

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



**ESTADO DE LA SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES
ENTRE 13 Y 17 AÑOS, DEL PROYECTO
EDUCATIVO Y LABORAL EL PUENTE BELICE**

TESIS

SILVIA GRETTEL FERNANDEZ DEL CID

Carné: 12635-99

Guatemala, enero de 2012
Campus Central

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**ESTADO DE LA SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES
ENTRE 13 Y 17 AÑOS, DEL PROYECTO
EDUCATIVO Y LABORAL EL PUENTE BELICE**

TESIS

Presentada al Consejo de la Facultad de Humanidades

Por:

SILVIA GRETTEL FERNANDEZ DEL CID

Carné: 12635-99

Previo a optar al título de:

PSICÓLOGA CLÍNICA

En el grado académico de:

LICENCIADA

Guatemala, enero de 2012
Campus Central

AUTORIDADES UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR

Rector	P. Rolando Enrique Alvarado López, S.J.
Vicerrectora Académica	Dra. Lucrecia Méndez de Penedo
Vicerrector de Investigación y Proyección	P. Carlos Cabarrús Pellicer, S.J.
Vicerrector de Integración Universitaria	P. Eduardo Valdés Barría, S.J.
Vicerrector Administrativo	Lic. Ariel Rivera Irías
Secretaria General	Licda. Fabiola de la Luz Padilla Beltranena

AUTORIDADES FACULTAD DE HUMANIDADES

Decana	M.A. Hilda Caballeros de Mazariegos
Vicedecano	M.A. Hosy Benjamer Orozco
Secretaria	M.A. Lucrecia Elizabeth Arriaga Girón
Directora del Departamento de Psicología	M.A. Georgina Mariscal de Jurado
Directora del Departamento de Educación	M.A. Hilda Díaz de Godoy
Directora del Departamento de Ciencias de la comunicación.	M.A. Nancy Avendaño
Director del Departamento de Letras y Filosofía	M.A. Ernesto Loukota
Representantes de Catedráticos	Lic. Ignacio Laclériga Giménez
Consejo de Facultad.	Licda. Melisa Lemus

ASESOR DE TESIS

M.A. Francisco José Ureta Morales

REVISOR DE TESIS

M.A. Carmen Cacacho

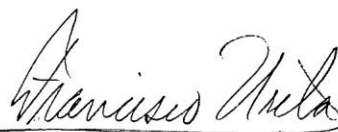
Guatemala, 25 de Noviembre de 2011.

**Señores(as) Consejo Académico
Facultad de Humanidades**

Estimados(as) señores(as):

Por este medio les envío un cordial saludo, al mismo tiempo les informo que he tenido bajo mi asesoría la elaboración del informe final de tesis titulado: "Estado de la Salud Mental de Adolescentes entre 13 y 17 años, del Proyecto Educativo y Laboral El Puente Belice". El cual fue elaborado por la alumna Silvia Grettel Fernández con carné: 12635-99, previo a obtener el grado académico de Licenciada en Psicología.

El trabajo que les remito en ésta oportunidad, llena los criterios requeridos por la Facultad de Humanidades para que sea sometido al examen privado subsiguiente y posteriores trámites de graduación. Agradeciendo la atención que le brinden a la presente, quedo de ustedes. Atentamente.



**M. A. Francisco José Ureta Morales.
Catedrático Asesor.**



Universidad
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE HUMANIDADES

Teléfono: (502) 24262626 ext. 2440

Fax: 24262626 ext. 2486

Campus Central, Vista Hermosa III, Zona 16

Guatemala, Ciudad. 01016

FH/ap-CI-38-12

Guatemala,
13 de enero de 2012

Señorita
Silvia Grettel Fernández del Cid
Presente.

Estimada señorita Fernández:

De acuerdo al dictamen favorable rendido por la Revisora Examinadora de la Tesis titulada: **“Estado de la Salud Mental de Adolescentes entre 13 y 17 años, del Proyecto Educativo y Laboral El Puente Belice”**, presentada por la estudiante **Silvia Grettel Fernández del Cid**, carné No. **12635-99**, la Secretaria de la Facultad de Humanidades AUTORIZA LA IMPRESIÓN DE LA TESIS, previo a optar al título de Licenciada en Psicología Clínica.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Licda. Lucrecia Arriaga Giron, M.A.
SECRETARIA DE FACULTAD

 Universidad
Rafael Landívar
Facultad de Humanidades
Secretaría de Facultad

*ap
c.c.file

En todo amar y servir
Ignacio de Loyola

DEDICATORIA

A Dios:

Por brindarme sabiduría, vida y por las bendiciones que ha derramado en mí.

A la Virgen María:

Por su amor y cuidados en todo momento.

A mis padres:

Por el amor y el apoyo incondicional, por la enseñanza a luchar por alcanzar mis sueños.

A mis hermanitos:

Por el cariño y el apoyo que me han brindado toda mi vida. Mil gracias.

A mi amado novio:

Por el amor y el gran apoyo incondicional en esta etapa de la vida. Gracias Oxy.

A mis amigos y amigas:

Por el cariño y los momentos compartidos en especial: Padre Carlos Cabarrús S.J., Marlen, Any, Eridalma, Geraldine, Huguito, Evelyn, Meshely, Lilian, Dania, Claudia, Carmencita, Olguita, Alejandra, Mónica, Naty, Luce, Rony, familia López Méndez, familia Díaz Lara.

A mis perritos:

Por su fidelidad y su cariño sin medida: Baby Cesarin, Fabriccio Alessandro, Canelito.

AGRADECIMIENTO

- Al Proyecto Educativo, Laboral Puente Belice, por abrirme las puertas para poder realizar el estudio.
- A todos los y las adolescentes del Proyecto Educativo Laboral Puente Belice por proporcionarme su ayuda para realizar el estudio.
- A todos y todas los licenciados que con sabiduría y solidaridad han compartido sus conocimientos en el transcurso de mi carrera profesional.

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
1.1	Adolescencia	8
1.2	Salud Mental	24
1.2.1	Trastornos Somatomorfos	28
1.2.2	Trastornos de Ansiedad	30
1.2.3	Trastorno de la Conducta Alimentaria	32
1.2.4	Trastorno Depresivos	34
1.2.5	Trastornos Relacionados con Sustancias	36
1.3	Servicios de Salud Mental	37
1.4	Proyecto Educativo Laboral Puente Belice	39
1.5	Resiliencia	43
1.6	Programa Emocional de Resiliencia Preventivo en Trastornos de la Salud Mental	45
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	47
2.1	Objetivos	48
2.1.1	Objetivo General	48
2.1.2	Objetivos Específicos	48
2.2	Variables	49
2.3	Definición de Variables	49
2.3.1	Definición Conceptual	49
2.3.2	Definición Operacional	50
2.4	Alcances y Límites	50
2.5	Aporte	51
III.	MÉTODO	52
3.1	Sujetos	52
3.2	Tipo de Instrumento	52
3.3	Procedimiento	54
3.4	Diseño	55
3.5	Metodología Estadística	55

IV.	PRESENTACION DE RESULTADOS	56
4.1	Variables demográficas	56
4.2	Incidencia de los trastornos	57
4.2.1	Trastorno del ánimo: Trastorno depresivo	57
4.2.2	Trastorno de Ansiedad	59
4.2.3	Trastorno de la Conducta Alimenticia	63
4.2.4	Trastornos Somatomorfos	66
4.2.5	Trastornos relacionados con Sustancias	70
4.2.6	Aspectos generales que pueden llevar a trastornos Mentales	73
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	85
VI.	CONCLUSIONES	89
VII.	RECOMENDACIONES	91
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	93

ANEXOS

Anexo No.1 Instrumento Prime MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders o Evaluación Primaria de la Atención a Trastornos Mentales por sus siglas en inglés).

Anexo No.2 Programa de Resiliencia en Adolescentes para el Afrontamiento de Problemas y la Prevención de Trastornos Mentales.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo de investigación fue determinar el estado de salud mental en las y los adolescentes del Proyecto Educativo Laboral El Puente Belice” de la ciudad capital. La investigación se realizó con 30 personas: 11 mujeres y 19 hombres, comprendidos entre 13 a 17 años.

En esta investigación se utilizó el diseño descriptivo cuantitativo, de tipo transeccional. Para el objetivo se empleó el Test Prime MD, es un procedimiento estandarizado breve, para evaluar la salud mental y la presencia de cinco grupos de trastornos mentales (Humor, Ansiedad, Alcoholismo, Somatomorfo y Trastornos Alimenticios). El estadístico que se utilizó fue el programa SPSS, software estadístico informático usado en las ciencias sociales que permitió un tratamiento integrado de todas las fases que conlleva el análisis de datos.

Luego de haber realizado el análisis estadístico se determinó, que los sujetos del estudio presentan una salud mental estable, encontrando poca presencia en los cinco grupos de trastornos mentales anteriormente mencionados.

Los síntomas más frecuentemente encontrados en la población estudiada fueron: en relación a la ansiedad en mujeres y en hombres se evidenció los síntomas de abuso de sustancias o dependencia del alcohol, y con menor escala, la conducta alimentaria, somatomorfos y del estado de ánimo.

Estos síntomas son generados mayormente por la preocupación de la pérdida de un empleo y de un ser querido, la cual está altamente relacionada con el factor económico que muestra ser una condicionante importante asociada a la alteración en la salud mental en los adolescentes estudiados.

I. INTRODUCCION

La adolescencia es un periodo permeado por la idea de asimilar nuevos roles que derivan a menudo, en conflicto. Es una etapa de la vida en la que el ser humano experimenta muchos cambios, no solo a nivel físico, sino también psicológico, así como desde el punto de vista social y de la relación con iguales. Los adolescentes se encuentran rodeados de muchas situaciones a las que deben enfrentar y responder de acuerdo a su incipiente experiencia y en ese camino de búsqueda de encontrar sentido y solución a sus conflictos, pueden surgir ciertos riesgos de presentar conductas poco saludables.

Es allí donde toma relevancia el hecho de procurar un estado de salud mental adecuado, sobre todo durante este periodo de desarrollo el cual muchas veces es marcado por múltiples y numerosos eventos traumáticos, como violencia, problemas económicos, y los efectos de los desastres naturales, etc. Dejando éstos secuelas psicopatológicas y psicosociales tanto en el plano individual como en el comunitario, además de haber generado discapacidad en las áreas del funcionamiento familiar, escolar y laboral.

El impacto de estos eventos se incrementa en virtud de haberse producido en una situación de marcada pobreza. Dichas condiciones se agravan si se les suma la exclusión social de grupos poblacionales, que en especial afecta a las comunidades rurales y áreas urbanas marginales. Por tanto los trastornos psicopatológicos, que aumentan en relación inversa con la clase socioeconómica, obstaculizan lo esfuerzos que los grupos de población más vulnerables puedan hacer para superar ese ciclo.

No obstante la situación anteriormente descrita, en Guatemala los sistemas de salud distan de responder a las necesidades agravadas de la población, ofreciendo así una atención primaria de servicios de salud mental limitada, y especialmente aquella que se refiere a la atención con enfoque preventivo. Asimismo, los trabajadores de la atención primaria están insuficientemente preparados para manejar de manera eficaz los problemas psicosociales.

Tomando en cuenta lo anteriormente descrito, surge el interés de realizar el presente estudio con la población adolescente en el área marginal, y de esta manera realizar un diagnóstico de su salud mental, orientado a fortalecer el conocimiento de cuáles son los trastornos mentales más frecuentes en una población de adolescentes en áreas marginales, aplicando el test Prime MD, que consiste en un instrumento elaborado para el tamizaje de estos problemas y aplicable a nivel primario de atención, para luego ofrecer un programa que ofrezca fortalecer o empoderar en las áreas que sean vulnerables.

A continuación se expondrán algunos estudios que tocan la temática del diagnóstico de salud mental en Guatemala. Para ello, se tiene en cuenta el sentido general del estudio y las principales conclusiones.

Por su lado, Velásquez (2010) realizó una investigación descriptiva, de corte transversal, comparando a 257 alumnos de las Escuelas Nacionales de Educación Física MINEDUC de la ciudad de Guatemala y Departamento de Zacapa. Utilizó una metodología cuantitativa que consistió en la administración del cuestionario PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders o Evaluación Primaria de la Atención a Trastornos Mentales por sus siglas en inglés), con el afán de obtener la frecuencia de trastornos depresivos, de ansiedad, alimenticios, somatomorfos y, de abuso de estupefacientes. Entre los principales hallazgos del estudio, encontró que la frecuencia de las psicopatologías en la población estudiada fue de: 4.7% en relación a los trastornos depresivos; 10.5% en lo referente a trastornos de pánico; 2.3% en padecimientos de ansiedad; 7.8% en la frecuencia de trastornos de bulimia nerviosa y; 8.6% en el abuso de alcohol, entre otros.

La Universidad de San Carlos de Guatemala (2009) realizó en la misma línea un estudio con el objetivo de describir la epidemia de trastornos de salud mental en mujeres y hombres de 18 a 65 años de edad. Para llevar a cabo lo anterior, se aplicó de forma sistemática un instrumento de Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta en la versión 2.1 (Composite International Diagnostic Interview CIDI, por sus siglas en inglés), Luego de su aplicación, se encontró (entre otros resultados): un uso y abuso de sustancias estupefacientes en el 7.8% de la población; la presencia de trastornos psicóticos no afectivos en el 2.2% del total de la población; la ocurrencia en 8% de la población de trastornos del humor y 20.6 por ciento con

trastornos neuróticos. Dentro de otros hallazgos importantes, el estudio concluyó que uno de cada cuatro guatemaltecos (25% de la población) padece de algún trastorno de la salud mental y dentro de ellos, el sexo femenino es el más afectado, principalmente con trastornos de ansiedad. Por otra parte, se evidenció que el trastorno de estrés postraumático es el más prevalente dentro de la población guatemalteca y que solamente el 2.3% de la población guatemalteca ha acudido a consultas profesionales a causa de un trastorno de salud mental.

Vinculado al estudio del bienestar psicológico de la población adolescente, Puac (2007), hace referencia al bienestar psicológico en base al estado de satisfacción y de felicidad en que una persona se sienta con respecto a la vida que lleva. Para realizar el estudio, se utilizó la “Prueba de Escala del Bienestar Psicológico”, creada independientemente por un consorcio de profesionales liderados por José Sánchez Canovas. En base a ello, los principales resultados evidenciaron que los estudiantes del ciclo de educación básico gozan de bienestar psicológico subjetivo y que esto obedece al manejo adecuado de ideas positivas; satisfacción de necesidades; alcance de aspiraciones y experiencias agradables.

Por otra parte, López (2006) mediante un estudio descriptivo cuantitativo aplicó el instrumento PRIME MD, obteniendo los resultados siguientes: una frecuencia de psicopatologías del 82%, siendo los trastornos más frecuentes la somatización, ansiedad y depresión, así como un marcado abuso en el consumo de alcohol por parte de los hombres.

Para reforzar la intención de los estudios anteriores, Cazalli (2003), en su investigación resaltó la importancia de analizar el bienestar psicológico de la población dentro de dicha etapa. Para llevar a cabo su estudio, Cazalli, utilizó el “Test de Escala de Bienestar Psicológico”, aplicándolo a un total de 120 adolescentes hombres y mujeres de la comunidad, observando para ello el proceso actitudinal y el ambiente e interacción de los jóvenes. En base a lo anterior, se encontró que los jóvenes viven felices y que cuentan con una percepción subjetiva y material positiva de su entorno. Esto permite concluir a la vez, que es importante fortalecer el bienestar psicológico de las y los adolescentes y concebir propuestas adecuadas que estén enfocadas al desarrollo de habilidades técnicas y de desarrollo humano.

Es importante considerar los cambios biológicos y psicológicos que normalmente ocurren en púberes y adolescentes. Por tanto, García (1998), desarrolló un estudio de enfocándose en comprender la importancia de la orientación durante la etapa de análisis. Mediante el uso de boletas dirigidas a los cursantes de sexto primaria y primero básico dentro del Instituto, se evidenció que la orientación en las y los jóvenes debe ser continua a fin de facilitar el aprecio y aceptación de su propia personalidad.

Por último dentro de la misma línea, Alvarez (1994) realizó una investigación en el cual se tuvo como objetivo el comprobar si los adolescentes que provienen de hogares desintegrados, sufren trastornos de personalidad en su estabilidad emocional. Para lo cual utilizó un cuestionario de doce preguntas, que se aplicó a setenta y cinco estudiantes de sexo femenino del Instituto de Occidente (I.N.S.O.) concluyendo que en las adolescentes la desintegración provoca tristeza, soledad y temor. Se concluye que la familia deberá brindar estabilidad emocional la cual es indispensable para no generar problemas más serios en esta etapa del desarrollo del ser humano.

Luego de haber expuesto algunos estudios a nivel nacional, resulta conveniente hacer una revisión de aquellos análisis presentados fuera del contexto guatemalteco. Por tanto, en este apartado se hace una descripción similar a la anterior para siete estudios publicados en el exterior.

Por su lado, Moll (2009) realizó una investigación para explorar las representaciones de la salud mental en los trabajadores de dos instituciones especializadas en el área y ubicadas en Lima, Perú. El estudio, de tipo exploratorio y en base a una metodología de carácter cualitativo, constituyó en seleccionar un total de diez participantes, a los cuales les aplicó una entrevista semi estructurada. Los resultados dieron cuenta del mundo representacional de los trabajadores, exponiendo desde lo subjetivo, sus concepciones generales en torno a la salud mental, los factores que favorecen o interfieren en la misma, las reacciones que genera la persona que sufre una enfermedad mental y las expectativas de mejoría.

De igual manera, Arrufat (2008) realizó un estudio dirigido por los servicios de Epidemiología y Salud mental del Hospital General de Vic en Barcelona, España. El estudio fue planteado con el objetivo de detectar trastornos de la conducta alimentaria entre los adolescentes y analizar los factores relacionados a éstos. Para ello, participaron 20 centros escolares públicos y concertados de la comarca, administrándose un cuestionario a 2280 adolescentes hombres y mujeres de 14 a 16 años. Con ello, dentro de los principales hallazgos encontrados destaca que el 16% de las mujeres y el 2% de los hombres encuestados presentaban una situación de riesgo de padecer un trastorno alimentario. Además, el 32,5% de las mujeres y 7,1% de hombres estaban insatisfechos con su imagen corporal. Con ello fue posible evidenciar que las mujeres tienen muchas más posibilidades de padecer un trastorno alimenticio, que los varones.

En la misma línea, Figueras (2006) a través de un estudio para establecer la utilidad de un procedimiento de evaluación de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes de la Escuela Pública No.34 de Barcelona, España, estableció que la depresión es uno de los problemas principales en la salud mental en la sociedad actual, sobre todo al tener en cuenta lo referente a la sintomatología psicopatológica de la población estudiada. Las conclusiones anteriores, fueron posibles a través de evaluar dos grupos de participantes con edades entre 10 y 16 años, además de un grupo comunitario (1706 participantes) y uno clínico (285 participantes). Para ello, se administró un set de instrumentos como el “Reynolds Adolescent Depression Scale” (la Escala Reynolds para medir depresión adolescente, por sus siglas en inglés) y otros afines. En general, los resultados obtenidos mostraron que los instrumentos adaptados tienen buena validez y fiabilidad y que son útiles para la identificación y la evaluación de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes tanto en el ámbito comunitario, y escolar, como en el ámbito clínico.

Dentro de la temática anterior, Musito, Herrero y Estévez (2005) realizaron una investigación acerca del rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente en las comunidades de Cataluña Central en España. Dicha investigación fue realizada con el objetivo de analizar la influencia de la comunicación familiar (con el padre y la madre por separado) y del ajuste escolar (autoestima escolar y problemas de victimización en la escuela) en la salud mental

del adolescente (malestar psicológico: sintomatología depresiva y estrés percibido). La muestra estuvo constituida por 875 adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y los 16 años y los resultados obtenidos indicaron que los problemas de comunicación, tanto con la madre como con el padre, influyen directamente en el grado de malestar psicológico experimentado por el hijo/a adolescente. Por otra parte, se encontró un efecto indirecto de la comunicación familiar en el malestar psicológico, por medio del ajuste en la escuela. En este sentido, se sugiere que la existencia de una comunicación abierta con los padres influye positivamente en la autoestima escolar del hijo/a, la cual, a su vez, se relaciona inversamente con el malestar psicológico a través de la victimización, influyendo directamente en el malestar experimentado por el adolescente.

Estos resultados permiten extraer algunas conclusiones de interés. En primer lugar, este estudio viene a confirmar la importancia de los contextos familiar y escolar en el ajuste psicológico del adolescente, corroborando estudios previos que muestran la influencia directa. En segundo lugar, los factores familiares y escolares se relacionan entre sí y contribuyen conjuntamente en la explicación del malestar psicológico, o en otras palabras: los problemas de comunicación en el contexto familiar pueden convertirse en problemas de ajuste en el contexto escolar los que, a su vez, ejercen un efecto negativo en la salud mental del adolescente.

En relación al estudio anterior, Luch (2004) realizó una escala para evaluar la salud mental positiva en las mismas comunidades catalanas pero además en la Rioja, España, la cual está basada en el constructo de salud mental positiva. Por estas razones, los objetivos de esta investigación fueron: reivindicar los aspectos positivos de la psicología, operativizar y evaluar el modelo de salud mental positiva de Jahoda. Para llevar a cabo la investigación se aplicaron cuestionarios a muestras sistemáticas de estudiantes de enfermería de la Universidad de Barcelona, introduciendo el análisis de un modelo de salud mental positiva compuesto por 6 factores: Satisfacción Personal; Actitud Pro Social; Autocontrol; Autonomía, Resolución de Problemas y Auto actualización y finalmente; Habilidades de Relación Interpersonal. Como principal hallazgo del estudio se tuvo que el comportamiento de los factores resultantes es coherente con los conceptos utilizados en la bibliografía

actual de salud mental y resultan más cercanos a la realidad que los criterios de Jahoda.

Altamente relacionado con el caso anterior, se encuentra lo postulado por Haquin, Larraguibel y Cabezas (2004) al investigar los factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama, Chile. Para llevar a cabo lo anterior, se tuvo como objetivo, determinar la realidad psicosocial de la población infante juvenil perteneciente a la educación municipalizada de la ciudad de Calama, estudiando una muestra representativa de la población de séptimo básico a cuarto medio de la educación municipalizada de dicha ciudad. Por tanto, se aplicó un cuestionario de factores protectores y de riesgo en salud mental para adolescentes entre 11 y 18 años de edad, así como un cuestionario psicopatológico para adolescentes; un cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y un Cuestionario de ideación e intento de suicidio. Dentro de los principales resultados figuró que los factores de riesgo predominantes fueron: falta de destrezas sociales y pertenencia a grupo; bajo auto concepto; autoestima y situación familiar irregular. Asimismo, dentro de los factores protectores más frecuentes estuvieron: expectativas futuras; ausencia de conductas de riesgo social, de alcohol y drogas y sexuales, y ausencia de maltrato. Cabe decir que en el 36,6% de las mujeres consultadas, es decir 191 casos, alcanzaron puntajes iguales o mayores al corte respectivo en el Cuestionario Psicopatológico para adolescentes, versus el 22,2% de los hombres consultados (121 casos).

Por último, Aguilera, Carreno y Juárez (2004) realizaron una investigación acerca de las características psicométricas para una muestra de adolescentes en las áreas rurales mexicanas con mayor propensión a migrar. El objetivo de la investigación estuvo orientado a informar sobre las características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés) de Radloff. Para cumplir con este objetivo, se utilizó un cuestionario auto aplicable que incluyó la medición de la autoestima y de la ideación suicida. Este procedimiento se llevó a cabo en escuelas que se seleccionaron por medio de un muestreo no probabilístico intencional. Como principal hallazgo se obtuvo que, independientemente de que los adolescentes vivan o no con su padre, los factores estructurales del campo mexicano (desempleo, falta de capacitación para trabajar la

tierra, deserción escolar, entre otros) constituyen situaciones que inciden y merman el bienestar psicológico de este sector de la población. Asimismo, este y otros resultados confirmaron que la CES-D es una escala confiable y válida para medir sintomatología depresiva en la población rural adolescente.

Luego de haber hecho mención de diversos estudios relacionados con el tema de investigación, a continuación se presentan las bases teóricas en las que se fundamenta el estudio actual.

1.1 Adolescencia

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2004), definen la adolescencia como el periodo entre los 10 y los 19 años de edad. La adolescencia temprana abarca desde los 10 a los 13 años; la adolescencia intermedia, desde los 14 a los 16 años y la adolescencia tardía, desde los 17 hasta los 19 años.

También Tomas (2004), aporta que la adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones.

Con lo anterior, esta etapa no solamente debe de entenderse como un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. Paralelamente también la juventud, que comprende el período entre los 15 y 24 años de edad, es una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, está ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad; es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere.

