

La salud mental de las personas jóvenes en España



REVISTA DE
ESTUDIOS
DE JUVENTUD

→ Marzo 09 | N°

84

La salud mental de las personas jóvenes en España

Coordinadores

Santiago Pérez Camarero, Nieves Rojo Mora
y Álvaro Hidalgo Vega

REVISTA DE
ESTUDIOS
DE JUVENTUD

Director

Gabriel Alconchel Morales

Coordinación del número

Santiago Pérez Camarero, Nieves Rojo Mora y
Álvaro Hidalgo Vega

Diseño Gráfico

Servicios Gráficos Kenaf, s.l.

Ilustraciones

Mar Hernández

Catálogo general de publicaciones oficiales

<http://www.060.es>

Edición

© Instituto de la Juventud

Redacción

Observatorio de la Juventud en España

Servicio de Documentación y Estudios

Tel. 91 363 78 09

Fax 91 363 78 11

E-mail: estudios-injuve@migualdad.es

Biblioteca de Juventud

C/Marqués de Riscal, 16

Tel. 91 347 77 00

E-mail: biblioteca-injuve@migualdad.es

Libro impreso con papel reciclado al 60%

libre de cloro 

ISSN: 0211-4364

NIPO: 802-09-006-9

Dep. Legal: M-41.850-1980

Impresión: Servicios Gráficos Kenaf, s.l.

Las opiniones publicadas en este número
corresponden a sus autores.

El Instituto de la Juventud no comparte
necesariamente el contenido de las mismas.

EL TEMA | pág. 5

Introducción | pág. 7

1. Diferencias de género en la psicopatología de adolescentes | pág. 11
Nieves Rojo Mora
2. Las rupturas familiares en la salud mental de los y las adolescentes | pág. 27
Isabel Espinar Fellmann
3. Los comportamientos “alarmantes” de adolescentes en la sociedad actual: ¿dónde nacen la violencia y las conductas antisociales de los y las adolescentes? | pág. 47
Amado Benito de la Iglesia
4. Salud mental en las aulas | pág. 66
Benito León del Barco
5. La depresión en adolescentes | pág. 85
Almudena García Alonso
6. La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria | pág. 106
Iñigo Ochoa de Alda
7. El suicidio adolescente y juvenil en España | pág. 126
Santiago Pérez Camarero
8. Efectos del consumo de cannabis en las personas jóvenes: Algo más sobre el cannabis | pág. 144
Eva Martín-Sánchez y José Luís Martín
9. Tendencias en el consumo de drogas en la juventud española y efectos sobre su salud | pág. 155
Alberto Oteo Pérez
10. La asistencia sanitaria en salud mental juvenil en España | pág. 179
Álvaro Hidalgo Vega

MATERIALES | pág. 195

COLABORACIÓN | pág. 217

EL TEMA



La salud mental de las personas jóvenes en España

EL TEMA

La adolescencia y la temprana juventud es para cualquier persona una época de constantes cambios en todos los órdenes. La conciencia, el lenguaje, el pensamiento, la afectividad, la percepción, la atención, el juicio y la inteligencia se encuentran en pleno desarrollo. Todos los cambios fisiológicos, emocionales, escolares o familiares, son vividos como una experiencia nueva, importante, significativa, espléndida o, a veces, traumática. En la adolescencia la transición lo es todo y el mundo es nuevo cada día; esto hace al adolescente sensible y especialmente permeable a casi todo; a lo bueno y saludable y a lo que no lo es tanto o nada para su salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre un 10 y un 20 por ciento de los adolescentes europeos sufre algún problema de salud mental o de comportamiento. Alrededor de dos millones de jóvenes sufren en Europa trastornos mentales, en distinto grado de severidad. Estas cifras nos sirven para recordar que el cuidado de la salud mental de las personas jóvenes es en cualquier sociedad un imperativo para la construcción del futuro. La protección de la autoestima y el desarrollo del potencial intelectual y emocional de los y las jóvenes son una responsabilidad que afecta a todos los actores sociales. Este monográfico aspira a contribuir al mejor conocimiento sobre los problemas relacionados con la salud mental de nuestros adolescentes y jóvenes que será, muy pronto, la de toda nuestra sociedad.

En este número se recoge una selección de artículos cuyo conjunto pretende ofrecer un panorama inicial de la salud mental de las personas jóvenes y adolescentes en España, abarcando todas aquellas facetas que pueden considerarse esenciales para el mejor conocimiento de la situación de la salud mental juvenil en España. Las limitaciones de espacio nos han obligado a orientar el monográfico sobre las patologías más prevalentes sin que ello suponga una renuncia a valorar la importancia de la prevención, tanto en el ámbito estrictamente sanitario como en el educativo y familiar. Somos conscientes de que muchos aspectos de importancia para la salud mental de nuestra juventud, como las relaciones con los amigos, el uso del ocio y la actividad física, las relaciones sexuales, el comportamiento con los vehículos o el entorno laboral y político, han quedado fuera del monográfico. Pese a ello, esperamos que esta conjunción de textos sirva para contribuir a extender y divulgar el conocimiento en torno a aspectos vitales para la salud y el desarrollo integral de la juventud.

Los avances realizados en materia de igualdad de género a lo largo de las últimas décadas han puesto de manifiesto la importancia de la investigación en relación a las diferencias asociadas al sexo en múltiples aspectos de la salud y la vida social, si bien la distinción de patologías, psíquicas o físicas, vinculadas al sexo tienen una honda tradición en muchas disciplinas. **Nieves Rojo** revisa los grupos de psicopatologías más importantes en la adolescencia, contrastando las diferencias de género más conocidas en el ámbito clínico y epidemiológico y que van a prefigurar la distribución posterior de los trastornos mentales en jóvenes y adultos. La autora hace hincapié en la importancia y necesidad de nuevas investigaciones que profundicen en los diferentes aspectos de esta fenomenología.

Las readaptaciones y cambios en los lazos afectivos derivados de separaciones y divorcios se han ido incrementando progresivamente en las últimas décadas en toda Europa, llegando a ser parte habitual del escenario propio o ajeno de muchos niños y adolescentes. Sin embargo, las rupturas y reconfiguraciones familiares, aún cuando generan situaciones de estrés, no necesariamente traen aparejadas consecuencias traumáticas para los chicos. A explicar y facilitar la comprensión de la complejidad de estos fenómenos esta encaminado el texto de **Isabel Espinar Fellmann** que, además, facilita una práctica guía de orientaciones sobre la forma más adecuada de manejar y tratar estas situaciones para evitar o reducir el conflicto en los niños y adolescentes y proteger su salud mental.

Por su parte, **Amado Benito de la Iglesia** realiza un interesante análisis de los comportamientos antisociales de los y las adolescentes. A partir de su propia experiencia en psicología clínica, hace una profunda reflexión de carácter humanista sobre estas conductas, considerando, entre otras cuestiones, la responsabilidad que cada uno de los distintos actores o agentes sociales, padres, profesores e instituciones, tiene en las actitudes

violentas que de forma cada vez más alarmante están manifestando los y las jóvenes en la actualidad, tanto en el ámbito familiar como en el escolar y cívico.

La escuela es el medio en el que la mayoría de los y las niños y adolescentes pasan prácticamente la mitad de su tiempo hábil durante una buena parte del año. Por ello, el contexto escolar suele ser el caldo de cultivo de muchos de los problemas que afectan a los chicos y chicas, pero también, en otros muchos casos, es el espacio social en el que algunos problemas, de etiología exógena a la escuela, emergen y pueden ser vistos, entendidos y atendidos. A lo largo de su trabajo, **Benito León del Barco**, analiza dos fenómenos bien representativos de una y otra situación, el maltrato y la violencia en las aulas, cuya creciente frecuencia e intensidad es objeto de preocupación en las instancias educativas de toda Europa, y la inmigración en las aulas, fenómeno que también requiere de la máxima atención por ser foco de incomprensiones y desencuentros que pueden propiciar el racismo, la xenofobia, la desigualdad y la marginación. Frente a ello, el autor nos introduce en metodologías como el aprendizaje cooperativo que contribuyen a facilitar la integración y mejorar la convivencia en las aulas.

La depresión es, sin duda, el trastorno psicológico más frecuente en la sociedad actual, especialmente entre los más jóvenes y entre los ancianos. La soledad, la escasa autoestima, la marginalidad y algunos sucesos en la vida de los adolescentes pueden dar lugar a procesos depresivos. **Almudena García Alonso**, recoge los aspectos teóricos del trastorno depresivo, haciendo un repaso de los conceptos fundamentales así como de sus diferentes categorías diagnósticas y su prevalencia. La autora evalúa los factores de protección y de riesgo y las complicaciones y consecuencias que pueden implicar este tipo de trastornos. Por último, expone los distintos tipos de tratamientos terapéuticos analizando las ventajas y limitaciones de cada uno de ellos.

Acaso por su fácil visibilidad, su temprana manifestación y su inmediata repercusión en la salud, los trastornos de la conducta alimentaria han sido tradicionalmente una fuente de desasosiegos de los padres y también una importante preocupación para psicólogos y psicoterapeutas. **Iñigo Ochoa de Alda** realiza un recorrido por la diferente tipología de manifestaciones de esta patología, analizando su específica etiología, revisando sus vinculaciones clínicas con otras patologías y poniendo de relieve los hallazgos epidemiológicos más relevantes. Los resultados de una investigación empírica sobre jóvenes de distintas poblaciones de Guipúzcoa muestran algunos hallazgos de relieve dentro de la complejidad y la importancia de los trastornos de la alimentación para el desarrollo físico y psíquico de las personas jóvenes.

El suicidio en las edades tempranas de la vida es uno de los indicadores más trágicos y alarmantes sobre la salud mental de una sociedad. Desparecida la operación estadística específica sobre los suicidios en España, las estadísticas de defunción por causa de muerte se han convertido en la fuente empírica esencial para el análisis del suicidio. **Santiago Pérez Camarero** realiza una revisión de los últimos datos estadísticos sobre suicidio adolescente y juvenil en nuestro país, señalando algunos espacios sociales de riesgo y poniendo de relieve la necesidad de acciones y actitudes preventivas frente a un grave problema cuyas cifras no pueden quedar en la penumbra cuando representan la tercera causa de muerte en los grupos más jóvenes de edad.

A través de un recorrido sobre la evidencia científica actualmente disponible en materia de efectos del cannabis y asumiendo que estos estudios están todavía lejos de haber agotado el conocimiento necesario sobre esta droga, **José Luis R. Martín y Eva Martín-Sánchez** analizan el consumo de cannabis desde una doble perspectiva científico-clínica y socio-cultural, poniendo de relieve la importancia de la información y la formación en los jóvenes como vía más adecuada para que las personas adultas y la sociedad en su conjunto determinen la adecuada ponderación entre los límites de la libertad de uso de las drogas y la necesaria seguridad y protección de la salud.

El artículo tendencias en el consumo de drogas en la juventud española y efectos sobre su salud, **Alberto Oteo Pérez**, tomando como referencia fundamental la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006 y la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) ofrece un análisis de la problemática general del consumo de drogas fundamentalmente asociado a situaciones de ocio. El autor realiza una descripción pormenorizada del consumo de cada una de las drogas y los factores que pueden estar incidiendo en los y las jóvenes para propiciar su consumo.

El último artículo de este número monográfico aborda la situación de la asistencia de salud mental infanto-juvenil en España. La reforma de la atención psiquiátrica de los años 80 y el posterior proceso de descentralización sanitaria, al fin culminado en 2002, han generado una geografía heterogénea en materia de asistencia sanitaria en salud mental, tanto en el tratamiento de adultos como en el ámbito específico infanto-juvenil. La idea central del trabajo de **Álvaro Hidalgo** ha sido la de ofrecer una visión del mapa de recursos existentes en España para la atención de la juventud en el campo de la salud mental. Para ello y a la luz de los planes de salud mental de las diferentes comunidades autónomas y con los datos, aún escasos, del Observatorio de Salud Mental y del MSC se revisa la situación actual, poniendo de relieve algunas de las carencias e insuficiencias de la atención sanitaria infanto-juvenil.

Santiago Pérez Camarero
Nieves Rojo Mora
Álvaro Hidalgo Vega



Diferencias de género en la psicopatología de adolescentes

La adolescencia es un punto de inflexión en la historia personal, una época en la que los chicos y las chicas han de enfrentarse a muchos cambios de diversa índole: biológicos, psicológicos y sociales. En este momento crítico del desarrollo pueden exacerbarse problemas psicológicos previos o que comiencen a cursar nuevos trastornos. Y ya en la adolescencia comenzamos a encontrar la diferencia relativa a cómo estos trastornos se distribuyen en función del sexo, diferencia que tiende a mantenerse en la edad adulta. En este artículo se abordarán estas diferencias y se presentarán algunas hipótesis que intentan explicarlas.

Palabras clave: adolescencia, género, trastornos psicológicos

La adolescencia o ¿Qué ha pasado con mi hijo/a?

Esta es una pregunta que no pocos padres se hacen cuando sus hijos comienzan a transitar por el inestable y provisional período de la adolescencia.

Aquellos niños que conocían tan bien en poco tiempo se convierten en chavales malhumorados, bruscos, reivindicativos, a ratos ensimismados.

Todos estos cambios que apreciamos los padres son el reflejo de que nuestros hijos, a la vez que cambian sus cuerpos, están afrontando los retos vitales que son propios de esta etapa de desarrollo: la configuración de su identidad y de lo que serán sus ideales de vida, la búsqueda de una mayor autonomía y el establecimiento de fuertes sentimientos de pertenencia al grupo de sus iguales. (Silverio y García Hernández, 2007). Los adolescentes, a medio camino entre la infancia que abandonan y el futuro que atisban como adultos, se estrenan en cómo lidiar con ciertas contradicciones: la necesidad de independencia y la de dependencia y protección, el impulso a una mayor autonomía y la necesidad de pertenencia a grupos, la sensación de seguridad y de inseguridad personal.

Aunque incómodas para los adolescentes (como para los padres y educadores), estas vicisitudes tienen la misión de consolidar su desarrollo personal y social. Es cierto que la adolescencia es una etapa de inestabilidad pero no necesariamente problemática. En líneas generales, cabe esperar que niños sin una historia de serios problemas emocionales ni de conducta, con un adecuado apoyo familiar y social sean capaces de convertir las turbulencias propias de adolescencia en oportunidades de aprender a ser "mayor".

No obstante, en ocasiones, las fuertes demandas propias de este período pueden provocar en los adolescentes distintos problemas relacionados con la autoestima, la ansiedad, las conductas de riesgo o la depresión. Si a las

exigencias propias de la adolescencia se suman otros factores tales como que, durante esta etapa, ocurran cambios ambientales estresantes (como el divorcio de los padres), problemas previos durante la niñez (conductas oposicionistas o hiperactividad), conductas parentales disfuncionales (escasa supervisión, bajo control) el riesgo de la aparición de distintas psicopatologías se incrementa.

Sin embargo tanto la evidencia epidemiológica como clínica apuntan a un hecho que se repetirá después en población adulta: el impacto de los problemas psicológicos es diferente en función del sexo. Así, mientras que las chicas adolescentes son más propensas a presentar problemas de tipo emocional (ansiedad y depresión) y trastornos de la conducta alimentaria, los chicos adolescentes son más vulnerables en relación con los trastornos por déficit de atención y trastornos perturbadores.

A continuación se ofrece un resumen de los trastornos que son más frecuentes en la adolescencia y que, además, ofrecen una impacto diferencial en función del sexo.

Trastornos emocionales: ansiedad y depresión

Los trastornos de ansiedad en sus diferentes modalidades junto con la depresión, son los problemas emocionales más comunes en la infancia y adolescencia. No siempre se les ha prestado mucha atención y no es hasta hace relativamente poco que han comenzado a incrementarse los estudios sobre estos trastornos en la población infanto-juvenil.

La ansiedad es una sensación desagradable caracterizada por aspectos psicológicos (temor, miedo) y físico (malestar). Esta sensación aparece de forma muy temprana y nos ayuda a resolver distintas tareas así como a actuar en condiciones de peligro o alarma. Se trata, pues, de una sensación que es adaptativa y tiene una función en el desarrollo. No obstante, esta sensación puede exagerarse hasta el punto de convertirse en un trastorno; podemos decir que es patológica cuando es desproporcionada ante el estímulo, si permanece después de que este estímulo desaparece, cuando sucede sin un estresor externo que la desencadene o en el momento que interfiera en la vida cotidiana del sujeto.

Según las evidencias empíricas disponibles, los trastornos de ansiedad son más frecuentes en las mujeres que en los varones, diferencia que se suele iniciar y consolidar durante la adolescencia. A continuación se ofrece un breve esbozo de las distintas categorías de estos trastornos con impacto diferencial en función de sexo.

Trastorno de Ansiedad por separación

Este trastorno consiste en una ansiedad excesiva cuando el niño/adolescente ha de separarse de su hogar y de las personas a las que tiene apego (habitualmente los padres). Este tipo de trastorno suele iniciarse antes de los 6 años y tiende a disminuir a partir de los 12. Aunque se descarta este tipo de trastorno después de haber cumplido los 18 años, algunos autores indican que puede ser un diagnóstico factible y válido en poblaciones mayores como los estudiantes universitarios (Seligman y Wuyek, 2007). Se estima que entre un 2 y 4% de los adolescentes presentan este problema, habitualmente iniciado cuando eran niños. El temor que experimenta el

adolescente al tener que alejarse de su casa o de sus padres en ocasiones implica síntomas somáticos en forma de dolores abdominales, vómitos, cefaleas, náuseas, palpitaciones, lipotimias. Las preocupaciones más frecuentes tienen que ver con el miedo a que les pueda pasar algo a ellos mismos o a sus padres (por ejemplo, que sufran un accidente).

Sobre la etiología de este tipo de trastornos se alude a un conjunto de factores entre los que los biológicos parecen menos relevantes frente a los ambientales. Así, por ejemplo, un estilo sobreprotector de los padres que hace que los niños (más tarde adolescentes) se perciban a sí mismos como indefensos, como alguien expuesto a los peligros sin tener recursos personales con los que protegerse es un factor de riesgo para este trastorno. Además, hay que tener en cuenta que los temores también se aprenden de forma vicaria de tal forma que otro factor de riesgo será que el niño/adolescente conviva con alguien que experimenta también ansiedad y preocupación, especialmente ante aspectos de la seguridad de uno mismo y de los demás. Por último, un acontecimiento traumático puede estar también en la génesis del trastorno (la enfermedad grave o pérdida de un progenitor o de alguien muy cercano, un divorcio).

Este trastorno es igual de frecuente para ambos sexos en población clínica pero en población epidemiológica es más frecuente entre mujeres.

Fobias Específicas y Fobia Social

Las **fobias específicas** se caracterizan por un miedo exagerado e irracional a algún objeto o situación. Habitualmente los miedos suelen aparecer durante la infancia y algunos de éstos pueden persistir hasta la adolescencia (e incluso la vida adulta). Como ocurrirá después en la edad adulta, el porcentaje de mujeres adolescentes que presentan fobias es mayor que el de los varones (21,2% para mujeres y 10,9% para varones) (Fredrikson, Annas, Fischer y Wik, 1996). No obstante, estos y otros datos epidemiológicos que apuntan en el mismo sentido de diferenciar por sexos la incidencia de las fobias deberían leerse con cierta cautela porque es posible que nos encontremos aquí con diferencias también a la hora de expresar y admitir los miedos entre niños y niñas en función de los roles de género. Por otro lado, parece bastante bien establecido que el origen de las llamadas fobias específicas tiene una etiología fundamentalmente ligada al aprendizaje, bien porque el sujeto ha tenido una experiencia directa y desagradable con el objeto o situación que teme, porque ha visto a otros tener esa experiencia o bien porque se le ha transmitido información negativa; en otros términos, es frecuente que muchos de los niños miedosos conviven con adultos (especialmente progenitores) que, a su vez, son sujetos miedosos.

En la adolescencia adquieren una significativa relevancia aquellos temores que tienen que ver con lo social. La **fobia social**, aunque en muchos casos se inicia y consolida en la infancia, es durante la adolescencia cuando resulta mucho más incapacitante.

Lo mismo que el adulto, el adolescente con fobia social teme ser evaluado, juzgado, tiene miedo de ser humillado o simplemente a ser observado. Por ejemplo, miedos típicos de este grupo de edad son: relacionarse con otros adolescentes del sexo opuesto, iniciar o mantener conversaciones, ir a fiestas o reuniones en las que hay gente que no conoce, hacer alguna petición a una figura de autoridad (el director o el tutor del instituto). Cuando ha de

confrontar alguna de estas situaciones, el adolescente experimenta intensos síntomas de ansiedad que pueden llevarle a evitarlas. Esta estrategia, la evitación, interrumpe su maduración social y la evolución normal del aprendizaje de las habilidades de interacción.

La fobia social, de no ser tratada adecuadamente, tiende a cronificarse y sus consecuencias a corto, medio y largo plazo son de gran trascendencia: abandono de los estudios, inhibición en el funcionamiento social, adicciones, etc.

Dada la propia caracterización del trastorno, los datos epidemiológicos de los que se cuenta pueden estar encubriendo una realidad mucho más frecuente pero que puede pasar desapercibida (porque no se diagnostica o se diagnostica hasta pasados varios años desde el inicio de los síntomas). Algunos estudios apuntan que la fobia social en adolescentes se produce con una prevalencia del 1.6%, siendo más frecuente en mujeres (2.1%) que en varones (1%) (Essau y cols., 1999).

Trastorno de ansiedad generalizada

Este trastorno se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesiva que se presenta la mayor parte de los días. El síntoma más característico es la llamada ansiedad flotante, una ansiedad persistente y no vinculada a una situación concreta. Las personas con ansiedad generalizada se convierten en especialistas de la preocupación: cualquier asunto puede ser motivo de preocupación, motivos que pueden ir variando. Son personas continuamente inmersas en temores que anticipan potenciales consecuencias catastróficas.

En el caso de los adolescentes las preocupaciones más frecuentes giran en tono a al rendimiento escolar o deportivo, a la posibilidad de que algo malo ocurra a los seres queridos, las relaciones sociales (sin diagnóstico de fobia social), potenciales problemas económicos, perfeccionismo. (López y Pérez, 2007). Además de los aspectos cognitivos del trastorno, las respuestas de ansiedad continua producen síntomas de malestar físico (como irritación, fatiga, o problemas de sueño), sintomatología vegetativa (por ejemplo, trastornos gastrointestinales, dolores de cabeza) así como otras conductas alteradas como morderse la uñas, tics, tirarse del pelo, etc.

El trastorno de ansiedad generalizada es, probablemente, uno de los más frecuentes entre los adolescentes. Aunque en la infancia no existen diferencias genéricas, en la adolescencia parece ser un trastorno más prevalente en mujeres.

Trastorno de pánico

Hasta hace relativamente poco se debatía la existencia de este trastorno en niños o en adolescentes pero se supone que aproximadamente un 16% de los jóvenes entre 12 y 17 años podrían haber sufrido una crisis de angustia siendo las mujeres a quién más les afecta.

La principal manifestación de este trastorno consiste en crisis de angustia recurrentes e inesperadas. En otros términos, el sujeto con una crisis de angustia padece intensos episodios de miedo o malestar que se inician de una forma brusca y alcanzan el pico de intensidad a los 10 minutos. Estas crisis de angustia se caracterizan por distintos síntomas somáticos (palpitaciones, sudoración, escalofríos, etc.) y cognitivos como el miedo a morir, a perder el control, a volverse loco.

La razón de por qué estos trastornos se producen a partir de la preadolescencia (y rara vez antes) es que antes los niños no son capaces de percibir como algo peligroso los síntomas vegetativos. Con el desarrollo cognitivo, el preadolescente o adolescente puede interpretar que una hiperactivación (con manifestaciones de taquicardia o de sudoración, por ejemplo) pueden ser síntoma de "algo malo" les está pasando. En los adolescentes las crisis de pánico pueden estar desencadenadas por separaciones o situaciones de miedo.

Depresión

En relación con la depresión y, especialmente en el contexto infanto-juvenil, conviene distinguir entre la depresión como un síntoma y la depresión como trastorno. Como síntoma, la depresión podría definirse como un estado de ánimo negativo caracterizado por la tristeza, una pérdida de interés y una disminución de la capacidad de disfrutar. En ocasiones, puede ser una expresión de los fenómenos transitorios de desarrollo que, no obstante, parece que ya apunta una diferente forma en la que chicos y chicas atraviesan por la pubertad. Por ejemplo, en relación con la tristeza (síntoma por excelencia de la depresión) adultos y adolescentes informan de una frecuencia similar de esta clase de sentimientos pero éstos tienden a ser más intensos en los adolescentes. Cuando observamos a los adolescentes en función del sexo, los datos indican que las chicas se sienten tristes con más frecuencia e intensidad que sus coetáneos varones (Silverio y García, 2007).

Como trastorno, la depresión además del estado de ánimo negativo que va acompañado de otros problemas somáticos, cognitivos y de conducta. De esta forma, además de tristes y apáticos, los adolescentes deprimidos pueden mostrarse irritables, retraídos; su autoestima es baja, pueden aparecer sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva, dificultades para concentrarse y problemas en el rendimiento escolar. Puede alterarse el sueño (bien porque tengan dificultades para dormir o una necesidad exagerada de hacerlo) y la alimentación (acompañada de una pérdida o aumento de peso en adolescentes que no observan una dieta). Pueden manifestar dolores vagos e inespecíficos. Cuando hablamos de trastorno, todos estos problemas se presentan de forma persistente y ocasionan un deterioro social del adolescente.

En el trastorno depresivo pueden aparecer también pensamientos recurrentes de muerte, en ocasiones acompañadas de ideaciones e intentos suicidas. Aunque el suicidio es relativamente bajo entre los niños y adolescentes parece un fenómeno creciente (considerando no sólo los suicidios consumados sino también las tentativas y las ideaciones suicidas). No obstante, aunque el suicidio se considera como síntoma ligado a los trastornos de depresión, sus causas son muy complejas. Desde la perspectiva individual, además de la depresión, otros factores de riesgo de suicidio en adolescentes son la desesperanza, la impulsividad y la conducta de agresión. Otros factores están ligados a alteraciones familiares, alto niveles de estrés en el colegio y las relaciones sociales.

En relación con la etiología y desarrollo de los trastornos depresivos, son diversas las influencias que se relacionan. Desde el punto de vista biológico, la búsqueda de los factores etiológicos de la depresión en niños y adolescentes se ha centrado en las influencias genéticas y bioquímicas. No obstante, son pocos los estudios que se han realizado desde esta perspectiva en población

infanto-juvenil y casi todos nuestros conocimientos sobre el tema derivan de estudios en población adulta. Un panorama muy similar se dibuja en el estudio de las influencias sociales y psicológicas. Con los datos disponibles, podemos citar como factores de riesgo de la depresión (y de otras alteraciones como ansiedad o trastornos por déficit de atención) que los progenitores presenten distinto tipo de disfunciones psicológicas (no sólo depresión). Por otro lado, la depresión de los progenitores afecta –sin excluir algún tipo de influencia genética- a los estilos cognitivos que pueden transmitir a sus hijos (baja autoestima, sensación de inutilidad, percepción de poco control y poca habilidad para afrontar la vida cotidiana) y al tipo de interacción que mantienen con ellos. La pérdida o separación de los padres, un estilo de crianza que no proporciona oportunidades a los niños y adolescentes a percibirse a sí mismos como competentes, valiosos, responsables (pero no culpables) son otros factores de riesgo.

Por último recordar que durante la adolescencia las relaciones entre iguales (los amigos, la pandilla, los compañeros de clase) son de absoluta importancia. La falta de adaptación, el rechazo y la agresión influyen significativamente sobre el estado de ánimo y son, también, factores de riesgo de otros trastornos.

Cabe indicar que todos estos factores de riesgo no impactan igual sobre todos los adolescentes y futuras líneas de investigación deberían centrarse también en cuáles son los factores de protección, de resiliencia a la depresión.

Los datos epidemiológicos indican que es en la adolescencia cuando las mujeres comienzan a predominar en las tasas de depresión, en la misma proporción que se producirá después en la vida adulta: se deprimen 2 chicas adolescentes por cada chico.

Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia

La anorexia nerviosa y la bulimia son trastornos de la conducta alimentaria que han recibido un creciente interés social dado que el número de diagnósticos se ha incrementado notablemente y las repercusiones sobre la salud de los pacientes son muy graves.

La *anorexia nerviosa* consiste en una alteración grave de la conducta alimentaria que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, miedo intenso a ganar peso y una alteración de la percepción del cuerpo. Cuando la pérdida de peso es extrema aparecen complicaciones médicas (por ejemplo, problemas cardiovasculares o anemia) que amenazan gravemente la vida del paciente.

Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de alimentos. Aunque los anoréxicos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría acaba con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos, acompañado muchas veces por ejercicio físico excesivo.

En la anorexia nerviosa se pueden distinguir algunos subtipos, dependiendo de si aparecen o no atracones: el tipo *restrictivo* en donde la pérdida de peso se consigue mediante el ayuno y/o un ejercicio intenso y el subtipo *compulsivo-purgatorio* que se caracteriza por presentar un patrón persistente de atracones y purgas.

La *Bulimia* es un trastorno que se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos en un corto espacio de tiempo en forma de "atracones" y una preocupación exagerada por el control del peso y la figura corporal. Para compensar los atracones, el método más utilizado es el purgativo bien mediante la provocación del vómito o a través del uso de diuréticos y laxantes. Se trata de un trastorno más difícil de identificar (por lo que las estadísticas pueden subestimar su incidencia) dado que no suele llevar aparejado una variación muy notable del peso por lo que el trastorno es más fácil de "esconder".

Entre lo que tienen en común estos dos trastornos de la conducta alimentaria lo más llamativo es que el 90% de los casos son mujeres. La edad media de inicio es al final de la adolescencia aunque son cada vez más los casos en los que el trastorno se inicia en niñas menores de 14 años. Las estadísticas nos indican que a los 15 años una de cada cuatro chicas hacen régimen en España, sin que en casi ningún caso tengan problemas de sobrepeso. A la pregunta de "¿te ves gordo/a aunque los demás te vean delgado/a?" el 58 % de estas chicas de 15 años contestó afirmativamente frente a un 19% de chicos.

La bibliografía nos muestra que no hay un único mecanismo causal ni una explicación definitiva de este fenómeno. No obstante, es indudable que los cánones de belleza actuales y el rechazo social a la obesidad están lanzando un mensaje a las adolescentes: para lograr el éxito y la aceptación social hay que tener un físico apropiado, estar delgada, y perder peso es algo que una puede controlar. No es casual que el perfil de la joven anoréxica sea mayoritariamente el de una chica responsable y estudiosa, que desea realizar correctamente su rol social y que tiende a un perfeccionismo exagerado.

Trastornos disociales

Todos los padres, en algún momento, han tenido la experiencia de que sus hijos les hayan mentido, o desobedecido, que se hayan peleado con otros niños o que hayan roto enfadados alguna cosa. Estos comportamientos, en algunos casos, pueden adoptar una forma de persistencia y extremosidad que ocasiona grandes perturbaciones en las familias, en los colegios y, a la larga puede que a la sociedad. Es entonces cuando se utiliza el término de trastorno disocial, designando niveles graves de conductas agresivas y antisociales. Las conductas negativas, destructivas y antisociales son muy heterogéneas y complejas y son muchos los intentos de categorización. Atendiendo al DSM-IV, se distingue entre el *trastorno negativista desafiante* y el *trastorno disocial*.

El *trastorno negativista desafiante* se describe como un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura al menos seis meses y que incluye al menos cuatro de las siguientes conductas: a) encolerizarse, b) discutir con los adultos, c) desafiar de forma activa a los adultos y negarse a cumplir sus normas, d) molestar a propósito a otras personas, e) culpar a otros de sus errores o su mal comportamiento, f) ser susceptible, sentirse fácilmente molestado por otros, g) mostrarse colérico o resentido y h) rencoroso o vengativo. Todos estos comportamientos han de ser más frecuentes de los que se espera de un niño o adolescentes de la misma edad.

El comportamiento desafiante o desobediente es un problema bastante habitual y se produce entre poblaciones no clínicas. Estos comportamientos

pueden representar para algunos adolescentes las primeras etapas de una trayectoria evolutiva de comportamiento antisocial persistente (Hinshaw y cols. 1993).

El *trastorno disocial* es un patrón repetitivo y persistente de conductas que violan los derechos básicos de otras personas y las principales normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. En el diagnóstico de este trastorno se especifica si el inicio es infantil o si comienza a cursar en la adolescencia (dependiendo de si alguno de los comportamientos aparece antes de los 10 años) y requiere que estén presentes, durante al menos 12 meses, tres o más de las siguiente conductas:

- Agresión a personas y animales (amenazas, inicio de peleas, uso de armas, crueldad con personas o animales, robos con enfrentamiento, forzar a una relación sexual).
- Destrucción de la propiedad (provocar deliberadamente incendios con intención de causar daños, destruir deliberadamente propiedades de otras personas).
- Fraudulencia o robo (violentar el hogar, casas o automóvil de otra persona; mentir para obtener bienes, favores o para evitar obligaciones; robo de objeto de cierto valor sin violencia).
- Transgresiones graves de las normas (pasar la noche fuera de casa sin permiso de los padres, escaparse de casa durante la noche, hacer novillos en el colegio; estos comportamientos deben producirse ante de los 13 años).

En cuanto a la evolución de este trastorno suele considerarse que cuanto más precoz más persistente y grave es el comportamiento antisocial. Cuando comienza a cursar en la adolescencia (que es lo más frecuente), los comportamientos son menos graves y agresivos y también es menos probable que estos comportamientos persistan en la vida adulta.

Las hipótesis biológicas acerca de las causas de los comportamientos antisociales tienen una gran tradición. Hoy en día, la mayoría de las revisiones realizadas coinciden en que, a pesar de las influencias biológicas puedan desempeñar algún papel, los factores más importantes que determinan la etiología de este trastorno están relacionados con su inevitable y compleja interacción con influencias ambientales tales como las condiciones sociales, las variables familiares y determinadas experiencias de aprendizaje social (Rutter y cols. 1990). Desde esta perspectiva, el aprendizaje social, surge una de las líneas de investigación más sólidas sobre el trastorno disocial, la del profesor Gerald Patterson y su equipo (Patterson y cols. 1975, 1976, 1993). Patterson hace referencia a factores tales como una crianza ineficaz (en la que, por ejemplo, los niños aprenden a controlar a sus padres a través de comportamientos disfuncionales), la presencia de psicopatologías en los padres, las malas relaciones con los iguales, la falta de competencia escolar y una baja autoestima. Los conflictos matrimoniales y los divorcios se han relacionado también con la conducta antisocial de los adolescentes pero esta relación es compleja.

En los trastornos disociales el predominio de los varones es de una proporción de 4 a 1.

Trastornos de Déficit de Atención con Hiperactividad

Las manifestaciones principales de este trastorno son: el déficit de atención, los problemas de actividad y la impulsividad.

En relación con el *déficit de atención*, nos encontramos con niños y adolescentes que no prestan una atención suficiente a los detalles, que tienen dificultades para seguir instrucciones y para organizar sus tareas, que se distraen con cualquier cosa y que suelen perder u olvidar objetos necesarios para sus actividades (cuadernos, prendas de vestir, etc...). Es curioso en relación con este síntoma que no se generaliza a todas las situaciones; así, podemos encontrarnos que estos niños y adolescentes son capaces de concentrarse en determinadas actividades (mecanos, consolas, dibujando) y no en otras (fundamentalmente aquellas que parecen monótonas, rutinarias). Este y otros datos suscitados en distintas investigaciones han generado una notable controversia acerca de si la falta de atención es la mejor manera de describir los problemas de TDAH.

Los *problemas de actividad* hacen referencia a esos comportamientos que conforman gran parte de las quejas de padres y educadores: el chico no está quieto, parece nervioso, incapaz de estar sentado sin moverse. En general, esta actividad motora excesiva y esta inquietud es más probable que aparezca en situaciones sedentarias o muy estructuradas. En ambientes relajados con menores demandas externas, estos problemas son más infrecuentes. (Greenhill, 1991).

Por último, la *impulsividad* a menudo se manifiesta en la queja de “este chico actúa sin pensar”. Nos encontramos con chavales que pueden realizar conductas que conllevan un riesgo físico (por ejemplo, saltar desde una determinada altura) porque no se han planteado ese riesgo, que interrumpen a los demás porque no pueden esperar su turno, que buscan las gratificaciones de forma inmediata.

Muchos de los comportamientos descritos los encontramos en poblaciones no clínicas, como variaciones normales de la conducta, ajustadas al nivel de desarrollo de los sujetos y que no se producen en todos los ambientes.

Una vez más nos encontramos ante un fenómeno dimensional (muchos de los comportamientos descritos los encontramos en poblaciones no clínicas, como variaciones normales de la conducta) y multicausado. Los factores biológicos parecen relevantes en relación con este trastorno (disfunciones en la estructura y funcionamiento cerebral, anomalías en los neurotransmisores o en las respuestas electrofisiológicas, factores genéticos) pero no puede obviarse el papel de los factores psicosociales ya que están implicados en la formación de las conductas problemáticas y de su mantenimiento a lo largo del tiempo. Así, un estilo de crianza autoritario y excesivamente controlador puede agravar la sintomatología, como lo puede hacer también una deficiente comprensión del problema en el entorno escolar.

En los adolescentes el TDAH lleva a un bajo rendimiento académico, a una baja autoestima y a un deterioro de su competencia social. Se trata de un trastorno más prevalente en chicos (10%) que en chicas (3%), aunque el dato de éstas últimas puede estar por debajo de la realidad. Nos encontramos aquí con el problema de que no sólo puede haber una diferencia en las tasas de un determinado trastorno sea diferente en función del sexo, sino que el sexo puede estar implicado en una diferente forma de manifestación del trastorno. Para las chicas es probable que sean más mayores cuando se les

realiza el diagnóstico, ya que muestran menos impulsividad, hiperactividad y agresión (Hendren, 2004).

Abordando las diferencias de sexo en psicopatología desde distintas perspectivas: hipótesis explicativas

Parece contrastado que, en muchas de las psicopatologías específicas, el sexo supera en importancia a otras variables a la hora de detectar diferencias individuales y, aunque la incidencia evoluciona de forma diversa, puede decirse que la distancia entre los sexos aumenta con la edad. El sexo puede influir en todos los aspectos de la fenomenología de la enfermedad en la población, incluyendo las exposiciones a tóxicos ambientales, la vulnerabilidad a los trastornos, la sintomatología, las características de la expresión sintomática, la historia natural de la enfermedad, la selección del tratamiento, la respuesta al tratamiento, el apoyo social y la capacidad funcional (Alarcón et al., 2000).

¿Por qué se producen estas diferencias? ¿Cuáles son las razones que conducen a que los trastornos mentales tiendan a presentarse durante la adolescencia de forma distinta en razón de sexo? Veamos a continuación los argumentos que se nos ofrecen desde distintas perspectivas.

Antes de entrar en argumentos de fondo, es preciso hacer mención a lo que se denominan **determinantes artefactuales**. Estos determinantes hacen referencia a que hombres y mujeres tienden a diferenciarse en el recuerdo de los síntomas, en la voluntad de notificarlos y de buscar tratamiento. La evidencia muestra que las mujeres tienden a ser más precisas y expresivas a la hora de manifestar sus síntomas y de buscar ayuda en relación con problemas del estado de ánimo. Hombres y mujeres también tienden a diferir en sus respuestas a la sintomatología; por ejemplo, los hombres suelen escoger estrategias de afrontamiento más activo en relación con el estrés mientras que las mujeres se centran en los aspectos emocionales, siendo su afrontamiento frecuentemente más pasivo. Se consideran también determinantes artefactuales los sesgos que pueden introducir el evaluador o los propios criterios de diagnóstico. Así, por ejemplo, en la atención primaria algunas mujeres podrían recibir un diagnóstico de depresión porque, en función de su sexo y edad, sus síntomas suelen considerarse asociados a este trastorno (algo muy frecuente, por ejemplo, en torno a la menopausia).

En cualquier caso, el consenso de la bibliografía es el de que los determinantes artefactuales pueden atenuar el predominio de la mujer en los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad y el predominio de los hombres en los trastornos relacionados con las sustancias y los trastornos relativos a comportamientos antisociales; sin embargo, parece poco probable que estos determinantes artefactuales puedan explicar todas las diferencias observadas entre ambos sexos en las tasas.

A pesar de que el estudio de las diferencias de sexo ha sido relativamente escaso en contexto de la **neurobiología**, hay cada vez más evidencias de que hombres y mujeres se diferencian en aspectos tales como la anatomía cerebral, la neuroquímica o en los patrones de activación y respuesta a los estímulos ambientales (Cooke y cols., 1998). No obstante hay que recordar que, aunque ciertas diferencias sexuales se pudieran originar sólo a partir de determinantes biológicos, sabemos que algunas de estas diferencias se generan a través de distintas interacciones con el ambiente. Por otro lado,

existen factores estresantes (económicos, culturales y psicosociales) que tiene especificidad de género y pueden contribuir a la existencia de diferencias sexuales en neurobiología (Altemus, 2009).

Así pues, el género debería incorporarse como variable en los estudios clínicos sobre la fenomenología, la genética, la neuroimagen, la neuroendocrinología y la respuesta al tratamiento de forma que podamos conocer cuál es el papel de la biología en el diferente impacto que los trastornos mentales tienen en función del sexo. Y en estos futuros estudios tendrá que considerarse de forma ineludible la edad y específicamente la adolescencia por ser un período de la vida crucial para el inicio o mantenimiento de determinadas psicopatologías.

Desde la **psicopatología evolutiva** o del desarrollo se concibe que las conductas desviadas no son sino variaciones cuantitativas de las características que pueden ser normales en ciertos periodos de desarrollo. Observando la covariación entre signos, síntomas o conductas a través de técnicas estadísticas multivariadas se han identificado dos dimensiones psicopatológicas en niños y adolescentes. La primera dimensión, denominada *internalizante*, incluye los trastornos de ansiedad y depresión; la segunda dimensión, conocida como *externalizante*, incluye los trastornos de conducta, el abuso de sustancias o la hiperactividad. Tras estas dos dimensiones subyacerían mecanismos biológicos o genéticos de vulnerabilidad y serían las influencias ambientales las que mediarían en el desarrollo de trastornos específicos. De esta forma, un síndrome específico de ansiedad como una fobia social, sería la expresión de las influencias ambientales sobre la dimensión internalizante, más amplia y genética o biológicamente determinada. (Lemos, 2003).

Desde esta perspectiva, la reiterada observación de que las mujeres son más propensas a los trastornos internalizantes mientras que los varones lo son a los externalizantes podría explicarse por una diferente predisposición temperamental hacia un determinado espectro psicopatológico así como el hecho constatado de que estas diferencias intersexuales se produzcan en cualquiera de los estudios realizados no importa en qué país. ¿Cuál sería, pues, el papel del ambiente? Desde este enfoque, el contexto ambiental podría aumentar la probabilidad de un determinado patrón disfuncional de conducta.

Una vez que aparece este patrón, las influencias ambientales sólo podrían mantener, aumentar o disminuir la psicopatología. Podría explicarse así, que las diferencias que se producen entre adolescentes mujeres y varones en relación con la incidencia de los trastornos internalizantes y externalizantes se mantengan una vez que estos adolescentes se convierten en adultos puesto que la vulnerabilidad a este tipo de trastornos es endógeno y se mantiene constante.

Desde una **perspectiva psicosocial**, algunas de las diferencias que presentan los adolescentes en razón de sexo en salud mental se plantean en torno a la construcción del rol sexual y del estrés que lo acompaña. Una de las hipótesis más interesantes es la *intensificación de género*, según la cual durante el comienzo de la adolescencia se produciría una aceleración de la socialización en la diferencia de géneros (Hill y Lynch, 1983). En este proceso de socialización se produciría un aumento de la presión sobre las chicas con la finalidad de que adopten un rol femenino típico y su conducta estaría más restringida que la de los chicos, que gozarían de una mayor independencia y

libertad. Tenemos evidencias disponibles de que tanto la ideología de género como la tipificación del mismo se relaciona con desórdenes psicológicos y problemas de conducta (Gibbons y Fisher, 2004).

Así, se constata que durante la adolescencia las chicas, en comparación con los varones, presentan un rápido descenso de la autoestima que ocurre en paralelo a la insatisfacción con su apariencia física (las adolescentes se valoran a sí mismas como menos atractivas de lo que lo hacen los chicos). Sin embargo, aquellas chicas que mostraron un alto índice de masculinidad (es decir, aquellas que puntuaban alto en rasgos asociados a este rol como son la independencia y la autoconfianza) disponían de una alta autoestima y sensación de competencia.

Aunque está por determinar como interaccionan estos factores, las investigaciones apuntan a que tener menos rasgos masculinos y una baja autoestima dependiente de la imagen corporal son factores de vulnerabilidad a la depresión de las chicas adolescentes.

El rol de género parece estar también implicado en los trastornos de alimentación. Hemos visto que la imagen corporal juega un papel importante en la autoestima de las adolescentes (en mayor medida de lo que lo hace en los chicos). Si tenemos en cuenta que las normas culturales imperantes tienden a considerar que para ser bella hay que estar extremadamente delgada, aquellas chicas que quisieran cumplir con estas normas de feminidad estarían más expuestas al riesgo de presentar desórdenes alimentarios.

Para los chicos, el estereotipo masculino tiene aspectos positivos relacionados con un espíritu de exploración y aventura, de fortaleza y autoconfianza. Sin embargo, intentar cumplir con este estereotipo puede incorporar otros aspectos negativos tales como dar una exagerada importancia al éxito y al respeto de los otros, a mostrar una apariencia fría y no emocional, a asumir la violencia y el riesgo como algo propio de la masculinidad, como propio sería el consumo de alcohol (para el que hay una no insignificante tolerancia social). La construcción del género masculino en torno a estos aspectos haría a los chicos adolescentes más propensos a desórdenes relativos al uso de drogas, a la violencia y la accidentalidad, a conductas delinquentes.

Conclusiones

En los adolescentes comenzamos a ver el patrón de distribución por sexo de los trastornos mentales que se dibuja entre los adultos. En la explicación de estas diferencias, la defensa de lo biológico frente a lo ambiental o viceversa (la vieja polémica *natura versus nurtura*) no se sostiene empíricamente en la actualidad. No somos exclusivamente producto de nuestra herencia biológica ni lo somos tampoco de nuestra socialización sino de la interacción de estos factores.

Podemos afirmar que cualquier comportamiento (los adecuados y los disfuncionales, los saludables y los patológicos) a cualquier edad (también en la adolescencia) precisa de una explicación multifactorial en el que se consideren tanto las variables biológicas como las psicológicas y ambientales. Por tanto, aquellos modelos de corte biopsicosocial son los que permitirán aportar una mejor comprensión de, entre otras cosas, porque los adolescentes presentan distintos tipos de problemas según su sexo.

Resulta necesario desarrollar índices individuales específicos que tengan en cuenta los procesos por los que dichas disposiciones temperamentales y circunstancias ambientales interactúan para dar lugar al riesgo psicopatológico o a la resistencia.

Dado que está fuera de toda cuestión que el variable sexo discrimina significativamente la prevalencia e incidencia de algunos trastornos psicológicos y que esta diferencia se inicia y/o consolida de forma importante durante la adolescencia, se impone la necesidad de conducir estudios que nos permitan abundar en el conocimiento de esta fenomenología. Así, autores como Grant y Weissman (2009) proponen una agenda de investigación para la edición del DSM-V y futuras ediciones que contemple aspectos tales como:

- *Consideración del sexo/género en el diseño y los análisis de los estudios psicosociales y biológicos.* Es mucho lo que nos falta saber para definir de forma precisa los determinantes de las diferencias sexuales en psicopatología aunque los datos epidemiológicos demuestran claramente la existencia de diferencias sexuales en las tasas de muchos trastornos. Parece pues ineludible que el diseño y el análisis de los estudios psicosociales y biológicos se tengan en cuenta el sexo y la covariabilidad entre el género y la edad en las muestras. Por ejemplo, es posible que los resultados obtenidos en los estudios biológicos sobre la depresión en los que participaron muestras de niñas y niños prepúberes y adolescentes no hayan sido del todo claros.
- *Realización de encuestas longitudinales de gran envergadura y representativas sobre niños y adolescentes para determinar la edad a la que se empiezan a manifestar las diferencias sexuales.* Los factores que pueden contribuir a la existencia de diferencias sexuales en psicopatología pueden iniciarse en distintos momentos de la vida. No obstante, algunos datos indican que la adolescencia es un momento clave para el incremento en las tasas de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en las mujeres. Puesto que la mayor parte de los trastornos psicológicos se inicia en las primeras etapas de la vida, son necesarias encuestas longitudinales de gran envergadura y representativas realizadas en niños y adolescentes con el fin de determinar la edad a la que aparecen las diferencias sexuales. Los datos que emergieran de estudios de este tipo nos aportarían una información fundamental para diseñar programas de prevención e intervención (Li y cols. 2004). Así, por ejemplo, si las fobias que se producen en la preadolescencia constituyen un signo temprano de depresión en las adolescentes, como sugieren algunos estudios clínicos, podrían considerarse un objetivo razonable para la intervención terapéutica.
- *Análisis de la contribución de la raza, la etnia, los factores socioeconómicos y sociodemográficos y otros supuestos factores de riesgo respecto a las diferencias de sexo en diversos trastornos psicológicos.* En contraste con el elevado número de estudios de investigación epidemiológica relativas a la psicopatología, son pocos los estudios en los que se han contemplado características relacionadas con el género como la masculinidad y la feminidad. Por otra parte, es muy escasa la información respecto a la contribución de la raza, la etnia, los factores socioeconómicos y sociodemográficos y otros supuestos factores de riesgo (por ejemplo, discriminación, redes sociales, apoyo

social, orientación sexual y comorbilidad previa). La simple posibilidad de que las diferencias sexuales observadas en las tasas de psicopatología pudiera, si no rendirse absolutamente, tan siquiera atenuarse si se controlasen estos factores es un argumento decisivo para que se incluyan una amplia gama de determinantes de este tipo en los estudios epidemiológicos de futuras investigaciones.

- *Insistencia en la identificación empírica de los criterios diagnósticos sesgados por el género.* La falta de consideración de las posibles diferencias entre ambos géneros respecto a las manifestaciones clínicas y la expresión de los trastornos psicológicos puede dificultar de manera importante la estimación de tasas de prevalencia válidas en los estudios epidemiológicos debido a posibles sesgos en los criterios diagnósticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, RD.; Bell CC.; Kirmayer LJ.** et al. (2002). Beyond the funhouse mirrors: research agenda on culture and psychiatric diagnosis. En Kupfer, First y Regier (eds): *A Research Agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association, 219-281.
- Altemus,** (2009) Neurobiología, sexo y género. En En William E. Narrow, Michael B. First, Paul J. Sirovatka y Darrel A. Regier (coor) *Agenda de Investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico Psiquiátrico*. Madrid: Elsevier Masson.
- Cooke, BC.; Hegstrom, CD.; Villeneuve, LS.** et al. (1998) Sexual differentiation of the vertebrate brain principles and mechanisms. *Front Neuroendocrinol*, 19, 323-362.
- DSM-IV** (1994) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. American Psychiatric Association.
- Essay, C., Conradt, J. y Peterman, F.** (1999) Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behavior Research Therapy*, 37, 831-843.
- Fredrikson, M; Annas, P.; Fischer, H. y Wik** (1996) Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behavior research and Therapy*, 34, 33-39.
- Gibbons, J.L. y Fisher, S.L.** (2004, 2ª ed). El rol sexual como factor de estrés en la adolescencia. En J. Buendía, *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales*. 217-245. Madrid: Pirámide.
- Grant, B.F. y Weissmna, M.M.** (2009) Género y Prevalencia de los trastornos psiquiátricos. En William E. Narrow, Michael B. First, Paul J. Sirovatka y Darrel A. Regier (coor) *Agenda de Investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico Psiquiátrico*. Madrid: Elsevier Masson.
- Greenhill, L.L.** (1991) Attention-deficit hyperactivity disorder. En J.M. Wiener (Ed.) *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.
- Hendren, R.L.** (2004, 2ª ed.) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad a través del ciclo vital. En J. Buendía *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos Actuales*. 197-214. Madrid: Pirámide.
- Hill, J.P. y Lynch, M.** (1983). The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. En J. Brooks-Gunn y A.C. Petersen (eds.) *Girls at puberty: Biological and psychosocial perspectives*, 201-228. Nueva York: Plenum.
- Hinshaw, S.P.; Lahey, B.b. y Hart, E.L.** (1993) Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.
- Institute of Medecine** (1998). Gender Differences in Susceptibility to Environmental Factors: A Priority Assessment. Washington: National Academy Press.
- Lemos, S.** (2003) La psicopatología de la infancia y la adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, nº85.
- Li, TK.; Grant, BF. y Hewitt, BG.** (2004) Alcohol use disorders and mood disorders: A National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism perspective. *Biol Psychiatry*, 56, 718-720.

- López, F.J. y Pérez, M.T.** (2007) Revisión descriptiva sobre los principales trastornos emocionales infanto-juveniles y sus tratamientos cognitivo-conductuales. *Revista Electrónica Psicología científica.com*
- Rutter, M.; McDonald, H.; Le Couteur, A.; Harrington, R.; Bolton, P. y Baily, A.** (1990) Genetic factors in child psychiatric disorders II. Empirical Findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 39-83.
- Seligman, L.; Wuyek, L.** (2007). Correlatos of Separation Anxiety Syntoms Among First- Semester College Students: An Exploratory Study. *The Journal of Psychology*, 141(2), pp. 135-145.
- Siverio, M.A. y García Hernández, M.D.** (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: La influencia del género. *Anales de Psicología*, vol. 23, 1, 41-48.



Las rupturas familiares en la salud mental de los y las adolescentes

En la mayoría de los países occidentales un gran número de niños/as va a experimentar la ruptura marital de sus padres. Aunque es indudable que esta situación constituye un fenómeno estresante para una mayoría de menores, existe una creencia errónea y bastante extendida que afirma que los hijos/as de parejas separadas y/o divorciadas quedarán permanentemente marcados por la ruptura de la relación de sus progenitores. El bienestar psicológico, emocional y/o social de los hijos/as no puede explicarse exclusivamente por el tipo de estructura familiar a la que pertenecen. El divorcio de los progenitores no constituye un fenómeno estático y por sí mismo no predice la aparición de problemas psicológicos en los hijos/as. Es necesario considerar un conjunto de variables que hacen referencia a los procesos y las relaciones familiares para poder explicar en toda su complejidad la relación existente entre la ruptura marital y la salud mental de los hijos/as.

Palabras clave: ajuste psicológico, ruptura marital, hijos/as, adolescencia, familia monoparental, familia reconstituida.

El contexto familiar en la sociedad española actual

Según Del Campo y Rodríguez-Brioso (2002) la familia durante la segunda mitad del siglo XX ha experimentado cambios demográficos, de actitudes y comportamientos, en los derechos y estatus de sus miembros y en las relaciones que se establecen en la pareja y entre los progenitores y sus hijos/as. Una de las grandes modificaciones que se observa en la familia hace referencia a su estructura. Si bien la familia nuclear, compuesta por un varón y una mujer unidos en matrimonio compartiendo un mismo hogar con los hijos/as en común, ha sido la estructura familiar predominante desde la década de los 50, a partir de la década de los 80 empieza a verse amenazado su carácter de universalidad dando paso a una lenta, pero progresiva, pluralidad de formas de convivencia familiar que reflejan no sólo la situación actual sino también la de un previsible futuro próximo. Dos de las estructuras familiares que han cobrado una especial relevancia en las últimas décadas son las familias monoparentales y las familias reconstituidas que son el resultado del progresivo incremento de las tasas de separaciones y/o divorcios. Ambas estructuras familiares arrancan de la disolución de una familia nuclear, es decir, de la separación y/o divorcio de una pareja que ha tenido descendencia.

Sin embargo, no sólo son cambios de índole demográfica los que han afectado a la familia ya que las relaciones familiares y los principios sobre los que se asientan, han experimentado asimismo profundas transformaciones. El derecho individual a la felicidad, la libertad, la igualdad y el ideal del amor romántico son algunos de los términos que se asocian a los cambios familiares, y que repercuten inevitablemente en el valor y significado que damos a la pareja y a la familia. Una vez que han perdido su función de

supervivencia, la pareja y la familia constituyen cada vez más el centro de nuestra vida emocional y personal y, por tanto, de nuestra felicidad siendo las expectativas que depositamos en ellas más elevadas que nunca. La pareja se elige libremente y sólo el amor justifica el inicio y el fin de una relación (Alberdi, 1999). Por otro lado, la mayor independencia económica de las mujeres se ha traducido en relaciones de pareja más igualitarias y satisfactorias. Sin embargo, las contrapartidas de estas circunstancias son evidentes; mientras que las relaciones igualitarias facilitan la aparición de situaciones conflictivas que requieren de considerables dosis de comunicación y negociación para su resolución, las elevadas expectativas depositadas en las parejas las hacen más vulnerables e inestables que antes, convirtiéndose la relación insatisfactoria en una fuente de frustración e infelicidad personal. A todo ello hay que unir la legalización de la disolución matrimonial, impulsada por la entrada en vigor de la ley de divorcio, que junto con una mayor tolerancia social, no sólo a la ruptura en sí, sino a las razones personales que intervienen en dicha decisión, contribuyen a mantener tanto dichas expectativas como la ruptura de las relaciones que no las satisfacen.

Las relaciones paterno-filiales también han sufrido modificaciones. Los hijos/as se desean como un fin en sí mismo perdiendo su carácter de seguro de vida. Las relaciones entre padres e hijos/as son cada vez más igualitarias, los hijos/as tienen más derechos que nunca (y quizás menos obligaciones) y los padres y las madres se han convertido en los agentes principales que deben velar por su bienestar y equilibrio emocional. Esta situación que refleja en cierto punto la *democratización* de la familia (Alberdi, 1999) ha propiciado en los padres y las madres incertidumbre e inseguridad con respecto a sus comportamientos recurriendo, no en pocos casos, en la adopción de pautas de crianza demasiado permisivas y complacientes en un intento de no perturbar su equilibrio psicológico y emocional.

A pesar de las profundas transformaciones que ha experimentado, y sigue experimentando actualmente, la estructura familiar en España, su importancia en el desarrollo de los individuos sigue siendo indiscutible, constituyendo un núcleo de afecto y apoyo en el que se sientan las bases idóneas para moldear y consolidar la identidad de los individuos. A su vez, la familia como el primer contexto y agente de socialización del individuo facilita la incorporación y adaptación del individuo a la sociedad. De hecho, la mayoría de las sociedades confieren a la familia un papel clave en la preparación de los individuos para que puedan integrarse en la sociedad (Musitu y Cava, 2001). Así pues, podemos afirmar que lo realmente sustantivo de las distintas formas de agrupamiento familiar no es tanto su estructura o composición sino las relaciones y las funciones que se establecen en su interior (Menéndez, 2001) constituyendo las características definitorias de las familias la *'unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia'* (Rodrigo y Palacios, 2001).

La ruptura marital como transición en el desarrollo evolutivo familiar

Según la *teoría del desarrollo familiar*, las familias al igual que los individuos, evolucionan a través de unas fases que se conocen

comúnmente como el *ciclo evolutivo familiar*. Este ciclo incluye las transiciones o acontecimientos vitales esperados por los que pasan la mayoría de las familias a lo largo de su desarrollo, en una secuencia bastante predecible aunque variable (Glick, Berman, Clarkin y Rait, 2001). Algunas de las transiciones que componen el ciclo vital familiar, como el nacimiento o la muerte de uno de sus miembros, se consideran *estresores normativos* porque, aunque son parte de la vida cotidiana y representan los cambios inherentes al ciclo vital de la familia, modifican o alteran la estructura y el equilibrio familiar pudiendo conducir a una crisis si la familia no es capaz de adaptarse e incorporar a su funcionamiento los cambios que cada situación nueva requiere (Musitu y Cava, 2001). Así pues, cada una de las fases por las que atraviesan las familias a lo largo de su ciclo vital requiere la puesta en marcha de una serie de tareas para afrontar y reestablecer el equilibrio alterado y pasar con éxito a la siguiente fase, manteniendo el ajuste familiar e individual.

Aunque aparecen discrepancias entre los autores con respecto al número de fases o etapas que constituyen el ciclo vital familiar, existe una tendencia a delimitar las transiciones cuando la familia se expande o reduce a medida que algunos miembros se incorporan o la abandonan puesto que son situaciones difíciles de resolver. El divorcio y las segundas nupcias no se han incluido tradicionalmente como etapas del ciclo vital familiar, aunque las elevadas cifras de separaciones y divorcios, y el progresivo incremento de las familias monoparentales y de las familias reconstituidas, sugieren que estas transiciones van a formar parte del ciclo vital de una gran parte de individuos.

Los retos y tareas a las que deben hacer frente tanto los adultos como los hijos/as tras la ruptura marital son múltiples. Los progenitores se ven obligados a afrontar el cambio en su situación emocional así como a reestablecer el funcionamiento económico, social y parental, mientras que los hijos/as deben redefinir sus contactos con ambos padres así como hacer frente a algunos miedos e incertidumbres. Por otra parte, las consecuencias de la separación o divorcio de los padres también pueden afectar al desarrollo social de los hijos/as ya que desestabiliza las redes de apoyo social existentes hasta entonces. Es frecuente que tras el divorcio los niños/as cambien de lugar de residencia y de colegio, lo que suele suponer una pérdida de las relaciones con sus iguales así como de una serie de actividades que formaban parte de su rutina diaria.

La adolescencia como transición en el desarrollo evolutivo individual y familiar

La adolescencia se considera como un período de transición que supone numerosos cambios biológicos, psicológicos y sociales. En esta etapa el individuo debe hacer frente a un amplio rango de demandas, conflictos y oportunidades (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001). Se trata, en definitiva, de un momento crucial para la consolidación y afirmación de la identidad, de la búsqueda de autonomía e integración en el grupo de iguales. Independientemente de las discrepancias existentes entre los autores con respecto al grado de conflictividad que empaña esta fase de la vida, lo que sí está claro es que la adolescencia es una etapa más difícil que otros períodos vitales y no sólo para el adolescente, sino también para las personas que le rodean (Musitu et al., 2001).

En el contexto familiar, este período se caracteriza por un cuestionamiento de las normas de funcionamiento familiar. La adolescencia suele estar marcada por un aumento de las conductas de rebeldía y resistencia a la autoridad manifestada por los adultos, lo que habitualmente conlleva un mayor número de conflictos con los padres. Uno de los aspectos en los que mayores discrepancias y conflictos se producen entre padres e hijos/as es el grado de independencia permitida por unos y demandada por otros. El grupo de iguales pasa a cobrar un gran protagonismo pudiendo llegar a desorganizar las pautas y normas de convivencia familiar hasta entonces aceptadas sin demasiada resistencia. Por otro lado, la adolescencia también conlleva una mayor inestabilidad emocional siendo frecuente la manifestación de estados de ánimo depresivos como resultado de algunas de las siguientes circunstancias: baja popularidad en el grupo de iguales, bajo rendimiento escolar y/o problemas familiares. Y, por último, la adolescencia también suele estar asociada a una mayor implicación en conductas de riesgo como conductas delictivas, consumo de sustancias, conducción temeraria y conductas sexuales de riesgo.

La llegada de los hijos/as a la adolescencia constituye una transición del ciclo vital familiar porque obliga a los progenitores a afrontar algunas circunstancias que permitan satisfacer las nuevas necesidades de sus hijos/as. Una de las tareas más importantes a las que debe hacer frente el sistema familiar durante la adolescencia de los hijos/as es la de compatibilizar dos necesidades opuestas; la tendencia del sistema familiar hacia la unidad, el mantenimiento de los vínculos afectivos y el sentimiento de pertenencia, y la tendencia hacia la diferenciación y la autonomía de los hijos/as. Uno de los cambios específicos que deben introducir los padres es modificar las prácticas de crianza desempeñadas hasta entonces. La demanda de una mayor autonomía por parte del adolescente obliga a la familia a introducir cambios especialmente en lo que se refiere al grado de control y supervisión de las actividades de los hijos/as. Así pues, la adolescencia representa para la familia una etapa especialmente estresante, ya que constituye una fase propensa al desequilibrio familiar y pone a prueba la capacidad del sistema familiar de adaptarse a las nuevas necesidades de sus miembros (Musitu et al., 2001).

El objetivo de este trabajo se centra en mostrar cómo dos circunstancias, potencialmente estresantes y que forman parte del ciclo evolutivo normativo de las familias (la adolescencia y la ruptura marital), pueden confluir en el tiempo pudiendo ocasionar consecuencias negativas en los miembros más vulnerables de la familia: los hijos/as. Por otro lado, se prestará una especial atención en detectar qué circunstancias o factores pueden contribuir a que la adaptación a estas transiciones se realice de la mejor manera y en el menor tiempo posible.

El ajuste psicológico y los problemas de adaptación de los hijos/as de padres divorciados

El divorcio de los padres constituye una situación estresante que experimentan un gran número de hijos/as. La inestabilidad que caracteriza a las relaciones de pareja en la actualidad obliga a los hijos/as a enfrentarse a una serie de desafíos asociados a las transiciones matrimoniales de sus padres. En líneas generales las investigaciones señalan que los hijos/as de divorciados, tanto los que viven en una familia monoparental como en una

familia reconstituida, presentan más dificultades de adaptación y problemas psicológicos y emocionales que los hijos/as que viven en familias intactas. Algunos de los problemas más habituales que manifiestan los hijos/as y que se han atribuido a la separación y/o divorcio de sus padres son: problemas externos e internos de conducta, dificultades en las relaciones sociales y familiares, así como un mayor número de problemas de rendimiento escolar (Cantón y Justicia, 2000; Ruiz, 1997).

Los *problemas externos*, o externalizantes, son alteraciones conductuales que se caracterizan por la escasez de control como la manifestación de agresividad, actos delictivos o consumo de drogas. Algunos estudios muestran cómo los hijos/as de familias divorciadas presentan unos índices superiores de problemas externos que aquellos que pertenecen a familias intactas. Estos problemas se observan durante el año que sigue al divorcio tanto en niños como en niñas, aunque son más frecuentes y parecen persistir durante más tiempo en los varones. Con respecto a la adolescencia, los resultados de los estudios indican que los adolescentes que viven en familias monoparentales es más probable que tengan problemas de consumo de alcohol y drogas que los que viven con sus dos progenitores. Por otro lado, algunas investigaciones también muestran cómo los adolescentes tienen un riesgo superior de presentar conductas antisociales que las adolescentes.

