

Factores de riesgo para evaluar la conducta adolescente

DR. OSCAR SÁNCHEZ GUERRERO*

RESUMEN

Se plantean las dificultades para evaluar la conducta patológica del adolescente en relación a las diferencias culturales, sociales y de desarrollo individual. Es necesario detectar factores de riesgo para hacer un trabajo preventivo y no sólo un diagnóstico temprano y la limitación del daño. Se plantean ocho factores de riesgo divididos en dos grupos: los inherentes al sujeto y los que tienen que ver con su grupo o familia. Grupo A. Criterios principales: Patología emocional infantil, enfermedades crónicas o defectos físicos graves, uso de tóxicos, intentos suicidas, inicio temprano de la sexualidad. Grupo B. Criterios secundarios: Historia de carencia o pérdidas afectivas importantes, fracaso escolar o bajo rendimiento constante, disfunción familiar crónica.

Palabras clave: Patología emocional infantil, tóxicos, fracaso escolar, disfunción familiar, adolescente, tóxicos, suicidio.

ABSTRACT

Difficulties in evaluating adolescent behavior are showed in regard to cultural, social, and individual differences. In order to implement a preventive approach, and not only an early diagnosis and early treatment, it is necessary to determine the risk factors. Eight risk factors are proposed, divided into two groups: those inherent to the subject and those related to the group or family in which he is developing. Group A. Main criteria: Early emotional pathology, chronic illness or great physical defects, use of toxics, suicide attempts, early sexual activity. Group B. Secondary criteria: Early affective loss, low scholar performance or dropping out of school, chronic family disfunction.

Key words: Emotional pathology, use of drugs, low scholar performance, family disfunction.

La adolescencia, como fenómeno eminentemente psicocultural, presenta muchas dificultades para su evaluación debido precisamente a dicho carácter, ya que cada conducta puede tener varias explicaciones acertadas desde cada perspectiva y aun así, son insuficientes para entender el porqué de los actos de los jóvenes^{1,2}.

Es por ello que siempre ha sido especialmente difícil una predicción de la futura vida adulta del adolescente tomando como base las conductas que pueda estar manifestando³. En efecto, no es raro que haya jóvenes con una vida turbulenta durante este período^{4,5}, que en la vida adulta viven de acuerdo a las normas de su grupo o por el contrario, adolescentes no proble-

máticos que devienen adultos frustrados, conformistas e incapaces de transformar su mundo⁶⁻⁸.

Se han hecho diversos intentos de establecer parámetros pronósticos con objeto de detectar a los adolescentes con mayor riesgo de no tener éxito en la resolución de los conflictos característicos de esta etapa del desarrollo y de esta manera, hacer la adecuada canalización e inicio de un tratamiento precoz que limite los daños causados en el aparato psíquico del joven^{9,10}.

Desde el punto de vista epidemiológico, es importante el diagnóstico temprano y la limitación del daño; ambos se inscriben en el segundo nivel de Leavell y Clark¹¹ en la historia natural de las enfermedades y sería deseable que estuviésemos capacitados para que antes de que dichos daños se establezcan, pudiéramos detectar a los adolescentes proclives a ellos a fin de dirigir nuestros esfuerzos a los aspectos preventivos es decir, al primer nivel de la atención médica.

Es comprensible la gran dificultad para describir los elementos preventivos; nos abocamos más a hacer diagnósticos, a veces no tan tempranos, lo que se debe a la poca información sobre el desarrollo del adoles-

* Médico Adscrito al Servicio de Salud Mental. Instituto Nacional de Pediatría

Especialista en Psiquiatría con Maestría en Psiquiatría de Niños y Adolescentes.

Correspondencia: Dr. Oscar Sánchez Guerrero. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700 C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F.

Recibido: julio de 1999. Aceptado: abril, 2000.

cente normal, entre los profesionales que nos dedicamos a este grupo de edad y que no comprende exclusivamente a los médicos, sino también a maestros, psicólogos, pedagogos, etc. con puntos de vista a veces no sólo divergentes sino francamente contradictorios ¹².

El planteamiento central del trabajo es que para llegar a hacer una verdadera prevención tenemos que partir de la posibilidad de detectar casos de patología presente; que esto sólo es posible si conocemos el desarrollo adolescente normal, dentro de la gran diversidad en la adolescencia; que entre más conozcamos este desarrollo y sus variantes podremos detectar más temprano los problemas, ganando terreno en la detección temprana, hasta aislar los factores que dan lugar a patologías, es decir, establecer los verdaderos factores de riesgo en el desarrollo del adolescente que puedan llevar a un joven a la manifestación sintomática, más o menos aguda, más o menos aparatosa, más o menos maladaptativa, pero siempre desviada del desarrollo esperado.

No se pretende desglosar dicho desarrollo adolescente, sino hacer énfasis en la detección temprana de factores que hagan pensar en la instalación de patología emocional si se dejan avanzar.