La adolescencia es una construcción social, la cual en el siglo XX, no existía concepto de adolescencia; por lo tanto, en las culturas occidentales los niños entraban al mundo adulto cuando maduraban físicamente o cuando empezaban como aprendices de un oficio. En la actualidad, el ingreso a la edad adulta lleva más tiempo y está menos definido. La pubertad empieza antes de lo acostumbrado, y el ingreso a una vocación tiende a ocurrir más tarde, ya que las sociedades complejas

requieren períodos más largos de educación o entrenamiento vocacional antes de que un joven logre asumir responsabilidades de adultos.

Por su parte, Papalia (2005) presenta el desarrollo psicológico del adolescente como un periodo de cambios rápidos y notables entre los que figuran los siguientes:

- Maduración física
- Maduración cognitiva
- Desarrollo psicosocial

La madurez cognitiva es la capacidad para pensar de forma abstracta, hecho que se alcanza ordinariamente durante la adolescencia, según Piaget, entre los 11 y 20 años. Los adolescentes pueden, entonces, pensar no sólo en función de lo que observan en una situación concreta. Desde ese momento pueden imaginar una variedad infinita de posibilidades, pensar en situaciones hipotéticas, considerar todos los aspectos de una situación y plantearse un problema intelectual de forma sistemática.

Respecto al desarrollo psicosocial, la tarea más importante de un adolescente es la búsqueda de su identidad, resolver la cuestión: “quién soy en realidad”. Esta cuestión no se resuelve plenamente en la adolescencia, sino que se repite a lo largo de toda la vida.

Nuevamente Papalia (2005), refiere que Erikson describe esta búsqueda en su quinta crisis: identidad frente a confusión de roles. Los repentinos cambios temporales desconciertan a los jóvenes y les hacen preguntarse qué personas han sido hasta ahora y en quién se están convirtiendo. Se pregunta: “¿Soy la misma persona que solía ser? O ¿Cómo seré a partir de ahora? Y, tratando de descifrar su mayor preocupación, realizarse en la vida, están en peligro de sentirse confusos.

Esta confusión aparece reflejada en el excesivo tiempo que emplean algunos en elegir una profesión. La confusión también se refleja en el culto al héroe, en la impulsividad infantil o en la intolerancia hacia los demás. Enamorarse es considerado por Erikson como un intento de definir la identidad. A través de una relación más íntima con otra persona y compartiendo pensamientos y sentimientos, el adolescente ofrece su propia identidad, la ve reflejada en la persona amada y es

más capaz de conocerse a sí mismo. El concepto de identidad de Erikson ha recibido más atención y más apoyo que ningún otro aspecto de su teoría.

Cada área del cambio es independiente de las otras, no obstante todas están estrechamente vinculadas; nótese que el desarrollo físico y cognitivo ocurren ya sea que el adolescente lo desee o no, menciona Tomas (2004).

El desarrollo psicosocial, por otro lado, debe tener lugar dentro de un contexto social. Es el proceso de aprendizaje acerca de sí mismo, en relación con los compañeros y adultos; el momento de desarrollar:

- La identidad: un sentido coherente de “quién soy” que no cambia de forma significativa de un contexto al otro.
- La intimidad: una capacidad para relaciones maduras, tanto sexuales como emocionales.
- La integridad: un sentido claro de lo que está bien y lo que está mal, incluyendo actitudes y comportamientos socialmente responsables.
- La independencia psicológica: un sentido suficientemente fuerte de sí mismo que permite tomar decisiones, andar por el mundo sin depender excesivamente de otros y asumir las funciones, las prerrogativas y las responsabilidades del adulto.
- La independencia física: una capacidad de dejar a la familia y ganarse el propio sustento (ingreso, vivienda, transporte, etc.)

Estas diferentes tareas son enfrentadas paulatinamente a lo largo de la transición adolescente. Ellas pueden ser esquemáticamente agrupadas en tres fases o sub-etapas: adolescencia temprana, adolescencia intermedia y adolescencia tardía. En la primera etapa los cambios fisiológicos propios de la pubertad son muy evidentes y centrales, tanto para el adolescente como para quienes lo rodean.

El pensamiento tiende a ser aún concreto, con fines muy inmediatos, y la separación de los padres recién comienza con una actitud rebelde pero sin un real distanciamiento interno. Las amistades son fundamentalmente del mismo sexo, generalmente grupales, con un tímido avance hacia el sexo opuesto. La religiosidad acerca se exagera, otras se apaga, pero siempre está ligada a los puntos de vista familiares.

En la adolescencia media, la separación de la familia comienza a hacerse más real. La cercanía de los amigos es más selectiva y se pasa de las actividades grupales a otras en pareja. Tanto en ese plano como en el de los intereses y valores, la conducta predominante es exploratoria, se buscan diversas alternativas en cuanto a parejas, actividades, y puntos de vista. Esta variabilidad se ve acentuada por la capacidad de pensar en forma abstracta, y de jugar con ideas y sistemas filosóficos. La preocupación obsesiva de la etapa previa por las transformaciones corporales es reemplazada por un foco en la relación interpersonal y en las ideas propias y de los demás.

La tendencia al cambio y a la experimentación comienza a disminuir en la adolescencia tardía, en la cual surgen relaciones interpersonales estables. La cercanía mutua lleva muchas veces a aproximaciones físicas y a veces al contacto sexual tanto en el plano biológico como en el psicológico, existe a esta altura una mayor capacidad de compromiso. Erickson ha hablado del logro de la capacidad de intimidad como propia de esta etapa.

En el plano de la visión de sí mismo, el logro paralelo es el de la identidad, que implica una autoimagen estable a lo largo de tiempo. En el plano cognitivo, la capacidad de abstraer se modifica hacia la de planificar el futuro, el de preocuparse por los planes concretos de estudio, trabajo, vida en común de pareja, etc.

La relación con la familia a veces vuelve a ser importante, con una visión menos crítica y una actitud menos beligerante hacia los padres que aquella propia de etapas anteriores. Un resumen de estas pueden apreciarse en la Tabla 1 en Anexos.

Nuevamente Papalia (2005), refiere que la pubertad empieza con un aumento sostenido en la producción de hormonas sexuales, Primero, en algún momento entre los cinco y los nueve años, las glándulas suprarrenales comienzan a secretar grandes cantidades de andrógenos, los cuales jugarán un papel importante en el crecimiento del vello púbico, axilar y facial. Unos cuantos años después, en las niñas los ovarios aumentan su producción de estrógeno, con los que se estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal. Niños y niñas tienen ambos tipos de hormonas, pero las niñas tienen niveles más altos de estrógeno y los niños niveles más altos de andrógenos, por ejemplo, en las niñas, la

testosterona influye en el crecimiento del clítoris, así como de los huesos y el vello púbico y axilar. En este momento preciso en que comienza la actividad hormonal parece depender de que se alcance un nivel crítico de peso.

Estudios de ratones y humanos demuestran que se necesita de la leptina, una hormona proteína secretada por los tejidos grasos, y que se sabe, tiene un papel determinante en la obesidad. Una acumulación de leptina en el torrente sanguíneo estimula al hipotálamo, una estructura en la base del cerebro, para enviar señales pulsantes a la glándula pituitaria, que a su vez indica a las glándulas sexuales que incrementen su secreción de hormonas. Esto explica porque las niñas con sobrepeso entran en la pubertad antes que las niñas delgadas. (Papalia 2009).

Algunas investigaciones atribuyen a los cambios hormonales la mayor emocionalidad de mal humor de la adolescencia temprana. Sin embargo otras influencias como el género, la edad, el temperamento y el momento de la pubertad pueden moderar o incluso anular los cambios hormonales. Además las hormonas parecen tener una relación más fuerte con los estados de ánimo en los muchachos que en las chicas, y en especial en los adolescentes tempranos, quienes todavía se están ajustando a los cambios de la pubertad.

Los cambios físicos en niños y niñas durante la pubertad incluyen el estirón del adolescente, el desarrollo del vello púbico, una voz más profunda y crecimiento muscular. La maduración de los órganos reproductivos trae el inicio de la ovulación y la menstruación en las muchachas y la producción de esperma en los chicos. Esos cambios se presentan en una secuencia que es mucho más consistente que el momento en que se presentan, aunque hay algunas variaciones. Por supuesto, los niños y las niñas crecen de manera diferente. Un chico se vuelve más grande en todo: sus hombros son más amplios, sus piernas son más largas en relación con su tronco y sus antebrazos son más largos en relación con las extremidades superiores y su estatura. En tanto, la pelvis de las niñas se amplía para facilitar el parto y se depositan capas de grasa bajo la piel, dándoles una apariencia más redondeada. (Papalia 2009).

El estirón del adolescente afecta prácticamente todas las dimensiones esqueléticas y musculares. Incluso los ojos crecen más rápido, ocasionando un incremento en la miopía, un problema que afecta aproximadamente a la cuarta parte de los jóvenes

de 12 a 17 años. La mandíbula inferior se hace más larga y más gruesa; además, la mandíbula y la nariz se proyectan más y los dientes incisivos son más salientes. Dado que cada uno de esos cambios sigue su propio cronograma, algunas partes del cuerpo pueden parecer desproporcionadas por un tiempo. El resultado es la torpeza de los adolescentes la cual acompaña a un crecimiento acelerado y desbalanceado.

Nuevamente Papalia (2005), refiere que existen notables cambios físicos tienen ramificaciones psicológicas. La mayoría de los adolescentes están más preocupados por su apariencia que por cualquier otro aspecto de sí mismos, y a muchos no les gusta lo que ven en el espejo. Las muchachas tienden a sentirse más insatisfechas con su apariencia que los chicos, con lo cual se refleja que culturalmente se le da mayor énfasis a los atributos físicos de las mujeres. Las muchachas, en especial las que están avanzadas en el desarrollo de la pubertad, suelen pensar que son demasiado gordas y esta imagen corporal negativa puede llevarlas a problemas alimenticios. La preocupación por la imagen corporal también está relacionada con el despertar de la atracción sexual, la cual, como se estudiará más adelante se ha encontrado que empieza desde los 9 o 10 años.

Existen características sexuales primarias son los órganos necesarios para la reproducción. En la mujer, los órganos sexuales son los ovarios, las trompas de falopio, el útero y la vagina; en el hombre, los testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata. Durante la pubertad esos órganos se agrandan y maduran. En los niños, el primer signo de pubertad es el crecimiento de los testículos y el escroto. En las niñas el crecimiento de las características sexuales primarias no puede advertirse tan fácilmente porque esos órganos son internos.

Las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de maduración sexual que no involucran directamente a los órganos sexuales; por ejemplo, los senos de las mujeres y los anchos hombros de los hombres. Otras características sexuales secundarias son los cambios en la voz y la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal. (Papalia 2009).

El primer signo confiable de pubertad en las niñas es el crecimiento de los senos. Los pezones se agrandan y sobresalen, la aureola (el área coloreada que rodea a los pezones) se hace más grande y los senos adquieren primero una forma cónica y

luego una redondeada. Para su pesar, algunos adolescentes varones experimentan un agrandamiento temporal de las tetillas; sin embargo, esto es normal y puede durar hasta 18 meses.

La voz se hace más profunda, en parte como respuesta al crecimiento de la laringe y en parte, en especial en los varones, en respuesta a la producción de hormonas masculinas. Además, la piel se vuelve más gruesa y grasosa. La mayor actividad de las glándulas sebáceas (que secretan una sustancia grasosa) puede producir barros y espinillas. El acné es más común en los varones y parece estar relacionado con mayores cantidades de testosterona. (Papalia 2009).

El vello púbico, que al principio es liso y sedoso y a la larga llega a ser áspero, oscuro y rizado, aparece en diferentes patrones en hombres y mujeres. Los varones adolescentes usualmente se sienten felices de tener vello en la cara y el pecho, pero las muchachas por lo general quedan consternadas por la aparición de incluso una mínima cantidad de vello en el rostro o alrededor de los pezones, aunque esto es normal.

Papalia (2005), refiere que Gaddis aporta que en varones, el principal signo de madurez sexual es la producción de esperma. Un muchacho puede encontrar al despertar una mancha húmeda o una mancha seca endurecida sobre las sábanas, lo cual es resultado de una eyaculación nocturna, es decir una eyaculación involuntaria de semen (conocido comúnmente como sueño húmedo). La mayoría de los muchachos adolescentes tienen esas emisiones, en ocasiones en conexión con un sueño erótico. Existe poca investigación acerca de los sentimientos de los muchachos acerca de su primera eyaculación (espermarquia), que ocurre a la edad promedio de 13 años; en un estudio, la mayoría de los muchachos reportó reacciones positivas, aunque cerca de dos terceras partes estaban algo asustados.

El principal signo de madurez sexual en las muchachas es la menstruación, el cambio mensual del tejido del revestimiento del útero. La primera menstruación llamada menarquía, ocurre bastante tarde en la secuencia del desarrollo femenino e indica que la ovulación está teniendo lugar. En promedio, una niña blanca menstrúa por primera vez alrededor de los doce y medio años, mientras que una niña hispana o negra lo hace de tres a seis meses antes según Chumlea, refiere Papalia (2005). Sin embargo, el momento normal de la menarquía varía entre los 10 y los 16 y medio

años. Los efectos psicológicos del momento de aparición de la pubertad dependen de cómo el adolescente y otras personas de su mundo interpreten los cambios que la acompañan. Sin embargo, la menarquía temprana ha sido asociada con depresión y abuso de drogas.

Es más probable que los efectos de la maduración temprana o tardía sea negativos cuando los adolescentes están mucho más o menos desarrollados que sus pares, cuando no consideran que los cambios sean ventajosos y cuando varios eventos estresantes ocurren aproximadamente al mismo tiempo. Por lo tanto, los adultos necesitan ser sensibles al impacto potencial de los cambios de la pubertad para ayudar a los jóvenes a experimentar esos cambios de la manera más positiva posible.

Por lo general, esos años son saludables, como reconoce la mayoría de los adolescentes. Nueve de cada diez jóvenes en la adolescencia temprana o intermedia se consideran saludables, de acuerdo con un estudio internacional realizado a más de 120,000 niños en edad escolar de 11, 13 y 15 años en Estados Unidos y otros 27 países occidentales industrializados bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud OMS (2007).

Papalia (2005), refiere que Scheidt, aun así a pesar de su buena salud general, muchos adolescentes más jóvenes, en especial mujeres, informaron de frecuentes síntomas y problemas de salud, como jaquecas, dolores de estómago, dolor de espalda, nerviosismo y sentimientos de cansancio, soledad o “debilidad”. Tales reportes fueron más comunes en Estados Unidos e Israel, lo que quizá se debe a que la vida en esas culturas tiende a ser más apresurada y estresante. En los adolescentes, son bajas las tasas de discapacidad y enfermedad crónica, y la salud mental ha mejorado entre niños y adolescentes. Peso a ello, aproximadamente la quinta parte de los niños de 10 a 18 años en Estados Unidos tienen al menos un problema serio de salud física o mental, y muchos necesitan orientación psicológica u otros servicios de salud.

Muchos problemas de salud se puede prevenir, y surgen del estilo de vida o de la pobreza. De acuerdo con el estudio de la Organización Mundial de la Salud (2007), en los países industrializados los adolescentes de las familias menos acomodadas tienden a reportar una salud más pobre y síntomas más frecuentes. En cambio los

adolescentes más adinerados suelen tener dietas más sanas y mayor actividad física. Por otro lado, la posición socioeconómica parece no tener efecto en el tabaquismo y el consumo de alcohol entre los jóvenes de 15 años. En resumen, las principales preocupaciones acerca de salud en esta etapa son: la condición física, las necesidades de sueño, los trastornos alimenticios, el abuso de drogas, la depresión y las causas de muerte en la adolescencia.

El ejercicio, o su ausencia afecta la salud física y mental. Además, mejora la fuerza y la resistencia, ayuda a construir huesos y músculos sanos, ayuda a controlar el peso, reduce la ansiedad y el estrés e incrementa la confianza en uno mismo. Incluso la actividad física moderada tiene beneficios para la salud cuando se realiza de preferencia los días de la semana al menos durante 30 minutos. Un estilo de vida sedentario que se prolonga en la edad adulta aumenta el riesgo de obesidad, diabetes, enfermedad cardíaca y cáncer.

Los jóvenes que se ejercitan por lo general se sienten mejor que quienes no lo hacen. Tienden a ser más seguros y pasan más tiempo con amigos, lo cual sugiere que usan los deportes como medio de socialización (Hickman et al 2000). Por otro lado, muchos estudiantes de bachillerato se lesionan en los deportes. Algunas de esas lesiones podrían evitarse al agrupar a los jugadores por tamaño, habilidad y nivel de maduración en lugar de hacerlo por edad; también es recomendable mejorar el diseño del equipo, así como la supervisión y cumplimiento de las reglas de seguridad. Las necesidades de sueño muchos adolescentes no duermen lo suficiente. Van a la cama más tarde que los niños más pequeños y, en los días de escuela, se levantan temprano o más temprano que ellos. Pese a lo cual, los adolescentes tempranos necesitan casi tanto sueño como antes, cerca de nueve horas por noche Papalia (2005), refiere que Inglowstein, Jenni, Molinari y Largo, el dormir hasta más tarde los fines de semana no recupera el sueño perdido. Los adolescentes o preadolescentes que tienen programas irregulares de sueño tienden a tener una privación crónica de sueño y a estar soñolientos durante el día. Los adolescentes privados de sueño tienden a mostrar síntomas de depresión, a tener problemas de sueño y un mal desempeño en la escuela.

¿Por qué permanecen despiertos hasta tarde los adolescentes? En parte puede deberse a que tienen que hacer la tarea, les gusta hablar por teléfono con los

amigos o navegar en internet, o porque desean actuar “como grandes”. Sin embargo, también pueden estar involucrados cambios fisiológicos. Los adolescentes pasan por un cambio en el ciclo natural de sueño del cerebro, o sistema de ritmos circadianos. El ritmo de secreción de la melatonina, una hormona detectable en la saliva, es un indicador de cuando el cerebro está listo para dormir. Después de la pubertad esta secreción ocurre más tarde en la noche. Por ende los adolescentes necesitan ir a la cama y levantarse más tarde que los niños más pequeños. Sin embargo la mayoría de las escuelas secundarias inician más temprano que las primarias. Sus programas están fuera de sincronización con los ritmos biológicos de los estudiantes. Esos hallazgos concuerdan con los ciclos diarios del estado de ánimo de los adolescentes, los cuales también pueden estar relacionados con las hormonas. Los adolescentes tienden a estar menos alertas y más estresados por la mañana. Iniciar la escuela más tarde, o al menos ofrecer los cursos más difíciles un poco más tarde en el día, maximizaría la capacidad de concentración de los estudiantes refiere Papalia (2005).

Los adolescentes estadounidenses llevan dietas menos saludables que en la mayoría de los otros países industrializados. Comen menos frutas y vegetales y más dulces, chocolate. Gaseosa y otros alimentos “chatarra” que son altos en colesterol, grasa y calorías y bajos nutrimentos. En esta edad con comunes las deficiencias en calcio, zinc y hierro. Y estas pueden tener efectos en la cognición; la deficiencia de hierro ha sido vinculada a calificaciones más bajas en las pruebas estandarizadas de matemáticas.

Papalia (2005), refiere que la APA comenta que el comer en exceso y la falta extrema de alimento, aún más comunes en las sociedades industrializadas donde la comida es abundante y el atractivo se equipara con la delgadez. Obesidad. La adolescente promedio necesita alrededor de 2 200 calorías por día; mientras que el adolescente promedio necesita cerca de 2 800. Muchos adolescentes consumen más calorías de las que gastan y por ende acumulan un exceso de grasa corporal. Algunas causas de obesidad, como la escasa actividad física y los malos hábitos alimenticios, están hasta cierto grado dentro del control del joven. Los programas de pérdida de peso que usan técnicas de modificación de conducta para ayudar a los adolescentes a hacer cambios en la dieta y el ejercicio han tenido cierto éxito. Sin embargo, como se ha señalado, los factores genéticos y otros factores que no tienen

nada que ver con la fuerza de voluntad o la elección del estilo de vida hacen que algunas personas sean susceptibles a la obesidad. Entre esos factores se encuentra la regulación defectuosa del metabolismo, la incapacidad para reconocer las señales corporales acerca del hambre y la saciedad así como el desarrollo de un número anormalmente grande de células adiposas.

Los adolescentes obesos tienen a convertirse en adultos obesos, sometidos a los riesgos físicos, sociales y psicológicos. El sobrepeso en la adolescencia puede conducir en la adultez a condiciones crónicas que ponen en riesgo la vida, incluso si se pierde el sobrepeso. Debido al incremento normal en las muchachas de grasa corporal durante la pubertad, muchas, en especial aquellas que están avanzadas en el desarrollo de la pubertad, se sienten insatisfechas con su apariencia, con lo cual refleja el énfasis cultural en los atributos físicos de las mujeres, y esta imagen corporal negativa puede dar lugar a problemas alimenticios. La insatisfacción de las muchachas con su cuerpo se incrementa en el curso de la adolescencia temprana a la intermedia, mientras que los muchachos, que se vuelven más musculosos, se sienten más satisfechos con su cuerpo. A los quince años, más de la mitad de las adolescentes analizadas en 16 países estaban haciendo dieta o pensaban que deberían hacerlo. Las muchachas con padres solteros o divorciados, y las que comen solas con frecuencia, están en riesgo de desarrollar trastornos alimenticios. Según Papalia (2005), refiera a Martínez.

En un entorno normal, la prevalencia de la depresión se incrementa durante la adolescencia. Hasta 2.5 por ciento de los niños y 8.3 por ciento de los adolescentes tienen una depresión mayor en un momento dado, y de 15 a 20 por ciento pueden experimentar un episodio depresivo en algún momento de la adolescencia.

Las adolescentes, en particular las chicas que maduran temprano al igual que las mujeres adultas son especialmente susceptibles a la depresión esta diferencia de género puede estar relacionada con cambios biológicos conectados con la pubertad o con la forma en que se socializa a las niñas y su mayor vulnerabilidad al estrés en las relaciones sociales. La imagen corporal y los trastornos alimenticios también puede agravar los síntomas depresivos. Tomas (2004).

La frecuencia de choques automovilísticos, muertes por armas de fuego y suicidios en este grupo de edad refleja una cultura violenta, así como la inexperiencia e

inmadurez de los adolescentes, lo que a menudo los lleva correr riesgos y a ser imprudentes.

Papalia (2005), refiere que las características en un adolescente van a variar dependiendo del estilo de vida, nivel socio económico y país en el que se desenvuelva, pero que se puede tomar como parámetro de un adolescente normal las siguientes características:

A nivel personal:

- Se manifiesta inquieto y hablador si él desea por el contrario puede ser callado y pensativo, le gusta estar solo, o acompañado de coetáneos.
- El adolescente sueña y medita.
- Desarrolla múltiples relaciones interpersonales.
- Se descontrola con facilidad, sufre frecuentes ataques de risa y cambios de humor; si se le contraría, su voz se exalta con facilidad y cuando falta una autoridad moral realmente firme, resulta difícil controlarlo; de ahí su rebeldía contra los padres, las peleas y constantes riñas con los hermanos, la oposición a ayudar en las tareas de casa, la resistencia a adoptar buenos modales, la constante protesta, etc., fenómenos que en gran medida son simples manifestaciones de afirmación personal y de auto absorción de la primera fase de la adolescencia.
- Gusto por la acción en grupo, en forma de competición con sus semejantes; energía en el trabajo, espontaneidad en la conducta e inmediatez en la acción.
- Pasa gran parte de la jornada fuera de la propia familia; en la escuela y en el ambiente de trabajo tiene la posibilidad de establecer interacciones sociales con sus coetáneos y con los demás cada vez más extensas y duraderas.
- Deseo de elaborar teorías, de participar activamente en las ideas de los hombres con que vive y las corrientes de pensamiento cultural de los contextos sociales en que está inserto.
- La comprensión la buscan fuera, en los compañeros, en los amigos, hasta encontrar el que va a convertirse en su confidente, el adulto o los

padres no llenan esos requisitos. Al revés de lo que sucedía durante la niñez, el adolescente canaliza sus sentimientos y afectos hacia fuera de casa, hacia los compañeros o adultos, o sea, hacia cuantas personas se interesen por él, sean sensibles para con sus problemas y comprensivos con su conducta. Estos sentimientos, además de proporcionarle seguridad personal y confianza en sí mismo, desencadenan en él una serie de asociaciones cada vez más placenteras y reconfortantes, lo que motiva que el adolescente se encuentre cada vez más a gusto entre esas personas y lo manifieste en sus actitudes y comportamiento.

- Esta situación afectiva lleva al adolescente a la búsqueda del sentido social, al encuentro con los demás y a una especie de sensación de que necesita completarse. Es en ese momento cuando se da la tendencia a las primeras relaciones de pareja. Por ello el adolescente, - más agresivo e impulsivo visceralmente- siente la necesidad de ternura, amparo y cariño. La adolescente a su vez, siente la necesidad de alguien que la estimule, la comprenda y le dé fuerza y apoyo. Es el momento de la apertura al mundo afectivo y del descubrimiento del otro y de sí mismo, época de romances y amores efímeros, que acaban tan pronto como empiezan -porque han empezado únicamente como un mecanismo de fuga y evasión-. En ese momento el adolescente necesita, más que nunca, ser ayudado, tener unos padres a la altura de su misión educadora, profesores que comprendan esta compleja problemática de la adolescencia.
- Optimismo en actitudes.
- Necesidad de independencia y de afirmación de su propio Yo.
- Florecimiento de cualidades y actitudes especiales.
- Profundización en su personalidad.
- Apasionamiento por sus ideales.
- Revalorización de su propia imagen.
- Mayor importancia en apariencia física, que la que poseían las ser niños.

