

TÍTULO:

"FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A CONDUCTAS DE RIESGO, DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO MATUTINO "SANTIAGO FERNÁNDEZ GARCÍA", DE LA UNIDAD EDUCATIVA CALASANZ, 2009, LINEAMIENTOS PROPOSITIVOS.

1. RESUMEN

1. RESUMEN

La tesis titulada Factores Familiares Asociados a Conductas de Riesgo, de los estudiantes del colegio matutino “Santiago Fernández García”, de la Unidad Educativa Calasanz, 2009, es una tarea de primer orden para la sociedad, para los maestros y especialmente para los psicólogos, quienes tenemos la responsabilidad de buscar el crecimiento personal del sujeto destinatario de su quehacer, en tanto que el desarrollo de capacidades del educando permiten acercarle a la adquisición de su felicidad.

El objetivo, planteado fue analizar los factores familiares asociados a conductas de riesgo en estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”, año 2009.

Materiales y métodos, Es un estudio descriptivo de tipo transversal. Se realizó con una población de 644 estudiantes del Colegio Matutino “Santiago Fernández García”, 2009. Siendo 305 de (octavo a décimo año de educación básica y 339 (primero a tercer año de bachillerato) de los cuales 202 están en la edad de 11 a 13 años) 305 tienen una edad de 14 a 16 años) y 137 tienen una edad de 17 a 19 años). Los instrumentos utilizados fueron una encuesta, el Inventario de Orientaciones Suicidas (IOS) que mide riesgo a conductas suicidas y la Escala de Depresión, (adaptados por M.M. Casullo), el test de

funcionamiento familiar FF-SIL, que evalúa sobre la funcionalidad familiar.

De los resultados obtenidos, se determina que el mayor porcentaje de los investigados el (48.77%) pertenecen a una familia moderadamente funcional, y un porcentaje significativo para el estudio como es el 25.77% y el 5.43% tienen una familia disfuncional y severamente disfuncional, en esas familias casi nunca o pocas veces existe cohesión, comunicación, expresión de afectos y armonía familiar escasa.

Se evidencian algunas conductas de riesgo adoptadas por los investigados: el 2,17 % utiliza la amenaza para intimidar a los otros, con el mismo porcentaje, permanece fuera del hogar en la noche sin permiso, se huye del hogar, el 2,95% es agresivo y violento siéndolo más en casa, el 1,24% tiene tendencia hacia el robo y el 0.46% se fuga del colegio. El 24.07% indican adicción a los juegos electrónicos, celular, sexo virtual, y recurre a la mentira para conseguir dinero para sus juegos, que lo ha llevado a no hacer deberes ni estudiar por los juegos; el 20,34% manifiestan no aceptar su imagen corporal, finalmente el 48,77% no tienen ninguna de esas conductas.

Se evidencia un porcentaje significativo del 39,90 % (257 casos) la presencia de factores de riesgo de depresión afectiva (sentirse deprimido, triste, temeroso, solo con ganas de llorar), el 22,83 %(147

casos) presentando síntomas somáticos (dificultad para dormir, pérdida del apetito, hipoactividad).

Se descubrió conductas de alto riesgo suicida es así que el 6,68% (43 casos) tienen tendencias a ese comportamiento, mismo que fue medido a través del Inventario de Orientaciones Suicidas en donde la: desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, soledad y abatimiento e ideación suicida, son los componentes para determinar este riesgo. Finalmente si existe asociación entre los factores familiares y las conductas de riesgo, evidenciados en los resultados que en las familias disfuncionales y severamente disfuncionales con mayor porcentaje se dieron las conductas de riesgo.

SUMMARY

SUMMARY

The thesis titled Family Factors Associated with Risk Behaviors of college student's morning "Santiago Fernandez Garcia". Calasanz Education Unit, 2009, is a prime task for society, for teachers and especially for psychologists, who have the responsibility to seek personal growth of the subject recipient of his action, while the development of learner capabilities allow us to approach the purchase of happiness.

The objective was to evaluate factors raised families associated risk behaviors in College Students morning Santiago Fernández García Educational Unit "Calasanz, 2009.

Materials and methods, is a descriptive cross-sectional study. Was conducted with a population of 644 students from the College Morning "Santiago Fernández García, 2009. Being 305 (eighth to tenth year of basic education and 339 (first through third year of high school), of which 202 are in the age of 11 to 13 years) 305 are aged 14 to 16 years) and 137 have an age 17 to 19 years). The instruments used were a survey, the Inventory of Suicide Guidelines (IOS) that measures risk suicidal and Depression Scale (adapted by MM Casullo), test-SIL FF family functioning, which assesses family functioning on.

From the results, it appears that the largest percentage of the surveyed (48.77%) belong to a family moderately functional, and a significant percentage for the study as is the 25.77% and 5.43% had a severely dysfunctional family dysfunctional, in these families almost never or seldom there is cohesion, communication, expression of affection and family harmony scarce.

Show some risk behaviors adopted by those investigated: 2.17% uses the threat to intimidate the others with the same percentage, remains outside the home at night without permission, fleeing from home, 2.95% is more to be so aggressive and violent at home, 1.24% has a tendency toward theft and leakage of 0.46% is college. The 24.07% indicate addiction to electronic games, mobile, virtual sex, and resorts to lies to get money for their games, which led him to do homework or study for the games, the 20.34% say they are not accepting body image, then the 48.77% have none of those behaviors.

It shows a significant percentage of 39,90% (257 cases) the presence of risk factors for affective depression (feeling depressed, sad, fearful, just wanting to mourn), the 22.83% (147 cases) presenting somatic symptoms (difficulty sleeping, loss of appetite, hypoactivity).

It was discovered high-risk behaviors and suicide is that the 6.68% (43 cases) have a tendency to such behavior, same as was measured by the Inventory of Suicide Guidelines where: hopelessness, low self esteem, inability to cope with emotions, loneliness and depression and suicidal ideation, are the components to determine this risk. Finally if there is an association between family factors and risk behaviors, as evidenced in the results in dysfunctional and severely dysfunctional families with the highest percentage were risky behaviors.

2. INTRODUCCIÓN

2. INTRODUCCIÓN

Se considera al adolescente como miembro de un sistema familiar y social (funcional o disfuncional) que lo condiciona (no determina) en su proceso de socialización, permitiéndole incorporar valores, creencias, modalidades afectivas y cognitivas, a partir de las cuales, va a construir su subjetividad.

Si centramos la mirada en este sujeto, observamos que, como persona está inmerso en un sistema jerárquico de otros sistemas (el de sus relaciones bipersonales, el familiar, el comunitario, el sociocultural).

Si se quiere intervenir preventivamente, el trabajo tendrá que estar orientado a los factores individuales y socio-familiares, que generan vulnerabilidad ya que estos serán los que marcarán luego, en la adolescencia, y el tipo de respuesta entendida como conducta de riesgo que los jóvenes asumirán.

Estas conductas de riesgo significarán lo esencial del trabajo de prevención, ya que son las que exponen a los jóvenes a perjuicios graves para su salud como: el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, el suicidio, los accidentes, la delincuencia, la violencia, la anorexia – bulimia, el embarazo adolescente, las enfermedades de transmisión sexual, el fracaso escolar, la fuga del hogar y los episodios depresivos (Casullo M. M. 1998).

Las conductas de riesgo de los jóvenes ha ido aumentando proporcionalmente y las familias pueden constituirse en factores que permitan las mismas; por eso es necesario analizar los factores familiares y personales asociados en estos casos.

La familia es la base del bienestar de los estudiantes (niños y jóvenes) en la medida en que garantice el crecimiento, el desarrollo normal y el equilibrio emocional que facilite su enfrentamiento a los hechos de la vida. En el grupo familiar se dan las condiciones para que ésta sea una unidad de análisis de los procesos de la salud mental, por cuanto evidencia en su organización, estructura y funcionamiento, el estilo de vida individual y grupal, las costumbres, los hábitos, la posición social y la dinámica de interacciones.

Siendo la familia fuente de apoyo emocional y económico en unas veces y en otras generadoras de conductas de riesgo por la ausencia de afectividad y comunicación, actitudes y comportamientos permisivos ante el alcohol y otras sustancias y actitudes negativas por la pérdida de roles de las figuras de autoridad.

La investigación tiene un fundamento científicamente, basado en consultas bibliográficas concretado en el marco teórico estructurado en dos capítulos; el primero hace referencia a la Familia; el segundo se concreta al estudio de Conductas de riesgo.

Los objetivos que orientaron la investigación fueron planteados de la siguiente manera: Analizar los factores familiares asociados a conductas de riesgo en estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa Calasanz, año 2009. Y los específicos: Identificar la funcionalidad familiar, a través de la aplicación del Test de Funcionamiento familiar FF-SIL, Determinar las principales conductas de riesgo (inicio precoz de relaciones sexuales, inicio del consumo de alcohol, cigarrillo, drogas, agresión a personas, adicción a los juegos, fraudulencia o robo, violaciones a las normas); a través de una encuesta; Identificar las conductas depresivas mediante la Escala de depresión de M.M. Casullo 1994, Conocer la conducta de riesgo suicida a través del inventario de Orientaciones Suicidas (IOS) adaptado por M.M-Casullo. Establecer la asociación entre la funcionalidad o disfuncionalidad familiar con las conductas de riesgo adoptadas por los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa Calasanz. Finalmente diseñar una propuesta de intervención a través de un Programa de Educación Afectivo - Familiar con el objetivo de prevenir conductas de riesgo en los estudiantes.

En el informe se incluye la metodología de trabajo, siendo un estudio descriptivo de corte transversal, universo constituido por 644 estudiantes, del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa Calasanz. La población de estudio estuvo compuesta por la totalidad de estudiantes. Los instrumentos de trabajo de campo

utilizados fueron: una encuesta, el Inventario de Orientaciones Suicidas (IOS), la Escala de depresión de M.M. Casullo, además se aplicó el test de Funcionalidad Familiar misma que permite evaluar las familias de los investigados.

Luego se analizaron los resultados encontrándose que el mayor porcentaje de los investigados el 48.77% pertenecen a una familia moderadamente funcional, y un porcentaje significativo para el estudio como es el 25.77% y el 5.43% tienen una familia disfuncional y severamente disfuncional respectivamente, en esas familias casi nunca o pocas veces existe cohesión, comunicación, expresión de afectos y armonía familiar escasa.

Se evidencia un porcentaje significativo del 39,90% (257 casos) la presencia de factores de riesgo de depresión afectiva (sentirse deprimido, triste, temeroso, solo con ganas de llorar), el 22,83% (147 casos) presentando síntomas somáticos (dificultad para dormir, pérdida del apetito, hipoactividad). En tanto que el 30,59% (197 casos) no tienen depresión presentan afectos positivos (ver el futuro con esperanza, sentirse feliz y disfrutar de la vida)

Se descubrieron conductas de alto riesgo suicida es así que el 6.68% (43 casos) tienen tendencias de ideación suicida, el 14.91% (96 casos) tienen un moderado riesgo, y 78.41% que equivalen a 505 casos, tienen

un bajo riesgo a ideación suicida, a ese comportamiento se lo midió a través del Inventario de Orientaciones Suicidas en donde la: desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, soledad y abatimiento e ideación suicida, son los componentes para determinar este riesgo. Finalmente si existe asociación entre los factores familiares y las conductas de riesgo, evidenciados en los resultados que en las familias disfuncionales y severamente disfuncionales con mayor porcentaje se dieron las conductas de riesgo mencionadas anteriormente.

Basado en los datos, se concreta la discusión, luego las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presenta los lineamientos propositivos.

3. REVISIÓN DE LITERATURA

3. REVISIÓN DE LITERATURA

ESQUEMA

CAPITULO I: FAMILIA

- 1.1. Introducción
- 1.2. Ambiente Familiar y Vulnerabilidad
- 1.3. Apego y vínculo afectivo temprano
- 1.4. Factores Protectores Familiares
- 1.5. Factores familiares de Riesgo

CAPITULO II: CONDUCTAS DE RIESGO

- 2.1. Factores individuales precipitantes
- 2.2. Factores sociales y culturales para las conductas inadecuadas.
- 2.3 Factores y Conductas familiares que previenen o desencadenan ciertos trastornos de conducta psico-sociales.
- 2.4. Principales Conductas de riesgo
 - 2.4.1. Depresión
 - 2.4.2. Abuso de consumo de alcohol y otras sustancias
 - 2.4.3. Trastorno disocial de la personalidad
 - 2.4.4. Conducta suicida

CAPITULO I

1. FAMILIA

1.1 INTRODUCCIÓN

Se considera al adolescente como miembro de un sistema familiar y social (funcional o disfuncional) que lo condiciona (no determina) en su proceso de socialización, permitiéndole incorporar valores, creencias, modalidades afectivas y cognitivas, a partir de las cuales, va a construir su subjetividad.

Si centramos la mirada en este sujeto, observamos que, como persona está inmerso en un sistema jerárquico de otros sistemas (el de sus relaciones bipersonales, el familiar, el comunitario, el sociocultural.

Si se quiere intervenir preventivamente, el trabajo tendrá que estar orientado a los factores individuales y socio-familiares, que generan vulnerabilidad ya que estos serán los que marcarán luego, en la adolescencia, el tipo de respuesta entendida como conducta de riesgo que los jóvenes asumirán.

Estas conductas de riesgo significarán lo esencial del trabajo de prevención, ya que son las que exponen a los adolescentes a perjuicios graves para su salud como ser el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, el suicidio, los accidentes, la delincuencia, la violencia, la anorexia – bulimia, el embarazo adolescente, las enfermedades de

transmisión sexual, el fracaso escolar, la fuga del hogar y los episodios depresivos (Casullo M. M. 1998).

La familia que desee proteger a sus hijos deberá ser responsable, estar estructurada, ser afectiva, comunicadora y comprensiva ante ciertas situaciones de los hijos. Además existirá una autoridad “afectiva”, compartida y responsable¹.

Los padres y la familia en general deben ser modelos ejemplarizadores en el no consumo de sustancias tóxicas. Son bien conocidas las repercusiones de la drogadicción de los padres en los hijos no sólo por los efectos patológicos durante embarazo y parto sino también en los periodos de recién nacido, lactante y años posteriores ocasionando múltiples efectos médicos y sociales. Es obligada la prevención de la drogadicción en la familia para evitar la desaparición del primer factor protector en el desarrollo psico-social del niño.

La disfunción familiar y las separaciones matrimoniales en creciente aumento pueden llegar a constituir una epidemia. M. Ruiz Lozano en Murcia refiere que el porcentaje de niños que acuden a la consulta de psiquiatría infanto – juvenil por la separación de sus padres ha pasado del 10% en 1991 al 17% en 1999. Rojas Marcos afirma que en Hamburgo de cada cuatro matrimonios fracasan tres, en Baviera se rompen dos de cada cuatro, en París fracasa uno de cada dos y en

¹ J. L. Pedreira Massa. El niño vulnerable durante la primera infancia. Anales españoles de Pediatría. Suplemento 108, 17 – 24.

Inglaterra 1,8 de cada 3. En España se firmaron en 1998 alrededor de 90.000 separaciones frente a las 59.538 de 1990. Frente a la entronización de la razón en el siglo XVIII y la exaltación de los sentimientos en el XIX, los últimos años del siglo XX y los primeros del XXI se caracterizan por la disonancia entre corazón, cabeza y cultura, cada uno por su lado, un camino que multiplicará la frustración y las depresiones. Las posibilidades de determinar la conducta propia cada vez serán más reducidas ya que a nuestra carga genética se sumará la ambiental con un peso creciente.

Hay que destacar como dicen Castells y Silber, que las familias con conflictos predisponen a que los hijos tengan más problemas que las familias en que no hubo ruptura. La prueba de Apgar familiar puede ser útil en la detección de problemas como técnica sencilla de cribado.

Los modos de afrontar por parte de los padres problemas como la violencia, el cuidado de los mayores, el racismo, la justicia, el amor y la tolerancia influirán de forma tajante en sus hijos. Sería deseable que la Pediatría Social y los Servicios de Salud Mental aunaran esfuerzos en la prevención y tratamiento de la familia disociada que puede producir graves consecuencias en los hijos.

Irma Arriagada (2002) aborda la institución familiar desde una perspectiva de género, analizándola como espacio para el ejercicio de derechos individuales, donde interactúan relaciones de afectos, amor e

intimidad, pero también relaciones de asimetría y poder desigual. Esta autora nos recuerda que la noción “familia” está teñida ideológicamente y que la modernidad en la familia se mostraría en “el ejercicio de derechos democráticos, la autonomía de sus miembros y un mayor equilibrio en el reparto del trabajo (doméstico y social), de las oportunidades y de la toma de decisiones familiares. Se trataría de una nueva relación basada en asimetrías matizadas por pautas democráticas” (Arriagada, 2002: 148).

“La familia puede ser un factor de protección en la vida de los jóvenes. La característica de mayor protección de la familia son las relaciones significativas (“connectedness”), la percepción de cercanía que el joven tiene con al menos uno de los padres o con una figura adulta. Se ha encontrado que tener una familia extendida también es un factor altamente protector. La evidencia muestra que la gente joven que se encuentra permanentemente en situaciones estresantes, tales como la pobreza, o aquellos que experimentan un trauma, tal como la muerte de uno de los padres o hermanos, pueden resistir tales dificultades de forma más efectiva cuando tienen por lo menos una relación significativa y positiva con un adulto. Tener cerca a un adulto cariñoso, que se preocupe y ofrezca orientación y seguridad, reduce considerablemente la posibilidad de consecuencias adversas en el desarrollo” (Maddaleno y Schutt–Aine, 2003: 37). Las autoras sugieren que muchos adultos y actores sociales consideran que los padres deben ser los educadores

principales en temas de sexualidad. Las/os adolescentes también lo considerarían y esperarían así. No obstante lo anterior sólo unos pocos padres discuten con sus hijas/os sobre relaciones sexuales, métodos anticonceptivos u otros temas. Algunos estudios relacionan la mayor comunicación entre padres y adolescentes con resultados positivos en el área de salud sexual y reproductiva, tales como el retraso de las relaciones sexuales o el mayor uso de anticonceptivos.

En Chile, según un estudio de MIDEPLAN (2000), se estima que los/as jóvenes no acuden a los padres ante los problemas, que no se sienten respetados por los adultos, que sus opiniones ante ellos no son legítimas, y que sienten discriminación y exclusión en tanto jóvenes. Perciben que los adultos no están ahí con ellos. En el espacio familiar son las mujeres quienes se sienten más incomprendidas y menos seguras.

Desde un punto de vista familiar, los adultos pueden considerar a los/as adolescentes como incapaces de asumir adecuadamente la crianza de su hijo/a. Por tanto muchas veces serán las abuelas/os quienes se encargarán del cuidado, delegando a veces en la joven las tareas domésticas. En estos casos, a medida que el hijo/a crece, la joven experimenta una sensación de confusión pues se cargan sus obligaciones, pierde derechos y se produce una confusión de roles. Todo esto también puede producir confusión en el niño/a quien puede presentar

ambivalencias ante las figuras de autoridad que rotan - entre la madre o los abuelos/as - o que son incongruentes comunicacionalmente.

1.2. AMBIENTE FAMILIAR Y VULNERABILIDAD

Asimismo, existe una íntima relación entre el ambiente familiar y la vulnerabilidad tanto en lo referido a la gestación adolescente como a la crianza y cuidado de los hijos/as de madres o padres adolescentes. Según un estudio de CEMERA, es fundamental para el adecuado desarrollo tanto de la gestación como del recién nacido/a la actitud que presenta la adolescente, su pareja y su familia. Si bien, según este estudio, la mayor parte de las adolescentes tuvo una actitud negativa al enterarse de la gestación (94,6%) para el momento antes del parto las que mantienen la actitud de rechazo constituyen sólo el 11%, este último grupo se ha definido como de alto riesgo. En cuanto a la actitud de las parejas, casi la mitad mantuvo la negatividad al final de la gestación, un porcentaje menor, pero igualmente significativo de las familias mantuvieron también su actitud de rechazo y falta de apoyo hacia el momento previo al nacimiento. Estos datos son importantes en tanto definen el ambiente con el que se encontrará el niño/a al nacer y las posibilidades y recursos que se activarán para el cuidado y crianza, asimismo como la calidad del ambiente familiar y su salud mental (Luengo y González 2003: 527).

1.3 APEGO Y VÍNCULO AFECTIVO TEMPRANO

Se considera de importancia desarrollar un breve marco conceptual sobre lo que se ha llamado “humanización” “apego”.

Los afectos y cuidados que los niños/as reciban desde la gestación, en sus primeros meses y años de vida son de fundamental importancia en su desarrollo posterior. En las últimas décadas el estudio de la teoría del “apego” ha generado gran interés, en la búsqueda de explicaciones acerca de la forma y el motivo por el cual establecemos nuestras primeras relaciones con personas significativas. Usualmente se habla de apego al referirse al contacto piel a piel, pero encontramos también otras nociones más amplias como una estrecha relación en el tiempo, que ocurre entre la madre, padre u otros cuidadores/as y el niño/a, siendo más exacto considerar al apego como la creación de un vínculo afectivo con los hijos. La función del apego es la de ir generando un vínculo único entre el niño/a y la madre y padre, y para que el niño/a, basándose en esta relación, adquiera noción de sí mismo, establezca una manera particular de relacionarse afectivamente en el futuro y aprenda una manera de afrontar situaciones de estrés (Soto, 2005).

El primero en desarrollar una teoría del apego fue John Bowlby en el año 1969 (revisada en los años 1973 y 1980), interesándose en las razones por las cuales los niños/as se convierten en personas emocionalmente

apegadas a sus primeros cuidadores y emocionalmente angustiados/as, cuando son separados de ellos (Bowlby citado en Feeney, B. & Kirkpatrick, L. 1996). Según diversos autores, las formas de apego se desarrollan en forma temprana y poseen alta probabilidad de mantenerse durante toda la vida; constituyen modelos que integran creencias acerca de sí mismo, de los otros y del mundo social en general, así como juicios que afectan la formación y mantención de las relaciones íntimas durante toda la vida del individuo (Griffin, D. & Bartholomew, K. 1994, Bourbeau, L. et al. 1998). El tipo de apego que desarrolla cada niño/a, influiría directamente en su salud psicoemocional y física, y por ello es de fundamental importancia indagar en los cuidados que los niños/as reciben.

1.4 FACTORES PROTECTORES.

Para una mejor comprensión de la importancia que tiene una acción múltiple a la hora de valorar qué factores protectores son importantes en el trabajo de Casullo María 2003, señala que en los adolescentes los mejores indicadores para afirmar que un sujeto “tiene factores protectores” son: la familia, buena salud integral, práctica de ejercicio con regularidad, sueño adecuado, y dieta saludable, es decir estilos de vida saludables.

Aspectos tan diversos revelan que el adolescente que cumple estas condiciones ha hecho un aprendizaje a lo largo de años, dirigido sin duda por sus padres y familiares y con el apoyo de la escuela.

En 1990 el riesgo que mayor impacto producía entre los padres era el consumo de drogas (34,9% así lo afirmaba) seguido por el alcohol (16,4%) y la falta de trabajo (13,1%). El riesgo de que los hijos fueran víctima de un delito era uno de los menos acusados (5,1%). Esa escala de miedos variaba en función del sexo de los adolescentes. Hoy la violencia es percibida como uno de los riesgos más acuciantes, especialmente en las mujeres y en un estudio actual ocuparía un lugar más alto que en 1990.

En opinión de psicólogos y sociólogos es altamente probable que un chico o una chica con un buen respaldo en la familia y en la escuela sea capaz de gestionar sus riesgos gracias a los factores protectores que imprimen ambas instituciones.

1.4.1 A nivel familiar

Los factores protectores pueden considerarse como los recursos que tiene una familia para enfrentar su desarrollo y eventos vitales. Estos aspectos protectores, que han sido reconocidos integrando conocimientos clínicos y de la psicología social, son características, rasgos, habilidades, competencias, medios, tanto de los individuos de

una familia, como de la familia, como unidad y de la comunidad en que está inserta. Los recursos personales que los individuos de una familia pueden utilizar para satisfacer sus demandas son, entre otros, la inteligencia, habilidades, rasgos de personalidad, el humor, la sensación de control sobre la propia vida y la autoestima (Hidalgo y Carrasco, 1999).