Con la experiencia obtenida atendiendo adolescentes en dos centros hospitalarios de tercer nivel, proponemos una muestra de los factores de riesgo más indicativos de patología futura en el adolescente evaluado (o patología presente pero no detectable si no se piensa en esa posibilidad). Se han separado en dos grupos, según el orden de importancia: los inherentes al sujeto y los que tienen que ver con el grupo o familia en el cual se desenvuelve.

Entre más factores se encuentren, es más alto el riesgo; se consideran como Criterios Principales y Criterios Secundarios.

GRUPO A. CRITERIOS PRINCIPALES

1. Patología emocional infantil

Entre más temprano se inicia una alteración emocional es más probable que haya consecuencias durante la adolescencia y la edad adulta. Hay que tomar en cuenta si es patología grave o no (por ejemplo un cuadro de ansiedad de separación severo y largo o un cuadro de enuresis secundaria transitoria, que tienen diferente etiología y evolución) ^{13,14}.

2. Enfermedades crónicas o defectos físicos graves

Durante la adolescencia las características corporales

adquieren una importancia no igualada en otra época de la vida, debido a la centralidad que la maduración biológica tiene para el muchacho y a la necesidad de comparación y competición con sus iguales; por eso no es difícil comprender por qué un joven que ha estado crónicamente enfermo y expuesto a verse y sentirse diferente (las más de las veces sentirse inferior) respecto a los otros, tenga de principio una imagen devaluada de sí mismo, con los consiguientes sentimientos depresivos y de enojo ¹⁵.

3. Uso de tóxicos

El problema del uso de tóxicos (alcohol, marihuana, inhalantes volátiles, etc.) es cada vez más frecuente a edades más tempranas. Los aspectos sociales y la disponibilidad, así como la promoción de su uso para pertenecer al grupo, son de indudable importancia. Aquí se hace énfasis sobre todo en los determinantes personales de cada joven para involucrarse en el uso de dichas sustancias y en los problemas familiares y sociales que esto pueda causarle; es decir, insistimos en el desarrollo de una personalidad dependiente que lo lleva a buscar compensar pérdidas a través de los tóxicos ¹⁶.

4. Intentos suicidas

Entre los jóvenes, la autoagresión extrema generalmente tiene dos determinantes: es resultado de un proceso depresivo crónico con desesperanza y pérdida de intereses características de dicha patología y como resultante de una situación de impulsividad muy común en esta edad; con una situación que desencadena un conflicto con la familia, en la búsqueda de autonomía e independencia ^{17,18}.

Sea por depresión o impulsividad, sea o no manipulador (buscar o no morir directamente), debemos pensar en la desesperación del joven para suponer que no hay otra solución. Esta desesperación debe entenderse a la luz del desarrollo que ha tenido su personalidad y no únicamente por el evento desencadenante. Cuando el intento suicida se repite, la gravedad del pronóstico del problema aumenta de manera muy importante.

5. Inicio temprano de la sexualidad

En los últimos 20 años, nuestro país ha vivido un cambio impresionante en el comportamiento sexual, pese a la aparición en la última década, de las enfermedades de transmisión sexual como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Observamos cómo, so-

bre todo entre clases bajas, las primeras experiencias sexuales tienen lugar a edades menores de 15 años, con el consiguiente aumento de riesgo de embarazo, de enfermedades de transmisión sexual y conceptualización inadecuada de la sexualidad como objeto de cambio y no como interacción humana en el más amplio sentido, distorsionando el desarrollo de su aparato mental¹⁹.

GRUPO B. CRITERIOS SECUNDARIOS

1. Historia de carencias afectivas importantes

Tanto las carencias como las pérdidas afectivas, sobre todo a edades tempranas, inciden en el desarrollo ulterior del individuo. Es importante en esta evaluación conocer cómo fueron manejadas por la familia para poder darles su justo valor.

2. Fracaso escolar o bajo rendimiento constante

Sabemos que hay mayor exigencia en la escolarización infantil que no se ha generalizado a todos los niveles de enseñanza (pública o privada) y que para algunos jóvenes significa estar siempre bajo presión extra al no poder competir con los demás, generalmente porque no están adecuadamente estimulados en casa y entonces la diferencia de conocimientos con los mejor adaptados, favorece las de por sí oscuras expectativas de trabajo, al futuro de inserción al mercado productivo, etc. Así, la importancia de este punto, son las frustraciones constantes que estos sujetos viven y que los aísla de su grupo de pares.

3. Disfunción familiar crónica

Para definir este apartado tomamos como base la Clasificación Triaxial de la Familia.²⁰ Hemos encontrado que el adolescente que se desarrolla en una familia disfuncional tiene menos posibilidades de lograr éxito en las tareas básicas de separación-independencia del grupo familiar y por ende, de conceptualizarse como responsable de sí mismo, manteniendo ligas afectivas inmaduras, situación que se da con mucha frecuencia en nuestro país.