- Puede existir deseo de ser más una persona sociable, que estudiosa, por ello en algún momento se desatiende el área académica o se vuelve menos importante.
- Deseo de éxito social (sobresalir en lo que realicen, puede ser algún deporte).
- El ciclo de sueño cambia, ya que necesitan acostarse más tarde, pero pueden dormir largos períodos de tiempo en el día.

A nivel sexual:

- Manifestar afectos generalmente hacia personas del sexo opuesto, haciéndole pequeños favores con la esperanza de hacerla feliz, de serle agradable o útil.
- Escucha con embeleso cuanto esta persona dice o hace.
- Es fiel y tolerante a personas del sexo opuesto.
- Con mucha dificultad consiguen en la pubertad desarrollarse plenamente las dos componentes de una vida sexual normal, la genital y la sentimental. En la adolescente el componente sentimental va por delante de la genital y en el adolescente, por el contrario, en la primera fase de la pubertad, es lo sexual lo que se impone a lo sentimental. Sólo en la fase final de la pubertad y de la adolescencia, al conseguir la maduración completa y entrar en la vida adulta, se alcanza el equilibrio en el desarrollo de estas dos componentes.
- Presentan un progresivo acercamiento de los sexos en la adolescencia, según modalidades condicionadas de modo diverso por la madurez personal y por el ambiente sociocultural. A nivel psicosexual, el adolescente, al interiorizar las funciones de sus órganos genitales, aparta sus tendencias libidinosas de la familia y las dirige hacia lo exterior; hecho que exige un refuerzo de su propia identidad, mediante un proceso sociopsicológico de identificación con los compañeros del mismo sexo, que es el modo de superar el complejo de Edipo, pero también origen inconsciente de gran parte de los conflictos generacionales, dada la gran necesidad que el proceso de

identidad del adolescente le crea de ser distinto de las generaciones mayores.

- Sueñan el amor antes de vivenciarlo y lo desean ardientemente para satisfacer sus necesidades esenciales: por su necesidad de ternura y por exigencia sexual.
- Todo ello motiva el que los adolescentes:

1. Se proyecten apasionadamente en los problemas humanos o en los acontecimientos de la actualidad, aplicándose en ellos o criticándolos radicalmente, llevando hasta las últimas consecuencias sus razonamientos manifestados por medio de la acción, la crítica, el rechazo o la repulsión.

2. Montan teorías -emanadas de razonamientos y sentimientos muy complejos sobre el universo, la sociedad, la solidaridad social, la paz o el amor, que al ser resultado de conflictos internos, se convierten en tema de interminables y apasionantes debates que, dirigidos por su portentosa imaginación y perspicaz fantasía, los llevan: al mundo de la ilusión, de la meditación y de la pura especulación intelectual; o al temor de enfrentarse con lo real y a la desconfianza de lo social. Por eso desarrollan una extensa gama de sentimientos, desencadenan innumerables pasiones y transforman las relaciones con el sexo opuesto y auténticos romances efectivos.

3. Experimenten sentimientos de culpa y de angustia; complejos y conductas insaciables; vivan constreñidos y manifiesten actitudes agresivas, coléricas o violentas, o por el contrario se comporten con delicadeza extrema y sumisión exagerada, tengan miedo de perder la amistad y el afecto de sus padres y planeen perspectivas de futuro (vida aventurera, heroicidades, viajes fantásticos, etc.), modos de comportarse que les permiten liberar una intensa y dinámica carga afectiva.

En el ámbito socio familiar:

- Crítica minuciosamente el comportamiento de sus padres.
- Tienden a alejarse del círculo familiar.
- En algunos momentos pueden llegar a experimentar una sensación de soledad, de tristeza y melancolía, deleitándose en esos estados de naturaleza

psico-afectiva y emocional, aunque acusen a los miembros de su familia a ser los responsables de su mal humor.

- En la adolescencia, el joven empieza a desligarse de su familia, hasta entonces centro de su vida, e inicia el camino del proceso de su identidad.
- Esta ruptura progresiva con los padres conduce al adolescente a renunciar a su dominio y super protección, a producirle inseguridad e inquietud y a poner de manifiesto su capacidad y sus limitaciones. Se trata del inicio del conflicto generacional y el preludio de la etapa de afirmación de la individualidad del adolescente en la cual, descornado el velo de la expresión de la sexualidad, son necesarios cambios de actitud en las manifestaciones de autoridad familiar y modificaciones en la dinámica de su Superyo.
- Posee resistencia a las normas familiares, agresión casi sin darse cuenta, a los propios padres, a pesar de que indiscutiblemente los quiere; diálogo con los adultos para constatar las reacciones que su comportamiento produce en los interlocutores.

A nivel psicológico:

- Es el período de la "conciencia interiorizante", que incluye al mundo exterior. Por eso interacciona lo interior con lo exterior mediante un juego intelectual y una dialéctica de conflictos; proceso de interiorización que lo conducirá al descubrimiento de su propio proceso de construcción individual y a su maduración personal.
- Este proceso de interiorización lleva al adolescente a descubrir una manera nueva de ser y de estar, a reflexionar sobre sí mismo y sobre el mundo circundante, a darse cuenta de la aparición de nuevas fuerzas y tendencias menos difusas y más uniformes, y a exteriorizar una nueva fuerza de voluntad, que es la mayor característica de los adolescentes entre los 13 y los 15 años; hecho que no impide la existencia de desconfianzas e inhibiciones, de momentos de tristeza y de cambios de humor, de actitudes contradictorias y de expresiones insolentes.
- Tras esta amplia gama de actitudes, los adolescentes tienen denominadores comunes: aspiran a ser elegantes y a tener cualidades estéticas, robustez y fuerza física, habilidades deportivas y buena presencia; dominio de sí mismos

y sentido del deber; a ser inteligentes y leales, idealistas y activos, tolerantes y deseosos de que tengan buena opinión de ellos; realistas y originales.

- Sienten necesidad de amar y de ser amado, pero se ve mediatizado por sentimientos de egoísmo y hasta por ciertos rasgos egocéntricos y de vanidad personal.
- Va ganando confianza en sí mismo, pero necesita servirse de los demás para reforzar su comportamiento con su aprobación benevolente.
- Canaliza el amor hacia el sexo contrario, dando origen a un amor mezcla de ansiedad y de alegría, de desafío y estímulo, de "deseo-amenaza" de seducción y de deseo-riesgo de ser amado, de satisfacción afectiva y de desesperación solitaria, de superioridad y de inferioridad, de placer y de culpa.
- Búsqueda de equilibrio psico emocional, de armonía interior y de adaptación a las exigencias de la vida adulta, tanto en el ámbito de la conducta como en lo económico y social, es un período de cambios mucho más lentos y tranquilos que los anteriores y termina cuando el joven se siente plenamente integrado, completamente independiente, sin necesidad del apoyo emocional de otras personas, sin rechazar su propio pasado, con una nueva valoración de su futuro y una maduración de su forma de pensar.
- Pueden pasar alguna etapa de depresión por problemas que no sientan ellos que la puedan solucionar, la mayoría de veces se crea por lo que puedan pensar los otros de ellos o por alguna situación de imagen corporal.

1.2 Salud Mental

En las distintas culturas los estudiosos han definido de formas diversas la salud mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental, refiere González (1999).

Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales, según informa la Organización Mundial de la Salud (2003). Tomando conocimientos sobre la salud mental y, en términos más

generales, sobre el funcionamiento de la mente son importantes, porque proporcionan el fundamento necesario para comprender mejor el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento.

En los últimos años, la nueva información procedente de la neurociencia y la medicina conductual ha ampliado de manera espectacular los conocimientos sobre la mente y el funcionamiento del cerebro. Resulta cada vez más evidente que dicho funcionamiento tiene una base fisiológica, además de estar esencialmente relacionado con el funcionamiento físico y social, y con los resultados de salud.

De acuerdo con la OMS (2003) existen tres criterios esenciales de salud mental en el individuo, que son: a) el conocimiento y la aceptación de sí mismo; b) la correcta percepción del ambiente, y c) la aptitud para la integración, que le permita hacer frente a las necesidades y dificultades de la existencia, tanto en períodos de crisis como ante los continuos esfuerzos de adaptación que exige la vida cotidiana.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, la epidemiología es la siguiente: 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta. Alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año. Cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar). Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. La magnitud de la carga en la familia es difícil de justipreciar, y por eso es frecuentemente ignorada. No obstante, es posible afirmar que el impacto es importante en la calidad de la vida familiar.

Entre todas las enfermedades crónicas de origen incierto, los trastornos psiquiátricos ocupan un lugar destacado, tanto por el sufrimiento y la carga social que representan como por el reto que su prevención y control plantean a los dispositivos de asistencia sanitaria. En consecuencia, y desde hace ya algún tiempo, todas las definiciones de salud incluyen el componente mental bien de manera implícita o bien como una categoría especialmente diferenciada.

A pesar de los progresos en el control de algunos tipos de patología, en particular las psicosis y los trastornos afectivos, el análisis de la situación actual pone en evidencia un incremento continuo del consumo de ansiolíticos y otros psicótopos, lo que, junto al aumento de las tasas de suicidio, de las drogodependencias y del alcoholismo, y a la aparición de patología mental en edades cada vez más precoces, sugiere una extraña paradoja: mientras que el desarrollo de las comunidades es capaz de mejorar la salud física de los individuos, sus efectos sobre la salud mental parecen ser de orden inverso.

Es importante tomar la magnitud y la carga del problema, actualmente, cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta. De acuerdo con la Carga Global de las enfermedades 2001 de la OMS presentado en el Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala (2006), el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neuropsiquiátricos.

Por otra parte, la familia está asimismo expuesta al estigma y a la discriminación. El rechazo por parte de los amigos, parientes, vecinos y la comunidad puede acrecentar el sentimiento de aislamiento de la familia, resultando en una restricción de actividades sociales, y la imposibilidad de participar en las redes sociales normales.

El fracaso de la sociedad en cuanto no reconoce la carga de los trastornos mentales en las familias, implica que poco es el apoyo que éstas reciben. Los gastos acarreados por el tratamiento de los trastornos mentales son frecuentemente solventados por las familias, toda vez que el estado o los seguros de salud no cubren esta atención ni parcial, ni completamente, La familia también necesita invertir una cantidad significativa de tiempo para la atención del miembro afectado.

Desafortunadamente, por la falta de comprensión por parte del grueso de los empleadores, y la ausencia de esquemas laborales especiales para enfrentar el problema, a veces se torna difícil a los miembros de la familia conseguir empleo o mantener el empleo actual, o se arriesgan a perder ingresos por ausencias forzadas del trabajo. Esta situación hace aún más costosos los gastos asociados con el tratamiento y cuidado de la persona con un trastorno mental.

En el impacto laboral incluso, cuando un trabajador no toma licencia por enfermedad, los problemas de salud mental pueden causar una reducción apreciable en el nivel habitual de productividad y rendimiento. Un estudio reciente por la Organización Mundial de la Salud (2006), examinó el impacto de los trastornos psiquiátricos con relación a los días de trabajo perdidos (ausentismo) entre diferentes grupos ocupacionales en los EE.UU. El número promedio de días perdidos atribuible a los trastornos citados llegó a los seis días por mes por cada cien trabajadores, mientras que el número de días de productividad reducida fue de treinta y un días por mes por cada cien trabajadores. Aunque el impacto de días perdidos no difirió en las diferentes ocupaciones, el impacto en cuanto a productividad disminuida fue mayor en los trabajadores profesionales.

Tanto el ausentismo como la productividad disminuida, fueron más frecuentes en aquellos con trastornos comórbidos que en los que estaban afectados por un solo trastorno. El estudio hizo una estimación anualizada al nivel nacional de los EE.UU; ésta llegó a más de cuatro millones de días de trabajo perdidos y a 20 millones de días de productividad disminuida.

La Organización Mundial de la Salud (2003) indica que la promoción de la salud es el proceso que facilita instrumentos a la gente para ganar el control sobre su salud y mejorarla. Por lo tanto, está más vinculada con el mejoramiento de la calidad de vida y el potencial para ganar una mejor salud, que sólo con una disminución de síntomas. Los factores psicosociales que influyen en un número de conductas de la salud (dieta adecuada, ejercicio físico, no fumar, evitar el uso excesivo de alcohol y prácticas sexuales de riesgo) tienen un amplio espectro de efectos en la salud.

Las intervenciones de promoción en las escuelas aumentan la autoestima, las habilidades de la vida, la conducta pro-social, el rendimiento escolar y el ambiente social. Entre otros factores psicosociales ligados a la protección de la salud y la promoción en adultos figuran el vínculo seguro y firme, una visión optimista de la vida y un sentido de propósito y dirección, estrategias efectivas para hacer frente a los desafíos, un control consciente de los acontecimientos de la vida, relaciones emocionales gratificadores, expresión de emociones positivas e integración social.

Para ello las estrategias preventivas durante la infancia y la adolescencia reducen la depresión y los sentimientos de desesperanza, agresión y conductas delictivas, así

como el uso del tabaco, alcohol y drogas y esto de manera sostenida, según la Organización Panamericana de la Salud (1998).

Se ha mostrado que la capacitación de maestros y padres mejora la detección de problemas y facilita las intervenciones indicadas. Intervenciones psicosociales, como la terapia cognitiva-conductual y las intervenciones de grupo con base familiar para niños de alto riesgo previenen el desarrollo de trastornos de ansiedad y reducen los síntomas depresivos y los problemas de conducta.

Cabe decir que la depresión en la adolescencia tiene un alto riesgo de recurrencia en las edades adultas y está también asociada con el riesgo de desarrollar problemas de la personalidad o de conducta. Es posible prevenir la mayoría de suicidios e intentos de suicidio entre los escolares mediante un amplio programa escolar de prevención, que incluya modificaciones apropiadas de la política escolar, capacitación de los maestros, educación de los padres, manejo del estrés o una serie de aptitudes para la vida junto con la introducción de una célula de crisis en cada escuela.

1.2.1 Trastornos Somatomorfos

La Asociación Americana de Psiquiatría (2003) indica que la característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia).

Los síntomas deben producir trastorno clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. A diferencia en lo que ocurre en los trastornos facticios y en la simulación, los síntomas físicos no son intencionados (p. ej., bajo control voluntario).

Los trastornos somatomorfos se diferencian de los factores psicológicos que afectan el estado físico por la ausencia de una enfermedad médica diagnosticable que pueda explicar por completo todos los síntomas físicos. La agrupación de estos trastornos en un único grupo que está basada más en la utilidad (p. ej., la necesidad de excluir enfermedades médicas ocultas o etiologías inducidas por sustancias) que en las hipótesis sobre etiologías o mecanismos compartidos.

De ello se desprende el Trastorno de somatización el cual diversos estudios señalan índices de prevalencia variables, desde un 0.2 % hasta un 2% en mujeres y de un 0.2 % en hombres. Las diferencias en los índices pueden depender de si el entrevistador es médico, del método de valoración y de las variables demográficas de las muestras analizadas; cuando el entrevistador no es médico, el trastorno de somatización se diagnostica con mucha menos frecuencia.

El trastorno de somatización es una enfermedad crónica, aunque fluctuante, que pocas veces remite de manera completa. Es poco frecuente que pase más de un año sin que el individuo que padece este trastorno no busque ayuda médica por síntomas somáticos inexplicados. La enfermedad se diagnostica antes de los 25 años de edad y los primeros síntomas pueden empezar ya durante la adolescencia, en las mujeres las irregularidades menstruales constituyen uno de los signos que se manifiesta con más prontitud. Los síntomas sexuales se asocian muy a menudo a conflictos matrimoniales.

Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual o la micción).

Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos (no durante el embarazo), diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)

Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p.ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo).

Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo).

Cualquiera de las dos características siguientes:

Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos).

Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio D. los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurren en el trastorno facticio y en la simulación).

1.2.2 Trastorno de Ansiedad

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2003) la crisis de angustia (o *panic attack* por su denominación en inglés) tiene como característica principal la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos cuatro de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 minutos o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

Los 13 síntomas somáticos o cognoscitivos vienen constituidos por palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o dolencias abdominales, inestabilidad o mareo, (aturdimiento), desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o “volverse loco”, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones.

Las crisis que reúnen los restantes criterios, pero presentan menos de 4 de estos síntomas, se denominan crisis sintomáticas limitadas. Describen asimismo un urgente deseo de huir del lugar donde ha aparecido la crisis. Al ir repitiéndose, estas crisis pueden presentar un menor componente de miedo. La falta de aire constituye un síntoma frecuente en las crisis de angustia asociadas al trastorno de angustia con y sin agorafobia.

Existen tres tipos característicos de angustia, que se diferencian por el modo de inicio y la presencia o ausencia de desencadenantes ambientales: crisis de angustia inesperadas en las que el inicio de la crisis de angustia no se asocia a desencadenantes ambientales: crisis de angustia situacionales, donde la crisis de angustia aparece de forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación de un estímulo o desencadenante ambiental; y crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada, las cuales tienen simplemente más probabilidades de aparecer al exponerse el individuo a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe esta asociación con el estímulo ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse a la situación.

Trastorno de ansiedad generalizada: este se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses. Los criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada se listan a continuación:

Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolonga más de 6 meses.

Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses). Nota: En los niños solo se requiere solo uno de estos síntomas:

Inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular.

Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del eje 1; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (trastorno de angustia), pasarlo mal en público, contraer una enfermedad (TOC), estar lejos de casa o de los seres queridos (trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o una enfermedad médica (Hipotiroidismo), y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, o trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

1.2.3 Trastorno de la conducta alimentaria

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2003) los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Características diagnósticas de la Anorexia nerviosa esenciales son es el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren amenorrea. (El termino anoréxico es equívoco, porque es rara la pérdida del apetito.)

Teniendo como subtipos las siguientes:

Tipo restrictivo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso.

Tipo compulsivo/purgativo. Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones, purgas o ambos.

Los estudios sobre prevalencia realizados entre mujeres adolescentes y jóvenes adultas han revelado un porcentaje del 0.5-1% para los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. Es más frecuente encontrar a individuos que no presentan el trastorno completo. Existen pocos datos referentes a la prevalencia de este trastorno en individuos varones. En los últimos años de la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado.

La edad promedio de inicio de la anorexia es 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años. Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. El comienzo de la enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante como, por ejemplo, el abandono del hogar para ir a estudiar. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas en centros universitarios es aproximadamente del 10%. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico. Los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa se encuentran:

Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar un peso inferior al 85% esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que implica el bajo peso corporal.

En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Características diagnósticas de la bulimia nerviosa son esenciales ya que consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Tomando en cuenta los subtipos como lo son:

Tipo purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3%. Entre los varones la prevalencia es diez veces menor.

La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un periodo de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje de las clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con periodos de remisión que se alternan con atracones.

1.2.4 Trastornos Depresivos

Tal como lo señala la Asociación Americana de Psiquiatría (2003) el trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores.

El trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo.

Se pueden utilizar las siguientes especificaciones para describir el episodio depresivo mayor más reciente si en ese momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor: leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total.

Para indicar el patrón de los episodios y la presencia de sintomatología interepisódica en el trastorno depresivo mayor, recidivante, pueden utilizarse las especificaciones siguientes: especificaciones de curso (con y sin recuperación total interepisódica); con patrón estacional; con ciclos rápidos; procedimientos de tipificación.

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12 para los varones.

La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9% para las mujeres y entre el 2 y el 3% para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil.

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El curso del trastorno depresivo mayor, recidivante, es variable.

Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores. Ciertos

datos sugieren que, en general, los periodos de remisión duran más en las fases tempranas del curso del trastorno.

1.2.5 Trastornos Relacionados con Sustancias

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2003) incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos.

El deterioro cognoscitivo o del estado de ánimo son los síntomas más frecuentes asociados a las sustancias tóxicas, aunque también puede dar lugar a ansiedad, alucinaciones, ideas delirantes o crisis comiciales. Los síntomas suelen desaparecer cuando el sujeto deja de estar expuesto a la sustancia, pero pueden mantenerse semanas o meses y requerir tratamiento médico.

Trastornos por consumo de alcohol.

Dependencia del alcohol.

La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia de alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.

Una relativa minoría de sujetos con dependencia del alcohol nunca experimentan síntomas relevantes de abstinencia y solo cerca del 5% de los sujetos con dependencia los experimentan siempre (p. ej., delirium, crisis comiciales de gran mal). Una vez presente el patrón de uso compulsivo, los sujetos con dependencia pueden dedicar mucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas. Estos sujetos continúan con frecuencia el consumo de alcohol a pesar de la demostración de las consecuencias adversas físicas o psicológicas (p. ejemplo: depresión, pérdidas de memoria, enfermedades hepáticas u otras secuelas).

Según estudios realizados por el Patronato Antialcohólico y la Secretaría Ejecutiva de la Vicepresidencia de la República de Guatemala (2005) señalan que: “en

promedio los guatemaltecos se inician en el consumo de licor, a la edad de los 15 años. También mencionan que de cada cien guatemaltecos 66 consumen licor, en promedio, un individuo ingiere 64.75 litros de bebidas alcohólicas al año.

La actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas. Beber alcohol puede causar problemas legales (p. ej. detenciones por intoxicación o conducir bajo los efectos del alcohol).

Por último los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea. Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el abuso de alcohol.

Trastornos inducidos por el alcohol.

Intoxicación por alcohol.

La característica esencial de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico o comportamental des adaptativo clínicamente significativo (p. ej., comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después (Criterios A y B). Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma (Criterio C).

Los síntomas no son debidos a enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D). El cuadro clínico es similar al que se observa durante la intoxicación por benzodiazepinas o sedantes. La falta de coordinación puede interferir la capacidad de conducir hasta el punto de provocar accidentes.

1.3 Servicios de salud mental

El programa Nacional de Salud Mental (2007) es el responsable de elaborar lineamientos técnicos y normativos, así como la planificación, coordinación, monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de salud mental. También proporciona asesoría sobre políticas, planes y legislación de salud mental. Los

servicios de salud mental están organizados en hospitales, así como territorialmente en áreas y distritos de salud.

Flores (2006) aclara que la Unidad de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social [IGSS], atiende al 20% de la población nacional afiliada, con atención a todos los tipos de trastornos mentales. Sin embargo la disponibilidad de psicofármacos no está garantizada y sólo un 1% de la población tiene acceso gratuito a este tipo de medicamento, Durante el año 2004 se atendieron 37,000 consultas en la Unidad de Salud Mental del IGSS, de las cuales 3,888 fueron primeras consultas, y 2162 emergencias, contándose entre las patologías diagnosticadas más frecuentes la depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar y trastornos de personalidad.

En Guatemala hay centros de atención primaria en salud (APS) que cuentan con uno o más médicos, así como unidades de APS que no cuentan con un médico. Menos del 20% de los centros de atención primaria en salud que cuentan con médico, tienen protocolos de evaluación y tratamiento disponibles para condiciones claves de salud mental; lo mismo en las unidades de atención primaria de salud que no cuentan con médico.

Se desconoce cuántos centros de atención primaria en salud que cuentan con un médico realizan en promedio por lo menos una referencia a un profesional de salud mental al mes y menos del 20% de las unidades de atención primaria en salud que no cuentan con un médico realizan una referencia a un nivel de atención más alto.

Respecto de la interacción profesional entre el personal de atención primaria en salud y otros proveedores de atención en salud, aproximadamente, sólo el 10% de los médicos de atención primaria han interactuado con un profesional de salud mental, por lo menos una vez duran el último año.

El Programa de Salud Mental en Guatemala (2007) muestra la estrategia desarrollada la cual está sustentada en principios y consideraciones teóricas como también experiencias prácticas de la realidad guatemalteca.

En la Salud Mental hay una inexistencia casi total de servicios especializados en el interior del país, lo cual es un factor que determina las estrategias de este plan, siendo necesario alcanzar un elevado grado resolutivo de los problemas

psicosociales, en el primer nivel de atención. Algunos indicadores y consideraciones relacionadas con la calidad de vida y salud mental de la población pueden dar una panorámica de la situación existente:

Las muertes violentas se encuentran entre las primeras causas de mortalidad del país. El 80% de los hogares de las zonas rurales se encuentran en asentamientos con condiciones deficientes. La violencia contra los niños y niñas es evidente y los mecanismos de protección y defensa son débiles.

Un 26% de niños, niñas y adolescentes están trabajando en condiciones de explotación, mas de 40 hrs. a la semana, y con un salario inferior al mínimo.

Los niños y niñas de las regiones más afectadas por el enfrentamiento armado han tenido que soportar la tortura y muerte de miembros de su familia, las desapariciones, así, como la destrucción de viviendas, comunidades y valores culturales.