A nivel del funcionamiento familiar, los factores protectores más relevantes son la flexibilidad, la cohesión, la confianza, el aprecio, el soporte emocional y el respeto por la individualidad de los demás. También se reconocen como protectores las habilidades de comunicación en la familia y la capacidad que sus miembros tienen de usar la red social.

El factor de apoyo social, incluyendo el apoyo emocional, instrumental y de información, es considerado esencial para superar las crisis y continuar el desarrollo familiar. De este modo, para la comprensión etiológica de problemáticas psicosociales y de salud mental (como por ejemplo, el abuso y dependencia a drogas, la violencia intrafamiliar, etc.), resulta particularmente útil el enfoque de los factores de riesgo y factores protectores (Hidalgo y Carrasco, 1999).

1.5. FACTORES FAMILIARES DE RIESGO.

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente².

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia³.

Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

Se ha descrito como factores de riesgo asociados a la familia, la inestabilidad emocional, el embarazo adolescente de una hermana,

² González Salguero Fernando. Resultado de un estudio de línea de base en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Enero 2000.

³ Lugo Agudelo, Nelvia Victoria. El mundo afectivo de la adolescente embarazada / The pregnant adolescent's affective world Invest. educ. enferm; 20(1):10-22, mar. 2002

madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran:

Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz⁴.

Los problemas Psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima.

Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo⁵.

⁴ A la Torre Joaquín. El embarazo adolescente y la pobreza, 2000, Página 11.

⁵ Silva, Juan Carlos. Determinantes claves para embarazos no deseados en Ciudad Bolívar en Bogotá / Key determinants for unintended pregnancies in Ciudad Bolívar in Bogotá. Bogotá, D. C; PAHO; 2001. 4 p.

CAPITULO II

2. CONDUCTAS DE RIESGO

2.1. Factores Individuales precipitantes

Los comportamientos como respuestas dentro de un contexto socio familiar como: violencia, droga, embarazo, suicidio, etc., en términos de comportamientos concretos, se van a vincular a tres grupos de factores:

1. **Los Personales:** Como su historia personal; sus modos de resolver situaciones de conflicto; la utilización de determinados mecanismos habituales de defensa frente a situaciones desestabilizadoras de su identidad, etc.
2. **Los Precipitantes:** Como la percepción subjetiva del impacto de las experiencias que le toca vivir; la capacidad de afrontamiento con que se maneja; el grado de capacidad y flexibilidad sapiente para la resolución de problemas, etc.
3. **Los de Contexto:** Como la existencia o no de redes de apoyo solidario con que cuente; la capacidad para diferenciar lo real de lo imaginario y para procesar la información de manera coherente (Desjarlais, R. y otros) (14)

La interacción de todos los aspectos va a determinar la peculiar manera en que cada adolescente resolverá qué grado de riesgos asumirá en sus respuestas adaptativas.

Valdría preguntarse porqué tantos adolescentes adoptan conductas de riesgo que ponen en peligro su salud y hasta su vida. Hay distintas explicaciones:

Por un lado, tiene que ver con que no siempre perciben el riesgo como tal. Por una característica evolutiva propia de este período: el egocentrismo, ellos fantasean "historias personales" en las que no se perciben expuestos a ningún riesgo. Estas historias anulan en ellos el principio de realidad y los llevan a actuar como si esta no existiera o no importara. Tienen una sensación de invulnerabilidad que los hace sentirse inmunes. Es un sentimiento que los lleva a sentirse diferentes y mejores que los demás y, además, especiales: "a mí no me va a pasar"(Desjarlais y otros 1995)

Es decir que uno de los factores de riesgo de más peso en este período, es, justamente, la misma conducta de riesgo propia de la adolescencia.

- Por otro lado, parecería que existen ciertos rasgos de personalidad que caracterizan en buena medida a las personas que buscan riesgos.

Estas personas:

- Necesitan estimulación permanente y buscan la novedad, la aventura
- Poseen un elevado nivel de actividad, energía y dinamismo (se los podría visualizar como hiperkinéticos)
- Tienen dificultad para controlar sus impulsos
- Necesitan demostrar que son pensadores independientes y que pueden resolver sus propios problemas
- Rechazan los planes a largo plazo, prefiriendo responder rápidamente a cada situación sin previo análisis
- Tienen a comprometerse en ciertas conductas, aunque sepan que es probable que resulten en consecuencias negativas

Hay algunos autores que entienden que las conductas de riesgo cumplen un papel positivo muy importante en el tránsito de la adolescencia a la etapa adulta, en la medida que pueden ser funcionales para:

- Lograr la autonomía de los padres
- Permitir cuestionar normas y valores vigentes
- Aprender a afrontar situaciones de ansiedad y frustración.
- Poder anticipar experiencias de fracasos
- Lograr la estructuración del self
- Afirmary consolidar el proceso de maduración

Según esto las conductas de riesgo no serían totalmente negativas. Lo que sería necesario discriminar es cuándo una conducta de riesgo pone al adolescente en situación de riesgo. Entonces, ¿cuándo un adolescente está en riesgo?

- Cuando esa conducta lo lleva a poner en riesgo su salud o su vida
- Cuando sus comportamientos afectan la integridad o ponen en juego la vida de los otros.

Donar un órgano para salvar a un familiar, alistarse como voluntario para ir a la guerra, morir por salvar a otro, pueden ser actos de sano heroísmo que no ponen al adolescente en situación de riesgo. Muchas de las conductas arriesgadas de los jóvenes y las travesuras que a veces dan dolores de cabeza a la familia, en la medida que no cumplan con las condiciones antes mencionadas, tampoco lo son. Pero morir por sobredosis, asesinar a una religiosa o al padre en un rito esotérico (elementos estos que nos proporciona la crónica periodística), no tiene la misma lectura (Vanistendael, S. "Cómo crecer superando los percances" Secretariado Nacional para la Familia, Bs. As., 1999).

¿Qué diferencia más operativa podríamos establecer entonces entre una conducta de riesgo propia de la adolescencia y estos hechos absurdos?

Siguiendo a Casullo (1996) la diferencia estaría en que estos jóvenes de la crónica policial no estaban:

- Decidiendo con libertad sobre su vida
- Ajustando su conducta al principio de realidad
- Adaptándose activamente, con sus acciones, al contexto sociocultural
- Convencidos, a nivel conciente, que lo que hacían era congruente con su sistema de creencias o valores.

Es decir que desde lo individual, desde lo subjetivo, serían respuestas emergentes ligadas a trastornos de personalidad relacionados con baja autoestima, sentimientos de tristeza, soledad, aislamiento, impulsividad, otros que, sumados a esa conducta de riesgo habitual en la adolescencia, configuran un patrón de respuesta patológico

2.2 Factores Sociales y Culturales

Todo riesgo supone siempre una perspectiva vincular, ya que toda acción humana tiene un destinatario. (Aún el suicidio que podría considerarse como la conducta humana más autoagresiva y solitaria, lleva un mensaje dirigido a un "otro"). Es decir que toda conducta social nos lleva a considerar estos factores que incluyen variables tales como la familia, el grupo de pares, el papel de los medios de comunicación, las normas, los valores y las creencias del contexto sociocultural en el que se vive.

Los modelos parentales desempeñan un papel trascendental; las redes de apoyo afectivo y la aceptación de los "otros significativos", generan

una menor vulnerabilidad al consumo de drogas o a tener una iniciación sexual muy temprana, también está demostrado (González Hachero 1999).

Son también conocidos los estudios que muestran el enorme efecto del grupo de pares sobre los comportamientos de riesgo. El grupo, para el adolescente, lleva implícito un mandato:... ¡se como nosotros ¡ Y generalmente es el que incita y facilita conductas de riesgo.

Lo mismo podríamos decir del peso de los modelos que ofrecen los medios de comunicación social, especialmente la televisión.

Los estímulos sociales han cambiado notablemente en los últimos años. Estamos inmersos en una sociedad caracterizada por la vertiginosidad de los cambios y por el pasaje de una modalidad de expectativas tradicionales, a un mundo laboral regido por la competencia y la incertidumbre.

La rapidez de los cambios nos obliga a un estado de permanente tensión, de alerta, para poder adaptarnos y que los cambios no nos superen.

El surgimiento de la empresa privada, centrada en la competitividad, característica de nuestra época, trae consigo ventajas como el aumento de la producción, y derivaciones que llevan a los llamados países del primer mundo al enriquecimiento económico; al aumento del producto

bruto interno y del ingreso per cápita; pero también desventajas ya que estas características, y por las exigencias a que somete a los individuos, ha devenido directa o indirectamente en el aumento de la drogadicción, la violencia, el alcoholismo, la delincuencia, el suicidio y todas las patologías sociales que mencionábamos al principio. Nosotros, si bien no pertenecemos a este rango de países, al tratar de importar el modelo, también importamos sus desventajas.

Es decir que la receta económica intenta arreglar cosas por un lado y las desarregla por otro. Hace que la forma de vivir y pensar, cambien. Los objetivos de vida pasan a centrarse en el lograr y el consumir. Esto constituye un llamado de atención, ya que: el que no vive como piensa, corre el riesgo de terminar pensando como vive.

Es decir que lo social afecta las estructuras de identidad, afecta al si mismo y se termina, sin querer siendo agentes multiplicadores de un modelo negativo y, lo que es más grave transmitiendo a los niños y jóvenes los disvalores que lo acompañan.

El choque cultural, la urbanización, la pérdida de valores, el sentimiento de marginalidad y la pobreza (factores relacionados con una crisis de identidad) que afectan a muchos jóvenes, se asocian con las situaciones de estrés y agravan también las consecuencias .

Es evidente que una sociedad justa, equilibrada, que trata de amparar a todos sus miembros, que promueve la educación: para la salud,

ambiental, para la paz y la convivencia ejercerá un valioso efecto protector en el desarrollo psico-social del niño y del adolescente.

La pobreza, la degradación, la marginación, el bajo nivel cultural y la permisividad en el consumo de sustancias tóxicas, legales e ilegales, comprometerán gravemente la adquisición de hábitos y actitudes saludables.

- **Los Medios de Comunicación.**

Tienen gran responsabilidad en la difusión de la violencia, sexo fácil y aparente inocuidad en el consumo de sustancias tóxicas, especialmente TV y cine⁶. El 90% de los dibujos animados según Rodríguez Sacristán incitan a la violencia. En un estudio realizado por la Sección de Pediatría Extrahospitalaria de Cantabria en 1998, el consumo de TV de niños de 2 a 5 años es de 9 horas/semana, en los de 6 a 9 años 12 ½ horas/semana y en los de 10 a 13 años 14'36 horas/semana. El porcentaje de niños con TV en su habitación aumenta con la edad (el 10% en los pequeños, 15% en los medianos y 19% en los mayores). Otros datos aparecidos en ese estudio llevan a la conclusión de que se debe limitar el consumo a menos de 2 horas/día y que a más horas de TV corresponde la aparición de múltiples factores de riesgo.

⁶ Revista: Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de Cantabria. 1998. Hábito televisivo en el niño cántabro

Desde que la tv llegó a las islas Fiyi en 1994; se ha disparado el número de jóvenes que quieren adelgazar⁷. El 2 de junio de 1999 ha llegado la televisión a Bután, un pequeño país del Himalaya que no emitirá películas o programas que alteren la identidad étnica y cultural de los butaneses. Es evidente que el uso adecuado de los medios de comunicación es beneficioso y que corresponde a las familias y a la sociedad la tutela adecuada porque la violencia y otras conductas inadecuadas son un asunto de salud (Días Aguado 1999).

Es obligación de los padres aconsejar y guiar a sus hijos en materia de publicidad ya que ésta no distingue entre formación, información y opinión. Propaganda y Publicidad no son equivalentes, la primera se dirige más al campo de las ideas y creencias. En medios sociológicos solventes se califica a nuestros niños como “consentidos, mimados y consumistas” (Obiols A y Obiols S 1995).

2.3. FACTORES Y CONDUCTAS FAMILIARES QUE PREVIENEN LA APARICIÓN O DESENCADENAN CIERTOS TRASTORNOS DE CONDUCTA PSICO-SOCIALES.

Como son factores, a mayor número de ellos mayor será la protección en la familia, pero es importante resaltar que la ausencia de alguno/s de ellos no significa necesariamente la presencia de trastornos.

⁷ Ibidem

- a) Padres bien diferenciados: cuando ambos padres han logrado desarrollar un claro sentido de sí mismos, sin depender del otro para sentirse validado como persona, lo que les permite asumir sus roles como padres y pareja.
- b) Separación clara de límites generacionales: ocurre cuando las decisiones que corresponden a los padres y los conflictos propios de la pareja parental son abordados entre éstos, sin recurrir a los hijos como mediadores ni como aliados (hay aspectos de la intimidad de la pareja que dañan a los hijos al ser divulgados). Los hijos no deben ser enfrentados con una decisión de “tener que elegir entre uno de los padres”.
- c) Coalición parental firme: ambos padres comparten el “poder” en la familia y se muestran de acuerdo ante los pormenores de la socialización y educación de los hijos.
- d) Control flexible: las normas y el control se ejercen por negociación con los hijos (acuerdos previos).
- e) Estimulación del desarrollo de la identidad y respecto a la autonomía e individualidad: se permite el desarrollo del propio proyecto de vida, sin imponer la opción de los padres (Ej.: “vas a estudiar leyes y si te queda tiempo estudias música”).
- f) Comunicación abierta y clara: los temas relevantes se conversan con claridad y honestidad, incentivando el diálogo con ellos.

- g) Percepciones y expectativas realistas entre los miembros: se considera y aprecia a las personas con realismo, sin sobredimensionar sus aspectos positivos y/o negociaciones.
- h) Altos niveles de iniciativa: se evidencia creatividad en la convivencia familiar y se estimula a su ejercicio.
- i) Afecto y calidez no posesiva: se brinda cariño desinteresado, en una relación de afecto permanente.
- j) Humor: familias con capacidad de reírse de sí mismas, de dar espacios de alegría simple en las actividades cotidianas.
- k) Apertura al ingreso de otros a la familia: familias abiertas a recibir a otros (amigos, pololos, etc.) con actitud cálida y desprejuiciada. Este es un punto de singular importancia, ya que a menudo las familias impulsan a sus hijos a la calle al no ser “abiertas y cálidas” en la acogida de las amistades de éstos (“no quiero que la traigas más a esta casa”). Esta actitud “obliga” a los hijos a mantener a sus amistades “ocultas” y lejos de su hogar, lo que agudiza la posibilidad de riesgo.
- l) Capacidad de incorporar nueva información: familias que si bien tienen calidad y consecuencia en sus normas, límites y valores, no son rígidas, mostrándose capaces de reflexionar respecto de algún tema a la luz de nueva información. (Callabed Cariacedo 2000).

2.3.1 ROL DE LA FAMILIA EN EL ORIGEN DE CONDUCTAS DE RIESGO.

Se han distinguido factores de riesgo y de protección asociados al ámbito específico de las familias que respectivamente aumentan o disminuyen la probabilidad de aparición de conductas de riesgo.

Es importante señalar que los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando uno de estos factores está presente, es más probable que se desarrollen conductas problemáticas que cuando no lo está. Sin embargo, la presencia de un sólo factor de riesgo no garantiza que vaya a producirse y, por el contrario, su ausencia no garantiza que no se produzca. Sí se ha demostrado que a mayor concentración de factores de riesgo mayor será el riesgo y menor la protección (Mondaca, 1997; en Becoña, 2001).

Por lo tanto, debe tenerse presente que cuando se alude a los factores de riesgo de las familias, no se está determinando una relación de causa entre las familias y conductas de riesgo. En un caso particular, no son exclusivamente los factores de riesgo asociados a la familia los que juegan un papel, sino una serie de otros factores que concurren en un momento determinado, y que pertenecen a lo macrosocial (cultura, sociedad, economía, etc.), lo microsociales (pares, escuela, trabajo, etc.), y al individuo (Madaleno M, y otros 1995).

2.3.2. Asociados a la familia.

Se han identificado numerosos factores de riesgo asociados a la familia. Para fines de sistematización, estos pueden agruparse en cuatro categorías más generales, incorporando lo señalado por varios autores (Sánchez, 1996; Becoña, 2001; Hidalgo y Carrasco, 2002; UDP y CONACE, 2000; Florenzano et al., 1999; Hawkins et al., 1987, y Knott, 1986, en UDP CONACE, 2000; CONACE y OEA, 1996).

a. Estructura familiar

- Estructura y organización familiar disfuncional
- Roles rígidos (o rigidez en la estructura familiar) Límites generacionales difusos.
- Formación de coaliciones desadaptativas (intergeneraciones). Padres desvalorizados en su rol (autodescalificación, funciones ejecutivas débiles" falta de poder", incongruencia jerárquica).
- Aislamiento y falta de soporte social (redes).
- Presencia de trastornos mentales en alguno de sus miembros.
- Alta incidencia de muertes prematuras, a menudo repentinas y traumáticas, en familias de adolescentes dependientes a drogas.

b. Estilo educativo y afectivo de los padres con los hijos

- Familias con supervisión laxa (normas débiles; muy permisivas), excesivamente severa (estilo autoritario; control rígido, agresivo o violento), o con prácticas disciplinarias poco consistentes (y desempeño de actitudes incongruentes), con baja comunicación e involucramiento entre padres e hijos.
- Falta de aceptación, de cercanía, de calidez recompensas para la buena conducta. Los hijos rara vez son reforzados y validados, hay poca expresión de afectos y fuertes mensajes críticos y quejas. Uso del castigo sin dar alternativas adecuadas.
- Manejo inadecuado de refuerzos y estímulos e inconsistencia en la aplicación de sanciones.
- Exceso de protección. Estilos de crianza infantilizadores por parte de las madres.
- Desinterés paterno por la socialización de los hijos. Bajas expectativas educacionales de los padres hacia sus hijos.

c. Dinámicas relacionales en la familia

- “Falta de comunicación”(o de comunicación íntima), comunicación confusa y vaga.

- Escasa cohesión familiar, ausencia de sentido de pertenencia, escasa cercanía o apoyo entre los miembros de la familia. Actitud de desconfianza entre sus miembros.
- Relaciones afectivas polarizadas exclusivamente en uno de los padres.
- Altos niveles de conflicto intrafamiliar: el nivel de conflicto (incluyendo violencia conyugal, maltrato físico y psicológico, abuso sexual), más que la estructura específica de la familia (por ejemplo, biparental o uniparental), predicen la presencia de conductas de riesgo en los jóvenes.
- Familias inestables emocionalmente y con dificultades en la expresión y modulación de emociones y sentimientos.

d. Modelo familiar

Hábitos y estilos de vida de los miembros de la familia poco saludables.

El alcoholismo y uso de drogas ilícitas por padres y hermanos incrementa el riesgo de alcoholismo y abuso de drogas en el futuro.

Historia familiar de conductas de riesgo y de conductas antisociales.

Cabe señalar que las actitudes y conductas del beber temprano parecen más moldeadas por los padres y parientes, que por los pares.

2.3.3 FACTORES FAMILIARES QUE INCIDEN EN LA FORMACIÓN DE UNA PERSONALIDAD VIOLENTA.

- Familias inestables con problemas de desempleo, sin identidad y con un gran componente de amargura.
- Niños no deseados.
- Malos tratos físicos o psicológicos, o abusos sexuales.
- Madre incapaz de entender las necesidades afectivas de su hijo.
- Padre distante, ausente o violento incapaz de dar cariño.
- La ausencia total de autoridad y límites, el “todo vale”.
- Las continuas disputas en la familia y entre la pareja.
- Abuso de alcohol, tabaco, consumo de drogas
- Ausencia constante y prolongada de los padres del hogar familiar.
- Incomunicación entre padres e hijos. (Callabed Cariacedo)

2.4 PRINCIPALES CONDUCTAS DE RIESGO.

2.4.1 Depresión.

Es una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima. Entre los síntomas

más frecuentes observados en los adolescentes deprimidos se encuentran los siguientes: tristeza, aburrimiento, tedio y fastidio, pérdida de los intereses y del placer en las actividades que anteriormente lo despertaban, trastornos del hábito de sueño, con insomnio o hipersomnia, intranquilidad, falta de concentración, irritabilidad, disforia, malhumor, pérdida de la energía para emprender las tareas cotidianas. Sentimientos de cansancio y agotamiento. Preocupaciones reiteradas con la música, libros, y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio, manifestar deseos de morir, sentirse físicamente enfermos, sin tener una enfermedad orgánica alguna. Incremento del uso del alcohol y las drogas, falta de apetito o apetito exagerado, conducta rebelde sin una causa que lo determine, expresar ideas suicidas o elaborar un plan suicida, planificar actos en los que no se calculen de forma realista, las probabilidades de morir, llanto sin motivo aparente, .aislamiento social evitando las compañías de amigos y familiares, pesimismo, desesperanza y culpabilidad⁸.

“La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su clasificación de enfermedades mentales DSM-IV-R considera que para realizar el diagnóstico de un Trastorno Depresivo Mayor se requieren cinco o más de los siguientes síntomas, los que deben estar presentes por al menos dos semanas de duración y que ello representa un cambio en el funcionamiento habitual del sujeto, animo deprimido la mayor parte del

⁸ C. GÓMEZ, y G. BORGES, “Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994”. Salud Mental, Vol. 19, 1, 1996, pp. 45-55.. p.p. 68-71

día durante todos los días, marcada reducción del placer o el interés en todas o la mayoría de las actividades diarias, disminución de peso sin someterse a dieta o ganancia de peso (del orden de un 5%), insomnio o hipersomnia diarios, agitación psíquica y motora o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía diariamente, sentimientos de culpa inapropiados, que pueden conducir a delirios de culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e indecisión la mayor parte del día, pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio. Estos síntomas no deben ser ocasionados por una enfermedad física o por abuso de sustancias.

Es de suma importancia el reconocimiento de la depresión en el adolescente, pues son más proclives a realizar intentos de suicidio que los adultos en condiciones similares.

Algunas particularidades de los cuadros depresivos en los jóvenes son los siguientes:

- Se manifiestan con más frecuencia irritable que tristes.
- Las fluctuaciones del afecto y la labilidad son más frecuentes que en el adulto, quien tiene mayor uniformidad en sus expresiones anímicas.
- Los adolescentes tienen la tendencia a presentar más frecuentemente exceso de sueño o hipersomnia que insomnio.
- Tienen mayores posibilidades de manifestar quejas físicas al sentirse deprimidos.

- Muestran episodios de violencia y conductas disociales como manifestación de dicho trastorno anímico con más frecuencia que en el adulto.
- Pueden asumir conductas de riesgo como abuso de alcohol y drogas, conducir vehículos a altas velocidades, sobrios o en estado de embriaguez⁹.

2.4.2 Abuso de Alcohol y otras sustancias

En la adolescencia son frecuentes los sentimientos de culpabilidad, tendencia a mantener en secreto lo ocurrido, cuando esto es posible, conducta oscilante entre agresividad, violencia y deseos de venganza, actitudes de inhibición, pasividad y excesiva complacencia ante el medio ambiente y en ocasiones, episodios de aparente repetición del trauma con ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos con lagunas de memoria.

Además de los trastornos depresivos y de ansiedad, el abuso de alcohol constituye un importante factor de riesgo de suicidio en la adolescencia, pues se estima que uno de cada cuatro adolescentes que cometen suicidio lo realizan bajo los efectos del alcohol u otra droga o la combinación de ambos.

⁹ A. E. GONZÁLEZ. Escala de desesperanza para niños. Características psicométricas en tres muestras de niños mexicanos. Edit. UNAM, México, 2000, D. F. p p 146-151

En la adolescencia la vía más socorrida para abusar del alcohol es la denominada sociocultural, la cual es el producto de las costumbres, tradiciones, y convenciones de las diferentes culturas, y se relaciona íntimamente con la presión ejercida por los grupos humanos grandes o pequeños. Se ejemplifica con el adolescente que se inicia en el consumo de cualquier sustancia adictiva para demostrar hombría, audacia ante sus iguales que lo subvalora sino sigue las reglas del grupo.