Los *problemas internos*, o internalizantes, hacen referencia a alteraciones emocionales como la ansiedad y la depresión. A este respecto, los estudios muestran cómo los hijos/as de parejas divorciadas también pueden desarrollar problemas internalizantes como la depresión, la ansiedad y el retraimiento social. Algunos autores señalan que las madres que forman hogares monoparentales tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo afectando negativamente a la calidad de las prácticas de crianza que utiliza, e influyendo negativamente en la competencia social y el bienestar emocional de sus hijos/as.

Las investigaciones también han estudiado las *relaciones sociales* de los hijos/as de parejas separadas en comparación con las de las familias intactas. Algunos estudios indican que los hijos/as de familias divorciadas presentan unos niveles más bajos de habilidades prosociales y de competencia social que los de las familias intactas.

El *rendimiento académico* es uno de los aspectos que más interés ha acaparado por parte de las investigaciones. Diversos estudios han mostrado que los hijos/as de parejas divorciadas suelen tener más problemas académicos que los de las familias intactas, además de manifestar una menor motivación de logro y menos aspiraciones académicas. No es de extrañar, por tanto, que los hijos/as de parejas separadas tengan el doble de riesgo de abandonar los estudios prematuramente.

Las investigaciones actuales también apoyan la existencia de una relación entre la estructura familiar y la *conducta sexual* de los adolescentes. Parece que los hijos/as de familias monoparentales se inician antes en las relaciones sexuales que los que viven en familias intactas, manifestando un mayor riesgo de embarazos no deseados.

Aunque, efectivamente, la mayoría de las investigaciones realizadas en la década de los 80 y 90 han señalado que los hijos/as de parejas divorciadas, en comparación con los hijos/as de parejas no divorciadas, manifiestan un

peor rendimiento académico, menores niveles de ajuste psicológico y emocional, y menos competencias sociales, es necesario hacer algunas matizaciones:

- a) La reacción de los hijos/as ante el divorcio de sus padres puede ser muy amplia y variada, es decir, existe una gran variabilidad individual en la repercusión que esta etapa del ciclo familiar tiene sobre los miembros de la familia. Además, la reacción a la ruptura marital no siempre se produce en los momentos inmediatos a la separación; algunos hijos/as tardan más en asimilar y reaccionar a esta circunstancia.
- b) Las diferencias que se encuentran en el ajuste psicológico de los hijos/as de parejas divorciadas y de los hijos/as de familias intactas son relativamente pequeñas.
- c) Una limitación importante de la que adolecen algunas investigaciones que han encontrado consecuencias negativas en los hijos/as como resultado del divorcio de sus padres, es que no han considerado una variable que en algunos casos puede ser crucial como es el tiempo, es decir, el período transcurrido desde el divorcio. En esta línea, algunos estudios han señalado que los problemas sociales detectados en las relaciones con los iguales son transitorios. Aunque son habituales en el primer período de crisis de la posruptura, tienden a desaparecer una vez que se produce el reajuste a la situación familiar.
- d) Numerosas investigaciones han estudiado la ruptura marital y el ajuste psicológico de los hijos/as olvidando la posible mediación de algunas circunstancias en la relación entre estas variables. En algunos casos la relación entre el divorcio y la aparición de problemas psicológicos no es directa sino que viene mediada por otras circunstancias que se derivan de la ruptura marital. Una de las variables que posee una gran influencia sobre los resultados académicos, y otros indicadores de ajuste psicológico, es el estatus socioeconómico de la familia. En muchas ocasiones los efectos que se observan en los hijos/as de familias divorciadas no se deben tanto a la ruptura en sí como al cambio que supone en su nivel económico.
- e) Y, por último, algunos estudios también indican que algunos de los problemas que presentan los hijos/as de parejas separadas ya estaban presentes antes de la ruptura. Estas dificultades se pueden derivar de la convivencia en una familia en la que son frecuentes los conflictos maritales o que se caracterizan por desempeñar prácticas de crianza inadecuadas.

Así pues, aunque en los meses que siguen al divorcio muchos niños/as manifiestan problemas de conducta, la mayor parte de las revisiones han llegado a la conclusión de que el funcionamiento psicológico de la mayoría de los hijos/as y de sus padres mejora con el paso del tiempo, conforme la familia se va adaptando al divorcio. Y, aunque algunos niños/as siguen arrastrando problemas psicológicos, la mayoría logra recuperarse y manifiesta un buen funcionamiento psicológico. La cuestión que cobra una especial importancia es descifrar qué elementos o factores explican por qué algunos hijos/as logran ajustarse adecuadamente al divorcio de sus padres y otros no. Para ello es necesario profundizar en cómo la separación y/o divorcio de la pareja altera las rutinas y costumbres de los miembros de la familia.

Cómo incide la ruptura marital en el ajuste o bienestar de los hijos/as

Antes de realizar una revisión sobre el proceso a través del cual la ruptura marital puede incidir sobre el ajuste o bienestar de los hijos/as es necesario realizar algunas consideraciones. En primer lugar, el divorcio de los progenitores constituye más un proceso que un acontecimiento o suceso puntual. Es decir, los efectos que la ruptura marital tiene sobre los hijos/as deben estudiarse en un período de tiempo que se inicia en los momentos previos a la ruptura marital y que se prolongan más allá del momento puntual en el que se produce la separación definitiva. En segundo lugar, otra cuestión a considerar es si el estadio evolutivo en el que se produce el divorcio tiene alguna significación para el ajuste de los hijos/as. Los estudios señalan que la edad del menor no predice en sí mismo una mejor o peor adaptación al divorcio (Amato, 2000). Lo que sí se puede afirmar es que a los niños/as pequeños les afecta de forma diferente que a los adolescentes. Si el momento de la separación o el divorcio de los padres ocurren siendo los hijos/as menores de seis años, sus primeras reacciones suelen ser de temor y de una profunda sensación de tristeza y de pérdida, conmoción e infelicidad, particularmente en el período de la ruptura y en el inmediatamente posterior. La mayor parte siente una gran soledad, desconcierto e ira hacia sus padres. Debemos tener en cuenta que, debido a su corta edad, su grado de dependencia es mayor y su desarrollo cognitivo menor, lo que les lleva a temer la desaparición de uno de sus padres. Este temor se puede traducir en algunas conductas habituales como el llanto descontrolado, conductas de dependencia del progenitor que tiene su custodia, conductas regresivas, alteraciones en el control de esfínteres y en el ritmo del sueño así como la aparición de algunos rituales (Vallejo, Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco, 2004). Para los adolescentes, el divorcio de los padres constituye uno de los estresores más importantes experimentados en esta etapa de su desarrollo. Los adolescentes tienden a reaccionar manifestando sentimientos de pérdida, vacío, enfado y suelen presentar dificultades de concentración. Sin embargo, y a diferencia de los más pequeños, cuentan a su favor con un mayor desarrollo cognitivo lo que les permite entender mejor los acontecimientos familiares y, por otro lado, suelen disponer de un mayor apoyo social fuera de la red familiar. Aún así, algunos estudios señalan esta etapa del desarrollo como especialmente vulnerable para los hijos/as que viven la ruptura de sus progenitores. La separación de los padres se convierte en una circunstancia adicional a la que deben hacer frente en un período de su desarrollo en el que una de las tareas y necesidades más importantes es la búsqueda de autonomía. Sin embargo, los adolescentes tienden a alcanzar dicha independencia de una forma progresiva y con oscilaciones. Es decir, suelen ir avanzando en su búsqueda de autonomía alejándose del entorno familiar pero retornando de vez en cuando en búsqueda de la seguridad y confianza que todavía necesitan. Si en ese momento de su desarrollo evolutivo se está produciendo la ruptura marital puede verse dificultado este proceso ocasionándoles algunas dificultades adicionales. El consumo de alcohol, la incursión en actividades delictivas o el inicio precoz de relaciones sexuales suelen ser formas típicas en las que los adolescentes expresan su estrés, enfado y conflictos internos ante los acontecimientos estresantes que experimentan como la separación de sus progenitores (Clapp, 2000).

Numerosos estudios coinciden en afirmar que no son algunas variables comúnmente mencionadas y relacionadas con los hijos/as, como su edad o sexo, o variables temporales, como el tiempo transcurrido desde la ruptura definitiva de la relación, los elementos clave a la hora de explicar el ajuste o bienestar de los hijos/as. Las variables asociadas con los procesos y relaciones familiares son las que mejor consiguen predecir la adaptación positiva de los menores a los cambios familiares. En particular, los estudios señalan algunos factores estresantes asociados a la ruptura marital como especialmente determinantes en su ajuste psicológico. La pérdida de contacto con uno de los progenitores, los enfrentamientos y conflictos parentales continuados, la disrupción en los roles y funciones parentales (como la disminución del apoyo, control y supervisión parental), la disminución del estatus económico y otros acontecimientos estresantes que aparecen tras la ruptura marital son los ingredientes fundamentales que facilitan o, por el contrario, obstaculizan e impiden la adaptación de los hijos/as a la separación de sus progenitores.

La calidad del funcionamiento parental tras el divorcio es considerado como uno de los mejores predictores del bienestar de los hijos/as (Amato, 2000). El desempeño de unas prácticas de crianza adecuadas, en las que se proporciona afecto, se establece límites, control y supervisión de las conductas de los hijos/as, se asocian positivamente con el ajuste de éstos a la ruptura marital. Por otro lado, el que los hijos/as puedan seguir manteniendo una relación continua y fluida con sus dos progenitores repercutirá indudablemente en un mejor ajuste a la situación. Evitar que los hijos/as se expongan a los conflictos entre los progenitores constituye otro de los elementos que repercute de forma especialmente positiva en el ajuste psicológico de aquéllos. Y, por último, el que los hijos/as puedan seguir manteniendo algunas de sus rutinas habituales, permaneciendo en el mismo domicilio, colegio y/o barrio también les ayudará en el proceso de adaptación. Desafortunadamente todas estas circunstancias no son demasiado frecuentes en un gran número de niños/as que experimentan la ruptura de la relación entre sus padres. A continuación se describe el proceso a través del cual se alteran todas estas circunstancias especialmente importantes para garantizar el ajuste psicológico de los hijos/as.

La separación y/o divorcio de los progenitores convierte el hogar nuclear biparental en uno monoparental en el que un padre y/o madre convive con su hijo la mayor parte del tiempo (padre o madre residente o custodio), mientras que el otro progenitor se traslada a otro núcleo familiar conviviendo con su hijo/a durante períodos más o menos prolongados (padre o madre no residente o no custodio). Aunque la ruptura del vínculo marital no implica en sí mismo un cese de las funciones parentales, el hecho de que los padres dejen de compartir un mismo hogar, y un proyecto de vida en común, altera inevitablemente y en mayor o menor medida, las pautas de crianza desempeñadas hasta el momento. La mayoría de los estudios han centrado su interés en los hogares monoparentales encabezados por una mujer dado que las sentencias judiciales otorgan mayoritariamente la custodia de los hijos/as a las madres. La naturaleza y calidad del desempeño del rol de las mujeres que mantienen la custodia de sus hijos/as va a depender fundamentalmente de su nueva situación económica, de su desempeño y satisfacción profesional, de si mantienen una relación cordial con su ex-cónyuge y de la red de apoyo social disponible (Hetherington y Stanley-Hagan, 1995). Por otra parte, también debe tenerse en cuenta de

quién procedió la decisión de la separación así como la distribución de los roles parentales durante el tiempo de convivencia en la familia nuclear. Si la mujer tomó la decisión de la ruptura marital, o fue tomada de mutuo acuerdo, y si ésta tenía un mayor peso en la educación y crianza de sus hijos el reajuste a la nueva situación, aún siendo difícil, parece ser más rápido. Sin embargo, además del desajuste emocional que conlleva una ruptura marital, la readaptación a la nueva situación suele complicarse para muchas mujeres debido a que la pérdida del ingreso económico aportado por el varón suele dejarlas en una situación de precariedad económica. Las dificultades económicas por las que atraviesan algunos progenitores pueden incidir de forma negativa en los hijos/as ya que en muchos casos se ven obligados a alterar sus hábitos o rutinas cotidianas. Uno de los cambios a los que deben hacer frente, como resultado de su nuevo estatus económico, puede implicar un cambio de centro escolar o de domicilio, circunstancias que han sido señaladas como especialmente contraproducentes para los menores ya que suponen la pérdida de una red de apoyo social, especialmente importante en algunos periodos del desarrollo como es la adolescencia.

Si se trata de madres con una escasa formación académica y/o profesional y que han dependido exclusivamente de los ingresos económicos de sus parejas, la separación les obliga a incorporarse en el ámbito laboral para sostener su hogar y a sus hijos/as aunque, bajo estas circunstancias, las posibilidades de acceder al mercado laboral se reducen considerablemente teniendo que optar, en último término, por trabajos inestables y mal remunerados. A todo ello se debe añadir que, no en pocos casos, los padres incumplen con las compensaciones económicas que están obligados a proporcionar a sus hijos/as fomentando la inestabilidad económica de las mujeres. La situación de desventaja económica en la que se encuentran algunos hijos/as de parejas divorciadas ha sido especialmente destacada ya que algunos estudios muestran cómo es esta circunstancia la que mejor explica algunos aspectos de su bienestar o ajuste emocional (Fine, 2000). Por otro lado aunque sería deseable, especialmente en beneficio de los hijos/as, que los padres varones sin la custodia de sus hijos siguieran activos en el desempeño de su rol parental, algunas investigaciones han señalado que la frecuencia de sus visitas disminuye con el transcurso del tiempo lo que se traduce obviamente en una dejación de sus responsabilidades parentales. De hecho, esta falta de contacto es uno de los efectos más marcados del divorcio sobre las relaciones entre padres e hijos/as. La escasa participación del varón suele deberse, en gran medida, a las continuadas disputas y conflictos mantenidos entre los ex-cónyuges lo que, en último término, se puede traducir en la interrupción de las prestaciones económicas como en una cada vez menor implicación en su rol parental, siendo las madres quienes terminan por asumir prácticamente todo el peso de la educación, socialización, cuidado, y toma de decisiones referentes a los hijos/as. Otra de las razones apuntadas en la disminución de este contacto se debe al sentimiento de culpa que puede experimentar el progenitor en cada encuentro con su hijo/a; especialmente si fue el padre el que tomó la iniciativa en la decisión de la separación los sentimientos de culpabilidad pueden emerger debido al perjuicio que percibe haber causado a su hijo/a. En cualquier caso, la ausencia de una convivencia diaria ocasiona, en la gran mayoría de los casos, que el padre que no tiene la custodia de sus hijos/as tenga un menor peso en las decisiones cotidianas relacionadas con sus hijos/as, lo que también puede generarle un gran pesar y culpa por lo que percibe como una drástica disminución en la implicación en la vida de su

hijo/a. Estas circunstancias conducen a que algunos padres asocien los encuentros con sus hijos/as con sentimientos ambivalentes y mientras que algunos, en un intento de aliviar su malestar, colman de regalos y actividades placenteras a sus hijos/as, otros progresivamente se van retirando de sus vidas.

Algunas de las circunstancias que se han asociado con el grado de implicación del padre varón sin la custodia han sido el sexo y la edad del hijo/a; suelen permanecer más activos si se trata de un hijo varón y si los hijos/as son adolescentes o adultos frente a los más pequeños. Por otra parte si el padre, o la madre, contraen nuevas nupcias o su ex - mujer se traslada a otro hogar geográficamente lejano al del padre, el contacto con el hijo/a tiende a disminuir. En cualquier caso, el mejor predictor de una implicación continuada del padre varón sin la custodia de sus hijos/as, e independientemente de las variables anteriormente mencionadas, es la calidad de la relación que mantiene con su ex-cónyuge y el grado de control que percibe tener sobre las decisiones que conciernen a su hijo/a. Si existen continuas disputas entre los progenitores, discrepancias con respecto a temas relacionados con la educación de los hijos/as y el varón percibe que posee escasa participación en la vida de su hijo/a, progresivamente irá retirándose en su desempeño parental. Bajo estas circunstancias, para muchas madres la crianza o educación de sus hijos/as se convierte en una ardua tarea adquiriendo una especial importancia el apoyo social ofrecido por la red familiar extensa que le permita compaginar sus diferentes roles y le facilite el reajuste a la nueva situación. Aún así, en los períodos iniciales tras la separación suele ser habitual cierta desorganización familiar, la alteración de las rutinas establecidas y ejercidas previamente y el desempeño de un estilo educativo más indulgente o permisivo, lo que puede incidir de forma negativa en los hijos/as.

La circunstancia en la que el padre, frente a la madre, obtiene la custodia de los hijos/as sigue siendo todavía minoritaria. Y, dado que el porcentaje de padres que obtienen la custodia de sus hijos/as es escaso, apenas existen investigaciones que hayan estudiado la relación entre los progenitores varones y sus hijos/as que conforman hogares monoparentales. En cualquier caso, la eficacia en el desempeño de su rol parental dependerá fundamentalmente de las circunstancias bajo las cuales obtuvieron la custodia de los hijos/as; si fue deseada y lucharon activamente para obtenerla ejercerán un rol parental más activo y, presumiblemente, eficaz. De hecho, Downey, Ainsworth-Darnell y Dufur (1998) encontraron pocas diferencias en distintos aspectos relacionados con el bienestar de los hijos/as adolescentes que convivían en un hogar monoparental encabezado por una mujer y aquellos que lo hacían en un hogar monoparental encabezado por un varón. Aunque tanto padres como madres con la custodia de sus hijos/as experimentan cierta sobrecarga fruto de compaginar en solitario los roles parentales con los profesionales, parece que existen diferencias entre ambos con respecto al desempeño de sus funciones parentales. Los padres varones asignan responsabilidades domésticas a los hijos/as con más probabilidad que las madres y, aunque no tienen tantas dificultades en ejercer disciplina sobre sus hijos/as, suelen supervisar menos sus actividades. Sin embargo, quizá la diferencia fundamental entre los hogares monoparentales encabezados por una mujer y por un varón reside en la figura del progenitor que no posee la custodia de sus hijos/as, ya que las madres mantienen el doble de contacto con sus

hijos/as, adoptan un rol parental más activo y ajustan mejor su tiempo para facilitar las visitas de sus hijos/as que los padres en su misma situación. Por otra parte, el impacto de la madre que no tiene la custodia de su hijo/a sobre el ajuste de éste es mayor que en el caso de los varones, asociándose de forma positiva la cantidad y calidad del contacto mantenido con el bienestar del hijo/a, y especialmente si se trata de una hija.

No obstante, en la mayoría de los casos, los hijos/as se benefician del contacto mantenido con ambos progenitores así como del desempeño de un rol parental cooperativo entre los ex-cónyuges. En estas circunstancias, los hijos/as no sólo se ajustan mejor al divorcio de sus padres sino que también se adaptan más fácilmente cuando uno de ellos contrae nuevas nupcias manteniendo relaciones más positivas con sus padrastros y/o madrastras. La realidad, sin embargo, parece ser bien distinta ya que los conflictos parentales suelen ser habituales siendo más frecuente el desempeño de estilos parentales paralelos que cooperativos. En esta línea, se han señalado tres patrones de desempeño de los roles parentales tras el divorcio: cooperación, hostilidad y aislamiento. Los padres que adoptan el estilo cooperativo se caracterizan por hablar frecuentemente entre ellos acerca de los asuntos que conciernen a sus hijos/as, tratan de acordar y distribuir las funciones que cada uno va a desempeñar y procuran no interferir en las normas que se establecen en cada hogar. El patrón de hostilidad se caracteriza por un contacto entre los ex - cónyuges marcado por sentimientos de animosidad, siendo el enfrentamiento continuado. Una de las quejas más habituales en las relaciones caracterizadas por la hostilidad es el boicoteo a las visitas de los hijos/as a los que supuestamente somete un progenitor al otro. Por último, el aislamiento es un patrón de actuación más frecuente cuando los hijos/as son adolescentes y, en algunos casos, éstos actúan como “portadores de mensajes” evitando así que los padres tengan que mantener el contacto físico.

La hostilidad, el conflicto y la falta de cooperación entre los progenitores es otro de los elementos claves que explican la aparición de problemas psicológicos en los hijos/as, razón por la que se ha sugerido que en los casos en los que los ex-cónyuges no sean capaces de mantener una relación cordial sin entrometerse en la actuación de la otra figura parental, el hijo/a se beneficiará si las pautas de crianza son ejercidas por sólo uno de sus progenitores. Y en estos casos, el ajuste psicológico de los hijos/as es mejor cuando el progenitor con el que conviven la mayor parte del tiempo desempeña un estilo parental autoritativo, es decir, se muestra afectivo y responde a las necesidades de su hijo, mantiene una comunicación abierta, supervisa sus actividades y ejerce un control firme y consistente sobre sus comportamientos. Así pues, el estilo parental autoritativo se asocia con un mejor ajuste de los hijos/as tanto en las familias intactas como en las familias monoparentales (Fine, 2000).

Las nuevas nupcias o el reemparejamiento de uno u ambos progenitores suponen un nuevo cambio y, por tanto, puede constituir un acontecimiento estresante para los hijos/as. La adolescencia se considera un período especialmente delicado para la incorporación de un nuevo miembro familiar, siendo más frecuente la aparición de problemas de adaptación que en otras etapas del desarrollo como la infancia o la preadolescencia. Es frecuente que los padrastros y/o madrastras se encuentren con el rechazo inicial de sus hijastros/as. A veces, esto es debido a que los hijos/as se sienten “atrapados” entre sus progenitores, sintiéndose desleales hacia un progenitor si

mantienen una buena relación con su padrastro y/o madrastra o con su otro padre. Las dificultades económicas también son comunes debido a la manutención de los hijos/as y ex - cónyuges, lo que puede ocasionar discrepancias y discusiones entre la pareja, así como consecuencias negativas para los hijos/as.

De la misma manera que en las familias monoparentales, los estudios señalan que tras la formación de una familia reconstituida se alteran las prácticas de crianza lo que estaría muy relacionado con los problemas de adaptación que presentan los hijos/as. Uno de los elementos que parece incidir en esta disrupción de los roles parentales se debe al hecho de que los hijos/as alternen en distintos hogares ya que genera en ocasiones ciertas dificultades en la organización familiar así como en la toma de decisiones cotidianas. Aunque la relación entre los ex - cónyuges se hace necesaria cuando los hijos/as compartidos son menores de edad, la negociación de las visitas, las cuestiones relacionadas con la educación de los hijos/as y los asuntos económicos suelen constituir fuentes comunes de conflicto.

Cómo facilitar la adaptación de los hijos/as a la ruptura marital de sus progenitores

Ciertamente el divorcio sitúa a muchos niños/as en una situación de vulnerabilidad o riesgo para desarrollar algunos problemas conductuales y emocionales, dificultades académicas o problemas en las relaciones sociales. Sin embargo, los resultados de las investigaciones señalan que estas dificultades manifestadas en los momentos inmediatos al divorcio no constituyen indicadores fiables que predigan la aparición de problemas de ajuste a largo plazo. Lo que sí muestran claramente los estudios es que la actuación de los padres y las madres antes, durante y tras la ruptura de su relación, constituyen factores determinantes en la adaptación de los hijos/as a su nueva situación así como en su ajuste psicológico. Se han señalado algunos ingredientes fundamentales que caracterizan a los hogares que facilitan el ajuste de los hijos/as tras la separación de sus progenitores. En dichos hogares, los padres y madres proporcionan a sus hijos apoyo, cuidado y respeto, se mantienen las vías de comunicación abiertas y fluidas, y se muestra atención y respuesta a las necesidades de los hijos/as. Con respecto a las prácticas de crianza, los padres y madres establecen expectativas, límites y normas de convivencia claras, rutinas consistentes y predecibles y supervisión de las actividades de los hijos/as. Por último, en estos hogares se permite a los niños/as seguir funcionando como tales, es decir no se vuelca sobre ellos preocupaciones y responsabilidades propias de los adultos.

La relación que mantienen los progenitores es igual de importante para garantizar el bienestar de los menores. Los niños/as que logran adaptarse mejor a la ruptura siguen manteniendo una relación con su progenitor no custodio y están al margen de los conflictos que sus progenitores puedan seguir teniendo. Por tanto, estos hijos/as no se convierten en confidentes de uno o ambos padres ni experimentan conflictos de lealtad entre sus progenitores (Clapp, 2000).

A continuación se ofrecen algunas sugerencias para afrontar el proceso de ruptura marital en sus diferentes momentos.

Sugerencias para afrontar los momentos previos al divorcio

Quizá el paso más importante que deben dar los padres que se van a separar es cómo y cuándo comunicar a sus hijos/as la decisión de la ruptura marital. Para ello, se han sugerido algunas recomendaciones con la finalidad de ayudar a los hijos/as a afrontar lo mejor posible esta tarea.

1.- Esperar a que la decisión de los progenitores sea definitiva.

Algunos autores señalan que si los hijos/as no van a cambiar de domicilio, es suficiente con anunciar la separación dos semanas antes de que uno de los progenitores se traslade del hogar familiar. Este período se considera suficiente para que los menores se hagan a la idea, y a su vez impide alimentar la esperanza de una reconciliación, algo que ocurre habitualmente cuando se comunica la decisión con más tiempo. En el caso de que los hijos/as tengan que trasladarse de domicilio será necesario anunciarlo con más tiempo.

2.- Comunicar a los hijos/as la decisión de forma conjunta.

Es conveniente que la pareja anuncie de forma conjunta la decisión de la ruptura. Los hijos/as se sentirán más seguros al constatar que la decisión es compartida y les ayudará a no negar la situación. Por otro lado, de esta forma ambos progenitores conocerán exactamente la información que se les está transmitiendo a sus hijos/as.

3.- Comunicar la decisión a todos los hijos/as a la vez.

A pesar de que pueda haber diferencias de edad entre los distintos hijos/as, se suele recomendar comunicar la decisión a todos en el mismo momento porque de esta forma se ayuda a que los hermanos generen entre ellos sentimientos de cercanía y apoyo.

4.- Dar explicaciones breves y claras sobre los motivos de la decisión sin entrar en demasiados detalles y sin buscar culpables.

Los niños/as necesitan recibir algún tipo de información sobre las razones de la ruptura de la relación de sus progenitores, aunque no es conveniente entrar en detalles innecesarios. También es importante no buscar culpables de la decisión ya que eso conlleva que se cree la figura del “buen” y del “mal” padre iniciando el proceso de creación de alianzas que tan poco ayuda al ajuste de los hijos/as. Por último, aunque para los adultos pueda resultar obvio es importante dejarles claro que ellos no son culpables de la separación.

5.- Dar instrucciones claras sobre el funcionamiento familiar de aquí en adelante.

En lo que sí conviene entrar en detalle es en cómo el divorcio les va a afectar personalmente. En qué cambiará su vida, en qué no, dónde vivirá su otro progenitor, cuándo se le podrá visitar, etc.

6.- Proporcionar seguridad sobre el hecho de que van a seguir manteniendo a ambos progenitores.

Nunca está de más confirmarles que, a pesar de la ruptura marital, van a seguir manteniendo a sus dos progenitores y que el amor que hacia ellos sienten no se va a ver amenazado por la nueva situación. Del mismo modo es importante transmitirles que se les permite y alienta a seguir queriendo a sus dos progenitores, no obligándoles a elegir.

7.- Animar a que pregunten y aclaren sus dudas.

Sin necesidad de sobrecargarles con información, y una vez aclarados los aspectos elementales, se puede ir proporcionando información en la medida en que ellos la soliciten. También es importante permitirles expresar sus emociones negativas, teniendo en cuenta que cada hijo/a las puede expresar de forma muy distinta y en momentos diferentes.

Sugerencias para afrontar los momentos posteriores al divorcio

Una vez tomada y comunicada la decisión de la separación, lo más habitual es que la familia intacta converja en dos hogares monoparentales. En función del tipo de custodia, los hijos/as pasarán más o menos tiempo en cada uno de estos hogares. A continuación se señalan algunas recomendaciones que pueden ser útiles para afrontar los primeros momentos tras la ruptura marital, aunque estas sugerencias son aplicables también a largo plazo, al menos hasta que los hijos/as se independicen y abandonen sus núcleos familiares originales.

1.- Evitar exponer a los hijos/a a los conflictos que se mantiene con la ex - pareja.

La exposición prolongada a los conflictos parentales conlleva consecuencias nefastas para los hijos/as. De hecho, una de las consecuencias positivas para los hijos/as, y que se derivan del divorcio de sus progenitores, es la finalización de los conflictos y las tensiones maritales. El que esto no se produzca priva a los menores del único beneficio resultante del divorcio de sus padres. En el caso de que no sea posible evitar las discusiones es muy importante evitarlas en presencia de los hijos/as.

2.- No generar conflictos de lealtad en los hijos/as.

Es importante no poner a los hijos/as en la tesitura de tener que decidir entre sus progenitores. En ocasiones, “utilizar” a los hijos/as haciéndoles sentir en medio de un campo de batalla puede ser más perjudicial que el conflicto abierto. Estrategias muy habituales y negativas para el ajuste psicológico de los hijos/as suelen consistir en sonsacar al hijo/a información sobre las actividades que realiza el otro progenitor, convertir a los hijos/as en “mensajeros” entre los distintos hogares o intentar aliar al hijo/a en contra del otro progenitor hablando de forma negativa de éste.

3.- Mostrar respeto hacia el ex - cónyuge en presencia de los hijos/as.

Uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta para prevenir la aparición de consecuencias negativas en los hijos/as supone ser consciente de la necesidad de separar la relación que los adultos han mantenido, y/o siguen manteniendo, de la relación paterno-filial. Aunque el sistema familiar y el subsistema marital se hayan disuelto, no conviene olvidar que permanece, y va a permanecer siempre, un subsistema que es de especial importancia para garantizar el adecuado desarrollo de los hijos/as: se trata del subsistema paterno-filial. Muchos progenitores están más centrados en los sentimientos de rencor y hostilidad que se profesan y se olvidan de salvaguardar una relación que es de especial importancia para sus hijos/as. En este sentido, es necesario evitar las tan frecuentes alianzas que se establecen con los hijos/as en contra del otro progenitor. Aunque los sentimientos personales hacia la ex - pareja sean negativos, no hay que olvidar que el otro progenitor tiene derecho a seguir ejerciendo sus

funciones parentales y que los hijos/as tienen también el derecho y la necesidad de seguir queriendo a su dos padres. Permitir que los hijos/as manifiesten amor y cariño hacia su otro progenitor constituye una sana medida. En cualquier caso, lo que sí está claro es que hablar de forma negativa del otro progenitor tiene consecuencias devastadoras sobre los hijos/as. Esto no supone que en algún momento un progenitor pueda manifestar enfado o decepción hacia su ex - cónyuge, pero no necesita degradarle o humillarle en presencia de su hijo/a.

4.- Facilitar el contacto de los hijos/as con su otro progenitor.

En los casos en los que no se dé una custodia compartida, la mayoría de las investigaciones destacan el beneficio que supone para el adecuado desarrollo de los hijos/as el contacto continuado con el progenitor que no tiene su custodia. Esta circunstancia debe favorecerse siempre y cuando la intensidad del conflicto entre los ex - cónyuges no sea demasiado elevado y que ambos progenitores gocen de cierta estabilidad emocional. El que los hijos/as puedan seguir manteniendo un contacto cercano con sus dos progenitores va a beneficiar a todas las partes (progenitores custodios, no custodios y por supuesto a los hijos/as). Una de las creencias más extendidas es que el contacto mantenido con la madre tras la ruptura marital es más importante que el que se mantiene con el progenitor varón. Recientes investigaciones muestran que esta afirmación no es cierta; ambos progenitores contribuyen de forma única en el bienestar de sus hijos/as.

5.- Desempeñar prácticas de crianza adecuadas.

Es un hecho bastante habitual que durante el período posterior a la separación, muchos padres y madres se sientan desbordados emocionalmente. Esto explica en muchos casos el que descuiden sus roles parentales y desempeñen prácticas de crianza erráticas, punitivas o permisivas lo que es claramente perjudicial para facilitar la adaptación de los hijos/as a su nueva situación. Los estudios muestran que un porcentaje elevado de padres y madres, con independencia del tipo de custodia que mantengan, se muestran menos accesibles y sensibles a las necesidades de sus hijos/as.

Las prácticas de crianza autoritativas, basadas en el apoyo, control y supervisión de las conductas y actividades de los hijos/as, son las que más benefician a éstos. Crear rutinas nuevas, o mantener las que ya se seguían anteriormente, es muy importante tanto para los niños/as como para los adolescentes ya que les ayuda a crear cierto control y seguridad en unos momentos de incertidumbre y caos. Esta sugerencia es aplicable a ambos padres, tanto para los progenitores que tienen la custodia de sus hijos/as como para aquellos que no la tienen, porque es más importante la calidad del desempeño parental que la frecuencia del contacto. Obviamente, es especialmente conveniente que estas prácticas de crianza se den en el hogar donde más tiempo pasa el hijo/a, aunque el padre no custodio también beneficiará a sus hijos/as si utiliza estas prácticas de crianza. Es frecuente que los progenitores que no mantienen la custodia continuada de sus hijos/as experimenten sentimientos de culpabilidad por no compartir con ellos demasiado tiempo, o por los cambios a los que se le ha expuesto. Una de las formas más habituales de compensar dicha culpa es manteniendo un estilo parental excesivamente permisivo en los encuentros que se mantienen con ellos. En muchos casos estos padres se centran más en proporcionar objetos materiales a sus hijos/as o se convierten más en compañeros de

juego, dejando de lado su ejercicio como padres. Es importante tener presente que el afecto y el cariño no están reñidos con el desempeño de una disciplina consistente y la supervisión de los comportamientos y actividades de los hijos/as, estilo parental que más beneficia a éstos.

Por otro lado, un estilo cooperativo entre los ex – cónyuges es el que más va a favorecer a los hijos/as. Aunque no sea una tarea fácil, es muy importante en beneficio de los hijos/as intentar mantener una relación cordial con el ex – pareja. Si los progenitores son capaces de mantener una relación basada en el respeto mutuo, los menores sufrirán menos y se adaptarán más fácilmente al nuevo cambio. En el caso de que no sea posible mantener una relación cordial, es igual de importante evitar el enfrentamiento con el ex – cónyuge en presencia de los hijos/as.

6.- No someter a los hijos/as a más cambios de los necesarios.

Otros cambios a los que se ven sometidos los hijos/as como consecuencia de la ruptura de la relación de sus progenitores son cambios de domicilio, centro escolar, amistades, barrio, etc. Cada uno de esos cambios supone estresores adicionales y cuantos más estresores experimenten los menores más se dificulta su adaptación y ajuste psicológico. En la medida de lo posible se recomienda no exponer a los hijos/as a más cambios de los que ya conlleva la ruptura marital en sí misma.

7.- Mantener las prestaciones económicas destinadas a los hijos/as.

En ocasiones se utilizan las prestaciones económicas como un arma para “castigar” al ex – cónyuge, sin embargo, al que realmente se está perjudicando es al hijo/a. Las investigaciones muestran cómo el mantenimiento de un nivel o estatus de vida similar al período previo al divorcio, facilita el bienestar del hijo/a.

8.- Mantener las vías de comunicación abiertas.

Una de las pautas más beneficiosas que pueden adoptar los padres y las madres en los momentos posteriores a la separación y/o divorcio es mantener las vías de comunicación con los hijos/as permanentemente abiertas. Esto no significa forzar la comunicación sino adoptar una actitud facilitadora de la misma permitiendo que los hijos/as puedan expresar sus miedos e incertidumbres cuando lo necesiten.

9.- Buscar apoyo social.

El grado de adaptación de los hijos/as también dependerá del apoyo social y familiar que reciban por parte de parientes, amigos, vecinos, etc. El tipo de ayuda que se reciba puede ser de muy distinta naturaleza, desde acoger temporal o puntualmente al hijo/a, ayuda o préstamos económicos o apoyo psicológico y emocional. Estos recursos van a ser positivos tanto para los padres como para los hijos/as. Para los adolescentes es especialmente importante mantener su red social ya que es en este período de su desarrollo cuando el grupo de iguales cobra un gran protagonismo.

10.- No sobrecargar a los hijos/as con problemas y responsabilidades que atañen a los adultos.

A menudo se afirma que los hijos/as de divorciados que viven en hogares monoparentales maduran más rápidamente, debido en parte a su mayor responsabilidad en las actividades domésticas y en la toma de decisiones familiares. Esto puede ocurrir en algunos casos, sin embargo cuando las

actividades y responsabilidades delegadas en los hijos/as son excesivas se produce una inversión de roles en la que el menor asume un papel propio de los padres, lo que se ha relacionado con consecuencias negativas para los hijos/as como depresión o ansiedad. Asimismo es importante no volcar los problemas o necesidades afectivas sobre los hijos/as.

11.- Atender y cubrir las necesidades de los progenitores.

Un precario ajuste psicológico de los progenitores se asocia de forma clara con un mal ajuste de los hijos/as. Por eso, tan importante como cuidar a los hijos/as, es atender a las propias necesidades personales.

Sugerencias para la formación de una familia reconstituida

La duración de las familias monoparentales suele ser puntual porque muchas personas separadas o divorciadas vuelven a contraer nuevas nupcias o a convivir con una nueva pareja. Cuando la pareja aporta al menos un hijo/a de una relación previa se constituye una familia reconstituida. El proceso de consolidación de una familia reconstituida también suele conllevar algunas dificultades relacionadas con los hijos/as. A continuación se sugieren algunas recomendaciones para facilitar el ajuste de éstos a la nueva situación familiar.

1.- Establecer objetivos realistas en relación a la convivencia familiar.

No es un objetivo realista esperar que la formalización de la pareja cree de forma automática una familia similar en su funcionamiento a la tradicional, ni pretender que los hijos/as quieran a sus padrastros y madrastras de forma inmediata.

2.- Introducir cambios en las dinámicas familiares de forma paulatina.

En algunas familias, la entrada de un nuevo miembro genera cambios demasiado repentinos en algunas relaciones importantes, como en la formada por los padres y sus hijos/as. Los progenitores suelen alterar algunas de las rutinas que mantenían con sus hijos/as y lo que es más relevante, suelen disminuir la frecuencia de los encuentros con ellos. Precisamente una de las circunstancias que más suelen perjudicar a los hijos/as es la alteración en las rutinas que mantenían con sus progenitores. Por tanto, y al margen de las posibles actividades que comparta la pareja, es conveniente que los progenitores y sus hijos/as reserven tiempo para preservar su relación. De este modo se facilitará su adaptación a la nueva situación.

3.- No tratar de reemplazar a los progenitores.

Los padrastros y las madrastras deben establecer una relación única con los hijastros/as, intentando no reemplazar a nadie, ni forzar un tipo de relación a priori. Es conveniente otorgarse tiempo para que la relación entre el padrastro o la madrastra y su hijastro/a vaya definiéndose a través de cortos encuentros.

4.- No forzar el desempeño de los roles parentales.

Un tipo de actuación que suele ser eficaz para los padrastros y las madrastras, es tratar de mantener una relación cordial y amistosa con el hijastro/a, manteniéndose al margen en las cuestiones referentes al desempeño de la disciplina, dejando y demandando que sean los padres biológicos los que asuman dicha responsabilidad. Muchos padrastros y

madrastas sólo consiguen implicarse en tareas relacionadas con la disciplina de los hijastros/as de forma progresiva y otros nunca lo llegan a conseguir.

5.- Construir una relación de pareja sólida.

Es fundamental mantener un diálogo fluido con la pareja; el acuerdo común con respecto a la actuación del padrastro o la madrastra frente a los hijos/as supondrá un apoyo fundamental para una tarea que puede llegar a ser duradera y complicada. Por otro lado, este acuerdo marital facilitará que el hijastro/a vaya otorgando a su padrastro o madrastra cierta autoridad.

6.- Cimentar una identidad familiar propia.

Aunque el establecimiento de un sentimiento de pertenencia a la unidad familiar llevará algún tiempo, de forma progresiva se pueden empezar a crear ciertas rutinas o tradiciones familiares propias que facilitarán la creación de un sentimiento de pertenencia y unidad familiar.

7.- Fomentar la relación de los hijos/as con sus dos progenitores.

Es muy importante, especialmente en beneficio de los hijos/as, mantener una relación cordial con el ex - cónyuge.

8.- Mantener las líneas de comunicación abiertas.

La pareja debe dialogar de forma continúa sobre algunos aspectos de la convivencia familiar que suelen ser motivo de conflicto: qué tipo de rol o papel desean ambos que asuma el padrastro o madrastra en el ámbito familiar (especialmente de cara a los hijos/as), cómo van a distribuirse las responsabilidades domésticas, cómo se regularán los asuntos económicos...etc. Con respecto a los hijos/as es conveniente dejarles tiempo y espacio para que expresen sus impresiones u opiniones, temores o incertidumbres con respecto a distintos aspectos de la convivencia familiar. También se recomienda a los padrastros y a las madrastras que comuniquen a sus hijastros/as que no pretenden, bajo ningún concepto, suplantar a su padre/madre.

Conclusiones

La unidad familiar actúa como soporte y protección para los niños/as por lo que la ruptura de esta estructura desencadena un período de desorganización y cambios en sus vidas. En general, para todos los niños/as el divorcio de sus padres significa en mayor o menor grado la pérdida de su familia, de su núcleo principal de apoyo, estabilidad, seguridad y continuidad (Clapp, 2000).

Las investigaciones, en sus inicios, se centraron en estudiar cómo algunas características individuales, como el momento evolutivo o el sexo, afectaban en la adaptación de los hijos/as a las distintas transiciones familiares como el divorcio o las segundas nupcias de sus progenitores. Sin embargo, en la actualidad se reconoce que son los procesos y las relaciones familiares que se establecen tras la ruptura marital las que logran explicar mejor las diferencias individuales en el ajuste de los hijos/as. Los efectos de la estructura familiar sobre la conducta de los hijos/as están mediados, de forma especial, por la calidad de las relaciones que mantienen los hijos/as con sus padres y del clima familiar. Los estilos educativos desempeñados por los padres y las madres tras la ruptura marital suelen afectar directamente al grado de adaptación social y personal que manifiestan los hijos/as. Algunos

autores señalan que la alteración en los patrones de crianza de los padres, junto con el período de crisis y conflictividad por el que atraviesan todos los miembros de la familia, explicarían algunos de los problemas por los que atraviesan los hijos/as tras la ruptura marital.

En cualquier caso, los estudios muestran cómo el reajuste al divorcio se logra, para una gran parte de los adultos y sus hijos/as, transcurridos una media de dos años tras el divorcio. Y, por último, hay que considerar que el divorcio puede suponer un acontecimiento positivo para los hijos/as cuando realmente pone fin a una situación de conflicto continuado entre los progenitores. Desgraciadamente esto no ocurre en demasiadas ocasiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española*. Barcelona: Taurus.

Amato, P. R. (2000). *The consequences of divorce for adults and children*. *Journal of Marriage and the Family*, 62 pp. 1269-1287.

Cantón Duarte, J. y Justicia Díaz, M^a. D. (2000). Problemas de adaptación de los hijos de divorciados. En: Cantón Duarte, J., Cortés Arboleda, M^a. R. y Justicia Díaz, M^a. D. (2000). *Conflictos matrimoniales, divorcio y desarrollo de los hijos*. Madrid: Pirámide.

Clapp, G. (2000). *Divorce and new beginnings*. New York: John Wilg & Sons, Inc.

Del Campo, S. y Rodríguez-Brioso, M.M. (2002). La gran transformación de la familia española durante la segunda mitad del siglo XX. *REIS*, 100, 103-165.

Downey, D.B., Ainsworth-Darnell, J.W., y Dufur, M.J. (1998). Sex of parent and children's well-being in single-parent households. *Journal of Marriage and the Family*, 60 (4), 878-893.

Fine, M. (2000). Divorce and single parenting. En: C. Hendrick y S.S. Hendrick (Eds). *Close Relationships. A sourcebook* (pp.139-152). US: Sage Publications, Inc.

Glick, I.R., Berman, E.M., Clarkin, J.F. y Rait, D.S. (2001). *Terapia conyugal y familiar* (4^aed.). Madrid: Grupo Aula Médica, S.L.

Hetherington, E. M., y Stanley-Hagan, M.M. (1995). Parenting in divorced and remarried families. En: M.H. Bornstein (Ed.). *Handbook of parenting*. Vol. 3 (pp. 233-254). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Menéndez, S. (2001). La diversidad familiar en España. Un análisis de su evolución reciente y su aceptación. *Apuntes de Psicología*, 19 (3), 367-386.

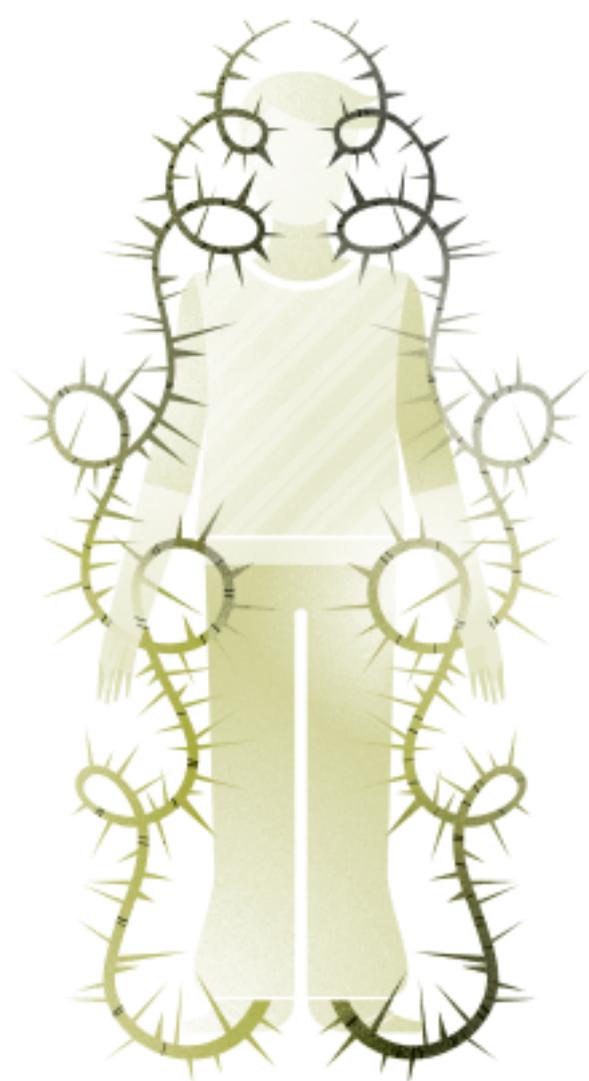
Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M^a.J. (2001). *Familia y Adolescencia*. Madrid: Síntesis.

Musitu, G., y Cava, M.J. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro.

Rodrigo, M.J., y Palacios, J. (Coords.). (2001). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.

Ruiz Becerri, D. (1997). Los hijos y la ruptura matrimonial. *Revista de Estudios de Juventud*, 39, 67-79.

Vallejo Orellana, R., Sánchez-Barranco, F. y Sánchez-Barranco, P. (2004). Separación o divorcio: trastornos psicológicos en los padres y los hijos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 92, 91-110.



Los comportamientos “alarmantes” de adolescentes en la sociedad actual: ¿dónde nacen la violencia y las conductas antisociales de los y las adolescentes?

A partir de la experiencia de la práctica clínica como miembro de un Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil, y utilizando un caso concreto real, se hace una reflexión sobre la complejidad y los múltiples factores que determinan la aparición de las conductas violentas en los adolescentes y los jóvenes. Se concluye que para prevenir o reducir los distintos tipos de conductas violentas que observamos en nuestros adolescentes y jóvenes es necesario potenciar los factores de protección del desarrollo de la personalidad a nivel individual, familiar y comunitario que protejan de las influencias negativas de los múltiples factores de riesgo que acechan siempre el desarrollo integral del ser humano en todas las etapas de la vida.

Palabras clave: Biología, ambiente, sociedad, educación, violencia, adolescentes, factores de riesgo, factores de protección y prevención.

Si nos atenemos a la forma de presentar en los medios de comunicación las noticias relacionadas con los comportamientos violentos de los adolescentes/jóvenes, podríamos pensar, para empezar, que existe en la sociedad una cierta “alarma social” por el alcance de este fenómeno sociológico. Con la ayuda de los distintos medios de comunicación la gente en general está construyendo una imagen de “niños terribles” de los adolescentes. Los ven como si fueran: “El diablo que ha entrado en el instituto”; “El responsable del mal ambiente familiar”; “El responsable de los conflictos de pareja y de las separaciones y divorcios de los padres”; “La vagancia sin voluntad”; “La incapacidad para el esfuerzo”; “El impulsivo consumidor de todo tipo de sustancias”; “El responsable de las depresiones de los profesores”; y, por último, para no alargar más la lista, “La encarnación de la indisciplina”.

Sin obviar el hecho de que es verdad- y de esto damos fe los que trabajamos en los equipos de salud mental infanto-juvenil- que cada vez es más frecuente escuchar a los educadores (padres y profesores principalmente) quejarse de que los niños y adolescentes desobedecen, se niegan a cumplir sus demandas, no prestan atención, son impulsivos y no controlan sus reacciones violentas, diremos enseguida, sin embargo, que no todos los adolescentes y jóvenes son conflictivos, ni maleducados, ni perversos, ni perezosos, ni malos estudiantes, ni insolidarios... ¡Cuando analizamos los hechos sociales nos estamos acostumbrando a quedarnos en la epidermis de la realidad. Vivimos en una sociedad, producto de la revolución tecnológica en el campo de la información, que nos aleja cada

vez más de la cultura del esfuerzo y de la reflexión en profundidad sobre los fenómenos que nos rodean. Existe como una especie de trastorno de déficit de atención generalizado que produce superficialidad a la hora de afrontar los fenómenos y las nuevas realidades del mundo de hoy. Y, en concreto, en lo que se refiere a los problemas de la violencia o conductas delincuentes de los adolescentes, hay como una especie de reflejo condicionado que se dispara cada vez que aparecen acontecimientos extraordinarios en los medios de comunicación. Un problema tan complejo como es el fenómeno de la violencia juvenil, que requiere pausa y moderación en las opiniones, se reduce o simplifica a estereotipos mentales que se alejan de lo que realmente sucede en la realidad. Se suele confundir lo que ocurre verdaderamente con los que nos gustaría que ocurriera. Tenemos la mente tan llena de prejuicios, de mitos, tabúes y convencionalismos que no nos dejan ver la realidad en todas sus dimensiones y matices. Nos fijamos en el iceberg de las conductas conflictivas y las juzgamos sin más. Olvidamos que la conducta que vemos es la manifestación o el resultado de muchos factores que han creado las condiciones para que el adolescente se comporte de la forma que lo hace en el momento actual.

Si queremos comprender por qué los adolescentes y el ser humano en general se comportan de una manera determinada tendremos que abandonar la cómoda tendencia a poner etiquetas y/o culpabilizar sólo al sujeto, y preguntarnos por las causas. En otras palabras, indagar en la identificación de todos aquellos factores que nos predisponen a comportarnos de una manera determinada, aunque ésta tenga consecuencias negativas para el sujeto y para la sociedad, como sucede en aquellos casos en que los adolescentes presentan un trastorno negativista desafiante o un trastorno disocial o un trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Los niños y adolescentes que sufren estos trastornos son incapaces de controlar sus impulsos y con mucha frecuencia se encolerizan, discuten con los adultos y les desafían activamente negándose a cumplir sus órdenes o las normas establecidas. Se enfrentan una y otra vez a las personas que les cuidan y a cualquier educador que le ponga límites a su tendencia a hacer lo que le desea en cada momento. Molestan deliberadamente a sus compañeros y a menudo, encima, les acusan de sus errores o mal comportamiento.

Este patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que se prolonga en el tiempo y que agota la paciencia y los recursos de los padres y educadores tiene sus causas. El reto de los especialistas en conducta infanto -juvenil, tanto en el campo de la investigación básica como en el campo de la psicología y psiquiatría aplicadas, es identificarlas y descubrir cómo influyen en cada persona. Y si revisamos los abundantes datos de las investigaciones en el campo de las ciencias del comportamiento de las últimas décadas, ¿qué nos dicen acerca de los problemas de conducta, de la desadaptación juvenil y de las conductas antisociales?

Algo más que biología y sociedad

Ateniéndonos a los datos de la investigación científica que se ocupa de esta realidad, la primera evidencia con la que nos encontramos es la multicausalidad o multifactorialidad. Hay un consenso general en aceptar que son muchos los factores que determinan estas conductas problema. Aunque, hoy día, todavía quedan algunos científicos o profesionales que se

siguen aferrando al determinismo biológico o social y reducen la complejidad a un solo factor, la mayoría, a la luz de la evidencia científica, acepta que son muchos los factores que predisponen, facilitan, precipitan y mantienen estas conductas disfuncionales. No hay fronteras fijas entre biología, sociedad y psicología. Es la acción sinérgica de un conjunto de factores personales- biológicos y psicológicos- y del medio donde nacen, viven y se desarrollan los adolescentes la que nos ayudará a comprender su comportamiento. Son los distintos factores de riesgo y protección los que están presentes en la historia de cada persona. La biografía personal no es sino el camino de obstáculos que hemos ido superando desde que nacimos. Un conjunto de intersecciones de vivencias y avatares que nos ha ido haciendo como somos y facilitando la construcción de nuestra personalidad. En contra de lo que la opinión pública pueda creer, es difícil encontrar alguna enfermedad o patología determinada de modo rotundo por la genética o únicamente por factores externos, como tiende a pensarse en el caso de los trastornos graves del comportamiento. Será la interacción entre genética y modulación ambiental en cada etapa de la vida la que irá condicionando la evolución armoniosa de la personalidad o la expresión de las alteraciones del neurodesarrollo. No existen causas absolutas, sino una predisposición genética moldeable por el estrés ambiental en momentos claves del desarrollo. ¿Cómo sino comprender o explicar los cada vez más frecuentes casos que se nos presentan en las consultas de salud mental como el que aquí voy a presentar?

Unos padres acuden a la consulta del especialista y le entregan para que lea una carta que ha sido dirigida a otro profesional con el siguiente texto:

“Doctor: Permítame que le ponga estas líneas para informarle que la situación de nuestro hijo cada día que pasa se agrava más.

La situación es insostenible. Se han intensificado los insultos y lo que es aún más grave; su agresividad es más intensa y continuada. Esto se ha traducido en: tirar la comida de la familia por el fregadero y por el suelo; romper una vitrina de la cocina; dar patadas y hacer raspaduras en las puertas; pintar en las paredes y mancharlas con las botas sucias: romper tirándolos contra el suelo diversos objetos (floreros, ceniceros, cortinas, libros, paraguas, mando de la televisión...)

Ante la situación de extrema agresividad, nos hemos visto obligados a poner sendas denuncias en la comisaría de policía, una el sábado y otra el domingo. Adjunto fotocopia”.

Uno de los textos correspondiente a una de las cuatro denuncias puestas por los padres en el período de un mes es el siguiente:

“Que comparecen nuevamente en estas dependencias (comisaría para interponer otra denuncia contra su hijo de 15 años, llamado X, al cual ya han denunciado en varias ocasiones por insultos, amenazas e incluso, lesiones, tanto a los padres como a su hermano de 17 años, llamado Y.

Que el día de ayer, por la tarde, cuando se encontraban los comparecientes en su domicilio, junto con sus dos hijos, su hijo X se iba a ir de casa y le cogió la cazadora a su hermano Y, por lo que su madre le dijo que se la devolviera a su hermano, el cual en un momento de esta discusión le dio un pequeño empujón en la espalda, motivo por el que se revolvió furioso, se fue a la cocina, cogió un cuchillo y se dirigió a su hermano con intención de agredirle. Este corrió y se encerró en la

habitación para protegerse, sin embargo enrabietado intentó abrir la puerta dando patadas y destrozándola sin lograr entrar.

Que, al no poder entrar en la habitación, volvió a la cocina a dejar el cuchillo y diciendo que le iba a matar, y se marchó de casa amenazando que si le encerraban en algún Centro Psiquiátrico conseguiría una pistola y los mataría a los tres y luego se suicidaría él”.

Estos dos padres son normales. Tienen dos hijos. Uno no les crea ningún problema. El hijo mayor es estudioso, educado, responsable y sufre las agresiones de su hermano menor. ¿Qué ha podido pasar para que este adolescente que a los 14 años en su colegio le hacen una evaluación psicológica y le describen como colaborador, comunicativo, inteligencia normal-alta, bien integrado en el medio familiar y con buenas valoraciones e identificaciones de ambas figuras parentales se comporte un año después violentamente? ¿Qué factores han hecho posible este cambio tan radical de conducta? ¿Podemos atribuir este patrón de conducta violenta a un solo factor biológico o social? ¿Son los padres culpables de la conducta de su hijo? ¿Qué han hecho o están haciendo mal estos padres preocupados hasta la extenuación por ayudar a que este hijo se comporte educadamente y recupere una manera de comportarse educada, responsable y socialmente aceptable?

Es difícil dar una respuesta sencilla y exacta. Las teorías en el campo de la psicopatología del desarrollo nos dicen que hay factores de riesgo en el sujeto y en el medio que aumentan las posibilidades de padecer ciertos problemas o trastornos de conductas en alguna etapa del ciclo de la vida si no existen simultáneamente otros factores de protección que frenan esta predisposición o vulnerabilidad a responder agresiva o violentamente en situaciones estresantes o ante acontecimientos vitales negativos e imprevisibles. Pero, ¿por qué unos adolescentes o unos hijos en los mismos ambientes y en las mismas circunstancias responden de manera tan distinta?. Ni la biología ni la sociedad ni la psicología nos aclaran, hoy por hoy, cómo se comportan todos y cada uno de los factores que están relacionados con los que podríamos llamar trastornos del comportamiento asociados con problemas de violencia y agresividad.

Tiene que haber algo más. Hay factores que no controlamos y que se comportan de manera imprevisible pudiendo cambiar la historia del desarrollo personal en cualquier momento. Sin embargo, los padres de este adolescente quieren saber qué ha pasado. Qué ha hecho posible que su hijo haya cambiado tanto y para mal. Se preguntan y nos preguntan qué han hecho ellos mal en la educación de sus hijos para que estén viviendo esta pesadilla.

Yo no tengo respuestas concluyentes para estas respuestas, pero a los padres que acuden a mi consulta les suelo contar, para ayudarles a liberarse del sentimiento de culpa, algunas de mis experiencias y vivencias de la infancia.

Yo, que nací hace ya muchos años en un pequeño pueblo agrícola, aprendí a distinguir cuales eran las tareas propias del campo en cada época del año. Y comprendí que el fruto final que se obtenía de la tierra era el resultado de muchas tareas y de muchas circunstancias que no dependían del agricultor. Este podía haber hecho todo su trabajo con cuidado y con esmero: elegir y preparar bien la tierra, seleccionar la semilla, sembrar en su momento, cuidar

y abonar la planta, quitar las malas hierbas, mover la tierra y regar e incluso soñar con una espléndida cosecha con la que compraría alimentos y las cosas que le hacía ilusión...; y sin embargo, venía una tormenta de verano y arrasaba los sembrados. De repente, sin que el agricultor hubiera hecho nada mal, todo el esfuerzo y todas las ilusiones se derrumbaban.

El azar gobierna, a veces, nuestras vidas de una forma mucho más importante de lo que pensamos. Percibimos las cosas como creemos que son y no como realmente son cuando se trata de asuntos complejos como es el problema de la violencia y las conductas agresivas, que afectan a nuestra vida. El adolescente que hemos tomado como ejemplo es el resultado de su herencia genética, su familia, su educación y su entorno. Es cierto que todos estos factores son esenciales para comprender su comportamiento, pero también son puramente aleatorias sus múltiples combinaciones. ¿Por qué, si no, dos hermanos pueden ser totalmente distintos?

Ahora bien, no ser culpables de todo no nos exime de ser responsables de aquello que es nuestra obligación hacer. Y hacerlo bien o lo mejor que podamos. Pero para ello necesitamos explicar los fenómenos y establecer pautas de comportamiento que sean eficaces con el fin de corregir y prevenir las conductas violentas.

La familia: los estilos educativos de los padres y las conductas violentas de los/as hijos/as

El cerebro sigue siendo un gran misterio para la ciencia actual, pero el progreso de los últimos 20 años es inmenso. Gracias a los grandes avances de la técnica se cuenta con precisas herramientas que hacen posible conocer más a fondo algunas piezas del complejísimo funcionamiento del cerebro. Con los electrodos se mide la actividad eléctrica, con la resonancia magnética se pueden registrar los cambios locales en la actividad y con el escáner tomográfico se pueden incluso ver los cambios en la química del cerebro. Con estos instrumentos la neurociencia estudia a través de las imágenes cerebrales la estructura y funcionamiento de nuestro cerebro. Y los datos que nos aporta nos dicen que el cerebro no es una página en blanco en la que se pueda moldear totalmente con la estimulación externa. La genética le pone limitaciones, pero luego tiene una gran capacidad de expresión o represión de los genes, lo que determina que se formen y modifiquen sus circuitos según el tipo de estimulación que le llegue. El cerebro crea nuevas células todos los días y a lo largo de la vida. Hay pruebas científicas de que el cerebro se regenera constantemente, pero cuando a un órgano se le somete a estrés, determinados circuitos cerebrales dejan de funcionar adecuadamente; y, por el contrario, si el cerebro es estimulado de manera continuada y eficazmente mantendrá sus conexiones y desarrollará todo su potencial.

Aquí entra la educación. El niño/a al nacer ha heredado de sus padres unos genes y, además, recibirá un ambiente social y cultural. Es en el ámbito de la familia donde empezará todo un proceso de socialización que condicionará su desarrollo y la adquisición de los hábitos básicos de conducta. El niño/a que es totalmente indefenso y dependiente de sus cuidadores irá adquiriendo poco a poco hábitos de pensamiento, hábitos afectivos y hábitos operativos. Son los padres -con sus conductas, actitudes, valores, recursos materiales, creencias- los que crearán las condiciones que

incrementan o reducen, en términos de posibilidades, el riesgo de que el hijo pueda practicar conductas violentas en algún momento de su vida. Los acontecimientos vitales positivos y negativos que irán impactando en el frágil y sensible recién nacido en las distintas etapas evolutivas están en estrecha relación con la competencia educativa parental. Los padres son un factor de protección para el desarrollo de los hijos, pero también pueden constituirse en un factor de riesgo. No todo genitor se convierte en padre o madre. Para que un genitor se convierta en padre se lo tiene que ganar. Es necesario que asuma sus responsabilidades de educar al hijo y esforzarse para hacerlo lo mejor que pueda. Se aprende a ser padre practicando con el hijo real y concreto que tenemos delante. No nos enseña nadie a ser padre, se aprende asumiendo la responsabilidad de cuidar, proteger y querer sinceramente, mostrándolo con los hechos y no de palabra, a nuestros hijos. Saber satisfacer sus necesidades básicas biológicas y psicológicas es una responsabilidad ineludible. Los menores necesitan de sus padres, educadores y cuidadores, un afecto incondicional que les dé seguridad y protección en las dosis justas. Necesitan, también, un cuidado atento y adecuado a las necesidades de seguridad y autonomía específicas de cada etapa de su vida. Y, por supuesto, necesitan de una disciplina consistente, basada en el conocimiento y en el cariño, sin caer en autoritarismos ni en la negligencia, que les ayude a respetar ciertos límites y a aprender a controlar su propia conducta. Al nacer el ser humano es indefenso y no sabe hacer prácticamente nada por sí mismo. Vamos aprendiendo poco a poco a comer, a andar, a hablar, a controlar los esfínteres, a leer, a escribir, a montar en bicicleta, a amar, a soñar, a pensar, a relacionarnos, a respetar al otro... Prácticamente todo cuanto hacemos en nuestras vidas lo hemos aprendido a hacer. Es en estos escenarios familiares donde se crean las condiciones fundamentales para que los niños aprendan a ser personas-únicas y dignas de ser amadas- para desarrollar la empatía por el semejante y para aprender los valores esenciales de una sociedad democrática basada en el respeto de los derechos universales de las personas. Los niños sufren, maduran difícilmente y se desesperan; igual que nos ocurre a los mayores. Sólo que ellos no poseen aún las claves de la aventura vital, los recursos emocionales y los instrumentos intelectuales o culturales que nos protegen, incluso de nosotros mismos. Son los padres los que tienen que asumir esta tarea de ayudar a crecer y madurar. Son los que se tienen que plantear el ¿qué les damos como vida cotidiana y como expectativa de mañana a los niños y a los adolescentes? Por eso es tan importante que los padres acierten en el qué y el cómo exigir para que maduren. Y sin embargo, no es una tarea nada fácil. ¿Serán capaces los padres de aprender a cómo ayudar a sus hijos a adquirir los recursos fundamentales para la vida: intelectuales, afectivos y éticos? El foso que aísla a la infancia y a la adolescencia del mundo de los adultos es cada vez mayor.

Es en el ámbito familiar donde se empezará a crear el caldo de cultivo de las conductas denominadas violentas, agresivas y delictivas **-el niño o el adolescente no se siente culpable tras portarse mal, tiene malas compañías, roba, miente, prefiere ir con niños mayores, se escapa de casa y del colegio, consume drogas, dice palabrotas, destruye cosas, es cruel, discute con todo el mundo, grita, es tozudo, se pela por cualquier cosa, es impulsivo, celoso, cambia fácilmente de humor-** cuando hay factores biológicos intrínsecos a la condición humana y personales psicológicos que las predisponen. Un niño o un joven que vive en un entorno familiar conflictivo y con pocos estímulos culturales y educativos, sin conductas de apego positivas y sin calidad en las

relaciones paterno-filiales tiene muchas probabilidades de padecer trastornos emocionales o del comportamiento; y, por supuesto, que manifieste su sufrimiento y malestar psicológico a través de estas conductas agresivas contra el entorno que no le respeta ni satisface sus necesidades básicas para el desarrollo armonioso de su personalidad.

Reflexionemos sobre un caso concreto y real. Un niño de 8 años.