Aproximadamente un 18% de los embarazos es por debajo de 18 años de edad. Se calcula entre un 10% y 15% de alcoholismo (de manera conservadora) en la población adulta. Los desplazados y refugiados se calcularon en un millón aproximadamente. El miedo y la sozobra en la vida cotidiana afectan a las personas (Ej. El temor a salir de noche, miedo a un asalto, temor a andar solo, etc.).

1.4 Proyecto Educativo Laboral Puente Belice

En 1990 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia realizó en el área IXIL (región que comprende los municipios de Nebal, Chajul y Cotzal) una investigación titulada “La experiencia de la guerra en la niñez” que evaluó el impacto social del conflicto armado en la infancia. Los hallazgos más importantes fueron la perpetuación del temor y la desconfianza con un especial efecto en los niños.

En base a lo anterior se originó el Proyecto para niños y niñas del Área Ixil “PRONIXIL”, orientado a la salud mental comunitaria y a la rehabilitación psicosocial, en una estrategia integral de los niños. Se capacitaron más de 200 maestros, se trabajó con una población escolar de 12000 niños, también fue posible atender 75 comunidades y una cifra aproximada de 3000 niños no escolarizados. La

metodología empleada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en el área Ixil constituyó un elemento importante en el diseño del programa.

El énfasis, en un modelo comunitario se pone en el contexto social y las relaciones interpersonales, más que en los procesos intra-psíquicos individuales. Esto significa un cambio de enfoque teórico y práctico con referencia a la Psiquiatría y Psicología clásica occidental.

Por otra parte y en base a los análisis de la Universidad de San Carlos de Guatemala (2009), se determinó que existe un déficit en la cobertura de los Servicios de Salud a la población y como parte de la respuesta a estas demandas surge el Proyecto Educativo Laboral Puente Belice.

La Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales [AVANCSO] (2010), menciona que el Proyecto Educativo Laboral Puente Belice nació para intentar dar respuestas a grupos de población juvenil nunca atendidos, o muy mal atendidos; y las respuestas que da, definitivamente sirven.

Toda la iniciativa surgió como una preocupación por una situación aparentemente sin salida: los y las jóvenes de una colonia marginal como son los diversos asentamientos precarios ubicados en torno al Puente Belice, zona 6 de la ciudad de Guatemala, pobres y excluidos desde siempre, no tienen ante sí muchas perspectivas sino “más de lo mismo”, es decir: ya desde ahora, y más aún cuando vayan creciendo, más pobreza, más marginalidad, repetición eterna del ciclo de la exclusión urbana, trabajos precarios y mal remunerados, ignorancia, prejuicios, machismo, resignación... o la entrada a las maras. Lo cual, obviamente, no es ninguna alternativa superadora.

El fundador del proyecto es el Padre Manolo Maqueira(+), que dejando su legado está presente cada día. El Padre Manolo fallece en octubre de 2006, y rápidamente se pone al frente del Proyecto otro jesuita de los comprometidos, Francisco Iznardo (el Padre Paco), hasta ese entonces destinado a Playa Grande, en el municipio de Ixcán, departamento de Quiché, pero que ya tenía algunas vinculaciones con el Puente Belice.

Dada la importancia de la figura del Padre Manolo, podría pensarse que la historia del Proyecto se divide en un antes y en un después en atención al momento de su

muerte. Pero en realidad no es así. Desaparecido Manolo, las bases ya estaban suficientemente sentadas como para seguir adelante con independencia de su presencia física.

La arquitectura básica no ha cambiado en lo sustancial desde que fue puesto en marcha. En lo fundamental, se continúa organizando en torno a tres ejes: el área de educación formal; el área laboral; y el área de Formación Humana.

Ninguna de las tres áreas tiene preeminencia sobre las otras, de tal modo que hay una verdadera articulación entre todo lo que se hace en el interior del Proyecto. El Área de educación formal, al igual que desde un inicio, se sigue concentrando en el colegio.

Dicha área se complementa con los cursos sabatinos, que se imparten en la casa parroquial de Puente Belice y están dirigidos a población de las colonias aledañas, juvenil y adulta. Allí se labora con la lógica de educación popular para adultos, siendo este dispositivo un elemento que no sólo brinda asistencia educativa a jóvenes que corren el riesgo de poder ingresar a las pandillas sino también un importante aporte del Proyecto en la perspectiva de su acción comunitaria.

El área laboral, al igual que años atrás cuando se puso en marcha toda la iniciativa con el Padre Manolo a la cabeza, es un elemento indispensable de toda la oferta que llega a los jóvenes que se acercan al Proyecto pues, de hecho, sigue funcionando como el principal “gancho” a partir del cual muchos encuentran la razón de quedarse.

Hoy día, con algunos años ya recorridos, el ámbito laboral fue diversificándose. Ya no se depende casi exclusivamente de una sola fuente para los puestos de trabajo, como fue en sus inicios con la maquiladora de prendas de vestir Koramsa (con las debilidades estructurales que eso puede traer aparejadas, ya evidenciadas cuando la empresa cerró, dejando en la calle a prácticamente todos los jóvenes a quienes el Proyecto facilitaba salida laboral en ese entonces).

En estos momentos la diversificación de puestos de trabajo es bastante más grande que en los inicios, destacando como algo muy importante, quizá no lo suficientemente explotado aún, emprendimientos propios del Proyecto, tal como son el Mesón Manolo, restaurante en el centro de la ciudad que apunta a ser una

empresa auto-sostenible, o el emprendimiento “Jóvenes Constructores”, o la empresa de digitalización “In File”. No todas/os las/os jóvenes que asisten al Proyecto están empleados. Más o menos es la mitad. Pero todos, trabajen o no, asisten al colegio en calidad de estudiantes. La carga laboral de cada joven ocupado sigue siendo de medio tiempo, completando el otro medio tiempo con la asistencia al colegio.

Como parte del Área laboral el Proyecto también provee a los jóvenes capacitación técnica a través del Instituto Técnico de Capacitación y Productividad [INTECAP] en aspectos que les refuercen sus destrezas técnicas propiamente dichas y sus posibilidades para una mejor inserción en el mercado de trabajo (inglés, computación, técnicas empresariales para el desarrollo de microempresas).

El Área de Formación Humana, tal como fue desde sus inicios, continúa teniendo un valor especial. Si bien todos los elementos de la intervención son importantes y todos interactúan coordinadamente, lo correspondiente a esta formación humana tiene características particulares, en tanto puede considerarse el eje en torno al cual brindan su apoyo los otros dos.

El Proyecto intenta hacer que un joven de un área marginal, de escasos recursos y sin mayores perspectivas sociales a futuro, pueda capacitarse para tener mejores herramientas con que desenvolverse; y mientras se capacita, tenga un trabajo que le permita apoyarse y apoyar a su entorno familiar con un ingreso; pero la cuestión central es que para que todo ello se pueda cumplir, debe “restañar” las heridas psicológicas –o si se quiere: “morales”, las “heridas de la vida”– que su crónica marginalidad le ha infligido.

Tal como lo expresan los documentos que buscan delimitar y definir la experiencia en el día a día del Proyecto, el objetivo básico de Formación Humana es “generar y propiciar con las etapas de formación de los jóvenes, espacios para la auto-crítica y la auto-reflexión que les permitan reconocer y valorar sus potencialidades humanas, para que durante el proceso se desarrollen la responsabilidad y la conciencia de su propio crecimiento académico, laboral, psicológico, espiritual y proyección comunitaria”..

Los jóvenes del Proyecto deben ser personas que deseen permanecer en una

instancia como el Proyecto Educativo Laboral Puente Belice que les da la oportunidad de ser escuchados y reconocidos, por un lado. Mientras que, por el otro, además de ser beneficiarios, también son los receptores de responsabilidades, pues formarse como seres humanos también implica eso, lo cual, aunque duro a veces, también es un crecimiento.

Por ello se concluye que el Proyecto en su conjunto, se fue construyendo sobre la marcha sin mayores referentes previos donde inspirarse, nació y se mantiene como una barrera que se alza contra el ingreso de jóvenes de áreas urbano-precarias a las pandillas juveniles.

En ese sentido tiene un perfil eminentemente preventivo: no es asistencial, no brinda espacios de recuperación a quien desea salir de las maras; en todo caso, previene que alguien ingrese allí. Como proyecto preventivo, entonces, puede concluirse que cumple a cabalidad su objetivo. No ha terminado con el problema de las maras en su espacio de intervención –el Puente Belice básicamente, y recientemente algunas colonias de zona 18– ni obviamente va a terminar, pero se constituye sin lugar a dudas como una alternativa prometedora para buena cantidad de jóvenes que, salvo un bajísimo porcentaje (de no más del 2 %), una vez que se contacta con el Proyecto, queda “vacunado” y no se incorpora a las maras.

Constituye asimismo, un modelo de intervención único en su tipo, por lo que no ha tenido ni tiene fuentes en las que nutrirse. Es por eso que continuamente va aprendiendo de la experiencia misma, replanteándose y reformulándose, buscando crear su propio marco conceptual. Esa búsqueda, más que ciega improvisación, habla de una honestidad intelectual muy grande, por cuanto va ensayando sobre la marcha, tomando lo que se muestra útil y desechando lo que no funciona.

1.5 Resiliencia

Rubio (2005) afirma que la resiliencia es la capacidad de reaccionar, recuperarse y adaptarse a un nuevo contexto tras la adversidad, hay un gran interés en el estudio de dicha capacidad, porque sitúa a la persona ante la pista de las adversidades y las pautas que pueden posibilitar el enorme tiempo y la intensidad del dolor y sus efectos, y por otra parte, minimizar y sobreponer a sus efectos nocivos.

En la misma línea, Kalbermatter (2004) explica que la resiliencia es la capacidad que posee un individuo frente a las adversidades, para mantenerse en pie de lucha, con dosis de perseverancia, tenacidad, actitud positiva y acciones, que permiten avanzar en contra de la corriente y superarlas.

Cyrulnik (2000) menciona que la resiliencia es la capacidad de los seres humanos sometidos a los efectos de una adversidad de superarla e incluso salir fortalecidos de la situación, siendo uno de los mayores aportes este concepto y el teniendo una relación privilegiada con la psicología. Este concepto se vincula directamente con el de la salud mental, en algunos fundamentos psicológicos, en el sentido de la semejanza o coincidencia de las acciones promotoras de resiliencia con las que tratan de desarrollar la salud mental.

De igual manera, Greenspan (2000) propone el término de resiliencia como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aún habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad.

Loesel (1999) establece que los seres humanos nacen con la capacidad de hacer frente a las demandas del ajuste de su medio, de desarrollar habilidades sociales y comunicativas, una conciencia crítica, autonomía y propósitos para el futuro. El desarrollo y el reforzamiento de la misma requieren de la estimulación contextual, familiar y ambos.

Los adolescentes muestran también una serie de características que se asocian directamente con la capacidad de afrontar adecuadamente los problemas cotidianos, las cuales se relacionan con el propio desarrollo personal.

Los adolescentes que presentan, las siguientes características pueden tener facilidad en la resiliencia, Loesel (1999):

- Adecuado control de emociones en situaciones difíciles o de riesgo, demostrar optimismo y persistencia ante el fracaso.
- Habilidad para manejar de manera constructiva el dolor, el enojo, la frustración y otros aspectos perturbadores.
- Capacidad de enfrentar activamente los problemas cotidianos.
- Capacidad para obtener la atención positiva y el apoyo de los demás, establecer amistades duraderas basadas en el cuidado y apoyo mutuo.
- Competencia en el área social, escolar, laboral y cognitiva; lo cual les permite resolver creativamente los problemas.
- Mayor autonomía y capacidad de auto observación.
- Gran confianza en una vida futura significativa y positiva, con capacidad de resistir y liberarse de estigmas negativos.
- Sentido del humor flexibilidad y tolerancia.

Claramente no se espera que todos estos elementos estén presentes en el sujeto o su ambiente para que se favorezca la aparición de conductas resilientes, pero es deseable que gran parte de ellas estén total o parcialmente desarrolladas.

1.6 Programa Emocional de Resiliencia Preventivo en Trastornos de la Salud Mental

El programa emocional preventivo es una guía práctica en donde el profesional en psicología logra de forma estructurada prevenir los trastornos que pueden ser mayormente afectados los adolescentes, (trastornos somatomorfos, trastornos de ansiedad, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno depresivo, trastornos relacionados con sustancias), según Marín (2009).

Moreno (2002) examinó el impacto que tiene los programas emocionales en donde comenta que los estudios evidencian la eficacia de los programas de prevención en adolescentes. Estos son dirigidos al fomento del crecimiento personal y social de los mismos, se obtienen en su mayoría resultados prometedores, reduciendo en ello el apareamiento de trastornos de la salud mental.

Nuevamente Cyrulnik (2000) plantea que un programa enfocado en resiliencia, propicia modificaciones conceptuales importantes en las ciencias humanas, llevando una visión holística, integradora de los dilemas humanos, ya que plantea la activación de factores resilientes en adolescentes que generen cambios en las familias y comunidades de las cuales pertenecen. Activando los mecanismos protectores sobre eventos críticos y posibilitan un equilibrio armónico entre los estados de tensión y estrés naturales a la cotidianidad y los sucesos imprevistos e inesperados que desatan la crisis. Preparando a los sistemas humanos para fortalecer la capacidad de enfrentar la adversidad e incorporarla a los proyectos de vida, como un asunto que no detiene el desarrollo integral sino que le permite re encuadres y cambios de perspectiva.

El papel del profesional en las experiencias reseñadas, es como facilitador de procesos de cambio que dependen en lo primordial de la motivación y expectativas del grupo de adolescentes con que se trabaje, en una mirada interdisciplinaria que congrega todas las áreas del conocimiento interesadas en promocionar la Resiliencia.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2010), Guatemala se encuentra ubicada entre los países con los más bajos indicadores de desarrollo humano en América Latina. Asimismo, el Programa determinó durante el año 2008, que la situación del país en relación a temas vinculados con la seguridad ciudadana, el índice de movilidad social, y el acceso de las personas a servicios públicos (principalmente en atención a mejorar sus niveles de capital humano), era igualmente preocupante.

En la misma línea y en base a las estadísticas presentadas por el Instituto Nacional de Estadística de Guatemala [INE] (2007), el nivel de pobreza general del país asciende al 51% de la población y de este total, 11% se encuentra en estado de extrema pobreza. Por ende, y dadas las limitaciones del Gobierno Central para abarcar una oferta de servicios públicos adecuada, se ha dado el surgimiento de varias iniciativas no gubernamentales con la intención de ofrecer a la población joven (y población en general), una oportunidad para romper el ciclo intergeneracional de la pobreza a través de la educación. Dentro del contexto anterior, nació el “Proyecto Educativo Laboral El Puente Belice”, como producto del trabajo pastoral del Padre Manolo Maqueira, S.J., y enfocándose desde sus inicios a implementar programas de mejora educativa y desarrollo laboral en áreas marginales aledañas al Puente Belice, en la zona 6, de la Ciudad Capital de Guatemala.

Por tanto, estos programas han estado dirigidos a la atención de adolescentes ya sea con pocas alternativas de desarrollo, o excluidos del mercado laboral formal, o a la vez, con poca visión del futuro.

Cabe decir que es precisamente en el tratamiento de este último aspecto (la visión del futuro por parte de las y los adolescentes), en donde la actual administración del Proyecto centra gran parte de su preocupación, pues es principalmente durante la adolescencia en donde los problemas de salud mental de la población objetivo del Proyecto, pueden acrecentarse.

Dentro de los factores que pueden incidir en la problemática se encuentran: a) la culminación del proceso de acompañamiento educativo por parte del Proyecto hacia

las y los adolescentes (dado que éste concluye en el nivel diversificado) y, b) la necesidad de los jóvenes para buscar una ruta de crecimiento en su vida adulta venidera y el sentimiento generalizado de que no llegarán a experimentar (al menos en el corto y mediano plazo), una mejora sustancial en sus condiciones de vida actuales.

Por tanto, dado que la adolescencia presupone un cambio acelerado en los sistemas biológicos, psicológicos, sociales, educativos y familiares, la situación de las y los adolescentes favorecidos con el Proyecto tiende a ser más vulnerable si se presentan a la vez otros trastornos, como por ejemplo: trastornos de conducta alimentaria; abuso de sustancias lícitas e ilícitas y presencia de cuadros depresivos, entre otros.

Considerando la situación anterior y teniendo en cuenta que la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2007), ha estimado que al menos uno de cada cinco adolescentes presenta trastornos que perjudican su estado de salud mental, surgió la siguiente interrogante: **¿Cuál es el estado de la salud mental de las y los adolescentes entre las edades de 13 a 17 años, del “Proyecto Educativo y Laboral El Puente Belice”, en la ciudad capital de Guatemala?**

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

- Determinar el estado de la Salud Mental de las y los adolescentes, entre las edades de 13 a 17 años del “Proyecto Educativo Laboral El Puente Belice”, en la ciudad capital de Guatemala.

2.1.2 Objetivos específicos

- Identificar la presencia de trastornos de salud mental en las y los adolescentes del “Proyecto Educativo Laboral El Puente Belice” en base a indicadores de depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos somatomorfos y de abuso o dependencia del alcohol.
- Definir la frecuencia de los trastornos de salud mental identificados en las y los adolescentes del “Proyecto Educativo Laboral El Puente Belice”.

- Elaborar un programa en base a los resultados, para promover el mejoramiento de la salud mental, dirigido a las beneficiarias y beneficiarios del “Proyecto Educativo Laboral El Puente Belice”.

2.2 Variables de Estudio

Salud Mental

Adolescencia

Variable controlada: mujeres, hombres

2.3 Definición de variables

2.3.1 Definición conceptual

Salud Mental

- De acuerdo con la OMS (2004) la salud mental de un individuo es “un estadio que comprende tres criterios que son: a.) el conocimiento y la aceptación de sí mismo; b.) la correcta percepción del ambiente y; c.) la aptitud para la integración, que le permita al individuo hacer frente a las necesidades y dificultades de la existencia, tanto en periodos de crisis como ante los continuos esfuerzos de adaptación que exige la vida cotidiana.”

Adolescencia

- Según la Organización Panamericana de la Salud, [OPS] (2009), la adolescencia “es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, en donde muchas de ellas generan crisis, conflictos, y contradicciones. Dentro de esta etapa se distinguen tres periodos: La adolescencia temprana, que abarca de los 10 a los 13 años de edad; la intermedia, que comprende de los 14 a los 16 años y; la adolescencia tardía, desde los 17 hasta los 19 años de edad.”

2.3.2 Definición operacional

Salud Mental

- Para fines de este estudio, se tomó como salud mental, aquél estadio en el que las y los adolescentes entre las edades de 13 a 17 años del “Proyecto Educativo y Laboral El Puente Belice”, muestren ausencia de trastornos en los siguientes rasgos, según la prueba “Prime MD”: estado de ánimo, ansiedad, conducta alimentaria, somatomorfos y, de abuso o dependencia del alcohol.

Adolescencia

- Para esta investigación, se entiende como adolescencia el rango de edad comprendido entre los 13 a los 17 años de los participantes que pertenecen al “Proyecto Educativo y Laboral El Puente Belice”.

2.4 Alcances y límites

Dentro de los alcances más importantes, se tiene el contar con información primaria por parte de cada beneficiario evaluado y el hecho de que al final del proceso, pueda proponerse un plan de mejora de la salud mental teniendo como insumo el criterio de los mismos beneficiarios. Esto permitirá que los planes futuros cuenten con elementos importantes que entusiasmen a las y los adolescentes, mitigando así los efectos negativos de los posibles trastornos identificados.

Ahora bien, debe tenerse en cuenta que el presente análisis se enfocó únicamente en evaluar el estado de la salud mental de las y los adolescentes entre los 13 a los 17 años de edad del Proyecto. Como se mencionó en el apartado referente a la justificación del problema, es dentro de este rango de edad en donde se presenta el escenario más crítico dado que por un lado, los beneficios directos del proyecto se acercan a su punto culminante y por el otro, que la adolescencia plantea eventualmente el apareamiento de trastornos que pueden hacer más difíciles los procesos internos del ser humano.

No obstante, lo anterior, tampoco se descartó que los beneficiarios del proyecto que pertenezcan a rangos de edad menores, presenten también trastornos y que su

situación actual no sea mentalmente saludable. Lo anterior constituye uno de los principales limitantes del estudio, aunque dicho ejercicio puede desde ya ser parte de otros esfuerzos investigativos futuros.

En la misma línea, otro aspecto a considerar dentro de la investigación se refirió a que la presencia de trastornos (si ocurre), no se circunscribiera únicamente a los mencionados con anterioridad. Sin embargo, para este esfuerzo se han considerado los más recurrentes y por ende su análisis constituyó un punto importante de dicho diagnóstico. Por todo ello, los resultados que se obtengan al final del estudio podrán ser generalizados únicamente a adolescentes que poseen características similares a los sujetos de la presente investigación y no así al resto de la población.

Una limitante que también se consideró fue el período de tiempo determinado en el que se exploró a la población, derivado de ello, se realizó una sola aplicación ya que por ser este estudio de tipo descriptivo transversal, este fenómeno no es estático y puede variar de acuerdo al tiempo que transcurra.

2.5 Aporte

Dentro de los principales aportes del presente estudio, se tienen en cuenta los siguientes: se determinó que no existe la presencia de trastornos de la salud mental que condicionan el bienestar de las y los adolescentes del proyecto educativo laboral Puente Belice.

Una vez realizada la evaluación, el presente estudio constituye entonces un insumo importante para proporcionar a los adolescentes atención integral y diferenciada en el diagnóstico y tratamiento de los rasgos mentales que presenten.

A partir de los resultados determinados, se llevó a cabo el diseño de un programa dirigido a las beneficiarias y beneficiarios del puente Belice, con el fin de promover en ellos estilos de vida saludables y a la vez prevenir el posible apareamiento de conductas de riesgo.

III. MÉTODO

3.1 Sujetos

Para el estudio se tomó en cuenta a 30 estudiantes del Proyecto Educativo Laboral Puente Belice. Los jóvenes se encuentran entre las edades de 13 a 17 años, siendo once mujeres y diez y nueve hombres. El nivel educativo de los mismos es de primero básico, y el proyecto se encuentra ubicado en la 15 calle 20-38 colonia Ciudad Vieja 1 zona 16 de la ciudad de Guatemala. El nivel socioeconómico al que pertenecen es bajo.

En este estudio la muestra es no probabilística, llamándole así al tipo de muestra que se escoge a conveniencia, por razones de comodidad, por ahorro en costes, trabajo, tiempo, etc. (Mackeeney, 2005).

3.2 Instrumento

Se utilizó el PRIME- MD adaptado por Velásquez (2010) (Primary Care Evaluation of Mental Disorders), que es un procedimiento estandarizado breve y de fácil aplicación ya utilizado en otros países.

Este instrumento evaluó cinco grupos de trastornos mentales: Humor, Ansiedad, Alcoholismo, Somatomorfo y Trastornos Alimenticios, que con mayor frecuencia se observan en la población en general y en los sitios de atención primaria. Constó de un cuestionario (CP), en el cual se consideran los cinco grupos de trastornos mentales, además de una pregunta sobre su estado general de salud y que es contestado por el paciente.

Consta de diez y siete preguntas sobre signos y síntomas presentes durante el último mes, que el paciente contesta con un Sí o con un No, en su mayoría. Estas contemplan quince síntomas físicos que cubren la mayoría de las quejas físicas expresadas en la atención primaria (están excluidos los síntomas respiratorios altos) y un ítem que evalúa hipocondriasis. Tres o más respuestas afirmativas dirigen al médico hacia el módulo de somatomorfo al igual que la pregunta diez y seis explora las alteraciones de este módulo, mientras que el módulo del humor, se explora con la pregunta dos. El PRIME-MD le permite al médico determinar la presencia o

ausencia de cinco grupos de trastornos mentales, al hacer preguntas específicas, basadas en criterios diagnósticos contenidos en el DSM-III-R (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition). Como lo son: Trastornos del Humor, Trastornos Alimenticios, Trastornos de Ansiedad, Trastorno de Abuso o dependencia del alcohol, Trastornos Somatomorfos y aspectos generales que pueden ser causantes de un trastorno.

Para determinar la validez y utilidad del PRIME-MD como instrumento de diagnóstico de trastornos mentales por médicos de atención primaria, se realizó la evaluación en dos Centros de Salud de atención primaria (Centros de Salud de las Colonias Alemania y San Miguel) en la cual participaron 100 pacientes mayores de 18 años, alfabetos, que asistían a consulta de medicina general. Los pacientes fueron valorados por los médicos generales, quienes aplicaron el PRIME-MD para luego ser evaluados por el médico residente de tercer año de Psiquiatría. A los resultados se les realizó pruebas de concordancia, sensibilidad, especificidad y valor predictivo. Los médicos generales utilizando PRIME-MD y el médico residente de Psiquiatría diagnosticaron algún trastorno mental en 71% y 70% de los casos, respectivamente. El tiempo requerido para aplicar el instrumento fue en promedio 6 minutos. Hubo muy buena concordancia entre los diagnósticos de ambos médicos ($Kappa=0.98$, $P<0.001$). En los pacientes que fueron diagnosticados por el PRIME-MD no se había sospechado trastorno mental, a pesar de las múltiples visitas a los Centros de Salud. Con ello se determinó que el PRIME MD es un instrumento útil y fácil para diagnosticar trastornos mentales en clínicas de atención primaria.