Por lo antes referido, será de suma importancia que el adolescente sepa que en la medida en que se ponga en contacto con cualquier sustancia adictiva, con una mayor frecuencia y por un período de tiempo más prolongado, tendrá mayores posibilidades de desarrollar una toxicomanía o dependencia de sustancias.

La característica esencial del abuso de alcohol o de otra sustancia cualquiera, consiste en un patrón desadaptativo de consumo de dichas sustancias, manifestado por consecuencias adversas, significativas y recurrentes relacionadas con su consumo repetido. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso y dañino, pudiendo llevar a problemas legales, sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden manifestarse repetidamente durante un período continuado de doce meses.

Los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias son los siguientes:

- Un patrón desadaptativo de consumo de sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los siguientes síntomas durante un período de un año:
 - Consumo recurrente de la sustancia que da lugar al incumplimiento de las obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa (ausencias repetidas o pobre rendimiento académico, suspensiones o expulsiones de la escuela, descuido de las obligaciones en la casa, etc.).
 - Consumo recurrente de la sustancia en situaciones donde hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil o accionar máquinas bajo el efecto de la sustancia).
 - Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (arrestos por escándalo público debido a la sustancia).
 - Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o tener problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (discusiones con la esposa, violencia física, etc.).
 - Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancia.

Existen determinadas señales de peligro que deben hacer pensar a los padres, madres, tutores, maestros y médicos de la familia, que un adolescente está consumiendo drogas y son los siguientes:

- Cambios bruscos de amistades.
- Cambios en la manera de vestir y de hablar, utilizando la jerga propia de los toxicómanos.
- Disminución del rendimiento académico y repetidas ausencias injustificadas a la escuela, sin que se conozca en qué ha empleado el tiempo.
- Cambios en su comportamiento habitual en el hogar, tornándose irritables, aislados, huraños y sin deseos de compartir con el resto de la familia.
- Realiza hurtos en el propio domicilio, o en el de otros familiares, amigos o vecinos para venderlos y adquirir el dinero con que comprará la droga. En ocasiones roban importantes sumas de dinero a los padres o les mienten sobre supuestas compras de artículos deseados pero inexistentes.
- Cambios en los horarios de las actividades, predominando las que realiza en horarios nocturnos, lo cual altera su ritmo de sueño y alimentación.
- Señales de quemaduras en las ropas, manchas de sangre, señales de pinchazos en antebrazos o resto de drogas en los bolsillos.

Como se ha hecho evidente, el abuso de sustancias conlleva una serie de comportamientos comunes encaminados a la búsqueda de la sustancia, su consumo y restablecimiento de sus efectos nocivos, variando, como es lógico suponer, las manifestaciones clínicas de cada una de ellas.

2.4.3. Trastorno Disocial de la Personalidad.

Sobresalen en este trastorno las siguientes características:

- Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes, propios de la edad, manifestándose por la presencia de los siguientes criterios durante los últimos doce meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses.
- **Agresión a personas y animales:** con frecuencia fanfarronea, amenaza e intimida a otros, a menudo inicia agresiones físicas, ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (bate de béisbol, ladrillo, botella, navaja, pistola, cuchillo, etc.), ha manifestado crueldad física con personas y animales, ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatarse bolsos, robo a mano armada), ha forzado a alguien a una actividad sexual.

- **Destrucción de la propiedad social:** ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves, ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.
- **Fraudulencia o robo:** ha violentado la casa o el automóvil de otras personas, a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones, ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima (robos en tiendas, falsificaciones de documentos).
- **Violaciones graves de normas:** a menudo permanece fuera del hogar de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los trece años, se ha escapado durante la noche por lo menos en dos ocasiones, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto, suele tener ausencias a la escuela, iniciando esta práctica.

El trastorno disocial de la personalidad provoca deterioro significativo de la actividad social, académica y laboral. Con suma frecuencia desarrolla abuso de sustancias y dependencia de ellas, pero no por la vía sociocultural expuesta anteriormente, sino por la llamada hedónica, en la que la motivación más importante es la búsqueda de “placer artificial”.

2.4.4 Conducta Suicida

La conducta suicida puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por el intento de suicidio hasta concluir con la muerte autoinfligida, es decir, el suicidio consumado. La ideación suicida, parte de este proceso se considera así como un proceso heterogéneo¹⁰. Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva¹¹. La ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, y ha sido mucho menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado¹².

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

En los últimos años se ha producido un incremento de los suicidios en las personas de 15 a 24 años de edad. Coincidiendo con los estudios de

¹⁰ González-Forteza C, García G, Medina-Mora ME, Sánchez MA. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes preuniversitarios. *Salud Ment* 1998; 21(3): 1-9.

¹¹ Perales A, Sogi C. Conducta suicida en estudiantes de medicina. *Rev Psiquiatr Peru* 2000; 6(1): 8-13.

¹² Gradillas V. *Psicopatología descriptiva: signos, síntomas y rasgos*. Madrid: Ediciones Pirámide; 1998. p. 265-76.

Sr. M Rutter, la salud física de los jóvenes ha ido mejorando, mientras que han crecido los trastornos de conducta antisocial, el consumo de alcohol y/o drogas y las conductas suicidas.¹³

La conducta suicida y el DSM-IV.

De acuerdo al DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), el comportamiento suicida supera la media en los niños y adolescentes que presentan los siguientes trastornos psiquiátricos: depresión, trastornos de ansiedad, abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios y trastornos psicóticos; asimismo, se ha asociado a: Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.

La ideación suicida, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados se dan con una frecuencia superior a la esperable en los trastornos de conducta [312.8]. Los adolescentes están predispuestos a sufrir depresión, a presentar ideación suicida y a cometer intentos de suicidio en el trastorno de la identidad sexual [302.x].

El trastorno depresivo mayor [296.x] se asocia a ideas, intentos y consumaciones de suicidio. Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas (Criterio A9, Episodio depresivo mayor). Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos

¹³ SERFATY E et al. Ideas de suicidio y factores de riesgo en jóvenes varones. Bol. Acad. Nac. Medicina, 1994; 72: 234-45.

transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio.

La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 minutos) y recurrentes (una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (p. ej., una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse.

Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

Los trastornos adaptativos [309.x] están asociados a un aumento del riesgo de suicidio e intentos de suicidio. La mortalidad a largo plazo en personas hospitalizadas por anorexia nerviosa [307.1] en centros universitarios es aproximadamente del 10 %. La muerte se produce

principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico. Algunas personas presentan amnesia disociativa [300.12] en episodios de automutilación, de explosión de violencia o de intentos de suicidio. La intoxicación o abstinencia (en trastornos relacionados con sustancias) pueden aumentar también el riesgo de suicidio, la violencia y el comportamiento impulsivo en sujetos con un trastorno antisocial o límite de la personalidad previo.

Finalmente, los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad [301.7] tienen más probabilidades que la población general de morir prematuramente por causas violentas (p. ej., suicidio, accidentes y homicidios). Pueden existir comportamientos impulsivos y antisociales, amenazas e intentos de suicidio y conflictos matrimoniales como síntomas/trastornos asociados a trastornos somatoformos [300.x].

De igual manera, en la esquizofrenia [295.x] el suicidio es un factor importante, porque aproximadamente el 10 % de los sujetos se suicidan. Los factores de riesgo para el suicidio incluyen el sexo masculino, edad inferior a 30 años, síntomas depresivos, desempleo y alta hospitalaria reciente. De los individuos en tratamiento por juego patológico [312.31], el 20% ha hecho un intento de suicidio.

Comportamientos Suicidas.

Para abordar el tema con mayor detenimiento precisa destacar algunas categorías sobre la conducta suicida:

1. Las ideas de suicidio (pensamientos sobre la voluntad de quitarse la vida, que no vale la pena seguir viviendo, dejar de ser una carga para los demás)¹⁴

La ideación suicida ha sido definida como pensamientos de autodestrucción. Se considera que la ideación suicida antecede tanto al intento suicida como al suicidio mismo (Osornio, 1999), por consiguiente el estudio de la ideación suicida se a convertido en la actualidad es una forma tanto de diagnóstico como de prevención del suicidio.

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

González - Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998) analizaron la ideación suicida en 1890 estudiantes universitarios de la ciudad de México, para identificar variables tanto predictoras como de riesgo de la ideación suicida. Los resultados de éste estudio muestra que los síntomas de ideación suicida oscilaron entre 27% y 30% de los universitarios. La autoestima resultó ser la variable predictora de protección, las variables predictoras de riesgo fueron el estrés psicosocial y sus consecuencias emocionales.

¹⁴ Ibidem. P.p. 245-46

En otro estudio realizado en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Mondragón y cols. (1998) mostraron que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas y alcohol, lo que demuestra la necesidad de crear programas de prevención para el suicidio y más específicamente para la ideación suicida¹⁵.

2. Intento de suicidio. Se trata de una conducta de auto lesión potencial con un desenlace no fatal para la cual existe evidencia (explícita o implícita de que la persona pretendía, en algún grado, matarse; un intento suicida puede o no resultar en lesiones (O' Carroll et al., 1996). Stengel (1965) define al intento suicida como cualquier acto de auto perjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque esa intención sea vaga o ambigua.

Respecto al deseo de morir, O' Carroll et al. (1996) mencionan que el 66% de los suicidas realmente no desean morir, sino comunicar un mensaje dramático respecto su malestar; desde esta perspectiva, sus intentos tienen que ver con ingestión mínima de drogas con corte leve, donde normalmente se arreglan las cosas para qué se puede intervenir a tiempo, ante algunas veces se salga de control la situación. No obstante, es necesario prestar atención a cualquier gesto suicida (Capuzzi y Golden, 1988).

¹⁵ Ibidem p.p 277

Borges, Anthony y Garrison (1995) también comentan que un intento suicida que no resulta en la muerte es un comportamiento como tal. Kessel y Mc Culloch (1966) lo definen como aquel caso de conducta auto lesivo, intencional, emprendido con el conocimiento de que puede ser potencialmente nocivo. En el intento no siempre existe un propósito consciente de morir; en ocasiones aparecen múltiples motivos aunados en un intento dificultando la comprensión del fenómeno (Bancroft et al., 1979).

3. Plan del suicidio: como, donde y cuando llevar adelante la conducta de autodestrucción (con que elementos-arma de fuego, ahorcamiento, salto al vacío, las vías del tren, etc.), el lugar y hasta a veces el día elegido.

Se debe explorar hasta dónde el adolescente ha formulado y reportado un plan claro de cómo pretenden quitarse la vida (ver Jacobs, 1999); por ejemplo, si el plan incluye cómo se logrará el suicidio, la disponibilidad del método, la letalidad del método y el tiempo y momento propuestos (incluyendo la probabilidad de ser descubierto y detenido). Un aspecto muy importante es que, en general, el adolescente no es un buen estimador de la letalidad, particularmente de fármacos, por lo que la significancia del método o de la dosis no debe tomarse como un indicador confiable del grado del intento suicida (Myers et al., 1992). Kessler, Borges y Walters (1999) reportan que existe un aumento de las probabilidades

acumuladas a 34% en la transición de la idea al plan, y de 72% del plan al intento; de la ideación al intento no planeado, la probabilidad acumulada es del 26%; es posible entonces abordar el problema desde la prevención del suicidio dirigida a quienes lo han planeado; la sola ideación no es un indicador fuerte de riesgo. Se ha encontrado que los intentos, ideación y planes suicidas son más comunes que el suicidio consumado; por ejemplo, el porcentaje de aquellos que reportan ideación y plan suicida se ha incrementado en EU del 2 a por arriba del 50% entre la población adolescente (Borges et al., 1995).

4. El parasuicidio: es un acto generalmente no fatal, que se ha incrementado en los últimos tiempos, sobre todo en mujeres adolescentes o jóvenes. Es impulsivo y se utilizan sustancias medicamentosas.

Es frecuente en aquellas personas con modificaciones abruptas del humor o con personalidades de características antisociales. Existen síntomas depresivos en el 10% de los casos y se observa un entorno de desorganización social¹⁶.

La analogía comportamental al suicidio cuando los investigadores deciden no extraer conclusiones firmes sobre la orientación psicológica o intenciones de la auto-lesión o muerte de la víctima (Borges Anthony y Garrison, 1995). Se refiere a conductas variadas

¹⁶ SERFATY E. et al. Prevalência de alterações psíquicas em 304 varones de 18 años. Bol Acad Nac de Medicina 1997

que van desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Comprende actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños e el propio sujeto que las ejecuta; tales actos deben ser poco habituales. De esta manera, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se incluyen en esta categoría.

5. El suicidio: tiene como característica preponderante el ser fatal y premeditado. Es más habitual en el varón, con una personalidad premorbida normal. Existe depresión en el 70% de los casos y es frecuente el aislamiento social.¹⁷

¹⁷ Ibidem. P.p 45-46

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio:

La presente investigación es de tipo descriptivo y de corte transversal.

4.2 Población de estudio

Todos los estudiantes matriculados y asistiendo a clases del Colegio Matutino Santiago Fernández García, de la Unidad Educativa Calasanz, en el período comprendido 2008-2009. Con una población de 644 estudiantes.

Se manejaron criterios de inclusión, en donde se tomaron a los estudiantes de todos los 15 paralelos que conforman el Colegio Matutino Santiago Fernández García (8vos, 9nos y 10mos años de educación básica y 1ero, 2do y 3ero de bachillerato).

4.3 Procedimientos, técnicas e instrumentos.

Se solicitó a las autoridades de la Unidad Educativa Calasanz permiso para realizar la investigación, como también a los y las estudiantes (anexo 1) sujetos de estudio.

Los instrumentos utilizados fueron: una encuesta (anexo 2) estructurada con preguntas que describieron a la población (edad, sexo, lugar de residencia, ocupación luego de salir del colegio) y otras preguntas que integraron datos importantes para la investigación. Una vez estructurada las preguntas se procedió a realizar una prueba piloto con lo que se hicieron los ajustes correspondientes.

Se evaluó la relación familiar mediante Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) (Anexo 3). Refiriéndose a este cuestionario se conoce que en Cuba, en 1994, que se diseñó esta prueba para medir percepción de funcionamiento familiar que fuera de fácil aplicación y calificación para el equipo de atención primaria. La prueba denominada FF-SIL de Pérez de la Cuesta Lauro y Bayarre, fue validada en una muestra de familias, y se obtuvo una alta confiabilidad y validez, la prueba pretende medir la funcionalidad a través de las dimensiones siguientes:

1. La pregunta 1 y 8 mide la Cohesión. (Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones, y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
2. La pregunta 2 y 13 mide la Armonía. Esta es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales, con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

3. La pregunta 5 y 11 mide la Comunicación. Los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
4. La pregunta 6 y 10 mide la Adaptabilidad. Es la habilidad para cambiar estructura de poder, y relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
5. La pregunta 4 y 14 mide la Afectividad, es la capacidad de los miembros de vivenciar, y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a otros.
6. La pregunta 3 y 9 mide los Roles. Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
7. La pregunta 7 y 12 mide la Permeabilidad, siendo la capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Mide los siguientes aspectos:

La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por reactivos y permite clasificar a la familia en cuatro tipos: 70 a 57 puntos se trata de una familia funcional, de 56 a 43 puntos es una familia moderadamente funcional, de 42 a 28 puntos se considera una familia disfuncional y con 27 a 14 puntos es considerada como una familia severamente disfuncional.

Esta prueba ha sido utilizada en distintas investigaciones, y ha permitido una valoración cuantitativa y cualitativa de la percepción del funcionamiento familiar. Por ejemplo se ha utilizado para caracterizar a las familias en la comunidad, para familias de enfermos crónicos, de alcohólicos, en individuos con conductas suicidas y en niños con retardo en el desarrollo.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos: Casi nunca se califica con 1 punto, pocas veces 2 puntos, a veces 3 puntos, muchas veces 4 puntos, casi siempre 5 puntos.

Para medir la depresión (anexo 4) como conducta de riesgo se aplicó la Escala de Depresión, adaptación de M.M. Casullo, mismo que permitió el autorreconocimiento de la presencia de síntomas a partir de las respuestas dadas por los sujetos a una Escala de Depresión.

Esta escala fue diseñada originariamente por investigadores del Centro de Estudios Epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, con el objetivo de evaluar sintomatología depresiva en la población adulta. Los veinte ítems que la integran se extrajeron de cinco escalas de depresión usadas hasta entonces: La escala de depresión de Zung (1965), la escala de depresión de Beck (1961),

partes de la escala de depresión del MMPI (1960), la escala de Raskin (1970), la lista de síntomas de Gardner (1968).

Los ítems que la integran evalúan los principales componentes de la sintomatología depresiva que, de acuerdo con Radloff (1977), incluyen: humor depresivo, sentimientos de culpa y desesperanza, sentimientos de indefensión, pérdida del apetito, perturbaciones en el dormir, retardo psicomotor.

Esta escala fue puesta a prueba por primera vez en un trabajo de campo comunitario realizado en la década del setenta y en un estudio concretado con pacientes psiquiátricos. Los análisis estadísticos realizados verificaron que poseía una alta consistencia interna así como confiabilidad test - retest. Otros estudios realizados verificaron su alta correlación con otras técnicas estandarizadas que evalúan la sintomatología depresiva.

De los veinte ítems que la integran, dieciséis hacen referencia a vivencias o aspectos negativos, en tanto que los cuatro restantes tienen una connotación positiva. Se pregunta a quienes la responden acerca de la frecuencia con que han experimentado cada uno de los síntomas durante "la semana pasada o anterior".

Las respuestas se sitúan en una escala de cuatro categorías:

Menos de un día se asigna cero puntos, 1 - 2 días se asigna un punto, 3 - 4 días se asignan dos puntos, 5 - 7 días se asignan tres puntos.

Puntajes: bajos: 0 a 9 puntos, Medios: 10 a 25 puntos, Altos: 26 a 60 puntos. Las respuestas a los ítems positivos se evalúan de forma inversa a los restantes.

Se obtiene un Puntaje Total a partir de la suma de las respuestas a cada uno de los veinte ítems. Hacia el final de los años setenta se empezó a investigar su validez y confiabilidad en la aplicación a población adolescente.

Confiabilidad y validez: Pocos trabajos estudian la confiabilidad y la validez con adolescentes. En una muestra de 285 alumnos secundarios de una escuela católica privada mediante la técnica test - retest (seis meses después) se encontró un coeficiente de confiabilidad de 0,50 para varones y de 0,62 para mujeres. Wells, Klerman y Deykin (1987) administraron la escala a una muestra de cuatrocientos veinticuatro (424) estudiantes (de 16 a 19 años), en la ciudad de Boston: obtuvieron altas correlaciones entre cada ítem y el puntaje total, que oscilan entre 0,33 y 0,69.

Roberts y Col. (1990) utilizaron la escala CES-D en cuatro estudios piloto que cubrieron una muestra total de dos mil (2000) adolescentes

del estado de Oregon (EE.UU.) con una edad promedio de 16 años. Emplearon una versión española de la técnica para encuestar a adolescentes hispano - parlantes. Estudiaron la consistencia interna de la escala (coeficiente alpha) en cada muestra y para el total de ellas obteniendo un valor promedio de 0,87.

A efectos de estudiar la estructura factorial de la escala se aplicó la técnica LISRAEL VI, pudiéndose verificar la estructura del modelo de factores hallado por Radloff (1977) en los estudios con adultos:

Factor 1: Desánimo

Factor 2: Afectos positivos

Factor 3: Aspectos somáticos y de hiperactividad

Factor 4: Relaciones interpersonales

En oportunidad de la participación en el Proyecto de Validación Intercultural de la prueba proyectiva TEMAS (Informe CONICET, 1990 - 92) la autora de este trabajo fue invitada a visitar el Hispanic Research Center de la Fordham University en la ciudad de Nueva York; como parte del proyecto se había traducido al español la escala CES-D para administrarla a población puertorriqueña. Esa versión castellana de la técnica fue utilizada como punto de partida para el diseño de la versión Argentina empleada en este estudio.

En una primera etapa, la escala fue administrada a un grupo de treinta adolescentes (edad promedio 16 años) alumnos de una escuela pública de la Ciudad de Buenos Aires, quienes trabajaron con la consigna de analizar si la forma en que estaban redactados los ítems era entendible. La misma tarea fue solicitada a una muestra de 25 profesores de enseñanza media. A partir de las sugerencias planteadas se redactó la versión que se presenta actualmente para los interesados en el tema.

Se aplicó también el Inventario de Orientaciones Suicidas (IOS) (anexo 5); diseñado originalmente por King y Kowalchuk (1994), adaptación a la realidad del contexto sudamericano por M.M. Casullo. El Inventario es autoadministrable y está integrado por treinta ítems. Cada uno de ellos ofrece cuatro posibilidades de respuesta:

1. Totalmente en desacuerdo (1 punto)
2. En parte en desacuerdo (2 puntos)
3. En parte de acuerdo (3 puntos)
4. Totalmente de acuerdo (4 puntos)

Once de los ítems se evalúan de forma inversa (2,3,4,7,11,13,14,17,22,27,28).

Existen seis ítems denominados "críticos":

5. Las personas con las que me relaciono no me necesitan en absoluto.

10. Creo que seré incapaz de tener suficiente coraje para enfrentar la vida.
15. Para impedir que las cosas empeoren creo que el suicidio es la mejor solución.
20. Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.
25. Para no sentirse malo, solo/a la solución es morirse.
30. Si mis cosas empeoran, creo que me mataría.

La prueba intenta evaluar las siguientes variables psicológicas:

Desesperanza: ítems 2,7, 12, 17,22, 27. Baja autoestima: ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26. Incapacidad para afrontar emociones: ítems 3, 8, 13, 18, 23, 28. Soledad y abatimiento: ítems 4, 9, 14, 19,24, 29. Ideación suicida: ítems críticos 5, 10, 15, 20, 25, 30.

Sobre la base del puntaje bruto total y/o la presencia de tres o más ítems críticos puntuados con valores 3 y 4, los sujetos se ubican en las siguientes categorías de riesgo suicida: Bajo riesgo, Moderado riesgo suicida, Alto riesgo suicida

La versión en castellano y su adaptación M. M. Casullo. Se procedió a traducir la prueba del inglés al castellano y luego del castellano al inglés. Esta tarea estuvo a cargo de dos psicólogos bilingües. Esa primera

versión fue analizada y evaluada por un grupo de 25 estudiantes adolescentes, quienes se ofrecieron a participar en el proyecto de investigación. Al autoadministrarse la técnica de forma grupal, fueron sugiriendo algunas modificaciones en la redacción de los ítems. La forma definitiva que utilizamos es fruto de esas sugerencias de cambio.

Validez concurrente. La técnica se empleó en una muestra de treinta adolescentes en tratamiento psiquiátrico, a quienes se les había administrado el psicodiagnóstico de Rorschach que arrojaba indicadores de potencial suicida. El 80 % de esos sujetos obtuvo un puntaje en el Inventario de Tendencias Suicidas que los ubicaba en el grupo de "alto riesgo"; el 20 % restante fue categorizado como "de riesgo moderado".

Consistencia interna. Se calculó el coeficiente alpha para la muestra de pacientes clínicos (0,92) así como para la muestra de estudiantes que participaron voluntariamente en el estudio piloto (0,72).

Test - retest. Dadas las características que evalúa la técnica, realizamos un estudio test-retest con una muestra de treinta y cinco alumnos que cursaban cuarto año en una escuela pública de la Ciudad de Buenos Aires, con un lapso de dos semanas de diferencia entre ambas tomas. Se obtuvo una correlación de 0,86.

El Procesamiento de Datos de la información se realizó una vez aplicados los instrumentos, siguiendo el orden de las preguntas estructuradas igual en el cuestionario.

El Plan de análisis de datos, para esto los resultados se presentaron en forma de porcentajes, utilizando los programas de Word, Excel y Power Point para la elaboración de Gráficos, Tablas y Tabulación.

