bélicos, debilitamiento de la justicia y control legal.

Clasificación de la violencia:

	Familiar
Rural y Urbana	Delincuencial
	Policial

La familia es una de las instituciones sociales en que es más difícil identificar y nombrar la violencia. Tanto niños como adolescentes encuentran serias dificultades en reconocer que sus padres practiquen violencia sobre ellos.

La violencia en la familia se expresa de varias formas: Abuso físico, psicológico y sexual, Abandono físico y emocional, Negligencia, Explotación del trabajo infanto-juvenil.

La violencia debe tratarse como condición que tiene una historia epidemiológica y mecanismo de producción que da cabida a medidas preventivas y de rehabilitación temprana.

Los actos de violencia constituyen una enorme carga para los servicios de salud, pues incrementan sus costos y disminuyen la calidad de atención y cobertura, generando un número elevado de heridos, secuelas, incapacidad física, emocional y muertos.

Prevención de la violencia

Por su carácter pluricausal y polifacético demanda un enfoque interdisciplinario y multisectorial con el objetivo de:

- Evitar el desarrollo de prácticas agresivas que originen muertes o lesiones.
- Promover la no violencia a través de medios de comunicación y diferentes instituciones.

Principios generales para encarar la violencia

- Integralidad, equidad, compromiso político, cultura ciudadana (fortalecer los estilos de vida, valores, actitudes y formas de convivencia).
- conocimiento en función de la acción de factores de riesgos, génesis de comportamientos agresivos.
- participación social.

Manejo de la violencia

- 1- Recopilar la información sobre el problema; ser muy respetuoso y no presionar al adolescente.
 - Anamnesis adecuada dirigida al problema buscando huellas de traumatismo de explicación inusual.
 - Antecedentes familiares de maltrato.
 - Examen físico (estar atentos a lesiones antiguas o nuevas y sudoración excesiva). Averigüe sobre origen de las lesiones. Cuando estas son inverosímiles o cuando se dice que el niño se cae a cada rato, sospeche maltrato.
 - Identificar tics, ansiedad, timidez.

2- Curación y tratamiento de las lesiones.

Describir minuciosamente los hallazgos, y de ser posible, realice la documentación gráfica de las mismas (idealmente con fotografía o filmación), la cual deberá quedar registrada en la historia clínica.

3- Motivar al adolescente para expresar las causas de sus tensiones.

Se debe ganar la confianza del adolescente, haciéndole ver que el compartir los sentimientos con otra persona facilita la ayuda.

4- De existir sospecha de maltrato se debe transferir para atención profesional especializada por un equipo multidisciplinario, fortaleciendo la autoestima del adolescente.

5- Coordinar con las autoridades de su radio de acción para identificar donde se puede solicitar apoyo para completar tratamiento.

6- Cuando hay signos evidentes de maltrato se debe hacer la denuncia a las instancias correspondientes, pero debe considerarse:

- edad del adolescente
- estado de ánimo
- protección del entorno sobre el adolescente
- decisión personal (debe denunciarse si el adolescente está en sus facultades mentales para decidir).

Estrés

Lic. Ana M. Duque de Estrada

La interacción entre la tensión emocional, su enfrentamiento y la enfermedad ha sido un tema de interés para los clínicos, pues el estrés psicológico, es considerado como factor contribuyente en casi todas las enfermedades y accidentes.

Entre ellas tenemos:

- Hipertensión arterial
- Abuso de sustancias psicoactivas
- Cefaleas
- Dolor torácico
- Manifestaciones dermatológicas (las más frecuentes psoriasis y alopecia)
- Trastornos psicósomáticos
- Trastornos de los hábitos (insomnio, anorexia y otros).

- Embarazo, aborto.
- Enfermedades de transmisión sexual.

Los adolescentes establecen fuertes lazos de unión con otros de su misma edad y sienten intensamente las experiencias emocionales negativas o dolorosas.

La necesidad de competencia con sus iguales, obtener la independencia que desean y ganar a su vez la aprobación social es muy fuerte y difícil. por lo que con frecuencia suelen estar en situaciones extremadamente conflictivas para las cuales no están plenamente preparados. Esto provoca reacciones de estrés, que aunque muchas veces son normales y esperadas, pueden por su frecuencia y repetición o por su connotación negativa (distrés) ser particularmente nocivos.

Causa de tensiones en los adolescentes.

- Necesidad de lograr la independencia propia de la edad contando con la aprobación de la familia, fundamentalmente de los padres.
- El incremento del deseo sexual y a su vez la intensificación de los prejuicios relacionados con el comportamiento.
- La presencia de conflictos en el seno de la familia, fundamentalmente entre los padres o con hermanos y otros familiares.
- Adaptación a las diferentes etapas escolares con el nivel de exigencia que esto implica.
- Adaptación a las exigencias sociales educativas (escuelas al campo, becas, prácticas laborales y sociales, compromisos políticos) que recaban de esfuerzos psicológicos y sociales.
- Necesidad de expresarse como individuo, pero al mismo tiempo experimentar una fuerte atracción para conformar un grupo de compañeros.
- Mayor exposición a los medios de entretenimiento, que se buscan fuera del entorno familiar y que deben de desarrollar un nivel de responsabilidad individual y grupal.
- Migración de zonas rurales a urbanas o periurbanas, así como a otros países y viceversa, por lo cual se debilita generalmente el apoyo familiar.
- Cambios en las necesidades sociales las cuales son generalmente distintas a las de las generaciones precedentes, lo que puede ser motivo de conflictos.
- Aspiraciones económicas poco realistas, que no están en concordancia con los ingresos del hogar y su distribución.