El PRIME-MD es el primer instrumento de diagnóstico de trastornos mentales aplicado en Honduras. En experiencias anteriores solo se han aplicado escalas específicas para ciertos trastornos como la depresión y la ansiedad. Con este estudio se muestra la validez del PRIME-MD ya que su sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y pruebas de concordancia son muy buenas o excelentes para cualquier diagnóstico psiquiátrico. Estos datos son comparables con un estudio realizado en los Estados Unidos, en 1994. En donde para cualquier diagnóstico psiquiátrico la sensibilidad fue de un 83%, la especificidad de un 88%, el valor predictivo positivo de un 80% y Kappa fue de 0.71 en una muestra de 1000 pacientes adultos. Ese estudio fue realizado en 28 centros de atención primaria en

donde participaron 42 médicos generales. En otro estudio en el Reino Unido en 1995, para cualquier diagnóstico psiquiátrico reportó sensibilidad del 92%, especificidad del 96%, valor predictivo positivo del 99% y Kappa 0.92, en una muestra de 500 pacientes en 10 centros de atención primaria donde participaron 10 médicos. Es de hacer notar, que en ambos estudios en la entrevista psiquiátrica participó personal especializado en salud mental como psiquiatras, trabajadoras sociales, psicólogos y terapeutas. La utilidad del PRIME-MD se demostró ya que los MAP diagnosticaron 71 casos que a pesar de que habían asistido varias veces en busca de ayuda médica, no se había sospechado en ellos ningún padecimiento mental. Esto contrasta con otros estudios en los cuales antes de aplicarles el PRIME-MD, en el 28% y el 18% ya se había sospechado algún padecimiento mental, respectivamente. Con el PRIME-MD se beneficia tanto el médico como el paciente ya que es un instrumento breve, fácilmente comprensible.

Adjunto en anexo el instrumento PRIME- MD.

3.3 Procedimiento

En esta investigación se realizaron los siguientes pasos:

- Se eligió el tema de investigación y se procedió a plantear los objetivos y variables de estudio.
- Se seleccionó la muestra y el instrumento de evaluación.
- Se realizó la recopilación de información teórica y antecedentes del tema de estudio.
- Se solicitó al Coordinador General del Centro Educativo Laboral El Puente Belice, la autorización para poder trabajar con los jóvenes de primero básico del mismo centro.
- Luego se concertó la fecha en la cual se llegó al centro.
- El director del centro, realizó la presentación de la estudiante de la URL hacia los jóvenes de primero básico.
- Luego de ello se explicó el test a aplicar (Evaluación PRIME-MD).
- Se aplicó el test (Evaluación PRIME-MD), realizando una sola medición.
- Se agradeció su colaboración.

- Se calificó las pruebas y se obtuvo los resultados, mediante el Programa Estadístico SPSS.
- Se realizaron gráficos, de manera que los datos fueran fáciles de comprender.
- Se analizó los resultados obtenidos.
- Se elaboró las respectivas conclusiones y recomendaciones.
- En base a ello se realizó un programa en el cual se ayude a fortalecer y empoderar a los alumnos en el área o módulo afectado.

3.4 Diseño

Esta investigación será descriptiva cuantitativa, de diseño transeccional descriptivo.

El Diseño Transeccional o transversal tuvo como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. Son, por lo tanto estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, éstas son también descriptivas. (Cáceres,2009).

3.5 Metodología estadística

Se utilizó el tipo de estadística descriptiva por medio de la cual se recopiló, se tabuló, se describió y analizó los datos obtenidos, expresados en frecuencias y porcentajes, estos fueron presentados en cuadros y gráficos. El procesamiento y análisis de la información se llevó a cabo bajo el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), software estadístico informático usado en las ciencias sociales que permitió un tratamiento integrado de todas las fases que conlleva el análisis de datos.

IV. PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación sobre el estado de la salud mental de 30 adolescentes entre 13 y 17 años, del Proyecto Educativo y Laboral Puente Belice.

La medición de las variables se realizó por medio de la aplicación del Test Prime MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*, por sus siglas en inglés). Para ello, debe recordarse que este instrumento evalúa cinco grupos de trastornos mentales agrupados a continuación por frecuencia de respuesta en cada pregunta como indicador de: trastornos somatomorfos; trastorno de ansiedad; trastorno de la conducta alimentaria; trastornos depresivos y; trastorno relacionado con sustancias.

Cabe decir que para este capítulo se mostrarán únicamente las tendencias de los síntomas en cuanto a su frecuencia de ocurrencia. Tomando en cuenta la escala de medición la cual definió un puntaje máximo asignado por la frecuencia de percepción de cada uno de los síntomas asociados al trastorno y se establecieron tres intervalos de afección: ausencia del trastorno; tendencia leve o moderada y tendencia grave o de gravedad.

Asumiendo que la no frecuencia es sinónimo de ausencia del trastorno y que una poca molestia se le denominará nivel leve o moderado, término que se refiere a la presencia de alguna molestia la cual puede ser parámetro para la prevención del síntoma o trastorno que se esté abordando. El nivel grave o de gravedad será utilizado en el caso de un síntoma o trastorno que se muestre intenso y el mismo requiera la intervención emergente de un profesional para trabajar con dicha situación.

4.1 Variables demográficas

En lo referente al presente estudio, 67% de la población informante fue de sexo masculino y por consiguiente, el 37% restante correspondió al sexo femenino.

A nivel general, el grupo mayoritario de edad correspondió a aquellos informantes de 15 años edad y como contraste, el grupo minoritario estuvo conformado tanto por la población de 13 y 18 años, ambos con 3.3% del total.

La tendencia de edad evidenciada a nivel general en la población encuestada, se marcó de igual forma al desglosar la edad por género. En el caso de los hombres, el grupo mayoritario (con un 32%) correspondió a los 15 años de edad y con un 26% aquellos hombres con 16 años. Finalmente, tan sólo el 5% de los encuestados reportó contar con 13 años de edad.

En lo que respecta a las mujeres, el 46% de las encuestadas se ubicó dentro de los 15 años de edad; seguido de un 45% con 17 años y un 9% con 16 años de edad.

4.2 Incidencia de los trastornos

A continuación se presenta el detalle de la incidencia de cada trastorno de acuerdo a la información proporcionada por cada informante encuestado. Para este apartado, se procedió a agrupar cada trastorno de acuerdo a las preguntas de referencia.

4.2.1 Trastorno del estado de ánimo: trastorno depresivo

De acuerdo a los datos de la Tabla 1, existen ciertos síntomas que denotan una presencia moderada del trastorno. Tal es el caso de los síntomas referentes a: poco interés en hacer las cosas, sensación de cansancio o poca energía y dificultad de concentración. Para estos tres síntomas, la población encuestada indicó haberlos percibido varios días durante las últimas dos semanas con porcentajes de 63.3%, 53.3% y 46.7% por ciento respectivamente.

Tabla 1. Frecuencia de Trastornos del estado de ánimo, depresión mayor en adolescentes. Proyecto Educativo y Laboral Puente Belice.

Síntoma	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	Total
Poco interés en hacer las cosas	26.7	63.3	3.3	6.7	100.0
Desánimo o desesperanza	53.3	36.7	3.3	6.7	100.0
Insomnio o dormir demasiado	33.3	20.0	26.7	20.0	100.0
Cansancio o poca energía	33.3	53.3	3.3	10.0	100.0
Dolor por problemas en el acto sexual	86.7	6.7	6.7	.0	100.0
Falta de apetito o exceso de comida	56.7	20.0	6.7	16.7	100.0
Sentimiento de fracaso	66.7	26.7	3.3	3.3	100.0
Dificultad de concentración	23.3	46.7	16.7	13.3	100.0
Sentimiento de estar muerto o hacerse daño	76.7	16.7	6.7	.0	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

A diferencia de los síntomas anteriores, existieron otros que se reportaron como menos recurrentes. Dentro de ellos destacan: el desánimo o la desesperanza; el dolor o problemas en el acto sexual; la falta de apetito o el exceso de comida y; el sentimiento de estar muerto o hacerse daño. Para estos síntomas, en promedio el 60% de la población reportó nunca haberlos percibido.

De acuerdo a las Tablas 2 y 3, no existe mayor discrepancia entre la percepción de los síntomas por parte de los hombres con respecto a las mujeres. Por tanto, la tendencia de ambos grupos no varía considerablemente con respecto a la tendencia de la población en general.

Tabla 2. Frecuencia de Trastornos del estado de ánimo, depresión mayor en hombres. Proyecto Educativo y Laboral Puente Belice.

Síntoma	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	Total
Poco interés en hacer las cosas	31.6	68.4	.0	0	100.0
Desánimo o desesperanza	57.9	31.6	5.3	5.3	100.0
Insomnio o dormir demasiado	42.1	21.1	26.3	10.5	100.0
Cansancio o poca energía	47.4	36.8	5.3	10.5	100.0
Dolor por problemas en el acto sexual	78.9	10.5	10.5	.0	100.0
Falta de apetito o exceso de comida	63.2	21.1	5.3	10.5	100.0
Sentimiento de fracaso	68.4	26.3	5.3	.0	100.0
Dificultad de concentración	26.3	42.1	21.1	10.5	100.0
Sentimiento de estar muerto o hacerse daño	78.9	15.8	5.3	.0	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Se puede observar que dentro de los síntomas leves o moderados, se observa en los hombres se encuentra: el poco interés de realizar las actividades 68.4%, el cansancio o poca energía con un 36.8% y la dificultad de concentración con 42.1%. (Ver tabla 2).

Tabla 3. Frecuencia de Trastornos del estado de ánimo, depresión mayor en mujeres. Proyecto Educativo y Laboral Puente Belice.

Síntoma	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	Total
Poco interés en hacer las cosas	18.2	54.5	9.1	18.2	100.0
Desánimo o desesperanza	45.5	45.5	9.1	.0	100.0
Insomnio o dormir demasiado	18.2	18.2	27.3	36.4	100.0
Cansancio o poca energía	9.1	81.8	9.1	.0	100.0
Dolor por problemas en el acto sexual	100.0	.0	0	0	100.0
Falta de apetito o exceso de comida	45.4	18.2	9.1	27.3	100.0
Sentimiento de fracaso	63.6	27.3	9.1	.0	100.0
Dificultad de concentración	18.2	54.5	9.1	18.2	100.0
Sentimiento de estar muerto o hacerse daño	72.7	18.2	9.1	.0	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Los datos que sobresalen en la categoría de leve o moderado, en mujeres, se presentan el 54% en el poco interés en hacer las cosas, 81.8% en el cansancio o poca energía, y un 54.5% en la dificultad de concentración. Estos resultados no difieren significativamente de los resultados de los hombres. (Ver tabla 3).

4.2.2 Trastorno de Ansiedad

Tabla 4. Frecuencia de Trastornos de ansiedad, Trastornos de pánico. Proyecto Educativo y Laboral Puente Belice

De acuerdo con la definición proporcionada en el instrumento referente a que un ataque de ansiedad se refiere a un “estado de inquietud de ánimo, en el cual se pueden presentar los siguientes síntomas: preocupaciones de carácter excesivo, sensaciones de ahogo, escalofríos, dificultad para concentrarse, etc.”, cerca de la mitad de los informantes señaló haber experimentado algún ataque en las últimas dos semanas de referencia, aunque a nivel general, la poca recurrencia denota que el trastorno se encuentra en niveles moderados (ver detalle en la siguiente Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de Trastornos de ansiedad, Trastornos de pánico. Proyecto Educativo y Laboral Puente Belice

Síntomas de trastornos de ansiedad	No	Sí	Total
Presencia de ataques de ansiedad recientes	53.3	46.7	100.0
Presencia de ataques de ansiedad con antecedentes recurrentes	70.0	30.0	100.0
Presencia de ataques de ansiedad sin razón aparente	70.0	30.0	100.0
Los ataques le producen afecciones o le preocupa que se repitan	70.0	30.0	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

De acuerdo con la tendencia general, el comportamiento de la población masculina con respecto a la ansiedad, se mantuvo en niveles leves de incidencia. Sin embargo, para estos informantes de género masculino los síntomas de ansiedad la incidencia fue muy parecida a los datos del sexo femenino, (considerar las siguientes tablas 5 y 6).

Tabla 5. Frecuencia de Trastornos de ansiedad, Trastornos de pánico en hombres. Proyecto Educativo y Laboral Puente Belice.

Síntomas de trastornos de ansiedad	No	Sí	Total
Presencia de ataques de ansiedad recientes	63.2	36.8	100.0
Presencia de ataques de ansiedad con antecedentes	68.4	31.6	100.0
Presencia de ataques de ansiedad sin razón aparente	89.5	10.5	100.0
Los ataques le producen afecciones o le preocupa que se repitan	73.7	26.3	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Tabla 6. Frecuencia de Trastornos de Ansiedad: trastornos de pánico en mujeres. Proyecto Educativo y Laboral Puente Belice.

Síntomas de trastornos de ansiedad	No	Sí	Total
Presencia de ataques de ansiedad recientes	63.6	36.4	100.0
Presencia de ataques de ansiedad con antecedentes	72.7	27.3	100.0
Presencia de ataques de ansiedad sin razón aparente	81.8	18.2	100.0
Los ataques le producen afecciones o le preocupa que se repitan	81.8	18.2	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Como factores incidentes ligados a los síntomas del trastorno de ansiedad, se indagó sobre la incidencia de aspectos como: la falta de aire; taquicardia; presión o dolor en el pecho y; sudoración, en cada ataque que se haya reportado.

De acuerdo con la información a nivel general, la incidencia de estos síntomas al momento de presentarse cada ataque de ansiedad fue en su mayoría baja con un 20% de presencia o menor al mismo. Los síntomas que se mencionan ver el detalle puede observarse en la siguiente Tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia de otros trastornos de ansiedad. Proyecto Educativo y Laboral Puente Belice.

Síntomas	No	Sí	Total
Falta de aire	80.00	20.00	100.00
Taquicardia	73.33	26.67	100.00
Presión o dolor en el pecho	76.67	23.33	100.00
Sudoración	86.67	13.33	100.00
Ahogo	70.00	30.00	100.00
Escalofríos	76.67	23.33	100.00
Náuseas, indigestión o sensación de diarrea	86.67	13.33	100.00
Mareo o desfallecimiento	83.33	16.67	100.00
Hormigueo o adormecimiento	76.67	23.33	100.00
Estremecimiento o temblor	80.00	20.00	100.00
Miedo de estar muriendo	93.33	6.67	100.00

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Para el caso de los informantes de género masculino, la incidencia de estos síntomas fue considerablemente menor al promedio general. De esta cuenta, la incidencia de estos síntomas como factores incidentes fue en promedio del 12% por ataque presentado (considérese la siguientes Tabla 8).

Tabla 8. Frecuencia de otros trastornos de ansiedad en hombres. Proyecto Educativo y Laboral Puente Belice.

Síntoma	No	Sí	Total
Falta de aire	78.9	21.1	100.0
Taquicardia	84.2	15.8	100.0
Presión o dolor en el pecho	89.5	10.5	100.0
Sudoración	89.5	10.5	100.0
Ahogo	84.2	15.8	100.0
Escalofríos	84.2	15.8	100.0
Náuseas, indigestión o sensación de diarrea	94.7	5.3	100.0
Mareo o desfallecimiento	84.2	15.8	100.0
Hormigueo o adormecimiento	89.5	10.5	100.0
Estremecimiento o temblor	84.2	15.8	100.0
Miedo de estar muriendo	94.7	5.3	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Con lo anterior, en promedio el 47% de mujeres que indicó haber padecido algún ataque de ansiedad en las dos semanas de referencia a la pregunta, señaló haber experimentado taquicardia, dolor en el pecho, ahogo y hormigueo o adormecimiento (véase el detalle en la siguiente Tabla 9).

Un factor importante a señalar es que, aunque a nivel general la incidencia de los trastornos de ansiedad es relativamente baja, el género femenino cobra una incidencia mayor que el sexo masculino.

Con lo anterior, en promedio el 47% de mujeres que indicó haber padecido algún ataque de ansiedad en las dos semanas de referencia a la pregunta, señaló haber experimentado taquicardia, dolor en el pecho, ahogo y hormigueo o adormecimiento (véase el detalle en la siguiente Tabla 9).

Tabla 9. Frecuencia de otros trastornos de ansiedad en mujeres. Proyecto Educativo y Laboral Puente Belice

Síntoma	No	Sí	Total
Falta de aire	81.8	18.2	100.0
Taquicardia	54.5	45.5	100.0
Presión o dolor en el pecho	54.5	45.5	100.0
Sudoración	81.8	18.2	100.0
Ahogo	45.5	54.5	100.0
Escalofríos	63.6	36.4	100.0
Náuseas, indigestión o sensación de diarrea	72.7	27.3	100.0
Mareo o desfallecimiento	81.8	18.2	100.0
Hormigueo o adormecimiento	54.5	45.5	100.0
Estremecimiento o temblor	72.7	27.3	100.0
Miedo de estar muriendo	90.9	9.1	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

4.2.3 Trastorno de Conducta Alimenticia

A partir de los resultados obtenidos por parte de la población de adolescentes encuestada, la mayoría de los informantes (hombres y mujeres a nivel general), más del 75% en promedio, indicó no presentar síntomas referentes a este trastorno.

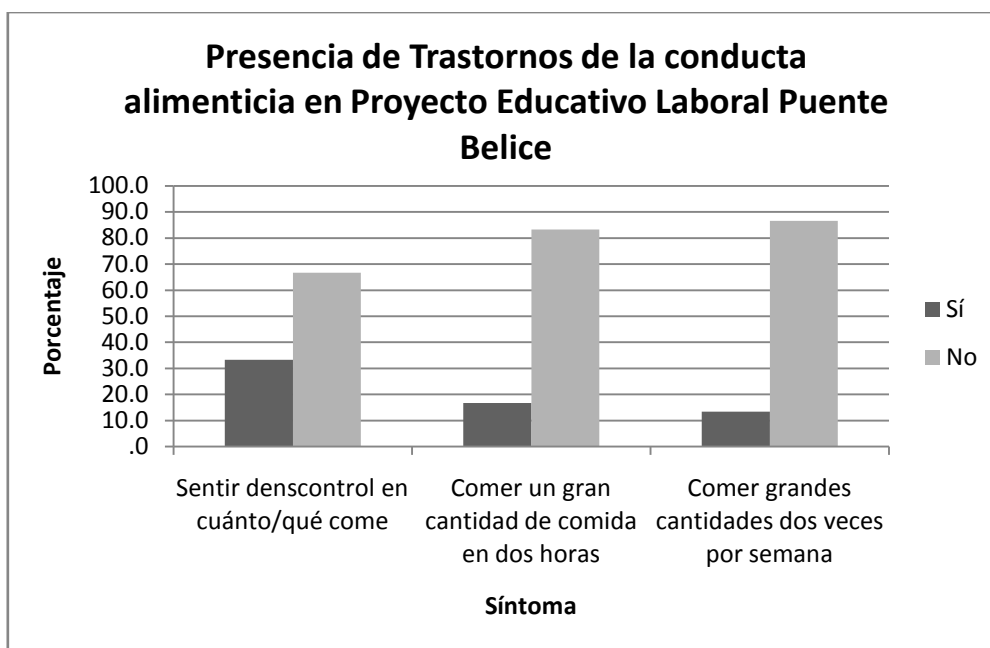
No obstante lo anterior, aunque los porcentajes de incidencia referentes a comer una gran cantidad de comida en dos horas o a comer grandes cantidades dos veces por semana denotan una incidencia inferior al 15% en promedio, sí se tiene una participación leve a moderada en sentir descontrol en cuánto y qué se come. El detalle de los resultados puede apreciarse en la siguiente Tabla 10 y Gráfica 4.

Tabla 10. Frecuencia de trastornos de conductas alimenticias en Proyecto Educativo Laboral Puente Belice

Síntoma	No	Sí	Total
Sentir descontrol en cuánto/qué come	66.7	33.3	100.0
Comer un gran cantidad de comida en dos horas	83.3	16.7	100.0
Comer grandes cantidades dos veces por semana	86.7	13.3	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Gráfica 1



Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

En relación a la población masculina, la incidencia de los síntomas de trastornos alimenticios es incluso menor al promedio general. De esta cuenta, incluso en el sentir descontrol de cuánto y qué se come, la presencia de síntomas es menor al 33.3% registrado anteriormente, mientras que para los dos síntomas relacionados con comer en exceso la participación fue menor al 7% (ver Tabla 11).

Tabla 11. Frecuencia de trastornos de conductas alimenticias en hombres de Proyecto Educativo Laboral Puente Belice.

Síntoma	No	Sí	Total
Sentir descontrol en cuánto/qué come	73.7	26.3	100.0
Comer un gran cantidad de comida en dos horas	89.5	10.5	100.0
Comer grandes cantidades dos veces por semana	94.7	5.3	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Al igual que para el caso del trastorno anterior, la incidencia de los síntomas que denotan trastorno alimenticio son más incidentes para el caso de las mujeres.

Tabla 12. Frecuencia de trastornos de conductas alimenticias en mujeres de Proyecto Educativo Laboral Puente Belice.

Síntoma	No	Sí	Total
Sentir descontrol en cuánto/qué come	54.5	45.5	100.0
Comer un gran cantidad de comida en dos horas	54.5	45.5	100.0
Comer grandes cantidades dos veces por semana	72.7	27.3	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

En cuanto a los factores incidentes de los síntomas asociados a trastornos alimenticios se refiere, la incidencia fue en general bastante baja y de hecho la participación fue en promedio menor al 11%. Estos resultados pueden observarse con mayor detalle en la siguiente Tabla 13.

Tabla 13. Frecuencia de trastornos de conductas alimenticias, anorexia nerviosa de Proyecto Educativo Laboral Puente Belice

Síntoma	No	Sí	Total
Provocarse vómitos para no aumentar de peso	86.7	13.3	100.0
Tomarse más del doble de laxante para no aumentar de peso	93.3	6.7	100.0
Ayunar para no aumentar de peso	96.7	3.3	100.0
Hacer ejercicio en exceso para no aumentar de peso	83.3	16.7	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Para el caso de estos factores incidentes, tanto para la población masculina como femenina, la participación ahora no fue disímil. De esta cuenta, la incidencia de estos síntomas se mantuvo en promedio menor al 10% para el caso de los hombres (véase la Tabla 14).

Tabla 14. Frecuencia de trastornos de conductas alimenticias, anorexia nerviosa en hombres de Proyecto Educativo Laboral Puente Belice

Síntoma	No	Sí	Total
Provocarse vómitos para no aumentar de peso	89.5	10.5	100.0
Tomarse más del doble de laxante para no aumentar de peso	89.5	10.5	100.0
Ayunar para no aumentar de peso	94.7	5.3	100.0
Hacer ejercicio en exceso para no aumentar de peso	89.5	10.5	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

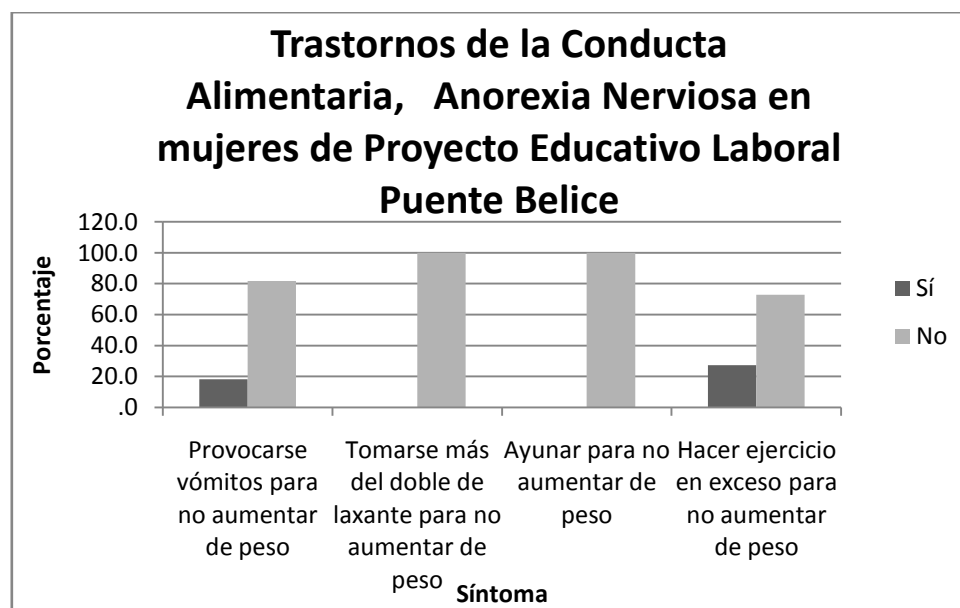
Aunque levemente mayor, la incidencia de los síntomas fue muy cercana al 10% para el caso de la población femenina. Téngase en cuenta la siguiente Tabla 15 y Gráfica 2.