Para el trabajo de Campo se realizaron gestiones como: Autorización del Rector. Se aplicaron los instrumentos en cada uno de los paralelos de los 8vos, 9nos y 10mos años de educación básica y 1ero, 2do y 3eros de bachilleratos, los resultados serán devueltos a las autoridades del Colegio para que junto al Departamento de Bienestar Estudiantil permitan a la vez poner en ejecución la propuesta de intervención educativa - afectiva familiar para prevenir conductas de riesgo en los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García, de la Unidad Educativa Calasanz.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS.

Tabla 1

Población investigada, estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz” 2009

Estudiantes por años y paralelos	f	%
Octavo año	105	16.30
Noveno año	97	15.06
Décimo año	103	16.00
Primer año de Bach.	133	20.65
Segundo año de Bach.	117	18.17
Tercer año de Bach.	89	13.82
Total	644	100%

Fuente: Insectoría del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”.
 Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

La población en estudio es de 644 estudiantes, integrada así: el 16.30% son del octavo año, el 15.06 % están en el noveno año y el 16.00% pertenecen al décimo año; en lo que se refiere al bachillerato: en el primer año está el 20,65%, en el segundo año el 18.17% y en el tercer año están el 13.82%.

Tabla 2

Edad de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz” 2009

Edades	F	%
11 a 13 años	202	31.37
14 a 16 años	305	47.36
17 a 19 años	137	21.27
Total	644	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”.
 Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

Del total de los investigados 31.37% tienen entre 11 a 13 años de edad, el 47.36% están entre los 14 y 16 años, y el 21.27% su edad es 17 y 19 años. Observando que el mayor porcentaje de la población esta en los estudiantes de 14 a 16 años.

Tabla 3

Sexo de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz” 2009

Sexo	F	%
Femenino	324	50.31
Masculino	320	49.69
Total	644	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”.

Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

En cuanto al sexo se observa que el 50.31% pertenecen al sexo femenino, en tanto que el 49.69% son del sexo masculino, en este caso no hay predominio de ninguno de los dos sexos.

Tabla 4

Residencia de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz” 2009

Sector	Estudiantes			
	Femenino	Masculino	Total	%
Urbano	201	224	425	65.99
Urbano marginal	45	55	100	15.53
Rural	65	54	119	18.48
Total	324	320	644	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”.

Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

Referente al lugar de residencia de los investigados el 65.99% viven en el sector urbano, el 15.53% residen en el sector urbano marginal, y el 18.48% habitan en el sector rural.

Tabla 5

Ocupación de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz” 2009

Ocupación	Sexo			
	Femenino	Masculino	Total	%
Solo estudian	299	301	600	93.17
Estudian y trabajan	25	19	44	6.83
Total	324	320	644	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”.

Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

Los estudiantes investigados manifiestan que solo estudian el 93.17% en tanto que el 6.83% estudian y trabajan.

Tabla 6

Estado civil de los padres de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz” 2009

Estado civil	Padres	
	F	%
Casados	367	56.99
Separados	106	16.46
Divorciados	99	15.37
Unión libre	72	11.18
Total	644	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”.

Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

En cuanto al estado civil de los padres se evidencia que el 56.99% de los padres están casados, el 16.46% se encuentran separados, el 15.37% están divorciados y el 11.18% mantienen unión libre.

Tabla 7

Familiares con los que viven los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz” 2009

Parentela	Grupo de adolescentes			
	Femenino	Masculino	Total	%
Ambos padres	247	224	471	73.14
Solo con su madre y hermanos	55	57	112	17.39
Solo con su padre	--	3	3	0.46
Con hermanos	12	9	21	3.26
Solo con abuelos	6	7	13	2.02
Padrastra y madrastra	4	20	24	3.73
Total	324	320	644	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”.
 Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

Los investigados manifiestan que el 73.14% viven con sus padres, el 17.39% viven solo con la madre y los hermanos, el 0.46% viven solo con el padre, hay un 3.26% viven solo con los hermanos, el 2.02% viven con abuelos, el 3.73% de los estudiantes viven con sus padrastras y madrastra.

Tabla 8

Tipo de relación familiar entre los padres y los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz” 2009

Tipo	Femenino	Masculino	Total	%
	F	f		
Muy buena	79	48	127	19.72
Buena	117	119	236	36.65
Regular	77	79	156	24.22
Mala	46	68	114	17.70
No contestan	5	6	11	1.71
Total	324	320	644	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”.
 Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

En la tabla se observa que el 19.72% de los investigados tienen una muy buena relación familiar, el 36.65% tiene una buena relación, en tanto que el 24.22% manifiestan tener una relación familiar regular, y el 17.70% tiene una mala relación familiar, y por ultimo el 1.71% no contestan a la pregunta.

Tabla 9

Riesgos familiares de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz” 2009

Riesgos familiares	Estudiantes					
	Si		No		Total	%
	F	%	f	%		
En la familia ha recibido maltrato en casa físico y verbal, Se vive violencia intrafamiliar	134	20.80	123	19.10	257	39.91
El maltrato lo recibió de padres, hermanos, tíos,	93	14.44	87	13.51	180	27.95
En casa consume alcohol, sus padres, hermanos	48	7.45	56	8.70	104	16.15
Ninguna	49	7.61	54	8.39	103	15.99
Total	324	50.30	320	49.70%	644	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”.
 Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

De los 644 investigados, 134 casos que corresponde al 20.80% manifiestan que en la familia ha recibido maltrato físico y verbal, existiendo violencia intrafamiliar, 93 casos que es el 14.44% indican que el maltrato lo recibió de padres, hermanos y tíos; 48 casos que corresponden al 7.45% indican que en casa consumen alcohol los padres y hermanos, reconociendo que 49 casos que corresponden 7.61% indican que ninguno. En tanto que el 49.70% que corresponde a 320 estudiantes no manifiestan riesgos familiares.

Tabla 10

Inicio de consumo de alcohol de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa "Calasanz" 2009

Edades Inicio	Consumo					
	Si		No		Total	%
	f	%	F	%		
11 a 13 años	2	0.31	200	31.05	202	31.37
14 a 16 años	74	11.49	231	35.87	305	47.36
17 a 19 años	64	9.94	73	11.33	137	21.27
Total	140	21.74	504	78.26	644	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa "Calasanz".
 Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

Los estudiantes investigados manifiestan que el 0.31% (2 casos) han iniciado el consumo de alcohol entre las edades de 11 a 13 años, el 11.49% iniciaron a los 14 y 16 años, y el 9.94% iniciaron a consumir alcohol a los 17 y 19 años. Cabe destacar que el 78.26% (504 casos) no consumen alcohol.

Tabla 11

Motivos para el Inicio de consumo de alcohol de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa "Calasanz"

Motivaciones	Estudiantes	
	F	%
Amigos	48	7.45
Fiestas familiares	42	6.52
Por calor o frío	2	0.31
Por despecho	19	2.95
Iras con los padres, con la novia	22	3.42
No contestan	7	1.09
Total	140	21.74

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa "Calasanz".
 Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

De la población investigada de 644 estudiantes, 504 casos que corresponde al 78.26% no consumen alcohol por ninguna motivación y solo 140 estudiantes que corresponde al 21.74% iniciaron el consumo de alcohol, y manifiestan que lo hicieron por presión de los amigos el 7.45%, otro porcentaje del 6.52% lo hicieron en fiestas familiares, el 0.31% iniciaron a consumir para saciar la sed o por frío, el 2.95% comenzaron a beber por despecho, el 3.42% en cambio lo iniciaron cuando tuvieron problemas con los padres y novia, además el 1.09% no manifiestan cuales fueron las motivaciones para el inicio del consumo de alcohol.

Tabla 12

Inicio de Relaciones Sexuales de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa "Calasanz" 2009

Edades Inicio	Relaciones sexuales					
	Si		No		Total	%
	f	%	f	%		
11 a 13 años	2	0.31	200	31.06	202	31.37
14 a 16 años	95	14.75	210	32.61	305	47.36
17 a 19 años	79	12.27	58	9.00	137	21.27
Total	176	27.33	468	72.67	644	100

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa "Calasanz".
 Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

Del cuadro se desprende que el 27.33% (176 casos), el 0.31% (2 casos) iniciaron su vida sexual a los 11 y 13 años, el 14,75% (95 casos) iniciaron entre los 14 y 16 años, el 12.27% (79casos) iniciaron entre los 17 y 19 años y el 72.67 % (468 casos) no inician aun su vida sexual.

Tabla 13

Motivos para el Inicio de Relaciones sexuales precoces de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”2009

Motivaciones al Inicio de Relaciones Sexuales	Estudiantes	
	F	%
Por amor	42	6.52
Para que no le deje	23	3.57
Estar a solas	41	6.37
Embriagados	27	4.19
Luego de una fiesta (discoteca)	24	3.73
No contestan	19	2.95
Total	176	27.33

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”.
 Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

De los (644 casos) investigados (176 casos) que corresponden al 27.33% manifiestan que los motivos para el inicio de las relaciones sexuales fueron: por amor el 6.52%, para que no le deje la pareja lo hizo el 3.57%, por encontrarse a solas lo hicieron el 6.37%, en tanto que el 4.19% lo hicieron embriagados, el 3.73% luego de salir de una fiesta y no contestan el 2.95%; y el 72.67% aun no inician sus relaciones sexuales.

Tabla 14

**Conductas de riesgo de los estudiantes del Colegio Matutino
Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz” 2009**

Conductas de riesgo	Sexo			
	Femenino	Masculino	Total	%
Con frecuencia amenaza e intimida a otros	-	7	7	1.09
Es muy agresivo/a, violento/a mas frecuente en la casa	8	11	19	2.95
Ha tenido o tiene tendencia a robar o coger cosas	3	5	8	1.24
Permanece fuera del hogar en la noche sin permiso, se huye del hogar	--	7	7	1.09
Se fuga del colegio	--	3	3	0.46
Es vicioso a los juegos electrónicos, celular, sexo virtual, mentir para conseguir dinero para sus juegos, No hacer deberes ni estudiar por los juegos	28	127	155	24.07
No acepta su imagen corporal	102	29	131	20.34
Ninguna.	183	131	314	48.76
Total	324	320	644	100

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”.

Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

Al observar el cuadro se evidencian algunas conductas de riesgo adoptadas por los investigados: el 1.09% utiliza la amenaza para intimidar a los otros, con el mismo porcentaje, permanece fuera del hogar en la noche sin permiso, se huye del hogar, el 2.95% es agresivo y violento siéndolo más en casa, el 1.24% tiene tendencia hacia el robo y el 0.46% se fuga del colegio. El 24.07% indican tener una conducta de riesgo como es la adicción a los juegos electrónicos, celular, sexo virtual, y recurre a la mentira para conseguir dinero para sus juegos, que lo ha llevado a no hacer deberes ni estudiar por los juegos; el 20.34% manifiestan no aceptar su imagen corporal, conducta que están adoptando los estudiantes, finalmente el 48.76% no tienen ninguna de esas conductas.

Cuadro 15

Funcionalidad Familiar de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa "Calasanz" 2009

Escala	Test de Funcionalidad Familiar FF-SIL	
	f	%
Familia Funcional	129	20.03
Familia Moderadamente Funcional	314	48.76
Familia Disfuncional	166	25.77
Familia Severamente Disfuncional	35	5.44
Total	644	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa "Calasanz".
 Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

De los resultados del Test de Funcionalidad familiar FF-SIL, se encuentra que el 20.03% de los estudiantes investigados tienen una familia funcional. el 48.76%, tienen una familia moderadamente funcional, en tanto que el 25.77% tienen una familia disfuncional y el 5.44% pertenecen a una familia severamente disfuncional causada porque casi nunca o pocas veces en la familia se demuestran afecto, casi nunca se comunican, escasa cohesión familiar, es decir están coexistiendo con ciertas dificultades que inciden en la capacidad de la familia para proteger a sus miembros de potenciales riesgos de tipo psico-social (como el consumo de alcohol, inicio de relaciones sexuales tempranas, adicción a las ludopatías, violencia intrafamiliar y el consumo de alcohol en la familia por los padres y hermanos, a conductas de depresión y rechazo a su imagen corporal).

Tabla 16

Inventario de Orientaciones Suicidas (IOS) aplicada los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz” 2009

Categorías	Inventario de Orientaciones Suicidas (IOS) Variables Psicológicas									
	Desesperanza		Baja Autoestima		Incapacidad para afrontar emociones		Soledad y Abatimiento		Ideación Suicida	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo riesgo	259	40.21	312	48.45	295	45.81	306	47.52	505	78.42
Moderado riesgo	217	33.69	225	34.94	192	29.80	209	32.45	96	14.91
Alto riesgo	168	26.08	107	16.61	157	24.39	129	20.03	43	6.67
TOTAL	644	100	644	100	644	100	644	100	644	100

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”.
 Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

En cuanto al riesgo de conductas suicidas, la **desesperanza** en 168 casos (el 26,08%) es de alto riesgo, y (el 26,08%) moderado riesgo. De un total de 644 estudiantes el 16.61% están en alto riesgo por **baja autoestima**, y el 34,94% existe un moderado riesgo; el 24,39% están en alto riesgo por la **incapacidad para afrontar emociones**, y el 29,80% tienen un moderado riesgo por esta incapacidad; mientras que en el caso de **soledad y abatimiento** de 644 estudiantes el 20,03% existe un alto riesgo, en tanto que el 32,45% tienen moderado riesgo por sentir soledad y abatimiento. Por otro lado, el 6,67% manifiestan tener **ideación suicida** (43 casos), el 14,91% manifiestan ideación suicida en moderado riesgo.

Tabla 17

**Escala de Depresión (MM. Casullo) aplicado a los estudiantes del
Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad
Educativa “Calasanz” 2009**

Factores de riesgo	Sexo			
	Femenino	Masculino	Total	%
1: Depresión afectiva: sentirse deprimido, triste, temeroso, solo con ganas de llorar.	173	133	306	47.52
2: Síntomas somáticos: dificultad para dormir, pérdida del apetito, hipoactividad.	96	101	197	30.59
3: Afectos positivos: ver el futuro con esperanza, sentirse feliz, disfrutar de la vida.	55	86	141	21.89
Total	324	320	644	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”.
Responsable: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

De los 644 investigados el 47.52% han sufrido de depresión afectiva (sentirse deprimido, triste, temeroso, solo con ganas de llorar), el 30.59% presentan síntomas somáticos (dificultad para dormir, pérdida del apetito, hipoactividad), otro porcentaje es decir el 21.89% presentan afectos positivos (ver el futuro con esperanza, sentirse feliz, disfrutar de la vida).

Tabla 18

Factores Familiares y conductas de riesgo asociados de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz” 2009

Conductas de riesgo	FACTORES FAMILIARES						Total	%
	Mala Relación Familiar	Violencia intrafamiliar	Consumo de alcohol los padres hermanos	Familias Disfuncionales	Familias Severamente Disfuncionales			
	f	f	F	f	f			
Inicio temprano de R. Sexuales por amor, para que no lo deje, por estar a solas, etc.	2	2	12	27	43	86	13.35	
Inicio de consumo de alcohol, presión de amigos, fiestas familiares, problemas.	14	11	35	43	37	140	21.74	
Es muy agresivo, violento mas frecuente en la casa	1	2	2	3	11	19	2.95	
Ha tenido o tiene tendencia a robar o coger cosas	--	--	1	2	5	8	1.24	
Permanece fuera del hogar en la noche sin permiso, se huye del hogar	--	--	--	3	4	7	1.09	
Se fuga del colegio	--	--	--	1	2	3	0.46	
Es adicto a los juegos electrónicos, celular, sexo virtual, mentir para conseguir dinero para sus juegos, No hacer deberes ni estudiar por los juegos	10	19	27	38	61	155	24.07	
Alto riesgo de conducta suicida: desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, soledad.	3	8	9	10	13	43	6.67	
Factores de riesgo depresivo: Depresión afectiva (deprimido, triste, temeroso, solo con ganas de llorar)	35	31	54	83	103	306	47.51	
Factores de riesgo depresivos síntomas somáticos (dificultad para dormir, pérdida del apetito, hipo activad)	6	14	36	69	72	197	30.59	
Insatisfacción por su imagen corporal	9	11	20	45	46	131	20.34	

Fuente:
Matutino
Responsable:

Resultados de los instrumentos aplicados a los estudiantes del Colegio Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz”.
Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

Refiriéndose a los factores familiares y conductas de riesgo se observa que si se asocian estos dos aspectos. Entre los factores familiares como: mala relación familiar, violencia intrafamiliar, consumo de alcohol de padres y hermanos, familias disfuncionales y familias severamente disfuncionales, se encuentran con mayor frecuencia conductas de riesgo como: Inicio temprano de relaciones sexuales con el 13.35% de (86 casos), inicio de consumo de alcohol el 21.74% (140 estudiantes), agresivo, violento el 2.95% (19 casos). Tendencia a robar o coger cosas el 1.09 que corresponden a 7 casos, se fuga del colegio 0.46 (3 casos), es adicto a juegos electrónicos, celular, sexo virtual con 24.07 (155 casos), alto riesgo de conducta suicida 6.67% (43 casos), factores de riesgos depresivos 47.51 que le corresponden a 306 casos; con síntomas somáticos 30.59% (197 casos); insatisfacción por su imagen corporal 20.34% con un total de 131 casos.

6. DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

La población investigada fue de 644 estudiantes, siendo 324 estudiantes (50.31%) son del sexo femenino y 320 estudiantes (49.69%) son del sexo masculino; de ellos el 31.36% tienen entre 11 a 13 años de edad, el 47.36% de 14 y 16 años, el 21.27% están entre 17 y 19 años.

El 65.99%, de los investigados viven dentro del sector urbano, en tanto que el 15.53% residen en el sector urbano marginal, y el 18.48% habitan en el sector rural; concordando con el presente estudio, según datos de la OPS “se estima que para el año 2005, el 80% de la población joven (10 a 24 años) vivirá en áreas urbanas¹⁸.

Es importante sobre su ocupación en el tiempo libre de los estudiantes investigados es así que el 93.17% estudian y el 6.83% estudian y trabajan. Haciendo relación con este resultado en el Salvador, “los jóvenes de 10 a 17 años representan 16% de la fuerza laboral del país; de esos, 71% son varones y 78% está en el área rural¹⁹.

En el estudio se encuentra que los/as adolescentes el 73.14% viven con sus padres; el 17.39% viven solo con su madre y hermanos, aquí la madre hace cabeza de hogar, contrastando este dato con lo que está sucediendo a nivel latinoamericano, la Comisión Económica para

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud. La salud del adolescente y joven. En: La Salud en las Américas. Publicación científica. OPS/OMS, Washington. D.C. 2000; 1: 76-81.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. Informe anual del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes de Centroamérica. Washington, D.C.:OPS/ASDI, 2000.

América Latina (CEPAL) ha estimado que, desde 1999, aproximadamente uno de cada cinco hogares, en América Latina está encabezado por una mujer, se ha demostrado que la incidencia de pobreza es mayor en los hogares encabezados por mujeres. En Costa Rica el porcentaje encabezados por una mujer (2000) es de 21%, en el Salvador de 35% en Trinidad y Tobago, 25% (32% en centros urbanos).²⁰ Los efectos de la ausencia del padre parece ser especialmente negativo en las hijas mujeres. Hetherington²¹ encontró que las hijas de divorciados mostraban mayor tendencia a aproximarse a sujetos de sexo masculino de un modo dependiente y llamativo, que tenían más rápidamente relaciones sexuales con ellos, y que se demostraban mucho más abiertas que el resto de sus amigas a formar amistades masculinas. Mientras más temprana había sido la separación del padre, mas claras eran estas diferencias, lo que puede atribuirse a la falta de una figura masculina en el hogar.

Otro aspecto importante para el presente estudio es la relación que se mantiene en la familia entre padres e hijos, se encontró que 19.72% mantienen buena relación familiar frente al 17.70% que tienen una mala relación familiar, constituyéndose: además reciben maltratos físicos y verbales en un 39.91% de parte de los padres y hermanos en un 27.25% respectivamente. “El clima emocional en el cual convive el menor es

²⁰ Núñez JG, Martínez MA, Maynard Tucker G, Murria N. Proyecto de Servicios integrales para adolescentes en condiciones de Pobreza. Informe Final. Futures Group Internacional, Banco Interamericano de Desarrollo/OPS/Panamor de Costa Rica, Mayo 2000.

²¹ Heatherington, E.M. Effects of Father's Absence on Personality Development of Adolescent Daughters.

importante. Un hogar roto, con discusiones y peleas frecuentes entre los padres, el maltrato físico al niño o el psicológico en forma de rechazo manifiesto, humillaciones y vejaciones, o un hogar sin normas de conductas coherentes con el papel de cada miembro de la familia, pueden ser un caldo de cultivo para la realización de un acto suicida. “Posiblemente la familia sea, estadísticamente, uno de los lugares más peligrosos de la sociedad. De forma que es más probable que una persona atacada físicamente, golpeada, abofeteada o azotada en su propio hogar por otro miembro de la familia que en cualquier otro lugar o por cualquier otra persona en nuestra sociedad. De hecho, la elevada incidencia de la violencia en el seno familiar, Richard Gelles y Murray Straus a considerar la familia como la institución más violenta de nuestra sociedad; el hogar es el escenario más violento y el matrimonio, en muchos casos, un espacio con licencia para pegar”²², en el Informe ENDEMAIN 2004 pág. 16 consta que el porcentaje del maltrato físico antes de cumplir los 15 años es de 27.7 a nivel del país mientras que en Loja es del 23.7%, el maltrato psicológico en esta misma edad es a nivel nacional es de 24.9% y en Loja 25.5% como se observa en este estudio los porcentaje son casi similares a las estadísticas nacionales y locales.

De acuerdo a la encuesta aplicada a los investigados se encuentra que el 16.46% de los padres están separados y el 15.37% divorciados, posibles causas para conductas de riesgo. Algunos estudios han

²² García Fuster, Enrique. Las Víctimas invisibles de la violencia familia, Editorial Paidós, España, 2002, pág. 25-26

mostrado altas tasas de divorcio o separación parental entre adolescentes que han intentado suicidarse, comparados con grupos control de la comunidad no suicida²³. El divorcio puede tener efecto en aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión, que constituye un factor de riesgo para el suicidio. Alternativamente, la asociación puede emerger desde factores sociales y ambientales que incrementan tanto el riesgo de divorcio como el riesgo de la conducta suicida, como por ejemplo psicopatología parental. En relación a este tema, Gould (1998)²⁴ realizó autopsia psicológica en 120 jóvenes suicidas menores de 20 años y los comparó con 127 jóvenes de la comunidad pareados en edad, sexo y grupo étnico que vivían en el área de Nueva York; los resultados muestran que 58 víctimas de suicidio y 49 controles de la comunidad venían de familias en las que existía una permanente separación o divorcio de los padres biológicos. Se estudió la edad del joven al momento de la separación, la existencia de un nuevo matrimonio después de la separación, frecuencia de contacto con el padre que no vivía con él, relación madre-hijo (o padre-hijo), y psicopatología parental, encontrando que el divorcio o la separación tenían un impacto relativamente pequeño en el suicidio, el que fue aún menor después de tomar en cuenta la psicopatología parental. Por otra parte la falta de comunicación con la madre y el divorcio, independientemente,

²³ Serfaty E: Suicidio en la adolescencia. *Adolescencia Latinoamericana* 1998; 1: 105-25.

²⁴ *Ibidem* pág.30

contribuyeron a incrementar el riesgo de suicidio, y la escasa comunicación con el padre tuvo un efecto interactivo con divorcio en el riesgo suicida. Si el padre no reside en la casa como resultado del divorcio, entonces la escasa comunicación puede ser algo normativo y no particularmente disruptivo; por otra parte, cuando el padre que vive con el joven "falla en comunicarse", puede reflejar una relación más disfuncional. El que el padre con el cual reside se vuelva a casar no modificó el impacto del divorcio o separación en el suicidio. Ellos concluyeron que el incremento del suicidio en adolescentes en las pasadas tres décadas parece no ser atribuible al incremento de las tasas de divorcio. Entonces con estos datos permite una reflexión que estará pasando en los sentimientos del grupo de estudiantes investigados si en ella se encuentra que el 6.67% (43 casos) están en alto riesgo de conductas suicidas y el 14.91% se encuentran en moderado riesgo por la desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar las emociones, la soledad y el abatimiento e ideación suicida; al respecto la literatura se encuentra que " la ideación suicida ha sido definida como pensamientos de autodestrucción. Se considera que la ideación suicida antecede tanto al intento suicida como al suicidio mismo (Osornio, 1999), por consiguiente el estudio de la ideación suicida se a convertido en la actualidad es una forma tanto de diagnóstico como de prevención del suicidio. Definida la ideación suicida como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfringida, sobre las formas

deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir”.