Escolarizado en un colegio de una gran ciudad. Acude al centro de salud a ver a su pediatra. Y su pediatra decide derivarlo al equipo de salud mental de su distrito. Cuando el psicólogo especialista le pregunta a la madre que qué le preocupa de su hijo, la madre dice:

“Mi hijo se porta mal en el colegio. Da muchos gritos. Dice muchas palabrotas. Es muy agresivo. Todos los días recibo quejas del cole. No hace los deberes y me miente. No me entrega las notas que le dan en el cole. Además las madres de otros niños se quejan de que Fabio pega a sus hijos y me lo cuentan. En casa también pega a sus hermanas. Las hace de rabiar. Las grita. Las tira cosas. También se hace pis en la cama, aunque no todos los días. En el otro colegio que estaba antes, le hacían una cosa muy rara, cuando hacía una cosa bien le aplaudían. Y a mí eso me parece como si le marginaran. Le cambié al colegio en el que está ahora para ver si mejoraba. Le cuesta trabajo seguir las instrucciones. Tiene una gran dificultad para mantener la atención fija en actividades de trabajo o de juego en casa y en el cole. Es muy desorganizado. Se le olvidan las cosas. Parece como que no presta atención. Siempre se está moviendo. No puede ni jugar callado. Y no para de molestar a las personas, da lo mismo quién sea. A la persona que más respeta es a la abuela paterna. Para él, jugar es ponerse a pelear. Si está cinco minutos en una silla es porque está malo. Tampoco se puede quedar sentado. Está siempre subiéndose en algún sitio peligroso. Hasta por las noches cuando duerme no para quieto. Habla en voz alta. Sueña en voz alta y se levanta dormido. “

El psicólogo pregunta: ¿Y qué dice el padre del comportamiento del su hijo?

La madre:

“Al padre no le ha vuelto a ver desde este verano que nos separamos. Teníamos muchos conflictos por causa de las drogas. Y el padre no ha querido saber nada. No hace nada por ver al hijo”.

La madre vive con sus cuatro hijos de 8, 6, 5 y 1 años en un piso alquilado que paga la abuela paterna de los niños. El padre es drogodependiente y en estos momentos está ingresado en una Comunidad Terapéutica. Debido a la conflictividad entre los adultos, la madre decide separarse del padre y hacerse ella cargo del cuidado de sus hijos. La madre trabaja en el servicio de limpiezas de la ciudad en un horario desde las 8 de la mañana a las 3 de la tarde. Le ayudan los abuelos y los Servicios municipales. Por las tardes se encarga ella de atenderlos desde que salen del colegio.

¿Qué estilo educativo puede predominar en contextos familiares que se caracterizan por la pérdida o ausencia de padres traumática? ¿Y en las separaciones traumáticas? ¿Y dónde hay violencia física, verbal o psicológica? ¿Y en las familias monoparentales con dificultades? ¿Y en las familias reconstituidas con dificultades? ¿Y en los padres adolescentes? ¿Y cuando hay delegación de funciones parentales en terceros externos a la familia? En estos tipos de familia en los que falta la autoridad y están llenos

de incoherencias educativas, ¿quién pone límites a las conductas del niño desobediente, gritón, maleducado, agresivo y caprichoso? La competencia educativa parental capaz de contener estas conductas disruptivas en la infancia y prevenir que las sigan practicando en la adolescencia se basa en la serenidad, en la paciencia, en la inteligencia, en la constancia y en la perseverancia de saber estar un día sí, y otro también, junto a los hijos. Para que los niños aprendan a controlar sus impulsos y a expresar sus emociones han de disponer de un marco de referencia ordenado en el medio familiar, con normas consensuadas entre los padres y todas aquellas personas que participan en la educación de los hijos.

¿Qué probabilidades tiene el niño que hemos tomado como ejemplo de que al llegar a la adolescencia haya sido capaz de resistir el impacto de los múltiples factores de riesgo que han ido acosando su desarrollo desde la más tierna infancia? No serán sólo las carencias en el seno familiar las que irán haciendo mella en el desarrollo de la personalidad del niño. Los factores de riesgo en el ámbito familiar aumentarán las posibilidades de que se le sumen otros- también de riesgo- en el ámbito educativo, sociocultural, económico-laboral y sanitario. Este niño tendrá muy probablemente dificultades en el sistema educativo. ¿Y quién acudirá a las reuniones con los tutores o sus profesores? ¿Quién vigilará su rendimiento y su proceso de integración escolar? ¿Quién le pondrá límites y se preocupará de su educación ética o espiritual? Las investigaciones acerca de la relación violencia-familia nos confirman la importancia del aprendizaje en la adquisición de las conductas violentas. Las experiencias que se viven desde la primera infancia en la familia, con los adultos encargados de proteger al niño, juegan un papel clave en su adquisición y mantenimiento. Nada marcará tanto a un niño y le empujará en una determinada dirección como los modelos de comportamiento que vea en sus padres y educadores. Los niños y los adolescentes tienen una fuerte tendencia a imitar la conducta de los adultos y de los niños y adolescentes entre sí. Se fijan en el comportamiento de los otros y aprenden imitando. La conducta de un niño no la podremos llegar a comprender totalmente si no miramos a su alrededor y descubrimos los ejemplos de conducta que observan en el medio familiar y social próximo.

La madre del este niño que hemos presentado como ejemplo, ¿podrá asumir todas las responsabilidades y tareas básicas para satisfacer todas las necesidades biológicas, afectivas, culturales, sociales de sus cuatro hijos? ¿Será capaz de ofrecer modelos positivos de empatía y respeto mutuo? ¿Será capaz de borrar de la mente del hijo las escenas de violencia observadas y vividas por el niño durante las discusiones y peleas en la pareja antes de separarse? ¿Será capaz de poner a sus cuatro hijos normas y límites como protección frente a la violencia? Existen muchas posibilidades de que vayan aumentando las condiciones de riesgo y se reduzcan las condiciones protectoras.

Cinco años más tarde, este niño, ya adolescente de 13 años, se encuentra internado en un Centro de Protección de Menores. La madre, que tenía la guarda y custodia de los hijos, agobiada por la carga que le supone trabajar y educar a sus cuatro hijos los abandona. Desaparece y se desconoce su paradero. El padre, que había pasado tres años en una Comunidad Terapéutica para abandonar las drogas, ha salido recientemente y no está en condiciones de hacerse cargo de sus hijos. El adolescente, tutelado por la Comunidad Autónoma correspondiente, sale los fines de semana y los pasa en casa de unas de sus abuelas.

Los Educadores/Tutores del Hogar de Acogida piden la ayuda del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil del distrito con el fin de que se le proporcione tratamiento o ayuda psicológica.

En la consulta del facultativo especialista lo describen como:

“Un adolescente que tiene reacciones incontroladas y muy bruscas. Que le encanta hacer rabiar a todo el mundo. Sólo respeta al adulto que le sabe poner límites. Aunque en un primer momento siempre quiere transgredir las normas y desobedecer. No se concentra en los estudios. Suspende en casi todas las asignaturas. Y siempre se alía con los rebeldes. El otro día escupió en la jarra del agua en la mesa del comedor y le hicieron fregar todas las jarras del comedor. Es muy cabezota y como se niegue a hacer algo es imposible convencerle. Siempre tiene que llevar la voz cantante en todo. Ni hace ni deja hacer. No ha aprendido a respetar las normas. Desde que entró en el Hogar hace poco más de un año, nunca ha querido estar allí”.

Desde que nació este niño se ha ido desarrollando en circunstancias que nunca eligió. No eligió los genes, no eligió a sus progenitores, no eligió el ambiente en el que se encontró al nacer, no eligió las enfermedades y problemas que sufren sus familiares, no eligió los colegios, ni los profesores, ni los compañeros... En todos los momentos de su vida ha estado rodeado de factores de riesgo y, por supuesto, también alguno de protección. Pero, ¿cuáles de estos factores están triunfando? ¿A quién/es responsabilizamos del mal comportamiento de este adolescente? ¿Qué tratamiento educativo, médico, psicológico, escolar tenía que haber recibido para frenar su predisposición a practicar conductas agresivas y antisociales?

Desde que su madre decide separarse del padre, debido a las peleas y conflictos diarios que había en el hogar por culpa del consumo de drogas, están presentes factores externos al grupo familiar que ayudan a la madre a cuidar de sus hijos y, por supuesto, también influyen en el desarrollo y adquisición de los patrones de comportamiento que tiene el menor. Intervienen los Servicios Sociales; Educadores Familiares de Apoyo a la Familia; Colectivos de Tiempo Libre y Ocio; El Equipo de Apoyo Escolar; El Equipo Educativo de los distintos colegios por los que pasa; El Pediatra; Los Facultativos Especialistas del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil; La Fiscalía de Menores; Los Educadores de del Hogar de Protección de Menores... ¿Qué ha sucedido para que este niño no haya modificado sus conductas conflictivas y estén aumentando en intensidad, frecuencia y gravedad? ¿Cuál ha sido la calidad, eficacia y eficiencia de las intervenciones de los distintos profesionales? ¿Cuál/cuáles han sido los fallos educativos o terapéuticos que se han cometido para no impedir que este niño llegue a la adolescencia con este patrón de conducta? ¿A quién le atribuimos la responsabilidad? ¿Al adolescente? ¿Ha nacido delincuente o se está haciendo delincuente?

Pensemos en el siguiente caso ocurrido el mes de noviembre de 2008 en Barcelona. Cito entrecuillados párrafos de la crónica de un periódico sobre el acontecimiento conocido como el “El crimen de Halloween de Ripollet”. “Confiesan los chicos que degollaron a una amiga en Ripollet”. Los chicos son dos adolescentes de 15 y 14 años respectivamente. La amiga asesinada una compañera de 15 años, compañera de clase en el Instituto de Enseñanza Secundaria. Una adolescente que había dejado escrito pocos días antes a través del fotolog (especie de diario en Internet) que estaba enamorada de

quien iba a ser su presunto asesino. Un adolescente del que cuentan los medios de comunicación que se le atragantaban los estudios. Que había reforzado su imagen de tímido dejándose un enorme flequillo que le caía sobre la frente hasta casi taparle los ojos. Con su amigo (presunto implicado en los hechos) compartían equipo de fútbol. Era un adolescente, al parecer que no solía llamar la atención. No era considerado, según los datos que conocemos, una “oveja negra”. ¿Qué pudo ocurrir para que este chaval de 15 años se convirtiera de la noche a la mañana en un salvaje? ¿Y cómo se explica que su amigo contemplara las escenas tan brutales sin hacer nada, dejarán a su amiga malherida desangrándose y tirada en un descampado por la noche, y al día siguiente se pudieran ir a jugar un partido de fútbol como si nada? Cuenta la crónica periodística que “los dos adolescentes detenidos la tarde del sábado -del día siguiente a los hechos- por el asesinato de una niña de 14 años (...) confesaron ante la policía, y en presencia de sus padres, que degollaron a la víctima. Poco después y en presencia del juez, uno de los menores intentó culpar al otro, diciendo que mientras su compañero le cortaba el cuello a la chica y le proporcionaba golpes, él sólo miraba”(…) “Aunque no está confirmado oficialmente, los tres adolescentes iniciaron una discusión por algún asunto relacionado con los celos hasta que uno de los chicos clavó una navaja en el cuello de la víctima.” (...) “Además de la agresión de arma blanca, los dos chicos golpearon brutalmente a la víctima en el cuerpo, en la cabeza y en la cara con un palo. Los dos chicos huyeron dejando a la niña moribunda”. (...) “Poco después, la Policía consiguió arrestar a los dos sospechosos ante la sorpresa y estupor de sus familiares”. ¿Cómo, dejando a un lado las emociones que provocan estos acontecimientos tan brutales, podemos comprender o/y explicar estas conductas violentas? ¿Qué parte hay de genética y cuanta de aprendizaje? ¿En qué han fallado estos padres “sorprendidos y pasmados” ante el comportamiento de sus hijos? ¿Qué ha fallado en la educación para que estos chavales no hayan podido controlar sus impulsos y pensar en las consecuencias de sus conductas? ¿Qué han hecho o podían haber hecho las instituciones escolares o el Sistema Educativo?

Las instituciones escolares: ¿factores de riesgo o de protección contra la violencia?

En teoría, de protección. En la práctica, a veces, también son de riesgo. Las instituciones escolares no son una balsa de aceite. Un remanso de paz, calma y bienestar. Son para algunos niños y adolescentes una maravilla, para otros un espanto. Los colegios y los institutos - instituciones sociales- no son ajenos a los problemas de la sociedad. La comunidad educativa es un reflejo de la vida en sociedad. Los maestros, los profesores, los padres y los alumnos no son todo el Sistema Educativo. Los gobiernos y las administraciones centrales/locales, en su respectivo nivel de responsabilidad, van a colaborar en la creación de las condiciones que faciliten la ingente tarea de continuar la educación y socialización iniciada en la familia. La escuela o el colegio dan continuidad y complementan la tarea educativa de los padres, no les sustituyen. Pero son muchas las variables o factores que determinan que las instituciones escolares se conviertan en un factor de protección y desarrollo armonioso de la personalidad para todos y cada uno de los alumnos o educandos. No todos los alumnos llegan en las mismas condiciones ni todos son iguales. La idea de que existen clases formadas por

grupos homogéneos es una inexactitud peligrosa. Una inexactitud que en la práctica tiene consecuencias nefastas que tienen mucho que ver con algunas de las conductas violentas que pretendemos erradicar de nuestros jóvenes. El modelo de desarrollo social y económico, que en las últimas décadas enfatiza el éxito pronto y fácil, beneficio inmediato y sin tener en cuenta las consecuencias para el medio físico y humano, es un factor que predispone la aparición de las conductas agresivas y violentas. Estos modelos de organización social influyen, claro está, en la variable curricular: en lo que enseñamos y cómo lo enseñamos. Al alumno que se le exige esforzarse para ser competitivo y tener éxito en la sociedad, ¿se le respeta su nivel de desarrollo y sus circunstancias específicas? En una sociedad como la española donde los movimientos migratorios hacen de las aulas un mundo multicultural, ¿se respetan las diferencias individuales? ¿Se facilita así la solidaridad, el compañerismo, el respeto al otro o, por el contrario, la rivalidad y el sálvese quien pueda? En una institución escolar en donde todos los alumnos tienen que aprender lo mismo y de la misma manera, en el mismo sitio y al mismo tiempo se están creando las condiciones para sembrar los conflictos que crecen en muchos colegios e institutos. Un factor que predispone muchas conductas violentas de los adolescentes es esta homogenización de las exigencias académicas. Aceptar la diversidad es un reto de toda la comunidad educativa. Si no conseguimos que el adolescente se sienta a gusto dentro de la institución sufrirá y creará problemas. Problemas que, unas veces, el adolescente o joven internaliza y se deprime y, en otras ocasiones, externaliza agrediendo a sí mismo o agrediendo a los demás. El adolescente necesita sentirse capaz de progresar y de tener confianza en sí mismo. Creer en sus posibilidades. Pero cuando fracasa una y otra vez en los estudios y ve que queda marginado del proceso de escolarización, su autoestima se debilita y busca otras formas disfuncionales de hacerse presente. ¿Cómo explicamos sino el fenómeno del acoso escolar? ¿Cuándo comienza el hostigamiento y el acoso escolar? ¿Qué factores intrínsecos a la comunidad educativa desencadenan el proceso del matonismo y el maltrato entre compañeros en las distintas etapas de la escolaridad obligatoria? ¿Qué tipo de convivencia existe en las aulas y fuera de ellas para que un adolescente se fije en un compañero, y por cualquier detalle, decida convertirlo en su presa y lo maltrate física o psicológicamente? ¿Qué puede estar pasando para que una institución escolar, que en teoría debería constituirse en un factor de protección, predisponga y precipite las conductas violentas? Este adolescente conflictivo está siendo el resultado-producto de un mundo diseñado por adultos primero en casa y ahora en la institución escolar. Ni el niño ni el adolescente eligen, planifican y gestionan los ambientes donde crecen y se desarrollan. Algo está fallando en la propia naturaleza socializadora de la institución escolar. La adolescencia es un tiempo de cambio neurobiológico sustancial. Los cambios que se producen durante la adolescencia, la adaptación a ellos y la enorme plasticidad de los cerebros adolescentes hacen de esta etapa un tiempo de gran riesgo y oportunidad, pero ¿entienden las instituciones escolares al adolescente de nuestros días? Un adolescente o joven que encuentra su principal apoyo en los amigos y que tiene que crecer en unos ambientes familiares desestructurados, sin modelos parentales claros y competentes, tampoco se siente comprendido en el entorno escolar. No acepta el juego social de implicarse y formar parte de esta sociedad. No piensan que el mundo en el que viven es su mundo. La estructura de los centros escolares no ha asimilado los cambios profundos de nuestra

sociedad. Sigue obsesionada con su función académica. La incorporación de la mujer al mundo laboral, por ejemplo, obliga a conciliar la vida laboral y profesional de padres y profesores. Se plantean reformas curriculares (contenidos, métodos de evaluación, criterios didácticos), pero los centros escolares siguen con la misma organización. Sin perder su función educativa los centros escolares tienen que abrir sus puertas y ventanas a las nuevas realidades y asumir nuevas funciones para integrar a los jóvenes. Y esto no puede recaer sobre los hombros del maestro o del profesor. Habrá que diferenciar el papel del profesorado del de otros profesionales que desarrollen funciones complementarias y básicas para responder a las necesidades formativas de nuestros adolescentes. Sin coordinación y complementariedad entre padres y todos los otros protagonistas de la comunidad escolar es muy difícil abordar todos los retos de la educación de los jóvenes y tener éxito en la prevención de las conductas violentas. La participación de los padres es un elemento clave para afrontar el fracaso escolar y prevenir la violencia escolar, pero ¿es posible la participación de los padres en la escuela o en los institutos si no tienen tiempo ni para estar con sus hijos en casa? Cuando surge un problema de convivencia en las aulas y se cita a los padres para que acudan a informarse de lo que está ocurriendo con su hijo en el centro, ¿cuántos pueden ajustar su horario laboral o familiar al escolar? ¿Cuántos padres (padre y madre) participan activamente en la comunidad escolar? Y, ¿qué sucede cuando a un joven se le expulsa del centro escolar por mal comportamiento y los padres trabajan? ¿Procede la expulsión o es necesario buscar otras alternativas? ¿Es siempre la familia la responsable de los conflictos escolares: agresiones, acosos, insultos, robos, faltas de respeto, desobediencia, apatía, peleas, palabras soeces...? ¿Están dotados los centros escolares con los recursos humanos suficientes para hacer frente a estos problemas de convivencia escolar? Está claro que un porcentaje alto de adolescentes y jóvenes que llegan a los juzgados por delitos de distinto tipo tienen fracaso escolar. Si casi todos chavales que alcanzan el perfil de delincuente o empieza a tener un historial delictivo suele haber fracasado en la escuela o en el instituto, es pertinente que nos preguntemos por los factores de riesgo que puedan estar en la propia naturaleza socializadora, no sólo de la familia, sino también en las instituciones escolares. Habrá, pues, que hacer un esfuerzo en identificar los puntos débiles de nuestro sistema educativo que hacen posible la aparición y el mantenimiento de las conductas violentas en los adolescentes conflictivos. Y, por supuesto, asumir la responsabilidad de cambiarlos y corregirlos. No es elegante echar balones fuera y poner la responsabilidad sólo en el otro.

La sociedad educadora

Se suele decir que hay tres tipos de educación: la de la familia, la de la escuela y la del mundo; y que ésta última puede a las otras dos. Sin caer en el determinismo del ambiente, y utilizar éste para explicar los comportamientos criminales o violentos, hay evidencia de que las ideas, los valores y creencias que suele aportar el grupo, entendiendo por grupo los compañeros de escuela, de barrio, los amigos, los medios de comunicación, centros culturales, empresas, asociaciones diversas..., es decir, todas las circunstancias ambientales sumadas y entrelazadas, son otro factor poderoso que no podemos olvidar a la hora de intentar comprender el porqué de las conductas violentas de cada adolescente o joven conflictivo. Hay que

recordar que la violencia es una dimensión normal del ser humano. La violencia, la barbarie misma, no implican por sí mismas ningún trastorno de conducta o patología mental. Las guerras, las grandes revoluciones, los genocidios,-en los cuales han participado y participan tantas mayorías silenciosas- los distintos tipos de delincuencias de todos los días, la grosería, la malevolencia en las relaciones sociales, el maltrato, no son una particularidad de personas enfermas o con alteraciones de la conducta humana. Es necesario desmontar la idea engañosa de que hay que estar enfermo para cometer actos violentos. Sin embargo, todo ser humano que mantiene relaciones con sus semejantes en una sociedad que aspira a ser civilizada y humanista debería renunciar a la violencia primitiva y aceptar los beneficios de un comportamiento sociable y respetuoso con el otro. Esta renuncia a cualquier tipo de violencia debería ser el triunfo de la educación. Es más, un niño o un adolescente en proceso de construcción de su personalidad necesita de la ayuda del conjunto de la sociedad, y no sólo de sus padres, maestros y profesores, para adquirir la capacidad de renunciar a la violencia y controlar sus impulsos más primitivos. Mi experiencia clínica me demuestra que una personalidad de un sujeto que no está bien estructurada, y que en ciertas circunstancias no pueda controlar su impulsividad, es capaz, con ayuda, de aprender estrategias de autocontrol. Y, por el contrario, una personalidad de un sujeto bien estructurada por la presión del medio puede perder el control de sus impulsos. La pregunta que nos viene enseguida a la mente es ¿los contextos en los que viven y construyen su personalidad nuestros niños, adolescentes y jóvenes facilitan, predisponen y refuerzan las conductas agresivas y violentas o las dificultan y la previenen? Qué factores predominan, ¿los de riesgo o los de protección? La filosofía del éxito en el hacer y en el tener impregna nuestras sociedades, y a falta de un sistema de valores alternativo o de un proyecto de integración social realmente solidario y justo, es el espejo en el que se miran los adolescentes. La repercusión de los modelos de comportamientos sociales dominantes hace mella en la personalidad del adolescente en proceso de construcción que, sin madurez suficiente y sin recursos cognitivos suficientes para la reflexión crítica y el análisis consecuencial de la conducta, los imitan. Piensan algunos adolescentes que pueden entregarse al consumo y a cualquier tipo de placer sin trabas y sin límites. No aceptan la frustración ni la demora del placer, origen de muchas conductas violentas. Tienen que conseguir aquí y ahora el objeto deseado por cualquier medio, aunque éste sea violento y atente contra los derechos de la persona. Les resulta muy difícil contener sus impulsos en un mundo que les bombardea por todos los medios a su alcance con estímulos que predisponen a la violencia de distinto tipo. Muchos adolescentes, que han hecho de la música y el baile sus señas de identidad, son incapaces de controlar el consumo de drogas excitantes los fines de semana. Pero ¿cómo controlar los impulsos de consumir drogas en contextos en los que parece que la juventud no encuentra otras formas de socialización que no pasen por el botellón o el chute? Contextos urbanos de ocio ruidosos que invitan a no hablar, a enfrascarse en sí mismo y que provocan cambios bruscos de humor son la antesala de las conductas agresivas. Las reacciones violentas también tienen sus raíces en estos ambientes sociales avasalladores, groseros, maleducados, incívicos y chulescos. La práctica de la mala educación en nuestra sociedad es una epidemia. Hay modelos de conductas violentas en la calle y en casa. Toda la sociedad se constituye en un proyecto educativo, tiene que saber qué tipo de ciudadano pretende que llegue a ser el niño y el adolescente y

cuidar lo que enseña. La educación es una experiencia de relación construida entre todos. Es el producto del intercambio de experiencias y de desarrollar una relación de reconocimiento en los otros. Todo lo que rodea al adolescente de una manera u otra le está formando y educando. Le educan los padres, los amigos, los profesores, los médicos, los vecinos, la música, los móviles, el ordenador, la televisión, el cine, el Messenger, el correo electrónico, el fotolog, los videojuegos, la Nintendo Wii, la X-box, Playstation... Pero en todos estos factores hay riesgos. Los adolescentes necesitan límites. Educar significa orientar y dirigir. ¿Quién les está orientando en el uso adecuado y formativo de todos estos medios? El engaño, el acoso y la coacción a menores por Internet es un peligro en aumento. ¿Cuántos padres saben qué es el "grooming"? ¿Cuántos padres saben de qué están chateando sus hijos? ¿Cuántos padres tienen recursos y tiempo para involucrarse y aprender a manejar las nuevas tecnologías? Es muy fácil dar pauta a los padres para que controlen las influencias negativas y los factores de riesgo del *cyberbullying*, lo difícil es que los padres y los profesores sean capaces de controlar todo el flujo de conversaciones por Internet. Cuando el mundo o la sociedad –como conjunto–no va bien son cada uno de los individuos que la constituyen los primeros en sufrir las consecuencias. Aparece la marginación más acre y violenta: la que une juventud, pobreza, droga, aceptación del margen–la mayoría de los marginados aceptan serlo, con todo lo que eso conlleva– y desesperanza. Jóvenes adolescentes de buen corazón que no pueden escapar a la mafia de la droga y la criminalidad y la violencia como forma de vida. Se acaban haciendo delincuentes porque no les queda otro camino. Primero la desorganización de la familia, luego la rigidez de la escuela y por último la estrechez del entramado social llevan a muchos adolescentes por mal camino. El deterioro de la vida urbana en algunos barrios de las grandes capitales es permanentemente un factor de riesgo para los adolescentes. Se empapan de violencia desde que se levantan hasta que se acuestan. Y vemos en algunos reportajes, donde la violencia y el narcotráfico son maneras naturales de vivir para los marginados, como niños de 10 años llevan pistolas y son más crueles que los adultos; o adolescentes de 17 o 18 años que son jefes curtidos de bandas que se hacen respetar por uso artero de la trampa y la fuerza. En estos contextos– mundos espantosos llenos de violencia, brutalidad, ignorancia, miseria y droga– sólo el adolescente con un gran carácter logrará salvarse. ¡Porque los hay que se salvan! Pues no todos los que viven en estos ambientes son criminales ni delincuentes. Aunque hay pruebas, y es lógico pensar, que el lugar donde uno nace y se desarrolla no es del todo indiferente de la conducta que uno lleve en el futuro. También es cierto que en lugares de cultura refinada, amantes de la música de Bach y de la lengua de Herder, si nos remitimos a la época nazi en Alemania, florecían las conductas violentas y criminales. Los que gestionaban y dirigían los crematorios no era precisamente gente marginada. La violencia juvenil o las conductas agresivas y antisociales de los adolescentes no son el producto de un solo factor ambiental, por ejemplo, las nuevas tecnologías. Es cierto que algunas de las conductas violentas o agresivas de muchos jóvenes y adolescentes están estrechamente vinculadas, de un modo u otro, al uso de internet o los teléfonos móviles o a los videojuegos. Sin embargo, no se puede concluir, al menos con los datos de que disponemos, que el uso de las nuevas tecnologías induce y estimula en los adolescentes y los jóvenes una mayor agresividad y mayor grado de conductas nihilistas. La despersonalización de las relaciones humanas–considerar al otro no como

persona, sino como cosa u objeto de consumo- no es la consecuencia de la existencia de nuevas tecnologías. Es el fracaso y el resultado de los peligros de la sociedad de consumo. Es el fracaso de la sociedad en su conjunto que se caracteriza por un ambiente sociocultural y económico laboral apabullante de factores de riesgo (*ausencia de apoyo familiar; rechazo social a la familia; desarraigo social y cultural; falta de cauces de participación infanto-juvenil; valores y modelos de comportamiento social facilitadores de las conductas violentas; carencia de redes de apoyo comunitario; mendacidad; carencia de vivienda; exclusión del mercado laboral; escasez de recursos económicos para satisfacer las necesidades de la familia; larga duración de la jornada laboral; cambios de vivienda que afectan el arraigo y la formación de los menores...*). Atribuir a un solo factor todo el poder explicativo es, a la luz de los datos de la investigación científica actualizada, una simplificación peligrosa que oculta la complejidad de estos problemas y sus causas.

A modo de conclusión. ¿Qué podemos hacer para prevenir o reducir las conductas violentas en los y las adolescentes y jóvenes?

Si nos ha quedado claro que, en rigor, ninguna explicación científica puede llegar a la clara conclusión de culpar sólo a la Madre Naturaleza o sólo a las múltiples influencias ambientales que conforman el desarrollo de una persona, ¿qué podemos hacer para que nuestros hijos, niños, adolescentes y jóvenes se comporten civilizadamente? ¿Qué podemos hacer desde el nivel de intervención que esté a nuestro alcance para reducir los distintos tipos de violencia juvenil?

En primer lugar, no echarse la culpa unos a otros: los padres echan la culpa a la escuela, la escuela a los padres, todos a la televisión y los responsables de la televisión dicen que son los espectadores los que mandan. Y al final, claro, la culpa la tiene siempre el Gobierno. Hay que huir de los particularismos que funcionan como todos aparte. Y seguir la máxima socrática de que “sólo seremos justos en la medida en que hagamos lo que nos corresponde”. Hacer lo que nos corresponde, y hacerlo bien. Asumir la parte de culpa y/o de responsabilidad que corresponda a cada uno en su nivel de realidad. Es triste, pero es la dura realidad, que la cuerda siempre se rompe por la parte más débil. ¿Qué ha ocurrido con el niño de nuestro caso 15 años más tarde? Pues que es el único que se ha sentado en el banquillo de la justicia. Sus características personales y la ausencia de referentes ambientales protectores le condujeron a las bandas. En tales circunstancias, en las que los órdenes y las pautas de la sociedad dejan de tener importancia, nuestro adolescente inmaduro, irreflexivo, sin recursos cognitivos para pensar en las consecuencias de sus actos y frenar sus impulsos delinquirió. Ahora, en la actualidad, con veinte y pocos años más cumple condena por los actos violentos que cometió en la adolescencia. ¿Han sido llamados a declarar los sistemas familiar, educativo, sanitario o social? ¿Se sienten responsables o culpables en alguna proporción del fracaso personal de este niño? No.

En segundo lugar, sí que podemos hacer muchas cosas. Aún sin saber cómo funciona exactamente la mente humana en todos sus portentosos detalles y sus intrincadas complejidades, a partir de lo que sabemos, podemos dar un paso adelante para equilibrar la proporción naturaleza/cultura potenciando todos los factores de protección del riesgo de los menores- niños, adolescentes y jóvenes- empezando por:

- A) **ÁMBITO FAMILIAR.** Mejorando la competencia educativa parental. Ayudando a los padres a que adquieran los recursos materiales, cognitivos, afectivos y éticos con los que puedan orientar eficaz y eficientemente el proceso educativo de sus hijos. La familia tiene el potencial de configurar el comportamiento de de los hijos de una manera muy significativa, y por eso, todos y cada uno de los miembros del grupo familiar han de colaborar en la prevención de las conductas violentas de la mejor manera: no practicando en el hogar ningún tipo de violencia delante de los hijos. La comunicación y apoyo entre los miembros de la familia nuclear y extensa; el diálogo y el respeto entre unos y otros; aprender a expresar y captar los sentimientos y emociones básicas del ser humano; desarrollar las habilidades parentales practicando con el hijo real, o sea, dedicándole tiempo a los hijos; aprender a adaptarse a los cambios del ciclo vital e los hijos e intentar conciliar el mundo laboral con el familiar son la mejor terapia para tratar las conductas violentas.
- B) **ÁMBITO SISTEMA EDUCATIVO.** Mejorando la calidad de la enseñanza básica obligatoria. Empezando por el número de plazas escolar en una proporción maestro/profesor/alumnos que permita adaptar la enseñanza a las necesidades de los educandos y respete la diversidad. Cuidando la formación inicial y permanente de los maestros y profesores. Dotando a las instituciones escolares de todos los recursos humanos y tecnológicos necesarios para la formación integral -relacionar conocimiento y sentimiento- de los educandos del siglo XXI. Reconociendo salarial y socialmente la función formativa y socializadora de todos los profesionales que trabajan en la comunidad educativa. Fomentando la participación de todos los protagonistas en la planificación y gestión de los centros escolares. Abriendo los centros escolares al entorno y extendiendo la cultura de la convivencia transmitiendo valores, normas y modelos basados en el respeto y la tolerancia. Educando, en definitiva, para una convivencia justa y digna y defensora de los Derechos Humanos.
- C) **ÁMBITO SOCIO-ECONÓMICO-LABORAL-SANITARIO.** Facilitando la estabilidad en el empleo de los distintos miembros del grupo familiar. Obteniendo salarios estables y dignos para satisfacer las necesidades básicas de todos miembros de la familia. Habitando viviendas dignas donde se pueda dar la comunicación entre padres e hijos y existan espacios para la intimidad personal. Ofreciendo sistemas sanitarios eficaces y eficientes que cuiden y promuevan la salud física y mental, y desarrollen permanentemente programas de educación para la salud y el bienestar de las personas. Creando un tejido social que promueva las relaciones sociales desde el diálogo y el respeto entre menores y adultos. Desarrollando modelos económicos de desarrollo respetuosos con el medio y con las personas y solidarios. Y, por supuesto, logrando que funcione bien el sistema de justicia.
- D) **ÁMBITO PERSONAL.** Hay que ayudar al otro (hijo, alumno, paciente, cliente, ciudadano, espectador) a que adquiera, desde que nace, la competencia personal y social básica para gestionar y dar sentido a su vida desde la libertad y la responsabilidad. Para ello el individuo necesita construir un yo fuerte, sensible, inteligente, responsable, autónomo, reflexivo y ético. Objetivo este sólo alcanzable a través del aprendizaje en los contextos donde viven. Si el niño, desde la primera infancia, no

aprende a ser responsable de su conducta y no descubre su carácter instrumental, esto es, la relación que hay entre la conducta y sus consecuencias difícilmente controlará sus impulsos violentos y aceptará el límite. Los niños y los adolescentes tienen que aprender a aceptar la frustración y a dominar sus instintos primarios. Tienen que descubrir la utilidad de practicar conductas inteligentes y hacerse responsables de las consecuencias de la conducta que eligen. Por eso es tan importante que aprendan a pensar antes de actuar y ser conscientes- al nivel específico de su etapa evolutiva- que toda conducta tiene sus consecuencias a corto, medio y largo plazo. Y, de esta manera, usando mejor su cerebro para resolver los problemas que le plantea la vida, se esforzarán en encontrar estrategias alternativas al uso de la violencia.

Ninguno de los factores protectores, arriba señalados, por sí solo podrá eliminar las conductas violentas de los adolescentes y jóvenes de nuestros días. Sí, la acción sinérgica de todos ellos actuando en la misma dirección, y en términos de probabilidades, reducir y modular la tendencia a hacer el mal anclada en las profundidades de la naturaleza humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caparra, g. V. y Pastorelli, c.** (1996) Indicadores precoces de adaptación social. En J. Buendía (Ed.), Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales. Pirámide. Madrid. 121-145.
- Carrobes, J. A. y Perez-Pareja, J.** (1999) Escuela de Padres. Guía práctica para evitar problemas de conducta y mejorar el desarrollo infantil. Pirámide. Madrid.
- Comas Arnau, D.** (2001) Videojuegos y violencia. Estudios e investigación 2001. Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid.
- Díaz-Aguado, M.J.** (Dir.) (2004) Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia. Madrid: Instituto de la Juventud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Serie de tres libros y un video con tres documentos audiovisuales.
- Díaz-Aguado, M.J.** (2006) El acoso escolar y la prevención de la violencia desde la familia. Madrid. Consejería de Familia y Asuntos Sociales.
- Espinosa Manso, C.** (2007) Los niños y los jóvenes del tercer milenio. Guía práctica para padres y educadores. Edit. Sirio S.A. Málaga.
- Ezpeleta, L.** (Editora) (2005) Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo. Masson. Barcelona.
- Herbert, M.** (2002) Padres e hijos. Mejorar los hábitos y las relaciones. Pirámide. Madrid.
- Huertas, D.** (2007) Violencia. La gran amenaza. Alianza Editorial. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud** (2002) Informe sobre la violencia en el mundo como problemas de salud. Publicación Científica Técnica nº 588. OMS.
- Sanmartín Esplugues, J.** (2008) El enemigo en casa. La violencia familiar. NABLA Actividades Editoriales, S.L. Barcelona.
- Urra, J.** (2006) El pequeño dictador. Cuando los padres son las víctimas. La esfera de los Libros. S. L.
- Urra, J.** (2005) Adolescentes en conflictos en conflicto. 52 casos reales. Pirámide.

PÁGINAS WEB DE INTERÉS

<http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/violenciaJuvenil/index.htm>

<http://www.safeyouth.org/scripts/espanol/index.asp>

<http://www.aepcc.es>

<http://www.anshda.org>

<http://www.fapmi.es>

<http://www.colorado.edu/cspv>

<http://www.nceev.org>

<http://www.ndvh.org>

<http://www.cibereduca.com/especial/articulos.htm>

<http://www.aui.es/padres/ipadres.htm>

<http://www.protegeles.com>



Salud mental en las aulas

Es posible relacionar la salud mental con síntomas y procesos tanto afectivos, cognitivos y comportamentales, siendo sinónimo de equilibrio psicoemocional. En el ámbito escolar son muchas las variables personales que poseen un papel mediador sobre el bienestar psicoemocional del estudiante. La inteligencia emocional, las habilidades sociales, la autoestima y las atribuciones serían ejemplos de estas variables personales. También existen determinados fenómenos que pueden ser fuente de malestar psicoemocional. Dos fenómenos nos parecen relevantes en este momento, uno de ellos es el maltrato y violencia escolar y el otro la inmigración en las aulas. El alumno y alumna víctima de las situaciones de maltrato sufre daño psicológico y el alumno y alumna inmigrante padece situaciones de discriminación, exclusión social y prejuicio que le afectan emocionalmente. A lo largo de este trabajo analizaremos ambos fenómenos y sus relaciones con la salud mental. Por último, proponemos una metodología “saludable” basada en la práctica del aprendizaje cooperativo que puede desarrollar a nivel personal la inteligencia emocional, las habilidades sociales, la autoestima y mejorar las atribuciones. Por otro lado, facilita la convivencia en el aula y mejora y aumenta en calidad las relaciones interétnicas.

Palabras clave: Salud mental, maltrato escolar, inmigrantes, aprendizaje cooperativo, estudiantes, aula.

Introducción

Según la OMS no existe una definición oficial de salud mental pues cualquier definición estaría siempre influida por las diferentes culturas y teorías. No obstante, podemos conceptualizarla como un estado de bienestar emocional y psicológico en el que la persona es capaz de utilizar sus habilidades emocionales, cognitivas y sociales y responder positivamente a las demandas que le depara la vida cotidiana. Es posible relacionar la salud mental con síntomas y procesos tanto afectivos, cognitivos y comportamentales, siendo sinónimo de equilibrio psicoemocional.

En el ámbito escolar son muchas las variables personales que poseen un papel mediador sobre el bienestar psicoemocional del estudiante. La inteligencia emocional, las habilidades sociales, la autoestima y las atribuciones serían ejemplos de estas variables personales. Algunas investigaciones ponen de manifiesto la relación entre inteligencia emocional y salud mental. Normalmente, un déficit en las habilidades de inteligencia emocional provoca y facilita la aparición de problemas conductuales en el ámbito de las relaciones interpersonales y afecta al bienestar psicológico. Estudios realizados en Estados Unidos encuentran correlaciones entre inteligencia emocional alta y un menor número de síntomas físicos, así como de ansiedad social y depresión. En nuestro país, Extremera y Fernández-Berrocal (2003), con una muestra de estudiantes de 3º y 4º de ESO, verifican que aquellos estudiantes que tienen un mayor nivel de inteligencia emocional percibida muestran menor sintomatología depresiva y ansiosa y menor tendencia a tener pensamientos intrusivos.

Las habilidades sociales son conductas aprendidas mediante las cuáles expresamos ideas, sentimientos, opiniones, afecto..., mantenemos o mejoramos nuestra relación con los demás, y resolvemos y reforzamos una situación social. Tanto el estilo de respuesta agresivo como el tímido provocan consecuencias negativas para el alumno y alumna: conflictos interpersonales, menor número de oportunidades en la vida, menor número de amigos, frustración, tensión, ansiedad, baja autoestima e incluso problemas de consumo de sustancias adictivas. Felipe, León, Gózaló y Muñoz (2004) encuentran un mayor consumo de alcohol en adolescentes que tienen miedo a la evaluación negativa ante los miembros de su grupo. Garaigordobil (2006) con una muestra de 322 adolescentes de 14 a 17 años pone de manifiesto que los adolescentes con síntomas psicopatológicos (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad y psicoticismo) tienen pocas habilidades sociales. El estudiante asertivo expresa sus ideas ante los demás y les respeta. En sus interacciones observamos los “siento”, “hagamos”, “creo que”, acompañados de mirada atenta, gestos y posturas adecuadas, sonrisas... Las consecuencias de este estilo de respuesta son positivas: mayor número de oportunidades, un círculo social más amplio, menos problemas y conflictos con los demás, buena autoestima, control de estrés y buen ajuste psicoemocional.

La autoestima es la dimensión valorativa respecto al yo, qué siento respecto a cómo soy, en qué medida valoro mis capacidades, hasta qué punto estoy orgulloso de mis capacidades y logros, y me siento avergonzado por mis limitaciones y fracasos. Es el conjunto de sentimientos y valoraciones respecto a uno mismo. Hay varios estudios importantes que hacen referencia a la importancia de conseguir y mantener una autoestima positiva. Esta parece formar parte de un cuadro amplio en el que hay otros contenidos psicológicos relevantes para el bienestar y la adaptación personal, ya sea durante la infancia, la adolescencia, la adultez y la tercera edad. Son muchas las investigaciones que encuentran relaciones inversas significativas entre autoestima y sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ideación paranoica y psicoticismo. Garaigordobil, Pérez y Mozaz (2008) encuentran en una muestra de 1.579 participantes entre 12 y 65 años dichas relaciones significativas inversas con somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoica y psicoticismo. Por otro lado, diversos estudios encuentran relaciones positivas entre salud mental y autoestima, considerando a ésta un indicador de la salud mental (Watson, 1998)

Las atribuciones son las explicaciones que damos acerca de nuestras conductas y las de los demás (Heider, 1958). En el ámbito educativo, nos interesan las atribuciones que el alumno realiza sobre el fracaso y el éxito (Alonso y Mateos, 1986). Las explicaciones que el estudiante da sobre ambos, se pueden categorizar en tres dimensiones: interna/externa, variable/estable y control/sin control. Los alumnos ante los éxitos y fracasos escolares se preguntan por las causas que los han originado y buscan respuestas a tales interrogantes: capacidad, suerte, esfuerzo y trabajo, fatiga, ayuda del profesor... Las atribuciones no son neutras, tienen consecuencias bien diferentes sobre la conducta, generan sentimientos y emociones distintas que van desde el orgullo hasta la humillación. Atribuir una buena nota al esfuerzo personal hace al alumno sentirse orgulloso y aumenta su autoestima y confianza ante futuras tareas. Atribuir, por ejemplo, el éxito a la suerte le hace a uno sentirse bien, pero no le llena de orgullo. Igualmente,

atribuir el fracaso a que el profesor "me tiene manía", libera al alumno de la vergüenza, pero genera escasa energía y motivación para tareas futuras. Para Alonso y Montero (1990) existe un patrón de atribuciones muy nocivo para el alumno/a, que se define como indefensión y se caracteriza porque los éxitos se atribuyen a causas externas, variables y no controlables y los fracasos a causas internas, estables y no controlables. Este patrón de indefensión genera apatía por el aprendizaje, baja motivación, ansiedad y tristeza.

En el ámbito educativo no sólo podemos estudiar variables personales que median en la salud mental, también existen determinados fenómenos que pueden ser fuente de malestar psicoemocional. Dos fenómenos nos parecen relevantes en este momento, uno de ellos es el maltrato y violencia escolar y el otro la inmigración en las aulas. El alumno y alumna víctima de las situaciones de maltrato sufre daño psicológico y el alumno/a inmigrante padece situaciones de discriminación, exclusión social y prejuicio que le afectan emocionalmente. A lo largo de este trabajo analizaremos ambos fenómenos y sus relaciones con la salud mental. Por último, proponemos una metodología "saludable" basada en la práctica del aprendizaje cooperativo que puede desarrollar a nivel personal la inteligencia emocional, las habilidades sociales, la autoestima y mejorar las atribuciones. Por otro lado, facilita la convivencia en el aula y mejora y aumenta en calidad las relaciones interétnicas.

Maltrato entre iguales y violencia escolar

El maltrato entre iguales por abuso de poder en el ámbito escolar ha sido un tema objeto de estudio en numerosas investigaciones realizadas en los últimos años, y aunque no podemos afirmar que exista más violencia en las aulas en este momento que hace unas décadas, es cierto que existe una mayor conciencia del problema, a la que, sin duda, han contribuido los medios de comunicación. En algunos casos estas situaciones de acoso y violencia han sido tan graves que ha hecho que sean protagonistas, desgraciadamente, en los informativos de todo el mundo. Ya en 1989 el Consejo de Europa determina que la violencia escolar es el problema que afecta de forma más importante a la institución escolar, porque es el que más atañe a los propios escolares, el mayor motivo de miedo a ir a la escuela y el absentismo.

Las primeras investigaciones sobre maltrato escolar, conocido como victimización y por los vocablos ingleses *bullying* y *mobbing*, surgen en Noruega y Suecia y son desarrolladas por Olweus. Estas investigaciones ponen de manifiesto una incidencia de un 10% del matonismo a nivel escolar, lo que lleva al Ministerio de Educación Noruega a desarrollar a nivel nacional una campaña de estudio y prevención. Para Olweus (1983), pionero en el estudio de la victimización en contextos escolares, el maltrato o abuso entre iguales es una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza el alumno o alumna contra otro, al que elige como víctima de repetidos ataques. Esta acción negativa e intencionada, sitúa a las víctimas en posiciones de las que es difícil salir por sus propios medios, la continuidad de estas relaciones provoca en las víctimas efectos claramente negativos: descenso de la autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos, lo que dificulta su integración en el medio escolar y el desarrollo normal de los aprendizajes.

Esta definición lleva implícitas las siguientes características: a) Hay una intención de hacer daño, b) existe una reiteración en las conductas de acoso y c) se da un desequilibrio de poder que implica la incapacidad de la víctima por evitar el acoso. Aunque el maltrato entre iguales es un tipo de violencia escolar, este último término es más general y amplio, incluye la violencia física y emocional entre profesores y alumnos, la violencia no premeditada entre los escolares, el vandalismo contra las infraestructuras del centro...

¿En qué tipos de conductas se manifiestan las situaciones de maltrato escolar? En los dos informes elaborados por el Defensor del Pueblo-Unicef en 1999 y en 2006 se utiliza una clasificación que divide al maltrato en seis tipos de agresión: Exclusión social, agresión verbal, agresión física indirecta, agresión física directa, amenazas y acoso sexual. Como podemos ver en la tabla 1, estos tipos de agresión se manifiestan en trece conductas violentas.

Tabla 1. **Manifestaciones de maltrato entre iguales. Fuente Informe Defensor del Pueblo-Unicef (2007)**

Tipo de agresión	Ejemplos de conductas
Exclusión social	<ul style="list-style-type: none"> • Ignorar • No dejar participar
Agresión verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Insultar • Poner moteos ofensivos • Hablar mal de otros a sus espaldas
Agresión física indirecta	<ul style="list-style-type: none"> • Esconder cosas de la víctima • Romper cosas de la víctima • Robar cosas de la víctima
Agresión física directa	<ul style="list-style-type: none"> • Pegar
Amenazas	<ul style="list-style-type: none"> • Amenazar sólo por meter miedo • Obligar a hacer cosas con amenazas (chantaje) • Amenazar con armas (cuchillo, palos)
Acoso sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Acosar sexualmente con actos o comentarios

¿Son estas las únicas manifestaciones de maltrato escolar? No, las formas tradicionales de maltrato entre iguales han ido cambiando con el transcurrir del tiempo, apareciendo manifestaciones más específicas de *bullying* que se sirven de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación para acosar con ensañamiento a la víctima. Esta nueva forma de maltrato se denomina *cyberbullying* y según Smith, Mahdavi, Carvalho y Tippet (2006) consistiría en una agresión intencional, por parte de un grupo o un individuo, utilizando recurrentemente formas electrónicas (móviles, internet) de contacto sobre una víctima que no puede defenderse por sí sola.

Este tipo de maltrato presenta aspectos comunes con las formas tradicionales de *bullying*, pero también unas características particulares que lo diferencian. Para Ortega, Calmaestra y Mora-Merchan (2008) en el *cyberbullying* no existen lugares donde estar seguros lo que desarrolla mayor inseguridad en la víctima; el hecho de que el acoso pueda llegar incluso a tu propia casa provoca sentimientos de indefensión y desprotección. El acoso se hace público y puede ser observado indefinidamente por una mayoría de espectadores y, por último, existe un desconocimiento y anonimato de los agresores que provoca en las víctimas sentimientos de impotencia.

¿Podemos clasificar el *ciberbullying* en diferentes tipos? Se puede utilizar el móvil para enviar mensajes de texto amenazadores o mensajes multimedia como fotografías y videos de las víctimas y para realizar llamadas acosadoras, silenciosas, a horas inadecuadas, con alto contenido sexual...; se puede utilizar el correo electrónico para enviar mensajes insultantes, vejatorios y ofensivos; se puede utilizar la mensajería instantánea y páginas WEB para ridiculizar y difamar a la víctimas... En definitiva se puede acosar mediante el correo electrónico, el móvil, la mensajería instantánea y a través de páginas WEB.

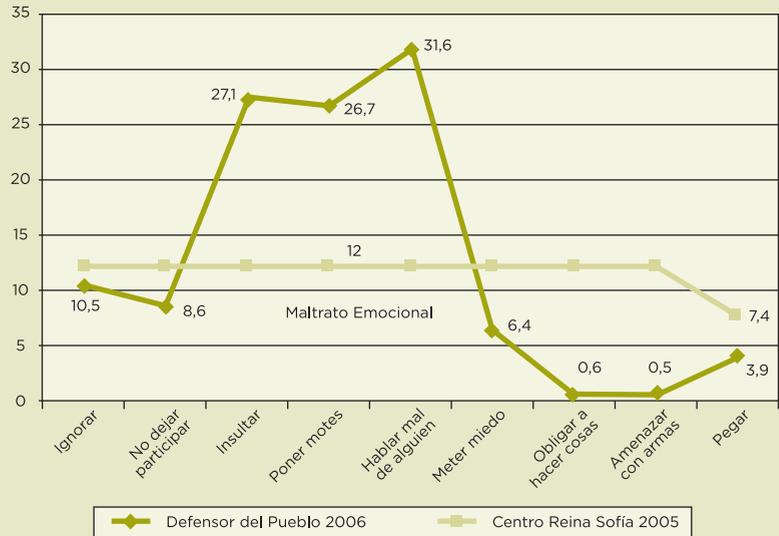
¿Cuál es la incidencia de todas las modalidades de maltrato entre iguales? Aunque son muchas las investigaciones realizadas en diferentes comunidades, son tres las relevantes a nivel nacional que se han llevado a cabo: Defensor del Pueblo 1999 y 2006, Estudio Cisneros X “Violencia y Acoso Escolar” en 2006 e Informe del Centro Reina Sofía “Violencia entre Compañeros en la Escuela” en 2005. En la tabla 2, podemos ver algunas características de los tres estudios.

Tabla 2. **Características metodológicas y autores de los estudios “Defensor del Pueblo 2006”, “Cisneros X 2006” y “Centro Reina Sofía 2005”**

	Defensor del Pueblo 2006	Estudio Cisneros X 2006	Centro Reina Sofía 2005
Muestra	3000 alumnos	24990 alumnos	800 alumnos
Cuestionario	Autoadministrado analiza el maltrato desde tres : perspectivas testigo, víctima y agresor	Test AVE. 2 dimensiones globales y 8 modalidades de acoso y violencia escolar. Escala de daños psicológicos.	Estructurado de 32 preguntas divididas en tres secciones: testigo, víctima y agresor
Centros	Colegios públicos, privados y concertados	Colegios públicos, privados y concertados	Colegios públicos, privados y concertados
Cursos	1º a 4º de la ESO	Desde 2º Primaria a 1º Bachillerato	Desde 1º a 4º de la ESO
Autores	Cristina del Barrio, Ángeles Espinosa, Elena Martín, Esperanza Ochaíta, Ángela Barrios, Mª José de Dios, Héctor Gutiérrez e Ignacio Montero	Araceli Oñate e Iñiqui Piñuel	Ángela Serrano e Isabel Iborra.

Los dos estudios más parecidos metodológicamente son Defensor del Pueblo 2006 y Centro Reina Sofía 2005; en la figura 1 observamos la incidencia del maltrato desde la perspectiva de la víctima, considerando la ocurrencia total. La modalidad de maltrato con porcentajes más elevados corresponden a las agresiones verbales: insultar, poner mote y hablar mal Ode alguien. Estas modalidades junto a ignorar, no dejar participar, amenazar para meter miedo, obligar a hacer cosas y amenazar con armas son agrupadas por el estudio Centro Reina Sofía en maltrato emocional con una incidencia total del 12%. La única modalidad que realmente se puede comparar es la de pegar (7,4%) con una incidencia mayor en el estudio Centro Reina Sofía.

Figura 1. **Porcentajes modalidades de maltrato “Defensor del Pueblo 2006” y “Centro Reina Sofía 2005”**



Con relación a la incidencia del *ciberbullying*, sólo el informe del Defensor del Pueblo (2006) revela que un 5,9% de las víctimas señala a las nuevas tecnologías como instrumentos del acoso. Recientemente, Ortega, Calmaestra y Mora (2008) han evaluado el *ciberbullying* en una muestra de 830 escolares de edades comprendidas entre 12 y 18 años, encontrando que un 26,6% de sujetos de la muestra están implicados directamente en esta modalidad de acoso. Con relación a los tipos de *cyberbullying*, la forma más frecuente de acosar a los iguales es a través de la mensajería instantánea (10,5%), seguida por el acoso en las salas chat (4,6%), el envío de SMS (4,3%), los e-mail (2,8%), las llamadas malintencionadas o insultantes (2,7%), el envío de fotografías o vídeos por teléfono móvil (1%) y, en último lugar, las páginas WEB (0,2%).

Maltrato escolar y salud mental

Es innegable el hecho de que ser víctima escolar provoca alteraciones de comportamiento y trastornos afectivos emocionales. En general el efecto más notable de maltrato escolar es la aparición de desórdenes emocionales como estrés, ansiedad y depresión, además de problemas para integrarse en el grupo de iguales debido al aislamiento y a la exclusión social. Las investigaciones que estudian estas relaciones lo hacen analizando las consecuencias a corto y a largo plazo. En la tabla 3, podemos ver las consecuencias del maltrato y sus porcentajes en el informe Centro Reina Sofía (2005) y el Cisneros X (2006).

Tabla 3. **Consecuencias del maltrato en las víctimas. Estudios “Cisneros X 2006” y “Centro Reina Sofía 2005”**

	Estudio Cisneros X 2006	Centro Reina Sofía 2005
Consecuencias del maltrato en las víctimas	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés postraumático (53,7%) • Depresión (54,8%) • Recurrencia de vivencias (29,9%) • Autodesprecio (38%) • Baja autoestima (57,2%) • Ansiedad (43%) • Somatizaciones (55%) • Autoimagen negativa (53%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nerviosismo (35,3%) • Tristeza (26,7%) • Soledad (18,1%)

Por otra parte, las investigaciones que analizan las consecuencias a largo plazo lo hacen utilizando estudios longitudinales y retrospectivos. No son frecuentes los estudios longitudinales debido al tiempo que lleva realizarlos y por la gran cantidad de recursos que movilizan. En Noruega Olweus (1993) realizó un estudio durante siete años y encontró una relación entre el hecho de ser víctima de maltrato escolar a los 15-16 años y un mayor nivel de depresión a los 23 años. En Estados Unidos Kochenderfer-Ladd y Wardrop (2001) encontraron relaciones entre ser victimizados y la soledad y nivel de satisfacción social en 388 niños estudiados desde la guardería hasta tercer curso de primaria.

Los estudios retrospectivos son más frecuentes porque permiten obtener resultados en menor tiempo. En nuestro país, con una muestra de 196 profesores de secundaria y 145 estudiantes de universitarios, Van der Meulen, Soriano, Granizo, Del Barrio, Korn y Schäfer (2003) ponen de manifiesto la relación entre maltrato y autoestima/trauma. Existe relación entre ser excluido socialmente en primaria y secundaria y trauma en hombres, mientras que en las mujeres la relación se establece con sentimientos de soledad. Ser amenazado verbalmente en primaria se relaciona de modo positivo en los hombres con sentimientos de soledad.

Otra forma de acercarnos a la relación entre maltrato escolar y salud mental es analizando variables de la personalidad asociadas a las víctimas. Investigaciones como la realizada por Estévez, Martínez y Musitu (2006) sobre un total de 965 adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y 16 años muestran que los adolescentes victimizados en la escuela se perciben a sí mismos más negativamente en los ámbitos social y emocional de la autoestima. Cerezo (2001) en una muestra de 315 alumnos de 10 a 15 años encuentra que las víctimas viven sus relaciones interpersonales con un alto grado de timidez que las llevan al retraimiento y al aislamiento social. Entre los rasgos de personalidad, estos alumnos presentan una alta puntuación en neuroticismo, ansiedad e introversión.

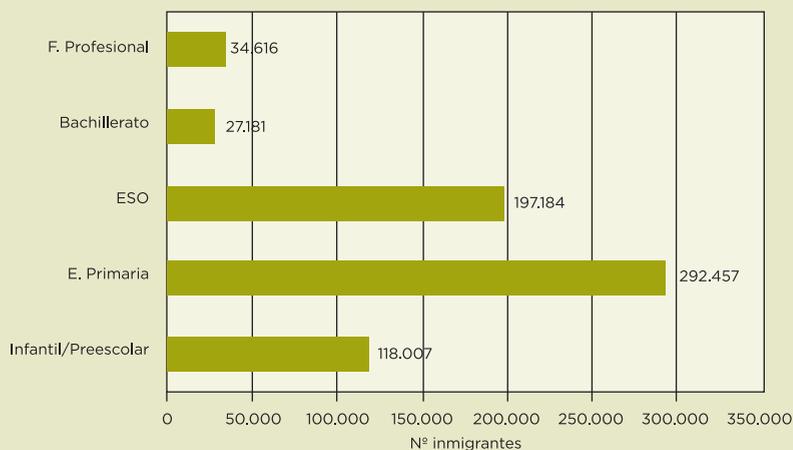
Inmigración en las aulas

Los desplazamientos de la población de una delimitación geográfica a otra por motivos económicos, sociales, políticos... han sido una constante en la historia del ser humano. España ha pasado en los últimos años de ser una nación de emigrantes a ser un país receptor de inmigrantes. En 1914, al inicio de la I Guerra Mundial, un total de tres millones de españoles emigraron, el 80% a América y casi dos millones emigran en las décadas de los 50, 60 y 70 a países europeos. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, el

año pasado había un total de 4,5 millones de inmigrantes residentes en nuestro país, casi el 10% del total de la población. Estos fuertes flujos migratorios se mantendrán hasta el año 2010 (800.000 nuevas entradas por año frente a 175.000 salidas).

El informe del 2003: “La escolarización del alumnado de origen inmigrante en España”, presentado por el Defensor del Pueblo en colaboración con UNICEF-España, destaca el aumento considerable en nuestras aulas de alumnos inmigrantes. Si en el año 1998 había unos 60.000 alumnos y alumnas no autóctonos, en el momento de realizar los trabajos de campo en el 2001, se había pasado a 123.948. En el curso 2007-2008, según datos del MEC, son aproximadamente unos 695.190 los alumnos y alumnas inmigrantes matriculados en enseñanzas de régimen general no universitarias. Suponen, con relación al curso anterior 2006-2007, un incremento de 85.579. En la figura 2, podemos ver el número de alumnos y alumnas inmigrantes por niveles. En general, los procesos de reagrupamiento familiar, entre otras razones, han propiciado un aumento notable de alumnos y alumnas de diferentes orígenes, lenguas y culturas en nuestras aulas (Navarro y Huguet, 2006). Más de un 9,4% de los alumnos de las escuelas españolas son extranjeros, elevándose este porcentaje en comunidades como La Rioja (15,1%), Baleares (14,4%), Madrid (13,9%), Cataluña (12,4%), Murcia (12,2%) y Comunidad Valenciana (12%). En cuanto al origen de procedencia un 29,2% son europeos, un 19,4% son africanos, mayoritariamente magrebíes, y un 41,95 provienen de América del Sur.

Figura 2. **Número de inmigrantes matriculados en enseñanzas de régimen general no universitarias. Fuente Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (2008). Datos y cifras curso 2008/09. Madrid.**



Inmigración y salud mental

En los últimos años se ha incrementado la desigualdad de los alumnos y alumnas extranjeros con respecto a los autóctonos, especialmente con los de origen africano magrebí, que han aumentado en un 90% su presencia en los centros públicos. Estos alumnos y alumnas son los que presentan mayores

problemas de adaptación. Diferentes estudios españoles (Rodríguez, Romero, Luque y Rocío, 2002; Siguan, 1998; Díaz-Aguado y Baraja 1993; Baraja, 1992) demuestran como los estudiantes inmigrantes presentan problemas de adaptación social, un peor status social y bajo autoconcepto. Las relaciones sociales adecuadas con los compañeros constituyen una de las mejores oportunidades para el desarrollo de la competencia social y fuente de apoyo emocional. Investigaciones de las últimas décadas demuestran claramente que las relaciones entre los estudiantes influyen de forma decisiva sobre aspectos como la adquisición de competencias y destrezas sociales, el control de los impulsos agresivos, el grado de adaptación a las normas establecidas, la superación del egocentrismo, la relativización del punto de vista, el nivel de aspiración y el proceso de socialización en general (Johnson, 1981).

¿Qué mecanismo media en las relaciones sociales entre los estudiantes autóctonos y los inmigrantes? Sin duda, las actitudes que los primeros mantengan hacia los segundos. La actitud es una tendencia o disposición psicológica, de carácter aprendido, que se expresa mediante una evaluación favorable o desfavorable; es producto y resumen de todas las experiencias del sujeto. Autores como Fishbein y Ajzen (1975), conciben la estructura de las actitudes integrada por tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. A pesar del amplio consenso a considerar la actitud como un sistema unitario, pero compuesto por tres factores, quizás sea Breckler (1984) el autor que mayores evidencias ha aportado sobre la existencia del modelo de los tres componentes de las actitudes: cognitivo formado tanto por las creencias, ideas, pensamientos, como por su expresión o manifestación; afectivo formado por los sentimientos, estados de ánimo y las emociones asociadas con el objeto de actitud y conativo-conductual formado por las tendencias y disposiciones así como por las conductas propiamente dichas.

En relación al prejuicio étnico, el componente cognitivo (estereotipo) está formado por ideas, cogniciones y creencias cargadas de una valoración negativa. El componente afectivo (prejuicio) implica sentimientos o emociones negativas respecto al exogrupo o ausencia de positivas (Pettigrew y Meertens, 1995). Desde distintas posiciones teóricas podemos comprender las relaciones de causa efecto que se establecen entre los diferentes componentes. La posición clásica defiende que el estereotipo, las creencias negativas, llevan a sentir emociones negativas hacia la minoría y de ahí, a comportamientos discriminatorios. La posición de autores como Kinder y Sears (1981), McConahay, Hardee y Batts (1981) dan una mayor importancia al componente afectivo (prejuicio), que se aprendería en edades muy tempranas. En general, unas relaciones de rechazo, basadas en las actitudes y el prejuicio, son la causa del estrés y de los problemas de inadaptación social en los alumnos y alumnas inmigrantes.

¿Qué colectivo de inmigrantes es el más vulnerable? Si nos centramos en los dos más numerosos, iberoamericanos y africanos (magrebíes), las investigaciones revelan unas actitudes más negativas hacia los inmigrantes magrebíes que hacia los iberoamericanos. Este hecho responde a una distancia cultural e histórica más cercana a estos últimos. Sin duda alguna, la imagen de tercermundismo, atraso y escasa civilización que nos llega por los medios de comunicación de las culturas norteafricanas, no ayuda a tener valoraciones más positivas. Este grupo no goza de buena imagen en países de nuestro entorno, por ejemplo, estudios realizados en Francia señalan que

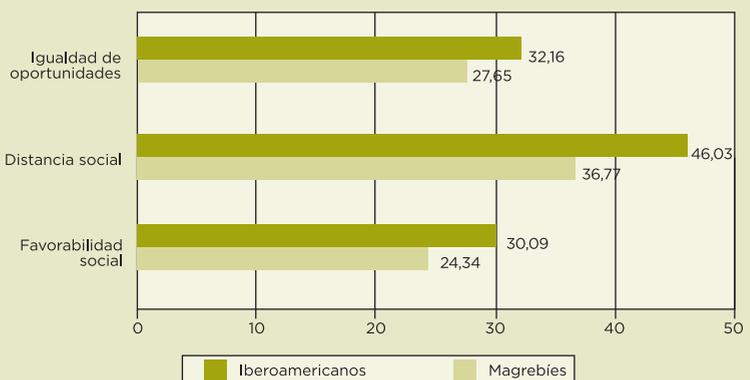
es uno de los grupos que despiertan mayores actitudes negativas: el 40% de los franceses declara sentir cierta antipatía por los magrebíes.

Investigaciones llevadas a cabo en España (Barómetro del CIS, 2002-2003; Calvo Buezas, 2003 e Informe del Defensor del Pueblo sobre la “Escolarización del alumno inmigrante”, 2003), demuestran que las actitudes más negativas se tienen hacia el grupo de inmigrantes magrebíes. La encuesta realizada este año 2008, a 10.507 chavales de 13 a 19 años, por el Centro de Estudios sobre Migraciones y Racismo (CEMIRA) de la Universidad Complutense pone de manifiesto que el grupo moros/árabes es el más rechazado. Concretamente, a la cuestión “*Por grupos, echarías de España a...*”, un 39,1% de los escolares encuestados eligió a los moros/árabes, un 27,4% a los gitanos y un 24,7% a los latinoamericanos. Otros estudios sobre estereotipos muestran que el grupo más rechazado en España es el gitano, seguido de los magrebíes y de los inmigrantes sub-saharianos, mientras que los latinoamericanos son los menos rechazados.

León, Felipe, Gómez, Gozalo y Latas (2007) con una muestra de 474 estudiantes de edades comprendidas entre los 10 y 15 años, verifican la existencia de actitudes más positivas por parte de los estudiantes autóctonos hacia los alumnos y alumnas inmigrantes iberoamericanos, y menos hacia los magrebíes. En la figura 3 podemos ver las puntuaciones de los factores donde se encontraron diferencias significativas.