Estos son los factores de riesgo cuando evaluamos a un adolescente. Sabemos que hay otros, pero se señalan los más frecuentes en nuestro medio e insistimos que entre más se superpongan, específicamente dos criterios principales y un criterio secundario, más nos dirigen casi directamente al diagnóstico de enfermedad emocional severa. Cuando el adolescente es evaluado por un profesional no médico, debe ser cana-

FACTORES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

Grupo A. Criterios principales

Patología emocional infantil
Enfermedades crónicas o defectos físicos graves
Uso de tóxicos
Intentos suicidas
Inicio temprano de la vida sexual

Grupo B. Criterios secundarios

Historia de carencias afectivas importantes
Fracaso escolar o bajo rendimiento constante
Disfunción familiar crónica

Dos criterios principales

+

Un criterio secundario
Patología psíquica grave

Tres criterios principales = patología psíquica grave

lizado para atención psicológica por un trabajador adiestrado en el manejo de adolescentes.

Cuando el personal de primer contacto (médicos generales, enfermeras en centros primarios de salud) conoce los aspectos de desarrollo y la existencia de estos factores de riesgo, ya no se está haciendo trabajo en el segundo nivel de atención de las enfermedades, sino Medicina Preventiva. Esta es nuestra única oportunidad de éxito en un país donde la mitad de la población es menor de quince años y que cada día requiere mayor atención médica a todos los niveles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De la Fuente R, Medina-Mora M, Coraveo J. La Salud Mental en los Adolescentes. En Salud Mental en México. Ed. FCE México 1997
2. Sánchez O. Modelos de identidad en un grupo de adolescentes mexicanos. Trabajo inédito, presentado en el XXXI Congreso Nacional de Psicoanálisis. Asoc. Psicoanalítica Mexicana 1993
3. Steiner H, Cauffman E, Duxbury E. Personality traits in juvenile delinquents: Relation to criminal behaviour and recidivism. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:256-62
4. Offer D, Schonert-Reichl K, Debunking K. The myths of adolescence: findings from recent research. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992;31:1003-14
5. Schwab-Stone M, Chen Ch, Greenberger E, Silver D. No safe heaven II. The effects of violence exposure on urban youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:359-67
6. Dolto F, Dolto-Tolitch C. Paroles pour adolescents. En La violence Ed. Hatier, París 1989;pp97-110

7. Mazet P, Houzel D. L'adolescence et ses troubles. En Psychiatric de l'enfant et de l'adolescent. Ed. Maline París 1990;pp448-69
8. Casco M. Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media-superior. Salud Mental 1990;13:18-23
9. Boucebi M, Amal-Yaker S. Psicopatología infanto-juvenil en los países en desarrollo. En Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Eds. Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Biblioteca Nueva, Madrid 1995;pp108-56
10. Brusset B. Psicopatología de la adolescencia. En Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Eds. Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Biblioteca Nueva, Madrid 1995;pp259-83
11. Teavell HR, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community. McGraw-Hill New York 1969
12. Erickson S, Felman S, Steiner H. Defense reactions and coping strategies in normal adolescents. Child Psychiatry & Human Development 1997;28:45-56
13. Zeanah C, Boris N, Larrieu J. Infant development and developmental risk. A review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:165-78
14. Romano P, Martínez M. Trastornos emocionales en la infancia. En Psiquiatría. Saucedo JM, Maldonado M. Eds. Temas de Pediatría McGraw-Hill-Interamericana Asoc. Mex Pediatría México 1997
15. Pelletier L, Godian G, Lepage L, Dussault G. Social support received by mothers of chronically ill children. Child Care Health & Development 1994;20:115-31
16. Caraveo J, Medina-Mora ME. El consumo de alcohol en adultos como factor de riesgo asociado con trastornos psíquicos en los niños. Salud Mental 1995;18:18-24
17. Sánchez O, Lorenzini P. Aspectos sociodemográficos y clínicos en un grupo de pacientes con intento suicida en el INP. Rev Mex Psiquiatría Infant 1994;3:10-7
18. González-Fortez C, Borges C, Gómez G, Jiménez A. Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. Salud Mental 1996;19:33-8
19. Trad P. Adolescent pregnancy: an intervention challenge. Child Psychiatry & Human Development 1993;24:99-113
20. Tseng W, McDermott F, Triaxia L. Classification of family. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1979;18:22-43

IX Congreso Mundial de Dermatología Pediátrica

Del 20 al 24 de octubre del 2001

Cancún, México, Hotel Hilton Cancún

Los últimos avances clínicos y terapéuticos serán tratados por los especialistas y líderes en el tema.

Se invita a participar con trabajos libres y minicasos.

Idioma oficial: Inglés. Habrá traducción simultánea en los simposios y conferencias magistrales

Información:

Secretaría científica

Carola Durán McKinster

Insurgentes Sur 3700 C. México, DF, 04530. Tel.: (52) 5528-2211,

Fax: (52) 5606-6365, 5666-9882. E-mail: rrm@servidor.unam.mx

Secretaría técnica

Servimed SA de CV

Insurgentes Sur 1188-507. México, DF, 03210. Tel.: (52) 5575-9931, fax: (52) 5559-9497, 5575-9937.

E-mail: wcpedderm@servimed.com.mx