Tabla 15. Frecuencia de trastornos de conductas alimenticias, anorexia nerviosa en mujeres de Proyecto Educativo Laboral Puente Belice

Síntoma	No	Sí	Total
Provocarse vómitos para no aumentar de peso	81.8	18.2	100.0
Tomarse más del doble de laxante para no aumentar de peso.	100.0	.0	100.0
Ayunar para no aumentar de peso	100.0	.0	100.0
Hacer ejercicio en exceso para no aumentar de peso	72.7	27.3	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Gráfica 2



Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

4.2.4 Trastornos Somatomorfos

Al considerar la incidencia de los trastornos somatomorfos agregando tanto a la población masculina como femenina encuestada, puede observarse que existe una presencia leve o moderada de algunos síntomas referentes a este tipo de trastornos.

Particularmente, puede observarse que los síntomas más incidentes (aunque ninguno llegando a la gravedad y a un nivel de mucha molestia) son aquellos

relacionados con: dolor de estómago; dolor de espalda; dolor de extremidades; dolor de cabeza (siendo este el más incidente) y; corazón acelerado.

De esta cuenta, el promedio de incidencia para estos síntomas fue cercano al 38%, resaltando de mayor forma el dolor de cabeza con cerca del 77%. En todos estos casos la percepción de los síntomas fue recurrentes aunque a un nivel de poca molestia (el detalle puede apreciarse en la siguiente Tabla 16).

Tabla 16. Frecuencia de trastornos somatomorfos, de Proyecto Educativo Laboral Puente Belice

Síntoma	No me ha molestado	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho	Total
Dolor de estómago	30.00	40.00	30.00	100.00
Dolor de espalda	43.33	33.33	23.33	100.00
Dolor en las extremidades	33.33	46.67	20.00	100.00
Problemas menstruales (mujeres)	76.67	16.67	6.67	100.00
Problemas durante el acto sexual	100.00	0.00	0.00	100.00
Dolor de cabeza	16.67	76.67	6.67	100.00
Dolor de pecho	73.33	26.67	0.00	100.00
Presencia de mareos	63.33	20.00	16.67	100.00
Presencia de desmayos	90.00	6.67	3.33	100.00
Corazón acelerado/palpitaciones fuertes	60.00	33.33	6.67	100.00
Dificultad para respirar	66.67	20.00	13.33	100.00
Estreñimiento	73.33	13.33	13.33	100.00
Náuseas, indigestión, distensión abdominal	63.33	26.67	10.00	100.00

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Para el caso de los hombres, los síntomas más incidentes se evidenciaron con una tendencia muy cercana a la de la media general. Particularmente, en la población masculina encuestada se hizo más evidente: el dolor de estómago; el dolor de extremidades y; el corazón acelerado o palpitaciones fuertes. Para estos síntomas el promedio de incidencia fue cercano al 37%; aunque el mayor de los síntomas incidentes (el dolor de cabeza) sobrepasó el 68% (véase la siguiente Tabla 17). Esto puede deberse a que el sexo masculino tiende a reprimir emociones, porque la sociedad presiona de alguna manera al mismo a que no debe sentir dolores y no debe expresar sus sentimientos, generando dolor de cabeza dicha represión.

Tabla 17. Frecuencia de trastornos somatomorfos en hombres, de Proyecto Educativo Laboral Puente Belice

Síntoma	No me ha molestado	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho	Total
Dolor de estómago	15.79	47.37	36.84	100.00
Dolor de espalda	42.11	21.05	36.84	100.00
Dolor en las extremidades	26.32	47.37	26.32	100.00
Problemas durante el acto sexual	100.00	0.00	0.00	100.00
Dolor de cabeza	21.05	68.42	10.53	100.00
Dolor en el pecho	89.47	10.53	0.00	100.00
Presencia de mareos	63.16	21.05	15.79	100.00
Presencia de desmayos	89.47	5.26	5.26	100.00
Corazón acelerado/palpitaciones fuertes	63.16	31.58	5.26	100.00
Dificultad para respirar	63.16	21.05	15.79	100.00
Irregularidades al defecar	68.42	15.79	15.79	100.00
Náuseas, indigestión, distensión abdominal	63.16	26.32	10.53	100.00

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Para el caso de las mujeres, aunque aún con poca molestia, los síntomas fueron más incidentes. De esta cuenta, los síntomas referentes al: dolor de estómago; dolor de espalda; dolor de extremidades; problemas menstruales; dolor de pecho y; corazón acelerado o palpitaciones fuertes, fueron incidentes en un 44%.

Al igual que para el caso de los hombres, el dolor de cabeza fue el síntomas que más se hizo notar aunque con niveles que sobrepasaron el 90%. Cabe decir sin embargo, que tanto este como los síntomas anteriores se mantienen en niveles leves o moderados de acuerdo con el hecho de que la población los percibió pocas veces durante el tiempo de referencia. El desglose de los resultados puede apreciarse en la siguiente Tabla 18.

Tabla 18. Frecuencia de trastornos somatomorfos en mujeres, de Proyecto Educativo Laboral Puente Belice.

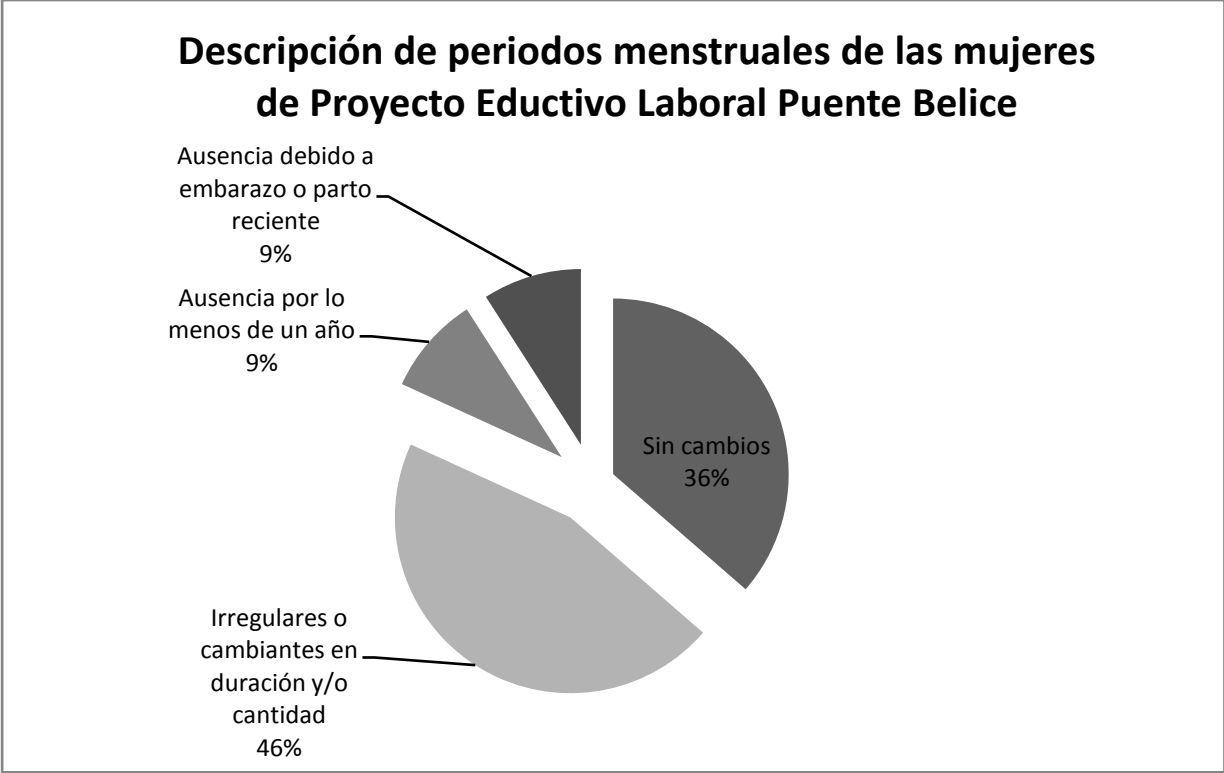
Síntoma	No me ha molestado	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho	Total
Dolor de estómago	54.5	27.3	18.2	100.0
Dolor de espalda	45.5	54.5	.0	100.0
Dolor de extremidades	45.5	45.5	9.1	100.0
Problemas menstruales	36.4	45.5	18.2	100.0
Problemas durante el acto sexual	100.0	0	0	100.0
Dolor de cabeza	9.1	90.9	.0	100.0
Dolor de pecho	45.5	54.5	.0	100.0
Presencia de mareos	63.6	18.2	18.2	100.0
Presencia de desmayos	90.9	9.1	.0	100.0
Corazón acelerado/palpitaciones fuertes	54.5	36.4	9.1	100.0
Dificultad para respirar	72.7	18.2	9.1	100.0
Estreñimiento	81.8	9.1	9.1	100.0
Náuseas, indigestión, distensión abdominal	63.6	27.3	9.1	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Aunque dentro de la población femenina, los trastornos menstruales han causado poca molestia, se procedió a analizarlos en detalle. Por tanto, dejando de lado aquella población que manifestó no haber percibido cambios (36% del total), un 46% indicó que al momento de presentarse los problemas en el período menstrual éstos generalmente se referían a cambios en la duración del período y en la cantidad del flujo sanguíneo.

En menor escala estuvieron otros factores de afección al ciclo menstrual, como el caso del embarazo o ausencias por lo menos de un año, ambos con porcentajes de participación del 9% (véase Gráfica 3).

Gráfica 3



Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

4.2.5 Trastorno relacionado con sustancias

De acuerdo a la información recabada por parte de las y los adolescentes del Proyecto bajo análisis, se estimó que el consumo de bebidas alcohólicas es relativamente bajo y dentro de niveles moderados. Esto considerando que cerca de 26.7% indicó acostumbrar a ingerir bebidas alcohólicas y el restante 73.3% no acostumbrar a ello.

Dentro de la población masculina, la práctica de ingerir bebidas de este tipo fue ligeramente mayor aunque no dramáticamente. Por tanto, 31.6% de los hombres indicó acostumbrar a ingerir bebidas alcohólicas y el restante 68.4% a no hacerlo.

Lo anterior, contrasta con el mínimo nivel de consumo de la población femenina ya que el 18.2% indicó incurrir en la práctica y el restante 81.8% no acostumbrar a ingerir bebidas alcohólicas.

Luego de indagar sobre el hábito de consumir este tipo de bebidas, se procedió a evaluar indicadores de abuso en dicho consumo. Para ello, a nivel general no se

percibieron indicadores de abuso de acuerdo a indicadores como: estado de ebriedad en el trabajo, la escuela o en el cuidado de los niños; incumplimiento en el trabajo, la escuela o en el mismo cuidado de los niños; ausencias al trabajo o a la escuela por resaca; la ocurrencia de problemas con otras personas por motivo de ebriedad y el conducir bajo estado de ebriedad.

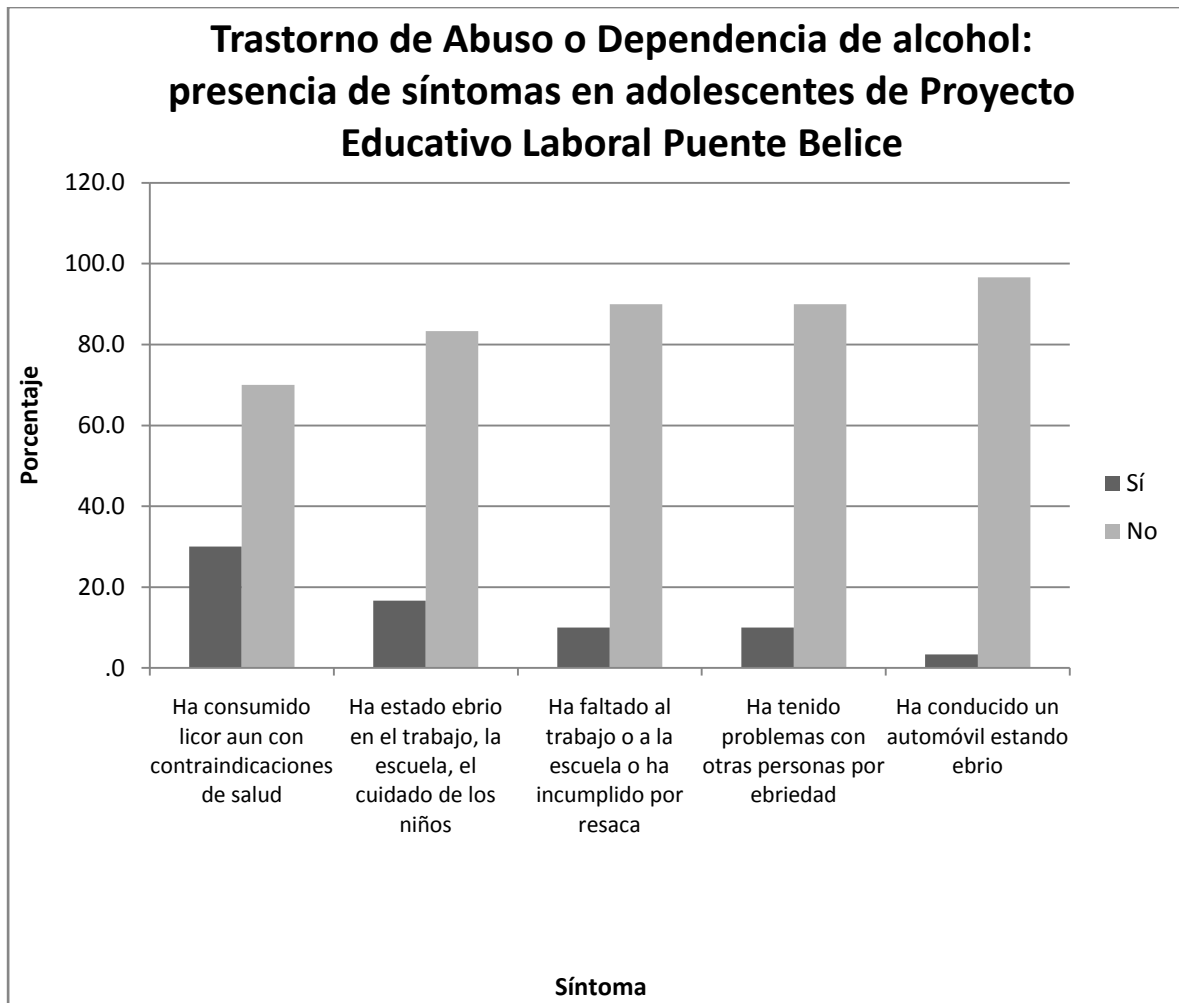
Para todos los casos anteriores, el porcentaje promedio de ocurrencia se registró en cerca del 7% a excepción de la práctica de consumir licor aún con contraindicaciones de salud. Para esta práctica, el porcentaje promedio de ocurrencia a nivel general se ubicó en 30% (véase la Tabla 19 y Gráfica 4).

Tabla 19. Frecuencia de síntomas de trastornos relacionados con abuso de sustancias o dependencia de alcohol de Proyecto Educativo Laboral Puente Belice

Presencia de síntoma de trastorno de abuso o dependencia del alcohol.	No	Sí	Total
Ha consumido licor aún con contraindicaciones de salud	70.0	30.0	100.0
Ha estado ebrio en el trabajo, la escuela, el cuidado de los niños	83.3	16.7	100.0
Ha faltado al trabajo o a la escuela o ha incumplido por resaca	90.0	10.0	100.0
Ha tenido problemas con otras personas por ebriedad	90.0	10.0	100.0
Ha conducido un automóvil estando ebrio	96.7	3.3	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Gráfica 4



Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Para el caso de los indicadores de abuso de alcohol dentro de la población masculina, los resultados permiten inferir un comportamiento muy cercano a la media general expuesto con anterioridad. Particularmente, se observa un incremento (todavía dentro de los parámetros de levedad) del estado de ebriedad durante la atención de ciertas responsabilidades.

El detalle de los indicadores de abuso de alcohol por parte de los hombres encuestados puede apreciarse en la siguiente Tabla.

Tabla 20. Frecuencia de síntomas de trastornos relacionados con abuso de sustancias o dependencia de alcohol de hombres de Proyecto Educativo Laboral Puente Belice

Presencia de síntoma de trastorno de abuso o dependencia del alcohol.	No	Sí	Total
Ha consumido licor aun con contraindicaciones de salud	68.4	31.6	100.0
Ha estado ebrio en el trabajo, la escuela, el cuidado de los niños	78.9	21.1	100.0
Ha faltado al trabajo o a la escuela o ha incumplido por resaca	89.5	10.5	100.0
Ha tenido problemas con otras personas por ebriedad	89.5	10.5	100.0
Ha conducido un automóvil estando ebrio	94.7	5.3	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Finalmente, para el caso de las mujeres no se observan indicadores de abuso significativamente diferentes al comportamiento general aunque sí levemente inferiores al caso de los hombres. El detalle por indicador puede apreciarse en la siguiente Tabla 21.

Tabla 21. Frecuencia de síntomas de trastornos relacionados con abuso de sustancias o dependencia de alcohol de mujeres de Proyecto Educativo Laboral Puente Belice

Presencia de síntoma de trastorno de abuso o dependencia del alcohol.	No	Sí	Total
Ha consumido licor aun con contraindicaciones de salud	72.7	23.3	100.0
Ha estado ebrio en el trabajo, la escuela, el cuidado de los niños	90.1	9.1	100.0
Ha faltado al trabajo o a la escuela o ha incumplido por resaca	90.9	9.1	100.0
Ha tenido problemas con otras personas por ebriedad	90.9	9.1	100.0
Ha conducido un automóvil estando ebrio	100	0	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

4.2.6 Aspectos generales que pueden llevar a trastornos mentales

En términos generales, la presencia de indicadores relacionados con la posibilidad de llevar a la población a una situación de trastornos mentales se mantienen en una ausencia de síntomas (58.3%) promedio.

No obstante lo anterior, llama fuertemente la atención el apareamiento de tasas más altas en niveles leves o moderados de ciertas causas de preocupación como: la

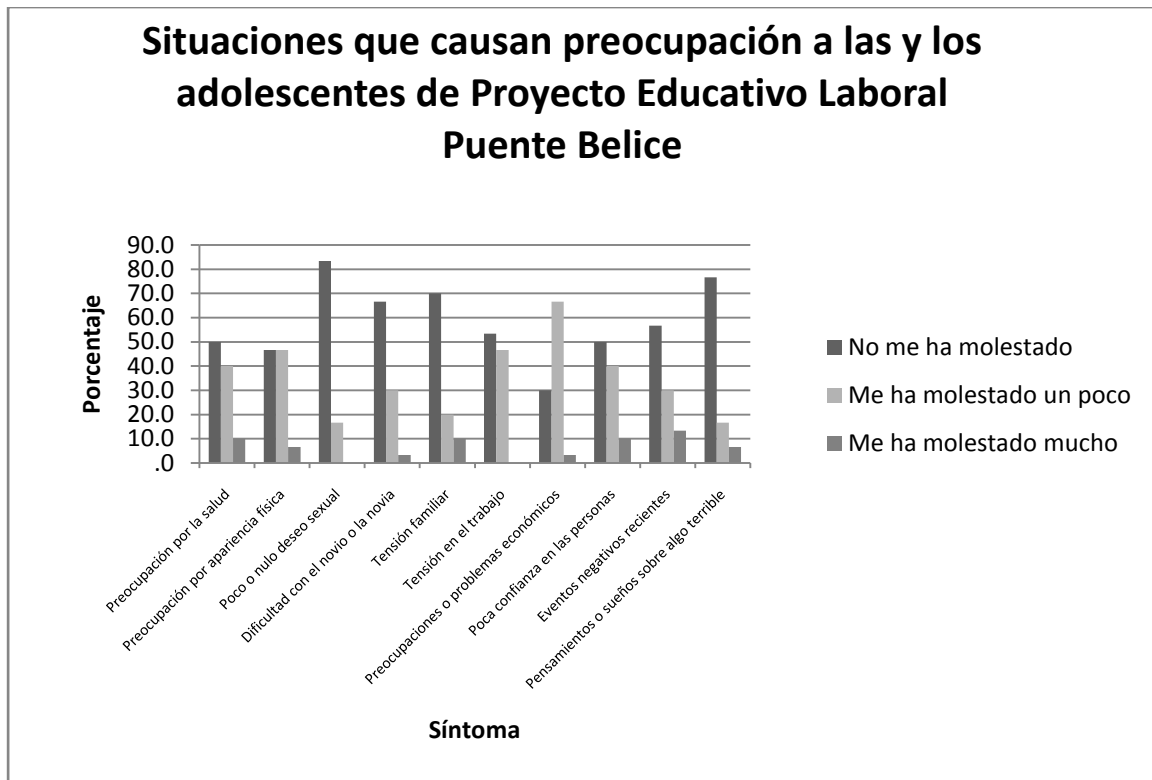
preocupación por la apariencia física; la tensión por el trabajo; la poca confianza en las personas y; de manera especial las preocupaciones o problemas económicos, en donde más del 66% indicó haber experimentado los síntomas de forma leve o moderada (considérese la siguiente Tabla 22 y Gráfica 5).

Tabla 22. Frecuencia de problemas que han preocupado en las últimas cuatro semanas a los adolescentes de Proyecto Educativo Laboral Puente Belice

Causas que generan preocupación	No me ha molestado	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho	Total
Preocupación por la salud	50.0	40.0	10.0	100.0
Preocupación por apariencia física	46.6	46.7	6.7	100.0
Poco o nulo deseo sexual	83.3	16.7	0	100.0
Dificultad con el novio o la novia	66.7	30.0	3.3	100.0
Tensión familiar	70.0	20.0	10.0	100.0
Tensión en el trabajo	53.3	46.7	.0	100.0
Preocupaciones o problemas económicos	30.0	66.7	3.3	100.0
Poca confianza en las personas	50.0	40.0	10.0	100.0
Eventos negativos recientes	56.7	30.0	13.3	100.0
Pensamientos o sueños sobre algo terrible	76.7	16.7	6.7	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Gráfica 5



Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Para el caso de los hombres, la preocupación por la apariencia física y la tensión por el trabajo siguen siendo las variables que dentro de lo leve o moderado más preocupan a la población. Aunque nuevamente, las preocupaciones o problemas económicos son la causa más incidente.

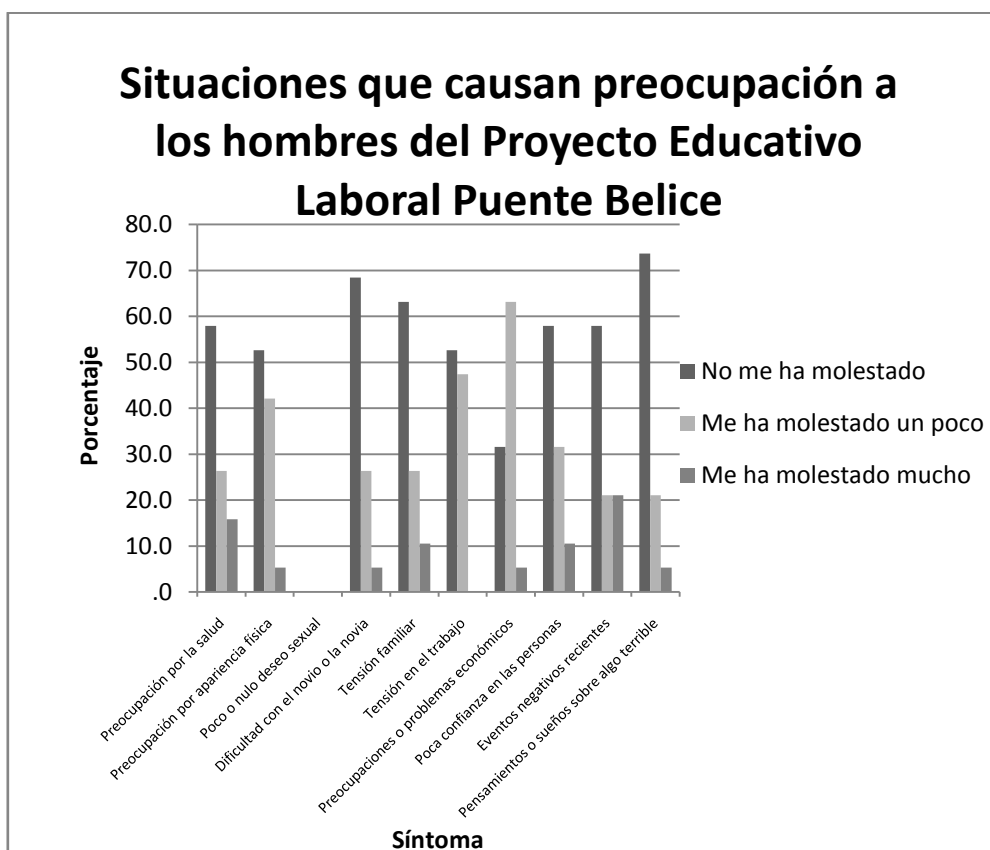
De igual forma, se hace más notorio dentro de las variables que caen en lo crónico (por la frecuencia de la preocupación), aquellas causas ligadas a la preocupación por la salud (véase la siguiente Tabla 23 y Gráfica 6).