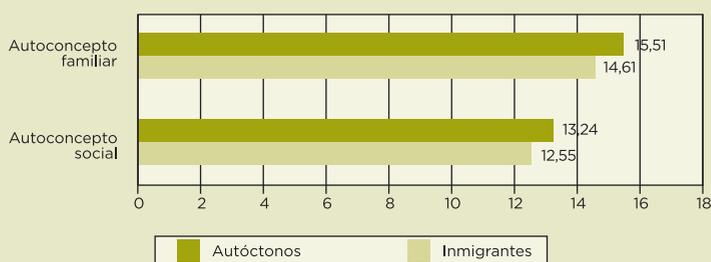
El primer factor “*Favorabilidad social*” se refiere a una dimensión evaluativa en la que se hace referencia a la confianza o la calidad de las relaciones humanas que se pueden esperar del trato con los alumnos y alumnas inmigrantes (alegres, guapos, trabajadores, limpios, inteligentes, pacíficos...). El segundo factor “*Distancia social*” se refiere a situaciones de intimidad próximas (Compartir objetos, asistir juntos a un campamento, compartir una tienda, el asiento en un autobús...). El tercer factor “*Principios y políticas de igualdad*” se refiere a principios de igualdad de oportunidades y de políticas de implementación de principios igualitarios (Ayudas para casas, elegir carreras y trabajos, ocupar cargos directivos...).

Figura 3. Puntuaciones medias obtenidas por los alumnos autóctonos en los factores de la “Escala de Actitudes hacia el Alumno Inmigrante”



El colectivo de alumnos y alumnas inmigrantes magrebíes es el más vulnerable, hacia este colectivo se mantienen las actitudes más negativas y, por tanto, el riesgo de exclusión puede generar problemas emocionales y de inadaptación social. ¿Cuáles son realmente las características sociales y emocionales de estos estudiantes? León, Felipe, Gómez, Gozalo y Latas (2007) han realizado un estudio para comparar el autoconcepto y la sociabilidad de alumnos y alumnas autóctonos e inmigrantes magrebíes. La muestra se compuso de 218 estudiantes, con edades comprendidas entre los 10 y 15 años. En la figura 4, se presentan las puntuaciones en los autoconceptos donde se encontraron diferencias significativas. Los alumnos y alumnas autóctonos puntuaron más alto en el autoconcepto social y familiar que los inmigrantes.

Figura 4. **Puntuaciones medias obtenidas por alumnos autóctonos y alumnos magrebíes en autoconcepto familiar y social.**



En relación al menor autoconcepto familiar, no debemos olvidar que los padres de estos escolares inmigrantes proceden de Oujda, provincia del noreste de Marruecos, una de las más desfavorecidas, no es de extrañar que un alto porcentaje de los inmigrantes marroquíes sea analfabeto en su propia lengua y ofrezcan escaso apoyo a sus hijos en tareas escolares.

En la figura 5, podemos observar las puntuaciones obtenidas en los diferentes factores de sociabilidad. Se encontraron diferencias significativas en los factores “Consideración hacia los demás”, “Retraimiento social” y “Ansiedad social/timidez”.

Figura 5. **Puntuaciones medias obtenidas por alumnos autóctonos y alumnos magrebíes en diferentes factores de sociabilidad.**



Los datos evidencian en los alumnos y alumnas inmigrantes magrebíes unas interacciones sociales escasas y un nivel de integración menor, se perciben dificultades para conseguir y mantener amigos, se sienten aislados y tímidos, lo que explica una menor sensibilidad social y preocupación por los demás. Este aislarse y encerrarse en su propio grupo de los alumnos y alumnas marroquíes puede ser un mecanismo de defensa ante el rechazo que perciben en sus compañeros del grupo mayoritario. Mecanismo que según Díaz-Aguado (1996) se da en contextos interétnicos en los grupos minoritarios. Los resultados del estudio manifiestan, en la muestra de estudiantes inmigrantes, problemas de adaptación social, de competencias sociales y, por tanto, de inclusión social.

Aprendizaje cooperativo una metodología “saludable” en las aulas

El aprendizaje cooperativo ha sido un tema muy investigado durante los últimos cuarenta años desde diversas concepciones teóricas. *“Los métodos educativos basados en el aprendizaje cooperativo se han extendido rápidamente por todo el mundo”* (Webb 1989, p.5). Las técnicas de aprendizaje cooperativo constituyen una metodología innovadora que puede ayudar a resolver los problemas más acuciantes en el ámbito educativo, como el fracaso escolar, la falta de motivación, las relaciones profesores alumno, el maltrato entre iguales y, por supuesto, el tratamiento de la multiculturalidad en el aula. No es fácil definir el aprendizaje cooperativo porque bajo este concepto se engloban técnicas que a veces, no tienen nada en común. Aceptamos la idea de que las técnicas de aprendizaje cooperativo son grupales, pero no todas las técnicas de grupo lo de aprendizaje cooperativo.

¿Qué es el aprendizaje cooperativo? Puede definirse partiendo de diversas posiciones teóricas. Desde el punto de vista de la Psicología Social se define una situación social cooperativa, como aquella en la que las metas de los individuos separados van tan unidas que existe una correlación positiva entre las consecuciones o logros de sus objetivos. Un individuo alcanza su objetivo si, y sólo si, también los otros miembros alcanzan el suyo. Lo importante de esta definición es que en una situación de aprendizaje cooperativo los alumnos persiguen una meta u objetivo común lo que crea una interdependencia entre los miembros del grupo. Una situación social competitiva es aquella en la que las metas de los componentes por separado están relacionadas entre sí, de tal forma que existe una correlación negativa entre la consecución de sus objetivos. Un individuo alcanzará su objetivo si, y sólo si, los otros no alcanzan el suyo. Una situación individualista es aquella en la que no existe correlación alguna en la consecución de los objetivos entre los participantes. La consecución de un objetivo por un miembro no influye en la consecución del suyo por parte de los demás participantes. En consecuencia cada participante buscará conseguir su objetivo, sin tener en cuenta para nada las actuaciones de los demás.

Desde la perspectiva conductista, Kelley y Thibaut (1969), definen una estructura cooperativa como aquella en la que las recompensas o refuerzos del individuo son directamente proporcionales a la calidad del trabajo en grupo. Algunas técnicas de aprendizaje cooperativo como los torneos grupales y los individuales utilizan premios y recompensas, éstos se consiguen tras una fase de competición entre equipos. La competición siempre es justa, pues todos los miembros tienen la misma oportunidad de contribuir al éxito del equipo.

Tabla 4. **Acercamientos conceptuales al término aprendizaje cooperativo.**

PSICOLOGÍA SOCIAL	Consigo mis metas, si los demás también las consiguen
PERSPECTIVA CONDUCTUAL	Refuerzos e incentivos a la calidad del trabajo en grupo
PSICOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN	Cambio de comportamiento y/o conocimiento en un sujeto como consecuencia de su interacción con otros, en una tarea educativa que requiere aunar esfuerzos

Desde la psicología de la educación definimos el aprendizaje cooperativo como un cambio de comportamiento o conocimiento de un sujeto, como consecuencia de la interacción con otros en una situación en la que se necesita aunar esfuerzos para alcanzar una meta común. Lo esencial de esta definición es que pone énfasis en un aspecto importante de las técnicas de aprendizaje cooperativo, como que la finalidad de las mismas sea el aprendizaje de contenidos. Si tuviéramos que dar una definición de aprendizaje cooperativo desde nuestra experiencia, diríamos que es una situación de trabajo en grupo cuyos miembros se comunican de forma eficaz, son responsables e interdependientes y persiguen una meta común, que es el aprendizaje de contenidos.

¿Cuáles son las consecuencias de la práctica del aprendizaje cooperativo? Como podemos ver en la figura 6, tiene efectos positivos sobre variables académicas, afectivas y sociales. Respecto a las variables académicas, en el metaanálisis efectuado por Johnson, Maruyama, Johnson, Nelson y Skon (1981), se verificó que la cooperación es superior a la competición y a la individualidad en cuanto al rendimiento y la productividad de todos los participantes. Este hecho se muestra independientemente de la naturaleza del contenido y de los grupos de edades y de sus niveles, incluido el universitario. No sólo mejoran el rendimiento y la productividad, también influyen sobre las metas de aprendizaje. Las situaciones de aprendizaje cooperativo son más dinámicas, atractivas y divertidas. Por otro lado, otorgan al alumno más responsabilidad y poder sobre el aprendizaje, aumentan la percepción de autonomía y la competencia percibida, pues ésta es la suma de las de todos los miembros del grupo.

Figura 6. **Consecuencias académicas, afectivas y sociales de la práctica del aprendizaje cooperativo.**



A nivel afectivo, las técnicas de aprendizaje cooperativo influyen sobre la motivación porque mejoran las metas de aprendizaje. También influyen sobre las atribuciones que realiza el alumno cuando fracasa. En grupo la causa del fracaso se atribuye al esfuerzo pues éste es la suma de todos los miembros del grupo, además otras explicaciones del fracaso como la suerte, la dificultad de la tarea... se descartan, porque yo puedo tener mala suerte o percibir la tarea como difícil, pero no el resto de mis compañeros de equipo. Por último, estas técnicas mejoran la autoestima y el autoconcepto.

¿Mejoran las técnicas de aprendizaje cooperativo la convivencia escolar, reduce el maltrato entre iguales? Para Díaz-Aguado (2003) con los procedimientos educativos tradicionales, las oportunidades se distribuyen de forma desigual, dando lugar a la exclusión e intolerancia entre los estudiantes. Los contextos heterogéneos, que promueven las técnicas de aprendizaje cooperativo, contribuyen a desarrollar la tolerancia cuando se dan las oportunidades de igualdad de estatus que permitan establecer relaciones de amistad con miembros de otros grupos. A nivel social, el trabajo en grupo permite la adquisición de habilidades sociales. Los miembros del grupo aprenden a solicitar cambios de comportamiento, mantener una conversación, pedir ayuda, dar explicaciones, decir no, hacer críticas, defender derechos, cooperar, negociar, cuestionar lo que es injusto. Por otro lado, la interacción social posibilita la adquisición de destrezas conversacionales como escuchar, ceder, argumentar, respetar turnos de participación, preguntar, responder...

Diferentes estudios han encontrado que la cooperación está positivamente relacionada con la habilidad para situarse en la perspectiva emocional de los otros. En interacciones cooperativas se produce un cambio en la conducta del alumno como consecuencia de su anticipación ante las necesidades y respuestas de los otros. Estos cambios favorecen las habilidades para ponerse en la perspectiva, tanto cognitiva como emocional, de los demás y disminuyen las respuestas egocéntricas.

A partir de un metaanálisis efectuado sobre 177 estudios, que analizaba las consecuencias de las diferentes estructuras de aprendizaje, cooperativas, competitivas e individualistas en la atracción interpersonal, Johnson y Johnson (1990) llegan a las siguientes conclusiones: 1) El aprendizaje cooperativo proporciona mayor atracción interpersonal entre los alumnos y lleva a unas actitudes más positivas hacia los compañeros diferentes; 2) El aprendizaje cooperativo produce una mayor atracción entre los estudiantes de la mayoría y minorías; 3) Lleva a una mayor atracción interpersonal entre los estudiantes y cuanto más pura sea la cooperación, más fuerte será su impacto sobre la atracción interpersonal, incluso cuando los individuos se desagradan mutuamente al inicio.

En el metaanálisis citado, Johnson y Johnson (1990) encontraron que, con mucha diferencia, son las situaciones de aprendizaje cooperativo las que producen más apoyo social. El apoyo social, no sólo facilita unas relaciones más positivas entre los grupos y la integración, sino que también está relacionado con el aumento de la productividad, la mejora de la salud física y mental y un mejor ajuste psicológico que permite un incremento de la capacidad para controlar el estrés.

¿Mejora el aprendizaje cooperativo las actitudes y los prejuicios hacia los alumnos inmigrantes? Con relación al tema de la multiculturalidad, aunque es algo muy complejo al tratarse de un fenómeno multidimensional, existen

muchas probabilidades de conseguir una inclusión real de los alumnos y alumnas inmigrantes si existe un clima cooperativo en el aula frente a otro competitivo, gracias al mayor número de interacciones positivas. En efecto, esta fue la conclusión a la que llegaron Johnson, Johnson y Maruyama (1983) en un metaanálisis sobre la bibliografía existente. Entre otras conclusiones destacamos:

1) El aprendizaje cooperativo lleva a una mayor cohesión en la clase. Existen menos interacciones negativas entre los estudiantes con necesidades educativas y los que no las tienen. 2) En las situaciones cooperativas, los alumnos se sienten más queridos, apoyados y aceptados por los otros. Johnson y Johnson (1984) encontraron que la atracción entre niños y niñas normales y excluidos aumentaba significativamente cuando trabajaban cooperativamente, más que cuando lo hacían competitiva o individualmente. Esta diferencia permanecía después del periodo instruccional, por ejemplo en sus interacciones durante el recreo. 3) Las situaciones de aprendizaje cooperativo conducen a mayores niveles de autoestima y de autovaloración que las competitivas o individualistas. 4) Llevan a un mayor rendimiento y productividad en los estudiantes más marginados etc., que las situaciones competitivas e individuales.

Las situaciones de aprendizaje cooperativo posibilitan un contacto positivo y personal entre alumnos y alumnas autóctonos e inmigrantes. Este contacto positivo es probable que reduzca la percepción de amenaza y la ansiedad intergrupal, disminuyendo el prejuicio. Como afirman Ramírez y Rodríguez (2006), el hecho de que los estudiantes estén en el aula, y por tanto exista sólo un contacto presencial, no garantiza una mejora de las actitudes intergrupales. Distintos estudios demuestran que para que el contacto sea efectivo debe tratarse de un contacto directo y personal que facilite la percepción de las características individuales de los miembros del exogrupo. La reducción de los prejuicios se puede lograr, como afirma Brown (1988), mediante contactos en condiciones de igualdad y buscando objetivos comunes mediante la cooperación.

Las técnicas de aprendizaje cooperativo contribuyen a desarrollar oportunidades de igualdad de estatus que probablemente permitan establecer relaciones de amistad entre alumnos y alumnas autóctonos e inmigrantes. Allport (1954) en su hipótesis del contacto señala que, para lograr cambios positivos en las actitudes interétnicas, se deben proporcionar situaciones de contacto en las que los estudiantes de distintos grupos tengan un estatus similar. El desarrollo de las técnicas de aprendizaje cooperativo crea situaciones donde los estudiantes adquieren información sobre los demás. La realización de tareas conjuntas por parte de alumnos y alumnas autóctonos e inmigrantes aumenta la percepción de semejanzas en aspectos relevantes, como opiniones, actividades, intereses... Esta nueva información sobre capacidades, intereses, aspectos personales y culturales de los otros, mejora las relaciones entre los estudiantes. Para Allport (1954) el conocimiento de detalles sobre los miembros del "otro grupo" provoca un cambio favorable en las actitudes que mejora la convivencia de diversos grupos raciales en un mismo lugar, por ejemplo el aula.

Las técnicas de aprendizaje cooperativo son más eficaces en las aulas donde hay un mayor número de estudiantes inmigrantes. Un aula en la que la mitad de los alumnos y alumnas sean inmigrantes, proporciona un mayor número de oportunidades de interacción intergrupal. Un número considerable de

inmigrantes en el aula garantiza que en todos los equipos de aprendizaje cooperativo se den las condiciones para que exista un mayor número de contactos entre los estudiantes, de tal forma que es prácticamente imposible que alguno ya sea inmigrante o autóctono, se quede sin interactuar, hablar, preguntar, compartir, explicar, solicitar, dar ayuda... con los demás. El número de inmigrantes por aula es un factor clave para que se produzca un cambio de actitudes entre los alumnos autóctonos e inmigrantes. En definitiva, el aprendizaje cooperativo es una herramienta eficaz para favorecer actitudes positivas ante las relaciones intergrupales y para favorecer la inclusión de minorías étnicas, especialmente alumnos inmigrantes, mejora la salud mental y favorece un buen ajuste psicológico que permite controlar el estrés. *“Este método puede salvar las barreras a la amistad y a la interacción”* (Slavin 1985, p.136).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Allport, G.W.** (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Addison-Wesley. (Trad. cast.: La naturaleza del prejuicio. Buenos Aires: Universitaria de Buenos Aires 1962).
- Alonso, J. y Mateos, M.** (1986) “Atribuciones y conducta” *Revista de Ciencias de la Educación*. 126, 141-157.
- Alonso, J. y Montero, I.** (1990). Motivación y aprendizaje escolar. En C. Coll, A. Marchesi y J. Palacios (comps.), *Desarrollo Psicológico y Educación. Vol II. Psicología de la educación* (p.183-198). Madrid: Alianza.
- Baraja, A.** (1992). *El proceso de adaptación escolar en contextos interétnicos, un modelo de intervención para reducir el prejuicio*. Madrid: Universidad Complutense.
- Breckler, S.J.** (1984) “Empirical validation of affect and cognition as distinct components of attitude” *Journal of Personality and Social psychology*. 47, 1191-1205.
- Brown, R.** (1988). *Group processes. Dynamics within and between groups*. Oxford: Blackwell.
- Calvo Buezas, T.** (2003). *Juventud e interculturalidad: los jóvenes españoles ante otros pueblos y culturas*. Fundación Centra. Documento de trabajo S2003/05.
- Centro de Investigaciones Sociológicas.** (2000-2003). *Barómetros de opinión*, estudios 2398, 2409, 2459 y 2511.
- Cerezo, F.** (2001) “Variables de personalidad asociadas a la dinámica bullying (agresores versus víctimas) en niños y niñas de 10 a 15 años” *Anales de Psicología*, 17(1), 37-43.
- Defensor del Pueblo.** (2003). *La escolarización del alumnado inmigrante en España: análisis descriptivo y estudio empírico*. Madrid.
- Defensor del Pueblo** (2006). *Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria (1999-2006)*. Madrid: Publicaciones del Defensor del Pueblo.
- Díaz-Aguado, M.J.** (1996). *Escuela y tolerancia*. Madrid: Pirámide.
- Díaz-Aguado, M.J.** (2003). *Educación intercultural y aprendizaje cooperativo*. Madrid: Pirámide.
- Díaz-Aguado, M.J.** y Baraja, A. (1993). *Interacción educativa y desventaja sociocultural*. Madrid: Cide.
- Estévez, E., Martínez, B. y Musitu, G.** (2006) “La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: la perspectiva multidimensional” *Intervención Psicosocial*. 15(2), 223-233.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P.** (2003) “La inteligencia emocional en el contexto educativo: Hallazgos científicos de sus efectos en el aula” *Revista de Educación*. 332, 97-116.
- Felipe, E., León, B., Gozalo, M. y Muñoz, B.** (2004) “Información y actitudes hacia las drogas en adolescentes” *Ciencia Psicológica*. 9, 30-44.
- Fishbein, J.A y Azjen, I.** (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, Addison Wesley.

- Garaigordobil, M.** (2006) "Psychopathological symptoms, social skills and personality traits: a study with adolescents" *The Spanish Journal of Psychology*. 9 (2), 182-192.
- Garaigordobil, M., Pérez, J.L. y Mozaz, M.** (2008) "Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms" *Psicothema*. 20 (1), 114-123.
- Heider, F.** (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Instituto Nacional de Estadística.** (2007). *Encuesta nacional de inmigrantes 2007*. Madrid: Ministerio de Economía y Hacienda.
- Johnson, D.W.** (1981). Social psychology. En F.M Farley y M.J Gordon (Eds.), *Psychology and education. The state of the union* (págs. 256-297). Berkeley, California: McCutchan.
- Johnson, D.W. y Johnson, R.** (1984) "Building acceptance of differences between handicapped and non-handicapped students. The effects of cooperative and individualistic instruction" *Journal Social Psychology* 122, 257-267.
- Johnson, D.W. y Johnson, R.** (1990). *Cooperation and competition. theory and research*. Hillsdale, N.J.: Addison-Wesley.
- Johnson, D.W., Johnson, R. y Maruyama, G.** (1983) "Interdependence and interpersonal attraction among heterogeneous and homogeneous individuals. A theoretical formulation and meta-analysis of the research" *Review Educational Research*. 53,5,54.
- Johnson, D.W., Maryuama, G., Johnson, R., Nelson, O. y Skon, L.** (1981) "Effects of cooperative, competitive and individualistic goal structures on achievement. A meta-analysis" *Psychological Bulletin*. 89,47-62.
- Kelley, H.H. y Thibaut, J.W.** (1969). Group problem solving. En G. Linzey y E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology*. Reading Addison-Wesley, 4,1-101.
- Kinder, D.R. y Sears, D.O.** (1981) "Prejudice and politics: Symbolic racism versus racial threats to the good life" *Journal of Personality and Social Psychology*. 40, 414-431.
- Kochenderfer-Ladd, B. y Wardrop. J.L.** (2001) "Cronicity and instability of children's peer victimization experiences as predictors of loneliness and social satisfaction trajectories" *Child Development*. 72, 134-151.
- León, B., Felipe, E., Gómez, T., Gozalo, M. y Latas, C.** (2007) "Scale of attitudes of schoolchildren towards immigrant pupils" *European Journal Psychology of Education*. 22 (4), 439-454.
- León, B., Felipe, E., Gómez, T., Gozalo, M. y Latas, C.** (2007) "Socialización y autoconcepto en una muestra de alumnos inmigrantes marroquíes" *Apuntes de Psicología*. 25(1), 53-65.
- McConahay, J. B., Hardee, B.B. y Batts, V.** (1981) "Has racism declined in America? It depends on who is asking and what is asked" *Journal of Conflict Resolution*. 25, 563-579.
- Ministerio de Educación, Política Social y Deporte** (2008). *Datos y cifras curso 2008/09*. Madrid.
- Navarro, J.L. y Huguet, A.** (2006). Inmigración y resultados escolares: lo que dice la investigación. C & E: *Cultura y Educación*, 18 (2), 117-126.
- Olweus, D** (1983). Low school achievement and aggressive behaviour in adolescent boys. En D. Magnusson, y V. Allen (eds.), *Human development. An interactional perspective* (p. 353-365). Nueva York: Academic Press.
- Olweus, D.** (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwells. Trad. cast. Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Madrid: Morata, 1998.
- Ortega, R., Calmaestra, J. y Mora, J.** (2008) "Cyberbullying" *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 8 (2), 183-192.
- Pettigrew, T.F y Meertens, R.W.** (1995) "Subtle and blatant prejudice in Western Europe" *European Journal of Social Psychology*. 25, 57-75.
- Piñuel, I. y Oñate, A.** (2007). *Acoso y violencia escolar en España*. Madrid: lieddi.
- Ramírez, M. C. y Rodríguez, A.** (2006) "Variables predictoras de la actitud hacia los inmigrantes en la Región de Murcia (España)" *Anales de Psicología*. 22, 76-80.
- Rodríguez, G., Romero, J.F., Luque, D. y Rocío, L.** (2002) "Integración escolar y rendimiento de una muestra de alumnos inmigrantes de Algeciras" *Psicología Educativa*. 8, 5-20.

- Serrano, A. e Iborra, I.** (2005). *Violencia entre compañeros en la escuela*. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Siguan, M.** (1998). *La escuela y los inmigrantes*. Barcelona: Paidós Educador.
- Slavin, R.E.** (1983). *Cooperative Learning*. New York: Longman. (Trad. cast.: *La enseñanza y el método cooperativo*. México. Edamex 1985).
- Smith, P.K., Mahdavi, J., Carvalho, C. y Tippett, N.** (2006) An investigation into cyberbullying, its forms, awareness and impact, and the relationship between age and gender in cyberbullying. A Report to the Anti-Bullying Alliance.
- Van der Meulen, K., Soriao, L., Granizo, L., Del Barrio, C., Korn, S. y Schäfer, M.** (2003) "Recordando el maltrato entre iguales en la escuela: consecuencias e influencia en la actuación del profesorado" *Infancia y Aprendizaje*. 26(1), 49-62.
- Watson, D.C.** (1998) "The relationship of self-esteem, locus of control and dimensional models to personality disorders" *Journal of Social Behavior and Personality*. 13, 399-420.
- Webb, N.M.** (1989). "Guest editor's preface" *International Journal of Educational Research*. 13, 5-7.



La depresión en adolescentes

El presente artículo define el concepto de depresión, recorre su evolución histórica y compara las diferentes teorías acerca de su etiología. Analiza la prevalencia y las diferencias según sexo, edad y cultura. Tras esta introducción general, se centra en la depresión adolescente describiendo los criterios diagnósticos para adultos y las características diferenciales con los adolescentes. Se evalúan los factores de protección y los de riesgo con una mención particular del riesgo de suicidio. También se analizan las posibles complicaciones y las consecuencias que se derivan de este tipo de trastornos. Por último, se exponen los tratamientos disponibles: psicofarmacológicos y psicoterapéuticos con sus ventajas y limitaciones. En un último apartado, se recogen instrumentos de evaluación, recomendaciones para padres y direcciones de interés. Las conclusiones generales enfatizan la necesidad de crear unidades multidisciplinares especializadas que permitan una detección precoz y un tratamiento integrado.

Definición

Depresión

La depresión se trata de un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. así como síntomas somáticos diversos.

Hollon y Beck (1979), definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

Para algunos autores, los síntomas de la depresión en el adolescente son: aburrimiento, fatiga, nerviosismo, falta de concentración, llamadas de atención, conducta sexual anárquica, hipocondría y agresividad (Weiner, H.; Glaser, D.; Malmquist, C.P.) Toolan, M. (1996) sin embargo, se centra más en trastornos del comportamiento: desobediencias, faltas injustificadas a clase, cólera, fugas injustificadas, auto destructividad, tendencias masoquistas y predisposición a los accidentes, conceptos (agresividad, problemas escolares e inestabilidad) que ya citaba Bakwin, H. en 1956. De todos modos, existe un infra diagnóstico de la depresión en la adolescencia, debido a la interpretación de la variabilidad de los estados de ánimo como cambios hormonales propios de esta etapa.

Adolescencia

La adolescencia es el período comprendido entre los 12 y los 18 años. Este periodo está marcado por cambios muy importantes en tres áreas:

Físicamente, el adolescente experimenta todos los cambios corporales de la pubertad.

En cuanto al **desarrollo cognoscitivo**, los adolescentes inician el pensamiento operacional formal y los primeros pasos hacia la construcción de una identidad ocupacional y sexual. Las primeras etapas de las operaciones formales son visibles para muchos, pero no para todos los adolescentes en este periodo. Estas etapas de los 14 años o más se caracterizan por un razonamiento moral convencional. A los 17 o 18 años, algunos adolescentes han alcanzado operaciones formales consolidadas por un razonamiento moral.

En el **desarrollo social** estos cambios no sólo afectan a las relaciones con sus compañeros, también afectan a las relaciones con sus padres. De hecho, es el periodo de desequilibrio social con mayores problemas en las relaciones padre-hijo, influencia máxima de la presión de los compañeros y problemas de la conducta y depresión. El adolescente empieza a cuestionar los antiguos valores, los viejos papeles, las viejas ideas de la identidad. Las amistades individuales son importantes a lo largo de este periodo, aunque también se inician las relaciones heterosexuales.

Diagnóstico

Historia

La depresión existe desde la antigüedad. En el Antiguo Testamento se describe un síndrome depresivo en el rey Saúl. Homero, en el 400 a. C., se refirió a los trastornos mentales a los que denominó “mainé” y “melancolía” (En la *Iliada* se relata el suicidio de Ajax). Soranos de *Ephesus* describió los síntomas principales de la melancolía que son tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad en ocasiones jovialidad.

Posteriormente, Aulus Cornelius en el 30 a.C. describió la melancolía en su libro “*De re medicinae*”: Kaplan, H. & Sadoock, B. (1996), término que también utilizaron Areteo (120-180), Galeno (129-199), Alexander de Tralles en el Siglo VI y el médico Moses Maimónides en el Siglo XII.

Por desgracia, el último período Medieval se caracterizó por un énfasis en la demonología y la superstición como bases explicativas del comportamiento anormal. Sin embargo Paracelso (1493-1541) se opuso a estas creencias retomando las tesis Griegas que explicaban la conducta desadaptada en base a fenómenos naturales. En el Siglo XVI, Juan Huarte de San Juan (1530- 1589) escribió un tratado sobre psicología “*Probe of the mind*”, apoyando la explicación racional del desarrollo psicológico frente a teorías teológicas.

Otro escritor de la Edad de la Razón: Robert Burton (1577-1640), destacó el papel del enfado como centro emocional de la depresión en su obra “*Anatomy of Melancholy*”. Posteriormente en el Siglo XVII, Bonet describió una enfermedad mental a la que denominó “*maniaco-melancholicus*”. En 1854 Jules Falret llamó “*folie circulaire*” a una enfermedad caracterizada por la alternancia de estados depresivos con estados de manía. Coetáneo de

Falret, el psiquiatra francés Jules Baillarger describió una forma de depresión “folie à double forme” en la que los pacientes se iban deprimiendo cada vez más, entrando en un estado de estupor del que se recuperaban tras un espacio temporal.

Durante los inicios del Siglo XIX, el médico Franz Joseph Gall (1.758-1.828) formuló la teoría de la frenología tras estudiar el cerebro de diferentes tipos de personas: jóvenes, ancianos y trastornados. Según esta teoría, distintas facultades psicológicas se localizan en áreas específicas del cerebro. Se va evolucionando pues, hacia una base física de la enfermedad mental, como reflejan los tratamientos del médico escocés William Cullen (1.712- 1.790)

En estos mismos años, aparece un movimiento de reforma en Francia que, capitaneado por Pinel (1.745-1.826), refleja la compasión por las personas que padecen trastornos mentales. Pinel plantea que lo que necesitan los pacientes es cuidado humano y tratamiento. De hecho, llegó a proponer el siguiente tratamiento:

“Paciencia, firmeza, sentimiento humanitario en la forma de guiarlos, cuidado continuo en los pabellones para evitar los brotes de ira y las exasperaciones, ocupaciones agradables que varíen de acuerdo con las diferencias en el gusto, distintos tipos de ejercicio físico, lugares amplios entre los árboles, toda la alegría y la tranquilidad de la vida en el campo y, de vez en cuando, música suave y melodiosa, algo fácil de lograr ya que casi siempre en estos establecimientos hay algún músico distinguido cuyo talento necesita ejercitarse y cultivarse.” Pinel (1.809) pp. 258-260.

Una de las características que más nos interesan de este movimiento de reforma europeo, fue la creación de instituciones para el tratamiento de niños con problemas psicológicos y con retraso mental. A principios del siglo XIX, había una elevada tasa de mortalidad infantil y una muerte prematura en aquellos niños y adolescentes que trabajaban en minas de carbón, y fábricas textiles. A principios del siglo XIX Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir a suicidio.

En América, Dorothea Dix (1.802-1.887) maestra de Boston, se preocupó tanto por la falta de trato humano e instalaciones dignas para los enfermos mentales, que visitó 18 misiones, 300 prisiones y 500 hospitales consiguiendo que se construyeran 32 hospitales de salud mental.

En Europa hasta 1.850, a los niños se les internaba en las mismas instituciones que a los adultos (se les encarcelaba), puesto que la niñez era la época anterior a la adquisición de la razón y la pérdida de la razón significaba demencia. En 1.816 casi un cuarto de los prisioneros de las cárceles Londinenses tenían menos de 17 años.

Tras una lenta evolución, a mediados del siglo XIX, los libros de texto que describían las anomalías psicológicas, empezaron a incluir secciones dedicadas a los niños en las que se describían trastornos como el denominado “demencia de edad temprana”.

En 1.882 desde Alemania, el psiquiatra Karl Kahlbaum acuñó el término “ciclotimia” para englobar depresión y manía, como estados de la misma enfermedad mientras que Kraepelin en 1.899 describía una psicosis maniaco depresiva cuyos criterios son compatibles con lo que actualmente se

diagnostica como Bipolar I y otro caso compatible con el trastorno de ánimo de inicio tardío.

Se habían sentado las bases nosográficas que permitirían en los albores del siglo veinte, establecer las clasificaciones posteriores de los trastornos el estado de ánimo.

Categorías diagnósticas y subtipos

Según la última revisión efectuada por la American Psychiatric Association del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), los trastornos de la infancia no incluyen ninguna categoría que aborde las depresiones infantiles como síndrome, aunque sí se cita sintomatología depresiva asociada en el trastorno de ansiedad por separación. El diagnóstico de las depresiones en el niño y en el adolescente se realiza en base a los mismos criterios que los adultos, con dos matizaciones; lo que en el adulto se manifiesta como un estado de ánimo deprimido, en el adolescente puede manifestarse como irritación. En segundo lugar, el aumento o pérdida de peso en este caso no se valora específicamente; tan sólo se considera el fracaso a la hora de estimar una ganancia de peso establecida.

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (Organización Mundial de la Salud) en su última versión (CIE 10) tampoco considera la depresión como una categoría diagnóstica susceptible de ser incluida en los trastornos infantiles.

La clasificación de los trastornos depresivos, se establece en función de dos criterios: la severidad sintomática y la posibilidad de ciclar o no. De esta forma se establecen dos categorías básicas:

Episodio Depresivo mayor con episodio único o recidivante, que presenta una sintomatología más relevante (consultar criterios diagnósticos específicos en DSM-IV-TR) y **Trastorno Distímico**, con una sintomatología depresiva moderada.

Trastornos Bipolares, de tipo I y II en función de si se presentan episodios combinados, maníacos, hipomaniacos y depresivos (Tipo I) o bien episodios depresivos y/o hipomaniacos pero nunca maníacos (Tipo II) y **trastorno ciclotímico** que comprende ciclos suaves que pueden coincidir con períodos estacionales.

Una tercera categoría englobaría sintomatología depresiva asociada a otras causas:

Trastorno del estado de ánimo debido a... (enfermedad médica)

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Trastorno del estado de ánimo no especificado.

Síntomas propios de la adolescencia

La mayoría de los especialistas en el tema, están de acuerdo a la hora de describir los síntomas de la depresión propios de los adolescentes:

Aumento o descenso de peso.

Hipo o hipersomnia.

Disminución del rendimiento académico.

Problemas de atención y dificultad de concentración.

Anergia (pérdida o ausencia de energía)

Agitación motora o enlentecimiento.

Ausencia de motivación.

Estado de ánimo deprimido. Baja autoestima.

Evitación de actividades lúdicas.

Interacción social y familiar disminuídas.

Deseo continuo de estar sólo y no ser molestado.

Pensamientos recurrentes de muerte.

Actividades autodestructivas.

Las depresiones en adolescentes parecen ser similares a las de los adultos en cuanto a expresión sintomática, sin embargo existe un factor diferencial más que relevante; las sobrepasan en cuanto a destructividad (Rivero, C.)

Síntomas dependientes de edad, cultura y sexo

Parece que las cifras apoyan la teoría de que los síntomas melancólicos se dan más en personas de edad más avanzada, mientras que los síntomas atípicos se presentan en personas más jóvenes.

La **edad de inicio** también apoya esta dirección, puesto que la edad de inicio en las depresiones mayores se sitúa en torno a una media de 40 años, iniciando el trastorno entre los 20 y los 50 años un 50% de los sujetos. La depresión bipolar por el contrario, posee un inicio más temprano con una edad media de inicio de 30 años y con casos registrados desde los cinco años hasta los cincuenta según Kaplan,H. & Sadock,B., (1.996)

En lo que concierne al **sexo**, el trastorno depresivo mayor único o recidivante, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones, tanto en adolescentes como en adultos, sin existir relación aparente con raza, nivel de estudios o estado civil : Vallejo Ruiloba, J.& Homon,J. (2.006) Los episodios mixtos parecen ser más frecuentes en varones que en mujeres. En niños, los trastornos distímicos se presentan por igual en ambos sexos, provocando deterioro en el rendimiento escolar y en la interacción social, además de irritación, baja autoestima y escasas habilidades sociales.

En lo que respecta a **factores culturales**, la depresión en general, posee diferentes expresiones sintomáticas dependientes de la cultura. En las culturas latinas y mediterráneas por ejemplo, aparecen quejas de “nervios y cefaleas”, mientras que estas quejas en las culturas Asiáticas, se centran más en problemas de debilidad o cansancio o incluso de falta de equilibrio.

En cuanto a la población inmigrante, parece que existen una serie de circunstancias que actuarían como factores de riesgo:

Desarraigo familiar.

Aglomeraciones en las viviendas.

Condiciones laborales con jornadas agotadoras.

Contextos xenófobos circundantes.

Riesgo de suicidio en el adolescente

Según algunas estadísticas Europeas, quitarse la vida es la segunda causa de muerte en adolescentes de la Unión Europea (M^º José Mardomingo OUnidad de Pediatría, Hospital Gregorio Marañón de Madrid)

En el caso de los adolescentes suicidas, se han hallado datos: Fan et cols. (1.970) que sugieren que en muchos casos el acto suicida, es la única manifestación que lleva consigo un exámen médico. Datos de la OPS (Organización Panamericana de la Salud), relacionan el 60% de los intentos de suicidio con trastornos depresivos. De hecho, esta organización observó que en 42 de los 52 casos estudiados, el intento de suicidio aparecía como única manifestación clínica.

Davidson et cols (1.972) por su parte, estudiaron los motivos subyacentes a las tentativas de suicidio adolescentes, comprobando que un 60% de ellos acumulaban dificultades familiares, sociales y circunstancias conflictivas ajenas a ellos. Este mismo autor encontró la existencia de un problema de salud mental en uno de los progenitores, en un 33% de los casos estudiados.

Una decepción amorosa, la falta de integración social, la ausencia de la figura materna y/o paterna y el fracaso académico, podrían actuar como factores moduladores. A este respecto, nuestra sociedad actual proporciona desencadenantes más fulminantes: valores centrados en el tener y no en el ser, baja o nula tolerancia a la frustración, necesidad de satisfacer de forma inmediata las necesidades materiales o afectivas, crítica a las conductas de cooperación, elogio al individualismo y filosofía de vida centrada en el recibir de forma continua con un modelo de atribución externo que apoya el no responsabilizarse de las propias acciones, entre otros.

Curso

La **Depresión Bipolar Tipo I** tiene una edad de aparición en torno a los 20 años, no como los **episodios maniacos**, que se sitúan en los primeros años de la treintena. En cuanto a la **Distimia**, tiene un comienzo temprano en la niñez, adolescencia o principio de la edad adulta y su curso suele ser crónico.

Algunos autores (Talbot, p.406) establecen el curso de la depresión como crónico en un 20% de los casos, episódico en un 40% y con remisión completa en un 40% de los casos.

Evolución y pronóstico

En la adolescencia pueden aparecer reacciones de tipo mixto: ansioso-depresivas que evolucionan desapareciendo el estado depresivo y depresión por inferioridad o depresión por abandono cuya evolución en el tiempo depende del tratamiento propuesto. Los episodios hipomaniacos en la población adolescente, pueden ir asociados a ausencias escolares, comportamiento antisocial, fracaso escolar y consumo de sustancias.

Factores de protección

Según Cava, M.J. & Murgui, S. y Musitu, G. (2.008) *son factores de protección:*

Calidad de las amistades.

Estatus en el grupo de iguales (Un estatus positivo o bien valorado)

Actitudes y expectativas de sus amigos hacia: autoridad y el consumo de sustancias (Una actitud de respeto a la autoridad y de rechazo hacia el consumo)

De forma más genérica, también se citan:

Adecuada comunicación familiar.

Elevada autoestima social.

Elevada autoestima familiar.

Complicaciones

Cualquier trastorno depresivo, puede evolucionar hacia un cuadro de mayor entidad o bien agudizarse o cronificarse, en función de una serie de factores:

Muerte de un familiar próximo.

Muerte de un amigo.

Maltrato físico y/o psíquico.

Maltrato a uno de los progenitores.

Abusos sexuales.

Patología física relevante.

Intento o tentativa de suicidio.

Consumo excesivo de drogas, alcohol, marihuana o cocaína.

Fracaso amoroso.

Divorcio de los progenitores.

Cambio de residencia.

Acoso escolar.

Dificultad para la integración social.

Fracaso escolar.

Consecuencias

Las consecuencias inmediatas de un trastorno depresivo según Corcos, M. et al (2.003) en estas edades son:

Trastornos del comportamiento.

Fracaso escolar.

Conductas suicidas.

Conductas de dependencia.

Otra complicación que empieza a estudiarse es el papel de los síntomas

depresivos como factor de riesgo para desarrollar sobrepeso en infancia y adolescencia. Una investigación de Liem, E. T.; Sauer, P.J. et cols. (2.008), revisó bases de datos de revistas médicas desde enero de 1997 hasta marzo de 2.007, concluyendo que los resultados apoyan una relación positiva entre los síntomas depresivos a la edad de 6 a 19 años y el sobrepeso en la etapa adulta de la vida., valorada tras un período de 1 a 15 años.

Diagnóstico Diferencial

Existen una serie de alteraciones médicas no psiquiátricas que cursan con **sintomatología depresiva comórbida**:

Trastornos endocrinos (glándulas pituitaria, adrenal y tiroidea)

Déficits y excesos de vitaminas y minerales (pelagra, hipervitaminosis A, beri-beri, anemia perniciosa)

Infecciones (encefalitis, hepatitis, tuberculosis)

Trastornos neurológicos (esclerosis múltiple y enfermedad de Wilson)

Enfermedades del colágeno (lupus sistémico eritematoso)

Trastornos cardiovasculares (cardiomiopatía, isquemia cerebral)

Procesos oncológicos.

En ocasiones puede diagnosticarse una **Depresión Mayor** cuando en realidad se trata de:

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo debido a consumo de sustancias.

Hipotiroidismo.

Trastorno esquizoafectivo.

En la **Distimia**, habría que diferenciar con:

Trastorno Depresivo Mayor.

Trastorno debido a enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo.

También se diagnostica **Episodio mixto**, cuando en realidad es un:

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Trastorno por Déficit de Atención por hiperactividad.

En cuanto al diagnóstico del **Episodio Hipomaniaco**, hay que hacer el diagnóstico diferencial con:

Trastorno de ánimo debido a enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

Con respecto al **Trastorno Bipolar II**, hay que diferenciar con:

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Trastorno ciclotímico.

Trastornos psicóticos.

Y en cuanto a la **Ciclotimia**, pueden cometerse errores de diagnóstico con:

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias,

Trastorno Bipolar Tipo I con ciclos rápidos.

Trastorno Bipolar Tipo II con ciclos rápidos.

Trastorno límite de la personalidad.

Por último, hay que tener en cuenta que en adolescentes se tiende a sobre diagnosticar la esquizofrenia, sobre todo en los casos en que se trata de un **Trastorno Bipolar I**.

Otros términos más genéricos y que constituyen descripciones sintomáticas generales, pueden convertirse a veces en síndromes de forma errónea, a saber:

Duelo:

El duelo implica siempre una pérdida de una persona o de un valor abstracto específico: libertad, por ejemplo. Según Freud, S. (En: *Essaies de Psychoanalyse*, 1.986), en el duelo podemos presuponer que la persona se recuperará después de cierto tiempo. Por lo tanto, sería inoportuno y perjudicial perturbarlo. Por otra parte, en el duelo no aparece una característica básica de la depresión: la disminución del sentimiento de autoestima.

Humor depresivo:

Entendido como “menosprecio por la propia persona, que invade de descontento toda representación, actividad y afecto”: Hollande, C. (1.976) en: Marcelli, D. y Braconnier, A. (2.003), puede confundirse con uno de los signos típicos de la depresión, pero en el adolescente será su estabilidad en el tiempo y su grado de intensidad la que nos alarme si llega el caso.

Aburrimiento:

A pesar de su aparente aspecto de inhibición afectiva, motora o intelectual, en la adolescencia muchos autores la identifican con una forma de “ensimismamiento productivo” a todos los niveles que podría incluso suponer un mecanismo defensivo ante la depresión.

Indiferencia:

La indiferencia entendida como rechazo para interesarse por personas, situaciones u objetos, es uno de los aspectos más primados por la sociedad actual (mucho más centrada en la autosatisfacción inmediata individual que en la grupal). Precisamente por ello, apenas constituye un elemento patológico en el adolescente, mucho más expuesto a los medios de comunicación y a los reclamos publicitarios.

Prevalencia

La Organización Mundial de la Salud, ya ha alertado acerca de la Depresión como el mayor problema de salud mental del mundo, sobre todo en países desarrollados.

Las cifras de prevalencia en la población adulta, son las siguientes:

Depresión Mayor: presente en 10-15% mujeres y 5-12% de hombres

Distimia más Depresión Mayor superpuesta aparece en un 6% de la población.

Distimia simple: 3% de la población.

Trastorno Bipolar I: entre el 0,4 y el 1% de la población.

Trastorno Bipolar II: 0,5% de la población.

Trastorno ciclotímico: 0,4-1% de la población.

Lewinsohn et cols. (1.993) estiman una prevalencia de la Depresión **en la población general** en torno al 15%. De forma específica, se estima: Vallejo Ruiloba, J. (2.006) que entre pacientes psiquiátricos, la Depresión afecta al 50%.

Esta prevalencia desciende hasta un 8% en el caso de la **población adolescente**, según datos de la Organización Mundial de la Salud, aunque autores como Festorazzi Acosta, A. & Rodríguez, A. (2.008), hayan encontrado en los adolescentes, prevalencias del 24% para la depresión y del 11% para la ansiedad concluyendo además que ambos trastornos suelen presentarse conjuntamente. Estas cifras coinciden con las establecidas para la población Española, incluyendo el 20-40% de los casos en los que el Trastorno Bipolar se inicia en la adolescencia.

Parece que se da una tendencia al aumento de este tipo de problemas psicopatológicos, como afirma el: Journal of Child Psychology and Psychiatry (2.004) cuando cifra en un 70% el aumento de la depresión en adolescentes Británicos.

Otros datos: Marcelli, D. & Braconnier, A. (2.005), afirman que un 67% de los adolescentes con Depresión Mayor no están siendo tratados ni médica ni psicológicamente. Quizás este hecho sea el que justifique el hallazgo de Harrington (1.977) de que existía una recidiva del 60% en este tipo de trastornos.

Modelos explicativos (etiopatogenia)

Genética:

El riesgo de morbilidad en familiares de pacientes Bipolares según Vallejo y Ruiloba (2.006), se estima en un 12,1 (padres), 21,2 (hermanos) y 24,6 (hijos).

Neuroendocrinología:

Existen evidencias de que en las depresiones endógenas, se da una alteración del complejo hipotálamo-hipofisario.

Neurofisiología y Neuroanatomía:

Parece demostrado que en la Depresión existen disfunciones en zonas del sistema límbico, córtex pre frontal y temporal, cíngulo anterior y núcleo caudado Videbeck, (2.000)

Nivel Funcional:

Según Koplewicz, H.S., entre los 14 y 17 años, el cerebro sufre una serie de modificaciones que alteran las conducciones neuronales, eliminando células innecesarias y primando redes imprescindibles para nuestro aprendizaje como adultos. En cualquier caso, habría que demostrar que estas modificaciones están relacionadas con los trastornos depresivos.

Bioquímica:

La *hipótesis catecolaminérgica*, es la que inicia la investigación bioquímica en la psiquiatría. Según esta hipótesis, algunas depresiones presentan decrementos funcionales en la noradrenalina, mientras que los Trastornos Bipolares estarían relacionados con incrementos en la actividad de la noradrenalina, efectos que se pueden bloquear con antagonistas dopaminérgicos.

La *hipótesis serotoninérgica*, atribuye un papel decisivo de la disminución de la actividad de la serotonina como factor desencadenante en la Depresión. En este caso, son eficaces los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como el citalopram, fluoxetina, paroxetina y fluvoxamina entre otros.

Otros autores como Janowsky y cols. (1972) describieron una *alteración del sistema colinérgico*, llegando a proponer la hipersensibilidad colinérgica como un marcador de tipo genético de la depresión.

Factores psicológicos:

Psicoanálisis:

La obra "Duelo y melancolía" de Freud, presenta la depresión como un duelo, reacción normal ante la pérdida real, en donde se retira la energía del objeto perdido, regresando hacia el propio individuo, predominando los sentimientos de abatimiento y tristeza.

Conductismo:

Seligman y su equipo de la Universidad de Pensilvania, acuñaron en 1967 el término *learned helplessness* (indefensión aprendida) de forma casual, mientras investigaban la teoría del aprendizaje en perros. Según este autor, la depresión aparece en sujetos con una auto percepción de descontrol sobre circunstancias externas reforzadoras, puesto que este hecho conduce de forma indefectible hacia vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza.

Lewinsohn (1.993) por su parte, explicó la depresión como el resultado de la ausencia de habilidades sociales y disminución de reforzamiento positivo contingente con la respuesta.

Teorías Cognitivas:

En 1.964, Aaron Beck: Beck, A. (1.964) describió un “estilo cognitivo alterado” como principal responsable del trastorno afectivo. Este estilo cognitivo particular, estaría caracterizado a grandes rasgos por una concepción peyorativa de sí mismo, interpretación negativa de las experiencias propias y visión pesimista del futuro.

Tratamiento

Psiquiátrico:

En general, cualquier tratamiento se prescribe en función de la severidad sintomática, de la rapidez de sus efectos y de la moderación de los efectos secundarios.

Hace varias décadas se utilizaban los IMAOS (inhibidores de la mono amino oxidasa) y antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la depresión mayor y el litio. Sin embargo, tras comprobar que los antidepresivos tricíclicos podían precipitar una manía, se han iniciado nuevas investigaciones volviendo a recuperar tratamientos en desuso como la privación de sueño y el tratamiento con luz de elevada intensidad.

En casos de manía se suelen utilizar fármacos anti psicóticos (fenotiazinas) como coadyuvantes al tratamiento con litio como fármaco estabilizador del estado de ánimo en trastornos bipolares. o anti convulsionantes (carbamazepina, clonazepam y valproato) si la sintomatología es acusada.

En adolescentes, el tratamiento de elección solían ser los ISRS, pero las últimas investigaciones parecen mostrar un aumento de pensamientos y acciones suicidas en niños y adolescentes, asociados a este tipo de psicofármacos. De hecho, el pasado 8 de noviembre de 2.008, la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios remitió una nota a los profesionales sanitarios, en la que desaconsejaba la utilización de los ISRS en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, tras examinar varios estudios que vinculaban estos fármacos con el aumento de comportamientos suicidas en la citada población.

Según un estudio de la Universidad de Maryland en Estados Unidos, el número de niños que toma psicofármacos por problemas de comportamiento y emocionales ha aumentado en más del doble en una década..El problema es que se desconocen los efectos a largo plazo de estos medicamentos en una población tan joven.

La otra cara de la moneda, la aportan las cifras que presenta Roger Vilar y que concluyen que de cada 10 depresivos, menos de 2 recibe tratamiento (los jóvenes no tratados pueden tener un episodio de Depresión Mayor cada seis meses aproximadamente, lo que significaría entre 6 y 12 recaídas durante la adolescencia)

Por ultimo, citar la TEC (terapia electroconvulsiva), como un tipo de tratamiento para casos severos que no responden a medicación o en casos

con gran agitación o intentos de autolisis difícilmente controlables psicofarmacológicamente. Estas reservas en su utilización, provienen del hecho de que este tipo de intervención produce cambios profundos en el SNC (Sistema Nervioso Central) aunque se desconocen sus mecanismos de acción se supone que disminuye la cantidad de receptores adrenérgicos β , aumentando la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos.

Eficacia del tratamiento psicofarmacológico:

Según Salín Pascual, R. (1.997), la Depresión Mayor con melancolía debe tratarse con venlafaxina y no con ISRS., mientras que si la depresión tiene un componente ansioso, el tratamiento de elección sería la amitriptilina. En cuanto a los efectos secundarios, cita las náuseas en el caso de venlafaxina, fluoxetina y otros ISRS y el deseo sexual inhibido en el caso de ISRS, venlafaxina, ADT e IMAOS. Recomienda la utilización de antidepresivos tricíclicos como tratamiento de segunda elección en el caso de depresiones secundarias a problemas médicos y recuerda es fundamental individualizar, observar respuestas y sobre todo, establecer patrones familiares de respuesta a medicación en el caso de que existan antecedentes familiares demostrados.

Psicoterapéutico:

La depresión, implica una serie de factores biopsicosociales complejos, aunque en la mayoría de los cuadros depresivos la relevancia de los factores biológicos, obliga a un tratamiento psicofarmacológico pautado.

El tratamiento de la depresión en adolescentes, requiere de una serie de características específicas como son:

Gran flexibilidad por parte del psicoterapeuta.

Paciencia y empatía (al adolescente le resulta difícil poder mantener una conversación sobre sus problemas de forma unipersonal y con un adulto)

Capacidad para generar un clima de confianza, que no induzca a vivir la psicoterapia de una forma intrusiva o controladora, hecho que conllevaría una no colaboración implícita o explícita.

Precisamente, estas son algunas de las razones por las cuales en ocasiones se opta por un *tratamiento grupal* (unidades de tratamiento de trastornos de la alimentación, por ejemplo.)

Psicoanálisis:

Las principales técnicas propuestas por autores especializados son:

Entrevistas exigidas, Psicoterapia breve o de larga duración (Malan, Davanloo).

Psicoterapia breve de provocación de ansiedad (Sifneos)

Psicoterapia dinámica de tiempo limitado (Strupp)

Terapia expresiva y de apoyo (Luvorsky)

Terapia de Conducta:

La Terapia de Conducta trabaja con la modificación de las conductas depresivas. Se llega al cambio conductual mediante el cambio en los sistemas de recompensa y castigo. Las fases incluyen:

- Análisis funcional de la conducta.
- Selección de conductas específicas.
- Registros.
- Entrenamiento en relajación.
- Entrenamiento en asertividad.
- Control de la conducta estado de ánimo.
- Detención, retraso y sustitución de pensamientos disfuncionales.

Terapia Cognitivo-conductual:

Desarrollada por Aaron Beck en 1979, propone pautas específicas para el tratamiento de la depresión. Se basa en la idea de que la depresión posee una serie de síntomas producidos por distorsiones cognitivas. La terapia cognitivo conductual se centra en la resolución de objetivos concretos mediante la participación activa de terapeuta y paciente.

Como estrategia, se manejan tres componentes:

- Didáctico (genera expectativas positivas como medio de aumentar la adherencia al tratamiento)
- Semántico (identificación y sustitución de pensamientos disfuncionales)
- Cognitivo o conductual (reducción de la frecuencia de pensamientos negativos)

Terapia Interpersonal:

Centrada en interacciones interpersonales y en el entorno psicosocial como centro del tratamiento. Se utiliza la psicoeducación de la depresión en general. La definición de los problemas en función de los cuales se seleccionan tratamientos específicos son:

- Técnicas exploratorias directas e indirectas.
- Facilitación del afecto.
- Análisis de clarificación.
- Uso de la relación terapéutica.

Terapia Familiar:

La Terapia familiar recomendada para este tipo de casos, es la Terapia familiar con componente sistémico.

Eficacia del tratamiento psicoterapéutico:

Apenas existen trabajos exhaustivos que evalúen la eficacia del total de tratamientos psicológicos, aunque la mayoría de ellos coinciden en

recomendar la terapia cognitivo conductual como la más eficaz. Uno de los más rigurosos es la Tesis Doctoral de Montoya Fernández, M.J. (2.003) “Eficacia del tratamiento para la depresión infantil y adolescente; un estudio meta analítico”, publicada por la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, donde se concluye que los tratamientos psicoterapéuticos son eficaces en este tipo de trastornos, siendo la Terapia Cognitivo- Conductual la que muestra una mayor evidencia experimental.

Eficacia de tratamientos combinados:

Varios investigadores de la Universidad de Duke, en Estados Unidos, han publicado una investigación en el Journal of American Medical Association (JAMA) en la que asignaban 439 adolescentes con depresión grave a cuatro grupos:

Tratamiento con fluoxetina.

Tratamiento con psicoterapia y fluoxetina.

Tratamiento con psicoterapia.

Placebo.

Tras tres meses de tratamiento, obtuvieron los siguientes porcentajes de respuesta al tratamiento:

Tratamiento con fluoxetina. **(60,6%)**

Tratamiento con psicoterapia. **(43,2)**

Tratamiento con psicoterapia y fluoxetina. **(71,6%)**

Placebo. **(38,4%)**

Los autores concluyeron que tanto la fluoxetina como el tratamiento psicológico deberían estar disponibles en el tratamiento de la depresión adolescente. Sin embargo el codirector de la publicación: Richard M. Glass, matiza estos resultados aludiendo a que el estudio deja dos preguntas sin resolver, la primera es si la fluoxetina es el único psicofármaco eficaz en el tratamiento de la depresión adolescente y la segunda es si la psicoterapia por sí sola es eficaz cuando se trata de depresiones moderadas o graves.

Normas generales para padres

Según Masís Olivas, E. (2.008), los padres deberían:

Buscar un apoyo profesional que permita detectar irregularidades; buscar un apoyo médico, psicológico y educativo, si fuese necesario.

Revisar si la dinámica familiar puede ser el desencadenante de la depresión de su hijo/hija.

Propiciar la integración de su hijo/hija en el grupo familiar, haciéndole sentirse importante dentro del mismo (que se le tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones, por ejemplo)

Supervisar sus hábitos alimenticios y de auto higiene, así como la organización del material de trabajo y de su ropa.

No recriminarle el hecho de estar deprimido. Ofrecerle apoyo incondicional y sobre todo, escucharle.

Resolver juntos los conflictos que puedan presentarse (integración en grupos de iguales, incentivar actividades que le motiven, incentivar el deporte-las endorfinas liberadas con la actividad física, pueden ser útiles en la reducción de la sintomatología depresiva)

Instrumentos de evaluación

Cuestionario educativo y clínico de ansiedad y depresión (CECAD) (Lozano González, L; García Cueto, E.; Lozano Fernández, L.M., 2.007) Madrid, TEA ediciones

CDI (Kovacs, M., 2.004) Madrid, TEA ediciones.

Cuestionario estructural tetra dimensional para la depresión: CET-DE (Alonso Fernández, F. 1.989) Madrid, TEA ediciones.

Cuestionario de Depresión para niños CDS (Lang, M. & Tisher, M., 1.983).Madrid, TEA ediciones.

Conclusiones generales

Según Victoria del Barrio, las nuevas sociedades basadas en la competitividad, generan situaciones de soledad opuestas a sociedades con menos recursos económicos donde la cohesión y la compañía son bienes preciados. La autora se pregunta cómo es posible que una vez resueltos los problemas básicos de mortandad y escolaridad, no seamos capaces de impedir el aumento de los problemas afectivos.

El sistema de valores que hemos creado es afectivamente deficitario. Los padres trabajan demasiado y la culpa de no poder estar más tiempo con sus hijos, se supe con frases como “es mejor calidad que cantidad”. La pregunta es ¿Cuánto tiempo diario es “calidad”? En la misma línea, los padres justifican la falta de dedicación maximizando la formación académica y deportiva sin preguntarse si sus hijos son capaces de seguirla. Nos encontramos con adolescentes sometidos a jornadas interminables de colegio- extraescolares, con poco tiempo para los amigos y para no hacer nada.

En este sentido, hay que destacar la influencia de la evolución de la familia tradicional hacia situaciones diferentes. Evidentemente, cuando existe una situación de conflicto, la familia mono parental aporta mayor equilibrio que una familia tradicional donde el clima es agresivo. Sin embargo, en ocasiones las reestructuraciones familiares son demasiado rápidas y los adolescentes deben asumir la no residencia con uno de los progenitores o los traslados permanentes entre un domicilio y otro, o la adaptación a una nueva pareja y/o a sus hijos. No nos compete a los profesionales el juicio de tales circunstancias porque cada situación debe ser evaluada de forma particular. Lo que sí nos corresponde, es afirmar taxativamente que todas estas circunstancias influyen en el nivel de adaptación personal, social y afectivo del adolescente.

En la sociedad multicultural actual, sí hemos aportado valores mucho más amplios de convivencia pero a veces hemos olvidado salvaguardar los principios básicos de habitabilidad, condiciones laborales y atención familiar en aquellas personas que han venido a nuestro país esperando encontrar un medio de ganarse la vida. Pese a los denodados esfuerzos gubernamentales,

quedan niños sin escolarizar, situaciones de hacinamiento, guarderías ilegales y menores que pasan solos gran parte del día o adolescentes que hacen de padres encargándose de sus hermanos menores. En estas poblaciones y en los adolescentes que llegaron a nuestro país y no acceden a ningún ciclo formativo, es donde aumenta el consumo de sustancias y los problemas afectivos fruto de una integración mal planteada.

El sistema académico por su parte, también tiene su parte de responsabilidad puesto que veces no puede asumir situaciones particulares o conflictivas. Entonces, se produce un vacío en el que el adolescente está desatendido en casa y en el centro escolar. Hablamos de prevención de los trastornos afectivos. Precisamente en este vacío es donde entra el grupo de iguales con sus influencias positivas o negativas. El grupo de iguales o de desiguales, reales o virtuales. Nos referimos a las situaciones en que vía internet se contacta con personas supuestamente de la misma edad o situación que proporcionan información real o falseada en función de sus propios intereses.

Quizás este artículo sea absurdo si no se plantea como medida preventiva básica hablar de los trastornos afectivos de los padres de adolescentes. Es un hecho que muchos padres no han sabido poner límites y que han comprado su tranquilidad con medios materiales, enfatizando más la formación académica que la humana. También es cierto que muchos padres tiran la toalla cuando comprueban que no son capaces de acceder a un canal de comunicación con sus hijos, saturados por la información externa que proviene de sus amigos, internet, la televisión, y la música. Por si fuera poco, los progenitores se quejan de estos canales son difícilmente susceptibles de acceso restringido temporal (en caso de castigo) dada su gran accesibilidad.

Existen soluciones viables, tanto a nivel preventivo, como curativo:

A nivel preventivo, una buena comunicación afectiva DIARIA con el adolescente, tiempos compartidos por ejemplo durante las comidas (es fundamental comer y/o cenar juntos y sin TV), tiempos fuera de casa juntos, incluso compartiendo alguna afición con uno u otro progenitor (esto facilita conversaciones diferentes a las domésticas con claras connotaciones de obligatoriedad) y supervisión de hábitos de alimentación y auto cuidado así como de rendimiento académico e integración social, facilitan el detectar problemas en fase inicial y el poder abordarlos desde un principio, porque existe un clima de comunicación y afecto de base.

Desde el punto de vista **curativo**, en este artículo se han descrito pautas de actuación por parte de los padres, tipos de procesos psicoterapéuticos más eficaces e incluso lecturas recomendadas. Tan sólo queda sugerir que se incentiven iniciativas como la puesta en marcha por el Hospital la Fé de Valencia, que ha creado una unidad específica para abordar trastornos de conducta en menores adoptados, con un equipo interdisciplinar compuesto por: Pediatras, Psiquiatras, Psicólogos, Pedagogos y Trabajadores sociales.

Estamos siendo testigos del aumento de los trastornos depresivos en los adolescentes. Para no convertirnos en observadores pasivos, debemos plantearnos la necesidad de crear unidades específicas (médicos de familia y hospitalarias) capaces de detectar este tipo de casos evitando su o agravamiento o cronificación.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA Y DIRECCIONES DE INTERÉS

Fundación ANAR.

Ayuda a niños y adolescentes. Teléfono 24 horas, 365 días al año. Gratuito.
Teléfono: 900 20 20 10.

SITIOS WEB DE INTERÉS

www.ops-oms.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=SPA&ID=216 página con información acerca de depresión y suicidio.

www.med.uio.no/iasp/index_spanish.html página de la Asociación Internacional para la prevención del suicidio.

www.who.int/features/2005/mental_health/help/es/index.html página que ofrece datos de suicidio por países.

www.depresionyansiedad.com.mx página para médicos y profesionales de la salud, construida por la UNAM, para informar acerca de estos trastornos. El Instituto Nacional de Psiquiatría también imparte cursos on line para docentes, padres y profesionales de la salud interesados en el tema.

www.depresion.psicomag.com Información sobre depresión.

www.familyaware.org Familias para la concienciación de la depresión.

www.who.int/features/2005/mental_health/help/es/index.html OMS Qué hacer para ayudar.

www.docstoc.com/docs/2505600/unlited-272K Vídeo para padres y adolescentes. Explora síntomas y tratamiento de la Depresión maniaco depresiva.

LIBROS PARA PADRES Y/O PROFESIONALES RELACIONADOS

Barrio, V. (2.007) "Depresión infantil; causas, evaluación y tratamiento" Edit. Ariel, Barcelona.

FitzPatrick, C. & Sarroy, J. (2.006) "Ayudando a vencer la depresión en la gente joven; una guía para padres" Ediciones Oniro, S.A.

Guilbert Reyes, W. (2.002) "El suicidio; un tema complejo e íntimo" Edit. Científico Técnico. La Habana.

Shaffer, D. & Waslisch, B.D. (2.003) "Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes" Edit. Ars Médica. Barcelona.

Soutullo Esperon, C. (2.005) "Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes" Ediciones Universidad de Navarra.

Para adolescentes (11-13 años)

Nikki Tate (2.000) "No hay cafés en Narnia; una novela en la isla de Tamagona"

Para adolescentes (13-18 años)

Linda Wasmer Smith (2.000) "Depresión; qué es y cómo superarla"

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bakwin H. (1.953) "Clinical management of behavior disorders in children" Sanders, C.O. USA.

Barrio, Victoria del (2.007) « Depresión infantil: causas, evaluación y tratamiento" Ariel, Barcelona.

Beck, A. (1.998) "Terapia cognitiva de la depresión" Edit. Biblioteca de Quebec de Brower, España.

Beck, A; Wynnendod, P. (1.964) "Thinking and depression" Arch. Gen. Psychiatry (10) 561-571.

Bouvard, R. K. (1.997) «Les dépressions de l'enfant et de l'adolescent. » Expansion Scientifique, Paris.

Caballo, V.E. ; Simon, M.A. (2.004) " Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, trastornos generales" Pirámide, Madrid.

Caballo, V.E. ; Simon, M.A. (2.005) " Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, trastornos específicos" Pirámide, Madrid.