Sin embargo no solo la separación o el divorcio pueden ser las únicas causas, porque hay que reconocer también que los resultados de la investigación se evidencia la presencia de factores depresivos, es así que el 47,52% (306 casos) manifiestan una depresión afectiva (sentirse triste, deprimido, temeroso, solo con ganas de llorar) y el 30,59% (197 casos) ya tienen síntomas (dificultades para dormir, perdida del apetito, poca voluntad o perdida de interés para hacer las cosas), confrontando estos resultados con lo que dice “La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su clasificación de enfermedades mentales DSM-IV-R considera que para realizar el diagnóstico de un Trastorno Depresivo Mayor se requieren cinco o más de los siguientes síntomas, los que deben estar presentes por al menos dos semanas de duración y que ello representa un cambio en el funcionamiento habitual del sujeto, animo deprimido la mayor parte del día durante todos los días, marcada reducción del placer o el interés en todas o la mayoría de las actividades diarias, disminución de peso sin someterse a dieta o ganancia de peso (del orden de un 5%), insomnio o hipersomnia diarias, agitación psíquica y motora o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía diariamente, sentimientos de culpa inapropiados, que pueden conducir a delirios de culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e indecisión la mayor parte del día, pensamientos recurrentes de muerte o

de suicidio. Estos síntomas no deben ser ocasionados por una enfermedad física o por abuso de sustancias.

Además según estudios se conoce que en los registros de las personas con intento suicida.... “el 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes y solamente una cuarta parte concurren a la consulta médica, porque creen no necesitar ayuda. (Serfaty, 1998)²⁵. En cuanto a los métodos para consumar el suicidio, dependerán de las realidades locales. En general se han mantenido estables en el tiempo: el ahorcamiento es el más utilizado en Chile sobre el 70% de los casos, armas de fuego, en aproximadamente el 10%, ingestión de sustancias, entre un 8% y 9%²⁶. En Ecuador, la mayoría de muertes en la juventud se registra en los varones, sobre todo las relacionadas a las agresiones, accidentes de tránsito y otras causas externas. La incidencia del suicidio también es mayor en los varones. Dentro de las seis principales causas de muertes en jóvenes están las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) en mujeres de 15 a 24 años, con 106 casos (7.2%), según las estadísticas vitales del 2002, de un total de 4.959 jóvenes fallecidos de 15 a 24 años, 181 casos, el 5,2% de suicidios²⁷.

Es importante adentrarse en las familias para poder ampliar conocimientos, y formas de ver el mundo de nuestros jóvenes, que nos

²⁵ . Serfaty E: Suicidio en la adolescencia. *Adolescencia Latinoamericana* 1998; 1: 105-10.

²⁶ Borowski IW, Ireland M, Resnick M. *Pediatrics*. 2001; 107(3):485-493.

²⁷ Ministerio de Bienestar Social, *La situación de la juventud. 2006, análisis, indicadores y propuestas. Tomo II*, pág. 155-156

permita brindarles las oportunidades de nuevas formas de vinculación y relación. La familia seguirá siendo el primer vehículo de socialización por excelencia, de ahí la importancia de fortalecer esta estructura y evitar el deterioro afectivo que se vive hoy en día en nuestro medio. Este deterioro provoca que los adolescentes busquen aún más fuera de su contexto familiar, apoyo y contención. Se huye de la violencia intrafamiliar, la falta de confianza, la pobreza en la comunicación.

Con respecto a la funcionalidad familiar, existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar la conducta de riesgo²⁸. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

De acuerdo a los resultados la funcionalidad familiar los investigadas, manifiestan en un 20.03% vienen de una familia funcional, el mayor porcentaje esta centrado en las familias moderadamente funcional con un 48,76%; en tanto que el 25,77% pertenecen a familias disfuncionales y el 5,44% tienen familias severamente disfuncionales. En las familias disfuncionales y severamente disfuncionales nunca o pocas veces existe Cohesión familiar, armonía, comunicación y expresión de los afectos, es decir los miembros de la familia no se apoyan ni se ayudan

²⁸ Bettes B, Walker E: Síntomas asociados a las conductas suicidas en niños y adolescentes. 2004; 14: 591-604.

entre sí, Según Sprenkle, sostiene que, la cohesión es la unión emocional, intelectual y física de los miembros de la familia. Se manifiesta como alta cohesión (amalgamiento) o baja cohesión (desligamiento) ambos extremos son patológicos²⁹, no se permite a los miembros de la familia expresar libremente sus sentimientos, espacio donde los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa, siendo “la comunicación la que permite la organización, la regulación y la eficacia para el cumplimiento de las funciones tanto materiales como las espirituales, así como la función que cumple la familia como un todo en la sociedad”³⁰ sin embargo en este grupo familiar no se vive esta experiencia. Por lo tanto la demostración o escasa demostración de los afectos, comunicación, armonía y cohesión familiar, se convertirán en debilidad en el clima familiar para que el estudiante se proteja o sea vulnerable a los factores de riesgo.

Además en la investigación se encuentra que ya han iniciado su vida sexual temprana (13.35%, 86 casos) y el consuno de alcohol (21.74%, 140 casos), y en un 16,15% el abuso de alcohol por parte de uno de los padres o hermanos. Los factores de riesgo familiares investigados: el abuso del alcohol por parte de miembros de la familia, las escasas relaciones interpersonales así como los conflictos familiares (violencia

²⁹ Álvarez Síntes. Medicina General Integral. La Habana 2001. Cap. 5 Pág.224

³⁰ Ibidem. Cáp. 5 p 211.

intrafamiliar, humillaciones, padres autoritario y exigencias desmedidas, la separación o divorcio), pueden dar lugar a una situación insostenible para ellos/as y hacer que la adopción de conductas de riesgo se conviertan en una fórmula de escape.

Otro aspecto que se debe resaltar es el alto porcentaje de estudiantes (24,07%, 155 casos) manifiestan adicciones al los juegos electrónicos, al celular, al sexo virtual, llegando a mentir para conseguir dinero, descuida las tareas escolares, conducta aprendida en primera instancia en el hogar, con el abuso de horas para ver la televisión, de ahí se desencadena otros juegos que los mismos padres permiten al dar tempranamente celulares sin considerar cual es la función principal sino que se ha degenerado la utilización como los juegos y el mensajero, gastando inmensas cantidades de dinero para las recargas y un tiempo no productivo invertido en un juego.” La adicción a la Internet puede ser tan severa y dañina como cualquier otra dependencia crónica. Las computadoras y la Internet son herramientas básicas de trabajo desde hace mucho tiempo; no la padecen las personas que pasan un tiempo de más conectados, a este trastorno lo distingue lo mismo que cualquier otra adicción, un patrón de conducta dependiente hacia un hábito y hay ansiedad y malestar cuando éste se interrumpe³¹. ¿Qué estamos haciendo los padres, docentes, psicólogos y otras instituciones por este fenómeno social, quien cuida de la niñez y jovencitos reclusos en

³¹ Diario la Hora, Suplemento Gente, domingo 27 de septiembre de 2009, pág. 4 . Actualidad.

centros públicos (cybers) sentados frente a un cerebro electrónico, en Chat, en la pornografía virtual, estos centros no cumplen con la finalidad prevista para servir al público, cada vez engrosan las filas de muchachos adictos a estos medios que en vez de educar esta deformando la conciencia y el espíritu de los jóvenes. Otro aspecto importante rescatado de la investigación es la conducta de riesgo adoptada por los estudiantes como es la no aceptación de la imagen corporal, muchos de ellos pasan” apretándose los granitos de la nariz, probándose la ropa, ensayan cosas nuevas, pendientes del reflejo del espejo. Así se pasan todos los días como si su aspecto fuera lo más importante. Los chicos/as están muy preocupados por su imagen que en este momento es su identidad. Su aspecto exterior es de vida o muerte, fuente de angustia o precario equilibrio, Si se sienten atractivos/as están felices y cariñosos pero si se sienten feos se hunden en una profunda tristeza. Los chicos/as presionan lo suficiente a si mismos, pero ¿y la presión que ejerce la sociedad para que sean perfectos? Antes solamente las chicas sentían esa presión de la imagen perfecta, pero hoy en día, el aspecto del hombre ejerce una presión en los chicos. A veces ese “cuerpo anunciado” es inalcanzable³².

Frente a los resultados de la presente investigación amerita realizar un análisis de los factores familiares asociados a la conducta de riesgo se observa que en si existe cierta asociación entre estas dos variables, se

³² Diario la Hora, Suplemento Gente, domingo 27 de septiembre de 2009, pág. 10 Miscelánea.

observa que en las familias funcionalmente moderadas, en las disfuncionales y severamente disfuncionales los investigados manifiestan con mayores porcentajes las conductas de riesgo como: 166 casos que le corresponde a un 25.77% son estudiantes que pertenecen a familias disfuncionales y severamente disfuncionales tienen mala relación familiar; de 257 casos (39.91%) se observa que son víctimas de maltrato físico, psicológico, violencia intrafamiliar; el 15.06% (97 casos) de todos los tipos de familias han iniciado su vida sexual tempranamente, así mismo el 11.80% (76 casos) también han iniciado el consumo de alcohol tempranamente por presión del grupo par como por compartir las fiestas familiares y sociales, sin dejar de desconocer que el 16.14% de los padres y hermanos consumen alcohol; el 1.08% con mayor frecuencia provienen de familias disfuncionales (7 casos) se evidencia que tienen tendencias amenazar e intimidar a los demás, así mismo 3 casos se fugan del colegio; cabe destacar que el 2.95% (19 casos) los estudiantes manifiestan agresividad y violencia con mayor intensidad en los hogares; otra conducta de riesgo en donde el 1.24% (8 casos) tienen tendencia a la manía de coger las cosas y de permanecer fuera de la casa en la noche sin permiso en un 1.08% estos casos pertenecen a familias disfuncionales; otro aspecto importante de resaltar es que el 6.68% (43 casos) de todos los tipos de familia manifiestan alto riesgo de conducta suicida con sentimientos de desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, soledad y abatimiento e ideación suicida. El 24.07% (155 casos) de la

población investigada de familias funcionales, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional se evidencia adicción a los juegos electrónicos, celular, sexo virtual, llegando a mentir para conseguir dinero para sus juegos, eso les lleva a no hacer deberes ni estudiar. El 20.34 % (131 casos) y estudiantes de los cuatro tipos de familias manifiestan insatisfacción de su imagen corporal, esta conducta unida al 47.51% (306 casos) así mismo pertenecientes a todas las familias tipificadas, los investigados manifiestan depresión afectiva: sentirse deprimido, triste, temeroso, solo con ganas de llorar, y síntomas somáticos: dificultad para dormir, pérdida del apetito, hipoactividad.

La familia y las conductas de riesgo tienen íntima relación por lo que se hace imperioso considerarlas como problemáticas juveniles dentro de las familias sean estas funcionales o no los jóvenes están expuestos a las conductas de riesgo.

7. CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

☞ De acuerdo al Primer objetivo: Identificar la funcionalidad familiar de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García, de la Unidad Educativa Calasanz, se concluye que:

La mayoría de los estudiantes pertenecen a una familia moderadamente funcional, la menor parte tiene una Familia Disfuncional y una mínima parte posee una familia severamente disfuncional. Lo cual nos hace evidenciar que los talleres pedagógicos familiares si han tenido aceptación en la comunidad educativa

☞ Refiriéndose al segundo objetivo que pretende determinar las principales conductas de riesgo a través de una encuesta. Se concluye:

Que entre las principales conductas de riesgo se encuentra que los estudiantes inician tempranamente las relaciones sexuales y el consumo precoz de alcohol lo cual los lleva a mostrar conductas tales como: la agresividad, violencia, adicción a los juegos electrónicos, celular, sexo virtual, teniendo una mayor significación el rechazo o la no aceptación de la imagen corporal.

☞ En relación al tercer objetivo: Identificar las conductas depresivas: Se evidencia la presencia de conductas de riesgo como la depresión afectiva (sentirse deprimido, triste, temeroso, solo con ganas de llorar), y la presencia de síntomas somáticos (dificultad para dormir, pérdida del apetito, hipoactividad).

☞ Respecto al cuarto objetivo: Conocer la conducta de riesgo suicida; se descubrió tendencias de alto riesgo de conducta suicida en donde 43 estudiantes tienen tendencias a ese comportamiento, el mismo que por fue medido a través del inventario de Orientaciones Suicidas, lo que nos llevo a determinar que la presencia de la desesperanza, baja autoestima, incapacidad para afrontar emociones, soledad, abatimiento e ideación suicida pueden llevar a cometer errores a los jóvenes.

☞ Finalmente el quinto objetivo que se refiere a establecer la asociación entre los factores familiares con las conductas de riesgo adoptadas por los estudiantes se concluye que:

Los factores familiares como: mala relación familiar, violencia intrafamiliar, consumo de alcohol de padres, hermanos, familias disfuncionales y severamente disfuncionales, son aquellos que con mayor frecuencia originan conductas de riesgo como: Inicio temprano de relaciones sexuales ,consumo de alcohol , agresividad, violencia, tendencia a robar o coger cosas , fugarse del

colegio, adicciones a juegos electrónicos, celular, sexo virtual , alto riesgo de conducta suicida, depresión, síntomas somáticos; insatisfacción por su imagen corporal.

8. RECOMENDACIONES

8. RECOMENDACIONES:

De las conclusiones se presenta las siguientes alternativas.

- Que futuros profesionales continúen realizando investigaciones sobre esta problemática, permitiendo detectar tempranamente los factores familiares de riesgo que conllevan a conductas de riesgo más específicas como las ludopatías y sus consecuencias en el normal desarrollo de los estudiantes.
- Socializar los resultados de la investigación con autoridades, docentes, padres de familia y estudiantes y luego a través del Departamento de Bienestar Estudiantil y Comité de Padres de Familia, planificar las acciones de prevención.
- Promover acciones a través de la ejecución de la “Propuesta de Intervención educativa para promover el bienestar familiar” con la finalidad de prevenir conductas de riesgo.

9. LINEAMIENTOS PROPOSITIVOS

**LINEAMIENTOS PROPOSITIVOS
“POR UNA FAMILIA UNIDA”**

**PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A LA COMUNIDAD EDUCATIVA
DEL COLEGIO MATUTINO SANTIAGO FERNÁNDEZ GARCÍA DE LA
UNIDAD EDUCATIVA “CALASANZ”**

1. PRESENTACIÓN:

El sistema familiar ejerce un papel protagónico y estructurante en el desarrollo psicológico normal o perturbado de cada uno de sus miembros, papel en cuya realización interviene la calidad del vínculo afectivo, características de los patrones interaccionales recurrentes, y el cumplimiento de las funciones de los miembros en los subsistemas que lo conforman.

El sistema escolar proporciona normalmente al estudiante un espacio para que establezca relaciones próximas con compañeros y profesores. El medio escolar puede representar para el estudiante la primera oportunidad de hablar de esta experiencia.

Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de conducta de riesgo. La ausencia de unión familiar, falta de comunicación con los padres y violencia familiar hacen que persistan limitaciones para el aprendizaje además pueden crear un ambiente donde al estudiante le falta el soporte necesario para

contrarrestar los efectos de la presión social, de amigos, medios de comunicación que conllevan a conductas de riesgo como las ludopatías.

Algunos estudios han mostrado altas tasas de divorcio o separación parental entre adolescentes que han intentado suicidarse. El divorcio puede tener efecto en aumentar el riesgo al incrementar la vulnerabilidad temprana. Por otra parte la falta de comunicación con la madre y el divorcio, independientemente, contribuyeron a incrementar el riesgo de conductas no deseables. Los resultados de la presente investigación, claramente señalan la necesidad de evaluar el funcionamiento familiar al tratar a un niño y joven con conducta de riesgo, ya que disturbios en el ambiente familiar pueden ser importantes factores en los que se debe localizar el tratamiento.

De lo expuesto se puede concluir que aunque los factores familiares por sí mismos son un factor de riesgo, las dificultades en las relaciones familiares le otorga una contribución significativa a este riesgo.

Estos resultados orientan medidas preventivas, por lo que se presenta estos lineamientos propositivos, al ejecutar esta propuesta se aspira facilitar que los estudiantes, padres de familia y el equipo de profesionales del DOBE, cuenten con herramientas que permita mejorar la funcionalidad familiar para prevenir conductas de riesgo.

La familia seguirá siendo el primer vehículo de socialización principal, de ahí la importancia de fortalecer esta estructura y evitar el deterioro

afectivo que se vive hoy en día en nuestro medio. Este deterioro provoca que los estudiantes busquen aún más fuera de su contexto familiar, apoyo y contención. Se huye de la violencia intrafamiliar, la falta de confianza, la pobreza en la comunicación, pero se cae en otras formas no saludables de escapes.

2. OBJETIVOS.

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Proponer un programa de “Bienestar Familiar y Escolar” para ser incluido en el evento Escuela para padres que tiene el Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa “Calasanz” para con ello fortalecer la comunidad educativa con acciones participativo de prevención de conductas de riesgo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Desarrollar un programa de orientación familiar para el mejoramiento de conocimientos, valores y prácticas afectivas para las familias, que permita generar actitudes de cambio y establecer estrategias para el desarrollo humano.
2. Lograr con padres de familia y estudiantes el cultivo diario de la comunicación afectiva.

3. Planificar los talleres con la finalidad de sensibilizar a los participantes sobre las ludopatía y sentimientos de depresión y baja autoestima.

3. JUSTIFICACIÓN

Las conductas de riesgo en los estudiantes va aceleradamente creciendo al igual que la tecnología y el impacto de los medios de comunicación en los hogares, en donde ya no se relacionan los padres con los hijos, ni los maestros con sus estudiantes evidenciándose en la falta de comunicación, la violencia, el consumo de alcohol en los hogares, conduciendo a los hijos buscar alternativas para esos vacíos afectivos, lo cual se demuestra con la considerable frecuencia de mortalidad juvenil por lesiones auto infligidas o suicidio o el numero de jóvenes infractores por sus conductas delictivas en el peor de los casos, y, en el mejor de los casos, conductas de riesgo con incidencia en bajo rendimiento académico, conductas irresponsables, ausencias escolares, deserciones escolares, enfermedades típicas (dolor de cabeza, de estomago, desmayos), fugas, escolares, adicción a los juegos, con tendencias depresivas y la insatisfacción de su propia imagen corporal. Por estas consideraciones se justifica la propuesta presentada por la proponente; además se conoce que en el programa Escuela para padres, no se han incluido actividades que aborden problemáticas propias del estudiante como de convivencia familiar y su relación con las

conductas de riesgo, por lo que con la presente propuesta se pretende en primer lugar dar a conocer los factores familiares asociados a la conducta de riesgo que ayuden a disminuir los riesgos, así contribuir a establecer un bienestar familiar.

2. CONTENIDOS

Temáticas:

- Fortalecimiento de la vida familiar: La tarea de ser padres y madres, Educar a los y las hijos/as
- El maltrato, violencia y tolerancia a los cambios emocionales de los hijos.
- Convivencia familiar y manejo de conflictos de las parejas
- Comunicación familiar
- Los valores y los afectos
- Las conductas de riesgo

ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

1. Lluvia de ideas
2. Construcción de conocimientos
3. Trabajo grupal con consignas
4. Sociodramas.

5. Video-foro
6. Cierre y evaluación

EVALUACIÓN DE LOS TALLERES

Al final de cada taller se aplicará una encuesta, para conocer las fortalezas o limitaciones, mismas que permitirán rectificar o ratificar la planificación propuesta.

Este programa con el desarrollo de los talleres se propone además analizar y adquirir una mirada crítica sobre los modelos familiares y mensajes que reciben los hijos. Se intenta que de manera activa, sean conscientes de la misión de ser padres.

6. MATRIZ DE ACTIVIDADES

PRIMER TALLER**TEMA: CONSTRUCCIÓN DE LA VIDA FAMILIAR**

CONTENIDOS: La tarea de ser padres y madres, altamente efectivos.
Educar a los/as hijos/as

PERIODO: 90 minutos

OBJETIVO: Analizar los modelos de manejo familiar, basados en el dominio y la coerción que predominan socialmente y que sirven como semillero de malas relaciones familiares

ACTIVIDADES		MATERIALES
DE LAS FACILITADORAS	PARTICIPANTES	
<ul style="list-style-type: none"> - Socializar los objetivos y las actividades. - Dividir el grupo grande en pequeños grupos de 3 personas para trabajar las temáticas - Dos grupos de tres personas leerán: documento previsto. - Otro grupo leerá y analizarla lectura: El síndrome de la cantaleta. - Sociodrama: Como las familias educan a sus hijos. Cuatro grupos de tres personas entre estudiantes y padres dramatizarán - Desarrollo de plenaria: participación de cada grupo. - Reforzar los comentarios realizados por los estudiantes y padres de familia. - Cierre de las actividades y evaluar las actividades cumplidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lic. Alba Chicaiza - Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil - Padres de familia. Estudiantes 	Papelotes, marcadores gruesos, tarjetas, Equipo de sonido para CDs, Cinta adhesiva Hojas impresas con las lecturas para cada grupo Hojas impresas con las preguntas de análisis

SEGUNDO TALLER

TEMA: CONVIVENCIA FAMILIAR Y MANEJO DE CONFLICTOS**CONTENIDOS:**

- ☞ Estrategias de solución del conflicto,
- ☞ Convivencia familiar y tolerancia, las familias que aprenden,
- ☞ Del maltrato al buen trato, los caminos del cambio.
- ☞ El arte de relacionarse con los otros

PERIODO: 120 minutos

OBJETIVO: Desarrollar habilidades del buen trato necesarias para la formación efectiva de hijos o estudiantes.

Comprender que el buen trato si es posible como un estilo de vida y que el maltrato merece ser desechado de los espacios de la vida familiar y el ambiente escolar.

ACTIVIDADES		MATERIALES
METODOLOGIA	PARTICIPANTES	
<ul style="list-style-type: none"> - Presentación y bienvenida a los participantes. - Técnica de trabajo: Participar y hacer preguntas con libertad. - Presentación de testimonios sobre “Experiencias de Conflictos vividos en familia”. Como lo afrontaron. - Análisis del tema por grupos. Sacar conclusiones y recomendaciones. - Analizar la guía de auto evaluación, analizar las actitudes familiares “cierra ostras” (trabajo grupal) - Realizar ejercicio que ejemplifique la lectura 	<ul style="list-style-type: none"> - Lic. Alba Chicaiza - Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil - Padres de familia. - Estudiantes 	<ul style="list-style-type: none"> Papelotes, marcadores gruesos, Radio toca CDs, Cinta adhesiva Hojas impresas con las lecturas para cada grupo.

TERCER TALLER**TEMA: DEL MALTRATO HACIA UN BUEN TRATO****CONTENIDOS:**

- ☞ Una práctica institucionalizada familiar y socialmente, expresiones maltratantes.
- ☞ El castigo físico en la crianza de los hijos. Uso del castigo físico. Por qué nos violentamos con los hijos.
- ☞ La autoridad al servicio de la educación en el hogar y la escuela. Análisis de las relaciones de poder

PERIODO: 90 minutos

OBJETIVO: Identificar y reestructurar valores y actitudes, creencias y esquemas que favorecen la practica del maltrato en la educación de la niñez y adolescentes, tanto en la familia como en el medio escolar.