Tabla 23. Frecuencia de problemas que han preocupado en las últimas cuatro semanas a los hombres de Proyecto Educativo Laboral Puente Belice

Causas que generan preocupación	No me ha molestado	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho	Total
Preocupación por la salud	57.9	26.3	15.8	100.0
Preocupación por apariencia física	52.6	42.1	5.3	100.0
Poco o nulo deseo sexual	84.2	15.8	.0	100.0
Dificultad con el novio o la novia	68.4	26.3	5.3	100.0
Tensión familiar	63.2	26.3	10.5	100.0
Tensión en el trabajo	52.6	47.4	.0	100.0
Preocupaciones o problemas económicos	31.6	63.2	5.3	100.0
Poca confianza en las personas	57.9	31.6	10.5	100.0
Eventos negativos recientes	57.9	21.1	21.1	100.0
Pensamientos o sueños sobre algo terrible	73.7	21.1	5.3	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Gráfica 6



Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

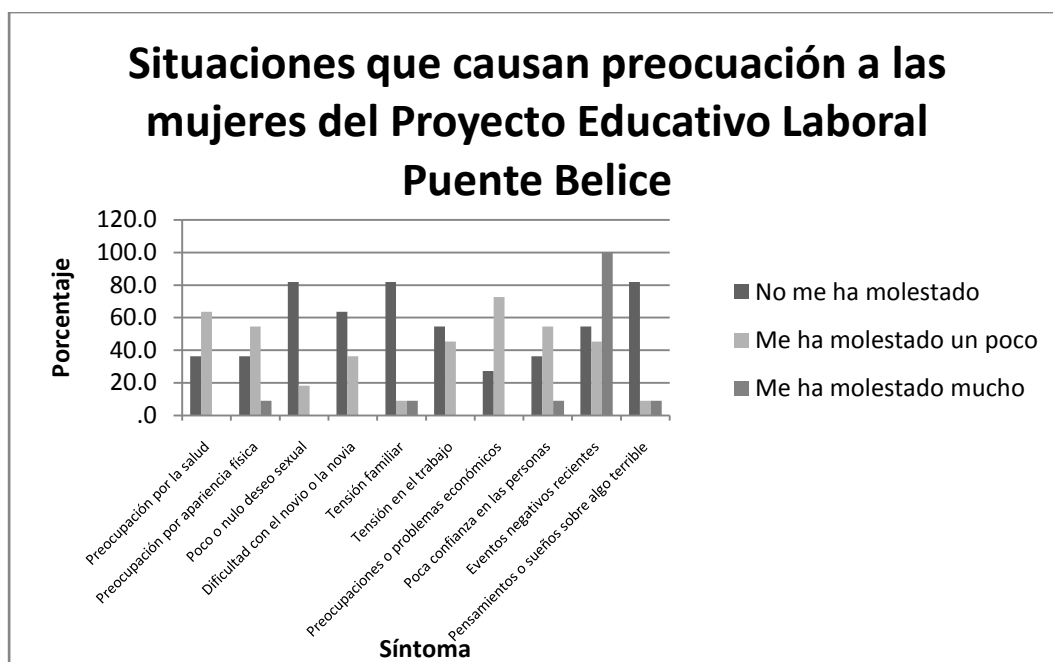
Para el caso de las mujeres, la tendencia en las causas de preocupación sigue el patrón obtenido a nivel general. Sin embargo, ciertas causas como la preocupación por el estado de salud cobran mayor incidencia dentro de los niveles leve a moderado (63.3%), de igual forma la preocupación por la apariencia física y la poca confianza en las personas tienen un (54.5%). En todo caso, la preocupación por problemas económicos vuelve a ser la más recurrente dentro de niveles todavía de poca molestia con cerca de 72.7% del total (el detalle puede observarse en la siguiente Tabla 24 y Gráfica 7).

Tabla 24. Frecuencia de problemas que han preocupado en las últimas cuatro semanas a las mujeres de Proyecto Educativo Laboral Puente Belice.

Causas que generan preocupación	No me ha molestado	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho	Total
Preocupación por la salud	36.4	63.6	.0	100.0
Preocupación por apariencia física	36.4	54.5	9.1	100.0
Poco o nulo deseo sexual	81.8	18.2	.0	100.0
Dificultad con el novio o la novia	63.6	36.4	.0	100.0
Tensión familiar	81.8	9.1	9.1	100.0
Tensión en el trabajo	54.5	45.5	.0	100.0
Preocupaciones o problemas económicos	27.3	72.7	.0	100.0
Poca confianza en las personas	36.4	54.5	9.1	100.0
Eventos negativos recientes	54.5	45.5	.0	100.0
Pensamientos o sueños sobre algo terrible	81.9	9.1	9.0	100.0

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Gráfica 7

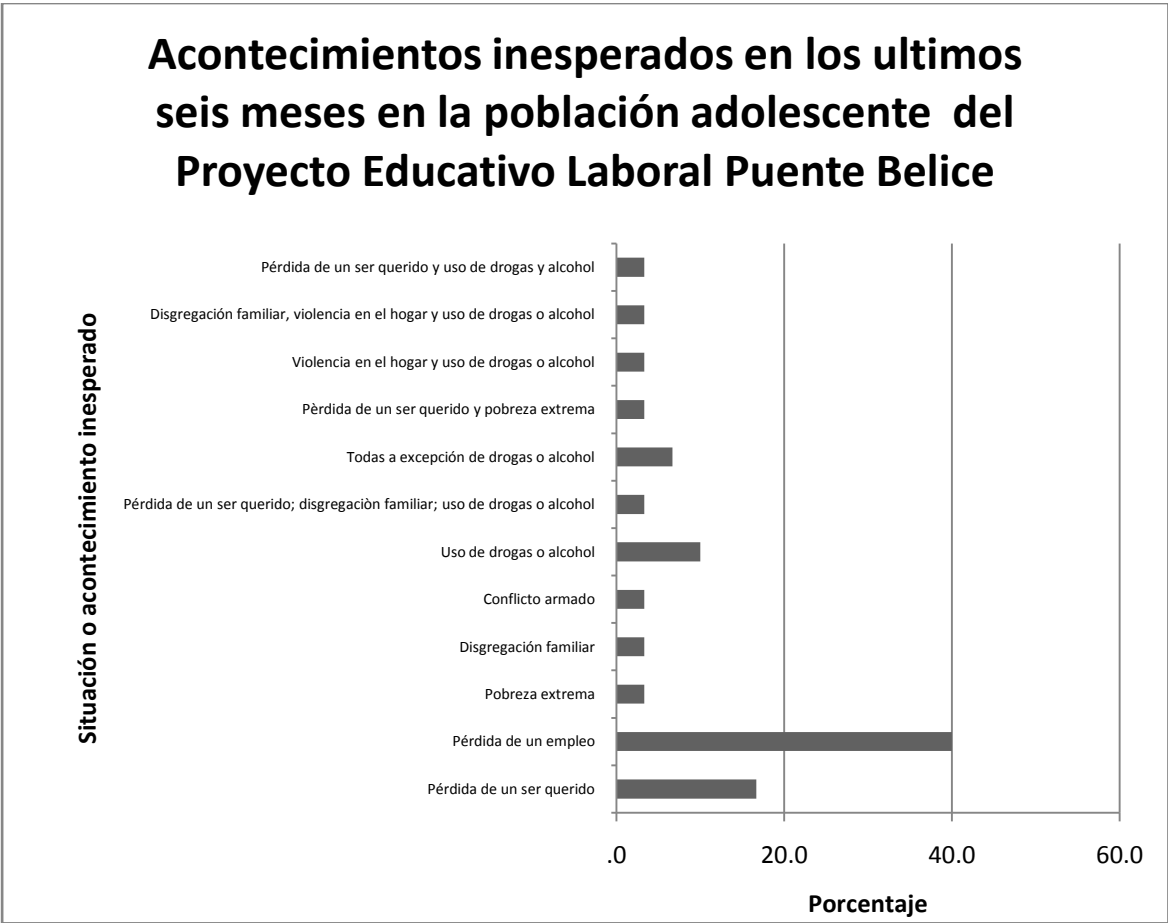


Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Aunado a las causas anteriores, se indagó sobre otras causas que en calidad de situaciones inesperadas, pudieron haber incrementado el nivel de preocupación de la población encuestada.

Dentro de las causas identificadas, resalta sobremanera la pérdida de un empleo y la pérdida de un ser querido con niveles de ocurrencia del 40% y 18%, respectivamente. Seguidamente, se hizo notoria en un promedio del 10% la preocupación generada a partir del uso de drogas o alcohol y en un 7% la preocupación derivada de problemas de violencia o disgregación del núcleo familiar. El detalle de estos factores inesperados puede apreciarse en la siguiente Gráfica 8.

Gráfica 8

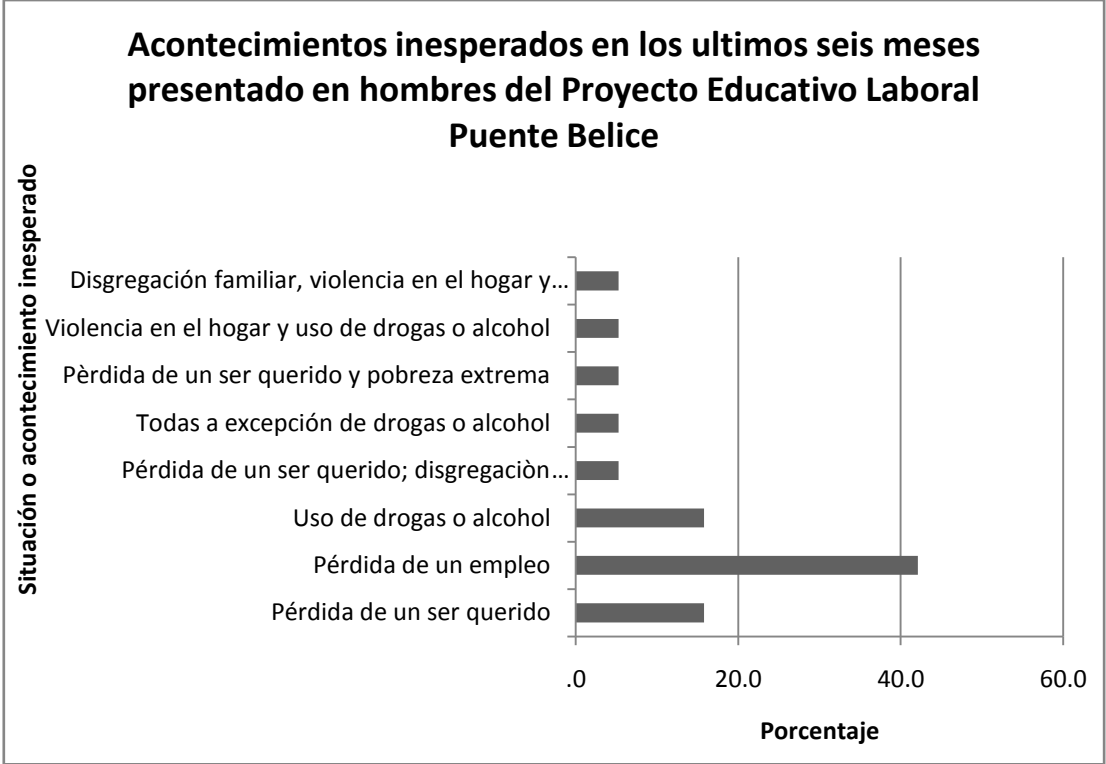


Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Para el caso de los hombres la preocupación generada por la pérdida de un empleo; de un ser querido o; por el uso de drogas o alcohol, siguen el mismo patrón de tendencia percibido a nivel general.

Con lo anterior, la preocupación generada por la pérdida de un empleo alcanzó a superar el 42.5% del total, mientras que el uso de drogas y alcohol y la pérdida de un ser querido alcanzó un nivel de 15.2% (véase la Gráfica 9).

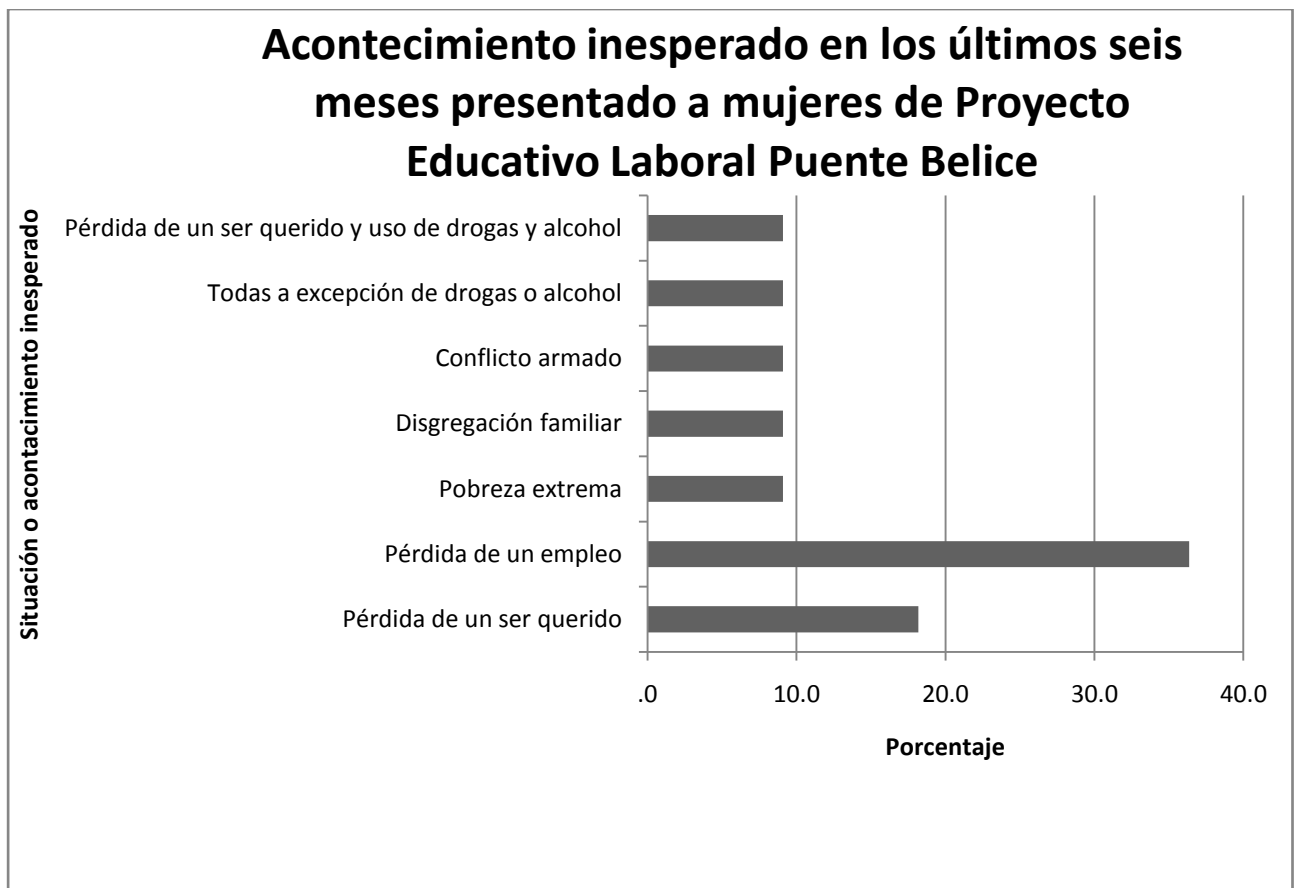
Gráfica 9



Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Finalmente, se indagó sobre las mismas causas de preocupación a partir de acontecimientos inesperados, en el caso de la población femenina encuestada. De esta cuenta, aunque la pérdida de un empleo alcanzó niveles de participación del 37%, otras causas como la pérdida de un ser querido fueron más relevantes que para el caso de los hombres con un nivel de participación del 18% (considérese la siguiente Gráfica 10).

Gráfica 10



Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

Luego de haber mostrado la presencia de indicios para cada uno de los trastornos bajo estudio, se procedió a establecer escalas de medición a partir del instrumento utilizado. En relación al nivel de afección del Trastorno del Estado de Ánimo en la población adolescente encuestada en el “Proyecto Educativo y Laboral Puente Belice”, las tendencias evidenciadas permiten inferir que los síntomas presentes conllevan a la ausencia del trastorno en la mayor parte de la población. Derivado de lo anterior, 76.67% de las y los encuestados no presentan tendencias asociadas a este trastorno, mientras que el 23.33% restante lo presentan de forma leve o moderado.

Tabla 25. Nivel de afección del Trastorno del Estado de Ánimo. Proyecto Educativo Laboral Puente Belice.

	Ausencia	Leve o moderado	Grave	Total
Hombres	78.95	21.05	0.00	100
Mujeres	72.73	27.27	0.00	100
General	76.67	23.33	0.00	100

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

A partir de los resultados plasmados en la Tabla 26, puede inferirse que al igual que las tendencias mostradas en relación al Trastorno del Estado de Ánimo, el nivel de afección de los síntomas asociados a los trastornos alimenticios puede conllevar a ubicar este síntoma como ausente en la gran mayoría de la población encuestada a nivel general.

No obstante lo anterior, aunque esta mayoría es también la tendencia en el caso de las mujeres, en comparación con los hombres la levedad del trastorno es casi el doble (con un 27.27%). El detalle del nivel de afección de este trastorno puede apreciarse en la siguiente Tabla 26.

Tabla 26. Nivel de afección de Trastornos Alimenticios. Proyecto Educativo Laboral Puente Belice.

	Ausencia	Leve o moderado	Grave	TOTAL
Hombres	89.47	10.53	0.00	100.00
Mujeres	72.73	27.27	0.00	100.00
General	83.33	16.67	0.00	100.00

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD

En el trastorno alimenticio no existe gravedad del mismo, existiendo una presencia leve moderada de un 16.67% en la población en general, y una mayor presencia del mismo en las mujeres (27.27%).

Tabla 27. Nivel de afección de Trastornos de Ansiedad. Proyecto Educativo Laboral Puente Belice.

	Ausencia	Leve o moderado	Grave	TOTAL
Hombres	78.95	15.79	5.26	100.00
Mujeres	54.55	36.36	9.09	100.00
General	70.00	23.33	6.67	100.00

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD.

Aunque las mujeres son las que reportan mayor gravedad en relación al trastorno, 5.26% de los hombres se encuentra también dentro de este intervalo. En términos relativos, la distribución en el nivel de afección de los hombres se encuentra más polarizada dado que para la mayoría el trastorno es más bien ausente.

A partir de la Tabla 28, puede apreciarse que la gravedad del presente trastorno afecta a 5.26% de los hombres adolescentes encuestados. Asimismo, del porcentaje restante, una proporción considerable (21.05%) presenta indicios de afección leves/moderados en dicha población masculina.

Tabla 28. Nivel de afección del Trastorno relacionado con el abuso/dependencia de sustancias. Proyecto Educativo Laboral Puente Belice.

Puntaje	Ausencia	Leve o moderado	Grave	TOTAL
Hombres	73.68	21.05	5.26	100.00
Mujeres	90.91	9.09	0.00	100.00
General	80.00	16.67	3.33	100.00

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD.

Finalmente, al indagar sobre los síntomas relacionados con trastornos somatomorfos, el caso es similar al de los primeros trastornos evaluados en este capítulo. Lo anterior, derivado de que no existen niveles de gravedad del trastorno en la población adolescente encuestada (véase la siguiente Tabla 29).

Tabla 29. Nivel de afección de Trastornos Somatomorfos. Proyecto Educativo Laboral Puente Belice.

Puntaje	Ausencia	Leve o moderado	Grave	TOTAL
Hombres	85.01	14.99	0.00	100.00
Mujeres	90.91	9.09	0.00	100.00
General	90.0	10.0	0.00	100.00

Fuente: elaboración propia a partir del Test Prime MD.

Tanto para los hombres como para las mujeres encuestadas, la gran mayoría de la población mostró más bien la ausencia de este tipo de trastornos, mientras que una minoría los reportó en escalas leves o moderadas.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

La escala de medición definió un puntaje máximo asignado por frecuencia de percepción de cada uno de los síntomas asociados al trastorno y se establecieron tres intervalos de afección: ausencia del trastorno; tendencia leve o moderada y; tendencia de gravedad, con ello se determinó el estado de la salud mental de adolescentes entre 13 y 17 años, del Proyecto Educativo Laboral, El Puente Belice.

Se logró establecer que la salud mental de los mismos está en condiciones normales, ya que presenta ausencia en los trastornos del humor, trastornos somatomorfo, trastornos alimenticios, y muy pocos casos presentan presencia leve o moderada en los trastornos de ansiedad y relacionados con sustancias.

En relación al nivel de afección del Trastorno del Estado de Ánimo en la población adolescente encuestada, las tendencias evidenciadas permiten inferir que los síntomas conllevan a la ausencia del trastorno en mayor parte de la población. De acuerdo con los resultados, la tendencia para hombres y mujeres en relación a este trastorno no dista significativamente de los resultados a nivel general. Por lo que nuevamente, dicho trastorno se percibe más bien ausente y minoritariamente leve o moderado incluso para la población analizada en criterios relativos al género. El adolescente de esta institución carece de síntomas de trastorno de ánimo ya que recurre a sus propias fuentes de resiliencia. Es importante mencionar que el proyecto brinda el crecimiento psicológico, espiritual, formándolos como seres humanos en crecimiento, ello hace que el joven mantenga un estado de ánimo positivo y que descansa en una estima personal positiva. Como lo indica Cazalli (2003), los jóvenes viven felices y cuentan con una percepción subjetiva y material positivo de su entorno, ello vinculado a Puac (2007), en donde hace referencia al bienestar psicológico en base al estado de satisfacción y de felicidad en que una persona se sienta con respecto a la vida que lleva. Es importante mencionar que el sexo femenino en éste, como en los demás trastornos tienden un incremento comparado con los hombres, ello puede ser porque el grado de sinceridad es mayor ya que la sociedad no les va juzgar si tienen alguna afección, mientras que el sexo masculino tiene a reprimir sus dolencias porque socialmente no es aceptado que sufran de algún síntoma. Esta afección se puede relacionar con el dolor de cabeza

experimentado por el sexo masculino, el cual es uno de los síntomas con base en la represión de emociones y afecciones.

En la misma línea el nivel de afección en los trastornos alimenticios los adolescentes no presentan gravedad en el mismo, ello puede deberse a que los mismos por su nivel económico, a pesar de que en algunos momentos no tenían la oportunidad de contar con sus tres tiempos de comida, ha generado en ellos una alta valoración a la alimentación. En cuanto al género, el sexo femenino presenta mayor incidencia que el sexo masculino, ello concuerda con el estudio realizado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2003) en el cual indica que las mujeres tienden a padecer más este tipo de trastornos, debido a las exigencias de los estándares de belleza provocados por la publicidad. Sin embargo en el presente estudio, este indicio, se debe más al manejo del estrés que les disminuye el apetito que por la búsqueda de la belleza corporal en sí.

De acuerdo a la información recabada con la población adolescente del Proyecto Educativo y Laboral Puente Belice, el nivel de afección de los síntomas vinculados al trastorno de ansiedad es uno de los que tienen presencia en los adolescentes debido a las situaciones externas que se exponen, como la inseguridad que es parte de la situación del país.

A partir de los resultados descritos, es evidente que la gravedad de este trastorno está presente en una media del 7% de la población adolescente encuestada y esto es más incidente en el caso de las mujeres. Esto puede deberse al miedo a perder la vida por la violencia contra la mujer que existe en los ámbitos donde se desarrollan. Estos síntomas pueden aparecer desde la etapa de la niñez ya que varias de ellas observaron agresiones que vivían sus madres o mujeres que les rodeaban. Igualmente, Velásquez (2010) encontró que entre los principales trastornos que son más frecuentes en los adolescentes, esta el trastorno de ansiedad. En la misma línea cabe resaltar el estudio realizado por parte de la Universidad de San Carlos de Guatemala (2009) el cual determinó que el sexo femenino es el más afectado, principalmente con los trastornos de ansiedad.

En este estudio una de las causas principales de este nivel de ansiedad está relacionada directamente con las preocupaciones de carácter económico (que afectan a la gran mayoría de encuestadas y encuestados). Esta preocupación está

muy ligada al tema económico, en donde se resalta el temor a la pérdida de un empleo (limitando la generación de ingreso) y a la pérdida de un ser querido. Los factores anteriormente mencionados generan desesperanza en las y los adolescentes. Otro punto importante que les genera ansiedad a este grupo es el no encontrar en el área laboral seguridad, ya que manejan temor de perder su empleo, ya que ello modifica no solo el nivel económico de los mismos, si no de quienes dependen de ellos,(familiares). Es importante mencionar que las causas anteriormente mencionadas (pérdida de un empleo, pérdida de un ser querido, problemas económicos) son factores exógenos.