- Carlson, G. A. & Strober, M.** (1.979) "Affective disorders in adolescence" *Psychanalyse Clinic North America* (2) 511-526.
- Corcos, M.** (2.001) « Le contrat de soin: marché de dupes ou de partenaires. » *Adolescence et Séparation*. FIREA, éd. 61-75.
- Cracken, M.** (1.992) "Etiological aspects of child and adolescent mood disorders" *Child Adolescent Psychiatric Clin. North American* (1), 89-109.
- Davanloo, H.** (1.978) "Basic principles and techniques in short term dynamic therapy" *Medical Books*, New York.
- Davidson et cols.** (1.972) « Contribution à l'étude du suicide des adolescentes ; étude médicaux sociale de 139 tentatives de suicide » *Hygiène Mental*, (61) 1, 1-32.
- Dugas, M. ; Mouren, M. C.** (1.980) « Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 13 ans » PUF, Paris.
- Fan et cols.** (1.970) In : Ey, H. (1950) « Le suicide pathologique, étude N° 14 »
- Festorazzi Acosta, A.; Rodríguez Luis, A.** (2.008) *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina* (184)
- Freud, S.** (1.917) « Deuil et mélancolie » In : « Métapsychologie » Gallimard, Paris.
- Janowsky, D. S.; Craig, R. S.** (1.987) "Role of acetylcholine mechanisms on affective disorders" In: *meltzer, H. Y. "Psychopharmacology; the third generation of progress"* 505-512. Raven Press, New York.
- Kaplan, H.; Saddok, B.; Greb, J.** (1.996) "Sinopsis de Psiquiatría "Editorial Panamericana, Buenos Aires.
- Lewinsohn, P. H.; Allen, N.B.** (1.999) "First onset versus recurrence of depressions differential processes of psychological risk" *Journal of Psychological Assessment* (16) 59-65.
- Lewinsohn, P. M.; Hops, H.** (1.993) "Adolescente Psychopatología, Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students" *Journal of Abnormal Psychology* (102) 133-144.
- López Ibor, J.J.** (2.001) *DSM-IV-TR "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales "* Masson, Barcelona.
- Luborsky, L.** (1.984) "Principles of Psychoanalytic Psychotherapy" *Basics Books*, New York.
- Malan, D.** (1.976) "The frontiers of brief psychotherapy" *Plenum Press*, New York.
- Marcelli, D.; Braconnier, A.** (2.005) "Psicopatología del adolescente" *Masson, Barcelona*.
- Mardomingo Sanz, M.J.** (2.001) "Características clínicas de los trastornos de ansiedad" *Revista Pediatría y Atención Primaria* (3) 61-71.
- Mardomingo Sanz, M.J.** (1.994) "Psiquiatría del niño y del adolescente" *Díaz de santos*, Madrid.
- Martínez Otero, V.** *Revista Científica Electrónica de Psicología, UCM. Icsa-UAEH, N°3,p. 341-378* .Descleé de Brower, Paris.
- Méndez, F. X.** (1.999) "depresión en infancia y adolescencia" *Klinic*, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)** (1.992) *CIE-10 "Trastornos Mentales y del Comportamiento; descripción clínica y pautas para el diagnóstico"* Meditor, Madrid.
- Pérez Barrero, S.** (2.008) "Como evitar el suicidio; preguntas y respuestas" *Paidós*, Argentina.
- Rosello, J.; Bernal, G.** (1.999) "The efficacy of cognitive behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents" *JournalOf consulting and Clinical Psychology* (167) 734-745.
- Salín Pascual, R.** (1.997) "Bases bioquímicas y farmacológicas de la neuropsiquiatría" *Mc Graw-Hill Interamericana*, México.
- Sifneos, P.** (1.972) "The prevalence of alexithimic characteristics in Psychosomatic Patients" *Psychotherapy Psychosomatic* (22)255-253.
- Strupp, H.H.; Binder, J.** (1.984) "Psychotherapy in new key: a guide to time limited dynamic psychotherapy" *Basic Books*, mew York.

Talbott, J. A.; Hales R.E.; Yudofsky; S.C. (1.989) "Tratado de Psiquiatría" Ancora, Barcelona.

Toolan, M. (1.996) "Total speech: an integrational linguistic approach to lenguaje" Durham (NC) Duke up.

Vallejo Ruiloba, J. (2.006) "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría" Masson (Elsevier) Barcelona.

Videberch, P. (2.000) "PET; measurements of brain glucose metabolism and blood flow in major depressive disorder; a critical review." Acta Psychiatry Scand (101)11-20.

Waslick, B. et cols. (2.000) "Open trial of fluoxetine in children adolescente and in the ederly" Acta Psichiatric Scand (101) 26-34.

Wicks, N.; Israel, A. C. (2.005) "Psicopatología del niño y del adolescente".

Pearson/ Prentice- Hall, Madrid.



La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria vienen siendo desde hace mucho tiempo foco de preocupación, sobre todo, para nuestros jóvenes. Intentaré a lo largo del artículo describir las características de algunos de los tipos más comunes de estos trastornos, exponer la variedad de áreas que inciden en ellos, plantear cuáles pueden ser los factores que los causan o mantienen, recoger la incidencia en España y por último plantear algunas cuestiones relacionadas con estos trastornos (imagen corporal, alexitimia, autoestima y estilos de crianza) haciendo referencia, a modo de ejemplo, a una investigación que realizamos en jóvenes de Guipúzcoa.

Palabras clave: Trastornos de Conducta Alimentaria, imagen corporal, alexitimia, autoestima y estilos de crianza.

Introducción

En la actualidad, en nuestra cultura occidental, es muy común encontrar en muchas personas actitudes extremas hacia el control de la comida, siendo éstas además heterogéneas, lo que dificulta la detección de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa mediante los diagnósticos diferenciales. Hay mucha gente que, por diferentes causas, se preocupa por su imagen (actrices, modelos, bailarinas, azafatas...) pero generalmente pueden hablar de otras cosas y se reconocen y valoran por otros rasgos además del peso. Sabemos que una gran parte de nuestra población femenina tiene actitudes anormales hacia la comida (Toro, 1990). Los deseos de perder peso, mantener la figura o una excesiva credibilidad en los mensajes de los medios de comunicación son causas relevantes en esta situación (Martínez, Toro, Salamero, Bleuca y Zaragoza, 1993). Son constantes los mensajes referentes a las medidas ideales, lo que conduce a modificar los hábitos de vida y alimentarios con la idea de lograr un cuerpo perfecto. No debemos pasar por alto la movilización económica que conlleva esta "cultura del cuerpo" (Turón, 1997).

Por todo esto en la actualidad los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) constituyen un foco de gran interés para nuestra sociedad, dando lugar a una cantidad de estudios realizados.

El término "Trastornos del Comportamiento Alimentario" hace referencia a un conjunto de trastornos de tipo psicológico que comportan perturbaciones importantes del comportamiento alimentario, concretamente en las conductas relacionadas con la ingesta de comida.

Las características esenciales del cuadro clínico son las siguientes: 1) rechazo a mantener un peso mínimo normal, 2) miedo intenso a ganar peso y 3) alteración de la percepción de la forma o el tamaño del cuerpo. En definitiva, lo esencial se basa en la actitud que se mantiene con respecto a la comida, el peso y el propio cuerpo. Estas actitudes provocan la puesta en marcha de comportamientos adversos a una óptima alimentación –ejercicio excesivo, dietas autoimpuestas,...- que acaban desencadenando dificultades a todos los niveles (psicológico, fisiológico y conductual). A síntomas como la amenorrea, el rechazo a un peso normal o el miedo a ganar peso, les acompañan otros como la aparición de alteraciones en el estado de ánimo, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo (esto último en las anoréxicas) así como un conjunto de alteraciones biológicas, afectivas, cognitivas y conductuales que hacen de estos trastornos un cuadro clínico complejo.

A lo largo de este artículo procuraré recoger aquellos aspectos más específicos de los TCA como su descripción clínica, la etiopatogenia y etiología, pero también tendré en cuenta otros aspectos menos atendidos pero muy interesantes para una mejor comprensión e intervención en los TCA, como la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de vinculación.

Descripción y criterios diagnósticos

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se definen como una mala regulación del comportamiento alimentario, presentándose alteraciones cognitivas y trastornos del comportamiento relacionados sobre todo con la dieta, el peso y la imagen corporal.

Los principales TCA son: la Anorexia Nerviosa (AN) que puede darse en dos subtipos, Anorexia Nerviosa Restrictiva (ANR) o Anorexia Nerviosa Purgativa (ANB); la Bulimia Nerviosa (BN) pudiéndose desarrollar también dos subtipos, Bulimia Nerviosa Restrictiva (BNR) o Bulimia Nerviosa Purgativa (BNP)]; y por último hablaríamos del Trastorno de la Conducta Alimentaria No Específico (TCANE). En las tablas 1, 2 y 3 se muestran los criterios diagnósticos según el manual diagnóstico DSM-IVTR (APA, 2000)

Tabla 1. **Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa. DSM-IV-TR (APA, 2000).**

A - Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.
B - Miedo intenso a aumentar de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
C - Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación, o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
D - En mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; Por ej., ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ej., con la administración de estrógenos).
Tipo restrictivo: durante el período de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. Ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.
Tipo compulsivo/purgativo (bulímico): Durante el período de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. Ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.

Tabla 2. **Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de la bulimia nerviosa. DSM-IV-TR (APA, 2000)**

<p>A. Presencia de atracones . recurrentes Un atracón se caracteriza por:</p>	<p>1. Ingesta de alimentos en corto espacio de tiempo (p. ej. , en un periodo de dos horas) en cantidad superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej. , sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad e comida que se está ingiriendo)</p>
<p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.</p>	
<p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces a la semana durante un periodo de 3 meses</p>	
<p>D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p>	
<p>E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso del anorexia nerviosa.</p>	
<p>Especificar tipo.</p>	<p>Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a la provocación del vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p>

Tabla 3. **Criterios para el diagnóstico del trastorno de la conducta alimentaria no especificado DSM-IV-TR (APA, 2000)**

<p>1. En mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.</p>
<p>2. Se cumplen todos los criterios para anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.</p>
<p>3. Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.</p>
<p>4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej. , provocación del vómito después de haber comido 3 galletas)</p>
<p>5. Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.</p>
<p>6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.</p>
<p>7. Fobia a la mayoría de los alimentos y/o conducta de vómito que, según el paciente, justifiquen el bajo peso y la escasa ingesta alimentaria; pero que, sin embargo, no exista un miedo intenso a aumentar de peso.</p>

Como vemos en las tablas la preocupación por el peso y la sobrevaloración de la autoevaluación de la figura corporal son comunes en todos los trastornos de la conducta alimentaria.

Entrando más en detalle en las características de estos trastornos, la anorexia nerviosa se podría definir como un TCA de origen psicológico que afecta a las conductas relacionadas con la alimentación, el peso y la imagen corporal (Toro, 2000). Se caracteriza por una pérdida ponderal inducida y mantenida por la paciente que le conduce a una malnutrición progresiva y rasgos psicopatológicos (distorsión de la imagen corporal y miedo a la

obesidad). Suele ser muy común la presencia de síntomas obsesivos constituidos por pensamientos intrusivos relacionados con la imagen, el cuerpo, el peso y los alimentos, además de muchas conductas alimentarias extravagantes acompañadas de un exceso de actividad física. Algunas características de los trastornos psicológicos de la anorexia nerviosa son consecuencia de la desnutrición. En un estudio llevado a cabo con un grupo de voluntarios sometidos a dieta durante tres meses que perdían el 25% de su peso al final de la experiencia, presentaban síntomas similares a los pacientes de AN: preocupación por el peso, alteraciones de la personalidad con síntomas depresivos, irritabilidad etc.

Respecto a la bulimia nerviosa, es un TCA caracterizado por lo que se denomina “atacón”, es decir, el echo de comer vorazmente grandes cantidades de alimentos en un breve período de tiempo, al que generalmente le sigue el sentimiento de culpa por no poder controlar y el miedo atroz a engordar, lo cual con frecuencia lleva al paciente a conductas compensatorias (ejercicio excesivo, laxantes, diuréticos...) o purgativas (autoinducción del vómito).

Por último el TCA no especificado engloba los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

A pesar de clasificar y diferenciar los diferentes tipos de TCA, es importante matizar que la anorexia nerviosa está estrechamente ligada a la bulimia nerviosa pues, aunque ambos cuadros clínicos presentan sintomatologías diferentes, muchas veces se da una transición de la anorexia nerviosa restrictiva (ANR) a la anorexia purgativa (ANP) y de ésta a la bulimia nerviosa (BN), por ello es frecuente que las anoréxicas restrictivas sean más jóvenes. De todas maneras también aparecen cuadros primarios que se mantienen a lo largo del tiempo, encontrándose diferencias y similitudes entre ellos. En primer lugar, la pérdida de peso en la anorexia nerviosa restrictiva es grave mientras que en la bulimia puede incluso no ser significativa. Algunos autores han relacionado el paso de la anorexia restrictiva a la bulímica con un intento de controlar el peso sin tener que someterse a una dieta estricta, el atracón y el vómito serían un recurso para intentar comer sin engordar. El miedo a engordar y la alteración de la imagen corporal aparecen en todos los cuadros y suele estar asociado a la baja autoestima y al investimento excesivo de la apariencia física.

Etiopatogenia

A pesar de la gran cantidad de estudios realizados sobre los trastornos alimentarios, su etiología sigue siendo, en parte, un enigma. La etiología de cualquier trastorno ya no es algo a resolver simplemente estudiando la causa de éste. En el caso concreto de la anorexia, las alteraciones fisiopatológicas han llevado a especular sobre el origen biológico del trastorno. Sin embargo, otros planteamientos contrarios a esta hipótesis, cuestionan su validez basándose en que la mayoría de dichas alteraciones desaparecen con la recuperación del peso.

Desde el punto de vista etiopatogénico, estos trastornos se instaurarían a través de la integración patogénica de factores psicobiológicos individuales, familiares y socioculturales.

En los TCA, como en otros trastornos psicológicos, suelen presentarse unos antecedentes comunes relacionados con los contextos individual, familiar y cultural. En lo individual es relevante el grado de separación e individuación alcanzado por el sujeto, directamente relacionado con la constitución de la identidad, de manera que el desarrollo de una identidad adecuada permite al sujeto ser autónomo respecto de sus padres y no estar sometido en exceso a la opinión de los demás. Si este proceso no se da, estamos a merced de la opinión de los demás provocando que la imagen cobre una importancia desmedida. Por otro lado los factores familiares y culturales acaban por conformar un conjunto de elementos que permite hacerse una idea de la complejidad del origen de los trastornos alimentarios.

Respecto al desarrollo de la anorexia, Lucas, Duncan y Piens (1976) propusieron un modelo, ampliado y modificado posteriormente por Pirke y Ploog (1984), que parte de tres factores: la vulnerabilidad biológica, la predisposición psicológica y el entorno social. **A nivel biológico** actualmente los factores genéticos no están claros, aunque existen antecedentes familiares de trastornos afectivos, adicciones y obesidad en los trastornos alimentarios. Pero las implicaciones somáticas de las conductas alimentarias sí tienen un valor importante en la clínica y el mantenimiento de los trastornos alimentarios. Así por ejemplo, el ejercicio intenso y el ayuno prolongado estimulan la secreción de endorfinas, cuando el nivel de endorfinas disminuye surgen sensaciones displacenteras (ansiedad, depresión molestias corporales) y necesitan reactivar su secreción lo cual se convierte en una autoadicción o directamente buscan opioides (Marrazzi y Luby, 1986; Katz, 1992). Las pacientes bulímicas padecen "hambre adictiva" para ingerir hidratos de carbono que aumentan la captación de triptófano y de la serotonina cerebral.

Entre los **factores socioculturales** podemos destacar el *nivel socioeconómico*, algunos autores han establecido relación con las clases medias y altas. Los *estereotipos culturales*, especialmente el ideal de delgadez transmitido a través de los medios de comunicación. El ideal de belleza se da en las sociedades opulentas en las que no hay escasez de comida. Una vez establecido y compartido socialmente este ideal de delgadez ejerce una presión sobre los miembros de la comunidad y hace que los sujetos que se adaptan a ese modelo se sientan valorados y los que no poseen esas características vean mermada su autoestima. *El sexo femenino* es más susceptible de padecer anorexia (entre un 90 y un 95% de los casos) pues la presión social, fundamentalmente a través del mundo de la moda, lleva a valorar a la mujer sobre la base de su apariencia física y en nuestra cultura el ser delgada es visto como un signo de éxito y control sobre una misma. *La adolescencia*, un momento clave del desarrollo en el que estas influencias sociales poseen un valor importantísimo es la adolescencia pues en ese momento el cambio corporal va unido al pasaje de la infancia a la edad adulta y la aprobación de su cuerpo va unida a la de su propia persona.

Por último, entre los **factores familiares**, las relaciones familiares pueden tener unas características como la dificultad de autonomización de sus miembros, la negación de los conflictos, las alteraciones de la comunicación, que son terreno abonado para la aparición de trastornos alimentarios en personas susceptibles. Estos factores, junto con acontecimientos vitales estresantes (separaciones, pérdidas, fracasos...), pueden jugar un papel etiológico y, cuando el TCA está establecido, actuar como factores de mantenimiento como veremos más adelante.

Los estereotipos referentes a la imagen corporal tienen una importancia especial en la aparición de los TCA. La delgadez asociada al éxito, la seguridad, la belleza, el estar en forma, la salud, y ser aceptado socialmente. En nuestra sociedad, a una gran parte de los jóvenes les gustaría cambiar su imagen y estar más delgados. Muchas de las adolescentes se sienten gordas cuando no lo están. Las proporciones varían de unos estudios a otros pero algunos autores encuentran que alrededor del 80% de los jóvenes desean adelgazar (Dwyer, Feldman, Seltzer y Mayer, 1969; Morande, 1995; Tannenhaus, 1995; Raich, Rosen, Deus, Perez, Requena y Gross, 1992).

La visión negativa del cuerpo favorece la restricción alimentaria y los métodos utilizados para adelgazar se convierten en fuente de nuevos riesgos. El estilo de vida, el grupo de pares, la publicidad y las propias cogniciones refuerzan los ayunos, dietas y demás prácticas. Estos factores pueden imponer, en personas vulnerables, la convicción de que su apariencia física es la clave del éxito social y personal y llevarles a seguir una dieta estricta que les hace adelgazar; la posterior malnutrición produce alteraciones psicológicas, añadidas o incrementa las que hay existían, y fisiológicas que lleva a mantener la dieta como único modo de conseguir una autovaloración y equilibrio, cerrándose el círculo vicioso en el que la persona con una TCA queda atrapada.

Muchos de los aspectos que hemos comentado, como los antecedentes familiares o la genética, se podrían considerar **factores predisponentes** ya que pueden estar presentes con anterioridad al desarrollo de un TCA. Pero normalmente la aparición de los TCA se desencadena por unos **factores precipitantes**, como los acontecimientos vitales estresantes (separaciones, pérdidas, experiencias sexuales traumáticas, fracasos, divorcio de los padres, traumatismos que dejan secuelas físicas...), cambios corporales adolescentes, incremento rápido de peso acompañado de comentarios críticos etc... Más tarde sigue un proceso que va desde la dieta normal hasta la asunción del trastorno como una auténtica seña de identidad y se cronifica bajo la influencia de unos **factores de mantenimiento** como son la desnutrición, las conductas purgativas, el aislamiento social, la actividad física excesiva, las cogniciones “anoréxicas”, etc. (Espina, 1996).

Epidemiología

Los resultados, en cuanto a la incidencia y a la prevalencia de los trastornos de la alimentación, no son del todo homogéneos. Las discrepancias obtenidas se pueden deber a cuestiones como las siguientes: la variedad en cuanto a características sociodemográficas (edad, sexo, nivel socio-cultural, etc.), los puntos de corte de los instrumentos utilizados, la definición del trastorno o el método de muestreo utilizado. A pesar de las discrepancias existentes, en la mayoría de los estudios se pone de manifiesto que las tasas de incidencia y de prevalencia han aumentado en estos trastornos (Lucas, Beard, O’Fallon y Kurland, 1991), aunque también se encuentra una disminución de la severidad de los cuadros (Lucas et al., 1991; Eagles, Johnston, Hunter, Lobban y Millar, 1995; Sáiz, González, Bascarán, Fernández, Buosoño y Bobes, 1999).

Como hemos visto hasta ahora los TCA son cuadros que presentan una gran relevancia social y las cifras que se manejan dan motivos para ello. Veámos que el ser mujer, joven y más aún adolescente de un país desarrollado o en

vías de desarrollo eran características de la población perfil de los TCA, el hecho es que en esta población se ha dado un incremento de 2 a 5 en la prevalencia en las tres últimas décadas (Peláez, Labrator y Raich). Según fuentes de prestigio como el protocolo de los TCA del Instituto Nacional de Salud (INSALUD, 1995) o la APA (DSM-IV-TR, 2000) o estudios recientes como Hoek (2003) sitúan la prevalencia de la AN entre un 0.5% y un 1%, la BN entre un 1% y un 3% y el TCANE en un 3%.

Pero a lo largo de las últimas décadas han sido numerosos los estudios epidemiológicos que se han desarrollado sobre trastornos alimentarios y desde el estudio de Theander (1970) que mostró que la incidencia de la anorexia nerviosa (AN) se multiplicó por cinco de 1930 a 1960, la incidencia y prevalencia no ha parado de aumentar (Garfinkel et al., 1995). La American Psychiatric Association (APA) cifra la prevalencia en jóvenes entre 14 y 24 años en 1-2% en anorexia nerviosa y 2-3% en bulimia nerviosa (BN), siendo más frecuentes los casos atípicos. La proporción entre mujeres y varones es de 9 a 1.

Los estudios realizados muestran que las tasas de incidencia y de prevalencia, para los trastornos de la conducta alimentaria han aumentado en los últimos años (Lucas, Beard, O'Fallon y Kurland, 1991), especialmente los casos de TCA no especificado (Ash y Piazza, 1995; Foreyt, Waller y Goodrik, 1996) y el número de varones que padecen TCA ha aumentado debido al cambio de hábitos y a la creciente preocupación del hombre por la imagen corporal (Willi y Grossman, 1983; Willi, 1990; Hoek, 1991; Eagles, Johnston, Hunte, Lobban y Millar, 1995; Sáiz et al, 1999). La tasa de mortalidad oscila entre el 3% y el 10% (Herzog, Sacks, Keller, Lavori, Von Ranson, Gray, 1993; Sullivan, 1995). La mortalidad es 6 veces mayor de la que podemos encontrar en la población normal siendo la proporción mayor cuanto mayor es la pérdida de peso (Patton, 1998). El riesgo de muerte a causa de las complicaciones médicas con que nos encontramos en estos trastornos oscila entre el 6% y el 15%; prácticamente la mitad de las muertes que se producen en este tipo de trastornos son por suicidio. (Steinhauser, Rauss-Mason, Seidel, 1991 y 1993).

Tabla 4. Estudios epidemiológicos sobre población de riesgo realizados en España (Espina, et.al., 2007).

Autor	Año	Muestra	Prevalencia de riesgo de TCA en mujeres	Prevalencia de TCA en hombres
Toro et al.	1989	Adolescentes (12-19 años)	9,8%	1,2%
Raich et al.	1992	Estudio Transcultural	0,9% españolas. 3,5% americanas.	0,1% 0,2%
Carbajo et al.	1995	Adolescentes (13-15 años)	12,4%	
Sáiz et al.	1999	Estudiantes	7,7%	1,1%
Ruiz Lázaro	1998-1999	Varones adolescentes (12-18 años)		3,3%
Gracia et al.	2001	Adolescentes	17,3%	0,6%
Espina et al.	2001	Estudiantes (12-18 años)	7,1%	2,4%

En la tabla 4 se pueden observar diversos estudios realizados en España sobre la prevalencia de los TCA, pero para quien le interese mucho más la epidemiología en España, Peláez, Labrador Encinas y Raich (2006) tienen recogido un trabajo muy interesante sobre todos los estudios realizados en España junto a la edad de la muestra, el número, las pruebas diagnósticas, la población, etc.

Imagen corporal

El primer aspecto a tener en cuenta, relacionado con los TCA, es la imagen corporal. Como veíamos en los criterios diagnósticos, es clave el papel de la sobrevaloración de la imagen corporal, sus distorsiones, etc. Antes de entrar con mayor profundidad sobre el concepto de la imagen corporal, me parece importante destacar algunos datos generales: la preocupación por la imagen corporal parece ir descendiendo en edad situándose entre los 8-9 años y los 12-13. Varios autores señalan el hallazgo en sus estudios que en niños de 7 y 8 años ya existe cierta preocupación por la propia imagen corporal, y tienen conductas y actitudes alimentarias problemáticas (Byrant-Waugh, Cooper, Taylor y Lask, 1996; Edlund, Halvarsson, y Sjoden, 1996; Rolland, Farnill, y Griffiths, 1997).

Respecto a la comprensión de la imagen corporal, Schilder (1958) la definió como “la representación mental tridimensional que cada uno tiene de sí mismo” esta imagen se construye continuamente y configura una gestalt física, psicológica y social. A esta definición podemos sumar la de Slade (1988) que la considera como “el retrato que tenemos en nuestra mente, del tamaño, figura y forma de nuestro cuerpo; y los sentimientos hacia esas características y partes que lo componen”.

Pero en los TCA lo más preocupante, sobre todo como factores de mantenimiento, son las distorsiones e insatisfacciones corporales. La distorsión corporal hace referencia a la discrepancia entre la percepción y creencias sobre la talla o figura y la realidad observable. La insatisfacción corporal se refiere al disgusto con el propio cuerpo. Garner y Garfinkel (1981) señalan que las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos: la distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura.

El trastorno de la imagen corporal o dismorfofobia, incluye aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos, se define como una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física. Esta preocupación excesiva conlleva a una devaluación de la propia apariencia, a preocuparse en exceso por la opinión de los demás. Generalmente las personas con trastornos de la imagen corporal ocultarán su cuerpo, lo someterán a dietas y ejercicio y evitarán las relaciones sociales. Hutchinson (1982) señaló que la imagen corporal se refiere a la descripción corporal donde cuerpo-mente-cultura se relacionan entre sí, es el espacio donde confluyen los pensamientos, sensaciones, percepciones, actitudes, valores y juicios sobre nuestro cuerpo.

En el caso de pacientes con TCA, generalmente se ven o se sienten obesas aunque no lo estén, o incluso estando desnutridas o con el IMC extremadamente bajo, lo que les lleva a restringir cada vez más su ingesta (Hsu, 1990; Raich, 1994; Toro y Vilardell, 1987). Según Cash, Deagle et al.,

(1997) en las pacientes anoréxicas es muy común la evaluación errónea de su aspecto. Por lo tanto las actitudes y cogniciones negativas hacia el propio cuerpo y su imagen pueden ser causa de problemas emocionales, sobre todo en la adolescencia, convirtiéndose en la mayoría de los casos en uno de los factores desencadenantes, predisponentes y mantenedores del trastorno (Killen, Taylor, Haywar, Wilson, et al., 1994).

Respecto al impacto de la imagen corporal en los más pequeños, la evidencia indica que los niños, y especialmente las niñas, aprenden de sus familias, a través de los medios de comunicación y en la escuela con sus compañeros, los valores sobre la apariencia y la imagen, así como la importancia de ésta en la sociedad (Thelen et al., 1992). Según De gracia, Marcó y Trujado (2007) entre los factores que inciden en la génesis de la preocupación por la imagen en relación a la alimentación en niños y niñas destacan: I) Comentarios verbales negativas que éstos reciben por parte de los otros niños, principalmente en la escuela; II) La interacción de los niños y niñas con sus compañeros de edad. III) Influencia y contexto del entorno familiar.

Alexitimia

Otro aspecto al que me gustaría hacer referencia respecto a los TCA, es el mundo emocional, la importancia del conocimiento y de la expresión de las propias emociones. El mundo emocional está íntimamente ligado a los TCA. Especialmente las dificultades en el procesamiento cognitivo de las emociones, lo cual hace referencia al constructo alexitimia. Nemiah (1977) destaca dos dimensiones en la alexitimia: Una marcada dificultad para expresar sentimientos con palabras y la ausencia de fantasías para expresar sentimientos. Nemiah lo plantea como un trastorno perceptual-cognitivo y afectivo. Podríamos decir que la primera dimensión se basa en: a) dificultad para distinguir entre los componentes somáticos (sensaciones) y subjetivos (sentimientos) de la activación emocional, b) la dificultad para identificar y expresar con palabras los sentimientos. La segunda dimensión hace referencia al "pensamiento operatorio" (Marty, 1980).

En resumen, de lo planteado por Nemiah, podríamos destacar cuatro aspectos claves en la alexitimia: 1) dificultad para identificar y describir sentimientos, 2) dificultad para distinguir los componentes somáticos (sensaciones) de los subjetivos (emociones) de la activación emocional, 3) pobreza de fantasías y 4) un estilo cognitivo externamente orientado (concreto, utilitario, literal, referido a acontecimientos externos) y un estilo de vida orientado a la acción (Espina, Ochoa de Alda y Ortego, 2007).

Es cierto que la alexitimia se ha encontrado en diferentes patologías (Taylor, 2000; Fernández, Espina, y Aresti, 1996), pero muchos estudios han encontrado más específicamente que la alexitimia está presente en los trastornos alimentarios, (Bourke, Taylor, Parker y Bagby, 1992; Cochrane et al. 1993; Corcos et al., 2000; De Groot, Rodin y Olmsted, 1995; Guilbaud et al., 1999; Schmidt, Jiwany y Treasure, 1993; Taylor, Bagby y Parker, 1991; Taylor, Parker, Bagby y Bourke, 1996; Espina, 1998; Espina, Ortego, Ochoa de Alda y Alemán, 2001a). Son alexitímicos el 19% de los adultos normales, el 74,4% de las pacientes anoréxicas y el 49% de los toxicómanos.

La clave fundamental sería el déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones. El origen de este déficit puede estar tanto en variaciones de la

organización cerebral como en los defectuosos patrones de intercambio afectivo durante el desarrollo infantil. (Emde, 1988; Stern, 1984; Taylor, 1987, 1991; Edgcombe, 1984; Osofsky y Eberhart, 1988), o en las relaciones familiares actuales, como plantean Onnis y Di Genaro (1987) y han mostrado Espina (2003) y Espina et al. (2001). Es importante tener en cuenta que es posible que la alexitimia tenga un gran peso como rasgo de la personalidad, existiendo una mayor tendencia a la frialdad emocional y una mayor pobreza emocional, lo cual complica el trabajo mucho más que si fuera debido al estado concreto en el que se encuentra la persona. Es vital poder trabajar con la expresión del mundo emocional, así como en el aprendizaje para discriminar las diferentes sensaciones corporales que nos provocan las diferentes emociones que sentimos, de lo contrario podríamos confundir una sensación de tristeza con enfado o miedo, por lo que nuestra reacción sería desmedida y desajustada. En los TCA es muy común que los pacientes no distingan el estado emocional, no sepan atribuir a qué se debe, centrándose mucho más en la comida o en las conductas purgativas que en todo lo que les rodea.

Autoestima

Es casi imposible hablar de TCA, de imagen corporal y de la pobreza del mundo emocional sin hacer referencia a la dos conceptos fundamentales la autoestima y el autoconcepto. Éste se puede definirse como las percepciones que el individuo tiene del sí mismo o como la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo (Rosenberg, 1989).

Shavelson et al. (1976) destacaron la multidimensionalidad del autoconcepto al estar formado por diversos constructos o aspectos relacionados pero distinguibles. También se ha planteado como una sola dimensión, como la medida por Rosenberg (1965) o la defendida por Coopersmith (1967).

Entrando más en detalle y vista la definición del autoconcepto, podríamos decir que la autoestima se encuentra íntimamente relacionada con el autoconcepto, y puede definirse como la actitud positiva o negativa hacia un objeto particular, el sí mismo (Rosenberg, 1965), lo que supone un componente valorativo del autoconcepto. La autoestima es aquello que sentimos, pensamos y manifestamos acerca de nosotros mismos. Está directamente relacionada con la valoración que realizamos acerca de nosotros mismos y con los sentimientos que ésta valoración nos produce. Tiene, pues, dos aspectos: a) cognitivo, con él hacemos referencia a la valoración que hacemos de nosotros y b) emocional, tiene que ver con el aprecio o amor que sentimos hacia nosotros mismos.

En lo que se refiere a la génesis de la autoestima, ésta se empieza a formar desde el comienzo de la vida. La forma en que las madres y los padres se relacionan con el niño en sus primeros años determina la valoración inicial que el niño hace de sí mismo. En esta corta edad la autoestima está basada en la aceptación y relación con los más cercanos. En los primeros años de vida, no tenemos un concepto del sí mismo. Éste se va formando progresivamente en función de mensajes que va recibiendo y de las relaciones que se van creando a su alrededor (Espina, et al., 2007).

De este análisis o valoración personal surgen los pensamientos y sentimientos sobre el sí mismo: la autoestima.

Un concepto muy relacionado con todo esto es el ideal de persona, el cual se forja a partir de las normas y valores que vamos recibiendo de las madres y de los padres (principalmente) y de los profesores y personas adultas, desde que somos pequeños. Más tarde incorporaremos las valoraciones de los iguales. Por todo esto vemos que en la formación de la autoestima tiene una importancia capital los mensajes que las figuras parentales y adultos en general transmiten al niño. Estos mensajes son de tres tipos:

1. Los que transmiten una idea de sí mismo (como un espejo), y que le ayudan a definirse.
2. Los que transmiten las normas y valores que el niño va interiorizando para analizar la realidad y a sí mismo.
3. Los que le transmiten una forma de situarse ante las equivocaciones y errores.

Por todos estos motivos es importantísimo en los TCA conocer cómo la persona ha ido forjando su propio autoconcepto y como son sus percepciones respecto a las valoraciones realizadas por su figuras parentales. No se trata de profundizar en el pasado para buscar culpables, sino de conocer las bases materiales sobre las que ha construido su identidad y su proyecto vital. Trabajar con el origen del autoconcepto y el proyecto al que quiere llegar nos puede ayudar a analizar el presente, a que busque otras alternativas que el TCA para conseguirlo y lograr que se auto-atribuya más importancia restándosela a la atribuida al exterior (padres, amigos, dieta, peso, etc.)

Pautas parentales de crianza y carga familiar

Por último y directamente relacionado con lo último expuesto en lo referente a la autoestima y las relaciones con las figuras parentales, me gustaría hacer referencia a las pautas de crianza. Estas han sido asociadas al desarrollo psicoafectivo de los hijos y de las hijas, lo cual está íntimamente asociado a los estilos de apego.

El Parental Bonding Instrument (PBI) es una herramienta que Parker, Tupling y Brown (1979) desarrollaron para medir dos dimensiones de las pautas de crianza: el Cuidado (CUI, entendido como preocupación contra indiferencia y rechazo) y la Sobreprotección (SOB, conductas contra los estímulos de independencia del hijo) que el hijo percibe en sus padres, referido a sus dieciséis primeros años de vida. Sobre la base de estos factores se construye una tipología de los vínculos parentales percibidos:

- o Optimo (alto cuidado, baja sobreprotección).
- o Ausente o débil (bajo cuidado y baja sobreprotección).
- o Constreñido (alto cuidado y alta sobreprotección).
- o Control sin afecto (bajo cuidado y alta sobreprotección).

La escala de *Cuidado* (CUI) hace referencia a la calidez emocional, la preocupación por el bienestar del hijo y a la valoración positiva del mismo, frente a rechazo e indiferencia. La escala de *Sobreprotección* (SOB) hace referencia al control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo e infantilización, frente a fomento de la independencia.

Han sido numerosos los estudios que han establecido la relación entre los vínculos parentales y los TCA. Pole, Waller, Stewart y Parkin-Feigenbaum (1988) encontraron que mujeres bulímicas puntuaban significativamente más bajo en cuidado con respecto a sus madres que la del grupo control (75% Vs. 47% respectivamente). El vínculo que más distinguía a los grupos es el óptimo, al que pertenece un 43 % de las del grupo control Vs. 5,4 % de las bulímicas. En este estudio concluyeron que los síntomas bulímicos estarían disfrazando un desarrollo del yo deficitario relacionado con una pobre empatía parental, más que a un problema básico de autocontrol.

Rhodes y Kroger (1992) compararon la percepción de las pautas de crianza entre adolescentes con TCA y un grupo control libre de síntomas. Entre otras conclusiones destaca que el control sin afecto maternal, caracterizado por la sobreprotección, inhibición de la individuación, intrusividad e infantilización, se asocia en mayor medida que la paterna con los TCA. Además, encontraron que las pacientes puntuaban alto en ansiedad de separación, bajo en separación saludable y alto en negación de la independencia. Es decir, aparece un modelo en el que cuando se sitúan lejos sienten ansiedad de separación y sin embargo cuando están cerca temen ser engullidos (Espina et al., 2007).

Respecto a la aplicación del PBI, destaca también el estudio de Russel et al. (1992) que lo aplicaron a un grupo de muchachas a anoréxicas, a otro grupo de pacientes psiquiátricas y un grupo normativo. Hallaron que en las pacientes anoréxicas y en el grupo control era más frecuente el Vínculo Óptimo y en las otras pacientes psiquiátricas el de Control sin Afecto. Vandereycken (1994) aplicó el PBI a anoréxicas y a sus padres y encontró que las madres percibieron un Vínculo de Control sin Afecto en ambos padres; los padres percibieron a sus padres como neutrales y a sus madres como sobreprotectoras. Mientras que sus hijas percibían un Vínculo Óptimo con su madre y Débil con el padre.

Estas formas de disfuncionalidad parental o distorsión perceptual o ambas, puede ser un epifenómeno de la atmósfera negativa en las familias con TCA. Las tristes relaciones entre padre e hijos, la crónica emoción negativa, puede ser a la vez causa y consecuencia de las interacciones que minan las preocupaciones parentales y el desarrollo de los hijos (Eisler, 1985). Por otra parte unas pautas parentales de crianza inadecuadas pueden actuar como un factor predisponente a los TCA.

En este punto en el que parece que las pautas parentales pueden incidir, o al menos ser claves, en el desencadenamiento de los TCA, es obligatorio hacer referencia al impacto que supone el saber que un ser querido padece un TCA, si además la enfermedad se cronifica, lo cual sucede con demasiada frecuencia en los trastornos alimentarios, la familia se ve sometida a una "carga", que afectará a todos los miembros de la familia. El concepto de carga hace referencia al impacto que la convivencia con el paciente produce en la salud y el estilo de vida de los familiares (Fadden, Bebbington y Kuipers, 1987). Podemos distinguir entre carga objetiva y carga subjetiva: la "carga objetiva" se refiere a los efectos sobre la vida social, problemas económicos y de tiempo libre, especialmente en la persona que ejerce el rol de "cuidador primario" del paciente, y la "carga subjetiva" es la derivada del estrés producido por la conducta del paciente que lleva a los familiares a tener sentimientos de inadecuación, cólera y culpa.

Por lo tanto teniendo en cuenta la relación existente entre algunas pautas parentales y el mantenimiento o desencadenamiento de los TCA, pero

también visto el efecto que éste provoca en su entorno más cercano, debemos huir de las atribuciones causales y ampliar la vista hacia una realidad de los TCA más compleja, en dónde se hace necesario el trabajo con todo el entorno de la persona que los padece.

Un ejemplo en jóvenes de Guipúzcoa

Muestra

En colaboración con la Asociación D'elikatuz Bizi y la Universidad del País Vasco, realizamos un estudio sobre una muestra de tipo intencional no probabilístico y recogida en poblaciones de Guipúzcoa (San Sebastián, Hernani, Lasarte y Zarauz). La elección de las poblaciones fue incidental y la muestra se obtuvo por el método de muestreo por conglomerados. El número de centros en los que se recogió la muestra fue de 6, de los cuales 3 eran públicos y 3 privados, en ellos se estudiaba ESO, FP y bachiller. La muestra total recogida estaba constituida por 1050 sujetos y la definitiva, después de eliminar a los sujetos que no habían rellenado todos los ítems de los cuestionarios, estaba constituida por 1032 sujetos: 497 chicas y 535 chicos.

- Estudiantes de centros públicos y privados de Gipuzkoa.
- Con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años.

Sobre conductas alimentarias e imagen corporal

Nuestros resultados sugieren que, en ambos sexos, los problemas en la conducta alimentaria, evaluados con el EAT, no están influidos por la edad, tipo de enseñanza e IMC; mientras que se asocian a un estado de salud mental peor, lo cual sugiere que los problemas en la conducta alimentaria pueden potenciar, y ser potenciados a su vez, por problemas psicológicos.

La preocupación por la apariencia física (BSQ > 80) aparece en el 29,8% de las chicas y el 11,2% de los chicos, siendo moderada o extrema en el 15,7% de las chicas y el 4,7% de los chicos.

Las chicas están más preocupadas e insatisfechas con la apariencia corporal que los chicos, lo cual confirma que la presión social por un modelo de cuerpo delgado sigue incidiendo de una forma más poderosa en las chicas y puede reflejar la relación positiva hallada en nuestro país entre publicidad, modelo estético femenino centrado en la delgadez y la insatisfacción con la imagen corporal (Toro et al., 1989; De gracia et al., 1999).

El que las puntuaciones medias en el BSQ y en la escala de insatisfacción corporal del EDI-2 vayan ascendiendo, en las chicas, a lo largo de los años y acaben siendo más elevadas a los 16-18 años, parece indicar que la presión social sobre la apariencia física va aumentando en ellas con los años, estos resultados coinciden, en las chicas, con los de Toro et al. (1989). En los chicos, por el contrario, no hallamos relación entre edad y preocupación por la apariencia, aunque la edad de más preocupación es a los 15-16 años coincidiendo posiblemente con el cambio físico de la pubertad, y luego decrece,

Sobre autoestima

Las puntuaciones medias halladas son de 29,38 en chicas y 30,82 en chicos. El porcentaje de sujetos con baja autoestima es importante; en las chicas

(49,1%) y para los chicos (32,3%). Otra vez encontramos que las chicas se llevan la peor parte. En ellas las mayores dificultades con la autoestima se dan a medida que tienen más edad. Es importante remarcar la necesidad de estudiar más a fondo este problema, pues es de gran importancia detectar primero cuales son los factores que influyen en que nuestras adolescentes se quieran menos a medida que se hacen mayores, y posteriormente implementar programas de prevención que mejoren esta situación.

Las regresiones mostraban que en las chicas una peor autoestima estaba influida por una mayor insatisfacción corporal, depresión, alexitimia y menor cuidado paterno, lo cual confirma la clínica de la depresión y los estudios sobre alexitimia y depresión. El factor de la influencia de un menor cuidado paterno muestra la importancia de la figura paterna en el desarrollo la autoestima de las chicas.

Sobre alexitimia

En cuanto a la alexitimia, la media en el TAS-20 hallada en las chicas (51.75) es superior a las halladas en mujeres del País vasco, México, Murcia y Argentina, en un estudio transcultural (Páez et al., 1999), en estudiantes universitarias murcianas (Martínez-Sánchez, 1996) y a la hallada por nosotros en mujeres con TCA (Espina, et al. 2001). En los chicos la media en el TAS-20 (49.56) también es superior a la hallada en el estudio transcultural citado y semejante a la del estudio de Martínez-Sánchez (1996). Estas diferencias pueden estar asociadas a que en nuestra muestra la edad es menor que en los estudios citados y la capacidad de comprender y expresar el mundo emocional sea menor.

El porcentaje de casos con alexitimia hallado (23.1% en chicas y 13.6% en chicos). Los análisis de regresión mostraban que en las chicas la alexitimia era influida por menos autoestima, peor imagen corporal, menor cuidado materno y más depresión. Mientras que en los chicos era influida por peor salud mental, menos autoestima y más sobreprotección paterna. Todo lo cual confirma lo señalado anteriormente y destaca el factor protector del cuidado y negativo de la sobreprotección.

Sobre pautas parentales de crianza

Las media halladas en las chicas: para cuidado materno 28,02 (d.t. 5,25), paterno: 26,86(d.t. 6,08); sobreprotección materna: 15,33 (d.t. 5,29), paterna: 15,12 (d.t. 5,03).En los chicos: para cuidado materno 27,70 (d.t. 5,25), paterno: 26,51(d.t. 5,96); sobreprotección materna: 15,30 (d.t. 5,26), paterna: 14,60 (d.t. 5,96).

El que las chicas, respecto al vínculo paterno, presentaran unas puntuaciones mayores de vínculo constreñido y menor de óptimo, control sin afecto y débil, muestra que los padres muestran sobre preocupación por la hijas e intentan dificultar su independencia. Quizás este tipo de vinculación sea más frecuente con las chicas por parte del padre por el temor a peligros externos, al percibir que ellas pueden correr más riesgos.

En los chicos obteníamos puntuaciones superiores en cuidado en las edades más tempranas, es decir que a esas edades perciben a sus madres y padres como más cálidos y empáticos. La percepción del cuidado va decreciendo con la edad. Lo cual puede estar relacionado con un distanciamiento afectivo a medida que se hacen mayores.

En lo referente a la imagen corporal, el encontrarnos con un mayor porcentaje de vínculo óptimo y menor de control sin afecto en las chicas que no están preocupadas por su imagen corporal, que las moderadamente preocupadas presenten más vínculos débil y de control sin afecto y que las severamente preocupadas el vínculo de control sin afecto, sugiere que los vínculos parentales están asociados a la imagen corporal, lo cual está asociado a su vez al desarrollo del yo. Es decir, unas adecuadas pautas de crianza se asociarían al desarrollo de la persona y la aceptación de su propia imagen corporal.

Discusión

A lo largo de este trabajo he intentado recoger la relevancia que tienen los TCA en nuestra sociedad y no precisamente sin motivo, ya que se observan unos índices de prevalencia importantes, incluso reduciéndose cada vez más la edad de riesgo.

El ser chica y adolescente, sigue siendo el perfil que se encuentra en mayor riesgo de caer en un TCA. Sin embargo hemos visto como la mayor parte de autores sitúan en múltiples factores el desencadenamiento de estos trastornos, debiendo atender a factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento.

La mayor parte de las perspectivas teóricas que explican el desarrollo de los TCA, proponen factores relevantes para la comprensión de los trastornos de alimentación (factores biológico, genéticos, conductuales, familiares, sociales, etc.) pero éstos constituyen un cuadro muy complejo e imposible de reducir a un único factor que explique toda su complejidad. En los últimos años, la tendencia se dirige a entender estos trastornos como heterogéneos y multifactoriales, surgiendo de la interacción de diferentes factores individuales (biológicos, psicológicos), familiares y sociales.

Desde esta perspectiva, han sido numerosos los modelos propuestos para dar cuenta de este tipo de trastornos. Entre ellos podemos destacar: el modelo multifactorial de la anorexia propuesto por Lucas (1981) y ampliado posteriormente por Pirke y Ploog (1984); la consideración de la anorexia nerviosa como una patología multideterminada, que obedece al modelo multicausal de Toro y Vilardell (1987), y otros modelos como los de Williamson et al. (1990), Levine y Smolak (1992), Striegel-Moore (1993) o Wooside et al. (1993).

Por todo esto me parecía importante poder ampliar los TCA a su relación con la imagen corporal, alexitimia, autoestima y pautas parentales.

En lo que se refiere a nuestros resultados, podemos decir que confirman la importancia de los problemas alimentarios en la salud de los jóvenes y, en un sentido más amplio, los serios problemas de autoestima y dificultades para procesar cognitivamente las emociones (alexitimia).

Los problemas alimentarios no son únicamente un problema de imagen corporal inducido por la sociedad occidental en la que impera el culto a la belleza, se trata de un problema en el que también están involucrados aspectos mucho más amplios de la persona. El tener una autoestima baja, encontrarse con dificultades para entender y procesar lo que nos está pasando a nivel emocional, etc., van a ser ingredientes de un terreno abonado para dejarse llevar por la moda de la delgadez y buscar en la dieta

exitosa o en el kilo 50 la satisfacción plena, pero también para padecer otros trastornos psiquiátricos. En esta situación las chicas están en una posición más vulnerable y ello se incrementa con la edad.

En todo este proceso vimos también la importancia de las pautas de crianza en la salud de los hijos, adquiriendo un peso específico muy importante en los resultados de este estudio. La familia, sin descuidar otros factores biológicos y sociales más amplios, es una pieza clave para el desarrollo de los hijos, y por lo tanto en los TCA, debiendo ampliar el foco de comprensión tanta para la prevención como para la intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association** (APA). (2000). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-IV-TR). Washington.
- Ash, J.B., Piazza.** (1995). "Changing symptomatology in eating disorder". *International Journal of Eating Disorders*. (18), 23-38.
- Bourke, M. P.; Taylor, G. J., Parker, J., & Bagby R. M.** (1992). "Alexithymia in Women with anorexia nervosa. A preliminary investigation". *British Journal of Psychiatry*. (161), 240-243.
- Bryant-Waugh, R.J., Cooper, P.J., Taylor, C.L., y Lask, B.D.** (1996). "The use of the eating disorder examination with children: A pilot study". *International Journal of Eating Disorders*. (19), 391-397
- Cash, T. F. y Deagle, E. A.** (1997). "The nature and extent of Body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis". *International Journal of Eating Disorders*. (22), 107-125
- Cochrane, C.E., Bewerton, T.D., Wilson, D.B. y Hodges, E. L.** (1993). "Alexithymia in the eating disorders". *International Journal of Eating Disorders*. (14), 219-222.
- Coopersmith, S.** (1967). "The antecedents of self-esteem". San Francisco: Freeman and Company.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P., & Jeammet, P.** (2000). "Alexithymia and depression in eating disorders". *Psychiatry Research*. 93(3), 263-266.
- De Gracia, M., Marcó, M., Fernández, M. J. y Juan, J.** (1999). "Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes". *Psiquis*. 20(1), 15-26.
- De Groot, J. M., Rodin, G., & Olmsted, M. P.** (1995). "Alexithymia, depression and treatment outcome in bulimia nervosa". *Comprehensive Psychiatry*. 36(1), 53-60
- Dwyer, J.T., Feldman, J.J., Seltzer, C.C, Mayer, J.** (1969). "Body image in adolescents: attitudes toward their weight and perception of appearance". *American Journal of Clinical Nutrition*. (20), 1045-1056.
- Eagles, J.M., Johnston, M.I., Hunter, D., Lobban, M., Millar, H.R.** (1995). "Increasing Incidence of Anorexia Nervosa in the Female Population of Northeast Scotland". *American Journal of Psychiatry*. (152), 1266-1271.
- Edgcombe, R.M.** (1984). "Modes of communication: the differentiation of somatic and verbal expression". *Psychoanalytic Study of the Child*. (39),137-154.
- Edlund, B., Halvarsson, K., y Sjoden, P.** (1996). "Eating behaviours and attitudes to eating, dieting and body image in 7-year-old Swedish girls". *European Eating Disorders Review*. (4), 40-53.
- Eisler, I., Szmukler, G.I., Dare, C.** (1985). Family models of eating disorders. In Szmukler, G., Dare, C., Treasure, J. (Eds) *Handbook of eating disorders: theory, treatment and research*. John Wiley & Sons Ltd.
- Emde, R.N.** (1988). "Development terminable and interminable, I: Innate and motivational factors from infancy". *International Journal of Psicoanálisis*. (69), 23-42
- Espina, A.** (1996). Terapia familiar sistémica en la anorexia nerviosa. En A. Espina y B. Pumar (Eds.) *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Madrid: Fundamentos.
- Espina, A.** (1998). El constructo alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas. En J. García, M. Garrido y L. Rodríguez (Eds.). *Personalidad, Procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista*. Madrid: Fundamentos.

- Espina, A.** (2003). "Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables". *Journal of Psychosomatic Research*. 55(6), 553-560.
- Espina, A.**, Ortego, M.A., Ochoa de Alda, I. y Alemán, A. (2001). "Alexitimia, familia y trastornos alimentarios". *Anales de Psicología*. 17(1), 139-149.
- Espina, A.**, Ochoa de Alda, I. y Ortego, M.A. Conductas alimentarias, salud mental y estilos de crianza en adolescentes de Guipúzcoa. San Sebastián: D'elikatz Bizi.
- Fadden, G.**, Bebbington, P. y Kuipers, L. (1987). "The burden of care: The impact of functional psychiatry illness on the patient's family". *British Journal of Psychiatry*. (150), 285-292.
- Fernández, C.**, Espina, A. y Aresti, A. (1996). "Uno studio sull'Alexitimia nelle condotte tossicomaniache". *Personalità / Dipendenze*. (2), 235-241.
- Foreyt, J.P., Walker, S., Poston, C., Goodrick, G.K.** (1996). "Future directions in obesity and eating disorders". *Addictive Behavior*. (21), 767-778.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., et al.** (1995). "Bulimia Nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and Comparison of Subgroups". *American Journal of Psychiatry*. (152), 1052-1058.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E.** (1981). "Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications". *International Journal of Psychiatry and Medicine*. 2 (11), 263-284
- Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., Flament, M., & Jeammet, P.** (1999). "Psychosomatic vulnerability and eating disorders". *Annales Medico Psychologiques*. 157(6), 390-401.
- Halmi, K.A.** (1974). "Anorexia nervosa: Demographic and clinical features in 94 cases". *Psychosomatic Medicine*. (36), 18-26.
- Herzog, D.B., Sacks, N.R., Keller, M.B., Lavori, P.W., von Ranson, K.B., Gray, H.M.** (1993). "Patterns and predicts of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. (32), 835-842.
- Hoek, H.** (1991). "Epidemiological findings in the Nederland". *Psychological Medicine*. (21), 455-460.
- Hoek, H.** (2003). "Review of the prevalence and incidence of Eating Disorders". *International Journal of Eating Disorders*. (34), 383-396
- Hsu, L.K.** (1990). *Eating disorders*. New York: Guildford Press.
- Hutchinson, M. G.** (1982). "Transforming body-image: Your body, friend or foe?". *Women and Therapy*. (1), 59-67.
- INSALUD** (1999). *Carta de Servicios de Atención Primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Atención Primaria.
- Katz, J.L.** (1992). *Eating disorders and substance abuse disorders*. En A. Tasman y M. Riba (Eds.) *Review of psychiatry*. Washington, American Psychiatry Press.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Wilson, D.M., et al.** (1994). "Pursuit of thinness and onset of eating disorders symptoms in a community sample of adolescent's girl: a three year prospective analysis". *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 20 (3), 113-135.
- Lucas, A. R.** (1981). "Towards the understanding of anorexia nervosa as a disease entity". *Clinical Process*. (56), 254-264.
- Lucas, A. R., Duncan, J. W. y Piens, V.** (1976). "The treatment of anorexia nervosa". *American Journal of Psychiatry*. 133 (9), 1034-1038.
- Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.M., Kurland, L.T.** (1991). "50-Years Trend in the Incident of Anorexia Nervosa in Rochester, Minn.: A Population-Based Study". *American Journal of Psychiatry*. (148). 917-922.
- Levine, M. P. y Smolak, L.** (1992). *Toward the model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence*. En J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum y S. E. Hobfoll (eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familiar context* (pp. 43-45, 59-75). Washington, Philadelphia-Londres: Hemisphere Publishing Corporation.
- Marrazi, M.A. y Luby, D.E.** (1986) "An auto-addiction opioid model of chronic anorexia nervosa". *International Journal of Eating Disorders*. (5), 191-208.

- Martínez, E., Toro, J., Salamero, M. y Blecua, M. J.** (1993). "Influencias sociales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación". *Revista psiquiátrica de la facultad de Barcelona*. (20), 55-65.
- Martínez-Sánchez, F.** (1996). "Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)". *Clínica y Salud*. 7(1), 19-32.
- Marty P.** (1980). "Les mouvements individuels de vie et de mort. L'ordre psychosomatique". (2). París, Payot.
- Morandé, G.** (1995). *Un peligro llamado anorexia*. Madrid. Temas de Hoy.
- Nemiah J.C.**, (1977). "Alexithymia: theoretical considerations". *Psychotherapy Psychosomatic*. (28), 199-206.
- Olestei Baiges, M; Piñol Moreso, J.L; Martín Vergara, N.; De la Fuente García, M.; Riera Solé, A.; Bofarull Bosch J.M. y Ricomá de Castellarnau, G.** (2008). "Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus". *Anales de Pedriatria*. 68 (1), 18-23.
- Onnis, L. y Di Genaro, A.** (1987). Alexitimia. Una revisión crítica. *Medicina Psicomatica*. (32), 45-64.
- Osofsky JD;** (1988). "Ederhart-Wright A: Affective exchanges between high risk mother and infants". *International Journal Psychoanalysis*. (69), 221-231.
- Páez, D., Martínez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. y Blanco, A.** (1999). "Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto. Un estudio transcultural". *Boletín de Psicología*. (63), 55-76.
- Patton, G.C.** (1998). "Mortality in eating disorders". *Psychological Medicine*. (18), 947-951.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L.D.** (1979). "A parental Bonding Instrument". *British Journal of Medical Psychology*. (52), 1-10.
- Peláez Fernández, M.A; Labrador Encinas, F.J. y Raich Escursell, R.M.** (1988). "Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión". *Cuadernos de medicina psicomatica y psiquiatria de anlace*. (71-72), 135-148.
- Pirke, K. M. y Ploog, D.** (1984). *The Psychobiology of Anorexia Nervosa*. Berlin: Springer Verlag.
- Pole, R., Waller, D., Stewart, S., Parkin. & Feigenbaum, L.** (1988). "Parental caring versus overprotection in bulimia". *International Journal of Eating Disorders*. 7 (5), 601-606.
- Raich, R.** (1994). *Anorexia y bulimia nerviosa: trastornos alimentarios*. Madrid. Pirámide.
- Rhodes, B. & Kroger, J.** (1992). "Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women". *Child Psychiatry and Human Development*. (22), 249-263.
- Raich, R. M., Rosen, J. C., Deus, J., Pérez, O., Requena, A. y Gross, J.** (1992). "Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: a comparative study". *International Journal of Eating Disorders*, 11(1), 63-72.
- Rosenberg, M.** (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M.** (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Russell, J., Kopec-Schrader E, Rey, E. & Beumont, P.** (1992). "Parental bonding instrument in adolescent patients with anorexia nervosa". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (86), 236-239.
- Sáiz, P. A., González, M.P. Bascarán, M.T., Fernández, J.M., Bousoño, M., Bobes, J.** (1999). "Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: un estudio preliminar". *Actas Españolas de Psiquiatria*. 27 (6), 367-374.
- Schilder, P.** (1958). *The image and appearance of the human body*. New York: International universities press.
- Schmidt, U, Jiwany, A, Treasure, J.** (1993). "A controlled study of alexithymia in eating disorders". *Comprehensive Psychiatry*. (34), 54-58.
- Slade, P. P.** (1988). "Body image in anorexia nervosa". *British Journal of Psychiatry*. (153, suppl. 2), 20-22.
- Stern D. N.** (1984). *Affect attunement*, in *Frontiers in Infant Psychiatry*, vol 2. Edited by Call JD, Galenson E, Tyson RL. New York, Basic Books.

- Steinhausen, H.C., Rauss, C., Seidel, R.** (1991). "Follow-up studies of Anorexia Nervosa: A review of four decades of outcomes research". *Psychological Medicine*. (21), 447-454
- Striegel-Moore, R.** (1993). Etiology of binge eating: A developmental perspective. En C. Fairburn y G. T. Wilson (eds.), *Binge eating: Nature, Assessment, and Treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Tannenhaus, N.** (1995). *Anorexia y bulimia*. Barcelona. Plaza y Janés.
- Taylor G. J.** (1987). *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. Madison, CT, International Universities Press.
- Taylor, G. J.** (2000). "Recent developments in alexithymia theory and research". *Canadian Journal of Psychiatry*. 45(2), 134-142.
- Taylor G. J., Bagby R.M., Parker J. D. A.** (1992). "The Revised Toronto Alexithymia Scale Some Reliability, Validity and Normative Data". *Psychotherapy Psychosomatic*. (57), 34-41.
- Taylor, G.J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M. & Bourke, M. P.** (1996). "Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders". *Journal of Psychosomatic Research*. 41(6), 561-568.
- Toro, J.** (1990). "Clasificación y relaciones de los trastornos del comportamiento alimentario". *Monografías de Psiquiatría II*. (4), 10-16.
- Toro, J. y Vilardell, E.** (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro J.** (2000). "Epidemiology of eating disorders". *Medicina Clínica*. (114), 543-544.
- Turón, V. J.** (1997). *Trastornos de la Alimentación. Anorexia Nerviosa, Bulimia y Obesidad*. Barcelona: Masson.
- Thelen, M. H., Powell, A. L., Lawrence, C., y Kuhnert, M. E.** (1992). "Eating and body image concerns among children". *Journal of Clinical Child Psychology*. (21), 41-46.
- Thenader, S.** (1970). "A psychiatric investigation of 94 females cases". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (214), 1-19.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. y Cuesta, L.** (1989). "Eating attitudes sociodemographics factors and body shape evaluation in adolescence". *British Journal of Medical Psychology*. (62), 61-70.
- Vandereycken, W.**, (1994). "Parental rearing behaviour and eating disorders". En Perris, C., Arrindell, W.A, y Eisemann, M. (eds.), *Parenting and Psychopathology*, New York John Wiley & Sons.
- Willi, J.** (1990). "Update on the Epidemiology of Anorexia Nervosa in a Defined Region of Switzerland". *American Journal of Psychiatry*. (147), 1514-1517.
- Willi, J., Grossmann, S.** (1983). "Epidemiology of anorexia nervosa in a Defined Region of Switzerland". *American Journal of Psychiatry*. (140), 564-567.
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Duchmann, G. C., McKenzie, S. J. y Watkins. P. C.** (1990). *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa*. Nueva York: Pergamon.
- Woodside, D. B.** (1993). *Eating disorders and marriage. The couple in focus*. New York. Brunner/Mazel.



El suicidio adolescente y juvenil en España

Introducción

Desde que, hace un año, el Consejo de Europa aprobara un documento⁽¹⁾ demandando una mayor implicación de la investigación científica, la educación en las escuelas y los centros de atención médica, para prevenir el suicidio en niños y adolescentes y convertirlo en una prioridad política, el suicidio ha retomado un espacio en la preocupación de las autoridades sanitarias y educativas en la conciencia de la sociedad. Aunque la permanencia y la extensión del suicidio se encuentran generalizadas en todas las sociedades, la importancia que éstas le conceden está muy sometida a sucesos sociales de diferente naturaleza, a menudo más vinculados a las formas o manifestaciones de este fenómeno que al verdadero impacto de las conductas suicidas sobre la salud y el bienestar de las sociedades.

Pese a que permanece viva la controversia acerca de si la información en torno al suicidio es, o puede ser, un factor de estímulo para nuevas iniciativas autodestructivas, lo que conocemos como el efecto Werther, este debate parece circunscrito a los medios de comunicación de mayor difusión. Como se ha puesto de relieve con la aprobación del aludido informe, es más importante la función preventiva que puede ejercer la información en torno al suicidio que el efecto imitativo de algunas trágicas noticias de sucesos que a veces asaltan los medios de comunicación. Aunque, por supuesto, ambas informaciones llevan diferentes mensajes y están dirigidos a públicos bien distintos. La sociedad debe estar prevenida frente a cualquier problema que afecta a su salud y su bienestar y, en tal sentido, la ignorancia de la realidad no va a ayudar a desarrollar actitudes o conductas preventivas en los individuos y la sociedad, ni en las instituciones y estamentos responsables de su vigilancia y protección.

El suicidio es un fenómeno complejo y multidimensional que encuentra sus raíces en factores familiares, educativos, sociales, clínicos y psicológicos. Aunque las tasas de suicidio en España no son muy elevadas si las comparamos con las de otros países, el daño personal y social que provocan en términos de dolor a sus familiares y allegados y en años de vida perdidos justifican la mayor atención a este problema y la no aceptación de ninguna tasa de suicidio superior a cero en adolescentes y jóvenes. Si no aceptamos la violencia juvenil, que origina en España seis víctimas mortales a la semana, no debemos aceptar tasas de suicidio adolescente y juvenil que arrojan más de siete muertes por semana en España. El suicidio de un solo año (2006) ha producido el triple de muertes entre jóvenes y adolescentes de los que generó la violencia doméstica y de género en los últimos seis años⁽²⁾.

La finalidad de este artículo es poner de relieve la importancia y gravedad de las cifras del suicidio juvenil en la medida en que representan un problema

(1) Resolution 1608 (2008), "Child and teenage suicide in Europe: a serious public health issue"

(2) La violencia doméstica produjo entre 2003 y 2008, 121 víctimas mortales de 30 o menos años de edad. Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género.

de necesaria resolución por todas las vías posibles de prevención. La estadística permite analizar los comportamientos sociales para hallar pautas de regularidad que permitan su descripción y también su predicción. Asimismo, podemos focalizar algunas poblaciones de riesgo que requieren de atención especial. Desde esta perspectiva, el suicidio previsible de un sólo adolescente nos hace a toda la sociedad algo cómplices de su consumación y cualquier esfuerzo que pueda hacerse para reducir estas cifras es una responsabilidad social irrenunciable.

La estadística del suicidio: la desaparición de la estadística judicial de suicidios

La estadística del suicidio en España se ha venido realizando desde 1906 como una operación estadística especial apoyada en los boletines de suicidio cumplimentados por los juzgados de instrucción. En dichos boletines se recogía tanto la información de las tentativas como la de los suicidios consumados, con todas las características y circunstancias personales del sujeto: la edad, el sexo, el nivel de estudios, la situación profesional, etc. Sin embargo, la investigación del fenómeno suicidógeno por esta vía ha tropezado con problemas derivados de la dificultad de establecer con certidumbre la voluntad efectiva de acabar con la propia vida y de determinar las causas que habían determinado esa conducta.

Asimismo, en estas estadísticas se perdía también la información derivada de tentativas de suicidio en las que, al no haber requerido internamiento hospitalario, no habían dado lugar a la apertura de procedimiento judicial alguno. Por ello, no es de extrañar que la estadística judicial de suicidios arrastrara desde hace décadas una discordancia permanente con la estadística de defunción por causa de muerte que cumplimentan los médicos, cuyo epígrafe de suicidio y muerte derivada de lesiones autoinfligidas arrojaba cifras muy superiores a las reflejadas por los juzgados.

Por otra parte, diversas inercias y carencias de información habían producido un deterioro progresivo de la riqueza informativa de estas estadísticas judiciales. Así, en un 64,5% de los boletines no se cumplimentaba su posible causa; en un 61,5% no se recogía la profesión; en un 21,4% tampoco se cumplimentaba el estado civil y en un 79% no aprecia reflejado el nivel de instrucción, circunstancia ésta última bien explicable si se tiene en cuenta que el boletín solo recogía hasta su desaparición en 2006 dos valores posibles para esta variable: alfabetos y analfabetos⁽³⁾.