Prevención del estrés

- Identificar los factores que ayuden a los adolescentes a percibir, comprender y prevenir el estrés.
- Adiestramiento de jóvenes para que aprendan a plantear y derimir problemas, así como a formular diversas soluciones.
- Adiestramiento de adolescentes y jóvenes en el control de sus emociones, como exteriorizarlas y expresarlas con palabras socialmente aceptadas, así como en técnicas de comunicación en general y ante situaciones de estrés.
- Buscar de forma adecuada el manejo y orientación de la familia, contemporáneos y adultos que tengan relación directa con el adolescente, para amortiguar o disminuir los factores que generan estrés.

- Utilización de grupos de apoyo como la escuela, la comunidad (grupos de teatro, danza, música, deportes) que les permitan la expresión de emociones y conflictos, que a su vez sirvan de solución y enfrentamiento al estrés.

Conducta sociopática

Dr. René Alvarez Puentes

Las conductas sociopáticas arrastran desde el siglo pasado hasta nuestros días una consideración de gran peso.

Las personas con dichos trastornos fueron consideradas y aún lo son, como locos o enfermos mentales, dado que estas conductas se alejan de la norma, es decir, caen en lo Anormal, lo cual se asocia con Patológico y esto a su vez, con enfermedad, todo lo cual facilita que se llegue a la conclusión de que se trata de procesos patológicos.

En verdad, existen estados patológicos que interfieren con la capacidad de asimilación y de aprendizaje social por lo tanto colaboran con el proceso de desestabilización e inclusive pueden explicar un acto delictivo, pero no todo el accionar delictivo que encierra una conducta de este tipo. Por lo tanto, no absolutizan la causa de este modelo de conducta no socializado.

Concepto

La conducta sociopática, se define como la forma persistente y mantenida de incumplimiento con los deberes sociales, y con las responsabilidades que le corresponden a una persona, según la edad y el nivel de desarrollo. Estas personas cometen violaciones o asumen actitudes socialmente censurables, que pueden o no considerarse como delitos.

En los menores de edad, a este modelo de conducta no socializado o sociopático, se denomina TRASTORNO DE CONDUCTA DISOCIAL.

Etiología

Se consideran el resultado de un proceso de interacción de factores DESFAVORABLES Y DESVENTAJOSOS, de tipo personal, familiar, social y ecológicos que se imbrican de forma ACTIVA Y DINAMICA.

De estos factores señalaremos algunos de tipo familiares como:

- Familias incompletas, extensas y reconstruidas
- Figura paterna generalmente ausente
- Vivienda superpoblada y en males condiciones
- Desunión familiar
- Deficientes cumplimientos de los roles paterno y materno
- Nivel de educación generalmente bajo
- Ausente o insuficiente involucración en los procesos productivos
- Deficientes métodos disciplinarios

- Deficiente comunicación y escasa cultura de diálogo
- Conflicto y violencia familiar, contradicciones
- Ejemplos de conductas, antisociales y de conflictos con la ley
- Falsa transmisión de valores
- Deficiente involucración en la vida social y afectiva del menor.

Factores de tipo personal (psicológicos) como:

- Sentimientos de incompreensión, inseguridad y desconfianza
- Rechazos y rebeldías que facilitan el alejamiento y la independencia
- Infraestimulación cultural que genera sentimientos de desinterés, desmotivación y despreocupación, lo cual influye negativamente en sus resultados docentes y en la retención escolar.
- Otros estados emocionales, relacionados con emancipación distorsionada, inconformidad consigo mismo y con los demás.
- Otros factores de influencia psicológicas vitales como la comunidad y el grupo de amigos.

El modelo de conducta disocial

Como proceso se expresa de manera diversa en cada individuo, no obstante se pudiera conformar una especie de modelo o prototipo que es el que les exponemos a continuación:

- Exhiben una autonomía prematura
- Son voluntariosos
- Tienen una autoestima insuficiente
- Mantienen una actitud rebelde y opositora
- Tienen baja tolerancia a las frustraciones, dada por formas explosivas, arrebatos de cólera y agresividad desproporcionada a las situaciones que las provocan.
- Conflictos en sus relaciones así como resentimientos que facilitan la solución de problemas de forma agresiva.
- Tendencia al uso de la fuerza (matonismo, amenazas).
- Deficiente inhibición, regulación de deseos y necesidades, lo cual facilita que sean impulsivos y caprichosos.
- Los llamados de atención no crean sentimientos de vergüenza o arrepentimiento y generalmente se tornan irritables.
- Se interesan por el placer y el disfrute personal.
- Se interesan por el presente, y no se proyectan en el futuro.
- Aspiran a un status social elevado, para lo cual no están preparados ni tampoco se esfuerzan por lograrlo.
- Son portadores de falsos valores que distorsionan la realidad, y desplazan los sentimientos de solidaridad, amor, amistad por lo material.
- No se involucran afectivamente, estableciendo relaciones de conveniencia y complemento, ven a las personas como objetos que pueden utilizar para satisfacer sus necesidades.
- No exhiben sentimientos de sufrimiento existencial, y muestran poca compasión, una de las razones por las cuales impresionan fríos.
- Se rebelan contra el orden, la disciplina y la norma.
- Tienen necesidad imperiosa de expulsar al exterior sentimientos desagradables, tras lo cual se sienten aliviados.