		MATERIALES
ACTIVIDADES –METODOLÓGIA	PARTICIPANTES	
<ul style="list-style-type: none"> - Presentar el tema y sus objetivos. - Trabajo grupal, grupos de tres. - Entregar a cada participante las lecturas sobre la temática. - Un grupo leer, analizará y socializará la lectura “Carta de una padre a su hijo” y “ Lecciones del guerrero de la luz” - Un grupo de padres analizará los “Efectos del castigo físico en padres y madres. - Un grupo de estudiantes analizará los “Efectos del castigo físico en los hijos” - Realizar un collage sobre el uso del castigo físico - Cuatro grupos de seis personas dramatizar los estilos del autoritarismo y las estrategias para ejercer el poder. - Cada grupo de acuerdo a las temáticas tratadas presentar las conclusiones y emitir un mensaje para el cambio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lic. Alba Chicaiza - Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil - Padres de familia. - Estudiantes 	Papelotes, marcadores gruesos, Radio toca CDs, Cinta adhesiva Hojas impresas con las lecturas para cada grupo. Hojas impresas con las preguntas de análisis. Correas de papel. Revistas, tijeras y goma

CUARTO TALLER**TEMA: LA COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA****CONTENIDOS:** Comunicación: una introducción del escuchar activo, principios y técnicas,
Técnicas de Comunicación.**PERIODO:** 120 minutos**OBJETIVO:** Analizar la comunicación común en el momento de crisis en las relaciones familiares, destacando las ventajas y desventajas de tal comunicación.
Emplear el concepto de “escuchar activo” como una alternativa a la comunicación defensiva.
Experimentar el cambio que ocurre cuando alguien.
Distinguir entre el escuchar falso y el escuchar activo.
Manejar la técnica de comunicación que permita confrontar sin ofender.

ACTIVIDADES -METODOLOGÍA	PARTICIPANTES	MATERIALES
<ul style="list-style-type: none"> - Presentación y bienvenida a los participantes al taller. - Indicar la dinámica de trabajo: interactuar y hacer preguntas con libertad. - Realizar lecturas seleccionadas referente al tema - Seleccionar dos voluntarios del grupo para representar como es la comunicación común en un conflicto. Luego por separado presentarles los casos. Dramatizar el contenido. Sacar conclusiones. - Dividir a los participantes en dos grupos para trabajar Los obstáculos que impiden la comunicación y pasos del escuchar activo. Luego realizar las reflexiones. - Para la tercera actividad, repartir las copias de la hoja “El mensaje Yo: Expresarme sin ofender” luego discutir el mensaje y su efecto cuando lo usamos en un conflicto. Hacer el ejercicio en parejas. - Realizar la plenaria para discutir el ejercicio y concluir 	<ul style="list-style-type: none"> - Lic. Alba Chicaiza - Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil - Padres de familia. - Estudiantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas de papel periódico, marcadores. - Hojas impresas con los casos y las reflexiones y principios básicos. - Copias sobre Los obstáculos que impiden la comunicación y pasos del escuchar activo.

QUINTO TALLER

TEMA: LOS VALORES HUMANOS Y LAS CONDUCTAS DE RIESGO

CONTENIDOS:

☞ Definición, Clasificación de los valores, análisis de cada uno de los valores.

☞ Los Valores y su relación con las conductas de riesgo

PERIODO: 120 minutos

- OBJETIVO:**
- Asumir compromisos para aplicar actitudes de respeto, libertad, honestidad, responsabilidad, el amor.
 - Fortalecer en las participantes actitudes críticas y propositivas mediante el análisis de experiencias personales y grupales para evitar las conductas de riesgo.
 - Valorar la práctica de la honestidad y la responsabilidad en el convivir familiar y escolar.
 - Concienciar en los estudiantes y padres de familia el significado del amor.

ACTIVIDADES – METODOLOGIA	PARTICIPANTES	MATERIALES
<ul style="list-style-type: none"> - Presentación y bienvenida a los participantes al taller. Dinámica de integración - Indicar la dinámica de trabajo: interactuar y hacer preguntas con libertad. Formar grupos de trabajo - Cada grupo debe organizar una dramatización sobre cada valor enunciado vivido en la familia, con la pareja en el caso de los padres, con el novio en el caso de los estudiantes, en el colegio y consigo mismo ante conductas de riesgo como pandillas, juegos, alcohol, sexo, robo, fugas escolares, etc. - Exponer las dramatizaciones y establecer conclusiones. - Proyectar una parte del video punto y aparte. En el grupo analizar tres preguntas estructuradas, Modelar con la plastilina un símbolo que represente tu vida con responsabilidad. - Leer las preguntas, escribir en los espacios vacíos las respuestas, - Escuchar la canción, analizar el contenido de la canción. - Establecer las conclusiones. - Elaborar compromisos personales 	<ul style="list-style-type: none"> - Lic. Alba Chicaiza - Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil - Padres de familia. - Estudiantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Papelotes, marcadores. - Grabadora y músicaailable. - VHS, película “punto y aparte” - Marcadores, hojas - Para la técnica el modelado: plastilina, cartón, pincel, goma, cartulinas, cintas, escarcha. Hilo, lana. - Disco con la canción “un par de botas” - CD música clásica., hojas con la letra de la canción.

SEXTO TALLER**TEMA: LA ADOLESCENCIA Y LA AUTOESTIMA****CONTENIDOS:**

- ☞ Así soy yo, Cómo me veo, Cómo fortalecer mi autoestima.
- ☞ “Así soy yo” escribir que actitudes van a desarrollar para crecer en la vida como una gran persona de tal manera que cambie aquellas cualidades negativas. Aplicar en cualquier sitio acciones para fortalecer el auto concepto positivo

PERIODO: 120 minutos

- OBJETIVO:**
- Identificar las cualidades positivas de si mismo y conductas que quisiera cambiar.
 - Lograr que los adolescentes aprendan a tratarse y reconozcan sus cualidades personales.
 - Concienciar en las estudiantes las fortalezas personales y como ponerlos a prueba en todas las actividades diarias.

ACTIVIDADES - METODOLOGIA	PARTICIPANTES	MATERIALES
<ul style="list-style-type: none"> - Presentación y bienvenida a los participantes al taller. - Ejercicio de reconocimiento de lo positivo y lo negativo, que a veces no lo descubrimos. - Para descubrir las cualidades positivas y las que quisiera cambiar, el facilitador repartirá 5 hojas de trabajo “Así soy yo”. - Lluvia de ideas: los participantes dictarán las cualidades positivas que cada uno, las cosas que quisiera cambiar. - Formar grupos de trabajo - Para trabajar la aceptación de su imagen, presentar la caja de sorpresa (en el fondo esta un espejo), a todo el grupo y mantener en secreto de lo que contiene, indicar que cada uno va a mirar individualmente, pedir que se observen detenidamente su rostro. - Entregar una hoja de papel para que se dibuje. - Para la tercera actividad: Interiorizar la definición de autoestima. Conocer como se desarrolla el concepto positivo de si mismo, - Establecer los factores que influyen en la estructuración de una adecuada autoestima. - Determinar estrategias para establecer una buena autoestima y aceptación de la imagen corporal 	<ul style="list-style-type: none"> - Lic. Alba Chicaiza - Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil - Padres de familia. - Estudiantes 	<ul style="list-style-type: none"> - 5 hojas de trabajo “Así soy Yo” - 1 hoja de trabajo para los facilitadores. - Una caja sorpresa de 35 x 35 por lado. - Hojas de motivación impresas

10. BIBLIOGRAFÍA

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Leibovich de Figueroa, N., Schufer, M., & Muñoz, R. (1999). Eco-evaluación psicológica. Las figuras humanas en contextos familiar y escolar .Buenos Aires. EUDEBA.
2. Laursen, B. y Collins, W. A. (1994). Conflictos Interpersonales durante la adolescencia. Psychological Bulletin, 115, 197-209.
3. La Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo en Adolescentes www.teenpregnancy.org Campaign@teenpregnancy.org AOL Keyword: Campaignto Prevent Teen PregnancyCFC #: 1976
4. Molina M, Ferrada C, Pérez R, et al. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Rev Méd Chile 2004; 132 (1): 65-70.
5. Guijarro S, Naranjo J, Padilla M, Gutierrez R, Lammers C, Blum R. Family risk factors associated with adolescent pregnancy: study of a group of adolescent girls and their families in Ecuador. Journal of Adolescent Health 1999; 25: 166-72.
6. Instituto Nacional de la Juventud. Orientaciones y Estrategias para el Trabajo en Salud Adolescente. Santiago, Chile 1997.
7. www.psiquiatria.com/enlaces/652
8. Méndez Rivas, J. M. (1995). Iniciación sexual de los adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. Informe de la Organización Mundial de la Salud. OMS.
9. Luengo CX. Definición y características de la adolescencia. Embarazo en Adolescentes Diagnóstico, 1991. Santiago de Chile: ERNAM UNICEF, 1992.
10. Ruoti M, Ruoti A, et al. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Asunción, 1992.
11. Rico de Alonso A. Madres solteras adolescentes. Bogotá: Editorial Colombia LTDA, 1986
12. ENDEMAIN 1994.- Encuesta demográfica y de Salud Materna Infantil CEPAR
13. FORBES, José, Mis Sentimientos, Edit. Paulinas, Colombia, 2003.

14. Ariza, C., Nebot, M., y col. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol, cannabis de los escolares de Barcelona, 1987-1999. *Gac. Sanit.* 17 (13):190-195. 2003
15. Ramirez, M. y Andrade, D. La familia y los factores de relacionados con el consumo del alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Rev. Latino-am Enfermagen.* 13: 813-815. 2005.
16. Disponible en URL: <http://svnp.es/documen/todoles>. Identificación de problemas psiquiátricos en la adolescencia. (Revisado 9/10/2003).
17. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/0015118.htm>. (Revisado 18/10/2003).
18. J. L. Pedreira Massa. El niño vulnerable durante la primera infancia. *Anales españoles de Pediatría. Suplemento* 108, 17 – 24.
19. www.sedronar.gov.ar/sensibilizacion/sensibilizacion/la_familia/familia_01.htm
20. Lic. Silvia Baeza. El rol de la familia en la educación de los hijos. Jornadas interdisciplinarias de Instituciones de Promoción Social, Educación y Salud. Ministerio de Cultura y Educación - Ministerio de Bienestar Social. Gobierno de la Provincia de la Pampa. Santa Rosa, 24 y 25 de septiembre de 1999. Conferencia Inaugural
21. Lic. Celia Zingman de Galperín, Lic Alicia Jeroz de Arbiser, El ciclo vital familiar Sociedad Argentina de Terapia Familiar.
22. Héctor A. Ferrari, Salud Mental en Medicina-contribución del Psicoanálisis al campo de la Salud. Editorial La Prensa Médica Argentina. Marzo 2002.
23. K. Eia Asen, Peter Tomson, Intervención Familiar, Guía práctica para los profesionales de la salud- editorial Paidós, 1997.
24. González Salguero Fernando. Resultado de un estudio de línea de base en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Enero 2000.
25. Lugo Agudelo, Nelvia Victoria. El mundo afectivo de la adolescente embarazada / The pregnant adolescent's affective world *Invest. educ. enferm;* 20(1):10-22, mar. 2002
26. A la Torre Joaquín. El embarazo adolescente y la pobreza, 2000, Página 11.
27. Silva, Juan Carlos. Determinantes claves para embarazos no deseados en Ciudad Bolívar en Bogotá / Key determinants for unintended pregnancies in Ciudad Bolívar in Bogota. Bogotá, D. C; PAHO; 2001. 4 p.

28. Revista: Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de Cantabria. 1998. Hábito televisivo en el niño cántabro.
29. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers., de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
30. C. GÓMEZ, y G. BORGES, "Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994". Salud Mental, Vol. 19, 1, 1996, pp. 45-55.
31. A. E. GONZÁLEZ, Escala de desesperanza para niños. Características psicométricas en tres muestras de niños mexicanos. Edit. UNAM, México, 2000, D.F. pp 146-151
32. González-Forteza C, García G, Medina-Mora ME, Sánchez MA. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes preuniversitarios. Salud Ment 1998; 21(3): 1-9.
33. Perales A, Sogi C. Conducta suicida en estudiantes de medicina. Rev Psiquiatr Peru 2000; 6(1): 8-13.
34. Gradillas V. Psicopatología descriptiva: signos, síntomas y rasgos. Madrid: Ediciones Pirámide; 1998. p. 265-76.
35. SERFATY E et al. Ideas de suicidio y factores de riesgo en jóvenes varones. Bol Acad Nac Medicina, 1994; 72: 234-45.
36. ASBERG et al. Serotonin depression, a biochemical subgroup within affective disorders? Science 2006; 191: 478-80.
37. GÓMEZ, Relación entre la ideación suicida y el nivel psicosocial en estudiantes del nivel medio superior del Distrito Federal. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología, UNAM, México, 2006, D. F. p.p. 221-222
38. Silver T. Los adolescentes en un mundo. Argentina. Pediatría Vol.9, 1994: 25- 29.
39. Casullo, M.M. "Adolescentes en riesgo". Editorial Paidós, Bs. As., 1998.
40. P. Castells. Tomás J. Silber. Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Planeta 1998, pág. 301.
41. Desjarlais, R. y otros. "Salud Mental en el mundo". OPS, Washington, 1995.
42. Revista de psiquiatría y de psicología del niño y del adolescente. 2003; 3(1):4-27. Saad de Janon, E.; Sadd de Janon, J.

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN

Declaración de Consentimiento (Para pedir permiso a los estudiantes para aplicar los instrumentos de la investigación)

Como estudiante del Colegio Matutino Santiago Fernández García de la Unidad Educativa "Calasanz": He leído atentamente y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio y estas preguntas fueron contestadas y estoy de acuerdo con las respuestas. Voluntariamente acepto participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que esto signifique ningún perjuicio para mí. Firmado este consentimiento no delego ningún derecho legal que me pertenezca.

Firma

(opcional).....Fecha:.....

En caso que el estudiante no firme, integrar el nombre completo y firma de un testigo.....

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

.....

Si la persona no acepta participar, por favor explique por qué:

.....

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN

ENCUESTA PARA LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO MATUTINO SANTIAGO FERNÁNDEZ GARCÍA DE LA UNIDAD EDUCATIVA “CALASANZ”

Señores y señoritas estudiantes

Como egresada del ciclo doctoral de la carrera de Psicología Educativa y Orientación vocacional de la Universidad Nacional de Loja, hacemos llegar a ustedes un saludo muy cordial a la vez le solicitamos a contestar la presente encuesta la misma **es anónima**, los **datos serán tratados con absoluta confidencialidad y utilizados únicamente para proponer alternativas para la prevención de conductas de riesgo a través de una familia saludable.**

Por favor ponga una X en los paréntesis si la pregunta concuerda con su experiencia

Fecha:.....

Curso: 8vo año () 9no año () 10mo año () Paralelo.....

Bachilleratos: 1ero (), 2do () 3ero () Especialidad

- Edad:Sexo: (F) (M) Estado Civil: Soltero () casado () U. libre ()
 - Lugar de procedencia: Urbana () Urbana marginal() Rural()
 - Ocupación: Solo estudia () Trabaja y estudia ()
En que trabaja:
 - Estado civil de sus padres: Casados (), Separados (), divorciados ()
U. Libre ()
1. Con quien vive usted: padres () otros familiares:.....
 2. Tipo de relación familiar con los padres: Muy Buena () Buena ()
Regular (), Mala () porque:.....
 3. Ha recibido maltrato en su casa?: Si() No()
De que tipo: Verbal () Físico () Psicológico () Sexual ()
Quién le ocasionó el maltrato:
 4. En su familia consumen alcohol: padre() madre() hermanos(),novio/a ()
 5. Usted consume alcohol: Si () No ()
Si su respuesta es **SI**, A que edad inició dicho consumo:..... con
quien inicio el consumo:..... Consume semanalmente () una vez
al mes (), solo en fiestas (), por el frío () por calor (), de iras ().
 6. Ha tenido o tiene relaciones sexuales Si() No ()
Si su respuesta es **Si**, a que edad inicio su vida sexual....., con quien
inicio que le motivó para iniciarse: por amor (), para
que no le deje (), estar a solas (), la música (), curiosidad (), el

vestuario que usaba (), embriagado/a() Otros motivos:.....

7. Alguna vez estuvo integrando o actualmente integra una pandilla: Si () No ()
Hace que tiempo:..... Si la respuesta es positiva como se llama o llamó este grupo:.....
8. Con frecuencia fanfarronea, amenaza e intimida a otros (), a menudo inicia agresiones físicas (), ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (bate, ladrillo, botella, navaja, pistola, cuchillo) (), ha manifestado crueldad física con personas y animales ()
9. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves (), ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas ().
10. A menudo permanece fuera del hogar de noche a pesar de las prohibiciones paternas (), ha iniciado este comportamiento antes de los trece años (), se ha escapado durante la noche por lo menos en dos ocasiones (), suele tener ausencias a la escuela (), a que edad ha iniciado esta práctica ()
11. Usted es violento Si () No () usted da insultos () amenazas (), es cruel a veces (), maltrata físicamente a otros (), en donde es más violento y agresivo: en casa (), en el colegio (), sus agresiones son frecuentes (), rara vez (), donde aprendió a ser agresivo:.....
12. Le gustan los juegos como: nintendos (), celular (), villa (), naipes (), juegos y videos en el internet(), futbolines (), chatear ().
otros:.....
- Usted por los juegos puede vender cosas, dejar en prenda sus pertenencias (), mentir para tener dinero (), fugarse de clases ().
 - Cuando usted esta en los juegos antes nombrados, pierde la noción del tiempo (), no le importa lo que pueda pasar después (), miente que esta haciendo deberes o consultando (), puede faltar a clases (), no hacer deberes (), cada vez tiene mas gusto por los juegos ().
13. Esta satisfecho/a con su imagen corporal: Si () No (). Hace dietas rigurosas para bajar de peso (), siente que su imagen corporal no satisface las expectativas de las personas que le rodean (), Cree usted tener bulimia (), anorexia ().
14. Ha tenido o tiene tendencia a coger las cosas de los otros: Si () No ()
Si la respuesta es **positiva**. Desde cuando le inicio el deseo de robar cosas....., en donde es mas frecuente: casa (), colegio (), calle (), en compañía de amigos/as (), solo/a (). Luego de robar que sentimientos tiene: miedo (), vergüenza (), culpa (), ningún sentimiento (), le agrada (), siente placer de hacerlo (), ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatarse bolsos, robo a mano armada) () ha violentado la casa o el automóvil de otras personas (), a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (), ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima (robos en tiendas, almacenes, mercado) ()

Gracias por su comprensión, colaboración y confianza, sus respuestas ayudarán mucho para hacer un trabajo de apoyo a los estudiantes con estas dificultades.

Anexo 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN

Escala de Depresión (Adaptación M. M. Casullo, 1994)

Edad: Sexo: Fecha:
 Curso/año: Paralelo:

Instrucciones: Lea con atención la siguiente lista y marque su respuesta pensando cuántas veces se ha sentido así la semana pasada. Para indicar su respuesta coloque un círculo alrededor del número que elija (0, 1, 2, o 3).

Durante la semana pasada:	(menos de un día)	(1-2 días)	(3-4 días)	(5-7 días)
a. Me molestaron muchas cosas que generalmente antes no me molestan.	0	1	2	3
b. No tenía hambre ni mucho apetito.	0	1	2	3
c. Me sentí tan desanimado que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar.	0	1	2	3
d. Me sentí tan bueno/a como los demás.	3	2	1	0
e. Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
f. Me sentí deprimido/a.	0	1	2	3
g. Sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo.	0	1	2	3
h. Vi el futuro con esperanza.	3	2	1	0
i. Pensé que mi vida era un fracaso.	0	1	2	3
J. Tuve miedo.	0	1	2	3
k. Dormí sin poder descansar.	0	1	2	3
l. Me sentí feliz.	3	2	1	0
m. Hablé menos que lo normal	0	1	2	3
n. Me sentí solo/a.	0	1	2	3
o. La gente no me cayó bien.	0	1	2	3
p. Disfruté de la vida.	3	2	1	0
q. Lloré.	0	1	2	3
r. Estuve triste.	0	1	2	3
s. Sentí que no caía bien a otras personas.	0	1	2	3
t. No pude animarme a hacer nada.	0	1	2	3

Total: Resultados:

Puntajes: Bajos: 0 a 9 puntos
 Medios: 10 a 25 puntos
 Altos: 26 a 60 puntos

Anexo 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN CARRERA DE PSICOLOGIA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN

TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir en su familia o no, usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

ITEMS	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me siento abatido y melancólico					
2. En la mañana es cuando me siento mejor					
3. En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias, ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos en familia					

RESULTADOS.....DIAGNOSTICO.....

Familia Funcional: De 70 a 57 puntos
 Familia moderadamente funcional: De 56 a 43 puntos
 Familia Disfuncional: De 42 a 28 puntos
 Familia Severamente disfuncional: De 27 a 14 puntos

CATEGORIAS PARA MEDIR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La pregunta 1 y 8 mide la Cohesión
 La pregunta 2 y 13 mide la armonía
 La pregunta 5 y 11 mide la Comunicación
 La pregunta 7 y 12 mide la Permeabilidad
 La pregunta 4 y 14 mide la Afectividad
 La pregunta 3 y 9 mide los Roles
 La pregunta 6 y 10 mide la Adaptabilidad.....

Anexo 5

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN

Inventario de Orientaciones Suicidas (IOS) Adaptación M. M. Casullo

Edad: Sexo: Fecha:
 Establecimiento: Año o curso:

Lea con atención las siguientes frases, trate de responder a cada una de ellas pensando en cómo se ha sentido en los últimos seis meses. Para cada una de las 30 frases, tiene cuatro opciones de respuesta: 1 (Estoy totalmente en desacuerdo), 2 (En parte estoy en desacuerdo), 3 (En parte estoy de acuerdo), 4 (Estoy totalmente de acuerdo). Escriba el número que corresponde a su respuesta junto a cada frase.

Preguntas	Respuestas			
	1	2	3	4
1) Debo de ser un/a soñador/a, dado que siempre espero cosas que no ocurren.	1	2	3	4
2) En el futuro hay para mi muchas posibilidades de ser feliz	1	2	3	4
3) Generalmente pienso que aun los peores sentimientos van a desaparecer.	1	2	3	4
4) Confío en que los que se preocupan por mí no me van a abandonar si tengo un fracaso	1	2	3	4
5) Las personas con las que me relaciono no me necesitan en absoluto	1	2	3	4
6) Mientras crecía me hicieron creer que la vida es justa. Creo que me mintieron, porque no es justa para nada.	1	2	3	4
7) Mi vida se ha desarrollado, en general, en la forma que yo quise	1	2	3	4
8) Quisiera poder hacer que duren más los buenos momentos, pero no puedo	1	2	3	4
9) Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor	1	2	3	4
10) Creo que seré incapaz de tener suficiente coraje como para enfrentar la vida	1	2	3	4
11) Tengo las cualidades necesarias para ser feliz.	1	2	3	4
12) Cuando algo malo me sucede, siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales	1	2	3	4
13) Aunque esté muy enojado/a, puedo pensar con claridad si me lo propongo	1	2	3	4
14) Las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos	1	2	3	4
15) Para impedir que las cosas empeoren, creo que el suicidio es la solución.	1	2	3	4
16) Si alguien logra algo que yo no tengo, siento que es injusto.	1	2	3	4
17) Aunque me sienta desesperanzado/a, sé que las cosas pueden mejorar.	1	2	3	4
18) Cuando mi vida enfrenta alguna dificultad, me confundo.	1	2	3	4

19) Siento como si no perteneciera a ningún lado	1	2	3	4
20) Pienso en morirme como una forma de resolver mis problemas.	1	2	3	4
21) Antes creía que podía llegar a ser alguien especial. Ahora sé que no es posible.	1	2	3	4
22) Siento que puedo controlar mi vida.	1	2	3	4
23) Cuando me emociono mucho, siento que mi cuerpo me controla y no puedo dominado	1	2	3	4
24) Cuando algo me sale mal, quiero esconderme, desaparecer.	1	2	3	4
25) Para no sentirse malo solo/a, la solución es morirse.	1	2	3	4
26) Nadie me querría si realmente me conocieran bien.	1	2	3	4
27) Posiblemente llegue a ser la clase de persona que quiero ser	1	2	3	4
28) Nunca sentí que estaba a punto de quebrarme, de hacerme pedazos	1	2	3	4
29) Los que me quieren se equivocan. Con el tiempo se van a dar cuenta de cómo soy realmente.	1	2	3	4
30) Si mis cosas empeoraran, creo que me mataría.	1	2	3	4

DESESPERANZA: ítems 2,7, 12, 17,22, 27.