Los datos que proporcionan la estadística judicial de suicidios, ya sustituida plenamente por la de defunciones por causa de muerte, arrojaban para España, en el último año de esta estadística, 2006, un total de 2017 suicidas, de los que el 89,5% son suicidios consumados. De ellos, un 13,44% del total y un 11,8% de los consumados corresponden a adolescentes y jóvenes de 13 a 29 años. La población de 13 a 29 años era en España para 2006 de 9.986.915 de individuos, lo que supone un 22,34% de la población total.

⁽³⁾ José Aranda, "Evitar muertes como reto estadístico" Diario Cinco Días; 19/04/2006

Tabla 1: **Suicidios en menores de 30 años según grado de ejecución, sexo y edad; número de suicidios. 2006**

Total año 2006	Todas las edades	Adolescentes de 13 a 19 años		Jóvenes de 20 a 29 años		Adolescentes y jóvenes de 13 a 29 años	
			%		%		%
Ambos sexos	2.017	41	2,03	230	11,40	271	13,44
Varón	1.480	24	1,62	170	11,49	194	13,11
Mujer	537	17	3,17	60	11,17	77	14,34
Consumado							
Ambos sexos	1.806	33	1,83	180	9,97	213	11,79
Varón	1.388	22	1,59	147	10,59	169	12,18
Mujer	418	11	2,63	33	7,89	44	10,53
Tentativa							
Ambos sexos	211	8	3,79	50	2,77	58	3,21
Varón	92	2	2,17	23	1,66	25	1,80
Mujer	119	6	5,04	27	6,46	33	7,89

Fuente; Estadística del Suicidio en España 2006, INE

Las tasas de suicidio resultantes en la población joven son de 1,02 por 100.000 entre los menores de 19 años y de 2,66 por 100.000 entre los jóvenes de 20 a 29 años, en ambos casos con una marcada diferencia según el sexo; entre los adolescentes la tasa masculina (**1,32**) es doble de la femenina (**0,70**), mientras entre los jóvenes la tasa de suicidio de los varones (**4,23**) cuadruplica a la de las mujeres (**1,01**). Muy diferente es la perspectiva que ofrecen los datos de tentativa de suicidio en las que las mujeres presentan valores absolutos y tasas más elevadas que los varones. Con todo, las tasas de suicidio que revela la estadística judicial son relativamente benévolas y muy inferiores, como veremos a continuación, a las que muestran las estadísticas de defunciones por causa de muerte, que reflejan con mayor fidelidad la dura realidad del suicidio.

Tabla 2: **Tasas de suicidios consumados en menores de 30 años por sexo y grupos de edad. 2006**

Suicidios consumados en menores de 30			
	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Población Adolescentes, de 13 a 19	3.232.606	1.661.182	1.571.424
Valores absolutos	33	22	11
Tasas por 100.000	1,02	1,32	0,70
Población Jóvenes, de 20 a 29	6.754.309	3.478.524	3.275.785
Valores absolutos	180	147	33
Tasas por 100.000	2,66	4,23	1,01

Fuente; Estadística del Suicidio en España 2006, INE

El suicidio juvenil en la estadística de defunciones por causa de muerte

Los datos del último año de estadísticas judiciales disponibles relativas al suicidio nos permiten su comparación con las producidas por la estadística hospitalaria que, como advertíamos anteriormente, reflejan datos más severos sobre el suicidio en jóvenes y adolescentes. La enfermedad de origen biológico es, en las edades más jóvenes, una fuente inusual y extraordinaria de morbilidad y más aún de mortalidad. No son, por el contrario, infrecuentes en estas tempranas edades los daños y lesiones derivados de otros accidentes, especialmente de tráfico, y otras causas externas. Como es bien sabido, la causa fundamental de muerte entre los más jóvenes son los accidentes de tráfico, que supone el 31,13% de las muertes entre los 10 y 30 años. Le siguen en importancia el conjunto de los tumores que son responsables de un 13,43% de la mortalidad joven y adolescente.

El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes, mayores de 10 años y menores de 30 años. El 9,34% de las muertes en este grupo de edad se deben al suicidio y a las lesiones autoinfligidas y no puede descartarse que algunas otras muertes supuestamente accidentales, incluidas en los epígrafes "0.97, Otros accidentes", en el "0.93, Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales" y, por supuesto, en el "0.90 Accidentes de tráfico de vehículos de motor", puedan encubrir algunos otros casos de suicidio. Diversos estudios estiman que un 5% de los accidentes de tráfico pueden deberse a conductas suicidas. Algunos autores sostienen que el automóvil constituye un método de elección de autodestrucción idóneo en aquellas personas que intentan ocultar su motivación suicida⁽⁴⁾.

(4)
Selzer, M. L., & Payne, C. E.
Automobile accidents, suicide,
and unconscious motivation.
American Journal of Psychiatry.
1992

Tabla 3: Defunciones por causas, sexo y grupo de edad. (Epígrafes del CIE con mayor mortalidad en menores de 30 años). 2006

Defunciones por causas, sexo y grupo de edad. (lista reducida de epígrafes del CIE con mayor mortalidad en menores de 30 años),						
Grupos de edad	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	% Tot. Defunc.	10 a 29
001-102 I-XX. Todas las causas					100,00	
Ambos sexos	262	786	1270	1739		4.057
Varones	153	582	973	1305	74,27	3.013
Mujeres	109	204	297	434	25,73	1.044
009-041 II. Tumores					13,43	0
Ambos sexos	76	101	146	222		545
Varones	45	67	89	133	8,23	334
Mujeres	31	34	57	89	5,20	211
037 Leucemia					2,64	0
Ambos sexos	29	25	25	28		107
Varones	18	19	17	18	1,77	72
Mujeres	11	6	8	10	0,86	35
090-102 XX. Causas externas de mortalidad					59,23	0
Ambos sexos	70	486	844	1003		2.403
Varones	50	385	700	835	48,56	1.970
Mujeres	20	101	144	168	10,67	433
090 Accidentes de tráfico de vehículos de motor					31,13	0
Ambos sexos	37	306	459	461		1.263
Varones	26	242	370	392	25,39	1.030
Mujeres	11	64	89	69	5,74	233
093 Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales					2,46	0
Ambos sexos	8	26	31	35		100
Varones	6	22	29	32	2,19	89
Mujeres	2	4	2	3	0,27	11
097 Otros accidentes					6,53	0
Ambos sexos	9	55	78	123		265
Varones	7	48	72	107	5,77	234
Mujeres	2	7	6	16	0,76	31
098 Suicidio y lesiones autoinfligidas					9,34	0
Ambos sexos	5	50	141	183		379
Varones	2	37	116	150	7,52	305
Mujeres	3	13	25	33	1,82	74

Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

Como ya comentábamos antes, las tasas de suicidio que revelan las estadísticas sanitarias son notablemente más elevadas que las que veíamos en la estadística judicial (ver tabla 2). En este punto deberemos recordar que en esta estadística se recogen - como no podría ser de otra forma al tratarse de defunciones - solamente los suicidios consumados, sin olvidar que muchas de las tentativas aquí no recogidas son realmente suicidios frustrados y no meros ensayos o llamadas de atención.

Las tasas de suicidio en adolescentes (13 a 19 años) que refleja la estadística de defunciones por causa de muerte incrementan en un 60%, tanto en varones como en mujeres, las que mostraban las estadísticas del suicidio. En los jóvenes (20 a 29 años) las tasas se sitúan en torno a un 80% por encima de las vistas anteriormente. Los jóvenes varones de 20 a 29 años puede

considerarse el grupo de mayor riesgo ya que registra una mayor incidencia de suicidios con una tasa de 7,65 por 100.000, tres veces superior a la del grupo de adolescentes varones y cuatro veces más elevada que la de las mujeres jóvenes de la misma edad.

Tabla 4: **Tasas de suicidios (en menores de 30 años por sexo y grupos de edad. 2006**

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Poblacion 13-19	3.232.606	1.661.182	1.571.424
Nº de casos	53	38	15
Tasa por 100000	1,64	2,29	0,95
Poblacion 20-29	6.754.309	3.478.524	3.275.785
Nº de casos	324	266	58
Tasa por 100000	4,80	7,65	1,77
	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Poblacion 10-14	2.140.398	1.100.398	1.040.000
Nº de casos	5	2	3
Tasa por 100000	0,23	0,18	0,29
Poblacion 15-19	2.345.244	1.205.080	1.140.164
Nº de casos	50	37	13
Tasa por 100000	2,13	3,07	1,14
Poblacion 20-24	2.936.593	1.504.389	1.432.204
Nº de casos	141	116	25
Tasa por 100000	4,80	7,71	1,75
Poblacion 25-29	3.817.716	1.974.135	1.843.581
Nº de casos	183	150	33
Tasa por 100000	4,79	7,60	1,79

Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

En general, las tasas de suicidio son crecientes con la edad en casi todos los tramos de la vida. Dentro del grupo de los jóvenes, con edades ente 20 y 29 años, también se registra esta tendencia, si bien en los datos de 2006 las tasas de suicidio de los grupos de 20-24 y de 25-29 son muy similares (7,71 y 7,6 por 100.000, respectivamente) debido a un simultáneo descenso en la tasa de los jóvenes de 25 a 29 años y un ligero repunte de la correspondiente a los de menor edad (20 a 24 años).

1. Evolución del suicidio juvenil en España

A lo largo del último medio siglo, las tasas de suicidio en España han mantenido cierta estabilidad, moviéndose con cierta regularidad entre un 5 y un 6 por 100.000, tasas que pueden considerarse bajas si las comparamos con otros países de Europa y más aún si lo hacemos con otros más lejanos del continente asiático. Mas allá de los procesos psicológicos individuales que rodean las fatales decisiones que conducen al suicidio, podemos considerar, siguiendo a Durkheim, que la constitución moral de nuestra población refleja afortunadamente una disposición colectiva poco proclive a las tendencias suicidas.

Durante el último medio siglo se registran algunas variaciones cuya causalidad es bastante difícil de achacar con certeza a factores sociales o económicos específicos. Así, entre 1960 y 1970 se aprecia una disminución de la tasa de

suicidios, que baja de un 6 a un 4,8 (y que, acaso como conjetura, podría asociarse con una época de prosperidad económica); una cierta estabilidad en torno a tasas de 5 - 5,5(5) que se mantiene durante tres lustros y que vuelve a ascender a finales de los 80, situándose de nuevo por encima del 6 en el inicio de la década de los 90 (también coincidente con la fase recesiva del ciclo); le sigue un ascenso paulatino de las tasas de suicidio que se mantendrá hasta el bienio 1996-1997 en el que se registran las tasas más elevadas del último medio siglo XX (7,6), en un contexto europeo que se movía por encima del 11.

A lo largo de la última década las tasas crudas de suicidio han experimentado un ligero descenso situándose en 2006 en un 6,2 prácticamente la misma tasa de suicidio que tenía España hace cincuenta años. Sirva como referencia externa que en este último decenio tan solo Italia, Reino Unido y Portugal mantienen tasas similares, además de Chipre, Grecia y Malta que muestran índices bastante más bajos. Nuestras moderadas tasas comparativas de suicidio respecto a Europa no deben ensombrecer la gravedad de las mismas, máxime si tenemos en cuenta que en nuestro caso se tratan de estadísticas específicas de suicidio, mientras que la mayoría de las cifras de otros países están extraídas de estadísticas de defunción por causa de muerte.

A pesar de los escalofriantes números a nivel mundial donde el suicidio acarrea más de un millón de muertos al año y de la grave importancia del hecho de que en España casi cuatrocientos jóvenes y adolescentes menores de 30 años perdieran la vida en 2006 por esta causa, se observa un cierto descenso en las cifras absolutas y también de las tasas de suicidio entre los jóvenes. A lo largo de los últimos treinta años se registran una contención del número absoluto de suicidios entre los adolescentes, que no crecieron pese al incremento de la población, y también de los suicidios de los jóvenes que mantuvieron unas tasas estables.

Durante los últimos años, la tasa de suicidio de los adolescentes (15 a 19 años) se ha mantenido estable por debajo del 3,5 por 100.000 y la de los jóvenes ha descendido algo situándose en 2006 en un 5 por 100.000 para el los dos grupos de edad (20-24 y 25-29).

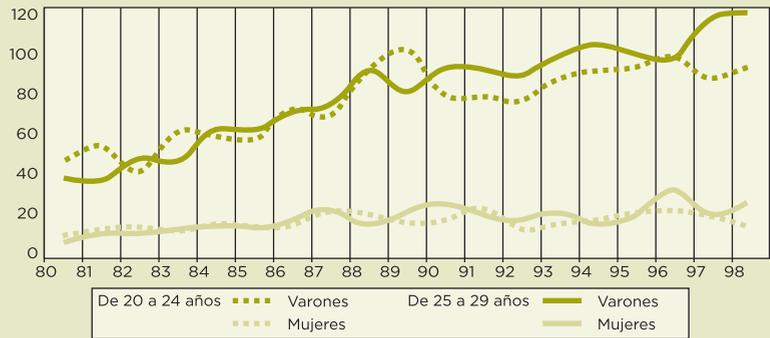
Gráfico 1: Evolución del número de suicidios en la población adolescente (10-19 años) por grupos de edad. Mujeres y varones, 1980 -1998. Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, INE



Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, INE

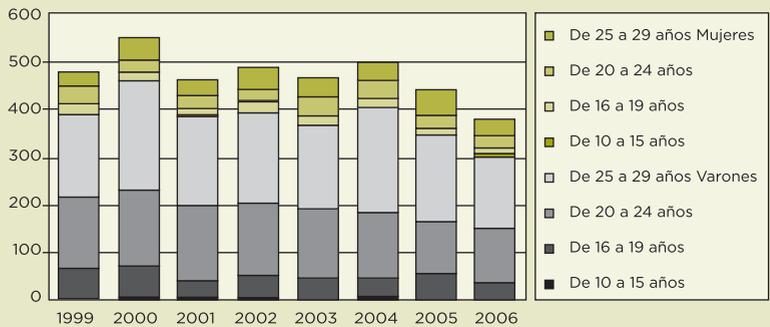
(5)
Todas las tasas utilizadas son, salvo otra indicación, por 100.000 habitantes

Gráfico 2 : Evolución del número de suicidios en la población joven (20 a 29 años) por grupos de edad. Mujeres y varones, 1999 -2006.



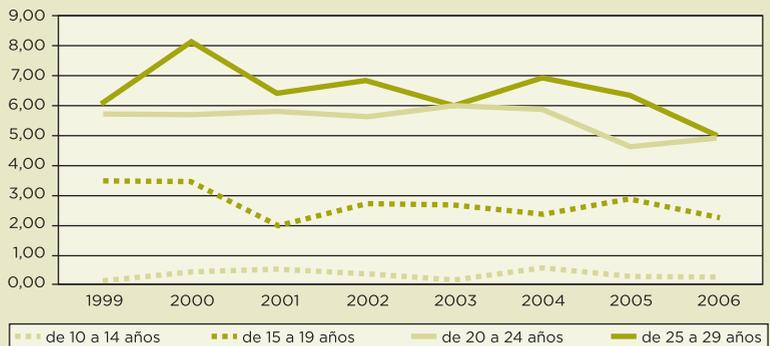
Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, INE

Gráfico 3: Evolución del número de suicidios en la población joven menor de 30 años por grupos de edad. Mujeres y varones, 1999-2006.



Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, INE

Gráfico 4: Evolución de las tasas de suicidios en menores de 30 años por grupos de edad. Ambos sexos, 1999-2006.



Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

Tabla 5: Defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas en la población joven menor de 30 años por grupos de edad. Mujeres y Varones, 1980-1998.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
De 10 a 14 años																				
Total	7	18	13	14	18	8	28	19	21	24	25	24	9	17	12	9	12	14	8	
Varones	6	15	11	11	14	7	19	17	20	18	19	19	6	15	10	8	5	9	4	
Mujeres	1	3	2	3	4	1	9	2	1	6	6	5	3	2	2	1	7	5	4	
De 15 a 19 años																				
Total	54	64	72	71	95	75	106	102	118	107	102	103	86	92	90	121	106	110	78	
Varones	41	51	56	51	77	60	82	78	101	81	82	80	71	71	70	100	81	81	62	
Mujeres	13	13	16	20	18	15	24	24	17	26	20	23	15	21	20	21	25	29	16	
De 20 a 24 años																				
Total	113	133	112	148	151	144	175	182	225	237	192	206	181	207	219	231	242	217	215	
Varones	93	108	84	123	119	116	145	138	183	203	158	158	154	175	183	187	197	176	187	
Mujeres	20	25	28	25	32	28	30	44	42	34	34	48	27	32	36	44	45	41	28	
De 25 a 29 años																				
Total	93	98	120	120	156	153	179	196	214	204	240	225	217	242	241	240	262	274	295	
Varones	78	74	96	93	125	125	142	149	183	161	185	183	179	198	209	200	196	234	241	
Mujeres	15	24	24	27	31	28	37	47	31	43	55	42	38	44	32	40	66	40	54	
Total menores 30 años	267	313	317	353	420	380	488	499	578	572	559	558	493	558	562	601	622	615	596	

Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

Aspectos sociodemográficos del suicidio juvenil

Los métodos empleados

En relación a la cantidad de suicidios registrados, ya Durkheim puso de manifiesto que “no solamente esta cifra es constante durante largos periodos de tiempo, sino que su invariabilidad es mayor que la de los principales fenómenos demográficos”(6). Ello implica que su vinculación a muchas variables sociodemográficas es relativamente débil. Por otra parte, las bajas tasas de suicidio existentes en España ofrecen ciertas dificultades a la hora de asociar el acto suicida con los diferentes fenómenos y cambios económicos o sociales, ya que en muchos casos los valores absolutos son tan reducidos que no permiten establecer correlaciones con una aceptable confianza estadística.

En consecuencia, no podremos ir mucho más allá de lo que ya lo hiciera el propio Durkheim, al señalar que los hombres se suicidan más que las mujeres, que los viejos lo hacen más que los jóvenes o que el suicidio crece de enero a junio para disminuir después(7). Otras constataciones sociológicas ya centenarias, como la mayor incidencia del suicidio en las latitudes más septentrionales, (Gerry,1883), parecen resistir el paso del tiempo, si bien reiteradamente ponderadas en múltiples estudios por otras variables de diferente índole. No obstante, se pueden describir algunas evidencias estadísticas de cierto interés en relación al suicidio en España, con particular atención en cuanto afecta a los grupos de menor edad. Repasamos en las siguientes líneas algunos de los aspectos más relevantes.

Uno de los temas más comunes en el análisis del proceso suicidógeno es el medio utilizado para acabar con la propia vida. La distribución porcentual de los métodos empleados por la población joven no difiere sensiblemente de la del conjunto de la población, con una dominancia importante del “ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” (47,76%), seguido del “salto desde un lugar elevado” (27,70%), siendo éste último bastante más utilizado que en la población de mayor edad, probablemente por la menor sensibilidad al vértigo de los jóvenes y una mayor frecuentación de actividades en espacios abiertos o al aire libre. También es más frecuente en los jóvenes (5% de los casos) que en los mayores (3,2% de las causas) el suicidio por lesión autoinfligida al arrojar o colocarse delante de objeto en movimiento, vehículo, tren.

La mayor incidencia del suicidio en los varones deja su marca en la estadística de los métodos utilizados en la medida en que aquellos suelen utilizar métodos más violentos que las mujeres, entre las que predominan procedimientos más silenciosos y pasivos como la ingestión de fármacos o tóxicos. Algunos estudios anteriores (Velilla y Serrat, 1990; Cobo, 1992) sitúan igualmente el ahorcamiento y la precipitación como los medios más frecuentes en los suicidios adolescentes. Por el contrario, en las tentativas de suicidio, mayoritarias entre las chicas como ya se ha comentado, el método más utilizado es la sobredosificación farmacológica, seguida por las autolesiones con objetos cortantes, generalmente en los antebrazos.

Al margen del hecho de que las chicas recurren con más frecuencia a la llamada tentativa simulada de suicidio, en la que no hay una intención decidida y definitiva de acabar con la propia vida, el hecho de que los varones recurran a medios con efecto mortal casi inmediato contribuye

(6) Durkheim, Emile; el suicidio, Akal ed. 1982, pag 10.

(7) Durkheim, op cit, pag. 325

también a que su tasa de tentativas de suicidio sea mucho más baja que las de las chicas que, como hemos dicho, recurren a medios que permiten con más frecuencia una intervención terapéutica urgente que evite el fatal desenlace. Así, podemos estimar que el hecho de que las tasas de tentativa de suicidios sean superiores en las chicas se debe a la concurrencia de dos circunstancias, la elección por éstas de medios de suicidio menos expeditivos que los de los varones y el hecho de que muchos de ellos son realmente suicidios simulados sin firme intención de muerte.

Tabla 6: Defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas en adolescentes y jóvenes, según medio empleado, 2006.

Lesión o envenenamiento autoinfligidas intencionalmente por:	Todas las edades	% Todas las edades	Menores de 15 años	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 29 años	Menores de 30 años	% Total menores de 30 años
X70. ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	1585	48,83	5	15	72	89	181	47,76
X80. saltar desde un lugar elevado	698	21,50	0	14	36	55	105	27,70
X81. arrojar o colocarse delante de objeto en movimiento	104	3,20	0	2	9	8	19	5,01
X74. disparo de otras armas de fuego	102	3,14	0	3	2	9	14	3,69
X64. drogas, medicamentos y sustancias biológicas	118	3,64	0	1	6	6	13	3,43
X84. medios no especificados	128	3,94	0	5	1	5	11	2,90
X73. disparo de rifle, escopeta y arma larga	61	1,88	0	2	7	1	10	2,64
X71. por ahogamiento y sumersión	137	4,22	0	2	3	2	7	1,85
X69. productos químicos y sustancias nocivas	80	2,46	0	1	2	2	5	1,32
X78. objeto cortante	61	1,88	0	1	1	3	5	1,32
X67. gases y vapores	53	1,63	0	2	0	2	4	1,06
X68. plaguicidas	41	1,26	0	1	1	0	2	0,53
X72. disparo de arma corta	18	0,55	0	0	1	0	1	0,26
X76. humo, fuego y llamas	11	0,34	0	0	0	1	1	0,26
X82. colisión de vehículo de motor	10	0,31	0	1	0	0	1	0,26
X83. otros medios	39	1,20	0	0	0	0	0	0
Todos los medios	3246	100,00	5	50	141	183	379	100

Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

La geografía humana del suicidio en España.

Durante los últimos años la inmigración recibida en España de otros países de Europa, América y África ha producido un cambio notable en la composición de la población española. El incremento progresivo de jóvenes inmigrantes, entre 15 y 29 años, ha sido muy importante, situándose en 2008 en torno al 15% del conjunto de la población. No puede obviarse el hecho de que si bien muchos de estos jóvenes han crecido y se han educado durante algunos años en el mismo entorno que el resto de los españoles, otros por el contrario han venido ya con algunos años, mostrando características culturales bien arraigadas y propias de sus países de origen.

Tabla 7: **Tasas de suicidio en adolescentes y jóvenes, según nacionalidad 2006 y relación entre tasas de suicidio de nacionales y extranjeros.**

Sexo y grupo de edad	ESPAÑOLES Y EXTRANJEROS	ESPAÑOLES	EXTRANJEROS	TSExtr./TSNac.
Ambos sexos				
10-14	0,23	0,21	0,51	2,5
15-19	2,13	1,88	4,70	2,5
20-24	4,80	4,45	7,01	1,6
25-29	4,79	4,94	4,06	0,8
Varones				
10-14	0,18	0,10	0,98	9,8
15-19	3,07	2,83	5,43	1,9
20-24	7,71	7,15	11,28	1,6
25-29	7,60	7,87	6,31	0,8
Mujeres				
10-14	0,29	0,32	0,00	0,0
15-19	1,14	0,87	3,91	4,5
20-24	1,75	1,62	2,55	1,6
25-29	1,79	1,87	1,37	0,7

Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

En uno y otro caso la situación socioeconómica de la juventud inmigrante es, en la mayoría de los casos, notablemente menos favorecida que la de los adolescentes y jóvenes españoles de nacimiento. Además de soportar el diferencial salarial y económico negativo, propio o de sus padres, el proceso de integración de la población inmigrante no está exento de dificultades en otros aspectos de orden comunitario, relacional y cultural. La población adolescente y juvenil inmigrante (entre 10 y 29 años) era en 2006 (año de las últimas estadísticas de suicidio disponibles) de 1.449.613 personas (12,9% del total de población de esa edad), cantidad humana que permite ya tomar en consideración sus propias tasas de suicidio.

El análisis diferenciado de las tasas de suicidio adolescente y juvenil en España pone de relieve un notable diferencial entre extranjeros y nativos. Un estudio de la Fundación Jiménez Díaz y la Fundación La Caixa realizado en una zona de Madrid (Arganzuela y Centro, 300.000 habitantes; con una tasa de inmigrantes del 20%), entre 2002 y 2004(8), ya revelaba que los inmigrantes latinoamericanos sufren casi el doble de tentativas de suicidio que la población española. Algunos estudios sugieren que las tentativas de

(8) Problemas de salud mental en los inmigrantes, Fundación Jiménez Díaz y la Fundación La Caixa, 2004; cit. por Elena Pinto Rodríguez en Suicidio juvenil: sociología de una realidad social, Tesis doctoral, 2006.

suicidio conocidas son la punta del iceberg del conjunto de las existentes que puede llegar a ser veinte veces superior⁽⁹⁾. Por ello, la tentativa de suicidio es en sí misma un indicador y un factor de riesgo para la salud mental.

Los datos más actuales de que disponemos, de 2006, muestran que las tasas de suicidio adolescente y juvenil de los inmigrantes, de uno y otro sexo, son muy superiores a las de los españoles en todos los grupos de edad entre los 10 y 25 años. El hecho de que el diferencial de las tasas sea aún mayor en los grupos de adolescentes, parece constituir un indicador de la existencia de serios problemas en la integración y adaptación de los más pequeños a su entorno social. Es digna de especial atención la elevada tasa de suicidio (3,9) entre las chicas adolescentes (15-19) inmigrantes, que duplica a la de los varones españoles de su misma edad (1,88). En tal sentido, no debe olvidarse que si el suicidio adolescente masculino es más frecuente que el femenino en los países industrializados, no ocurre lo mismo en otros países de Asia o Sudamérica (Lester, 1990).

La comparación de las tasas crudas de suicidio por comunidad autónoma dejan ver dos características ya clásicas en el estudio sociológico del suicidio: la mayor tasa en las zonas septentrionales y el impacto negativo del envejecimiento demográfico en las tasas de suicidio en la medida en que ésta se eleva con la edad; si bien, no puede obviarse que otros factores como el mayor desarrollo socioeconómico o las tasas de inmigración tienen también su incidencia en la determinación social del suicidio. Todo ello, en el entendimiento de que estos factores de carácter sociodemográfico no agotan ni explican en su totalidad el fenómeno suicidógeno.

A pesar de las limitaciones del análisis territorial, algunas correlaciones geográficas presentan una consistencia en la dimensión temporal que parecen ir más allá de la mera coincidencia; así, por ejemplo, Asturias, Galicia, La Rioja o Andalucía no sólo tienen las tasas más elevadas en 2006, sino que mantienen también esos puestos si comparamos las medias aritméticas de las tasa de suicidio de los últimos 25 años. Lo mismo sucede, en el otro extremo de la tabla con Madrid, Cantabria y Cataluña, comunidades que han mantenido unas tasas medias de suicidio muy bajas a lo largo del último cuarto de siglo.

(9)
Borges G. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Pública 1996; 38(3):197-206

Tabla 8: **Tasas crudas de suicidio por comunidad autónoma en 2006.**

Todas las edades	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Asturias (Principado de)	11,79	18,40	5,71
Galicia	10,84	16,72	5,37
La Rioja	9,14	14,88	3,29
Andalucía	9,12	13,97	4,33
Murcia (Región de)	9,05	14,20	3,71
Canarias	8,52	14,18	2,82
Castilla y León	7,69	12,99	2,51
Comunidad Valenciana	7,55	10,86	4,27
Castilla-La Mancha	7,30	12,15	2,39
ESPAÑA	7,26	11,37	3,25
País Vasco	6,94	11,02	3,03
Navarra (Comunidad Foral de)	6,81	10,63	2,99
Baleares (Illes)	6,79	10,96	2,60
Aragón	6,58	10,05	3,12
Extremadura	6,44	10,73	2,20
Cataluña	5,34	8,21	2,51
Cantabria	4,40	7,92	1,03
Madrid (Comunidad de)	3,65	5,81	1,61

Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

Sin embargo, algunas de las posibles deducciones antedichas, como el peso del envejecimiento en el incremento de las tasas de suicidio, deben ponderarse debidamente, ya que si observamos las tasas de suicidio en los grupos más jóvenes de edad podemos comprobar una enorme concordancia con las tasas crudas de toda la población en las diferentes comunidades. Así, si comparamos éstas últimas y las del grupo de edad juvenil (25-29 años) con mayor prevalencia de suicidios, podemos verificar que todas las comunidades con tasas superiores a la media (**Tabla 8**), con excepción de Canarias y La Rioja, se encuentran también entre las comunidades con tasas más elevadas de suicidio juvenil (25-29 años) (**Tabla 9**). Resultados similares encontramos al observar el grupo de jóvenes de 20 A 24 años, donde Asturias, Castilla y León, Galicia, Murcia y Navarra se mantienen con tasas de suicidio superiores a la media nacional.

Tabla 9: **Tasas de suicidio adolescente y juvenil por grupos de edad y comunidad autónoma. 2006.**

	Ambos sexos			Varones			Mujeres		
	15-19	20-24	25-29	15-19	20-24	25-29	15-19	20-24	25-29
Galicia	2,3	7,0	9,1	1,5	10,3	16,3	3,1	3,6	1,8
Navarra (C. Foral)	3,5	5,5	8,2	0,0	10,8	11,7	7,4	0,0	4,3
Murcia (Región de)	2,5	5,9	7,6	4,8	9,3	11,2	0,0	2,1	3,4
Asturias (Pdo. de)	2,2	8,0	7,3	0,0	12,6	11,9	4,5	3,2	2,5
Com. Valenciana	2,8	4,4	6,6	4,7	6,8	8,2	0,8	2,0	5,0
Castilla-La Mancha	1,8	3,8	5,2	3,4	5,9	7,4	0,0	1,6	2,7
Andalucía	2,6	5,4	5,1	3,5	8,1	7,0	1,7	2,5	3,0
Castilla y León	3,3	7,9	4,8	4,8	14,1	9,4	1,7	1,4	0,0
España	2,1	4,8	4,8	3,1	7,7	7,6	1,1	1,7	1,8
Balears (Illes)	3,8	1,5	4,4	7,5	3,0	6,4	0,0	0,0	2,2
Cantabria	3,7	0,0	4,3	7,2	0,0	8,4	0,0	0,0	0,0
País Vasco	1,1	4,1	4,2	2,1	8,0	8,1	0,0	0,0	0,0
Canarias	0,0	4,9	3,9	0,0	9,8	7,6	0,0	0,0	0,0
Cataluña	1,8	3,6	3,5	2,3	5,3	6,0	1,2	1,8	0,7
Madrid (C. de)	2,0	2,5	3,1	3,3	4,5	5,4	0,7	0,5	0,7
Aragón	0,0	2,6	2,0	0,0	2,5	3,8	0,0	2,7	0,0
Extremadura	0,0	5,4	1,3	0,0	10,5	2,5	0,0	0,0	0,0
La Rioja	6,8	5,2	0,0	13,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

A modo de conclusión

Como se ha señalado en la introducción, el objetivo de estas líneas no ha sido otro que poner de relieve la importancia de unas cifras de suicidio adolescente y juvenil que, aún siendo menos graves que las de otros países de nuestro entorno, constituyen el reflejo de una trágica realidad que no puede olvidarse ni aparcarse bajo un fatalismo complaciente, que asocia el suicidio con una especial naturaleza de los pueblos más o menos ligada a diferentes variables económicas sociodemográficas. El suicidio es ya en muchos países del mundo la segunda causa de muerte entre los jóvenes y adolescentes; en España es aún la tercera, tras los accidentes de tráfico y el cáncer. Diariamente un joven se quita la vida en nuestro país.

El suicidio es ante todo un grave problema de salud pública que ocasiona casi cuatrocientas muertes prematuras en España con un enorme coste económico y humano en años de vida perdidos. Las razones individuales del suicidio son muy diferentes y si bien no hay una causa psicopatológica muy dominante en los antecedentes psicológicos de los adolescentes y jóvenes con tentativas de suicidas, si es posible encontrar una serie de diagnósticos más frecuentes. Entre ellos deben señalarse los episodios depresivos (18.5%), los trastornos de adaptación (18.5%) y los trastornos de personalidad (7.4%). Otros investigadores, señalan como diagnósticos más frecuentes en adolescentes con tentativa de suicidio los trastornos de ansiedad (Aguero et al, 1994), trastornos afectivos (Mardomingo et al, 1994), trastornos de conducta (Trautman et al, 1991) y los trastornos de adaptación (Mattsson et al, 1969), siendo más infrecuentes (5.6%) los antecedentes de trastorno psicótico⁽¹⁰⁾.

Frente a los accidentes y el suicidio, segunda y tercera causas de muerte juvenil, no cabe más recurso que la prevención; para ello es preciso

(10) González Seijo, Juan Carlos. Tentativas de suicidio en adolescentes, Tesis Doctoral, Madrid, 1995

considerar las tentativas de suicidio como un problema de salud pública dado su elevado riesgo de repetición; casi un 40% de los jóvenes habían comunicado sus intenciones suicidas a alguna persona de su entorno(11). Las discusiones con los padres son los factores desencadenantes más frecuentes (38.8%). Por ello, es preciso detectar y tratar los trastornos afectivos y psiquiátricos en los jóvenes, ya que les confiere un especial riesgo. Asimismo, es necesaria la máxima atención a los episodios depresivos y los trastornos de adaptación.

Algunos especialistas recomiendan también disminuir la disponibilidad de los métodos suicidas dado que el riesgo de cometer una acción suicida está relacionado con el acceso a esos métodos (Harrington y Dyer, 1993). Sin embargo, estas medidas, razonables en casos previsibles o diagnosticados, serán de poca o transitoria utilidad si no se afrontan las verdaderas raíces o causas del deseo suicida. El tratamiento psicoterapéutico, individual o familiar, es imprescindible en los casos ya manifestados o detectados; pero el problema excede el ámbito sanitario si tenemos en cuenta que una parte importante de los suicidios ocurren sin ningún aviso o señal específica previa. Por ello, junto a la prevención clínica es necesaria la prevención social orientada a la reducción de los factores de riesgo y al refuerzo de los factores de protección de adolescentes y jóvenes.

La familia, la escuela y el trabajo son los tres medios en los que se mueven los jóvenes y adolescentes; y de ellos surgen la práctica totalidad de los intentos y logros suicidas. La vigilancia y atención por parte de padres, hermanos, profesores y compañeros de escuela y trabajo, es esencial para la detección y prevención de los suicidios. La desestructuración familiar, la inadaptación escolar y la marginalidad laboral y social son fuentes privilegiadas de riesgo de suicidio. La ignorancia y la indiferencia frente al problema son también factores que incrementan dicho riesgo. Frente al silencio, acaso comprensible de familiares y medios de comunicación, las instancias sanitarias y educativas y por supuesto, el conjunto de la sociedad deben estrechar la atención y cuidado sobre un problema que nunca será pequeño mientras no desaparezca por completo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrés Ramón.** (2003). *Historia del suicidio en Occidente*. Edit. Atalaya. Barcelona.
- Aranda, J.** (2006). "Evitar muertes como reto estadístico" Diario Cinco Días. Madrid
- Avellanosa Caro, I.** (1999) "Salud mental infanto-juvenil en España" Revista de pediatría de Atención Primaria. Volumen 1, nº 3. Julio/septiembre 1999.
- Barón, B. Olga.** (2000) "Adolescencia y suicidio." Psicología desde el Caribe. Agosto- diciembre, nº 006. Universidad del norte. Barranquilla. Colombia.
- Borges G.** (1996). "Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994". Salud Pública Méx.; 38(3):197-206.
- Buendía José.** Riquelme Antonio y Ruiz José A. (2004) "El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida." Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia.
- Casullo M, Bonaldi L.** (2000) "Comportamientos suicidas en la adolescencia (morir antes de la muerte)". Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Chavez-Hernández, A., Medina Núñez, M., Macías-García, L.** (2008) "Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en Jóvenes". Vol. 31, No. 3, mayo-junio 2008. 197. Salud Mental 2008; 31:197-203.

(11) González Seijo, op cit, 1995

- Dos Santos L, Humberto J, Alonso-Fernández F, Tomasi E.** (2001). "Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva." *Atención Primaria*; 8:543-9.
- Durkheim Emile.** (1998). "El Suicidio." Editorial Akal. Madrid.
- Galarza N. (2001).** "Sobre como diferenciar entre un gesto y un intento suicida en la práctica diaria de la psiquiatría." *Latinoamericana virtual de psiquiatría*.
- Gispert R, Barés MA, Puigdefàbregas A, Grupo Consenso.** (2006). "La mortalidad evitable revisitada: revisión del estado de situación y consenso de la lista de causas." *Gac Sanit*; 20:184-93.
- González JC, Ramos Y, González-Quirós P.** (1997). "Desarrollo de futuras estrategias de prevención." En: Bobes J, González JC, Sáez PA. *Prevención de conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson; 1997.
- González Seijo, J.C.** (1995) "Tentativas de suicidio en adolescentes" Tesis Doctoral, Madrid.
- González-Forteza C, Ramos L, Caballero MA, Wagner F.** (2003). "Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*; 15(4):524-532.
- Health and Family Affairs Committee, rapporteur: Mr Bernard Marquet.** (2008). "Child and teenage suicide in Europe: a serious public health issue" *Assemblée parlementaire*. Strassburg
- Imbert G.** (2004). "La tentación de suicidio." Edit. Tecnos. Madrid
- Kaplan H, Suárez M. 2000.** "Suicidio en adolescentes." *El divan.com*. Buenos Aires.
- Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R.** (2002) "World report on violence and health". Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Morant C, Criado-Álvarez JJ, García-Pina R, García-Guerrero J, Romper Tornil J.** (2001). "Mortalidad por suicidio en Castilla-La Mancha (1991-1998)". *Psiquiatr Biol*; 8:135-40.
- Ochoa E.** (2004). "La conducta suicida en el paciente VIH+." [Accedido 13 Jun 2005]. *Conductas Adictivas [revista electrónica]*. Disponible en: www.conductasadictivas.org
- Pérez Barrero SA** (2001). "Psicoterapia para aprender a vivir." Editorial Oriente. Santiago de Cuba. Cuba.
- Pinto Rodríguez, E.** (2006). "Suicidio juvenil: sociología de una realidad social" Tesis doctoral. Fundación Jiménez Díaz y la Fundación La Caixa. Madrid.
- Prevención del suicidio.** [Accedido 13 de Jun 2005]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
- Pritchard C, Hansen L.** (2005). "Child, adolescent and youth suicide and undetermined deaths in England and Wales compared with Australia, Canada, France, Germany, Italy and the USA for the 1974-1999 period." *Int J Adolesc Med Health*; 17:239-53.
- Ruiz Ramos M, Muñoz Bellerín J, Ramos León JM, Gil Arrones J, Ruiz Pérez I, Muriel Fernández R.** (1999). "Tendencia de la mortalidad por suicidios en Andalucía desde 1976 a 1995." *Gac Sanit* ; 13:135-40.
- Scherff A, Eckert T, Miller D.** (2005). "Youth suicide prevention: a survey of public school superintendents' acceptability of school-based programs." *Suicide Life-threatening Behavior*; 35(2):154-169.
- Selzer, M. L., & Payne, C. E.** (1992) "Automobile accidents, suicide, and unconscious motivation". *American Journal of Psychiatry*.
- Terán, M., Vazquez, J.L., Pérez, M.** (1995) "Alteraciones psicopatológicas en la infancia: El niño en EGB". *Psicothema*, vol. 7, nº 3. pp.513-526.
- Tovilla y Pomar M (2000).** "Factores de riesgo suicida en los adolescentes." *Rev. Internacional de Tanatología y Suicidio* Vol. 1 NO 1 octubre: 7-17.
- Velasco Sall, M.** (2005) "Hacia una problematización de la noción convencional del suicidio: el suicidio en el contexto de la vida". *Athenea digital*, Primavera 007. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Wasserman D.** (2001). *Suicide, an unnecessary death*. Edited by Martin Dunitz.



Eva Martín-Sánchez. Área de investigación clínica, Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM), Toledo.

José Luis R. Martín. Jefe del Área de Investigación Clínica (FISCAM) y Unidad de Investigación Aplicada. Hospital Nacional de Parapléjicos. Toledo.

Efectos del consumo de cannabis en las personas jóvenes: Algo más sobre el cannabis

Introducción

La planta del cannabis: componentes químicos

“Marihuana”, “maría”, “hachís”, “hierba”, “charas” o “cannabis” son algunos de los nombres más utilizados para designar a la totalidad o alguna parte de la planta del Cáñamo, de la que los taxonomistas consideran que existen, al menos, tres variedades principales: *Cannabis sativa*, *Cannabis indica* y *Cannabis ruderalis*. En nuestro medio, en general, la marihuana a la que podríamos tener acceso procede de la variedad *C. sativa*, de la cual, se han identificado hasta un total de 483 componentes químicos diferentes (1), muchos de ellos, presentes también en otras plantas, alimentos, y formando parte incluso de nuestro propio organismo: aminoácidos, proteínas, enzimas, azúcares, hidrocarburos, vitaminas o ácidos grasos entre otros. La particularidad de esta planta con respecto a tantas otras que no despiertan tanta controversia mediática o legal radica en otro grupo de compuestos también presentes en la planta, llamados “cannabinoides”. Los cannabinoides son la clase más distintiva y específica de compuestos, presentes solo en esta planta, y los principales principios activos, responsables de la actividad de la planta sobre el organismo. En la actualidad, se conocen hasta un total de 66 fitocannabinoides (1), o cannabinoides de origen natural, para diferenciarlos de los cannabinoides sintetizados por el hombre, o los producidos por el propio organismo –endocannabinoides–, aunque de estos 66, los más conocidos, y los más dotados de propiedades activas sobre el hombre, son el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), y el cannabidiol (CBD) (2, 3). El THC es el principal cannabinoide de la planta en cuanto a sus propiedades psicoactivas, así como a su potencial terapéutico, apareciendo en diferentes concentraciones en función de la variedad y especie de cannabis, así como a la forma de consumo. Así, por ejemplo, la marihuana se produce a partir de los capullos en flor y las hojas secas de la planta, adquiriendo un aspecto de hierba seca de color gris verdoso hacia marrón verdusco. El hachís es la resina comprimida y desecada separada de los capullos en flor de la planta, que se adquiere en bloques de color marrón negruzco. Estos bloques son más fuertes, o tienen mayor concentración en THC, aunque también implican, por la manera en que son adquiridos, muchas más posibilidades de adulteración, y por tanto, de llevar en su composición sustancias no procedentes en la planta, y de origen y actividad desconocida. Existe, además, una forma más poderosa de la droga, que es el aceite de hachís o aceite de cannabis, obtenido de la extracción del jugo o la resina de la planta.

En su aplicación con finalidad terapéutica, se suelen emplear los cannabinoides extraídos de la planta completa, o bien cannabinoides sintéticos (4), ya que el hombre ha sido capaz de sintetizar en el laboratorio compuestos químicos de estructura y actividad similar o bioequivalente a los compuestos naturales. En la actualidad, los principales cannabinoides sintéticos, comercializados en algunos países, son la nabilona (análogo sintético del THC), y el dronabinol (THC sintético).

El motivo por el cual el cannabis y sus derivados están dotados de multitud de efectos en nuestro organismo (5, 6), radica en la presencia en éste de receptores cannabinoides, o sitios específicos distribuidos por el organismo, sobre muchos tipos de células, sobre los cuales, si interacciona una molécula con estructura cannabinoide, activa una serie de señales químicas que dan lugar a un determinado efecto. En la actualidad, se han identificado dos tipos principales de receptores cannabinoides: receptores CB1, localizados principalmente en las neuronas del cerebro, la médula espinal, sistema nervioso periférico, glándulas endocrinas, salivales, bazo, corazón, aparato urinario, reproductor y gastro-intestinal. Los receptores CB2 son menos abundantes, y se encuentran principalmente en las células inmunitarias. El organismo, sintetiza y produce compuestos cannabinoides, - endocannabinoides -, que interactúan con estos receptores, como la anandamida (araquidonil-etanolamida) o el 2-AG (2-araquidonil-glicerol) (7).

Este complejo sistema endocannabinoide permite, por un lado, una importante vía de investigación hacia compuestos que, ejerciendo un efecto agonista o antagonista, produzcan efectos específicos sobre el organismo, obteniéndose de esto una finalidad terapéutica. Pero del mismo modo, el consumo de estas sustancias conduce a una diversidad de efectos de diferente gravedad, algunos probablemente deseados y otros totalmente perjudiciales y desconocidos, inherentes al consumo con finalidad recreativa de esta droga.

¿Cómo ha llegado el cannabis a nuestros días?: Un poco de historia

El cáñamo es una planta de crecimiento rápido en cualquier medio que ha sido utilizada desde antiguo prácticamente en su totalidad. Así, podemos encontrar en la literatura referencias a la utilización de las fibras de cáñamo desde el año 8000 a.C., o el empleo de la planta para confeccionar tejidos, papel e incluso alimentos. A nivel medicinal, su uso fue introducido por el emperador chino Shen Neng (4, 8), alrededor del año 2737 a.C., que comenzó a recetar esta droga para tratar enfermedades como la gota, la malaria, el beriberi, el reumatismo a incluso los problemas de memoria. Así, su influencia y sus posibles propiedades medicinales, se extendieron pronto a otros países, como la India, Grecia, Roma o diversos países africanos. En Europa, fue el doctor William O'Shaughnessy quien introdujo este medicamento de forma mucho más reciente, hacia el año 1830. A comienzos de 1900 muchos de los más importantes laboratorios farmacéuticos de Europa y Norteamérica comercializaban los extractos de cannabis para el tratamiento de diversos síntomas y enfermedades, resultando más beneficiosos que otros medicamentos comercializados en la época.

El consumo con finalidad medicinal de la planta, conllevó al conocimiento popular de los efectos psicoactivos y de evasión de la realidad a la que conduce, con lo que se fue extendiendo también el consumo con finalidad no medicinal o recreativa. Así, en los diferentes periodos históricos

encontramos diferentes tendencias legales, sociales o religiosas en cuanto al empleo de estas sustancias, unas a favor y otras totalmente contrapuestas, derivadas en parte de los diferentes efectos que la droga iba generando.

En 1937, la Marihuana Tax Act desaconsejaba en Estados Unidos el empleo terapéutico y recreativo de esta planta, elevando la carestía de los impuestos para los sujetos consumidores. De este modo, en 1942 la farmacopea de Estados Unidos retiró la marihuana de la lista de medicamentos, paralizando las investigaciones con marihuana para la finalidad terapéutica, pero incrementando simultáneamente su consumo recreativo, ya que los consumidores apreciaron que podía mejorar algunos de sus síntomas físicos. Hacia 1970, y por su capacidad para inducir abuso, la marihuana fue clasificada por la ley como droga, junto a otras como la heroína, la mescalina o el LSD, retirando su uso medicinal con la excepción de unos pocos pacientes incluidos en un programa de uso compasivo de esta droga. A comienzos de los noventa, y dadas las propiedades que muestra la planta, se incrementó de forma exponencial el uso compasivo, especialmente para tratar las náuseas y vómitos así como la falta de apetito de pacientes con sida, lo que conllevó al inicio de la legalización con finalidad medicinal de esta sustancia en diversos estados.

Holanda fue el primer país del mundo que dispensó cannabinoides en las farmacias. En la actualidad, hay otros países en los que también se pueden administrar cannabinoides: Reino Unido, Irlanda, Canadá, Estados Unidos y Alemania. En España puede obtenerse nabiximol como medicamento extranjero desde el año 2001.

Consumo de cannabis con finalidad recreativa: ¿un lobo con piel de cordero?

Durante las últimas décadas, y excluyendo la información sobre los estudios científicos realizados para investigar el potencial terapéutico de estas sustancias en el tratamiento de diversas patologías, la mayoría de las noticias que los medios de comunicación han vertido sobre el cannabis, informaban sobre una tendencia creciente de consumo, principalmente el asociado a ciertos grupos de edad, cada vez más precoces. De este modo, mientras que a principios de los noventa muy pocos países europeos tenían una prevalencia de consumo elevada, los últimos años han sido testigos de un considerable aumento en estas cifras, aun a pesar de la también creciente concienciación sobre las implicaciones para la salud pública del empleo generalizado y a largo plazo de esta droga y de la presencia de una demanda cada vez mayor de tratamientos para aliviar o curar los efectos derivados de su consumo.

Según los datos publicados en el último informe del Observatorio Europeo de la Drogas y las Toxicomanías (9), más de 70 millones de europeos de edades comprendidas entre 15 y 64 años ha consumido cannabis “alguna vez en la vida”. Aunque este dato implique más de una de cada cinco personas, el hecho de haber consumido cannabis “alguna vez en la vida” no tendría trascendencia alguna si no viniera acompañado de otros datos, como la realidad de que el consumo se concentra principalmente en los jóvenes de entre 15 y 34 años de edad, situándose España entre los países de Europa con mayor prevalencia de consumo en este grupo de edad: 38.6 %, con un 15.5 % de consumidores “en el último mes”, y por tanto, con alta probabilidad de ser consumidores habituales. Según estos datos, que

posiblemente infraestimen las verdaderas cifras al haber sido obtenidos mediante cuestionarios, el cannabis es en la actualidad, junto con el alcohol y el tabaco, una de las principales sustancias psicoactivas empleadas por los jóvenes en edad aún escolar (9), entendiéndose como sustancias psicoactivas aquellas que se toman para modificar la forma en que uno se siente, piensa o se comporta.

El consumo de esta droga tiene características importantes que, aunque pueden a priori, resultar positivas, constituyen un flaco favor para aquellas personas que se inician en su consumo sin profundizar en su conocimiento. Los efectos inmediatos de la droga, son positivos (8): efectos de euforia, desinhibición, o evasión de la realidad, lo que implica connotaciones positivas en su empleo, especialmente asociado a ciertos ambientes. Por otro lado, aunque mucho se ha dicho y escrito sobre los efectos nocivos para la salud, éstos generalmente no son apreciados a corto plazo, y la relación causa-efecto entre el consumo y la aparición de estos efectos no es una relación unicausal directa, que se manifieste necesariamente. No existe un tiempo medio de consumo, una dosis media, o un perfil definido de personas para las que inevitablemente se manifiesten estos efectos tan indeseables como aparición de brotes psicóticos. Generalmente, al margen de los efectos como sedación, alteraciones del estado de ánimo, alteraciones en el habla o la percepción, o las alucinaciones visuales y auditivas (10), que no está claro si reportan connotaciones positivas o negativas en determinadas circunstancias, y cuya importancia a nivel clínico no suele ser tenida en cuenta por los que las experimentan, existe otro tipo de asociaciones de manifiesta gravedad entre el uso de esta droga y ciertas patologías psiquiátricas, donde la relación existente es multicausal. Esto quiere decir que para que se desarrolle el evento (por ejemplo, un brote psicótico), se postula la posibilidad de tener que manifestarse conjuntamente varias causas componentes, entre ellas, de forma notoria, el consumo continuado de cannabis.

Las investigaciones de alta calidad realizadas para estudiar la fuerza de la asociación existente entre el empleo de cannabis con finalidad recreativa y la aparición de psicosis (11), muestran una relación más estrecha de la que podemos considerar si no nos informamos adecuadamente. Por poner algunos ejemplos de los estudios realizados en esta dirección, en 2001, Van Os y colaboradores realizaron un estudio tomando como población una cohorte de más de 4.000 sujetos sin trastornos psiquiátricos, y un pequeño grupo de 59 sujetos diagnosticados de algún trastorno psiquiátrico (12). Siguió durante tres años a todos estos sujetos, estudiando la frecuencia de consumo de cannabis, llegando a la conclusión de que no sólo el grupo de sujetos que habían consumido cannabis mostró una mayor incidencia o desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas, sino que el consumo de esta sustancia conducía a mucho peor pronóstico en aquellos sujetos que habían demostrado vulnerabilidad previa ante los trastornos psiquiátricos. En 2005, la revista *Journal of Psychopharmacology* publicó una revisión sistemática incluyendo los once estudios observacionales realizados previamente estudiando la asociación entre el empleo de cannabis y la aparición de psicosis y trastornos de tipo esquizofrénico (13). Como conclusión de todos los estudios localizados, se obtuvo un riesgo cercano a tres, es decir, que los sujetos consumidores mostraron tres veces mayor probabilidad que los no consumidores de manifestar estas patologías, aumentando el riesgo en el consumo en edades tempranas. También en el 2005, se publicó otro estudio

(14) en el que se había observado a una cohorte de 119 pacientes con trastornos psiquiátricos, que fueron divididos en cuatro grupos en función del nivel y duración de consumo de cannabis, y que se siguieron durante cuatro años. Los resultados mostraron que los grupos de sujetos que habían realizado un consumo continuado, mostraron mayor número y gravedad de sintomatología positiva de su enfermedad. Más recientemente, en el año 2007, una de las principales revistas en el ámbito médico a nivel internacional, Lancet, publicó otra revisión sistemática (15) incluyendo un total de 35 estudios longitudinales que mostró cifras similares de riesgo de psicosis asociado a sujetos consumidores, con especial consistencia manifestada en un creciente efecto dosis-respuesta, es decir, con un mayor riesgo en sujetos que manifestaron un consumo más frecuente (dosis mayores). En este estudio, además, se recogieron y estudiaron efectos como depresión, ansiedad o ideas y comportamientos suicidas.

Sobre estos perjudiciales y graves eventos adversos descritos, uno podría pensar que la probabilidad de que “te toque” no es tan elevada, y esto tan sólo es una lotería que no tiene por qué tocarnos, pero lo cierto es que las cifras están ahí, y su interpretación es clara. Al margen de estos datos, además, quizás sería conveniente hacer otra reflexión. Probablemente es interesante plantearnos si esta droga puede constituir una puerta abierta al conocimiento o al consumo de otras sustancias (9), asociadas a ambientes similares, que conducen inicialmente a efectos similares, pero cuyo consumo implica la adquisición de muchas más papeletas de esa lotería de eventos adictivos, perjudiciales, e incluso destructivos.

Consumo de cannabis con finalidad terapéutica: mucho camino por recorrer

En su uso con finalidad terapéutica o medicinal, el cannabis se consume generalmente de diferentes formas a las empleadas con finalidad recreativa (4). En la actualidad, se han comercializado y se han probado en los diferentes estudios de investigación realizados dos formas principales de administración: en cápsulas, o como spray de administración sublingual. Con independencia del uso particular sin prescripción ni vigilancia médica, son muy escasos los estudios en los que se ha administrado a los sujetos el cannabis fumado (16), principalmente por dos motivos. En primer lugar, la dosis de THC o del resto de componentes activos que llega al organismo depende del número, frecuencia e intensidad de las caladas que el sujeto de al cigarrillo de marihuana, por lo que es muy difícil controlar la dosis, realizar estudios dosis-respuesta, o ajustar la pauta de tratamiento a un determinado paciente que resulte eficaz sin llegar a comprometer su seguridad. Por otro lado, numerosos estudios clínicos han demostrado que el cannabis fumado daña al sistema respiratorio, y contiene un elevado número de sustancias cancerígenas, con un potencial cancerígeno mayor incluso que el del tabaco (17).

Muchas de las personas que apoyan el consumo o la legalización de la marihuana, argumentan los beneficios que podría tener esta sustancia en su aplicación terapéutica sobre diversas patologías. Como ya se ha comentado en el apartado de introducción, desde muy antiguo se han empleado los compuestos cannabinoides en el tratamiento de diversas dolencias (8), y es fácil encontrar en la literatura numerosos estudios publicados sobre casos clínicos en los que se evidencian los beneficios de estas sustancias. Por otro

lado, aquellos que se oponen al empleo de estas sustancias, argumentan que el arsenal terapéutico disponible legalizado y comercializado en la actualidad, es suficiente para tratar los síntomas y cubrir las necesidades de estas patologías. Así, debido a la elevada controversia mediática, al constante debate ético y legal y al inevitable y a veces oculto conflicto de intereses económicos que despierta el empleo de estas sustancias, una valoración no sesgada sobre el cociente riesgo-beneficio de la aplicación de las mismas con finalidad terapéutica sólo puede realizarse a través de una evaluación exhaustiva, siguiendo una metodología científica, sistemática y totalmente objetiva de los estudios disponibles.

Así, desde un punto de vista científico, cabe destacar tres aspectos en cuanto a los estudios realizados hasta el momento actual sobre la aplicación de los compuestos cannabinoides con finalidad terapéutica.

- Por un lado, la mayoría de los estudios publicados, y que han contribuido a crear la mayoría de la masa crítica y de la tendencia a creer en las propiedades terapéuticas del cannabis, corresponden a casos clínicos, es decir, descripción de casos aislados sobre pacientes con diversas patologías que han experimentado beneficios con la administración del cannabis (18). Estos estudios tienen una muy limitada validez externa, es decir, sería altamente complicado poder extrapolar al resto de pacientes de la misma patología los resultados obtenidos de un único paciente con el que probablemente no compartan muchas más características a parte de la enfermedad.
- En segundo lugar, en los últimos años, se han realizado también numerosos ensayos clínicos (4), es decir, estudios experimentales realizados sobre pacientes reales en los que el investigador administra a los pacientes compuestos cannabinoides con la finalidad de estudiar su eficacia, o los efectos sobre la enfermedad, y su seguridad, o efectos no deseados (19, 20). Este tipo de estudios son los más válidos para estudiar su eficacia, ya que siguen una metodología muy robusta que permite al investigador controlar la mayoría de variables que pueden influir sobre los resultados, asegurando que éstos son debidos al tratamiento asignado, y no al azar. La mayoría de los ensayos clínicos realizados para las diferentes patologías en las que se ha empleado esta sustancia, aportan resultados similares. Estos estudios suelen mostrar resultados positivos pero discretos de eficacia a favor de los compuestos cannabinoides, acompañados de un elevado número de eventos adversos de diversa gravedad. Así, se han realizado ensayos clínicos para estudiar la eficacia y seguridad del cannabis en el tratamiento de las náuseas y vómitos que acompañan a tratamientos quimioterápicos (21), para la estimulación del apetito o efecto hiperfágico para el tratamiento del síndrome anorexia-caquexia (22), para la disminución de la espasticidad característica de enfermedades como la esclerosis múltiple (23), para la disminución de la presión intraocular en pacientes con glaucoma (24), y de forma más frecuente, para tratar el dolor crónico asociado a diversas patologías (25). Todos estos estudios están realizados en general, en muestras pequeñas de sujetos, y estudian la eficacia de los compuestos cannabinoides comparados con tratamientos placebo – es decir, tratamientos inertes carentes de compuestos con actividad en el organismo (19, 20) -. Por lo tanto, estos estudios no nos muestran qué actividad tienen estos compuestos en comparación con los fármacos habituales empleados en el tratamiento de diversas

dolencias. Por poner un ejemplo, el hecho de que el cannabis muestre eficacia analgésica para el tratamiento del dolor crónico en estudios comparados con placebo, solo demuestra que estos compuestos quitan el dolor más que un placebo, o por lo tanto, más que no tomar nada. En los estudios realizados donde se ha comparado el cannabis con otros tratamientos analgésicos, éstos han estado constituidos por compuestos situados en niveles bajos o intermedios de la escala analgésica (26), como la codeína (27). Pero, ¿qué mostrarían estudios que compararan tratamientos basados en compuestos cannabinoides con otros basados en analgésicos más potentes, como los derivados de la morfina? Y, a pesar de los conocidos eventos adversos de estos potentes analgésicos, ¿cuál de los dos tratamientos obtendría peor perfil de seguridad en cuanto a frecuencia y/o gravedad de los eventos adversos que ocasiona? Por encima de la evidencia científica que nos aportan los ensayos clínicos aleatorizados realizados sobre sujetos enfermos, podemos encontrar otro tipo de estudios que nos aportan el nivel máximo de evidencia científica disponible con los estudios de investigación realizados (28): los meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados (29). Este tipo de estudios, recoge la información aportada por todos los ensayos clínicos aleatorios realizados sobre sujetos con la misma patología, en los que se ha estudiado la misma intervención. En el marco de la investigación sobre cannabis, disponemos de meta-análisis realizados para dos de las patologías comentadas. En el año 2001, Tramer publicó un meta-análisis que estudiaba la eficacia y seguridad de los compuestos cannabinoides como agente antiemético, en el tratamiento de náuseas y vómitos (21), obteniendo resultados positivos de eficacia, especialmente en pacientes sometidos a quimioterapias con muy bajo o muy alto potencial emético, incluso en comparación con tratamientos antieméticos habituales. En 2007, Iskedjian publicó un meta-análisis sobre el empleo de cannabis administrado como spray sublingual en pacientes con dolor neuropático (25), en el que obtuvo resultados positivos de eficacia en comparación con tratamientos placebo. La mayoría de estos estudios reportan también información sobre eventos adversos derivados de la administración del cannabis que afectan principalmente a nivel del sistema cardio-vascular – taquicardia, vasodilatación, hipotensión –, del sistema gastro-intestinal – sequedad y mal sabor de boca, disminución de la movilidad intestinal –, y principalmente, a nivel del sistema nervioso central, provocando alteraciones en el estado de ánimo, alteraciones en la función motora, alteraciones de la percepción y alteraciones en la función cognitiva. Esto implica efectos como alucinaciones visuales y auditivas, alteraciones en la percepción temporo-espacial, pérdida de memoria a corto plazo, tics, entumecimientos y parálisis, disforia, alteraciones en el lenguaje, e incluso disociación y psicosis aguda (30). Los autores de este trabajo, hemos realizado recientemente un meta-análisis sobre la eficacia y seguridad de los compuestos cannabinoides en pacientes con dolor crónico asociado a diversas patologías (31). Nuestro estudio ha aportado datos de eficacia en la misma dirección, y ha cuantificado por primera vez el riesgo asociado a su consumo con esta finalidad terapéutica, obteniendo valores de riesgo comprendidos entre 3 y 4 para la mayoría de los grupos de eventos reportados sobre el sistema nervioso central.

- El tercer punto a destacar sobre estos estudios, desde un punto de vista científico, es que han sido realizados a muy corto plazo, sin realizar un

seguimiento de los pacientes una vez finalizado el estudio. Esto implica que no disponemos apenas de información sobre los efectos sobre el organismo de esta droga consumida con finalidad medicinal a medio o largo plazo. Por lo tanto, no podemos saber si la eficacia será mayor, o por el contrario desaparecerá a medio-largo plazo, y del mismo modo, no conocemos la frecuencia o la gravedad de los efectos no deseados que pueden provocar estas sustancias en un uso medicinal mantenido, como corresponde al tratamiento de patologías crónicas, ni la tolerancia o el potencial adictivo que estas sustancias tendrán sobre los pacientes (32).

Ante toda esta información, se puede concluir que, tal y como se especifica en el título de este apartado, aún nos queda mucho camino por recorrer desde un punto de vista médico para estar preparados para extraer la máxima utilidad a esta planta. Es necesario seguir investigando tras la pista de estos indicios positivos que los estudios actuales nos han aportado en la búsqueda de las dosis, los tipos de pacientes, las vías de administración o los compuestos que nos permitan obtener el mayor número de efectos beneficiosos y minimizar los efectos no deseados en el tratamiento de las diferentes patologías.

Conclusiones

Resulta prácticamente imposible definir cuál es la percepción que tiene que tener la sociedad, y en particular cada persona sobre un determinado hábito o una sustancia para ser capaz de querer alejarla completamente de su práctica habitual. De este modo, parece que el que traten de inculcarnos la percepción del riesgo, del daño a la vida misma, no han sido suficientes para alejarnos de hábitos tan probadamente dañinos como puede ser el tabaco, y así las autoridades sanitarias con sus campañas informativas no han conseguido, ni todavía están cerca de conseguir, la erradicación de este hábito. Por otro lado, teniendo en cuenta que entre los patrones conductuales de la sociedad, y concretamente de la juventud, existe una tendencia hacia lo prohibido, hacia el riesgo, cabría pensar que el hecho de liberalizar y restar importancia al empleo de estas sustancias en su finalidad recreativa, provocaría entre los jóvenes el efecto contrario y la pérdida del interés hacia este hábito. Pero lo cierto es que existen numerosos ejemplos de hábitos no prohibidos, integrados en nuestra sociedad, como podría ser el consumo de alcohol, que son también objeto de interés y de conductas de abuso para estos mismos grupos de edad. Por otro lado, y sin pretender entrar en los eternos debates sobre la legalización de algunas drogas, ¿hasta qué punto sería ético restar importancia o permitir libremente el consumo de sustancias de las que se conoce y se ha demostrado a priori que implican un gran perjuicio para la salud?. Si pudiéramos volver atrás, y conocer todo lo que sabemos ahora, por ejemplo, sobre el tabaco, ¿dejaríamos que se instalara en nuestra sociedad con la cotidianidad e incluso la imagen positiva con la que se ha visto en ciertas épocas, con el conocimiento de que para muchísimas personas les ha costado la vida, o les es prácticamente imposible echarlo de ella?

Ante este panorama, y teniendo en cuenta que por encima de todo está la libertad de cada persona para elegir lo que quiere hacer con su vida, la única herramienta que tenemos para protegernos, la mejor arma de la que estamos dotados para hacer buen uso de esta libertad, es la información,

para conocer qué es y qué consecuencias puede tener cada cosa que hagamos. De este modo, este artículo no aporta nada que no se haya dicho previamente sobre el cannabis, nada que no estuviera presente en la literatura científica disponible, pero si trata de organizar o desmitificar algunas de las ideas que oímos cada día en relación a esta droga, desmontándolas simplemente con el empleo de la información. Es una herramienta de apoyo para que cualquier joven, cualquier persona que quiera tomar una decisión en relación al cannabis, o simplemente tener un criterio formado, pueda hacerlo a partir de los datos procedentes de la mejor evidencia científica disponible hasta el momento, con sus aspectos positivos y negativos.