- Presentan con frecuencia trastornos de los hábitos como: enuresis y trastornos del sueño, con más frecuencia que sus pariguales.

A este cuadro general, deben adicionarse las manifestaciones que se deriven de la repercusión de la patología que puede estar afectándolo, lo cual puede complejizar más la expresión conductual.

Diagnostico diferencial

Delincuencia neurótica

Es rara pues el neurótico que comete delito tiene una historia de adaptación social previa, y de buena integración social, y asume dicha conducta como una forma de comunicar algo, ya sea para buscar reconocimiento, para reafirmar su identidad, o por audacia y fanfarronería, así como por reclamo de ayuda.

Estado depresivo

Muy frecuentemente está encubierto tras una conducta de tipo sociopática exagerada, afin de que su familia centre su atención en él.

Psicosis

En esta patología existe un grave trastorno en la calidad del pensamiento y en los efectos, tanto de forma cuantitativa como cualitativa, las infracciones y conductas que se producen, son por la pérdida del sentido de la realidad y responden a una lógica patológica.

Organicidad y trastornos de conducta

Algunos portadores de procesos orgánicos pueden ser involucrados y manejados por un grupo cuya conducta social es inadecuada. Es vital conocer la historia individual y como ha transcurrido su proceso de socialización.

-Psicopatización orgánica de la personalidad

Generalmente puede pensarse en ella, cuando posterior al evento o patología es que se note un cambio evidente en la conducta social del menor. No obstante, siempre se hará una evaluación integral de todos los factores, pues muchas veces tiene más peso la educación familiar que la propia afectación que pudiera transmitir la patología.

-Reacción de huida

A veces es el comienzo o señal inicial del proceso de desestabilización por determinados factores familiares que generan miedo en menores inmaduros. La incomunicación afectiva se plantea como fundamental. Establecido el esquema de huida, puede hacerse rutinario e inconexo con la situación inicial.

-Reacción asocial agresiva

La agresividad no socializada es una desobediencia hostil de forma manifiesta o encubierta, exteriorizada contra personas o cosas.

Tiene un carácter personal y esquema estereotipado de hostilidad de carácter impulsivo e impredecible, que toma por sorpresa al supuesto agresor. Siempre en ellos hay que esperar después de una frustración, una respuesta agresiva. Muestran en general, una permanente y desadaptada expresión de hostilidad.

Reacción delincencial de grupo

Integran la pandilla, menores con o sin inadaptación social, junto con mayores con o sin antecedentes delictivos, así como otros que pueden considerarse marginales. La pandilla llena un vacío social, ofreciendo variadas oportunidades para: protegerse, satisfacer necesidades a través de la relación grupal y de la comisión de actos delictivos. Alcanzan status según la participación en peleas y reyertas.

Prevención del trastorno de conducta sociopática

Es el conjunto de acciones planificadas y desarrolladas por el estado y todos sus miembros, para erradicar las causas y condiciones, así como inhibir o disminuir los modelos de conductas en conflicto con las normas establecidas.

Prevención primaria

Antes de que se manifieste, puede modificarse:

- Favoreciendo una dinámica familiar óptima y detectando malos tratos, malos métodos, mala comunicación e insatisfacción de necesidades y de atenciones hacia el menor y entre los miembros del grupo familiar.
- Influyendo en las autoridades de su área para mejorar las condiciones de vida de la familia.
- Detectando estilos y modos de vida comunitarios no saludables y con influencias negativas en la comunicación y relación, así como en la convivencia social.
- Favoreciendo el uso del tiempo libre de los adolescentes en actividades de formación de valores y de distracción en ambiente sano.
- Estimulando la involucración de jóvenes y de la familia en las actividades comunitarias, así como en la detección de situaciones y en la búsqueda de soluciones a problemas comunes.
- Detectando situaciones escolares, que potencialmente favorecen el proceso de deserción e inadaptación.
- Detectando y tratando patologías que interfieren con una óptima adaptación.

Prevención secundaria

- Conocido de que el adolescente es portador de un trastorno de conducta: Ayudarlo a comprender la dinámica de su situación.
- Facilitarle alternativas a su problema.
- Influir en la cooperación familiar para la solución del problema. Tratamiento de enfermedades concomitantes.
- Concertación con oficiales de prevención y trabajadores sociales así como con organizaciones e instituciones que colaboran.

Prevención general

Los recursos comunitarios deben tener la accesibilidad y capacidad de reacción de manera suficiente y efectiva, ante la problemática del adolescente y de su familia.

- Deben representar además un elemento disuasivo para persuadir a la mayoría de las personas, como comportarse, de modo que evite todo conflicto con la sociedad.
- La involucración de la familia y de la propia comunidad en la detección y solución de sus problemas, mejora la comunicación y el sentido de pertenencia, modifica los códigos y mejora la cultura comunitaria.

- La participación particular de adolescentes junto a adultos en esta especie de empresa comunitaria, abre nuevas avenidas de Comunicación en el seno familiar.