BAJA AUTOESTIMA: ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26.

INCAPACIDAD PARA AFRONTAR EMOCIONES: ítems 3, 8, 13, 18, 23, 28.

SOLEDAD Y ABATIMIENTO: ítems 4, 9, 14, 19,24, 29.

IDEACION SUICIDA: ítems críticos 5, 10, 15, 20, 25, 30.

Puntaje:..... Diagnostico:

- Bajo riesgo
- Moderado riesgo
- Alto riesgo

Anexo 6

PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGIA EDUCATIVA Y ORIENTACIÓN

PROYECTO DE TESIS

Título:

“FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A CONDUCTAS DE RIESGO, DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO MATUTINO “SANTIAGO FERNÁNDEZ GARCÍA” DE LA UNIDAD EDUCATIVA CALASANZ”, 2009”.

Autora: Lic. Alba Judith Chicaiza Toledo

Loja -Ecuador

2009

I. TÍTULO:

“FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A CONDUCTAS DE RIESGO, DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO MATUTINO SANTIAGO FERNÁNDEZ GARCÍA, DE LA UNIDAD EDUCATIVA CALASANZ, 2009”.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La familia como institución básica de la sociedad se basa en las relaciones de afecto y consanguinidad entre sus miembros, y sus funciones principales son la reproducción, la economía y educación de sus hijos a través de la transmisión de la experiencia histórico social y de los valores de la cultura a los nuevos miembros, así como las tradiciones y normas de la vida social.

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento de sus miembros y sobre todo de los más jóvenes. A través de la comunicación familiar se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad. A raíz de los cambios socio- económico que se han dado en nuestro país se han transformado una serie de valores adquiridos de la sociedad burguesa también influenciados por la religión, pero que no han sido sustituidos totalmente por nuevos y se mantienen algunos rasgos negativos de los anteriores.

Si bien algunos grupos familiares permiten el tránsito de la niñez a la adolescencia, de una manera armónica, otros propios de sus contextos, suelen generar problemas de comportamiento en el ámbito escolar, familiar o en las interacciones sociales. El contexto es un factor interviniente y determinante en el comportamiento por lo que resulta conveniente tomar en cuenta los ambientes percibidos por los adolescentes de manera especial el contexto familiar³³.

Para abordar la problemática partimos de algunos estudios, analizando que la imagen social de las relaciones familiares durante la adolescencia misma que está protagonizada por el conflicto entre los progenitores y sus hijos e hijas. Un conflicto que tiende a disminuir cuando estos últimos crecen y la dinámica familiar se normaliza. Sin embargo, la literatura científica aún no aporta datos concluyentes. Diferentes investigaciones apuntan a que, coincidiendo con la pubertad, aumentan los conflictos familiares y se produce un distanciamiento entre los chicos y chicas y sus progenitores (Holmbeck y Hill, 1991; Steinberg, 1987; 1988). Otras investigaciones matizan estas afirmaciones y señalan que el conflicto familiar más que estar asociado con la edad o con la llegada de la pubertad lo está con el momento en el que se alcanza dicha pubertad.

Para estos trabajos el conflicto no es más frecuente en familias con hijos e hijas púberes, sino sólo en aquellas familias donde chicos y chicas

³³ Leibovich de Figueroa, N., Schufer, M., & Muñoz, R. (1999). Ecoevaluación psicológica. Las figuras humanas en contextos familiar y escolar. Buenos Aires. EUDEBA.

conflictos parentales, por ser demasiado pronto o demasiado tarde (Laursen y Collins, 1994; Laursen, Coy y Collins, 1998)³⁴.

Las diferentes conclusiones probablemente pueden ser explicadas, al menos en parte, por las diferentes medidas que se utilizan para operativizar el concepto de conflicto familiar (Holmbeck, Paikoff y Brooks-Gunn, 1995). Si bien algunos estudios se basan en el análisis secuencial de las interacciones, otros parten de entrevistas o analizan las formas de actuación de progenitores y adolescentes ante situaciones conflictivas hipotéticas. Otra posible explicación a los datos contradictorios la encontramos en la fuente de información de donde parten las conclusiones. Algunos estudios recogen información exclusivamente de los progenitores o de los adolescentes, mientras que otros parten de las opiniones de ambos. En este caso, y aunque parece que la información obtenida de los adolescentes normalmente coincide en mayor medida con las observaciones de terceras personas (González, Cauce y Mason, 1996), chicas y chicos perciben mayor número de conflictos que sus progenitores (Laursen et al., 1998; Noller y Callan, 1986; 1988; Smetana, 1989).

En relación a las conductas de riesgo en una investigación realizada con un grupo de adolescentes y jóvenes se pudo comprobar que el carácter repetitivo del aborto se produce entre otras cosas, por la incompleta transmisión de funciones y valores sexuales en el proceso de comunicación familiar. Se demostró que tanto en los núcleos familiares como en las

³⁴ Laursen, B. y Collins, W. A. (1994). Conflictos Interpersonales durante la adolescencia. *Psychological Bulletin*, 115, 197-209.

familias extendidas, en pocas ocasiones se orienta a las hijas sobre cuestiones referidas a la sexualidad, de la misma manera los padres resultaron incapaces de crear responsabilidades en los hijos desde pequeños, ante el enfrentamiento de problemas que impliquen la toma de decisiones serias como el aborto

La estructura familiar y el lugar en donde vive la familia están muy estrechamente relacionados con conductas de riesgo en los jóvenes. Los hijos de padres o madres solteras y los adolescentes con hermanos y hermanas mayores, quienes son sexualmente activos o han tenido embarazos o tienen hijos, son más propensos a iniciarse en la actividad sexual a temprana edad.

Los jóvenes que crecen en familias abusivas son más propensos a ser sexualmente activos y a no usar métodos anticonceptivos constantemente. Y aquellos adolescentes que viven en vecindarios asediados por la pobreza, el desempleo y el alto índice de criminalidad son más propensos a empezar a tener relaciones sexuales a temprana edad, a no usar anticonceptivos y a quedar embarazadas o causar un embarazo (sugiriendo por supuesto que la pobreza es tanto la causa como el resultado de los embarazos en la adolescencia). Aún así, éstas no son las razones más poderosas por las que los adolescentes se inician en la actividad sexual a una edad temprana³⁵.

³⁵ La Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo en Adolescentes www.teenpregnancy.org
Campaign@teenpregnancy.org AOL Keyword: Campaign to Prevent Teen PregnancyCFC #: 1976

Los factores familiares asociados a conductas de riesgo, se pueden determinar en las dimensiones individual, familiar y social. En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso³⁶, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos³⁷. En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas³⁸

En la última década los problemas de violencia intrafamiliar, maltrato físico, abuso sexual de menores de edad, crisis familiares por problemas económicos debido a la situación financiera que vive el mundo, especialmente los países latinoamericanos, se han acentuado de manera drástica, siendo por ello motivo de múltiples estudios por parte de expertos en la materia.

Es de conocimiento general que problemas en el ámbito de la interacción familiar generan cambios emocionales y psíquicos entre sus miembros y la

³⁶ Molina M, Ferrada C, Pérez R, et al. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev Méd Chile* 2004; 132 (1): 65-70.

³⁷ Guijarro S, Naranjo J, Padilla M, Gutierrez R, Lammers C, Blum R. Family risk factors associated with adolescent pregnancy: study of a group of adolescent girls and their families in Ecuador. *Journal of Adolescent Health* 1999; 25: 166-72.

³⁸ Instituto Nacional de la Juventud. Orientaciones y Estrategias para el Trabajo en Salud Adolescente. Santiago, Chile 1997.

funcionalidad de la familia se altera. En los procesos de la disfunción familiar influyen notoriamente las situaciones actuales de desempleo y de carencia de medios materiales que obliga a ambos padres e inclusive a sus hijos a trabajar fuera del hogar, situación que a su vez es un “círculo vicioso”, pues exacerba aún más los conflictos familiares subyacentes.

Se lleva a cabo un Investigación en 711 adolescentes consultados del 01.01.2000 al 31.01.2001 en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce en Guayaquil - Ecuador, con un enfoque de abordaje y prevención de corte psicofarmacológico, psicodinámico y sistémico familiar.

Estudio estadístico uni y bivariado aplicando pruebas de independencia, correlaciones y análisis de varianza a diferentes variables con interpretación psiquiátrica y psicoterapéutica para una mayor comprensión de las diferentes formas de depresión relacionadas con la disfuncionalidad familiar (haciendo especial énfasis en las conductas de riesgo) para elaborar estrategias de abordaje multidisciplinario aplicables a corto plazo en nuestro medio³⁹.

Cuando los jóvenes son incapaces de afrontar sus problemas eficazmente, su conducta puede tener efectos negativos no sólo en sus propias vidas sino también en las de sus familias y en el funcionamiento general de la sociedad. Tanto la literatura consultada como la experiencia realizada permiten afirmar que, en términos generales, las situaciones de estrés se

39 www.psiquiatria.com/enlaces/652

relacionan con la pérdida de la autoestima y la menor satisfacción vital (Frydenberg, E. & Lewis, R., 1990). Desde una perspectiva epidemiológico-preventiva es sumamente necesario poder determinar cuáles son los factores, tanto personales como socioculturales, que aumentan o disminuyen la probabilidad de que un acontecimiento, situación o episodio en la vida de los adolescentes tenga consecuencias negativas. En este sentido, enfatizamos la necesidad de evaluar las situaciones que se perciben como generadoras de tensión e inestabilidad emocional así como las capacidades y recursos con los que cuentan los adolescentes para poder afrontar exitosamente (Casullo, 1998)⁴⁰.

Siendo el grupo de investigados estudiantes que se encuentran en la etapa de la adolescencia, es necesario acotar aspectos fundamentales de esta etapa. La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés⁴¹. En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle nuestra atención⁴², ya que durante ésta se producen importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

⁴⁰ Méndez Rivas, J. M. (1995). Iniciación sexual de los adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. Informe de la Organización Mundial de la Salud. OMS.

⁴¹ Luengo C.X. Definición y características de la adolescencia. Embarazo en Adolescentes Diagnóstico, 1991. Santiago de Chile: ERNAM UNICEF, 1992.

⁴² Ruoti M, Ruoti A, et al. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay:Universidad de Asunción, 1992.

Por otra parte, la evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años. En lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tan tempranas como a los 11 años. La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos⁴³.

El riesgo potencial para las niñas adolescentes de llegar a quedarse embarazadas incluyen: Los tempranos contactos sexuales (la edad 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años, y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia)⁴⁴

Los problemas del adolescente en su entorno familiar, tienen que ver con la falta de comunicación y actividades compartidas en el núcleo familiar, las largas jornadas de trabajo de los padres con la participación cada vez más activa de la mujer en la producción y trabajo fuera del hogar genera situaciones de soledad y abandono para muchos niños y jóvenes, ya que persisten los roles tradicionales. Numerosos estudios demuestran como la mayoría de los casos el padre persiste en su rol de proveedor con una contribución periférica a las necesidades de los hijos. Los padres rigurosos y autoritarios tienden a tener hijos dependientes, sumisos y obedientes, esto se acentúa en las mujeres y es menor en los varones. En estudios sobre

⁴³ Rico de Alonso A. Madres solteras adolescentes. Bogotá: Editorial Colombia LTDA, 1986

⁴⁴ Ibidem p.p 33

delincuencia juvenil muestran cómo la agresividad familiar sumada a la negligencia era un patrón frecuente en los padres⁴⁵.

La variación del patrón socialmente aceptado de familia, para los grupos que no están estructurados de la manera esperada, el porvenir de una familia diferente-desintegrada, genera con frecuencia en los hijos sentimientos desvalorizados, con un descenso en su escala social.

En nuestro contexto todas a excepción de un singular grupo, las personas pertenecen a una familia, el 20% de los hogares de América Latina y el Caribe tienen hijos de 13 a 18 años de edad (17% en Chile y Uruguay; en Honduras y Bolivia , que en los actuales momentos se ha visto afectada por la crisis social y económica que va debilitando su integración y fortalezas interiores, dejando desprovista de los medios necesarios para conseguir el desarrollo integral y protección de sus miembros frente a las agresiones del medio que vivimos.

Se observa cambios en el seno familiar por lo que actualmente son las familias más cortas en su tamaño; en cuanto a su organización, es la madre cabeza de hogar en un gran porcentaje; Se ha demostrado que la incidencia de pobreza es mayor en los hogares encabezados por mujeres. El Centro de estudios para América Latina (CEPAL) ha estimado que, desde 1994, aproximadamente uno de cada cinco hogares, en América Latina está encabezado por una mujer. En Costa Rica el porcentaje encabezados por

⁴⁵ ENDEMAIN 1994.- Encuesta demográfica y de Salud Materna Infantil CEPAR

una mujer (1998) es de 21%, en el Salvador de 35% en Trinidad y Tobago, 25% (32% en centros urbanos, La mitad de adolescentes encuestados en nueve países de el Caribe vive en un hogar con dos padres. Sin embargo, la unidad familiar en el Caribe ha cambiado, y existen nuevas categorías de familia como por ejemplo las “relaciones de visitante”, en donde uno de los miembros de pareja, generalmente el hombre, visita a la pareja periódicamente.

En la experiencia de vida se evidencia también problemas de comunicación entre los miembros de la familia, irresponsabilidades tanto de padres y madres al abandonar a sus hijos a su suerte, infidelidades que llevan a dejar a sus hijos, madres adolescentes y padres sin responsabilidad que llevan a tomar decisiones drásticas como abandonar sus hijos en cualquier lugar, otros a donarlos como cualquier objeto, en caso de estar padres con sus vástagos, “las conductas de riesgo de los hijos muchas veces son subestimadas por sus padres o de quienes estén a su cuidado, todo esto está ejerciendo una influencia decisiva en el desarrollo de los adolescentes que son un grupo vulnerable”

Es necesario identificar que la funcionalidad familiar como factor protector familiar que puede incidir en el estado emocional de sus hijos. A los factores protectores familiares se los definen como aquellos que reducen las probabilidades de resultados negativos para la salud y desarrollo de los miembros de la familia.

Estudios identifican como factores protectores familiares con el grado de integración o cohesión familiar, en dependencia del nivel de instrucción de los padres y de estos con los hijos, la resolución conjunta de problemas, grado de autoridad y afecto que exista en la propia familia, varios autores mencionan que estos factores solo funcionan en presencia de riesgo.

Las personas, están sumergidos en un sistema jerárquico de otros sistemas, el de sus relaciones con el grupo par, el familiar, el comunitario, el sociocultural; como resultante de esta jerarquía, y en base a la comunicación, es que se establece una estructura de relaciones que configuran un patrón de respuesta. El adolescente así contextualizado, ha tenido experiencias diversas en el curso de su vida, las que interpreta y comprende sobre la base del mismo proceso de socialización y a partir de las posibilidades que le ofrece su experiencia dentro de su familia para salir de las dificultades.

Es así que el comportamiento del ser humano está orientado de acuerdo a los factores individuales y socio-familiares que generan vulnerabilidad ya que estos serán los que marcarán luego, en la adolescencia, el tipo de respuesta o comportamiento positivo o de riesgo que los niños y jóvenes asumirán.

Estos factores varían enormemente en función de la persona y del contexto social. A algunos adolescentes les afecta y responden positivamente, otros les afecta y enferman y, otros no pueden enfrentarlos y buscan escapes como es la violencia y actitudes punibles. La mayor parte de los factores socio-familiares e individuales son inespecíficos, es decir, pueden llegar a

generar cualquier comportamiento funesto para la estabilidad emocional y la salud.

La inestabilidad familiar generan sentimientos y las emociones invaden toda la vida y todas las actividades, están siempre presentes durante las veinte y cuatro horas del día, no sólo cuando se encuentra despierto sino también durante el mismo sueño, que puede traer ensueños agradables o pesadillas cargadas de angustia y terror. Las emociones hacen sufrir o gozar durante el trabajo, el estudio, impregnan con un sabor dulce o amargo todos nuestros encuentros interpersonales, amistosos o familiares y aún nuestros ratos de esparcimiento. Los sentimientos definen aquellos aspectos de la estructura psíquica que se sienten y se viven en forma espontánea, a veces es involuntaria y que también conocemos con el nombre de emociones; entre ellas tenemos el miedo, el amor, la alegría, la solidaridad, la vergüenza, la ira, la confianza, la culpa, la inferioridad, el resentimiento, la envidia, la ternura, los celos, etc., entre otros.⁴⁶ Si el adolescente, viviendo en un familia desintegrada (estructura y función) como afrontaría estas situaciones.

Otras conductas de riesgo son el inicio temprano al consumo de alcohol, cigarrillo, en los países desarrollados, la experimentación y el inicio del consumo de tabaco, alcohol y drogas se producen típicamente en los primeros años de la adolescencia, coincidiendo con la etapa de la

⁴⁶ FORBES, José, Mis Sentimientos, Edit. Paulinas, Colombia, 2003.

escolarización secundaria⁴⁷. Un trabajo llevado a cabo en Guayaquil, evidenció que el 55% de los encuestados han probado bebidas alcohólicas y el 80% lo hicieron antes de los 15 años, la edad promedio fue de 14.3% años en hombres y 14.6% años en mujeres⁴⁸. La ludopatía (nintendos, uso inadecuado del celular, internet), la baja autoestima, conductas suicidas, el suicidio en la se ha convertido en un problema de salud, observándose un dramático incremento de sus tasas, fundamentalmente en el varón⁴⁹, las explicaciones que se ha dado a este fenómeno son: el reflejo de los cambios sociales, una mayor disponibilidad de , el incremento de estos medios, el abuso del alcohol y otras drogas⁵⁰, conductas alimentarias inadecuadas en la cultura contemporánea los medios de difusión masivos han globalizado un modelo de belleza femenina que en muchas ocasiones se convierte en un objetivo imitativo inalcanzable, este trastorno puede enmascararse detrás de esta propuesta de belleza y se caracteriza por un severo trastorno de la conducta alimentaria que puede adquirir las siguientes formas clínicas (bulimia, anorexia), fugas escolares, conductas agresivas, entre otras.

Por todo lo anteriormente expuesto es muy importante realizar este estudio, para analizar los factores familiares y las conductas de riesgo. Planteándose la siguiente pregunta: ¿Cual es la relación de los factores familiares para las

⁴⁷ Ariza, C., Nebot, M., y col. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol, cannabis de los escolares de Barcelona, 1987-1999. Gac. Sanit. 17 (13):190-195. 2003

⁴⁸ Ramirez, M. y Andrade, D. La familia y los factores de relacionados con el consumo del alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). Rev. Latino-am Enfermagen. 13: 813-815. 2005.

⁴⁹ Disponible en URL: <http://svnp.es/documen/todoles>. Identificación de problemas psiquiátricos en la adolescencia. (Revisado 9/10/2003)

⁵⁰ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/0015118.htm>. (Revisado 18/10/2003)

conductas de riesgo de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García, de la Unidad Educativa Calasanz?

III. JUSTIFICACIÓN

La familia es la base del bienestar de los estudiantes niños y jóvenes en la medida en que garantice el crecimiento, el desarrollo normal y el equilibrio emocional que facilite su enfrentamiento a los hechos de la vida. En el grupo familiar se dan las condiciones para que ésta sea una unidad de análisis de los procesos de la salud mental, por cuanto evidencia en su organización, estructura y funcionamiento el estilo de vida individual y grupal, las costumbres, los hábitos, la posición social y la dinámica de interacciones.

Los estudiantes en esta etapa de su vida se enfrentan a complejas dificultades concernientes a su evolución como ser humano, aprende el modo de adaptarse a los cambiantes ambientes sociales, escoge cómo participar en la sociedad, descubre la manera de identificar el amor y asimila los conocimientos requeridos para impedir que se produzca acciones que le perjudiquen a nivel personal, escolar como familiar.

Es evidente que la aparición de conductas de riesgo en esta etapa de la vida se ha incrementado y que debido a ello los estudiantes en las comunidades educativas constituye un aspecto de mucha importancia.

Se justifica la presente investigación porque las conductas de riesgo de los jóvenes ha ido aumentando proporcionalmente y las familias pueden constituirse en factores que permitan las mismas; por eso es necesario analizar los antecedentes y aspectos de la vida familiar y personales que intervienen en estos casos.

Por lo antes referido, se justifica esta investigación por ser parte del equipo de psicologas/os del establecimiento me encuentro más cerca de problemática familiar- estudiantil, por lo tanto es pertinente, importante y de actualidad, es cierto que existen familias protectoras y otras frías por la mala comunicación, falta de armonía y de afectividad familiar en donde sus hijos están teniendo conductas de riesgo, no se conocen exactamente las causas que los motiva, no existe una atención oportuna para la prevención, mucho peor la atención a su familia, que siendo la misma fuente de apoyo emocional y económico en unas veces y en otras generadoras de conductas de riesgo por la ausencia de afectividad y comunicación, actitudes y comportamientos permisivos ante el alcohol y otras sustancias y actitudes negativas por la pérdida de roles de las figuras de autoridad. Por lo tanto las y los beneficiarios serían los estudiantes del establecimiento, sus familias y la institución en general, porque al finalizar este estudio se relazará una propuesta de intervención educativa, la misma que será puesta en marcha inmediatamente como aporte personal por ser parte del equipo docente del Colegio Matutino Santiago Fernández García, de la Unidad Educativa.

IV. MARCO TEÓRICO

ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

CAPITULO I: FAMILIA

1. Introducción
- 1.2 Ambiente Familiar y Vulnerabilidad
- 1.3 Apego y vínculo afectivo temprano
- 1.4 Factores Protectores Familiares
- 1.5 Factores familiares de Riesgo

CAPITULO II: CONDUCTAS DE RIESGO

- 2.1 Factores individuales precipitantes
- 2.2 Factores sociales y culturales para las conductas inadecuadas.
- 2.3 Factores y Conductas familiares que previenen o desencadenan ciertos trastornos de conducta psico-sociales.
- 2.4 Principales Conductas de riesgo
 - 2.4.1 Depresión
 - 2.4.2 Ansiedad
 - 2.4.3 Abuso de consumo de alcohol y otras sustancias
 - 2.4.4 Trastorno disocial de la personalidad
 - 2.4.5 Conducta suicida

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Analizar los factores familiares asociados a conductas de riesgo en estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García, de la Unidad Educativa Calasanz, año 2009.

Objetivos Específicos:

- Identificar la funcionalidad familiar de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García, de la Unidad Educativa Calasanz, a través de la aplicación del Test de Funcionamiento familiar FF-SIL.
- Determinar las principales conductas de riesgo (inicio precoz de relaciones sexuales, inicio del consumo de alcohol, cigarrillo, drogas, agresión a personas, adicción a los juegos, fraudulencia o robo, violaciones a las normas); a través de una encuesta.
- Identificar las conductas depresivas mediante la Escala de Depresión de M. M. Casullo 1994, de los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García, de la Unidad Educativa Calasanz.
- Conocer la conducta de riesgo suicida a través del inventario de Orientaciones Suicidas (IOS) adaptado por M. M. Casullo.
- Establecer la asociación entre la funcionalidad o disfuncionalidad familiar con las conductas de riesgo adoptadas por los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García, de la Unidad Educativa Calasanz.
- Diseñar una propuesta de intervención a través de un Programa de Educación Afectivo- Familiar con el objetivo de prevenir conductas de

riesgo en los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García, de la Unidad Educativa Calasanz

VI. METODOLOGÍA.

6.1 Tipo de estudio:

El presente estudio será descriptivo y de corte transversal

6.2 Población de estudio

Todos los estudiantes matriculados y asistiendo a clases del Colegio Matutino Santiago Fernández García, de la Unidad Educativa Calasanz, en el período comprendido 2008-2009. Con una población de 655 estudiantes.