Puede ser que algún día subamos a un tren que no sabemos dónde va, pero normalmente no seguimos subiendo cada día a trenes sin informarnos de su recorrido, su destino. Normalmente, no organizamos nuestra vida basándonos únicamente en lo que otros nos cuentan. Del mismo modo, existen otros medios, a parte de lo que otros nos cuenten, para conocer hacia dónde va este tren.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- **Grotenhermen F, Russo E.** Cannabis and Cannabinoids. Pharmacology, Toxicology and Therapeutic potential. Binghamton: Haworth Press; 2002.
- 2- **Pertwee RG.** Cannabis and cannabinoids: pharmacology and rationale for clinical use. *Forsch Komplementarmed* 1999 Oct;6 Suppl 3:12-5.
- 3- **McGilveray IJ.** Pharmacokinetics of cannabinoids. *Pain Res Manag.* 2005 Autumn;10(A):15A-22A.
- 4- **Russo EB, Grotenhermen F** editors. Handbook of cannabis therapeutics. From bench to bedside. New York: The Haworth Press; 2006
- 5- **Pertwee RG.** Emerging strategies for exploiting cannabinoid receptor agonists as medicines. *Br J Pharmacol.* 2009 Feb; 156(3):397-411.
- 6- **Davis M, Maida V, Daeninck P, Pergolizzi J.** The emerging role of cannabinoid neuromodulators in symptom management. *Support Care Cancer.* 2007 Jan;15(1):63-71. Epub 2006 Dec 1.
- 7- **Grotenhermen F.** Los cannabinoides y el sistema endocannabinoide. *Cannabinoids.* 2006; 1 (1): 10-14
- 8- **Earleywine M.** Entender la marihuana. Reconsiderando la evidencia científica. Barcelona: Masson; 2005
- 9- **Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías.**
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index190EN.html>. El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual 2008. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2008. [citado el 12 de marzo de 2009]. Disponible en:
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_64227_ES EMCDDA_AR08_es.pdf
- 10- **Wayne H, Solowij N.** Adverse events of cannabis. *Lancet.* 1998; 352: 1611-16
- 11- **Yucel M, Solowij N, Respondek C, Whittle S, Fornito A, Pantelis C,** et al. Regional brain abnormalities associated with long-term heavy cannabis use. *Arch Gen Psychiatry* 2008 Jun;65(6):694-701.
- 12- **van OJ, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de GR, Verdoux H.** Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol* 2002 Aug 15;156(4):319-27.
- 13- **Semple DM, McIntosh AM, Stephen ML.** Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *Journal of Psychopharmacology.* 2005; 19: 187-194
- 14- **Grech A, van OJ, Jones PB, Lewis SW, Murray RM.** Cannabis use and outcome of recent onset psychosis. *Eur Psychiatry* 2005 Jun;20(4):349-53.
- 15- **Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M** et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet.* 2007; 370: 319-328

- 16- **Abrams DI, Jay CA, Shade SB, Vizoso H, Reda H, Press S**, et al. Cannabis in painful HIV-associated sensory neuropathy: a randomized placebo-controlled trial. *Neurology* 2007 Feb 13;68(7):515-21.
- 17- **Berthiller J, Straif K, Boniol M, Voirin N, Benhaim-Luzon V, Ayoub WB**, et al. Cannabis smoking and risk of lung cancer in men: a pooled analysis of three studies in Maghreb. *J Thorac Oncol.* 2008 Dec;3(12):1398-403.
- 18- **Seoane T, Mña-Segovia S, Alonso FJ**. La investigación a partir de la observación. *Estudios descriptivos. Estudios Curso de Introducción a la Investigación Clínica*. SEMERGEN 2007; 33 (5): 250-256
- 19- **Martín-Sánchez Martín JLR, Seoane T, Lurueña-Segovia S, Alonso FJ**. El Ensayo Clínico. *Metodología de calidad y bioética (Curso de Introducción a la Investigación Clínica)*. SEMERGEN 2007; 33 (6): 296-304
- 20- **Jadad AR**. *Randomised Controlled Trials*. London: BMJ Books; 1998.
- 21- **Tramer MR, Carroll D, Campbell FA, Reynolds DJ, Moore RA, McQuay HJ**. Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. *BMJ* 2001 Jul 7;323(7303):16-21.
- 22- **Strasser F, Luftner D, Possinger K, Ernst G, Ruhstaller T, Meissner W**, et al. Comparison of orally administered cannabis extract and delta-9-tetrahydrocannabinol in treating patients with cancer-related anorexia-cachexia syndrome: a multicenter, phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial from the Cannabis-In-Cachexia-Study-Group. *J Clin Oncol* 2006 Jul 20;24(21):3394-400.
- 23- **Wade DT, Makela PM, House H, Bateman C, Robson P**. Long-term use of a cannabis-based medicine in the treatment of spasticity and other symptoms in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2006 Oct;12(5):639-45.
- 24- **Tomida I, zuara-Blanco A, House H, Flint M, Pertwee RG, Robson PJ**. Effect of sublingual application of cannabinoids on intraocular pressure: a pilot study. *J Glaucoma* 2006 Oct;15(5):349-53.
- 25- **Iskedjian M, Bereza B, Gordon A, Piwko C, Einarson TR**. Meta-analysis of cannabis based treatments for neuropathic and multiple sclerosis-related pain. *Curr Med Res Opin* 2007 Jan;23(1):17-24.
- 26- **World Health Organization**. *Cancer Pain Relief*. Geneva: WHO, 1986.
- 27- **Jochimsen PR, Lawton RL, VerSteeg K, Noyes R, Jr**. Effect of benzopyranoperidine, a delta-9-THC congener, on pain. *Clin Pharmacol Ther* 1978 Aug;24(2):223-7.
- 28- **Harbour R, Miller J**. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ.* 2001 Aug 11;323(7308):334-6.
- 29- **Martín JLR, Martín-Sánchez E, Torralba E, Díaz-Domínguez E, Lurueña-Segovia S, Alonso FJ**. Investigación Secundaria: la revisión sistemática y el meta-análisis (Curso de Introducción a la Investigación Clínica). SEMERGEN 2008; 34 (1): 11-16
- 30- **Wang T, Collet JP, Shapiro S, Ware MA**. Adverse effects of medical cannabinoids: a systematic review. *CMAJ.* 2008; 178 (13): 1669-78
- 31- **Martín-Sánchez E; Martín JLR; Furukawa TA; Taylor J**. Meta-analysis of cannabis treatment for chronic pain: more risk than benefit. In press
- 32- **Schacht JP, Selling RE, Hutchison KE**. Intermediate cannabis dependence phenotypes and the FAAH C385A variant: an exploratory analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 2008 Nov 12



Tendencias en el consumo de drogas en la juventud española y efectos sobre su salud.

La juventud se encuentra inmersa en una sociedad en cambio constante, donde los patrones de consumo definen en parte la identidad del individuo. El consumo de drogas no es diferente en este aspecto. La situación actual se caracteriza por el policonsumo de sustancias ligado a las situaciones de ocio. El abuso de todas estas sustancias tiene consecuencias para la salud, tanto física como psicosocial, siendo un inicio temprano en el consumo de drogas un predictor de posteriores problemas psicosociales y de abuso de sustancias. El alcohol sigue siendo, con diferencia, la droga más consumida por los jóvenes, siendo característico de esta generación un consumo en grandes cantidades durante los fines de semana. Le siguen el tabaco y el cannabis. La proporción de estudiantes que ha tomado tranquilizantes ha aumentado. El uso del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, sustancias volátiles, heroína) está mucho menos extendido. Parece que las prevalencias de consumo de la mayoría de sustancias se están estabilizando aunque sus consumos en España están a la cabeza de los países occidentales.

Palabras clave: juventud, drogas, salud, epidemiología, España, consumo, abuso.

Introducción

La sociedad actual se caracteriza por un estado de cambio constante. Es más notable el cambio tecnológico, pero a su vez, y en gran medida potenciados por éste, se dan cambios en la sociedad que no se asimilan fácilmente. El acceso instantáneo a todo tipo de información a través de Internet, la capacidad de acceder en todo momento y en todo lugar a las redes sociales, los cambios económicos, los grandes movimientos migratorios, que tienen tanto origen como consecuencias a lo largo de todo el mundo. Todos estos fenómenos tienen un carácter global, pero afectan a la representación del mundo y de sí mismo que hace cada joven, así como a su vida social y a sus patrones de consumo.

En las últimas décadas se han producido cambios en la familia que afectan a la visión del mundo de los jóvenes y su situación en él. Estos cambios se resumen en una reducción del número de miembros de la familia debido al descenso de la natalidad. Aunque también están normalizándose otros modelos de parentesco. Por otra parte, los hijos conviven durante más años con los padres, pero las relaciones familiares cotidianas son menos frecuentes al realizarse muchas actividades de los miembros de la familia fuera de casa. Además, durante el tiempo que se pasa en casa, las relaciones entre los miembros de la familia están obstaculizadas por el uso de las nuevas tecnologías y la televisión. Por último, la función socializadora de la familia se comparte con otras instancias, como la escuela y el grupo de

iguales. Esta función socializadora de la familia es esencial para el desarrollo saludable de los niños y para el desarrollo de un autoconcepto positivo y el aprendizaje de patrones de consumo adecuados, así como para un comportamiento responsable ante las drogas.

Ya se han observado cambios en los patrones de consumo en los jóvenes en las dos últimas décadas, el más notable es el cambio de un consumo de alcohol regular pero más comedido y de bebidas de baja gradación, a un consumo en grandes cantidades, de bebidas de alta gradación, durante el fin de semana. Otro cambio observado en los patrones de consumo juveniles es el del policonsumo de sustancias.

Sin embargo, parece que las prevalencias de consumo de la mayoría de sustancias se están estabilizando o incluso reduciendo. Este cambio es más acusado en el caso del tabaco, y de las drogas ilegales más extendidas, cuyo consumo había crecido más en los últimos años, el cannabis y la cocaína. De modo que no hay motivo para la alarma social, pero tampoco para entusiasmarse, ya que el consumo de drogas en España sigue estando a la cabeza de Europa.

Para la realización de este artículo tomaremos como referencia la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006, enmarcada en la serie de encuestas que vienen desarrollándose en España de forma bienal desde 1994, dirigidas a los estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias (1). Esta encuesta sólo recoge información de una parte de la juventud, pero a falta de encuestas comparables sobre jóvenes de edades mayores, será nuestro punto de referencia. Otra fuente importante para este análisis es la Encuesta Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Es un programa bienal de encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas, promovido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), y que viene dándose desde 1995 hasta 2005 (2). Los principales resultados de estas encuestas están recogidas en el Informe 2007 del Observatorio Español Sobre Drogas (3).

En 2006 las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años seguían siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis. El alcohol sigue sacando una gran diferencia a las demás drogas. Un 79,6% había tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 46,1% tabaco y un 36,2% cannabis. La proporción de consumidores de estas sustancias en los 30 días previos a la encuesta fue de 58% para alcohol, 27,8% para tabaco y 20,1% para cannabis. La proporción de estudiantes que había tomado alguna vez en la vida tranquilizantes fue de un 12,6%. La proporción de los que los han tomado sin receta alguna vez en la vida ha ido aumentando ligeramente en los últimos años, situándose en un 7,6%, manteniéndose estable este tipo de consumo en el último año y en el último mes. El uso del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, sustancias volátiles, heroína) está mucho menos extendido, situándose la prevalencia alguna vez en la vida entre el 1% y el 5,7% y la prevalencia en los últimos 30 días entre el 0,5% y el 2,3% (Tabla 1). Si tomamos como referencia las edades comprendidas entre los 15 y 34 años y entre 35 y 64 en 2005, observamos que los jóvenes y los adultos jóvenes tienen mayores prevalencias de consumo que los mayores para todas las sustancias excepto para los hipnosedantes (Figura 1). La edad media de iniciación de tratamiento por primera vez se situó en 29,2 años en 2005 (3).

Los principales rasgos que caracterizan la situación actual son el policonsumo de sustancias y los consumos recreativos ligados al ocio. Por ejemplo, existe una estrecha asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. En 2006 un 95,7% de los que habían consumido tabaco en el último año había consumido en el mismo periodo alcohol y un 67,6% cannabis. También existe asociación entre el consumo de los distintos psicoestimulantes (cocaína, éxtasis, anfetaminas) y los alucinógenos (3). Estas características de la juventud española no son muy distintas de las de la población europea y norteamericana.

Edad media de inicio en el consumo

Una edad temprana de inicio es un factor precursor específicamente importante (y potencialmente prevenible) de problemas posteriores con el alcohol. Esto ha sido demostrado de forma más consistente en adultos (4,5), pero también es relevante para el uso y abuso en la adolescencia (6,7). De hecho, se ha demostrado que la iniciación al alcohol es un mediador clave en la conexión entre la influencia parental, escolar y de los iguales y el abuso de alcohol posteriormente (8).

Parece que ciertas características de la iniciación al alcohol (como beber en reuniones familiares y sentirse ebrio/a) y ciertas formas de beber (consumo orientado a la ebriedad) son particularmente predictivos de problemas posteriores con el alcohol (9,10,11). Hay también cierta preocupación sobre hasta qué punto un comienzo temprano de uso de alcohol sirve como puente hacia el uso de otras sustancias (12).

En 2006 las sustancias que se empezaban a consumir más tempranamente eran el tabaco, las sustancias volátiles y el alcohol, cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años. Le siguen los tranquilizantes y el cannabis (14,2 y 14,6 años, respectivamente). La cocaína, el éxtasis, los alucinógenos y las anfetaminas fueron las que se empezaron a consumir a una edad más tardía (15,4, 15,5, 15,5 y 15,6 años, respectivamente). No se observaron variaciones importantes de la edad de inicio por sexo ni con respecto a años anteriores, si bien en 2006 para hipnosedantes, cocaína y sustancias volátiles se ha adelantado algo, y para heroína se ha retrasado (tabla 2).

Los mayores incrementos en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis se producen entre los 14 y los 16 años. En cambio, para los psicoestimulantes (éxtasis, cocaína o anfetaminas), se produce entre los 16 y los 18 años. Ello, como es lógico, tiene que ver con la edad en que se comienza a consumir, muy posterior en estas últimas sustancias (3).

El uso regular entre los muy jóvenes todavía es raro. Según el Observatorio Europeo sobre Drogas y las Toxicomanías (OEDT), la información a nivel europeo sugiere que el uso de drogas ilícitas entre gente muy joven (menos de 15 años) está confinada a una pequeña minoría. Entre los que comienzan a consumir sustancias a una edad temprana, la evidencia sugiere que la experimentación temprana con sustancias psicoactivas, incluidos el alcohol y el tabaco, se asocian con un mayor riesgo de desarrollar problemas más adelante en la vida.

El uso regular entre los menores de 15 años se encuentra más a menudo en un grupo de la población altamente problemático, en el que el uso de sustancias está asociado con otros trastornos psicológicos y sociales

concurrentes o precedentes, y a menudo pueden ser indicadores de problemas sociales o de trastornos neuronales o del comportamiento (13). Por ejemplo, una gran encuesta a jóvenes de 17 años en Francia encontró que dos tercios de los encuestados que habían usado cannabis antes de los 12 años eran fumadores diarios de cannabis a los 17, mientras que aquellos que no empezaron a usar cannabis antes de la edad de 16-17 eran en su mayoría fumadores ocasionales (14).

Diferencias entre chicos y chicas en el consumo de drogas

Estas diferencias no deben verse sólo desde el punto de vista social, sino también desde el punto de vista fisiológico, ya que los efectos que tienen las drogas no son los mismos en los hombres que en las mujeres. Por ejemplo, una menor cantidad de alcohol afecta en mayor medida a las mujeres, debido a su constitución física, con un mayor contenido en grasa y menor de agua. Esto hace que tanto la ebriedad como las consecuencias negativas del consumo de alcohol se den antes en mujeres que abusan del alcohol que en hombres.

En cuanto al tabaco, las mujeres empiezan a fumar un poco más tarde, menos cigarrillos y prefieren el tabaco con menos nicotina y alquitrán. Sin embargo, los efectos del tabaco son también en su mayoría peores para las mujeres que para los hombres, siendo los más graves los daños en el sistema cardiovascular y los relacionados con el embarazo y la lactancia. Aunque en el caso de las mujeres jóvenes lo más preocupante pueda ser unos mayores daños en la piel y la boca (15). Además, según el National Institute on Drug Addiction (NIDA), es más difícil para las mujeres iniciar la abstinencia y, al hacerlo, es más probable que sufran una recaída. Algunos factores que pueden contribuir a estos hechos son la intensidad de los síntomas de abstinencia y la preocupación por el aumento de peso después de dejar de fumar, que pueden ser más severos en las mujeres y, por descontado, para las chicas jóvenes (16)

Los chicos jóvenes consumen en mayor medida que las chicas todas las drogas ilegales, y también consumen alcohol y tabaco más intensivamente, aunque el consumo de éste último está más extendido entre las chicas y el consumo de alcohol está igualmente extendido en ambos sexos. El consumo de tranquilizantes sí es algo que está claramente más extendido entre las chicas.

En el caso de las drogas ilegales, las diferencias en las prevalencias por sexo son más acusadas a medida que el consumo es más frecuente o intensivo. Es decir, la diferencia relativa es mayor para el consumo en los últimos 30 días que para el consumo alguna vez en la vida.

Diferencias en el consumo de drogas por Comunidad Autónoma

La encuesta ESTUDES no está diseñada para obtener estimaciones de la prevalencia de consumo de las drogas menos extendidas con una precisión aceptable para áreas pequeñas. Sin embargo, sí permite sacar algunas conclusiones sobre las diferencias interautonómicas con respecto al consumo de tabaco, alcohol o cannabis.

En 2006 se observan diferencias interautonómicas importantes en la proporción de estudiantes que fumaban tabaco diariamente, variando las

cifras entre 2,3% en Melilla y 22,2% en Aragón (14,8% para el conjunto de España). Las comunidades con una proporción de fumadores diarios significativamente superior a la estatal eran Aragón, Castilla y León, Extremadura y La Rioja, y las que la tenían inferior: Ceuta, Melilla, Baleares, Canarias y la Comunidad Valenciana.

También se aprecian ciertas diferencias con respecto a la proporción de estudiantes que habían tomado bebidas alcohólicas alguna vez en los últimos 30 días, variando las cifras entre 25,6% en Ceuta y 70,8% en el País Vasco (58% en el conjunto de España). Las comunidades con una proporción de bebedores en los últimos 30 días significativamente superior a la estatal fueron: Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Navarra, País Vasco y La Rioja, y las comunidades con una proporción inferior: Ceuta, Melilla, Andalucía, Baleares, Canarias, y Madrid.

Con respecto a la proporción de estudiantes que habían consumido cannabis alguna vez en los últimos 12 meses, las cifras variaban entre un 7% en Ceuta y un 39,9% en Navarra (29,8% en el conjunto de España). La mayoría de las comunidades, no obstante, se situaban entre el 25% y el 35%. Las comunidades con una proporción de consumidores significativamente superior a la estatal en cualquier período de referencia fueron: Aragón, Cataluña, Navarra, País Vasco y La Rioja, y las comunidades con cifras significativamente inferiores, Ceuta, Melilla, Andalucía y Canarias (3).

Jóvenes y las distintas drogas

Consumo de tabaco

El tabaco es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) todavía la primera causa de muerte prevenible en el mundo (17). En el año 2000 se le atribuyeron 4,83 millones de muertes prematuras en el mundo (18). Su consumo está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades (de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer) y es la principal causa de buena parte de muertes por cáncer de pulmón y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares (19).

El tabaco aún mantiene una imagen atractiva entre gran parte de la juventud, que sigue siendo un objetivo prioritario de las campañas de promoción de su consumo. Los y las adolescentes informan de funciones positivas de fumar, como el control del peso o de estados de ánimo negativos y la adopción de una imagen de madurez y seguridad (20). Sin embargo, se pueden notar varios efectos indeseables de su consumo al poco tiempo de empezar a fumar, como arrugas prematuras y rostro amarillento, manchas en los dientes y caries dentales, mal aliento y mal olor corporal y manchas amarillentas en uñas y dedos. Efectos sobre la imagen corporal, que tanto preocupa a los adolescentes. Además de éstos, se han documentado varios efectos a corto plazo en la salud de los jóvenes, como una función pulmonar reducida, un agravamiento del estado físico, un aumento en los problemas de asma, un aumento de la tos y falta de aliento (21). También existe evidencia de una relación positiva entre el uso de cigarrillos y el subsiguiente uso de alcohol y cannabis (22).

Según datos de 2006, el consumo de tabaco entre los jóvenes está bajando (3). Así, la prevalencia de consumo diario descendió desde un 21,5% en 2004 a un 14,8% en 2006, siendo, como ya se ha apuntado, algo mayor ésta en las

chicas que en los chicos (Figura 2). La edad media se ha mantenido en los 13 años, pero la edad media en la que se consume diariamente ha aumentado un año, y además, se consume menos cantidad, lo que es un avance en la prevención del consumo de tabaco en adolescentes.

La gran mayoría de los estudiantes que fumaban se habían planteado dejar de fumar en alguna ocasión, siendo mayor el porcentaje de chicas que se lo han planteado (76,6%) que en los chicos (67,8%), y siendo también mayor entre ellas el porcentaje de quienes lo han intentado realmente (41% frente al 35,4%).

En cuanto a su rol como fumadores pasivos, a casi la mitad de los estudiantes (48,2%) les molestaba mucho o bastante que fumaran en lugares cerrados estando ellos presentes. También es de resaltar que en 2006 un 10% menos de los estudiantes convivía con alguna persona que fumase diariamente en su hogar, en comparación con 2004.

Consumo de bebidas alcohólicas

Las investigaciones desarrolladas en los últimos treinta años, han demostrado que el consumo excesivo de alcohol puede provocar graves trastornos físicos, psicológicos y del comportamiento. El riesgo de padecer estos trastornos a lo largo de la vida es mayor cuando este consumo se inicia en la adolescencia. El alcohol es la sustancia cuyo consumo está más extendido en 2006 entre los estudiantes de 14 a 18 años. El 79,6% de los jóvenes en 2006 había probado el alcohol alguna vez, un 80% lo había consumido en el último año y casi el 60% en el último mes, aumentando este porcentaje de estudiantes que habían bebido alcohol a medida que avanza la edad, llegando a un 76,5% en los estudiantes de 18 años (3).

La población juvenil rara vez presenta cirrosis hepática u otros trastornos, que se suelen presentar en los adultos tras varios años de abusar del alcohol. Sin embargo las últimas investigaciones científicas han demostrado que el consumo de alcohol en la adolescencia, y especialmente el consumo “en atracón”, puede afectar al sistema nervioso central a distintos niveles, interfiriendo con el desarrollo del cerebro, que en esta etapa es crítico. Este tipo de consumo de alcohol afecta al hipocampo, una parte del sistema nervioso responsable de la memoria y el aprendizaje. El consumo abusivo produce alteraciones de las relaciones personales, del rendimiento escolar, comportamientos violentos y conductas peligrosas para la salud, como prácticas sexuales de riesgo o conducir bajo sus efectos. Además, los bebedores frecuentes sufren de peor salud subjetiva y general, y producen un mayor número de estancias nocturnas en el hospital que los bebedores poco frecuentes o los no bebedores (23).

El consumo de alcohol durante los fines de semana, sobre todo entre los jóvenes, se ha convertido en un problema de salud pública. Esto a pesar de que el consumo de alcohol entre los estudiantes ha descendido considerablemente desde las dos últimas encuestas de ESTUDES, tanto en el consumo en los últimos 12 meses como en los últimos 30 días. Sin embargo, la frecuencia de borracheras en los últimos 30 días entre los que habían consumido alcohol en ese periodo aumentó ligeramente con respecto a 2004, continuando la tendencia ascendente observada desde 1994 (figura 3). Por lo tanto, aunque se reduce la extensión del consumo de alcohol, sigue aumentando la práctica de esta conducta de riesgo, cuyos daños

neurológicos potenciales se han apuntado, por parte de la juventud. Otro riesgo de estas conductos para los jóvenes inexpertos es el de la intoxicación etílica, que puede producir un estado de coma e incluso la muerte.

En 2006 un 55,3% de los estudiantes de 14-18 años se había emborrachado alguna vez en la vida y el 25,6% lo había hecho en el último mes. Por edad, la prevalencia de borracheras durante el último mes variaba desde el 10,3% a los 14 años hasta el 40,3% a los 18 años.

Los lugares preferidos por los estudiantes para beber siguen siendo los bares, los espacios abiertos, como calles, plazas o parques, y las discotecas. Globalmente, la bebida que más consumen son las copas o combinados, aunque en días laborables prefieren la cerveza. Los lugares donde los estudiantes conseguían con más frecuencia bebidas alcohólicas eran bares o pubs (70,8%), discotecas (59,2%), supermercados (51,8%) e hipermercados (37%).

Finalmente, otro aspecto asociado al consumo de bebidas alcohólicas por los jóvenes, y quizás el más peligroso, es el de la conducción de vehículos. En 2006 más del 20% de los estudiantes de 14-18 años (34,3% de los de 18) reconocía haber sido pasajero en los últimos 12 meses en vehículos conducidos bajo los efectos del alcohol. Además, casi un 10% de los estudiantes de 14-18 años declaraba haber conducido en los últimos 12 meses un vehículo (coche, moto) bajo los efectos del alcohol, cifra que ascendía a un 14,9% en los estudiantes de 18 años (3).

Cannabis

El cannabis es la primera droga ilegal consumida en España, así como en la Unión Europea, con un aumento significativo del uso desde los años noventa. También es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años con bastante diferencia sobre las demás. La mayor parte de admisiones a tratamiento en menores de 18 años se dan a causa de esta sustancia (3).

El cannabis actúa sobre el sistema cannabinoide, que desempeña un papel fundamental en las funciones de la memoria, la atención y la percepción, así como la actividad motora. De este modo al consumir cannabis todas estas funciones se ven alteradas es más difícil mantener la atención y recordar eventos y la percepción de la realidad se ve alterada, siendo también difícil la estimación del paso del tiempo. Se produce también una disminución de la actividad y mayor dificultad en la coordinación de movimientos.

El consumo habitual de cannabis produce una serie de daños físicos y psicológicos: 1) Los cigarrillos de cannabis o porros (la forma de consumo más extendida) suelen fumarse sin filtro, lo que favorece la aparición de enfermedades pulmonares, como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar o el cáncer de pulmón; 2) Un efecto característico del cannabis es que provoca taquicardias, por lo que puede empeorar el estado de personas con hipertensión o insuficiencia cardíaca; 3) Hay indicios de que el consumo crónico puede haber contribuido al aumento de la incidencia de depresiones y psicosis.

Los efectos más visibles en los jóvenes son los relacionados con el aprendizaje, ya que aumenta las dificultades para estudiar, prestar atención, concentrarse y memorizar. Esto hace que los jóvenes consumidores regulares

de cannabis obtengan peores resultados académicos. También hay cada vez más evidencia de sus efectos negativos sobre la conducción de vehículos, sobre todo en combinación con el alcohol (19).

España se sitúa a la cabeza de los países europeos en cuanto a consumo regular de cannabis entre jóvenes. Existe preocupación por su uso por varias razones. Se han documentado consecuencias negativas para la salud (2,3), así como las relaciones entre uso de cannabis y el aumento del riesgo de tener dificultades psicosociales (24,25,26).

Algunos autores apuntan a que el consumo de cannabis es un fenómeno de la adolescencia independiente del uso de otras sustancias (27), otros han informado de que el uso temprano de cannabis es predictor de un posterior ajuste psico-social problemático (26) y un aumento de la dependencia a dicha sustancia en la edad adulta (29).

Según ESTUDES 2006 un 36,2% de los estudiantes españoles lo habían consumido alguna vez en la vida, un 29,8% en el último año y un 20,1% en los últimos 30 días. El consumo estaba más extendido en los chicos en todos los indicadores, si bien esta diferencia no era tan acusada como para otras drogas ilegales, aunque las diferencias aumentaban al hacerlo la frecuencia o la intensidad del consumo. La prevalencia de consumo diario era de un 3,2% (4,2% en chicos y 2,2% en chicas).

El cannabis era también la droga ilegal que se empezaba a consumir a una edad más temprana. La edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Secundaria era de 14,6 años, siendo similar en ambos sexos y no mostrando variaciones significativas respecto a años anteriores. La extensión y la frecuencia de consumo de cannabis se va incrementando con la edad, desde los 14 a los 18 años. El mayor incremento tiene lugar entre los 14 y 15 años. En 2006 a los 18 años un tercio de los estudiantes había consumido cannabis en el último mes y un 11,9% lo había hecho más de 10 días en ese período.

En el 2006 se ha observado un importante descenso del consumo después de muchos años de aumento continuado. De hecho, han descendido con respecto a 2004 tanto la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, como la prevalencia de consumo reciente o actual (figura 4), y el descenso afecta a todas las edades y tanto a hombres como a mujeres. Esto ha ocurrido después de más de una década de aumento en todos los indicadores. Este hecho probablemente está relacionado con el aumento del riesgo percibido por parte de los estudiantes (3).

Un aspecto que suele provocar alarma es el aumento del consumo en edades tempranas. El OEDT compara este tipo de tendencias en el consumo. Los países que registran estos datos de uso informan de aumentos en la prevalencia del uso de cannabis alguna vez en la vida en la adolescencia temprana - la fase de la vida en la que es más probable que se experimente con drogas (14). En todos los países se dan grandes aumentos entre las edades de 11-12 y 15-16. Desde 1995, los mayores incrementos a estas edades (4% o más) se han dado en los nuevos países miembros (República Checa, Estonia, Eslovenia y Eslovaquia) (Figura 5). España está entre los países europeos con un mayor porcentaje de menores de 15 años que han consumido cannabis en alguna ocasión, sólo superada por Suiza y Gales. Canadá se sitúa por delante de los países europeos y los Estados Unidos casi al mismo nivel que España.

Consumo de cocaína

La cocaína es, después del cannabis, la droga ilegal cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes, y en la actualidad (desde 2005) es la droga que genera más demandas de tratamiento, por encima de la heroína y el cannabis, si bien su consumo entre la juventud ha tenido un descenso notable en la última encuesta ESTUDES 2006 (3).

Su uso tiene fundamentalmente una intención recreativa. Al igual que ocurre con las anfetaminas, es utilizada con frecuencia para aguantar sin dormir las noches de fiesta y/o para equilibrar los efectos depresores del alcohol. Además esta droga tiene el efecto a corto plazo de reforzar el autoconcepto. Estas características hacen que la cocaína atraiga a muchos jóvenes en sus momentos de ocio. También produce un aumento inicial de la capacidad de atención y de la concentración. La adicción a esta sustancia se produce tras el consumo repetido durante cierto tiempo, y su síndrome de abstinencia no se manifiesta claramente de forma física, sino más bien a través de un fuerte deseo. Esto hace que muchos consumidores tengan a menudo una falsa sensación de control, pero los deseos de repetir el consumo son muy fuertes, y la abstinencia puede provocar depresiones e irritabilidad. Además, el consumo de cocaína provoca una gran tolerancia, es decir, son necesarias cantidades mucho mayores para conseguir el mismo efecto.

Las contrapartidas más inmediatas de esta sustancia son los cambios emocionales, que unidos al aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria pueden dar lugar a crisis de ansiedad y a pensamientos paranoides (19). A largo plazo, el consumo continuado de cocaína produce un aumento de la tensión arterial y la aparición de enfermedades cardíacas, pero también trastornos cerebrovasculares y neurológicos, enfermedades respiratorias, tanto trastornos agudos (edema pulmonar, infarto pulmonar, hemoptosis) como crónicos (hipertensión pulmonar). Cada vía de consumo presenta sus propias complicaciones. El consumo por vía nasal puede provocar pérdida de olfato, hemorragias nasales, roncquera o incluso la perforación del tabique nasal; en el caso de inyectarse puede provocar reacciones alérgicas a la propia droga o a algunos de los componentes con los que se adultera, así como enfermedades infecciosas asociadas a la vía endovenosa (VIH, hepatitis, etc.). El consumo de cocaína base produce grandes daños pulmonares (29).

El consumo de los estudiantes es fundamentalmente esporádico. En 2006 un 5,7% había consumido cocaína alguna vez en la vida, un 4,1% en los últimos 12 meses y un 2,3% en el último mes. De hecho, más de la mitad de los que lo habían consumido en el último mes lo habían hecho uno o dos días.

En la encuesta ESTUDES 2006 se preguntó por primera vez por separado por el consumo de cocaína en polvo (clorhidrato de cocaína) y de cocaína base (crack). Los números referentes a la segunda forma no son significativos, pero esta distinción indica preocupación por una forma de consumir cocaína mucho más dañina para la salud y más adictiva, y que es probable que aumente significativamente en los próximos años entre los consumidores más marginales. El aumento de esta vía de consumo puede darse por un cambio en las preferencias de los usuarios problemáticos de drogas, como los inyectores, que pueden ver en la vía inhalada una solución a los problemas que acarrea la vía intravenosa. Esto a su vez puede dar lugar a un cambio en el mercado, creando un espacio para la venta de cocaína preparada en forma de base. Este cambio preocupa al OEDT, que ya alerta

de este tipo de cambios en las grandes ciudades de otros países europeos, como Inglaterra o los Países Bajos, aunque todavía existen muy pocos estudios sobre esta población (30).

Los datos de 2006 nos muestran que ha habido un descenso acusado del consumo de cocaína entre los estudiantes de 14 a 18 años, rompiendo con la tendencia creciente de los últimos años. Este descenso se ha producido sobre todo en los 17 y 18 años, edades en las que se había incrementado mucho su consumo en 2004. Aun así, un informe del OEDT de 2007, revela que el porcentaje de jóvenes entre los 19 y 35 años que la consumen en España es el mayor de Europa, seguido por el Reino Unido (Inglaterra y Gales), y mayor también que el de Canadá y EE.UU. (Figura 6).

Al analizar los datos por grupos de edades, los mayores incrementos desde los años noventa se dieron en el grupo de entre 15 y 34 años, aunque en los años recientes (desde 2001) este incremento sólo ha continuado entre los jóvenes de 15 a 24 años. El mayor incremento se dio en los hombres, sobre todo entre los años 1999 y 2001. En 2006 el consumo fue superior en hombres que en mujeres en los tres indicadores de consumo, y en todas las edades, a excepción de los 14 años que es similar en ambos sexos. La expansión del consumo se produjo sobre todo a los 17-18 años. La edad media de inicio en el consumo fue 15,4 años, un poco antes que en encuestas precedentes (3).

Consumo de éxtasis

El éxtasis o MDMA es una droga químicamente similar a la anfetamina y al alucinógeno mescalina, tiene efectos tales como estimulación mental, emocional y motora, sensación de bienestar y de aumento de fuerza y "aguante" durante horas (que facilita la realización de ejercicio físico y el baile), así como un característico aumento de la percepción sensorial. Puede resultar atractivo a la población juvenil debido a la desinhibición, sociabilidad y sensaciones placenteras que provoca. Por otra parte en consumidores susceptibles, puede producir deshidratación, hipertensión y fallo cardiaco, así como ansiedad, agitación y comportamientos violentos o de riesgo. Durante los días posteriores al consumo de éxtasis pueden producirse fallos de las capacidades mentales como la memoria y la habilidad para procesar la información. Los usuarios crónicos presentan este tipo de problemas de forma permanente, y son más vulnerables a sufrir otros trastornos como disminución de la libido y alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, sintomatología obsesiva, ideación paranoide o trastornos del sueño (19).

En comparación con otras sustancias psicoactivas (como el alcohol, el cannabis o la cocaína en menor medida) el éxtasis es una droga de consumo minoritario en España, y que provoca muy poca demanda de tratamiento (1,3% del total de demandas) (3), aunque debido a la notoriedad que alcanza en los medios de comunicación pudiera parecer lo contrario .

En los últimos años se ha detectado en el mercado español la presencia de una nueva forma de presentación del éxtasis llamada "cristal", término que se utiliza para designar las sales cristalizadas de dicha sustancia. Se presenta en forma de polvo o de pequeña roca, y se consume preferentemente por vía oral, introduciéndolo en cápsulas o en un trozo de papel de fumar ("bombitas"), aunque también puede fumarse, inhalarse o inyectarse. Esta

nueva forma de éxtasis pretende sustituir a las tradicionales pastillas, ya que presenta ventajas de producción, comercialización y distribución para productores y traficantes, y es más fácilmente adulterable. No debe confundirse este “cristal” (éxtasis cristalizado) con el “crystal” (metanfetamina cristalina), pues son drogas distintas con efectos diferentes.

En el 2006 la prevalencia de consumo de esta sustancia continuó descendiendo suavemente, especialmente la prevalencia alguna vez en la vida. El consumo actual (últimos 30 días) apenas varió con respecto a 2004, observándose un ligero aumento entre los varones (2,1% en 2006 y 1,9% en 2004) (3).

Consumo de anfetaminas

Las anfetaminas son derivados químicos de la feniletilamina, siendo la más común el sulfato de anfetamina. Actúan aumentando el nivel de adrenalina, serotonina y dopamina en el cerebro. Esto tiene como efecto un aumento de la energía y de la concentración. En dosis altas puede dar lugar a euforia, labilidad emocional, taquialia (hablar en exceso) y agresividad. Al igual que la cocaína, las anfetaminas estimulan potentemente el sistema de recompensa del cerebro, dando lugar a un gran potencial para crear adicción psíquica, y también se desarrolla una rápida tolerancia a sus efectos (31). En cuanto a los daños físicos que provoca su consumo continuado, el órgano más afectado es el hígado, ya que es el que se encarga de filtrarlo. Por otra parte, la pérdida de apetito que provoca puede dar lugar a una rápida desnutrición en usuarios regulares, lo que puede sumarse a episodios de insomnio, dando lugar a fatigas y falta de energía.

La metanfetamina es una sustancia estimulante derivada de la anfetamina con efectos más potentes sobre el sistema nervioso. Provoca un aumento de la actividad, una disminución del apetito y una sensación de bienestar, a través de la liberación de grandes cantidades de dopamina en las áreas cerebrales relacionadas con el control de la actividad motora, el aprendizaje y el refuerzo. Inmediatamente después de ser fumada o inyectada por vía intravenosa se produce una sensación intensa de placer, a la que se denomina “flash”, que dura sólo unos minutos. La inhalación y la ingesta oral provocan efectos de menor intensidad, más duraderos y de aparición algo más tardía (de 3 a 5 minutos si se inhala y de 15 a 20 minutos si es por vía oral). La metanfetamina produce tolerancia con mucha rapidez debido a que sus efectos placenteros son de corta duración, aunque su eliminación de la sangre es bastante lenta (12 horas). Al intentar mantener este efecto con el uso de dosis repetidas, se potencia su toxicidad y el riesgo de sobredosis (19).

La extensión del consumo de estos psicoestimulantes en 2006 fue similar a la del éxtasis. Se trataba también de un consumo en su mayoría esporádico. Un 3,4% de los estudiantes de 14 a 18 años las había consumido alguna vez en la vida, un 2,6% en el último año y un 1,4% en el último mes. El consumo también estaba más extendido en los varones, y se incrementaba con la edad. El mayor aumento de la prevalencia de consumo se producía entre los 17 y los 18 años. La edad de inicio en el consumo se situó en los 15,6 años, siendo similar en ambos sexos y estando más o menos estabilizada en los últimos años.

El consumo de anfetaminas también descendió en 2006, continuando la tendencia iniciada en 2004. Este descenso se produjo en los tres

indicadores, principalmente en los hombres, y en general a partir de los 16 años (3).

Aunque a escala mundial, en términos de producción y tráfico, la metanfetamina tiene más relevancia que la anfetamina o el éxtasis, su consumo en España es en la actualidad similar al de éxtasis (19). Sin embargo la evolución del mercado de esta sustancia es algo a lo que prestar atención, ya que esta droga en EEUU está tomando una gran relevancia como sustituto de la cocaína en muchos estratos sociales y causando daños considerables en su población, así como en el Sudeste asiático y Oceanía, sobre todo en forma de metanfetamina (32). Un descenso de la oferta de cocaína en España podría dar lugar a un aumento de estos estimulantes de fácil síntesis.

Consumo de tranquilizantes

En este grupo de medicamentos se encuentran fármacos como los antidepresivos, los barbitúricos y las benzodiazepinas. También se los conoce como sedantes o ansiolíticos, ya que deprimen la actividad del Sistema Nervioso, dando lugar a una sensación de relajación y de reducción de la ansiedad. Como cualquier otra droga que actúa sobre el Sistema Nervioso Central, pueden crear adicción, y la interrupción brusca de su consumo puede dar lugar a un síndrome de abstinencia, con síntomas como insomnio o ansiedad y sudores fríos, pudiendo llegar a provocar convulsiones. Estas sustancias son especialmente peligrosas cuando su uso se combina con el del alcohol, siendo ambas sustancias depresoras del SNS, y por tanto potenciando los efectos nocivos de ambas, y pudiendo llegar en último término a un coma y, en los casos más graves, parada respiratoria y muerte.

Aunque su consumo regular no es alto ni ha aumentado significativamente en los últimos años, la edad media de inicio de tranquilizantes sin receta es la tercera más baja (14,4 años) después la del tabaco y el alcohol. También se ha observado un aumento de la prevalencia de consumo alguna vez en la vida con y sin receta. Esta evolución es similar para ambos sexos.

La prevalencia de consumo sin receta fue algo inferior en 2006 respecto a 2004, con cifras de 7,6% alguna vez en la vida, 4,8% el último año y 2,4% el último mes. Como hemos señalado más arriba, al contrario de lo que ocurre con las drogas ilegales, su consumo está más extendido entre las chicas que entre los chicos.

Consumo de alucinógenos

Este grupo de drogas comprende el grupo de las drogas psiquedélicas, disociativas y delirantes, y comprende sustancias como la LSD, la psilocibina (setas psilócibes), la mescalina (peyote, San Pedro) o el DMT (ayahuasca). También se incluye en este grupo a la Ketamina, un anestésico para animales que ha ido ganando popularidad en los ambientes festivos en los últimos años. Estas sustancias tienen en común que no sólo amplifican estados mentales conocidos, como las otras drogas psicoactivas, sino que pueden causar cambios en el pensamiento, las emociones y la percepción, induciendo experiencias que son cualitativamente diferentes a las ordinarias.

El uso de estas sustancias es mayoritariamente esporádico. En 2006 un 4,1% de estudiantes de Secundaria los había consumido alguna vez en la vida, un

2,8 % en el último año y un 1,3% en los últimos 30 días. El consumo estaba mucho más extendido en los chicos llegando a duplicar al de las chicas. Como ocurre con el resto de sustancias, la prevalencia de consumo aumentaba con la edad. La tendencia del consumo en los últimos años parece decreciente (3).

Estas sustancias no crean adicción, ya que el tipo de experiencia que provocan hace difícil el consumo repetido. Sin embargo en Holanda, donde la venta de setas psicólicas estaba permitida, se ha prohibido su comercialización basándose en informes del aumento de las emergencias provocadas por su consumo. La mayoría de éstas siendo ataques de pánico a cargo de turistas jóvenes e inexpertos, (33,34).

Consumo de heroína

Esta droga, cuyas propiedades adictivas y su síndrome de abstinencia, muy visible a nivel físico, son muy conocidas por la población general, ha dejado de ser popular entre la juventud debido a su asociación con el contagio de VIH-SIDA y la devaluación de su percepción social. La incidencia de nuevos usuarios en la juventud descendió de forma pronunciada en los años 80 hasta estabilizarse en 1995 hasta hoy, teniendo un pequeño repunte en 2006. Así, la entrada a tratamiento por primera vez en la vida pasó de 25,7 años en 1991 a 33,2 en 2005 (3).

La heroína es la droga menos consumida por los estudiantes de 14 a 18 años. En 2006 un 1% la había consumido alguna vez en la vida, un 0,8% en el último año y un 0,5% en el último mes, siendo el consumo de los chicos muy superior al de las chicas.

Con respecto a la edad, las máximas prevalencias de consumo se observaron a los 16 años. La edad media de inicio en el consumo se situó en los 14,6 años, un poco más tardía que la registrada en 2004 (14,4 años).

Aún es pronto para saber si este pequeño repunte en 2006 se trata de un cambio de tendencia, pero habrá que prestar atención a su evolución. En su Informe Anual 2008, el OEDT advierte de una posible amenaza al aumentar la disponibilidad de esta droga en el mercado, causada entre otras cosas por un aumento en la producción de opio en Afganistán, que ha llegado a su récord en 2007. Este hecho junto con algunos aumentos en los indicadores de consumo en Europa han hecho a su director, Wolfgang Götz pedir a los estados miembros que tengan sus sistemas de información alerta y sean capaces de responder de forma rápida. Aunque también aclara que *-nada parece indicar que se pueda dar una epidemia como la que experimentó Europa en los 90-* (35).

Consumo de inhalables volátiles

En este grupo se incluyen los poppers, colas, pegamentos, gasolina, nitritos y disolventes. Los más consumidos dentro de este grupo son los poppers. Estas drogas producen un efecto estimulante y vasodilatador que se percibe a los pocos segundos de inhalar la sustancia, con sensación de euforia, ligereza, aumento del deseo sexual, etc. Aunque estos efectos desaparecen rápidamente y dan paso a una sensación de agotamiento. Los efectos adversos producidos son enrojecimiento de la cara y el cuello, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, aumento de la frecuencia cardíaca e hipotensión. Los poppers crean tolerancia, lo que unido a la breve duración de sus

efectos, lo convierte en una droga peligrosa, con un elevado riesgo de intoxicación por sobredosis (19).

En 2006 un 3% de los estudiantes los había consumido alguna vez en la vida, un 1,8% en el último año y un 1,1% en el último mes. El consumo va creciendo progresivamente con la edad, y son en su mayoría los chicos quienes los consumen. Es un consumo generalmente esporádico, cuya edad de inicio en el 2006 se situó en los 13,6 años, la edad más temprana de inicio en el consumo de drogas después del tabaco. Además, esta edad había descendido con respecto a los años 2004 y 2002 (14 y 14,3 años respectivamente). La media de entrada a tratamiento por abuso de estas sustancias es también la más baja de todas las drogas (20,5 años). Estos fenómenos pueden tener relación con la llegada de inmigrantes de países pobres, tanto de África como del sur y el centro de América, donde el consumo de colas y otros productos de bajo precio está más extendido entre la juventud. Otra explicación puede ser el aumento de la popularidad de los poppers y su fácil accesibilidad en el ambiente festivo.

Percepción del riesgo y la disponibilidad

En 2006 aumentó la percepción del riesgo ante el consumo diario de tabaco o alcohol (tanto en fin de semana como diariamente) y ante el consumo habitual de cannabis, siendo las conductas asociadas a un menor riesgo tomar 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana, tomar 1 ó 2 cañas/copas diariamente, y tomar tranquilizantes o somníferos esporádicamente.

El riesgo percibido por las mujeres era superior al percibido por los hombres, especialmente para el consumo de alcohol y el de cannabis.

En 2006 las drogas percibidas por los estudiantes como las más disponibles eran las de comercio legal y el cannabis. En este sentido, un 91,2% de los estudiantes pensaban que les sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisieran, un 58,9% tranquilizantes o somníferos, y un 66,8% cannabis.

Por lo que respecta a la evolución temporal de la disponibilidad percibida de drogas entre 2004 y 2006 se observa un descenso generalizado de la disponibilidad percibida de todas las drogas.

En el caso de algunas drogas, como el cannabis y la cocaína, los descensos son muy importantes y aparecen por primera vez tras un ascenso continuado desde 1994. A pesar de los esfuerzos de las Comunidades Autónomas por controlar la venta de alcohol a menores, el menor descenso en la disponibilidad percibida es el referente al alcohol.

Consumo de drogas en el grupo de iguales

En la etapa adolescente, el grupo de amigos es un marco imprescindible para consolidar la identidad individual y social de los jóvenes. El grupo les va a permitir identificarse con aquellos y aquellas que están pasando por su misma situación, pudiendo reconocerse a sí mismos en este entorno y recibiendo apoyo desde esta comprensión mutua. A cambio de este apoyo, el grupo les exige el seguimiento de unas normas, ejerciendo influencia en el individuo. En la medida en que la familia y la escuela no tengan un peso específico, el grupo aumentará su influencia y hará que éste dependa

excesivamente de él. De esta forma, el consumo o no de drogas por parte de los amigos puede influir en el consumo propio. De hecho, en ESTUDES 2006 se puede observar que las prevalencias de consumo de drogas de los estudiantes en que todos o la mayoría de sus amigos las consumían eran muy superiores a las de los estudiantes en que sólo unos pocos amigos las consumían.

En 2006 el alcohol, el tabaco y después el cannabis eran las sustancias que una mayor proporción de estudiantes afirmaba que consumían todos o la mayoría de sus amigos. Así, un 54,9% de los estudiantes afirmaba que todos o la mayoría de sus amigos habían tomado bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, un 33,2% tabaco y un 14,7% cannabis (3).

Abordaje

El conocimiento de los jóvenes sobre las drogas y sus efectos ha aumentado en los últimos años. En 2006 una amplia mayoría de los estudiantes (86,5%) se consideraba suficiente o perfectamente informado sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados, siendo las principales vías por las que recibían información los padres, los medios de comunicación y los profesores. La proporción de estudiantes que afirmaba haber recibido información por parte de padres o hermanos ha aumentado bastante desde 2004 (3), lo que es una buena noticia desde el punto de vista de los programas preventivos, que proponen un aumento de la comunicación entre padres e hijos sobre estos temas.

En 2006 se han destinado 2.105.000 euros al campo de la prevención y la sensibilización. Se han priorizado los programas de prevención del inicio en el consumo de drogas, especialmente del alcohol y el cannabis, y de los daños asociados a dichos consumos, dirigidos a jóvenes, así como los programas comunitarios de prevención de las drogodependencias dirigidos especialmente a jóvenes y familias en situación de riesgo o exclusión social. También las acciones de sensibilización dirigidas a población juvenil en contextos lúdicos y de ocio, acciones dirigidas a fortalecer la capacidad de las familias para intervenir activamente en la prevención de las drogodependencias y acciones innovadoras de comunicación destinadas a aumentar la sensibilización sobre los problemas derivados del consumo de drogas. Por último, se sigue dando cada vez más importancia a la prevención en el ámbito laboral.

Es muy importante implicar en las actividades preventivas no sólo a la comunidad educativa, sino también a los profesionales de la salud, fundamentalmente, a los de Atención Primaria. Según el PNSD El sector sanitario no ha tenido hasta la fecha una implicación suficiente en las tareas preventivas. Por este motivo, el Plan de Acción 2005-2008 en el segundo de sus ejes de actuación, prevención y sensibilización social, propone como uno de los objetivos prioritarios la promoción de acciones que impliquen a este importante sector de profesionales (35). Algo que no sólo piden los profesionales, sino los propios jóvenes, ya que este es el colectivo del que prefieren recibir información, seguido de charlas y cursos sobre el tema y de personas que hayan estado en contacto con las drogas (3).

Tabla 1. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2006.

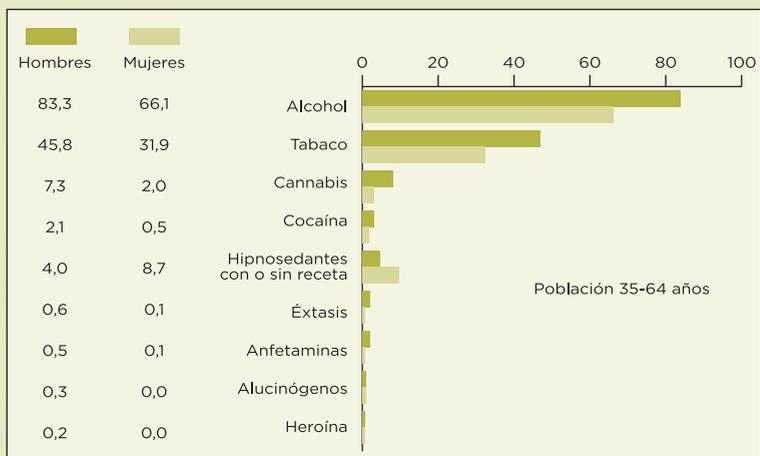
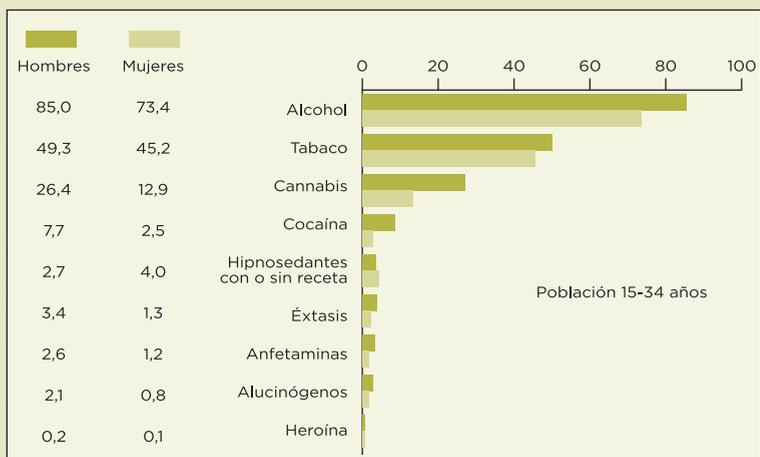
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida							
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6
Hipnosedantes sin receta*	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4
Cocaína	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3,0
Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses							
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9
Hipnosedantes sin receta*	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8
Cannabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8
Éxtasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4
Alucinógenos	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1	2,8
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6
Cocaína	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1
Heroína	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8
Inhalables volátiles	1,9	2,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,8
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días							
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0
Hipnosedantes sin receta*	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4
Alucinógenos	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5	1,3
Anfetaminas	2,3	2,6	2,0	2,0	2,0	1,8	1,4
Cocaína	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3
Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5
Inhalables volátiles	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1

* Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

Figura 1. **Proporción de la población de 15-34 y 35-64 años que ha usado drogas en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2005.**



Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 1995-2005.

Tabla 2. Evolución de la edad media del inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 1994-2006

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1
Tabaco (consumo diario)	-	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,2
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,8
Alcohol (consumo semanal)	-	15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	15,0
Hipnosedantes sin receta*	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8	14,4
Cannabis	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7	14,6
Cocaína	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8	15,4
Heroína	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4	14,7
Anfetaminas	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7	15,6
Alucinógenos	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8	15,5
Éxtasis	13,3	13,6	13,4	13,9	14,3	14,0	13,6
S. Volátiles	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6	15,5

* Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información

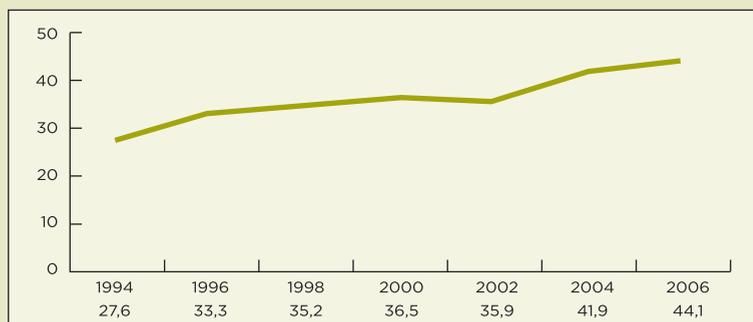
Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

Figura 2. Evolución de la prevalencia del consumo diario de tabaco entre estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años (porcentajes). España 1994-2006



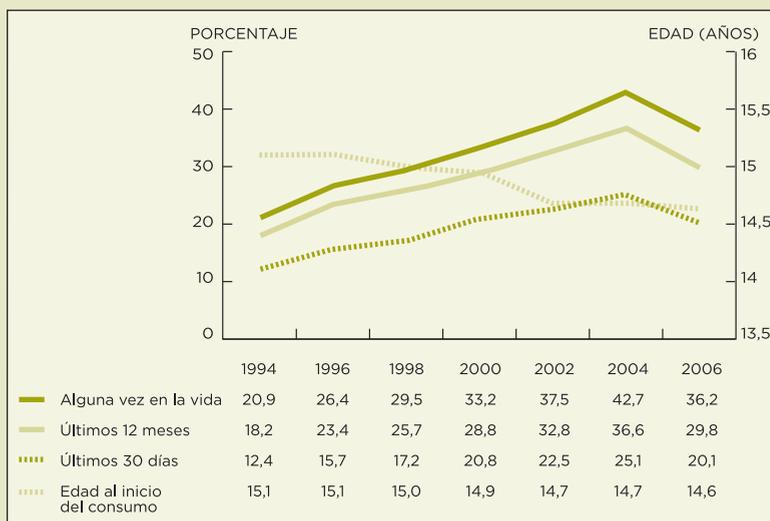
Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

Figura 3 **Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que se han emborrachado en los últimos 30 días entre los que han consumido alcohol en dicho periodo (porcentajes). España, 1994-2006.**



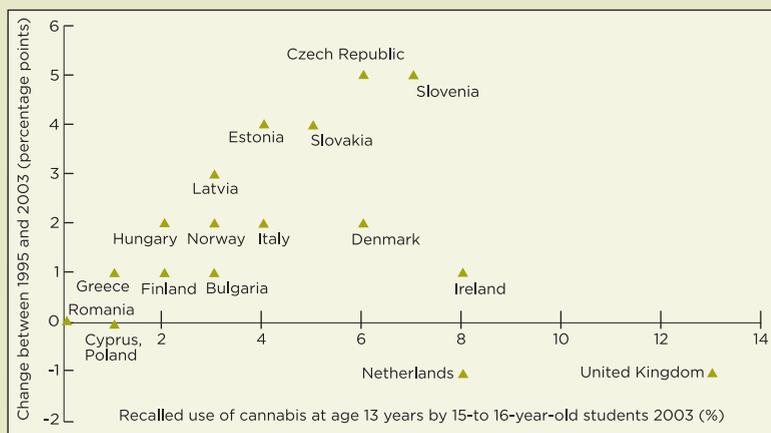
Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

Figura 4. **Prevalencia de consumo de cannabis (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2006.**



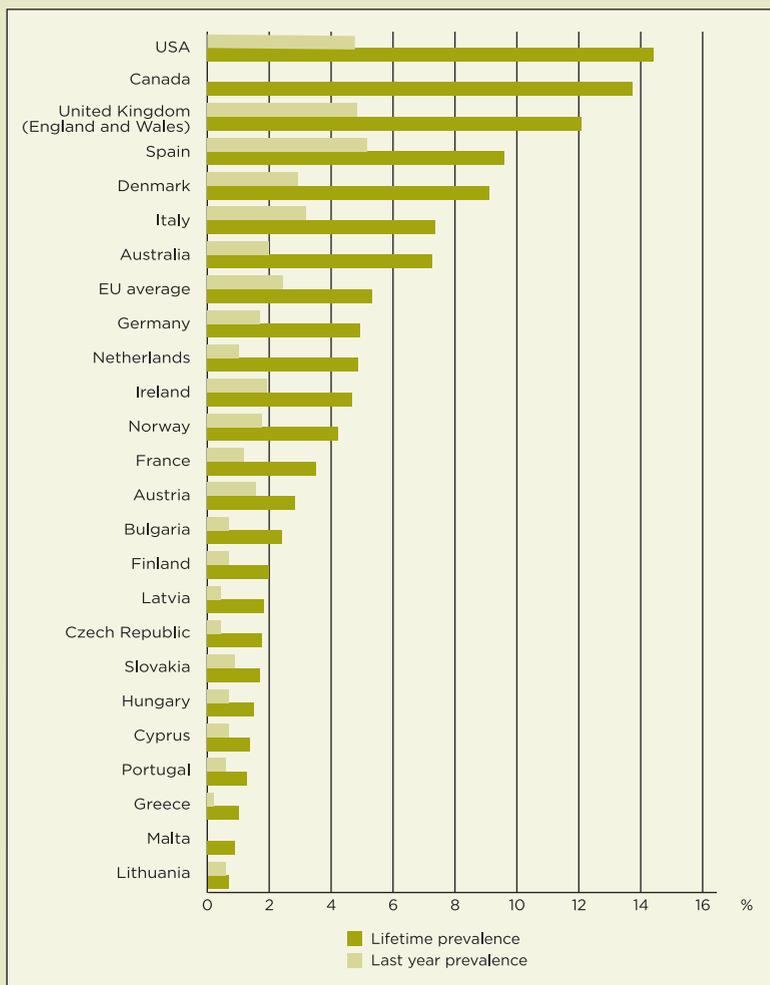
Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

Figura 5. **Cambios entre 1995 y 2003 en uso de cannabis recordado a la edad de 13 años o menos (puntos porcentuales) reportados por estudiantes de 15 a 16 años.**



Nota: pequeños porcentajes y cambios deben tomarse con precaución
 Para Bulgaria y Chipre los cambios se han calculado desde 1999 a 2003, en lugar de desde 1995 a 2003.
 Fuente: ESPAD

Figura 6. Prevalencia de consumo de cocaína alguna vez en la vida y en el último mes de adultos jóvenes (19-35) en Europa, Australia, Canadá y los EE.UU.



NB: Countries have been ordered according to lifetime prevalence of cocaine use.
 In the European countries, most surveys were conducted between 2001 and 2006, an the standard age range is 15 to 34 years. (In some countries the lower may be 16 or 18 years).
 The European average prevalence rate was calculated as the average of the national prevalence rates weighted by national population of 15-to-34-year-olds (2004, taken from Eurostat).
 In the USA, the survey was conducted in 2005, and the age range is 16 to 34 years (recalculated from original data).
 In the Canada, the survey was conducted in 2004, and the age range is 15 to 34 years (recalculated from original data).
 For Australia, the survey was conducted in 2004, and the age range is 14 to 39 years (recalculated from original data).
 Variations in age ranges may slightly influence disparities between countries. See also table GPS-9
 Sources: USA: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug use and Health (2005) (www.samhsa.gov and <http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>)
 Canada: Adlaf, E. M., Begin, P. and Sawka, E. (eds) (2005), Canadian Addiction Survey (CAS) -A national survey of Canadians' use of alcohol and other drugs- Prevalence of use and related harms: detailed report. Ottawa: Canadian Centre of Substance Abuse
 Australia: Australian Institute of Health and Welfare (2005), 2004 National Drug Strategy Household Survey -Detailed Findings. AIHW Cat. No PHE 66. Canberra: AIHW (Drug Statistics Series No 16)
 Europe: based on Retox national reports (2006).
 Fuente: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2007F

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.** Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2006-2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>.
- 2- **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.** Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>.
- 3- **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.** Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2007. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
- 4- **De Wit DJ** et al. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157:745-750.
- 5- **Kraus L** et al. Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany. *Addiction*, 2000, 95(9):1389-1401.
- 6- **Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ.** Childhood exposure to alcohol and adolescent drinking patterns. *Addiction*, 1994, 89:1007-1016.
- 7- **Gruber E** et al. Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behaviour in late adolescence. *Preventive Medicine*, 1996, 25:293-300.
- 8- **Hawkins JD** et al. Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 1997, 58:280-290.
- 9- **Riala K** et al. Teenage smoking and substance use as predictors of severe alcohol problems in late adolescence and in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35:245-254.
- 10- **Warner LA, White HR.** Longitudinal effects of age at onset and first drinking situations on problem drinking. *Substance Use and Misuse*, 2003, 38(14):1983-2016.
- 11- **Poikolainen K** et al. Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year old Finnish adolescents. *Alcohol and Alcoholism*, 2001, 36(1):85-88.
- 12- **Kandel DB, Yamaguchi K.** From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:851-855.
- 13- **Clark, D. B., Cornelius, J. R., Kirisci, L. and Tarter, R. E.** (2005), 'Childhood risk categories for adolescent substance involvement: a general liability typology', *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 77, pp. 13-21.
- 14- **Drug use and related problems among very young people (under 15 years old).** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007).
- 15- **Gascó García P.** Efectos del consumo de tabaco en la mujer. Zona Hospitalaria. Consulta 7/1/2009. http://www.zonahospitalaria.com/noticias/zh_13/efectos_del_consumo_de_tabaco.shtml
- 16- **¿Hay diferencias entre los sexos al fumar tabaco?** NIDA. Consulta 7/1/09. <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/tabaco/tabaco4.html>.
- 17- **Neglected global epidemics: three growing threats. In: The world health report, 2003.** Shaping the future. Geneva, World Health Organization, 2003.
- 18- **Ezzati M, Lopez AD.** Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 2003, 362(9387):847-852.
- 19- **Guía sobre drogas.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. M-54299-2007.
- 20- **Lambert M, Verduyck P, Van den Brouke S.** Summary of the literature on young people, gender and smoking. In: Lambert M et al., eds. Gender differences in smoking and young people. Brussels, Flemish Institute for Health Promotion, 2002.
- 21- **Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General.** Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.

- 22- **Duncan SC, Duncan TE, Hops H.** Progressions of alcohol, cigarette and marijuana use in adolescence. *Journal of Behavioural Medicine*, 1998, 21(4):375-388.
- 23- **Johnson PB, Richter L.** The relationship between smoking, drinking, and adolescents' self-perceived health and frequency of hospitalization: analyses from the 1997 National Household Survey on drug abuse. *Journal of Adolescent Health*, 2002, 30:175-183.
- 24- **Donovan JE, Jessor R.** Structure of problem behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1985, 53:890-904
- 25- **Farrell AD, Danish SJ, Howard CW.** Relationship between drug use and other problem behaviours in urban adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992, 60:705-712.
- 26- **Kandel DB et al.** The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement: an overview. *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43:746-754.
- 27- **Labouvié E, Bates ME, Pandina RJ.** Age of first use: its reliability and predictive utility. *Journal of Studies on Alcohol*, 1997, 58:638-643.
- 28- **Fergusson DM, Horwood LJ.** Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*, 1997, 92(3):279-296.
- 29- **Grant BF, Dawson DA.** Age of onset of drug use and its association with DSM-IV abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 1998, 10:163-173.
- 30- **Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.** Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007
- 31- **Amphetamines: "Drug Use and Abuse: Merk Home Manual Edition"** (html). Merk. Visita 21 de diciembre ,2008.
- 32- **Cloé Carpentier, Danica Klempová,** Global Conference on Methamphetamine. *Drugnet Europe 64*: p. 6. 2008 Emcdda
- 33- **Acute medische hulp in verband met incidenten door het gebruik van roesmiddelen in Amsterdam Een stijgende trend van paddo-incidenten.** Acute medische hulp in verband met incidenten door het gebruik van roesmiddelen in Amsterdam, Een stijgende trend van paddo-incidenten. GGD Amsterdam, januari 2007 Buster M, van Brussel G.
- 34- **Ambulanceritten gerelateerd aan paddogebruik 2007 GGD** Amsterdam, januari 2007
- 35- **Drugnet Europe 64.** Newsletter of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2008.
- 36- http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/consumo_02.htm. Visita 4 de enero 2009.



La asistencia sanitaria en salud mental juvenil en España.