Referencias bibliográficas

- 1- Aguilar J. et al.- Comportamiento social de adolescentes de 15 a 19 años de edad. LNHEM. Resúmenes Congreso Internacional de Pediatría; Habana, Cuba. 1997:150.
- 2- Barreto Phebo L. y Suárez Ojeda E.- «Maltrato en niños y adolescentes. En Salud y sociedad. Una perspectiva internacional. Bol Ops 121 (2) 1996.
- 3- Bacquie Smith Nuria.- Factores de riesgo del intento suicide en niños v adolescentes. Tesis de grado. Tutor. Dr. Antonio Bandera Rosell .1987 Habana, Cuba.
- 4- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol 110, No.3 Marzo 1991.
- 5- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana .Vol. 113, No. 4; 1992 331-332.
- 6- Briceño León R.- La violencia en América Latina. IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Cocoyoc, México; 2-6 de junio 1997.
- 7- Cortés A. et al.- Comportamientos sexuales riesgosos para las ETS en estudiantes Adolescentes. Resúmenes tomo I Cong. Intern. de Pediatría Habana, Cuba; 1998:151.
- 8- Connessa P Y Nyckiel C.- Manual para la Educación en Salud integral del Adolescente OPS Mayo 1997.
- 9- Colectivo de autores.- Guía para el desarrollo de programas en materia de adicción. Sec. Salud México 1995.
- 10- Colectivo de autores.- Las drogas y sus usuarios. Sec. Salud México 1992
- 11- Colectivo de autores. Las adicciones: Hacia un enfoque multidisciplinario. Sec. Salud México 1994.
- 12- Cruz Sánchez F Dra. -»Adolescentes en riesgo». Libro de resúmenes Cong. Int. de Pediatría. Habana, Cuba.1997. (2): 154.
- 13- Donas Burak Dr.- «Protección, riesgo y vulnerabilidad» Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación integral de los/las adolescentes. 2da. Versión OPS, OMS: Caracas. Junio 1998.
- 14- Dupont Robert L.- Prevención de la dependencia química en los adolescentes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica.1987; 2: 537-54719
- 15- Gago Gallego G. -Patrones de consumo de hábitos tóxicos en los adolescentes de un área de salud del Municipio Playa. Tesis de grado. Tutor Dr. Antonio Bandera Rosell. 1992 Habana. Cuba.
- 16- García J.- Morbilidad en Adolescentes con trastornos socioconductuales. Tesis de grado. Tutora. Dra. Francisca Cruz Sánchez. 1989, Habana Cuba.
- 17- González Echemendía E.- Estudio de la Farmacodependencia en un grupo de adolescentes. Tesis de grado. Tutor Dr. Antonio Banderas Rosell 1991 Habana, Cuba.
- 18- Maddaleno M. Dra. et al.- La salud del adolescente y del joven. OPS Publicación científica No. 55. E.II 1995: 169-183.
- 19- Ministerio de Salud.- Drogadicción. Adolescencia. Perú. Enero 1997:17-18
- 20- Ministerio de Salud.- Maltrato y/o negligencia: físico y psicológico. Adolescencia. Perú;1997: 21.
- 21- Morrison, Martha A et al.- Aspectos psiquiátricos de la dependencia química del adolescente. Clínicas Ped. de Norteamérica 1998: 2: 501-521.
- 22- OMS. La violencia como problema de Salud Pública. Boletín de temas de salud de la Asociación de Médicos municipio de Buenos Aires. Año 3 No. 26 junio 1997.
- 23- OPS. La salud de los Adolescentes y los jóvenes en las Américas Escribiendo el futuro. Com. para la salud No. 6.EUA;1995.

- 24- Pérez Pérez A. - Características de los adolescentes con trastornos socioconductuales en una área de Salud. Tesis de grado. Tutora. Dra. Francisca Cruz Sánchez. 1990 Habana, Cuba.
- 25- Revista Cubana de Medicina general integral: Alcoholismo, un problema de salud de nuestro siglo. Cuba. Oct-dic. 1992; 8 (4): 374-379.
- 26- Zarek, D - Factores de riesgo para adolescentes con dependencia química. Clin. Ped. de Norteamérica. 1987; 2: 523-536.

Maltrato en la Adolescencia

Dra. Ana Ivis Crespo Barrios

Dr. Iván Cruz-Alvarez Cantos

Introducción

El maltrato en los niños y adolescentes es tan antiguo como la propia humanidad, recordemos que en tiempos primitivos los padres tenían el derecho de la vida y muerte de sus hijos los que ofrecían como sacrificio a los dioses.

A lo largo de la historia los niños han sido objeto de maltrato de diferentes formas. por ejemplo durante la época de la revolución industrial tenían que robar, trabajar y vivir de mendigos para poder subsistir. Más adelante durante la Segunda Guerra Mundial fueron separados de sus familiares y utilizados en experimentos. En tiempos de la era atómica muchos fueron víctimas de maltrato masivo al sufrir los efectos de las bombas de Hiroshima y Nagasaki, así como de otras confrontaciones bélicas; reciente y más dramático es el hecho que se viene practicando con mayor frecuencia desde hace aproximadamente dos décadas, de la trata de niños y adolescentes como fuentes de órganos para transplantes y para el mercado del sexo. De manera tal que a pesar de que en 1959 la Sesión Plenaria de la Asamblea de las Naciones Unidas, expresase la Declaración de los Derechos del Niño y múltiples organizaciones mundiales enarbolan las banderas del cuidado y protección de la niñez, la realidad mundial tristemente dista mucho de proteger los derechos de la niñez y son cada día más los que pasan a formar parte de las filas de los niños desamparados y maltratados.