Si bien los niveles de afección de los trastornos de ansiedad reportan un nivel de gravedad para una pequeña parte de la población (y principalmente para el caso de la población femenina), el trastorno relacionado con abuso/dependencia de sustancias presenta igualmente un nivel de gravedad en otra pequeña parte de la población (principalmente para el caso de los hombres). El abuso en el consumo de alcohol por parte de los hombres ha sido objeto de interés de varias investigaciones que se han realizado a diferentes poblaciones refiere López (2006). En el caso de los adolescentes del Proyecto Educativo Laboral Puente Belice se encuentran expuestos a espacios en donde el consumo del alcohol o de alguna otra sustancia puede ser visto de forma muy normal, ya que la gran mayoría de las áreas rurales utiliza este tipo de sustancias para apartarse de las preocupaciones que les genera la situación económica en la que viven. Para ello, el centro se encarga de reforzar las consecuencias adversas físicas o psicológicas que el consumo de sustancias genera en el ser humano, generando altos niveles de conciencia, y dando a conocer el peligro que puede sufrir una persona con este tipo de trastorno, no solamente psicológico y físico, sino también los problemas legales que el mismo puede generar.

Específicamente, en lo relacionado con el abuso a las sustancias, la población afectada señaló al alcohol como la principal sustancia de abuso seguido de drogas (el alcance del instrumento no contemplaba la tipificación), como los principales componentes que limitan el buen cumplimiento de las responsabilidades existentes para la población de ambos sexos. Es por ello, que el abordaje de este trastorno será otro de los ejes fundamentales de la propuesta del plan terapéutico. Otro estudio relacionado en la misma línea por parte de la Universidad de San Carlos de

Guatemala (2009) encuentra que el uso y abuso de sustancias estupefacientes es alto en la población en general.

Finalmente al indagar sobre los síntomas relacionados con la afección de trastornos somatomorfos, el caso es similar al de los primeros trastornos evaluados en el capítulo anterior. Tanto para los hombres como para las mujeres encuestadas, la gran mayoría de la población mostró más bien ausencia de este tipo de trastornos, y solo una minoría reportó escalas leves o moderadas.

Teniendo en cuenta los resultados anteriores en cuanto a los cinco trastornos evaluados dentro de la salud mental, es evidente que las y los adolescentes de esta investigación presentan una buena salud mental la cual se caracteriza en su mayoría (70% al 90%) por la ausencia de los trastornos descritos. Los indicios leves que se determinaron, se deben a los factores exógenos que son las principales causas de preocupación ligadas a temas económicos y otros factores inesperados como la pérdida de un ser querido, generando en ellos incertidumbre y preocupación de su futuro, ya que algunos de ellos han quedado a cargo de hermanitos o familiares y ello ha incidido con mayor intensidad en trastornos de ansiedad y de abuso/dependencia de sustancias, propios de contexto social de los adolescentes del Proyecto. AVANCSO 2010, menciona que el Proyecto Educativo Laboral Puente Belice nace para intentar dar respuesta a grupos de jóvenes nunca atendidos en una zona marginal, los cuales por situaciones económicas precarias, desintegración familiar y patrones de crianza se les dificulta insertarse en la sociedad laboral y académica de Guatemala. Siendo este un país que puede dejar de dar una oportunidad laboral, por el lugar en donde una persona reside, por seguridad de la empresa, siendo esto una forma de discriminar a las poblaciones menos favorecidas, que viven en espacios marginales.

Esta información es fundamental para el diseño de un plan de resiliencia (como propuesta en los primeros apartados de este estudio) en donde los mismos se les pueda empoderar en afrontar aquellas situaciones externas que si bien no son propiciadas por ellos afecta su modo de vida.

VI. CONCLUSIONES

- Se determinó que la población estudiada de adolescentes denota una buena salud mental, siendo esta evidenciada por la ausencia de síntomas graves en los trastornos investigados.
- Existe poca presencia y frecuencia de los trastornos de la salud mental de las y los adolescentes, en los indicadores de ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos somatomorfos y de abuso o dependencia del alcohol.
- De los 30 adolescentes estudiados, el 90% (27 casos) no presentaron algún trastorno mental de forma grave. Existen otros sujetos los cuales evidenciaron trastornos de forma leve, sin embargo no es un grupo de población de alta vulnerabilidad y en riesgo.
- Se determina que el plan terapéutico debido a los resultados se enfocará a la resiliencia, que es justo para que dicho grupo tenga herramientas de afrontamiento a situaciones que se encuentran fuera de su alcance.
- Los síntomas graves encontrados en una mínima parte de la población estudiada son: síntomas en el trastorno de ansiedad y síntomas en trastorno de abuso o dependencia de alcohol.
- Los síntomas que predominaron en mujeres fueron: de ansiedad, de la conducta alimentaria y estado de ánimo.
- Los síntomas que predominaron en hombres fueron: de abuso o dependencia del alcohol y síntomas somatomorfos.
- En el caso del Trastorno del estado de ánimo no se presenta ningún caso en la tendencia grave.

- Los factores que generan ansiedad en ambos sexos son: pérdida por un ser querido y de un empleo, lo cual afecta la situación económica del hogar.
- La relación que los adolescentes mantienen en los lugares de trabajo les genera ansiedad, ya que sienten que en determinado momento pueden desemplearse y ello genera una inestabilidad no solo como persona si no a la familia.
- Los síntomas que se generan en el trastorno de la conducta alimentaria son generados por factores exógenos, no son relacionados con la distorsión de la figura.

VII. RECOMENDACIONES

Luego de haber cumplido el objetivo del presente estudio, se realizan las siguientes recomendaciones:

- La población incluida en esta investigación es sana sin embargo se debe promover programas de resiliencia para que aprendan a afrontar circunstancias adversas a sus metas, logros o necesidades.
- Poner especial atención en las empresas en donde se desenvuelven las y los adolescentes, con el fin de asegurar un trato digno hacia los mismos.
- Buscar nuevas alianzas de trabajo en donde se les permita a las y los adolescentes la realización profesional.
- Afianzar las relaciones con las empresas que son fuentes de trabajo, con el fin de sensibilizar las mismas y lograr estabilidad y un trato digno para las y los adolescentes.
- Que la institución propicie charlas, talleres, ejercicios de salud mental, en donde se trabaje el empoderamiento de resiliencia, autoestima y valores que puedan funcionar como inhibidores de los trastornos de la salud mental.
- Generar grupos de apoyo mutuo, supervisado por expertos para que puedan de alguna manera sobre llevar las situaciones del diario vivir.
- Empoderar a los adolescentes en sus derechos y conocimientos básicos sobre el Código de Trabajo.
- Convocar a juntas familiares con el fin de promover el afecto y la comprensión hacia las y los adolescenens.
- Dar a conocer las herramientas de defenza de acoso a las adolescentes, y sus derechos como mujeres.

- Brindar atención clínica a las y los adolescentes de forma continua y establecer un programa que les permita crecer como seres humanos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguilera, R., Carreno, M. y Juárez, F.(2004). *Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria*. Tesis inédita, Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Álvarez, J. (1994). *Trastornos de la personalidad en los adolescentes provocados por desintegración familiar a causa de la emigración de los padres al extranjero*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango Guatemala.
- Arrufat, F. J. (2008). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca Osona*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, España.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. (Texto Revisado 4ta. edición)*. Barcelona, España: Masson.
- Asociación para el Avance de las Ciencias Sociales en Guatemala.(2010). *Sistematización crítica del proyecto educativo laboral Puente Belice*. Guatemala: Autor.
- Cazali, J. (2003). *Bienestar psicológico en adolescentes repatriados*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.
- Figueras, A. (2006). *Evaluación multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona. Barcelona, España.
- Flores.A. (2006). *Diagnóstico de Salud Mental de los habitantes de aldea Los Planes*, Guatemala. Guatemala.
- García, X. (1998). *La orientación de los cambios biológicos y psicológicos en púberes y adolescentes del Instituto José Martí*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.
- González, J. (1999). *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona, España: MATPO.
- Haquin,C., Larraguibel, M. y Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental de niños ya dolescentes de la ciudad de Calama, Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 75, 10-11.
- J., A. (1994). *Trastornos de la personalidad en los adolescentes provocados por desintegración familiar a causa de la emigración de los padres al extranjero*. Quetzaltenango, Guatemala.

- Tomas, J. (2004). *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Barcelona, España: Serie Paltex, 2da. Edición.
- López, C. (2006). *Diagnóstico de salud mental de las mujeres y los hombres de la Aldea Los Planes Chimaltenango*. Guatemala, Chimaltenango. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Luch, C. M. (2004). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, España.
- Mackenny, A. (2005). Alcoholismo en Guatemala. Tesis inédita de la Universidad del Valle de Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2008). *Programa Nacional de Salud Mental*. Guatemala: Magna Terra Editores, S.A. MSPAS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (1998). *Recuperando la Esperanza*. Guatemala.
- Moll, S.(2009). *Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana*. Tesis inédita, Universidad de Perú. Lima, Perú.
- Musito, G., Herrero, J. y Estévez E. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental de los adolescentes. *Revista ISSN, 28,4, 81-89*.
- Organización Mundial de la Salud, (2003). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra, Suiza, Nuevos Conocimientos Nuevas Esperanzas.
- Organización Mundial de la Salud, (2006). *Informe sobre los sistemas de Salud mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala*. Universidad de Harvard. Washington, D.C., E.E.U.U.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas*. Washington, D.C., Estados Unidos de América.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra, Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud. (1998). *Salud del adolescente*. Washington, Estados Unidos de América.
- Papalia, D. (2005). *Psicología del desarrollo*. Wisconsin, E.E.U.U. : McGraw-Hill.
- Puac, F. A. (2007). *Bienestar psicológico subjetivo de estudiantes adolescentes*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.

Universidad de San Carlos de Guatemala. (2009). *Encuesta nacional de salud mental en Guatemala* . Guatemala: Guatemala Universidad de San Carlos.

Velásquez, R. (2010). *Diagnóstico de la Salud mental de las y los adolescentes de las escuelas nacionales de educación física, ciudad de Guatemala y departamento de Zacapa, MINEDUC*. Tesis inédita, Universidad Mariano Gálvez, Guatemala.

ANEXOS

Anexo No.1



Test PRIME MD

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Humanidades

Diagnóstico de Salud Mental de los y las adolescentes del Centro Educativo Laboral Puente Belice.

Cuestionario PRIME MD

Instrucciones: El presente estudio se está llevando a cabo para hacer un diagnóstico de la salud Mental de los y las adolescentes de Centro Educativo Laboral Puente Belice. Los resultados serán utilizados únicamente con fines académicos, asegurando estricta confidencialidad de los datos obtenidos. Por favor conteste cada pregunta lo mejor que pueda, salvo que se le pida omitir alguna pregunta.

Sexo: Femenino: Masculino:

Edad:

1. ¿Cuánto le han molestado los siguientes problemas durante las últimas cuatro semanas?

		No me ha molestado	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho
a	Dolor de estómago.			
b	Dolor de espalda.			
c	Dolor en brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.).			
d	Dolor menstrual u otros problemas del periodo menstrual (mujeres)			
e	Dolor o problemas durante el acto			

	sexual.			
f	Dolor de cabeza.			
g	Dolor en el pecho.			
h	Mareos.			
i	Desmayos.			
j	Sentir el corazón acelerado o que le palpita fuertemente.			
k	Dificultad para respirar.			
l	Estreñimiento, o evacuaciones sueltas o diarrea.			
m	Nauseas, indigestión o distensión abdominal.			

2. Durante las últimas dos semanas: ¿Con qué frecuencia le ha molestado los siguientes problemas? (Marque con una x en espacio, para cada uno de los planteamientos).

		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a	Tener poco interés o placer en hacer las cosas.				
b	Sentirse desanimado o sin esperanza.				
c	Problemas para dormir o dormir demasiado.				
d	Sentirse cansado/a o tener poca energía.				
e	Dolor o problemas durante el acto sexual.				
f	Falta de apetito o comer demasiado.				
g	Sentirse mal con uno mismo, sentir que es un fracasado, o que ha fallado a su familia o a uno mismo.				
h	Tener dificultad para concentrarse.				
i	Pensar que sería mejor estar muerto o lastimarse a si mismo de alguna forma.				

3. En las últimas cuatro semanas: ¿Ha presentado un *ataque de ansiedad sintiendo miedo o pánico?

Si	No

****Ataque de Ansiedad es un estado de inquietud de ánimo, en la cual se pueden presentar: preocupaciones de carácter excesivo, sensación de ahogo, escalofríos, etc.***

Si marcó "NO" pase directamente a la pregunta No.5 o continúe abajo si marcó "SI"

		SI	NO
a	¿Ha ocurrido esto antes?		
b	¿Alguno de estos ataques le dan sin razón aparente es decir, en situaciones cuando no espera sentirse nervioso/a o incomodo/a?		
c	¿Le molestan mucho estos ataques o le preocupan que se repitan?		

4. Trate de recordar la última vez que le dio un ataque de ansiedad.

		Si	No
A	¿Le faltó el aire?		
B	¿Le latía el corazón muy rápidamente, o muy fuertemente, como si se le fuera a salir?		
C	¿Tenía presión o dolor en el pecho?		
D	¿Presentó sudoración?		
E	¿Sintió que se ahogaba?		
F	¿Presentó escalofríos?		
G	¿Presentó náuseas, indigestión o sensaciones de diarrea?		
H	¿Se sentía mareada/o inestable, o desfallecida/o?		
I	¿Sentía hormigueo o adormecimiento en alguna parte del cuerpo?		
J	¿Se estremeció o temblaba?		
K	¿Tenía miedo de estar muriendo?		

5. Durante las últimas dos semanas: ¿Con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días
a	Sentirse nerviosa/o, con los nervios de punta o muy preocupada/o por diferentes cosas			

Si marcó "NUNCA" pase directamente a la pregunta 6. Si marcó "SI" continúe abajo.

		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días
b	Sentirse intranquila/o de tal modo que le es difícil estarse quieta/o			
c	Se cansa fácilmente			
d	Tensión muscular, dolor o malestar muscular			
e	Problema para dormir o en permanecer dormida/o			
f	Dificultad para concentrarse en cosas tales como leer un libro o ver televisión			
g	Ponerse irritable o molestarse fácilmente			

6. Preguntas sobre hábitos alimenticios.

		Si	No
A	¿Siente a menudo que no puede controlar lo que come o cuánto come?		
B	¿Frecuentemente, <u>dentro de un periodo de dos horas</u> , come lo que la mayoría de la gente considera una gran cantidad de comida?		

Si usted marcó "NO" a cualquier de las preguntas "a ó b", pase directamente a la pregunta 9. Si marcó "SI" continúe abajo.

		Si	No
C	¿Ha comido lo que la mayoría de gente consideraría una gran cantidad de comida, dos veces a la semana como promedio, durante los últimos tres meses?		

7. En los últimos tres meses: ¿Ha hecho algunas de las siguientes cosas frecuentemente para evitar aumentar de peso?

		Si	No
A	¿Provocarse vómitos?		
B	¿Tomar más del doble de la cantidad recomendable de laxante?		
C	¿Ha ayunado (no ha comido nada por lo menos en 24 hrs.)?		
D	¿Ha hecho ejercicios por más de 1 hora, especialmente para evitar aumentar de peso después de haber comido demasiado?		

8. Si contestó "SI" a alguna de estas formas de evitar el aumento de peso conteste la siguiente pregunta. Si contestó "NO" pase a la pregunta 9.

		Si	No
	¿Fue alguna de estas cosas (provocarse vómitos; tomar laxante; ayunado; ejercicios con los patrones de la pregunta 7) en promedio, dos veces por semana?		

9. Acostumbra usted beber bebidas alcohólicas?

Si	No

Si usted marcó "NO", pase directamente a la pregunta No.11. Si contestó "SI" continúe con la pregunta de abajo.

10. ¿Algunas de las siguientes cosas le han sucedido más de una vez en los últimos seis meses?

		Si	No
A	¿Ha tomado bebidas alcohólicas a pesar de que alguna persona le ha recomendado que no beba por algún problema de salud?		
B	¿Ha consumido licor o ha estado ebria/o con resaca en el trabajo, la escuela, al cuidar los niños o cuando ha tenido otra responsabilidad?		
C	¿Ha faltado o llegado tarde al trabajo, o a la escuela o no ha cumplido por que ha estado bebiendo o con resaca?		
D	¿Ha tenido problemas con otras personas mientras ha estado bebida/o?		
E	¿Ha manejado un automóvil, después de haber tomado varias bebidas o después de haber tomado demasiado?		

11. Si usted marcó a cualquiera de los problemas de este cuestionario hasta aquí. ¿Cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, o estudios, atender su casa o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

Sin dificultad	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
----------------	--------------	-------------	------------------------

12. En las últimas cuatro semanas: ¿Cuándo le han molestado los siguientes problemas?

		No me ha molestado	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho
a	Preocupación por su salud			
b	Su peso o su apariencia física			
c	Poco o ningún deseo sexual o placer durante el acto sexual			
d	Dificultad con su novia/o			
e	Tensión familiar (la crianza de los niños, o problemas en el cuidado de los padres, otro familiar, otro problema familiar)			
f	Tensión en el trabajo o en la escuela			
g	Preocupaciones o problemas económicos			
h	No poder confiar en nadie cuando se le presenta un problema			
i	Algo malo que haya ocurrido recientemente			
j	Pensamientos o sueños sobre algo temible que le haya ocurrido en el pasado, tal como la destrucción de su casa, un accidente grave, haber sido golpeada/o violada/o o ha sido forzada/o a cometer actos sexuales contra su voluntad.			

13. Durante el último año: ¿Ha sido golpeado, pateado o lastimado físicamente por alguien, o alguien le ha forzado a realizar algo?

Si	No

14.Cuál es la situación más estresante de su vida en este momento.

15. En este momento ingiere algún medicamento para la ansiedad.

Si	No

16. **Para mujeres solamente.** Luego contestar la pregunta 17.
(Hombres pasar directamente a la pregunta 17).

Preguntas acerca de la menstruación.

¿Qué describe mejor a sus periodos menstruales?

Sin cambios.	Ausencia debido a embarazo o parto reciente.	Los periodos han sido irregulares o han cambiado en su frecuencia, duración o cantidad.	Ausencia por lo menos un año.	Presenta periodos debido a que ingiere tratamiento o estrogenito o anticonceptivos orales.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Ha sufrido usted en los últimos seis meses de:

Pérdida de un ser querido	<input type="checkbox"/>	Pérdida de empleo	<input type="checkbox"/>	Pobreza extrema	<input type="checkbox"/>
Disgregación familiar	<input type="checkbox"/>	Violencia en el hogar	<input type="checkbox"/>	Conflicto armado	<input type="checkbox"/>
Desplazamientos	<input type="checkbox"/>	Uso de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/>	Desastres	<input type="checkbox"/>

COMENTARIOS ADICIONALES:

Gracias por su colaboración.

Instrumento traducido por Dr. Roberto Velásquez Alvarado.

Anexo No.2

PROGRAMA DE RESILIENCIA EN ADOLESCENTES PARA EL AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS Y LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES

Autora: Grettel Fernández

La Resiliencia se refiere a la capacidad de la persona para sobreponerse a situaciones difíciles o que les provoque cierto dolor emocional. Es también la habilidad para sobreponerse a diferentes contratiempos, o incluso, resultar fortalecidos por los mismos. El concepto de resiliencia, se corresponde con el término entereza.

Se le conoce también como la habilidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. La resiliencia se sitúa en una corriente de la Psicología Positiva y dinámica que busca fomentar la salud mental. Parece una realidad confirmada por el testimonio de muchas personas, que a pesar de no haber vivido una situación traumática, han logrado sobrellevar situaciones difíciles y así salir adelante. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como situaciones inusuales e incluso patológicas en una persona, actualmente se demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común en la persona, y su aparición no indica ningún tipo de patología, sino un ajuste saludable ante la adversidad.

La resiliencia es también reconocida como la capacidad de las personas para superar diversas situaciones y salir de ellas fortalecidos y transformados positivamente. Es la capacidad de una persona de reacciona y recuperarse de las adversidades.

Se considera que la capacidad de resiliencia se puede adquirir y aprender, por lo que es importante tener el conocimiento de diversos ejercicios y técnicas que beneficien el aprendizaje y dominio de esta habilidad para una persona.

Para ello, también es importante que desde adolescentes se eduque a los mismos para que sean personas fuertes y responsables, enseñándoles a hacer frente a todas las contrariedades que se les puedan presentar a lo largo de su vida, tanto en el ámbito social como escolar, y para que actúen con responsabilidad ante sus comportamientos. De esta forma, también serán capaces de enfrentar sus problemas y situaciones desagradables.

Justificación:

El presente programa pretende de forma sistemática empoderar a las y los adolescentes en situaciones difíciles que pueden atravesar. Para ello será importante que los mismos practiquen diversos ejercicios y técnicas que les permita desarrollar la capacidad de afrontamiento.

Objetivo General:

Mejorar el estado de la salud mental en las y los adolescentes del proyecto educativo laboral Puente Belice, por medio de la resiliencia.

Objetivos Específicos:

Las y los adolescentes al realizar este programa lograrán:

- Reconocer las habilidades y virtudes que poseen como adolescentes.
- Apreciar su cuerpo humano y sus características.
- Descubrir la importancia de los cinco sentidos (funciones de cada sentido).
- Reconocer las debilidades que poseen como adolescentes y la forma de transformar las mismas en fortalezas.
- Aprendizaje y reconocimiento de las emociones y la forma en que se expresan las mismas.
- Descubrir ideas irracionales y reconocer el aprendizaje de las experiencias pasadas.
- Aprender técnicas de afrontamiento en situaciones adversas.
- Aprendiendo a escuchar a otras personas con respeto, sabiendo que todos son únicos e irrepetibles.
- Conocimiento de los temas abuso de alcohol, drogas.
- Reconociendo los derechos como seres humanos, hombres y mujeres.

Estructura de programa:

El programa está compuesto por 20 sesiones las cuales deben durar como mínimo 30 minutos, dos veces por semana, trabajando en grupo de cinco a seis personas,

para que los integrantes tengan la oportunidad de comentar entre ellos sus experiencias, intereses y debilidades.

Las primeras cinco sesiones los adolescentes recibirán conocimientos de la utilidad del cuerpo y el reconocimiento que ellos pueden tener hacia su cuerpo con la finalidad de que logren apreciar el valor y el potencial que existe en cada uno ellos.

En la primera sesión se explicará que es la resiliencia y se darán testimonios de personas que han logrado salir de las adversidades.

En las siguientes sesiones, los adolescentes conocerán sus debilidades e ideas irracionales, con la finalidad de convertirlas en fortalezas y en pensamientos racionales.

Alcanzadas estas destrezas, se continuará con la práctica de técnicas de afrontamiento. Esto se trabajará en cuatro sesiones, dos serán con metodológicas demostrativas y las otras dos sesiones, se trabajará por medio de pequeños videos.

También se practicará, en dos sesiones, estrategias de escucha activa hacia los demás.

Seguidamente, se llevarán a cabo talleres que promuevan el conocimiento de temas como: las drogas, el abuso del alcohol y sus consecuencias, así como los derechos de los seres humanos.

Por último, se realizará un continuo cognitivo en el que el adolescente pueda darse cuenta de sus logros y la capacidad de resiliencia que tiene.

Secuencia de las sesiones para el programa:

Sesión	Nombre de la Sesión	Objetivo Específico
1	Apreciando el tesoro que hay en ti mismo.	Que los adolescentes descubran el valor de sí mismos.
2	Reconocer las fortalezas que posee el adolescente.	Que los adolescentes descubran el valor de sí mismos.
3	Apreciar el cuerpo, y sensibilizar a los adolescentes de lo útil que este es.	Que los adolescentes descubran el valor de sí mismos.
4 y 5	Reconocer la importancia de los sentidos (tacto, olfato, vista, gusto, oído).	Que los adolescentes descubran el valor de sí mismos.

6	Conociendo el concepto de la resiliencia.	Que los adolescentes reconozcan y aprendan concepto de Resiliencia.
7 y 8	Debilidades Vrs. Fortalezas.	Que los adolescentes reconozcan y aprendan concepto de Resiliencia.
9 y 10	Ideas irracionales Vrs. Ideas Racionales.	Impartir a los adolescentes el conocimiento del ABC de Ellis para la eliminación de ideas irracionales por ideas racionales.
11 y12	Técnicas de afrontamiento.	Empoderar a los adolescentes con diferentes técnicas para los problemas que generalmente afrontan dichos jóvenes.
13 y14	Videos de distintas vivencias y técnicas de afrontamiento.	Empoderar a los adolescentes con diferentes técnicas para los problemas que generalmente afrontan dichos jóvenes.
15 y16	Importancia de la escucha activa.	Descubrir la Capacidad que tiene cada adolescente de ayudar a sus compañeros, mediante la escucha activa.
17	Tema: Las Drogas en la Juventud.	Que los adolescentes puedan apreciar el cuerpo, y que tengan conciencia del daño que se le puede hacer al cuerpo al ingerir drogas.
18	Tema: El abuso del alcohol.	Que los adolescentes puedan apreciar el cuerpo, y que tengan conciencia del daño que se le puede hacer al cuerpo al ingerir alcohol.
19	Tema: Derechos de los seres humanos.	Enriquecer a los y las adolescentes en el tema de los derechos que tienen como seres humanos.
20	Continuo Cognitivo personal, cierre del programa.	Que los adolescentes descubran y aprecien los logros que han alcanzado y finalización del programa.