Se manejarán criterios de inclusión, se incluyen los estudiantes de todos los 15 paralelos (8vos, 9nos y 10mos años de educación básica y 1ero, 2do y 3ero de bachillerato).

6.3 Procedimientos, técnicas e instrumentos.

Se solicitará a las autoridades de la Unidad Educativa Calasanz permiso para realizar la investigación, como también a los y las estudiantes (anexo 1) sujetos de estudio.

Los instrumentos a utilizarse serán: una encuesta (anexo 2) estructurada con preguntas que describan a la población (edad, sexo, lugar de residencia, ocupación luego de salir del colegio) y otras preguntas que integren datos importantes para el tema de estudio. Una vez estructurada las preguntas se procederá a realizar una prueba piloto para verificar si las mismas están entendibles caso contrario se harán los ajustes correspondientes.

Se evaluará la relación familiar mediante Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) (Anexo 3). Refiriéndose a este cuestionario se conoce que en Cuba, en 1994, que se diseñó esta prueba para medir percepción de funcionamiento familiar que fuera de fácil aplicación y calificación para el equipo de atención primaria. La prueba denominada FF-SIL de Pérez de la Cuesta Lauro y Bayarre, fue validada en una muestra de familias, y se obtuvo una alta confiabilidad y validez, la prueba pretende medir la funcionalidad a través de las dimensiones siguientes:

1. La pregunta 1 y 8 mide la Cohesión. (Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones, y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
2. La pregunta 2 y 13 mide la Armonía. Esta es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales, con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
3. La pregunta 5 y 11 mide la Comunicación. Los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
4. La pregunta 6 y 10 mide la Adaptabilidad. Es la habilidad para cambiar estructura de poder, y relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
5. La pregunta 4 y 14 mide la Afectividad, es la capacidad de los miembros de vivenciar, y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a otros.

6. La pregunta 3 y 9 mide los Roles. Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
7. La pregunta 7 y 12 mide la Permeabilidad, siendo la capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Mide los siguientes aspectos:

La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por reactivos y permite clasificar a la familia en cuatro tipos: 70 a 57 puntos se trata de una familia funcional, de 56 a 43 puntos es una familia moderadamente funcional, de 42 a 28 puntos se considera una familia disfuncional y con 27 a 14 puntos es considerada como una familia severamente disfuncional.

Esta prueba ha sido utilizada en distintas investigaciones, y ha permitido una valoración cuantitativa y cualitativa de la percepción del funcionamiento familiar. Por ejemplo se ha utilizado para caracterizar a las familias en la comunidad, para familias de enfermos crónicos, de alcohólicos, en individuos con conductas suicidas y en niños con retardo en el desarrollo.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos: Casi nunca se califica con 1 punto, pocas veces 2 puntos, a veces 3 puntos, muchas veces 4 puntos, casi siempre 5 puntos.

Para medir la depresión (anexo 4) como conducta de riesgo se aplicará la Escala de Depresión, adaptación de M.M. Casullo, mismo que permite: autorreconocimiento de la presencia de síntomas a partir de las respuestas dadas por los sujetos a una Escala de Depresión.

Esta escala fue diseñada originariamente por investigadores del Centro de Estudios Epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, con el objetivo de evaluar sintomatología depresiva en la población adulta. Los veinte ítems que la integran se extrajeron de cinco escalas de depresión usadas hasta entonces: La escala de depresión de Zung (1965), la escala de depresión de Beck (1961), partes de la escala de depresión del MMPI (1960), la escala de Raskin (1970), la lista de síntomas de Gardner (1968).

Los ítems que la integran evalúan los principales componentes de la sintomatología depresiva que, de acuerdo con Radloff (1977), incluyen: humor depresivo, sentimientos de culpa y desesperanza, sentimientos de indefensión, pérdida del apetito, perturbaciones en el dormir, retardo psicomotor.

Esta escala fue puesta a prueba por primera vez en un trabajo de campo comunitario realizado en la década del setenta y en un estudio concretado con pacientes psiquiátricos. Los análisis estadísticos realizados verificaron que poseía una alta consistencia interna así como confiabilidad test-retest. Otros estudios realizados verificaron su alta correlación con otras técnicas estandarizadas que evalúan la sintomatología depresiva.

De los veinte ítems que la integran, dieciséis hacen referencia a vivencias o aspectos negativos, en tanto que los cuatro restantes tienen una connotación positiva. Se pregunta a quienes la responden acerca de la

frecuencia con que han experimentado cada uno de los síntomas durante "la semana pasada o anterior".

Las respuestas se sitúan en una escala de cuatro categorías:

Menos de un día se asigna cero puntos, 1-2 días se asigna un punto, 3-4 días se asignan dos puntos, 5-7 días se asignan tres puntos.

Puntajes: bajos: 0 a 9 puntos, Medios: 10 a 25 puntos, Altos: 26 a 60 puntos.

Las respuestas a los ítems positivos se evalúan de forma inversa a los restantes.

Se obtiene un Puntaje Total a partir de la suma de las respuestas a cada uno de los veinte ítems. Hacia el final de los años setenta se empezó a investigar su validez y confiabilidad en la aplicación a población adolescente.

Confiabilidad y validez: Pocos trabajos estudian la confiabilidad y la validez con adolescentes. En una muestra de 285 alumnos secundarios de una escuela católica privada mediante la técnica test-retest (seis meses después) se encontró un coeficiente de confiabilidad de 0,50 para varones y de 0,62 para mujeres. Wells, Klerman y Deykin (1987) administraron la escala a una muestra de cuatrocientos veinticuatro (424) estudiantes (de 16 a 19 años), en la ciudad de Boston: obtuvieron altas correlaciones entre cada ítem y el puntaje total, que oscilan entre 0,33 y 0,69.

Roberts y col. (1990) utilizaron la escala CES-D en cuatro estudios piloto que cubrieron una muestra total de dos mil (2000) adolescentes del estado de Oregon (EE.UU.) con una edad promedio de 16 años. Emplearon una versión española de la técnica para encuestar a adolescentes hispano-

parlantes. Estudiaron la consistencia interna de la escala (coeficiente alpha) en cada muestra y para el total de ellas obteniendo un valor promedio de 0,87.

A los efectos de estudiar la estructura factorial de la escala se aplicó la técnica LISRAEL VI, pudiéndose verificar la estructura del modelo de factores hallado por Radloff (1977) en los estudios con adultos:

Factor 1: Desánimo

Factor 2: Afectos positivos

Factor 3: Aspectos somáticos y de hiperactividad

Factor 4: Relaciones interpersonales

En oportunidad de la participación en el Proyecto de Validación Intercultural de la prueba proyectiva TEMAS (Informe CONICET, 1990-92) la autora de este trabajo fue invitada a visitar el Hispanic Research Center de la Fordham University en la ciudad de Nueva York; como parte del proyecto se había traducido al español la escala CES-D para administrarla a población puertorriqueña. Esa versión castellana de la técnica fue utilizada como punto de partida para el diseño de la versión argentina empleada en este estudio.

En una primera etapa, la escala fue administrada a un grupo de treinta adolescentes (edad promedio 16 años) alumnos de una escuela pública de la Ciudad de Buenos Aires, quienes trabajaron con la consigna de analizar si la forma en que estaban redactados los ítems era entendible. La misma tarea fue solicitada a una muestra de 25 profesores de enseñanza media. A partir de las sugerencias planteadas se redactó la versión que se presenta actualmente para los interesados en el tema.

Se aplicara también el Inventario de Orientaciones Suicidas (IOS) (anexo 5); diseñado originalmente por King y Kowalchuk (1994), adaptación a la realidad del contexto sudamericano por M.M. Casullo. El Inventario es autoadministrable y está integrado por treinta ítems. Cada uno de ellos ofrece cuatro posibilidades de respuesta:

1. Totalmente en desacuerdo (1 punto)
2. En parte en desacuerdo (2 puntos)
3. En parte de acuerdo (3 puntos)
4. Totalmente de acuerdo (4 puntos)

Once de los ítems se evalúan de forma inversa (2,3,4,7,11,13,14,17,22,27,28).

Existen seis ítems denominados "críticos":

5. Las personas con las que me relaciono no me necesitan en absoluto.
10. Creo que seré incapaz de tener suficiente coraje para enfrentar la vida.
15. Para impedir que las cosas empeoren creo que el suicidio es la mejor solución.
20. Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas.
25. Para no sentirse malo, solo/a la solución es morirse.
30. Si mis cosas empeoran, creo que me mataría.

La prueba intenta evaluar las siguientes variables psicológicas:

Desesperanza: ítems 2,7, 12, 17,22, 27. Baja autoestima: ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26. Incapacidad para afrontar emociones: ítems 3, 8, 13, 18, 23, 28. Soledad y abatimiento: ítems 4, 9, 14, 19,24, 29. Ideación suicida: ítems críticos 5, 10, 15, 20, 25, 30.

Sobre la base del puntaje bruto total y/o la presencia de tres o más ítems críticos puntuados con valores 3 y 4, los sujetos se ubican en las siguientes categorías de riesgo suicida: Bajo riesgo, Moderado riesgo suicida, Alto riesgo suicida

La versión en castellano y su adaptación M. M. Casullo. Se procedió a traducir la prueba del inglés al castellano y luego del castellano al inglés. Esta tarea estuvo a cargo de dos psicólogos bilingües. Esa primera versión fue analizada y evaluada por un grupo de 25 estudiantes, quienes se ofrecieron a participar en el proyecto de investigación. Al autoadministrarse la técnica de forma grupal, fueron sugiriendo algunas modificaciones en la redacción de los ítems. La forma definitiva que utilizamos es fruto de esas sugerencias de cambio.

Validez concurrente. La técnica se empleó en una muestra de treinta adolescentes en tratamiento psiquiátrico, a quienes se les había administrado el psicodiagnóstico de Rorschach que arrojaba indicadores de potencial suicida. El 80 % de esos sujetos obtuvo un puntaje en el Inventario de Tendencias Suicidas que los ubicaba en el grupo de "alto riesgo"; el 20 % restante fue categorizado como "de riesgo moderado".

Consistencia interna. Se calculó el coeficiente alpha para la muestra de pacientes clínicos (0,92) así como para la muestra de estudiantes que participaron voluntariamente en el estudio piloto (0,72).

Test-retest. Dadas las características que evalúa la técnica, realizamos un estudio test-retest con una muestra de treinta y cinco alumnos que cursaban cuarto año en una escuela pública de la Ciudad de Buenos Aires, con un

lapso de dos semanas de diferencia entre ambas tomas. Se obtuvo una correlación de 0,86.

El Procesamiento de Datos de la información se realizará una vez recolectados los datos, siguiendo el orden de las preguntas estructuradas igual en el cuestionario.

El Plan de análisis de datos, para esto los resultados se presentarán en forma de porcentajes, utilizando los programas de Word, Excel y Power Point para la elaboración de Gráficos, Tablas y Tabulación.

Para el trabajo de Campo se realizará gestiones como: Autorización del Rector para realizar la investigación. Se aplicarán las encuestas en cada uno de los paralelos de los 8vos, 9nos y 10mos años de educación básica y 1ero, 2do y 3eros de bachilleratos, los resultados serán devueltos la información a las autoridades del Colegio para que junto al Departamento de Bienestar Estudiantil permitan a la vez poner en ejecución la propuesta de intervención educativa-afectiva familiar para prevenir conductas de riesgo en los estudiantes del Colegio Matutino Santiago Fernández García, de la Unidad Educativa Calasanz.

VII. VARIABLES EN ESTUDIO

7.1. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables Descriptivas	concepto	dimensión	indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido del nacimiento a la actualidad, que es medida en años completos	biológica	Conformado por las estudiantes entre los 14 y 19 años	14 a 15 años 16 a 17 años 18 a 19 años
Estado civil	Condición de convivencia con	social	Documento de identidad	Soltero Casado

	la pareja o tipo de unión.			Unión Libre
Escolaridad	Nivel de escolaridad de la adolescente en la que se ha matriculado y esta asistiendo a clases	Escolar	Año de educación en el que se encuentra	8vo año 9no año 1mo año 1ero de Bach. 2do de Bach. 3ero de Bach.
Lugar de Procedencia	Zona geográfica de donde proviene el estudiante	Geográfica	Sectores de la ciudad	Urbana Urbana marginal Rural
Ocupación	Actividad que realiza una persona diariamente		Tipo de actividad	Solo estudia Estudia y trabaja Tipo de trabajo
Personas con quien convive	Lazos de consanguinidad o fraternidad con las que comparte el techo del hogar		Tipo parentesco	Padres Abuelos Tíos Hermanas/os Amigos. Otros
Estado civil de los padres	Condición de convivencia con la pareja o tipo de unión.	social	Cédula	Soltero Casado Unión Libre
Tipo de relación familiar con los padres	Expresión y demostración de aceptación o rechazo de los padres hacia los hijos	familiar	Tipo de relación	Muy Buena Buena Regular Mala (Conflictos)
Consumo de alcohol en los miembros de la familia	Ingestión de bebidas alcohólicas ocasionales o continuas por los padres, que alteran el comportamiento y pensamiento		Ingieren alcohol o no los padres	Si No Ocasional Continuas
Maltrato en el hogar	Toda agresión física, verbal, psicológica o sexual realizada por cualquier miembro de la familia		Existe o no violencia, tipo de violencia	Si No Física Verbal Psicológica Sexual
VARIABLES dependientes				

Funcionalidad Familiar	Acciones de relación dentro del hogar le imprime al mismo de un clima de afecto, comprensión y satisfacción	Familiar	Test de FF-SIL Familia Funcional Familia moderadamente funcional F. Disfuncional F. Severamente disfuncional	De 70 a 57 p. De 56 a 43 p. De 42 a 28 p. De 27 a 14 p
Variables independientes: Conductas de riesgo				
Inicio de consumo de alcohol, cigarrillo y/o drogas	Ingestión de bebidas alcohólicas ocasionales o continuas que alteran el Comportamiento y pensamiento.	Bio- psicosocial	Ingiera alcohol Consuma cigarrillo drogas	Si No Edad de inicio Con quien inicio Donde
Inicio de vida sexual	primera relación sexual a edad temprana	Bio- psicosocial	Edad de inicio de relaciones sexuales Con quien	12 a 13 años 14 a 15 años 16 a 17 años
Pertenencia a grupos juveniles que delinquen (pandillas)	Espacios donde se concentran con normas y reglamentos convocados por el grupo par.	Social	Pertenencia a pandillas	Si No Hace que tiempo Nombre de la pandilla
Conductas negativas	Comportamiento violento y actores directos sobre las victimas participando en un entramado de relaciones sociales poco saludables	Social- familiar	Agresión a personas y animales Destrucción de la propiedad privada. Violaciones graves a las normas	Si No Fanfarronea, amenaza e intimidación Insultos y amenazas Inicia agresiones físicas utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas Crueldad física con personas y animales Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas Maltrato físico Rechazo Donde ocurre: Casa Colegio: aula, patio. Frecuencia de las agresiones

				Ha provocado deliberadamente incendios Permanece fuera del hogar de noche a pesar de las prohibiciones paternas. Suele tener ausencias a la escuela
Conductas depresivas	Estado emocional de tristeza, ante la vida	Psicológico	Escala de depresión Bajos Medios Altos	(0-9puntos) (10-25puntos) (26-60puntos)
Conducta suicida.	Aquellas actitudes negativas que limitan la salud y el desarrollo individual	Psicológico Inventario de Orientación Suicidas (IOS)	Desesperanza, Baja autoestima, Incapacidad para enfrentar emociones, Aislamiento y deterioro en vínculos sociales, Ideaciones suicidas.	Bajo riesgo Moderado riesgo Alto riesgo
Ludopatías	Comportamientos de adicción a los juegos: nintendos, celular, internet, solitario, cartas.		Adiciones a los juegos	Si No Tipo de juegos Tiempo de adicción
Fraudulencia o robos	Comportamiento inadecuado de tomar las cosas de otros.		Robos	Ha robado enfrentándose a la víctima Ha violentado la casa o el automóvil de otras personas. Miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima (robos en tiendas, almacenes, mercado)

VII. PRESUPUESTO

Gastos Directos

Internet

200.00

Reproducción del proyecto

10.00

Material bibliográfico	300.00
Materiales de escritorio	150.00
Tinta de impresora	
Papel bond, CDs, carpetas, sobres de manila, etc	
Copias de material bibliográfico	150.00
Copias de proyecto, encuestas y test	300.00
Reproducción de tesis	150.00
Derechos y aranceles universitarios	300.00
Transporte	150.00
TOTAL	1710.00

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2009												RESPONSABLE
	Julio				Agosto				Septiembre				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Elaboración del proyecto	■	■	■										Investigadora Alba Chicaiza
Presentación del Proyecto				■									
Revisión y sugerencias					■								
Presentación del proyecto rectificado						■	■	■	■				
Elaboración y validación de instrumentos									■	■			
Aplicación de los instrumentos										■	■		
Tabulación y análisis de datos											■	■	
Formulación de conclusiones y recomendaciones											■	■	
Redacción del informe final											■	■	
Presentación del informe final											■	■	

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leibovich de Figueroa, N., Schufer, M., & Muñoz, R. (1999). Eco-evaluación psicológica. Las figuras humanas en contextos familiar y escolar .Buenos Aires. EUDEBA.
2. Laursen, B. y Collins, W. A. (1994). Conflictos Interpersonales durante la adolescencia. Psychological Bulletin, 115, 197-209.
3. La Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo en Adolescentes www.teenpregnancy.org
Campaign@teenpregnancy.org AOL Keyword: Campaignto
 Prevent Teen PregnancyCFC #: 1976

4. Molina M, Ferrada C, Pérez R, et al. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Rev Méd Chile 2004; 132 (1): 65-70.
5. Guijarro S, Naranjo J, Padilla M, Gutierrez R, Lammers C, Blum R. Family risk factors associated with adolescent pregnancy: study of a group of adolescent girls and their families in Ecuador. Journal of Adolescent Health 1999; 25: 166-72.
6. Instituto Nacional de la Juventud. Orientaciones y Estrategias para el Trabajo en Salud Adolescente. Santiago, Chile 1997.
7. www.psiquiatria.com/enlaces/652
8. Méndez Rivas, J. M. (1995). Iniciación sexual de los adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. Informe de la Organización Mundial de la Salud. OMS.
9. Luengo CX. Definición y características de la adolescencia. Embarazo en Adolescentes Diagnóstico, 1991. Santiago de Chile: ERNAM UNICEF, 1992.
10. Ruoti M, Ruoti A, et al. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Asunción, 1992.
11. Rico de Alonso A. Madres solteras adolescentes. Bogotá: Editorial Colombia LTDA, 1986
12. ENDEMAIN 1994.- Encuesta demográfica y de Salud Materna Infantil CEPAR
13. FORBES, José, Mis Sentimientos, Edit. Paulinas, Colombia, 2003.
14. Ariza, C., Nebot, M., y col. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol, cannabis de los escolares de Barcelona, 1987-1999. Gac. Sanit. 17 (13):190-195. 2003
15. Ramirez, M. y Andrade, D. La familia y los factores de relacionados con el consumo del alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). Rev. Latino-am Enfermagen. 13: 813-815. 2005.
16. Disponible en URL: <http://svnp.es/documen/todoles>. Identificación de problemas psiquiátricos en la adolescencia. (Revisado 9/10/2003).
17. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/0015118.htm>. (Revisado 18/10/2003).
18. J. L. Pedreira Massa. El niño vulnerable durante la primera infancia. Anales españoles de Pediatría. Suplemento 108, 17 – 24.

19. www.sedronar.gov.ar/sensibilizacion/sensibilizacion/la_familia/familia_01.htm
20. Lic. Silvia Baeza. El rol de la familia en la educación de los hijos. Jornadas interdisciplinarias de Instituciones de Promoción Social, Educación y Salud. Ministerio de Cultura y Educación - Ministerio de Bienestar Social. Gobierno de la Provincia de la Pampa. Santa Rosa, 24 y 25 de septiembre de 1999. Conferencia Inaugural
21. Lic. Celia Zingman de Galperín, Lic Alicia Jeroz de Arbiser, El ciclo vital familiar Sociedad Argentina de Terapia Familiar.
22. Héctor A. Ferrari, Salud Mental en Medicina-contribución del Psicoanálisis al campo de la Salud. Editorial La Prensa Médica Argentina. Marzo 2002.
23. K. Eia Asen, Peter Tomson, Intervención Familiar, Guía práctica para los profesionales de la salud- editorial Paidós, 1997.
24. González Salguero Fernando. Resultado de un estudio de línea de base en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Enero 2000.
25. Lugo Agudelo, Nelvia Victoria. El mundo afectivo de la adolescente embarazada / The pregnant adolescent's affective world Invest. educ. enferm; 20(1):10-22, mar. 2002
26. A la Torre Joaquín. El embarazo adolescente y la pobreza, 2000, Página 11.
27. Silva, Juan Carlos. Determinantes claves para embarazos no deseados en Ciudad Bolívar en Bogotá / Key determinants for unintended pregnancies in Ciudad Bolívar in Bogota. Bogotá, D. C; PAHO; 2001. 4 p.
28. Revista: Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de Cantabria. 1998. Hábito televisivo en el niño cántabro.
29. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers., de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva Nº 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
30. C. GÓMEZ, y G. BORGES, "Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994". Salud Mental, Vol. 19, 1, 1996, pp. 45-55.
31. A. E. GONZÁLEZ, Escala de desesperanza para niños. Características psicométricas en tres muestras de niños mexicanos. Edit. UNAM, México, 2000, D.F. pp 146-151
32. González-Forteza C, García G, Medina-Mora ME, Sánchez MA. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes preuniversitarios. Salud Ment 1998; 21(3): 1-9.
33. Perales A, Sogi C. Conducta suicida en estudiantes de medicina. Rev Psiquiatr Peru 2000; 6(1): 8-13.

34. Gradillas V. Psicopatología descriptiva: signos, síntomas y rasgos. Madrid: Ediciones Pirámide; 1998. p. 265-76.
35. SERFATY E et al. Ideas de suicidio y factores de riesgo en jóvenes varones. Bol Acad Nac Medicina, 1994; 72: 234-45.
36. ASBERG et al. Serotonin depression, a biochemical subgroup within affective disorders? Science 2006; 191: 478-80.
37. GÓMEZ, Relación entre la ideación suicida y el nivel psicosocial en estudiantes del nivel medio superior del Distrito Federal. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología, UNAM, México, 2006, D. F. p.p. 221-222
38. Silver T. Los adolescentes en un mundo. Argentina. Pediatría Vol.9, 1994: 25-29.
39. Casullo, M.M. "Adolescentes en riesgo". Editorial Paidós, Bs. As., 1998.
40. P. Castells. Tomás J. Silber. Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Planeta 1998, pág. 301.
41. Desjarlais, R. y otros. "Salud Mental en el mundo". OPS, Washington, 1995.
42. Revista de psiquiatría y de psicología del niño y del adolescente. 2003; 3(1):4-27. Saad de Janon, E.; Sadd de Janon, J.

INDICE

CONTENIDOS	PÁGINAS
I Título	135
II Problemática	136
III Justificación	149
IV Marco Teórico: Esquema	150
CAPITULO I: FAMILIA	
1.1 Introducción	151
1.2 Ambiente Familiar y Vulnerabilidad	
1.3 Apego y vínculo afectivo temprano	
1.4 Factores Protectores Familiares	
1.5 Factores familiares de Riesgo	
CAPITULO II: CONDUCTAS DE RIESGO	
2.1 Factores individuales precipitantes	
2.2 Factores sociales y culturales para las conductas inadecuadas.	
2.3 Factores y Conductas familiares que previenen o desencadenan trastornos de conducta psicosociales.	
2.4 Rol de la Familia en el origen de conductas de riesgo	
2.5 Principales conductas de riesgo.	
V. Objetivos	
Objetivo General	152
Objetivos Específicos	152
VI. Metodología	153
VII. Presupuesto	164
VIII. Cronograma	165

IX. Bibliografía 165

ANEXOS:

Evidencia del trabajo de campo 171

ANEXOS

EVIDENCIA DEL TRABAJO
DE CAMPO