Conceptos

Niño maltratado: Cualquier tipo de maltrato intencional o no, a niños o adolescentes por los padres, tutores u otras personas relacionadas con su cuidado, incluyendo bajo este concepto tanto el maltrato físico como el emocional.

Maltrato físico: Lesión física al niño con la utilización de objetos o no, incluye lesión tisular más allá del eritema.

Maltrato emocional: Crítica continua al niño, menosprecio, inculcándole sentimientos de inferioridad y culpabilidad.

Abuso sexual: Contactos o interacciones entre un niño y un adulto cuando el primero es utilizado para estimulación sexual del segundo o de otra persona.

Abandono: Dejar al niño en lugares públicos, habitaciones u otro lugar, haciendo dejadez del niño.

Etiología

La etiología del maltrato es multifactorial y sus bases se sustentan en la propia sociedad de tal manera que en comunidades donde impera la miseria, la pobreza, el analfabetismo, la marginalidad y por ende muy pocas posibilidades de que el niño crezca y alcance una personalidad adulta sana y equilibrada, se favorece más el maltrato, siendo frecuente entre niños y adolescentes que proceden de hogares inestables o familias denominadas como riesgo social donde entre sus integrantes existen como patrones: delincuentes drogadictos, alcohólicos, múltiples hijos, padres con muy bajo nivel cultural y que cuando pequeños fueron objeto de maltrato.

Por otra parte, debemos señalar que aunque el maltrato es más frecuente entre estas capas pobres y subdesarrolladas, no se limita a ellas, se recogen múltiples formas de maltrato sobretodo de tipo emocional en hogares con mayor poder adquisitivo, con nivel escolar elevado, con gran cantidad de actividades fuera del hogar restándole tiempo a la atención y educación de sus hijos, quienes buscan refugio y orientación en personas no adecuadas (8).

Cuadro clínico

Las formas clínicas del maltrato son muy variadas, existiendo el maltrato físico, el cual tiene múltiples formas de presentación que incluyen: la golpiza, quemaduras, heridas por armas blancas, sofocación, abuso sexual. Cada una de ellas tiene sus rasgos distintivos.

Golpiza:

Presencia de múltiples lesiones equimóticas en todo el cuerpo (en ocasiones por el aspecto de las equimosis se puede sospechar el objeto con el que fue golpeado] y fracturas de huesos largos.

Quemaduras:

De diferentes formas, si son simétricas de manos y pies sugieren inmersión en líquidos calientes; redondeadas y aisladas, en relación con quemaduras por cigarrillos; quemaduras aisladas en las nalgas al obligarlos a sentarse sobre planchas calientes (10).

Heridas por arma blanca:

Pueden ser penetrantes o no, según interesen o no una de las grandes cavidades. Las no penetrantes interesan piel y tejido celular subcutáneo y se observan como un corte limpio y de bordes bien delimitados, no pone la vida del paciente en peligro a no ser que dañe un vaso importante.

Las penetrantes son muy graves y requieren de atención especializada de urgencia.

Abuso sexual:

Generalmente se acompañan de golpizas, otras no, si ya es práctica habitual, el niño o adolescente se presenta temeroso, retraído, con miedo de expresarse en el interrogatorio, muy sumiso y al examen de los genitales puede existir evidencias de laceraciones.

Por otra parte el maltrato emocional da lugar a diferentes formas de conducta en el niño y el adolescente, en muchos casos al interrogar al paciente que hizo un intento suicida o desde la adolescencia tiene conductas delictivas, a adolescentes muy retraídos, tímidos y en ocasiones muy agresivos, encontramos la historia familiar de alguna forma de maltrato que comprenden desde ser un hijo no deseado hasta el abandono total a su suerte.

Como podemos apreciar las formas de presentación del maltrato pueden ser muy diversas, yendo desde muy evidentes hasta muy solapadas.

Diagnóstico

Para diagnosticar el maltrato, en primer lugar hay que pensar en él, ya que como dijimos anteriormente pueden ser muy evidentes o muy solapados.

Existe una serie de elementos que de estar presentes pueden hacer sospechar que existe alguna forma de maltrato, que son los criterios de riesgo de maltrato.

1. Retraso en la búsqueda de asistencia médica.
7. Falta de afectividad materna.
3. Niño o adolescente temeroso, asustado, retraído.
4. Falta de relación entre el interrogatorio y los hallazgos clínicos.
5. Lesiones múltiples y en diferentes estadios de resolución.
6. Maltrato previo en otros hijos.
7. Reacción familiar anormal frente al maltrato o cuadro por el que se atiende al paciente.
8. Desaparición de las manifestaciones clínicas en ausencia del familiar y reaparición con su presencia.
9. Visitas infrecuentes al paciente.
10. Antecedentes de algún otro hijo fallecido por causas no bien precisadas.

Ante todo paciente con alguno de estos elementos y si concurren varios de ellos, aún más debemos sospechar existencia de maltrato (10).

Manejo

El manejo del maltrato en el adolescente debe ser dirigido por un equipo multidisciplinario, constituido por el pediatra, psicólogo, psiquiatra, trabajadora social, el médico del área de salud, que es quien mejor conoce el medio donde se desenvuelve el paciente.

Este trabajo se facilita en Cuba, por las características especiales de nuestro sistema de salud y el apoyo de múltiples organizaciones de masas como son: CDR y FMC que apoyan y favorecen la labor con las familias conocidas como de riesgo social (13).

Es importante que nuestros médicos conozcan la existencia de todas las variantes de maltrato, así como que identifiquen los núcleos familiares con problemas, de manera que se pueda realizar labor preventiva y en otros casos rescatar de esos medios a los niños y adolescentes con mayor peligro de ser agredidos.

Bibliografía

1. Hughes James G. child abuse and neglect. Synopsis of Pediatrics.1993.
2. Cruz Manuel. Accidentes e Intoxicaciones. Otros problemas en Pediatría social. En: cruz Manuel, eds. Tratado de Pediatría. Publicaciones Médicas Barcelona 1983 1725-6.
3. Nelson WE. Negligencia y Abuso. En: Nelson WE eds. Tratado de Pediatría. Megraw Hill Interamericana,1997: 135-46.
4. Reice M. Robert and colt El niño maltratado. Clínicas Pediátricas de Norteamérica.1990; vol. 4:
5. Boys Jan. Intentional injuries among children and adolescents in Massachusetts. The New England Journal of Medicine. 1989.
6. Frontera Izq. P. Cabezuelo Huerta. Prevención de los malos tratos infantiles. Ann. Esp. Ped. 1990; 33(2): 140-3.
7. Castello de Ariga M et al. Maltrato infantil, revisión de 25 casos. Arc Dum. Ped. 24 (1) 1988. Enero-Abril: 7-12.

8. Furniss L T. Therapeutic approach to sexual abuse. Arch Dis Child. 1984; 59(9): 865-70.
9. Franklin As et al Child abuse and neglect in a developing country. Child abuse and Neglect. 1990;14: 133-4
10. Merter E David. Burns as a manifestation of child abuse and neglect. American J of Disease of children. 1979;vol. 133 sept.
11. Castro K. Child abuse. General considerations. 1991, January: 19.
12. Badgley R. Report of the committe on Sexual Offenees against children and youth sexual offences agains' children. Ohawa: Supply and Senices, Canada. 1984; vol.2.
13. Resumen Estadístico del MINSAP, 1989.

Suicidio

Dra. Ovidia Rodríguez Mendez

El enigma de la conducta suicida está precisamente en comprender porqué los seres humanos orientados hacia la vida se entregan a conductas autolesivas, amenazantes para la vida.

Se define el Suicidio como el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar con la propia existencia e implica una variedad de estados y motivaciones que a veces pueden ser conscientes o inconscientes.

El adolescente actúa de forma impulsiva después de una contrariedad y siente la angustia insoportable y pretende escapar a través del suicidio, reclamar apoyo o castigar a sus padres.

Pudieran existir otros componentes relacionados con las crisis suicidas como seria la ingestión de alcohol, drogas o incluso el ciclo menstrual. Otros autores consideran el impacto de factores genéticos y biológicos en la conducta suicida, cuando en realidad lo que se hereda no es la tendencia al suicidio y si una historia familiar de suicidio que puede ensombrecer la vida de una persona y afectar a varias generaciones.

Durkheim considera que el suicidio es el resultado de la fortaleza o debilidad del control de la sociedad sobre el individuo y clasifica los suicidios en:

- Altruistas (costumbres o reglas del grupo).
- Egoístas (cuando la persona tiene muy pocos lazos con la comunidad).
- Anómicos (ruptura de la relación habitual entre la persona y la sociedad).

Litman en 1967 comenta lo expresado por Freud sobre el suicidio y valora entre otros factores la cólera, la culpa, la ansiedad, la dependencia y los sentimientos de desesperanza, desamparo y abandono en la psicodinamia del suicidio.

Cualquiera, y especialmente los adolescentes, en un momento de la vida pueden llegar a pensar que ésta no tiene sentido, y ante situaciones como un embarazo oculto o no deseado, enfermedades físicas con limitaciones o enfermedades mentales, pérdida de una relación valiosa, las dificultades comunes de la vida diaria, hacen que las personalidades poco tolerantes vean en el suicidio la única solución a sus problemas.

Se ha señalado que el suicidio ocupa un lugar entre las diez primeras causas de muerte y que cada día más de mil personas se suicidan en el mundo y lo intentan cientos de miles de cualquier cultura, religión, etnia o posición socioeconómica. Lo intentan más los adolescentes, fundamentalmente los del sexo femenino, usando los métodos suaves como la ingestión de tabletas, aunque ello está en relación con los medios disponibles a su alcance en el momento de la crisis.

En el comportamiento suicida debemos valorar las ideas, las amenazas suicidas con expresiones verbales o escritas, el gesto suicida es decir la amenaza con los medios disponibles, el intento de autoeliminación que sería el acto sin resultado de muerte y el hecho consumado.

Es de gran importancia en la adolescencia explorar las ideas suicidas que pueden expresarse en el deseo de morir con la representación suicida con o sin la adecuada planificación de la acción, siendo la primera la forma más grave.

Los riesgos suicidas tienen especificidades individuales pero también varían de acuerdo a la etapa de la vida, encontrando diferencias en los que atañen a la niñez y la adolescencia. En cuanto al género difieren para hembras y varones aunque hay muchos que son comunes a cualquier edad y sexo.

Factores de riesgo

El medio familiar es un factor de riesgo si desde el nacimiento no se recibe al niño con amor; si no es un hijo deseado, así mismo en madres adolescentes o en edades maduras pueden existir patrones de crianza erróneos como la negligencia o la sobreprotección.

En entidades o trastornos mentales como:

Trastornos de Personalidad de los padres, depresión, esquizofrenia o adicciones al alcohol o drogas, los cuales dificultan una adecuada comunicación entre los padres y los hijos, provocando sentimientos de inseguridad e insatisfacción en los adolescentes.

Los adolescentes con riesgo suicida pueden tener una historia de trastornos en el control de los impulsos, agresividad, hostilidad, baja tolerancia a las frustraciones y gran demanda de atención y afecto, celos de los hermanos mayores o más pequeños, o por el contrario pueden ser tímidos, ansiosos, retraídos y pasivos.

La historia familiar puede revelar hogares rotos, inestables y sin patrones, con frecuentes discusiones que pueden conllevar al maltrato físico y psicológico del adolescente.

La conducta suicida en algunos de los miembros de la familia, amigos o compañeros de escuelas favorecen el aprendizaje y la imitación de estas conductas.

Lo esencial es detectar los factores predisponentes al intento suicida como son:

- presenciar hechos dolorosos como el divorcio de los padres, la muerte de un familiar allegado.
- dificultades escolares
- regaños o humillaciones por parte de padres o maestros, conductas agresivas.
- búsqueda de afecto y atención.

El Dr. Pérez Barrero, Presidente de la Sociedad Cubana de Suicidología en su obra «E1 Suicidio Comportamiento y Prevención», hace una clasificación de los factores de riesgo del adolescente de la siguiente forma:

Individuales:

- Intento suicida anterior
- Alteraciones del comportamiento sexual (precocidad, promiscuidad, abortos, embarazos no deseados u ocultos, masturbación compulsiva, víctimas de abuso sexual, violaciones.)
- Variaciones del comportamiento escolar (dificultades en rendimiento habitual, fuga o deserciones escolares, desajuste vocacional, dificultades en las relaciones con maestros y profesores, presencia del fenómeno del trájín-trajinador, amistades con conducta suicida previa y la inadaptación a regímenes escolares militares (becas o servicio militar).

Hogar:

Además de los factores de riesgo de la niñez, considerar:

- Los que abandonan el hogar antes de los 15 años
- Identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos
- Convivencia con enfermos mentales como único pariente
- Dificultades socioeconómicas
- Permisividad de conductas antisociales
- Familiares con personalidad antisocial

Social:

- Noticias sensacionalistas (difusión masiva, rumor)
- Cuando identifica el suicidio con amistad, heroísmo u otra cualidad positiva
- Falta de apoyo social
- Posibilidad de adquirir drogas o armas de fuego

Los cambios de actitudes y conductas en los hábitos de vida o de estados afectivos deben constituir una llamada de alerta como por ejemplo:

- una conducta muy agresiva o pasiva
- pérdida o aumento del apetito
- insomnio, pesadilla, exceso de sueño o enuresis
- dificultades en el aprovechamiento docente
- pérdida de intereses en los juegos y en las relaciones con su grupo
- preocupaciones por la muerte y temas afines
- hacer notas de despedidas a los familiares o amigos.

Entre los trastornos que pueden desencadenar el intento suicida se destacan en primer lugar, los Trastornos del Humor Distímicos, la Esquizofrenia, los Trastornos de Conducta, de Adaptación y de Ansiedad, el Retraso Mental y los Trastornos Incipientes de la Personalidad.

Desde 1989 se inició en nuestro país el programa de Prevención de la Conducta Suicida, cuyo objetivo es evitar el primer intento, su repetición y la consumación del mismo.

El Médico de Familia por su vinculación estrecha con la comunidad puede detectar al presunto suicida y ejercer acciones de salud. Ante un adolescente con los cambios conductuales señalados, al que se sumen factores de riesgo debe ser evaluado por un especialista.

En la actualidad se está reevaluando el Programa para hacerlo más útil y dinámico, porque realmente la prevención del suicidio no es tarea solamente del equipo de Salud Mental y sus Instituciones, sino de toda la Comunidad.

Los mitos acerca del suicidio hacen que no podamos apreciar en su justo valor las señales que se emiten.

NO ES CIERTO QUE:

- La persona que habla de suicidarse nunca lo hace.
- El suicidio se comete sin previo aviso
- El paciente que se repone de un intento suicida no tiene peligro de recaer
- Todo el que se suicida está deprimido
- El suicidio se hereda
- El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso
- Solo los Psiquiatras pueden prevenir el suicidio

La Asociación Médica Mundial reunida en Malta en 1991 recomienda la necesidad de la capacitación en la Escuela de Medicina y durante la Residencia acerca del desarrollo biopsicosocial

de los adolescentes, para reconocer señales y síntomas tempranos de angustia física, emocional y social en esta etapa de la vida, así como aprender a evaluar los riesgos suicidas en sus pacientes. Además debe enseñarse a los médicos el tratamiento y las posibilidades de remisión ante conductas autodestructivas y en caso de que presenten traumatismos graves, deben evaluar la posibilidad de que las heridas puedan haber sido autoinfligidas.

Por último, recomienda la creación de Servicios de Consulta de Salud Mental destinados a prevenir el suicidio, a la atención de los que lo han intentado y a desarrollar investigaciones epidemiológicas sobre suicidio, sus factores de riesgo y los métodos de prevención.

Tratamiento

-Preventivo

Encaminado a la promoción de Salud, que debe ser realizada por los profesionales de la Salud Pública, los familiares, los maestros y los propios adolescentes.

Promover estilos de vida más saludables, sin hábitos tóxicos, con una sexualidad responsable, prácticas de deporte y desarrollo de otros intereses en el tiempo libre.

Brindar protección específica, dispensarizando los grupos de riesgo.

Realizar diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado.

-Ayuda psicológica

Cualquier persona, sea profesional de la Salud o no, puede brindar ayuda a un adolescente en crisis. Los amigos, los vecinos, los maestros, entre otros, pueden brindar su apoyo.

Lo más importante es escuchar con atención al adolescente en crisis y facilitar su desahogo, demostrarle comprensión y que se aprecia lo difícil de su situación, al mismo tiempo que se le ayuda a encontrar soluciones diferentes del suicidio, si es que manifestó esta idea.

Preguntar directamente sobre el comportamiento suicida, nos permite evaluar la gravedad de la crisis.

Nunca se le debe abandonar ni hacerlo objeto de burla si está en crisis, hasta lograr que se dirija a un Servicio de Salud para recibir atención especializada.

En la ayuda psicológica es importante establecer un primer contacto donde se refleje aceptación, lo que permitirá conocer la dimensión del problema y evaluar el peligro suicida, para poder asumir una conducta responsable y oportuna.

De acuerdo a la gravedad de los síntomas, la intensidad y planificación de las ideas suicidas, el adolescente debe ser remitido a un Servicio Especializado.

Bibliografía

- 1- Pérez Barrero, A. El suicidio, comportamiento y prevención. Editorial Oriente, Stgo. de Cuba 1996.
- 2- Blumenthal, Susan J. Suicidio: Guía sobre factores de riesgos, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clínicas Médicas de Norte América, Ansiedad y Depresión. Vol.4 1988.
- 3- Collado Valdés, Ma. Del c. Intento Suicida. Estudio Epidemiológico en el Municipio Cerro 1990. TTR: Facultad de Ciencias Médicas Salvador Allende. Ciudad de la Habana.
- 4- Montes de Oca, Campo Iris y cols. Autoagresión por quemaduras. Rev. Cub. De Medicina General Integral 1996.
- 5- Rivera Betancourt, C, Alonso Betancourt O., y M: Oramas E La Conducta Suicida y su Prevención. Programa Nacional para el Control y Prevención de la Conducta Suicida. Cuba, 1988.
- 6- Leyva Acosta, Mireya. Identificación de Factores de Riesgos para el Intento Suicida en Grupos de edad de 15 a 39 años. Octubre 1989 a marzo de 1990 Municipio Holguín. TTR: Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, 1990.

- 6- Chela César A. La Salud de los Adolescentes y los Jóvenes en las Américas, Escribiendo al Futuro. Washington, DC. OPS.1995.

Separación y divorcio de los padres

Dra. Ovidia Rodríguez

La separación y el divorcio de los padres afecta a los hijos en cualquier etapa de su desarrollo, pero es quizás en la adolescencia donde más influye en sus relaciones personales y familiares.

El divorcio en sí no tiene necesariamente que provocar alteraciones psicopatógenas en el adolescente y hasta es más conveniente que la pareja se separe antes que él continúe presenciando situaciones de discordia, de falta de respeto, agresiones verbales y físicas cuando la pareja llega a un cisma marital, porque la imagen y el modelo a imitar le resultará desconcertante creándole inseguridad y depresión para su futura relación de pareja.

El divorcio está precedido de situaciones o conflictos relacionales ya descritos, que en ocasiones se mantienen o empeoran a pesar de que no conviven juntos. La evolución de los ajustes después de una separación es un proceso que dura alrededor de cuatro años pero el más crítico es el primero, por la necesidad de reorganizar la vida familiar y escolar, de establecer un régimen de visitas o salidas y de lograr establecer un régimen de comunicación entre los padres y el adolescente, sin que interfieran la autoridad de uno y otro.

Cuando la separación se ha realizado sin grandes conflictos, sin agresividad, cuando no se intente que los adolescentes opinen y tomen partido enjuiciando la conducta de los padres y que además ambos mantengan relaciones de afecto con él, el divorcio no tiene que convertirse necesariamente en una desgracia. Cuando se producen trastornos psíquicos en el adolescente, estos pueden expresarse en exacerbaciones de síntomas que presentaba anteriormente, conductas regresivas infantiles o inmaduras para garantizar su seguridad personal y sentirse protegido o por el contrario tratar de ser más «maduro». Ingiriendo alcohol o drogas, a través de la sexualidad exagerada. Otros adolescentes sienten la obligación de consolar y apoyar a los padres y comienzan a vivir una vida que no es la propia.

Los hijos de padres separados, según las estadísticas, consultan más en los servicios de Psiquiatría por presentar trastornos del aprendizaje, indisciplina escolar, deserción escolar, conducta social más deteriorada y depresiones, que los hijos de padres unidos en matrimonio.

Bibliografía

- 1- Silber T. y colaboradores. Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 1992
- 2- Pérez Villar J., Córdoba Castro A. y colaboradores. Clínica Psiquiátrica Hemifase II-B Instituto superior de ciencias Médicas de la Habana 1981
- 3- Pérez Villar J. Etapas del Desarrollo y Trastornos Emocionales en el Niño. Instituto Cubano del Libro 1967.