Introducción

En este artículo abordaremos la situación de la asistencia de salud mental infanto juvenil en España. La idea central del trabajo será la de ofrecer una visión lo más actual posible del mapa de recursos existentes en España para la atención de la juventud en el campo de la salud mental.

La importancia de los trastornos mentales tanto en la morbilidad, como en la calidad de vida de los pacientes es muy elevada. Igualmente, el impacto económico que suponen es muy importante, tal como recoge el Ministerio de Sanidad y Consumo en su estrategia para la salud mental (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Así, en la monografía se señala que los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de la enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer (Andlin-Sobocki and Rossler, 2005). Por otro lado, la pérdida de calidad de vida es superior a la que producen enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. En cuanto a la carga de la enfermedad, sólo la depresión unipolar explica el 6% de la carga causada por todas las enfermedades, teniendo sólo la isquemia coronaria y los accidentes cardiovasculares pesos mayores (Olesen and Leonardi, 2003).

A pesar de no existir suficientes datos para valorar el coste económico exacto que esta carga de enfermedad supone en Europa, diferentes estimaciones han puesto de manifiesto que éste es muy elevado. Así en los países europeos se estima que su coste está entre el 3 y el 4% del PNB, superando los 182.000 millones de euros anuales. De dichos costes, el 46% corresponde a costes sanitarios y sociales directos, y el resto a gastos indirectos debidos a la pérdida de productividad, asociada fundamentalmente a la incapacidad laboral (Andlin-Sobocki and Rossler, 2005). En otro trabajo reciente se pone de manifiesto que los trastornos mentales son el grupo de enfermedades que supone el mayor coste directo y total para el sistema sanitario de los países occidentales. (Hu, 2006).

Respecto a nuestro país no se dispone de información oficial sobre la carga de enfermedad. De hecho, tal como se señala acertadamente “España no pudo aportar datos sobre el gasto y la financiación en salud mental al Atlas de la Salud Mental en el Mundo de la OMS, y los indicadores básicos de recursos y de plazas en España incluidos en 2005 en este registro se refieren a 1996, y en muchos casos son manifiestamente erróneos” (Salvador-Carulla, 2007). De hecho, si queremos ofrecer una estimación sobre el coste total de las enfermedades mentales, tenemos que remontarnos hasta 1998, año en el que se estimó que el coste total ascendió a 3.005 millones de euros. (Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief et al., 1998).

Ahora bien, existen diversos trabajos que pretende paliar dicho déficit. En un artículo sobre el impacto económico de la esquizofrenia en España se estimó que el coste total en el año 2002 era de 1.970,8 millones de euros, de los cuales el 53% correspondía a costes directos sanitarios y el 47% restante a costes directos no sanitarios. De esta forma, los costes sanitarios asociados con la esquizofrenia suponían el 2,7% del gasto público en sanidad (Oliva-Moreno et al., 2006). Un aspecto interesante es la falta de relación existente entre la prevalencia de la enfermedad y su impacto sobre los recursos y los costes, existiendo una amplia dispersión en función de la comunidad autónoma (Vazquez-Polo et al., 2005).

Es llamativo esta falta de información sobre los recursos disponibles para tratar las enfermedades mentales en España, si tenemos en cuenta que se puede afirmar que el 9% de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad, que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida y que estas cifras se incrementarán considerablemente en el futuro, siendo la distribución de la prevalencia-vida por Comunidades Autónomas relativamente uniforme, oscilando entre el 15,71 de Andalucía y el 23,68 de Cataluña (Haro et al., 2006).

La magnitud del problema es similar en el caso de niños y adolescentes, ya que la discapacidad que provocan los trastornos mentales en niños y adolescentes es muy elevada (Alday et al., 2005). Diversos estudios estiman que entre el 7 y el 25% de los menores reúnen criterios para un diagnóstico psiquiátrico y que alrededor de la mitad presenta un significativo desajuste como consecuencia de ello (Weller et al., 2003) (Juszczak et al., 2003). Ahora bien, a pesar del indudable avance en los servicios de salud mental para niños y adolescentes y de su paulatina incorporación a las prestaciones sanitarias, varios estudios señalan que la provisión de atención a la salud para niños con trastornos psiquiátricos es inadecuada y a muchas familias no se les ofrece un diagnóstico exacto hasta años después (Semansky and Koyanagi, 2003).

Por este motivo, pensamos que una revisión sobre la asistencia sanitaria en salud mental específica para jóvenes y niños es necesaria para realizar un diagnóstico de la situación y poder hacer frente a los desafíos que este tipo de trastornos suponen para el sistema nacional de salud.

Sin embargo, para alcanzar nuestro objetivo abordaremos previamente la definición de lo que se considera asistencia mental infanto juvenil y las diferencias y especificidades que ésta presenta frente a la asistencia para adultos, ya que es conveniente delimitar ambas. Posteriormente revisaremos los planes de salud mental de las Comunidades Autónomas e identificamos aquellas comunidades que tienen planes específicos para la asistencia en materia de salud mental de los y las jóvenes. Por último abordaremos la descripción de los recursos existentes en cada comunidad para la asistencia mental a la juventud.

La asistencia mental infanto-juvenil

Como señala el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad de Canarias (Gobierno de Canarias, 2006) un elemento clave en cualquier política sanitaria de prevención e intervención es la salud Mental de la infancia y la adolescencia. El desarrollo de estrategias para promover la Salud Mental de los niños es de una importancia fundamental para el

posterior desarrollo individual y social. No hay salud sin Salud Mental, ni puede esperarse Salud Mental en el adulto si no ha existido en la infancia. En este sentido, hay que remarcar que la salud mental no se debe circunscribir únicamente a los trastornos mentales, sino que la salud mental debe ser entendida como recurso esencial para la vida de las personas y que se moldea con las experiencias del individuo. Por ello, hay que prestar especial atención a las experiencias en los primeros años de vida, ya que existe una práctica unanimidad sobre el gran impacto que éstas ejercen sobre la salud mental en la vida adulta.

Tal como recoge la Organización Mundial de la Salud los trastornos emocionales y de conducta están presentes en torno al 20% de la población mundial entre 0 y 17 años. Además, la propia OMS viene señalando la importancia que tiene el suicidio como causa de muerte entre los adolescentes, siendo la tercera causa. Por otra parte, el trastorno depresivo mayor a menudo tiene su inicio en la adolescencia y está asociado a un importante desajuste social y es una de las mayores causas de suicidio. Asimismo, los trastornos conductuales de inicio en la infancia tienden a persistir en la edad adulta en forma de abuso de drogas, conducta antisocial, delincuencia juvenil, problemas interpersonales, desempleo, problemas maritales y mala salud física. Por ello, la misma OMS señala como objetivos de intervención prioritarios los siguientes trastornos:

- En la primera infancia:
 - Dificultades de aprendizaje.
 - Trastornos por déficit de atención, con y sin hiperactividad.
- En los años medios de la infancia:
 - Síndrome Gilles de la Tourette.
- En la adolescencia:
 - Depresión y riesgo de suicidio.
 - Psicosis.
- Como trastornos graves con necesidades de tratamiento complejas señala:
 - Trastornos generalizados del desarrollo.
 - Trastornos de la personalidad y trastornos conductuales.
 - Trastornos del vínculo.
 - Trastornos de ansiedad.
 - Trastornos por abuso de sustancias.
 - Trastornos alimentarios.

Todos estos aspectos hacen que la asistencia de salud mental para los niños y las niñas y para los y las jóvenes deba ser específica y diferenciada de los dispositivos de asistencia mental para adultos. Tal como señala el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad de Canarias, aunque “las actuaciones en Salud Mental Infanto-Juvenil han de estar integradas en los Planes de Salud generales, precisan para tener éxito, desarrollos específicos que contemplen los aspectos cualitativos propios de la población a la que se dirigen. La infancia y la adolescencia tienen un sentido propio, unas características diferentes a las de los adultos, y es

necesario tenerlas en cuenta, remarcando el carácter evolutivo del desarrollo en estos periodos, apreciando que se trata de una población muy influenciada por el entorno, en la que los factores del medio que rodea al niño son fundamentales para la intervención eficaz y la comprensión del origen de su trastorno. Las etapas evolutivas desde el nacimiento a la adolescencia, tienen especificidades que requieren intervenciones y estrategias diferenciadas y propias de cada etapa. Esto debe reflejarse en la práctica clínica y en la formación y selección del equipo de Salud Mental que atiende a los niños y jóvenes, que deberán ser especialistas en la materia, ya que se requieren conocimientos y habilidades diferentes de las que se necesitan para atender la población adulta. Así mismo, cobra vital importancia la necesidad de trabajar de modo interdisciplinar con los distintos profesionales de los distintos ámbitos de la vida del niño” (Gobierno de Canarias, 2006).

Por tanto, el programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil debe inscribirse en el Programa General de Salud Mental. En esta línea, hay que recordar que es en los años 80 cuando se produce la reforma psiquiátrica en España (Comisión de Asistencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1985), adoptándose un modelo comunitario y una estructura sectorizada de atención a la Salud Mental, que implicaban una concepción de la atención a la Salud Mental de forma integral, interdisciplinar e integrada en el Sistema Nacional de Salud. La reforma de los años 80 supuso una ordenación territorial y descentralizada de la atención, tomando como referencia las Áreas Sanitarias, y siendo las Unidades de Salud Mental el eje de la organización de los servicios. De esta forma, se favorecía y se proporcionaba al paciente una continuidad de cuidados, disponiendo para ello de equipos multidisciplinares y de dispositivos asistenciales diversificados y cercanos a los lugares de residencia. Este modelo también implicó el desarrollo de alternativas a la hospitalización psiquiátrica, estimulando la participación de la familia y los recursos de la comunidad, tomando en consideración los aspectos psicosociales de la enfermedad y la salud frente a los puramente biológicos. En función de estos principios y siguiendo el Cuaderno Técnico nº 4 de la AEN (Bravo Ortiz y cols., 2000) el esquema para explicar la Red de Dispositivos de Salud Mental en un Área Sanitaria está recogido en la Figura 1

Como puede apreciarse en dicha figura, la asistencia en salud mental infanto juvenil está articulada básicamente en:

- Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil [U.S.M. (I-J)].
- Unidades de Hospitalización Breve Infanto Juvenil [H.B. (I-J)].
- Unidades de Hospitalización de día o parcial Infanto Juvenil [H.D. (I-J)].

Por tanto, las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil constituyen el eje en el que se articula la asistencia en salud mental para la población menor de 18 años. Como veremos en el apartado dedicado a describir los recursos existentes en España para la atención de la salud mental infanto juvenil, su composición es variable en cada Comunidad Autónoma, aunque los aspectos comunes en todas son la multidisciplinariedad y la especificidad de las mismas. Estas unidades están constituidas por diversos profesionales que han recibido una formación específica en el abordaje y manejo de los problemas de salud mental que se presentan en la infancia y adolescencia. Su objetivo fundamental es ofrecer atención ambulatoria a los pacientes que

le son remitidos desde el nivel de atención primaria o desde otros niveles sanitarios. Igualmente, estas unidades atienden las consultas urgentes y proporcionan asesoramiento y apoyo a los equipos de atención primaria y a otros profesionales sanitarios de su área (Pozo de Castro, 2008).

Los planes de salud mental de las CC.AA.

Tal como hemos señalado en el apartado anterior, en España fueron las Comunidades Autónomas las que iniciaron el proceso de reforma de la atención a la salud mental partiendo de la Ley General de Sanidad y del Informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica (Comisión ministerial para la reforma psiquiátrica, 1985). En dichos documentos se proponía el *modelo comunitario* como el modelo a seguir, modelo que había sido alentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Ahora bien, el modelo comunitario y la estructura sectorizada requieren el desarrollo de planes estratégicos que contemplen la planificación y la programación de la atención. Por ello, todas las CC.AA. se dotaron de un Plan de Salud Mental. Los planes de salud mental de las CC.AA. se recogen en la Tabla 1. Como se puede apreciar, la mayoría de ellos datan de los noventa, aunque han sido revisados posteriormente. Así, Andalucía y Extremadura disponen de planes integrales de salud mental, teniendo ambos vigencia hasta el 2012. Aragón, Asturias, Galicia y el País Vasco se han dotado de diferentes planes estratégicos. Mientras que Baleares y Castilla y León disponen de una estrategia de salud que llega hasta el año 2007. Cataluña implantó su plan director de Salud Mental 2005-2007, figura similar a la que puso en marcha la Comunidad Valenciana. El resto de comunidades tienen planes específicos de salud mental, destacando el plan integral de Castilla-La Mancha y, en el caso de Madrid, la participación conjunta de las Consejerías de Sanidad y Bienestar Social para su plan de asistencia psiquiátrica y de salud mental. Un resumen de las líneas generales de los distintos planes se puede encontrar en (www.1decada4.es).

Respecto a la Salud Mental Infanto-Juvenil, sólo Andalucía, Canarias, Murcia y Navarra tienen un Plan específico de Salud Mental Infanto-Juvenil. En Castilla-La Mancha, dicho Plan se ha incluido en el General.

Los recursos de asistencia mental infanto juvenil

La Reforma Psiquiátrica comienza oficialmente con la Ley de creación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1983) que culmina con el documento general sobre las recomendaciones para introducir los cambios en la atención de la salud mental en España (Comisión ministerial para la reforma psiquiátrica, 1985). Los objetivos marcados por la Comisión de la Reforma Psiquiátrica se integrarán en el Sistema Sanitario Público planificado por la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril) que establece la integración de las acciones de salud mental en el sistema sanitario general, equiparando al enfermo mental con el resto de la población. Así, la Ley General de Sanidad de 1986 (Gobierno de España, 1986), en su Capítulo III propone la plena integración de la atención de los problemas de salud mental en el sistema sanitario general, aportando los principios básicos en los que debe basarse esa atención:

- La atención se realizará en el ámbito comunitario: recursos asistenciales ambulatorios, hospitalización parcial y atención a domicilio.

- Se considerarán de modo especial la Psicogeriatría y la Psiquiatría Infantil.
- La hospitalización se realizará en Unidades de Psiquiatría de Hospitales Generales.
- Se desarrollarán servicios de rehabilitación y reinserción social en coordinación, cuando sea necesario, con Servicios Sociales.

En definitiva, se asiste a una nueva ordenación y estructuración de los recursos, ya que disminuyen las camas de larga estancia, se crean unidades de hospitalización en los hospitales generales y equipos de salud mental ambulatorios. De esta forma, el objetivo de la reforma es crear un modelo universal, equitativo, descentralizado, donde el área de salud se define como estructura fundamental de gestión y planificación y en el que la atención primaria (zonas básicas) aparece bien estructurada y vinculada a hospitales generales que representan la asistencia especializada y complementaria que requiera cada zona.

El desarrollo de los dispositivos de atención a la población Infanto-Juvenil con problemas de salud mental ha sido más lento e irregular en todas las CCAA, motivo por el que existen muchas dificultades para realizar comparaciones entre las mismas. Como ya señalamos anteriormente, la asistencia en salud mental infanto juvenil está articulada básicamente en: Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil [U.S.M. (I-J)], Unidades de Hospitalización Breve Infanto Juvenil [H.B. (I-J)] y Unidades de Hospitalización de día o parcial Infanto Juvenil [H.D. (I-J)]. Por este motivo, vamos a seguir esta organización para describir los recursos existentes en cada comunidad autónoma. Para la obtención de los datos estadísticos se ha consultado el Observatorio de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría), siendo los últimos datos disponibles los de 2007. Adicionalmente se ha completado la información con los datos publicados por el Ministerio de Sanidad de Consumo y con los planes de salud mental infanto juvenil de las comunidades autónomas que disponen de ellos.

En la Tabla 2 recogemos los datos básicos sobre las unidades o centros de salud mental infanto juvenil. Como podemos observar, la dispersión por CC.AA. es muy elevada, ya que desde un centro en la Rioja hasta los 70 de Cataluña, siendo el promedio nacional de 13%. En términos de población de referencia cubierta, podemos observar que va desde el 45,2% de Cataluña al 0,6% de la Rioja. En cuanto a la edad límite para recibir atención podemos apreciar que discurre desde los 15 años en Murcia, Valencia y Galicia hasta los 18 de Extremadura. Por otra parte y en lo referente a la denominación observamos que el término más empleado es el de unidad de salud mental. Respecto a las derivaciones de pacientes, sólo en Andalucía, Aragón, Extremadura, Castilla León, y La Rioja se atiende a pacientes derivados de las Unidades o centros de salud mental (nivel terciario), mientras que en el resto de comunidades las derivaciones se realizan desde la Atención Primaria (nivel secundario).

Respecto a los indicadores de actividad recogidos en la Tabla 3 se aprecia la misma dispersión que en cuanto a los datos sobre centros. Así el total de consultas por 100.000 habitantes va de las 3.184,15 del País Vasco a las 0,87 de Galicia o las 1,93 de Murcia. Igualmente el registro de altas estandarizado sólo está presente en Andalucía, Madrid, Murcia, Cataluña, Canarias, La Rioja y País Vasco.

En la Tabla 4 se aprecian las tasas de profesionales por 100.000 habitantes de las USMJ-I. El número mayor de psiquiatras por 100.000 habitantes lo tiene el País Vasco con 0,93 seguido de Baleares con el 0,92. Esta misma posición ostenta el País Vasco en cuanto a los psicólogos clínicos con el 1,07 seguida de Castilla-La Mancha con el 1,01. Es esta misma comunidad la que está a la cabeza en el número de diplomados de enfermería 0,66, mientras que de nuevo es el País Vasco quien encabeza el ranking con los trabajadores sociales con 0,33.

Respecto a los programas básicos definidos en las unidades de salud mental infanto-juvenil, podemos señalar que la especificidad de la atención a la salud mental infanto-juvenil se refleja, sobre todo, en dichos programas básicos. En la Tabla 5 se pueden apreciar las diferencias entre Comunidades Autónomas, destacando los programas específicos de trastornos generalizados del desarrollo que se aplican en Andalucía, Castilla-La Mancha, País Vasco, Melilla y La Rioja. Los programas específicos de las CC.AA son los trastornos de la conducta alimentaria en Melilla; trastornos disociales en Andalucía; acogida en el País Vasco y prevención en Galicia. Respecto a la coordinación con los recursos comunitarios (Educación, Servicios Sociales, Justicia, Protección de Menores, etc.): se aplican en todas las CCAA excepto en Canarias, Castilla León, Murcia y Valencia.

Respecto a las unidades de hospitalización breve/agudos, Tabla 6, sólo disponen de ellas Andalucía, Madrid, Valencia, Castilla-León, Cataluña, Baleares, Navarra y País Vasco. De ellas, el mayor número de unidades está concentrado en Cataluña con 10, representando el 45,45% del total nacional. En cuanto al número de camas en pediatría es Andalucía la que tiene el mayor número, 24, mientras que en camas de psiquiatría es Madrid con 39. En las tasas por 100.000 habitantes de las variables de actividad clínica, recogidas en la Tabla 7 sólo disponemos datos para Andalucía, Castilla y León, Baleares y País Vasco. La mayor utilización de los servicios, se daría en el País Vasco y Baleares.

Por último, en la Tabla 8 recogemos el número de hospitales de día y sus principales variables de actividad. Tres comunidades acaparan prácticamente toda la oferta de este tipo de unidades a nivel nacional: Andalucía con el 27,66%, Cataluña con el 40,43% y Madrid con el 12,77%. De las peculiaridades de cada comunidad, hay que destacar que en Andalucía las unidades de salud mental infanto-juvenil son a la vez hospitales de día. Es esta una característica única en todo el Estado español. En Aragón los hospitales de día sólo son un dispositivo para la atención a trastornos de la conducta. En el País Vasco y Navarra los hospitales de día se han creado mediante un convenio de colaboración entre Sanidad y Educación. Por su parte en Cataluña, existe una amplia oferta de plazas en centros de día (ocio y tiempo libre) que dependen administrativamente de Sanidad.

Conclusiones

La salud mental es un aspecto esencial para la calidad de vida y bienestar de las personas. Sin embargo, los recursos y la atención que se ha venido prestando a la atención de la salud mental en España están todavía lejos de lo que corresponde a nuestro sistema nacional de salud y a nuestro nivel de PIB per cápita.

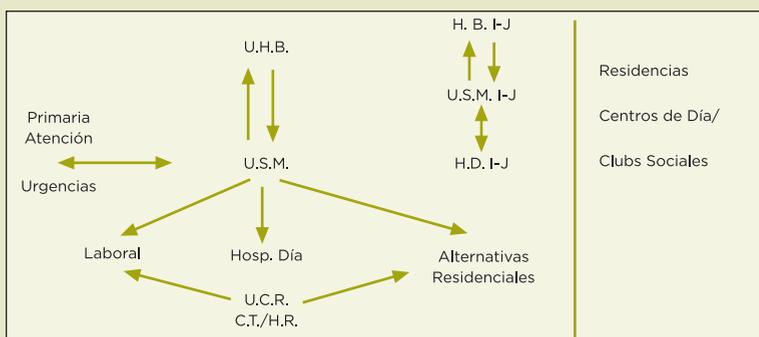
Falta una correlación entre la prevalencia de los trastornos mentales y los recursos destinados para su atención. En términos generales las enfermedades o trastornos mentales pueden afectar al 25% de la población, mientras que los recursos destinados a su atención no llegan al 5% del gasto sanitario público.

Resulta evidente que una buena salud mental debe cimentarse desde la infancia y la adolescencia, ya que si no se tratan a tiempo las consecuencias pueden ser trágicas: el suicidio juvenil es la tercera causa de muerte en Europa entre los jóvenes. A pesar de los avances producidos en nuestro país desde los años 80, queda patente que la asistencia de la salud mental es una asignatura todavía pendiente en el actual sistema nacional de salud, siendo especialmente importante el déficit en cuanto a la asistencia infanto juvenil.

En este sentido, queda patente la insuficiencia de la información existente y la carencia de registros homogéneos entre comunidades autónomas. De los datos obtenidos, queda patente las diferencias existentes entre las comunidades que han recibido las transferencias antes de 2002 y aquellas que se hicieron cargo de la sanidad a partir de dicho año. Tanto en sistemas de información como en recursos asistenciales, son el País Vasco, Cataluña y Andalucía las que lideran los recursos de asistencia sanitaria en nuestro país. A este grupo, habría que añadir Madrid, que cuenta con una red asistencial importante en comparación a las comunidades autónomas que recibieron las transferencias en 2002, por motivos ligados a su situación geopolítica anterior al proceso transferencial. Destacan igualmente los esfuerzos realizados por Castilla-La Mancha, Canarias, Navarra e Islas Baleares.

La Estrategia de Salud mental del Sistema Nacional de Salud impulsada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, al igual que el informe en curso de realización sobre la organización y dispositivos de salud mental, llevado a cabo igualmente por el Ministerio, van en el buen camino. La iniciativa de la AEN del Observatorio de Salud mental está permitiendo paliar las carencias de información de fuentes públicas en cuanto a los datos asistenciales en materia de salud mental, siendo prácticamente la única fuente de información centralizada. Sin embargo, los datos de 2007 deben ser depurados, y esperamos que las lagunas de información existentes se vayan cubriendo en los próximos meses.

Figura 1. **Organización de la asistencia mental en España**



Fuente: (Salvador, 2005).

Tabla 1 Planes de salud mental de las Comunidades Autónomas

Comunidad Autónoma	Plan de Salud Mental	Aprobado	Última Revisión
Andalucía	SI	-	Plan Integral de Salud Mental (2003-2007; 2007-2012)
Aragón	SI	2002	Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón
Asturias	SI	1998	Plan Estratégico 2001-2003; líneas preferentes de actuación 2005-2007
Baleares	SI	1998	Estrategia Nacional de Salud Mental y Plan de Salud Mental de la CAIB (2006-2007)
Canarias	SI	1997	Plan de Salud de Canarias 2004-2008 (La salud mental forma parte del mismo)
Cantabria	SI	1998	Plan Regional de Salud Mental 1998-2002
Castilla y León	SI	1991	Estrategia de Salud Mental (2003-2007)
Castilla-La Mancha	SI	1984	Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010
Cataluña	SI	1991	Plan Director de Salud Mental 2005-2007
Ceuta y Melilla	SI	-	Implantación de la Estrategia en Salud Mental
Comunidad Valenciana	SI	1991	Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica 2001-2004
Extremadura	SI	1996	Plan Integral de Salud Mental en Extremadura (2007-2012)
Galicia	SI	1987	Plan Estratégico de Salud Mental (2006-2012)
La Rioja	SI	1999	Plan de Atención a la Salud Mental (2005-2007)
Madrid	SI	1989-91	Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (2003-2008)
Murcia (Región de)	SI	1995	Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2001
Navarra (Comunidad Foral)	SI	1986	Programa de psiquiatría interconsultor (desde 2007)
País Vasco	SI	1983	Plan Estratégico de la Atención Psiquiátrica y Salud Mental de Osakidetza (2003-2008; 2008-2012)

Fuente: Actualizado y completado a partir de (Salvador, 2005)

Tabla 2. **Centros de Salud Mental infanto Juvenil**

Comunidad Autónoma	Denominación	Edad límite	Número Total en la CA	% sobre el total
Andalucía	Unidad Salud Mental Infanto - Juvenil - Hospital de Día	17	14	9,0
Aragón	Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil	17	8	5,2
Asturias (2005)	Unidad Infanto-Juvenil	15	4	27,14
Cantabria	Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	17	1	ND
Madrid	Programas de S.M. de niños y adolescentes	17	36	23,2
Murcia (Región de)	Centro Salud Mental Infanto-Juvenil	15	9	5,8
C. Valenciana	Unidad Salud Mental Infantil y de la Adolescencia	15	22	14,2
Castilla-La Mancha	Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil	17	7	4,5
Castilla y León	Equipos de Psiquiatría Infanto-Juvenil	17	9	5,8
Cataluña	Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil *Consultas Periféricas	17	70	45,2
Extremadura	Equipo de S.M. Infanto-Juvenil	18	3	1,9
Galicia	Unidad Salud Mental Infanto - Juvenil	15	7	4,5
Islas Baleares	Unidad Salud Mental Infanto - Juvenil	17	4	2,6
Islas Canarias	Unidad de Salud Mental Comunitaria	17	2	1,3
La Rioja	Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil	16	1	0,6
Navarra (Comunidad Foral) (2005)	Programa Infanto-Juvenil	16	3	N.D.
País Vasco	Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil	17	9	5,8
Total			209	

Fuente: Elaboración propia a partir del Observatorio de Salud Mental y MSC.

Tabla 3. Indicadores de la actividad de las USMI-J

Comunidad Autónoma	Primeras Consultas	Primeras Consultas (Tasa por 100.000 hab.)	Consultas Sucesivas	Consultas Sucesivas (Tasa por 100.000 hab.)	Total Consultas	Total Consultas (Tasa por 100.000 hab.)	Registro de Altas Clínicas de forma estandarizada	Urgencias
Andalucía	6.518	80,87	113,15	1.403,94	119.668	1.484,81	SI	SI
Aragón	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	NO	
Asturias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos		
Cantabria	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos		
Madrid	9.334	153,48	132.493	2.178,56	141.827	2.332,03	SI	NO
Murcia (Región de)	4,70	0,34	22,20	1,59	26,90	1,93	SI	Parcialmente
C. Valenciana	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	NO	
Castilla-La Mancha	3	151,72	27	1.365,50	30	1.517,22	NO	Parcialmente
Castilla y León	5.281	208,87	23.394	925,24	28.675	1.134,11	NO	SI
Cataluña	18.176	252,08	283.453	3.931,11	301.629	4.183,19	SI	SI
Extremadura	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	7,2	660,56	NO	Parcialmente
Galicia	4,10	0,15	20,06	0,72	24,16	0,87	NO	Parcialmente
Islas Baleares	2.092	202,98	14.882	1.443,94	16.974	1.646,92	NO	Parcialmente
Islas Canarias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	SI	SI
La Rioja	370	119,75	3.336	1.079,72	3.706	1.199,48	SI	SI
Navarra (Comunidad Foral)	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	NO	
País Vasco	3.602	168,17	41.196	1.923,38	68,2	3.184,15	SI	SI

Fuente: Elaboración propia a partir del Observatorio de Salud Mental y MSC

Tabla 4. Profesionales de las USMI-J. Tasas por 100.000 habitantes

Comunidad Autónoma	Psiquiatras	Psicólogos clínicos	Diplomados Enfermería	Trabajadores sociales	Terapeutas Ocupacionales	Auxiliares de enfermería	Administrativos	Otros
Andalucía	0,42	0,38	0,58	0,15	0,15	0,42	0,20	Sin datos
Aragón	0,85	0,77	0,54	0,08	Sin datos	Sin datos	0,19	Sin datos
Asturias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Cantabria	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Madrid	0,73	0,83	0,15	0,22	Sin datos	0,04	Sin datos	Sin datos
Murcia (Región de)	0,86	0,79	0,57	0,22	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Comunidad Valenciana	0,49	0,64	0,33	0,21	Sin datos	0,04	0,21	0,04
Castilla-La Mancha	0,66	1,01	0,66	0,25	0,05	0,20	0,35	Sin datos
Castilla y León	0,69	0,36	0,20	0,04	Sin datos	0,10	0,12	0,02
Cataluña	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Extremadura	0,28	0,28	0,28	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Galicia	0,43	0,40	0,11	0,14	Sin datos	0,07	0,22	Sin datos
Islas Baleares	0,92	0,82	0,39	0,39	Sin datos	Sin datos	0,39	Sin datos
Islas Canarias	0,30	0,94	0,30	0,10	Sin datos	0,79	Sin datos	Sin datos
La Rioja	0,32	0,65	0,32	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Navarra (Comunidad Foral)	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
País Vasco	0,93	1,07	0,09	0,33	Sin datos	Sin datos	0,33	0,05

Fuente: Elaboración propia a partir del Observatorio de Salud Mental y MSC.

Tabla 5. **Programas de las Unidades USMI-J**

Comunidad Autónoma	Evaluación y Diagnóstico	Trat. Psicoterapéutico y Farmacológico	Trat. Familiar	Psicoterapia Grupal	Prog. Trat. General. Desarrollo	Prg. Apoyo. A.P.	Coord. Comut. Recur.	Otros
Andalucía	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Psicosis TCA Trastr. Disocial.
Aragón	SI	SI	SI	-	-	-	SI	-
Asturias	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	-
Baleares	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	-
Canarias	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	-
Cantabria	-	-	-	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-
Castilla y León	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	-
Cataluña	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	-
Comunidad Valenciana	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	-
Extremadura	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	-
Galicia	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	Preven- ción
La Rioja	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-
Madrid	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	-
Melilla	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	TCA
Murcia (Región de)	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	-
Navarra (Comunidad Foral)	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	-
País Vasco	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Acogida

Fuente: Elaboración propia a partir del Observatorio de Salud Mental y MSC

Tabla 6. Unidades de hospitalización breve/agudos I-J y número de camas

Comunidad Autónoma	Unidades de Hospitalización en la CA	% sobre el total	Número de camas en Pediatría	% sobre el total	Número de camas en Psiquiatría	% sobre el total
Andalucía	2	9,09	24	85,71	15,00	8,88
Aragón	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Asturias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Cantabria	2	9,09	Sin datos	Sin datos	39,00	23,08
Madrid	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Murcia (Región de)	2	9,09	Sin datos	Sin datos	5,00	2,96
C. Valenciana	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Castilla-La Mancha	1	4,55	Sin datos	Sin datos	8,00	4,73
Castilla y León	10	45,45	Sin datos	Sin datos	72,00	42,60
Cataluña	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Extremadura	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Galicia	1	4,55	Sin datos	Sin datos	6,00	3,55
Islas Baleares	Sin datos	Sin datos	4	14,29	Sin datos	Sin datos
Islas Canarias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
La Rioja	1	4,55	Sin datos	Sin datos	4,00	2,37
Navarra (Comunidad Foral)	3	13,64	Sin datos	Sin datos	20,00	11,83
País Vasco	2	9,09	24	85,71	15,00	8,88

Fuente: Elaboración propia a partir del Observatorio de Salud Mental y MSC.

Tabla 7. Actividad clínica de las unidades de hospitalización breve/agudos. Tasas por 100.000 habitantes

Comunidad Autónoma	Nº Ingresos totales	Nº Altas	Nº Urgencias	Estancia Media	Nº Interconsultas
Andalucía	2,22	8,57	Sin datos	0,16	18,08
Aragón	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Asturias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Cantabria	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Madrid	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Murcia (Región de)	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
C. Valenciana	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Castilla-La Mancha	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Castilla y León	2,21	2,06	Sin datos	0,80	Sin datos
Cataluña	Sin datos	12,20	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Extremadura	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Galicia	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Islas Baleares	5,14	Sin datos	Sin datos	2,09	50,07
Islas Canarias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
La Rioja	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Navarra (Comunidad Foral)	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
País Vasco	10,41	10,18	3,97	0,75	Sin datos

Fuente: Elaboración propia a partir del Observatorio de Salud Mental y MSC.

Tabla 8. **Unidades de hospitalización de día I-J y actividad clínica**

Comunidad Autónoma	Número total en la CA	% sobre el total	Número de plazas	% sobre el total	Tasa por 100.000 hab	Número de pacientes atendidos /año	Estancia Media
Andalucía	13	27,66	252	25,95	3,13	Sin datos	Sin datos
Aragón	1	2,13	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Asturias	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Cantabria	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Madrid	6	12,77	170	17,51	2,80	Sin datos	Sin datos
Murcia (Región de)	1	2,13	18	1,85	1,29	278	Sin datos
C. Valenciana	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Castilla-La Mancha	2	4,26	40	4,12	2,02	Sin datos	Sin datos
Castilla y León	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Cataluña	19	40,43	388	39,96	5,38	1.166	40
Extremadura	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Galicia	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Islas Baleares	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Islas Canarias	2	4,26	90	9,27	4,44	97	Sin datos
La Rioja	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Navarra (Comunidad Foral)	1	2,13	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
País Vasco	2	4,26	13	1,34	0,61	22	270

Fuente: Elaboración propia a partir del Observatorio de Salud Mental y MSC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alday, J., Alonso, V., Fernandez-Calatrava, B., Garcia-Baro, R., Gonzalez-Juarez, C., Perez-Perez, E. & Poza, A.** (2005) [Variability in outpatient resource use in mental health services for children and adolescents]. *Gac Sanit*, 19, 448-55.
- Andlin-Sobocki, P. & Rossler, W.** (2005) Cost of psychotic disorders in Europe. *Eur J Neurol*, 12 Suppl 1, 74-7.
- Asociación Española De Neuropsiquiatría Observatorio de Salud Mental.** Madrid., <http://www.observatorio-aen.es/>.
- Bravo Ortiz Y Cols.** (2000) Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad. Madrid, Cuaderno Técnico nº 4 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Comisión De Asistencia De La Asociación Española De Neuropsiquiatría** (1985) Sobre el modelo de asistencia en salud mental. *Revista AEN*, 15, 539-555.
- Comisión Ministerial Para La Reforma Psiquiátrica** (1985) Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención en salud mental. *Revista AEN*, 13, 204-222.
- Gabinete De Estudios Sociológicos Bernard Krief, Ofisalud, Sociedad Española De Psiquiatría & Sociedad Española De Psiquiatría Biológica** (1998) *El coste social de los trastornos de salud mental en España*, [Madrid?], SmithKline Beecham Pharmaceuticals.
- Gobierno De Canarias** (2006) *Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad de Canarias*, Santa Cruz de Tenerife, Gobierno de Canarias.
- Gobierno De España** (1986) Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril)(BOE 102 del 25-4-1986). Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. & Et Al** (2006) Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Medicina Clínica* 126(12), 442-451.

Hu, T. W. (2006) Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003. *J Ment Health Policy Econ*, 9, 3-13.

Juszczak, L., Melinkovich, P. & Kaplan, D. (2003) Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites. *J Adolesc Health*, 32, 108-18.

Ministerio De Sanidad Y Consumo (2007) Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Olesen, J. & Leonardi, M. (2003) The burden of brain diseases in Europe. *Eur J Neurol*, 10, 471-7.

Oliva-Moreno, J., Lopez-Bastida, J., Osuna-Guerrero, R., Montejo-Gonzalez, A. L. & Duque-Gonzalez, B. (2006) The costs of schizophrenia in Spain. *Eur J Health Econ*, 7, 182-88.

Pozo De Castro, J. V. (2008) Los equipos de salud mental infanto-juvenil: estructura y definicion de actividades. *Avances en salud mental relacional*, 7(1), 1-17.

Salvador-Carulla, L. (2007) [Comment. The economics of mental health in Spain. An unsolved issue?]. *Gac Sanit*, 21, 314-5.

Salvador, I., (Coord.) (2005) El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España. *Revista AEN*, 93, 3645-3728.

Semansky, R. M. & Koyanagi, C. (2003) Child & adolescent psychiatry: Accessing Medicaid's child mental health services: the experience of parents in two states. *Psychiatr Serv*, 54, 475-6.

Vazquez-Polo, F. J., Negrin, M., Cabases, J. M., Sanchez, E., Haro, J. M. & Salvador-Carulla, L. (2005) An analysis of the costs of treating schizophrenia in Spain: a hierarchical Bayesian approach. *J Ment Health Policy Econ*, 8, 153-65.

Weller, W. E., Minkovitz, C. S. & Anderson, G. F. (2003) Utilization of medical and health-related services among school-age children and adolescents with special health care needs (1994 National Health Interview Survey on Disability [NHIS-D] Baseline Data). *Pediatrics*, 112, 593-603.

www.1decada4.Es

La Salud Mental en las Comunidades Autónomas http://www.1decada4.es/volvamosapensar/eliminarestigma/avancesinst/espana/Co_autonomas_SM.pdf.

MATERIALES



La salud mental de las personas jóvenes en España

Selección de referencias documentales sobre la salud mental de las personas jóvenes en España

Esta relación está formada tanto por libros, como por artículos de revista o documentos de distinta procedencia, seleccionados en la base de datos del Instituto de la Juventud del Observatorio de la Juventud en España.

Caso de estar interesados en alguna de estas referencias pueden solicitar copia del material susceptible de reproducción, según la legislación vigente, así como la realización de otras búsquedas retrospectivas, dirigiéndose a: BIBLIOTECA DE JUVENTUD. Marqués de Riscal, 16.- 28010 MADRID. Tel.: 913637820-1; Fax: 913637811. E-mail: biblioteca-injuve@migualdad.es

Así mismo puede consultar ésta o anteriores Revistas de Estudios de Juventud, así como las Novedades de la Biblioteca en la página web del Instituto: <http://www.injuve.migualdad.es>

Ruiz Lazaro, Pedro

Actualización en la epidemiología de los trastornos alimentarios / Pedro

Manuel Ruiz Lázaro . -- [S.l.] : Interpsiquis, 2005 4 p.

Artículo del Congreso Virtual de Psiquiatría - Interpsiquis 2005

La gran mayoría de los casos analizados coinciden en una serie de factores que contribuyen a iniciarse en estos trastornos, como la influencia de los medios de comunicación y la situación familiar.

<http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?20178> Acceso a texto completo

Pulido Valero, Rosa

Adolescencia y conductas violentas : factores de protección y de riesgo /

Rosa Pulido Valero; dirigida por María José Díaz-Aguado. -- Madrid:

Universidad, Facultad de Psicología, 2006 526 p.: tab., graf.; 30 cm.

Tesis doctoral Univ. Complutense

Investigación realizada a través de una muestra de adolescentes mayores de 14 años de la Comunidad de Madrid para ahondar en las causas de la violencia, especialmente en centros educativos y en sus posibles soluciones.

Analiza los principales factores del comportamiento violento como son: la exclusión social, ausencia de límites, exposición a la violencia a través de los medios de comunicación, etc. Y por otro lado, se analizan como factores de protección: disponer de modelos sociales positivos, colaboración de la escuela y familiar, contextos de ocio, etc.

Montero Gómez, Andrés

Adolescencia y violencia/ Andrés Montero Gómez

Revista de estudios de juventud. -- n. 73 (junio 2006); p. 109-115 . ISSN 0211-4364

La violencia es una conducta social compleja y aprendida que se adquiere e

interioriza a partir de procesos de socialización. Durante estos procesos el adolescente configura elementos de predisposición que combinados con sus propias vulnerabilidades biológicas y personales pueden llegar a convertirlo en agente agresor.

<http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=1629936968>

Acceso a texto completo

Rutter, Philip A.

Adolescent suicide risk : four psychosocial factors / Philip A. Rutter and Andrew E. Behrendt

Adolescence. -- v. 39, n. 154 (summer 2004); p. 295-302. ISSN 0001-8449

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre adolescentes.

Este estudio examinó la planificación, el comportamiento y el intento de suicidio de 100 adolescentes entre 17 y 19 años. Existen cuatro factores psicosociales importantes para analizar el riesgo de suicidio: desesperación, hostilidad, concepto negativo de sí mismo y aislamiento.

ISSN 0001-8449

http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m2248/is_154_39/ai_n6364177

Acceso texto completo

Mingote, José Carlos

Adolescentes y deprimidos / José Carlos Mingote y Pilar Gómez

Padres y maestros. -- n. 284 (mayo 2004); p. 22-26

En la etapa de la adolescencia son frecuentes los comportamientos depresivos por motivo de la falta de definición de muchos aspectos de la personalidad, que están expectantes ante la avalancha de cosas nuevas que aparecen ante ellos, y no encuentran respuestas claras para decidir.

Adolescents at risk for violence : an initial validation of the life challenges questionnaire and risk assessment index / Ilyse Grinberg... [et al.]

Adolescence. -- vol. 40, n. 159 (fall 2005); p. 573-599. ISSN 0001-8449

El incremento de la violencia juvenil es un fenómeno que está desbordando las estructuras tradicionales de los países más desarrollados y está generando estudios de investigación para poner en práctica medidas correctoras que afronten la situación.

Bogard, Kimber L.

Affluent adolescents, depression, and drug use : the role of adults in their lives / Kimber L. Bogard

Adolescence. -- vol. 40, n. 158 (summer 2005); p. 281-306. ISSN 0001-8449

Los adolescentes con una gran disposición de dinero pueden verse abocados, en una mayor proporción, a caer en el abuso de drogas y, consecuentemente, a entrar en episodios depresivos, por lo que es la labor educativa de los adultos a su cargo orientarles en su comportamiento.

Alteraciones de la imagen corporal : anorexia, vigorexia, bulimia, dismorfofobia y cuadros relacionados / I. de la Serna de Pedro... [et al.] . --

Madrid : Aula Médica, 2004 40 p.

Monografías de Psiquiatría, nº 2, abril-junio 2004

Bibliogr. La distorsión acerca de la propia imagen es relativamente frecuente, pero depende del grado y repercusión en otras áreas de la vida para que adquiera una dimensión patológica. Existe dificultad para establecer el punto

de corte entre lo normal y lo anómalo, y por eso resulta necesario fijar criterios diagnósticos y una definición operativa clara.

Sánchez Hernández, María Jesús

Anorexia nerviosa : embodiment y subjetividad / María Jesús Sánchez Hernández; dirigido por Rosario Otegui Pascual, Fernando Villaamil Pérez . -- Madrid: Universidad Complutense, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Departamento de Antropología Social y Cultural, 2007 717 p.; 30 cm.

Tesis doctoral Univ. Complutense

Estudio sobre la enfermedad de la anorexia nerviosa: cómo surge, por qué, qué factores condicionantes actúan, etc. Analiza los pensamientos que abordan al paciente, los diferentes casos que existen, la actuación de los padres y familiares, así como también las terapias empleadas y el tratamiento de esta enfermedad.

Álvarez-Cienfuegos Ruiz, Ana

Aspectos psicológicos de la violencia en la adolescencia / Ana

Álvarez-Cienfuegos Ruiz, Fernando Egea Marcos

En.: Revista de estudios de la juventud. -- n. 62 (septiembre 2003); p. 37-44. ISSN 0211-4364

Tras un breve repaso por las diferentes Teorías de la Agresividad destaca la importancia de las relaciones tempranas; la plasticidad del niño cuando es pequeño y la importancia que tienen las primeras relaciones para el posterior desarrollo evolutivo. En una segunda etapa, la adolescencia, va a definir nuestra identidad, por lo tanto trataremos en este artículo de definir en vez de clasificar al adolescente.

ISSN 0211-4364

<http://www.mtas.es/injuve/biblio/revistas/Pdfs/numero62/art3.pdf>

Acceso texto completo

Aspectos psiquiátricos de la obesidad infantil / Cós Milas, A. de... [et al.] . -- [s.l.] : Interpsiquis, 2007 6 p. ; 30 cm.

Artículo del 8º Congreso Virtual de Psiquiatría - Interpsiquis 2007

Revisión bibliográfica de los principales artículos publicados en los últimos 10 años acerca de los aspectos psiquiátricos de la obesidad infantil, para conocer cuáles son estos factores y su implicación en el desarrollo, prevención y tratamiento de esta enfermedad cada vez más prevalente. La literatura muestra que la obesidad infantil tiene un impacto psicológico importante tanto a corto como a largo plazo.

http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/29263/

Acceso a texto completo

Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis / Coordinador José

Antonio Ramos Atance . -- Madrid : Sociedad Española de Investigación en cannabinoides (SEIC) , D.L. 2007 189 p. : tab., fig. ; 30 cm.

La Red Madrileña de Investigación sobre Cánnabis, entidad que tiene como objetivo promover la investigación y difusión de información científica sobre el cánnabis, además de servir como foro de intercambio de conocimiento entre científicos y técnicos en drogodependencias, ha organizado su primera jornada, dedicada a los riesgos psiquiátricos de este consumo: la capacidad de adicción, las modificaciones que ocasiona en la conducta, sus consecuencias sobre la actividad intelectual, familiar, laboral y social del consumidor, y su implicación en el desarrollo de patologías psiquiátricas.

ISBN 978-84-690-3742-3

http://sodrogalcohol.psiquiatria.com/psimgdb//archivo_doc8539.pdf

Acceso a texto completo

Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: Casos clínicos /

Coordinadores Francisco Arias Horcajadas, José Antonio Ramos Atance . --

Madrid: Sociedad Española de Investigación en cannabinoides (SEIC) , D.L.

2008 194 p. ; 30 cm.

En cubierta: Observatorio Drogodependencias

Resultado de una reunión en la Universidad Complutense en la que se trató la problemática relacionada con la práctica clínica diaria asociada al consumo de cannabis. En ella, se discutieron diversos casos clínicos en el intento de ir teniendo un conocimiento, lo más extenso y profundo posible, sobre la problemática real que, desde un punto de vista psiquiátrico, aparece asociada al consumo de esta droga.

ISBN 978-84-691-1315-8

http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1142464253431&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documentoWebeditpro

Acceso a texto completo

Siverio Eusebio, Miguel Ángel

Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: la influencia del género / Miguel Ángel Siverio Eusebio, María Dolores García Hernández . --

Murcia: Anales de Psicología, 2007 8 p. : tab. ; 30 cm.

Documento electrónico, publicado en: Anales de psicología, vol. 23, nº 1 (junio 2007), ISSN edición web: 1695-2294

Los resultados obtenidos a través de un autoinforme aplicado a 226 adolescentes, que recoge la frecuencia y la intensidad con que dicen vivir la tristeza, muestran que los adolescentes autoperceben la tristeza con mayor intensidad que los niños y adultos, así como que se consideran más inadaptados. Sin embargo, su ajuste socioemocional está mediatizado por el género, mostrando las chicas mayor tristeza e inadaptación.

http://www.um.es/analesps/v23/v23_1/06-23_1.pdf Acceso texto completo

Fitzpatrick, Carol

Ayudando a vencer la depresión en la gente joven: una guía para padres /

Carol Fitzpatrick, John Sarry . -- Barcelona : Oniro, 2006 142 p. ; 23 cm. --

(El niño y su mundo ; 67)

Aborda las cuestiones más preocupantes sobre la depresión en los jóvenes, como son el recurso a las drogas y al alcohol, el suicidio y otros trastornos de salud mental. Documenta también, todo aquello que los padres necesitan saber acerca de la depresión en niños y adolescentes: cómo reconocer las causas más frecuentes, dónde pedir ayuda, posibles tratamientos, lo que no se debe hacer, etc.

ISBN 84-9754-206-1

Seals, Dorothy

Bullying and victimization : prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression / Dorothy Seals and Jerry Young

Adolescence. -- vol. 38, n. 152 (winter 2003); p. 735-747. ISSN 0001-8449

Un estudio realizado en 454 escuelas públicas muestra la relación existente

entre la aparición del bullying y las circunstancias de género, clase, etnia, autoestima y depresión de los afectados.

Lorea Conde, Iñaki

Características clínicas, comorbilidad psicopatológica y rendimiento neuropsicológico en adictos a la cocaína en tratamiento ambulatorio / Iñaki

Lorea Conde; dirigida por Javier Fernández-Montalvo . -- Pamplona : Universidad Pública de Navarra, Departamento de Psicología y Pedagogía, 2006 363 p. : tab. ; 25 cm.

Tesis doctoral Univ. Navarra

El primer objetivo de este estudio consistía en describir las características del consumo y la severidad de la adicción a la cocaína en una muestra de pacientes que son atendidos en un programa de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra. Otros objetivos eran: determinar la prevalencia de sintomatología psicopatológica y alteraciones de la personalidad, establecer la prevalencia específica de cada tipo de trastorno y determinar el tipo de deterioro neuropsicológico. Desde un punto de vista sociodemográfico, el perfil-tipo de los pacientes corresponde a un varón, de en torno a los 31 años de edad, soltero y laboralmente en activo, con una sintomatología psicopatológica elevada.

Consumo de tóxicos como factor precipitante y mantenedor de un trastorno de la conducta alimentaria / J.A. Gómez del Barrio... [et al.] . -- [S.l.] :

Interpsiquis, 2005 4 p.

Artículo del Congreso Virtual de Psiquiatría - Interpsiquis 2005

Ciertas drogas llevan asociados efectos adelgazantes y, a la vez, estimulantes del ánimo que contribuyen a reforzar el grado de adicción en los consumidores.

<http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?20181> Acceso a texto completo

Zanini, Daniela S.

Coping y psicopatología : comparación entre adolescentes de la muestra general y subclínica = Coping and psychopathology : comparison between and sub-clinical adolescents / Daniela S. Zanini, María Forn . -- [s.l.] :

Psiquiatría.com, 2004 18 p.

La manera de afrontar las enfermedades mentales o emocionales es el objetivo que pretende esta investigación basándose en muestras realizadas en nueve escuelas del área de Barcelona y a un total de 1362 chicos y chicas de edades comprendidas entre los 12 y 16 años de edad.

Garaigordobil Landazabal, Maite

Diseño y evaluación de un programa de intervención socioemocional para promover la conducta prosocial y prevenir la violencia / Maite Garaigordobil

Landazabal . -- Madrid : Ministerio de Educación y Ciencia, Subdirección General de Información y Publicaciones, 2005 337 p. -- (Investigación ; 160) Descripción del trabajo de investigación realizado con jóvenes escolares de educación primaria para prevenir la violencia, mediante un programa de interrelación social donde predominan el juego, la conducta prosocial y la creatividad.

ISBN 84-369-3939-5

Palacios, Patricia

El arte de educar jóvenes : falta de concentración e hiperactividad : también puede tener TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad) / Patricia Palacios Hacer familia. -- n. 156 (febrero 2007); p. 32-34. ISSN 1133-8687

Los jóvenes con pequeños déficits emocionales pueden ver mermada su educación si no se detectan y corrigen esos síntomas que se pueden confundir con rasgos de carácter.

El comportamiento violento de los adolescentes con su grupo de pares / Colegio Oficial de Psicólogos ; Dir.: Irene Silva . -- Madrid : Injuve, 2003 178 p. : gráf.. -- (Estudios y biblioteca ; E-96/2003) "Programa de estudios 2003". -- Cub Bibliogr.: p. 167-178

Investigación llevada a cabo con un estudio de fuentes secundarias, revisando las principales variables intervinientes en la conducta violenta de los adolescentes con su grupo de pares, según lo planteado por la documentación científica pertinente desde los últimos 15 años. También se revisan los principales modelos psicológicos que explican la violencia y la agresividad. Por último se agrupan las conclusiones principales obtenidas y se exponen varias recomendaciones orientadas a favorecer la disminución de la conducta violenta de los jóvenes en la sociedad.

Urrea Portillo, Javier

El pequeño dictador: Cuando los padres son las víctimas / Javier Urrea Portillo . -- Madrid : La Esfera de los Libros, 2006 510 p. ; 23 cm. Bibliogr.: p. 489-501 Anexos

En la actualidad existen muchos más casos de hijos acosadores de los que cabe imaginar. Niños consentidos, sin conciencia de los límites, que dan órdenes a sus padres; jóvenes que engañan y a veces roban; adolescentes agresivos que desarrollan conductas violentas. Libro pensado para los padres que son víctimas de estos tiranos, y para quienes desean prevenir situaciones extremas muchas veces fomentadas por nuestra misma realidad social, apoyándoles en su labor educativa en los tres pilares básicos: autoridad, competencia y confianza.

ISBN 84-9734-444-8

Rodríguez-Rendo, M. Carmen

El revés de la violencia / M. Carmen Rodríguez-Rendo En: Revista de estudios de juventud. -- n. 62 (septiembre 2003) ; p. 45-50. ISSN 0211-4364 Persigue dejar de mirar la violencia como signo de una juventud falta de límites y propone un juicio crítico en una sociedad que exhibe sus carencias sin reconocerlas como tales, y donde la juventud está presionada a adaptarse a unos cambios y transformaciones de tal potencia que su psiquismo se ve amenazado de forma inevitable. La mirada del psicoanálisis pretende explicar estas carencias, que en muchos casos se expresan en forma de exceso o ese "revés" que se anticipa en el título.

ISSN 0211-4364

<http://www.mtas.es/injuve/biblio/revistas/Pdfs/numero62/art4.pdf>

Acceso texto completo

Mansilla Pozuelo, M^a Dolores

El sufrimiento de los jóvenes : una pantalla de las paradojas del mundo de los adultos / M^a Dolores Mansilla Pozuelo Misión Joven. -- n. 322 (noviembre

2003); p. 5-16. ISSN 1696-6430

Desde la propia experiencia personal la autora quiere dar voz a lo que pasan y sufren tantos jóvenes. Presenta los escenarios de sus fracasos (ansiedad, fobias, traumas, adicciones), describe sus síntomas y sus rasgos característicos, señala su diagnóstico, y ofrece una reflexión educativa ante el desconcierto y confusión que impera entre padres y educadores.

Els trastorns alimentaris a Catalunya : una aproximació antropològica /

Mariola Bernal...[et al.]; dirigido por Mabel Gracia Arnaiz . -- Barcelona : Generalitat de Catalunya, Departament d'Acció Social i Ciutadania, Secretaria de Joventut, 2007 112 p. : tab., graf. ; 30 cm.. -- (Estudis ; 23)

Estudio que analiza la lógica cultural que hay en los procesos de socialización de los niños y jóvenes, y que está favoreciendo ciertas prácticas alimentarias, observando la relación entre la enfermedad y el contexto social en el que se desarrolla. La metodología del estudio ha sido cualitativa, a través de grupos de discusión de chicos y chicas de 10 a 29 años, entre los que había jóvenes diagnosticados de trastornos alimentarios. Se ha completado con la creación de otros grupos de discusión con profesionales de la salud que tenían experiencia en la enfermedad.

ISBN 978-84-393-7465-7

http://www20.gencat.cat/docs/Joventut/Documents/Arxiu/Publicacions/Col_Estudis/Estudis23.pdf Acceso a texto completo

Comas Arnau, Domingo

Estado de salud de la juventud / Domingo Comas . -- Madrid : Observatorio de la Juventud, 2009 191 p. : tabl., gráf. ; 24 cm.. -- (Informe Juventud en España 2008 ; 3) Anexos

Se ocupa de asuntos tan diversos como la mortalidad juvenil y las enfermedades, la fecundidad de las mujeres jóvenes, los accidentes que sufren -especialmente los de tráfico-, el consumo que hacen de alcohol, tabaco y drogas ilegales, los problemas de salud mental, de trastornos alimentarios, las consecuencias de la violencia y los suicidios. El primer problema de salud entre la juventud son los accidentes de tráfico que afectan especialmente a los varones, seguido de otros accidentes y de los suicidios. Se aborda también en este libro el comportamiento sexual juvenil y el control de los riesgos asociados a la sexualidad, el uso de métodos anticonceptivos y profilácticos, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

ISBN 978-84-96028-61-6

ISBN 978-84-96028-58-6 (obra completa)

<http://www.injuve.migualdad.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=548828853>

Acceso a texto completo

Ramos Vergeles, Maribel

Factores de protección y vulnerabilidad de la coerción sexual en adolescentes y jóvenes / Maribel Ramos Vergeles Sexpol. -- n. 60 (septiembre-octubre 2004); p. 16-18. ISSN 0214-042X

Las relaciones sexuales entre adolescentes siguen arrojando unos índices de violencia y coerción que hacen necesario aplicar una política de educación socio-afectiva que prevenga la extensión de unas formas de comportamiento que entran dentro del terreno de la violencia delictiva.

Pérez Barrero, Sergio A.

Factores protectores del suicidio en los adolescentes / Sergio A. Pérez Barrero . -- [S.l.] : Interpsiquis, 2006 4 p.

Describe los rasgos de personalidad de los adolescentes con riesgo de suicidio y las situaciones en las que pueden desembocar en una crisis suicida, para hacer incapié en los factores protectores de esos comportamientos

<http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?24888> Acceso a texto completo

Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior / Valdez-Figueroa, I. ... [et al.] . -- [México] : Medicina Familiar Mexicana, 2005 10 p. : cuad. ; 30 cm. Artículo publicado en Archivos de Medicina Familiar, Vol. 7 (3) p. 69-78, 2005

Se aplicó un cuestionario a 343 adolescentes de educación media superior de la ciudad de Guadalajara, Jalisco en México. Se exploraron características generales del adolescente y su familia, y un apartado con preguntas sobre: dinámica de la pareja, presencia de conflictos, comunicación y expresiones de afecto, establecimiento de normas al interior de la familia y dificultades financieras. Los resultados, indican que el intento suicida está determinado por las interacciones afectivas en la familia, dentro de un contexto económico.

<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-medfam/e-amf2005/e-amf05-3/em-amf053b.htm> Acceso a texto completo

Familia i conducta antisocial

Invesbren. -- n. 27 (maig 2004); p. 1-8. ISSN 1138-5014 Monográfico

Contiene: Trastornos de conducta y [sic.] indicadores de psicopatía en jóvenes : estilo educativo de los padres como posible factor de riesgo / autores, Rafael Torrubia ... [et al.]. Los estilos educativos familiares como factores de riesgo para la inadaptación social y la conducta delictiva : un estudio retrospectivo en jóvenes delincuentes y en muestras normativas / autores, Beatriz Molinuevo ... [et al.]. Evaluación de cómo los estilos educativos de los padres pueden influir en la presencia de problemas de conducta cuando los hijos son pequeños y qué conductas antinormativas se encuentran más presentes en los jóvenes que han acabado ingresando en prisión.

http://www20.gencat.cat/docs/Adjudat/Documents/ARXIUS/doc_59156328_1.pdf

Acceso a texto completo

Cartland, Jenifer

Feeling at home in one's school : a first look at a new measure / Jenifer Cartland, Holly S. Ruch-Ross and David B. Henry En.: Adolescence. -- v. 38, n. 150 (summer 2003); p. 306-319 . ISSN 0001-8449

Estudia la integración de los adolescentes en los institutos y el alcance que tiene para ellos la aceptación social. La evaluación fue desarrollada en referencia a la literatura exploratoria sobre aislamiento o victimización del adolescente y examina factores de conducta que producen aislamiento, así como los factores de riesgo que provocan comportamientos violentos y agresividad contra sus iguales.

ISSN 0001-8449

Olivares Rodríguez, José

Fobia social en la adolescencia : el miedo a relacionarse y a actuar ante los demás / José Olivares Rodríguez, Ana Isabel Rosa Alcázar, Luis Joaquín García-López . -- Madrid : Pirámide, 2004 337 p. -- (Ojos Solares : Tratamiento) Bibliografía : p. 273-337

La fobia social es uno de los problemas más frecuentes entre los jóvenes de 14 a 16 años. Es una de las manifestaciones más claras de ansiedad que aparece cuando los adolescentes comienzan a relacionarse con un mundo desconocido y ajeno a sus hábitos. Diagnostica el momento de su aparición, la evaluación o el tratamiento que requiere en cada circunstancia. ISBN 84-368-1850-4

Badia Martín, M. del Mar

Gravedad e importancia de los comportamientos de indisciplina : Causas y factores asociados a ciertas conductas : una revisión de diferentes estudios / M. del Mar Badia Martín Psicología Educativa. -- vol. 11, n. 2 (2005); p. 65-78. ISSN 1135-755X

La indisciplina de los estudiantes es cada vez más temprana y con picos de violencia más duros, por lo que se han realizado investigaciones para determinar las causas de dichos comportamientos.

Guía para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario . -- Madrid : Injuve, 2005 86 p. Anexos

Guía dirigida a educadores, familias, técnicos/as de asociaciones, monitores y otros profesionales que trabajen con jóvenes, y que aporta información y herramientas para la prevención de los trastornos nutricionales, direcciones y también ideas para abordar los temas de autoestima, modelos sociales y alimentación.

<http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=1935853255&menuId=1946804632> Acceso a texto completo

Ruiz Lazaro, Pedro

Hábitos alimentarios y peso durante la infancia como factores de riesgo de los TCA / Pedro Manuel Ruiz Lázaro . -- [S.l.] : Interpsiquis, 2005 4 p. Artículo del Congreso Virtual de Psiquiatría - Interpsiquis 2005

En el desarrollo de la infancia juegan un papel importante, a parte de la herencia genética, los factores ambientales donde se forja la personalidad del individuo y que varía según la calidad del entorno.<http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?20179> Acceso a texto completo

HCR-20 Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos

/Autores: CH. D. Webster... [et al.] ; Adaptación: Ed Hilberman y Antonio Andrés Pueyo. Grupo de estudios avanzados en violencia . -- Barcelona : Universitat, 2005 105 p.+ hojas de codificación Bibliogr.: p. 89-105

La adaptación de esta guía de predicción del riesgo de comportamientos violentos para su uso en contextos forenses, criminológicos, penitenciarios y psiquiátricos aporta a los profesionales un nuevo instrumento técnico, de reconocido prestigio mundial por su eficacia. Posibles aplicaciones en el contexto español podrían ser la valoración de los permisos temporales, la libertad condicional o grado de internamiento, así como en el tratamiento ambulatorio y en centros de reclusión y hospitales psiquiátricos.

Rosenthal, Beth Spenciner

Impact of exposure to community violence and psychological symptoms on college performance among students of colour / Beth Spenciner

Rosenthal and W.Cody Wilson En.: Adolescence. -- v. 38, n. 150 (summer 2003); p. 239-249 . ISSN 0001-8449

Estudia la relación que existe entre la violencia en los institutos de enseñanza secundaria, los síntomas de ansiedad psíquica en los alumnos, y los resultados académicos. Tras el estudio de éstas variables se detecta, que la exposición a la violencia de la comunidad escolar y las notas obtenidas no están relacionadas, lo que sí está relacionado es la violencia y los estados de ansiedad patológica que sufren los estudiantes cuando están amenazados por sus iguales.

ISSN 0001-8449

Sánchez Iglesias, Iván

Infancia y adolescencia ante la separación de los padres : efecto mediador de los Puntos de Encuentro Familiares / Iván Sánchez Iglesias

Revista de estudios de juventud. -- n. 73 (junio 2006); p. 93-107 . ISSN 0211-4364

Descripción del Síndrome de Alienación Parental (SAP) que sufren los menores ante la actitud de algunos progenitores en casos de separación y divorcio. Se enumeran las características comunes de las respuestas de estrés de los adolescentes, así como las modalidades, efectos y proceso del SAP.

Garcés Prieto, Javier

Influencia de la ansiedad en la adicción al consumo y la falta de autocontrol en la compra y el gasto de los jóvenes / Javier Garcés Prieto, Alejandro

Salcedo Aznal Estudios sobre consumo. -- n. 76 (2006); p. 43-57. ISSN 0212-9469

Estudio que analiza la relación entre la ansiedad y los comportamientos anómalos de los jóvenes en materia de consumo, y que lleva a diagnosticarse como adicción a alguna de sus variables(compras, descontrol del gasto, etc.)

Gandarillas Grande, Ana

Informe : Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas / Ana Gandarillas Grande, Ana Rosa

Sepúlveda García Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. -- vol. 9 n. 11 (nov. 2003); p. 26-47. ISSN 1135-3155 Tablas y gráficos.

Los trastornos de comportamiento alimentario (TCA) son enfermedades psicosomáticas, en las que los factores socioculturales juegan un papel muy relevante al potenciar un modelo estético de delgadez. En este informe se describen las prevalencias de los TCA siguiendo dos fuentes de datos principales: los casos que han requerido ingreso hospitalario (los más graves) y las conductas de riesgo en jóvenes y adultos.

Extremera Pacheco, Natalio

Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios / Natalio Extremera Pacheco,

Auxiliadora Durán, Lourdes Rey Revista de educación. -- n. 342 (enero-abril 2007); p. 215-216 . ISSN 0034-8082 1 disco CD-ROM

La relación del estudiante con la tarea del aprendizaje requiere de técnicas psicológicas que suavicen el impacto con el aula y dominar el manejo de

habilidades emocionales que ayuden a una mejor interrelación entre los actores educacionales. http://www.revistaeducacion.mec.es/re342_12.html
Acceso a texto completo

Ir de litros : plan de prevención de la conflictividad asociada al consumo de alcohol en la calle / Gobierno Vasco = Eusko Jaurlaritza . -- Vitoria - Gasteiz : Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco = Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, 2005 116 p., 116 p. : il. ; 30 cm. Portada y texto contrapuesto en vasco

La conflictividad asociada al abuso de sustancias tóxicas por parte de los jóvenes es un problema que preocupa especialmente en los organismos encargados de las políticas de juventud. La Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco ha puesto en marcha, en colaboración con varios ayuntamientos, un Plan que parte de un análisis de la realidad y está basado en principios estratégicos de educación para la salud, de participación ciudadana y de perspectiva de género. Tiene dos ejes de trabajo que guiarán todas las actuaciones: las consecuencias para la salud y las consecuencias para la convivencia y la seguridad ciudadana. ISBN 84-457-2405-3
http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r40-2177/es/contenidos/informacion/publicacions_ovd_otras_investi/es_9061/adjuntos/ir_de_litros_es.pdf
Acceso a texto completo

Segura Morales, Manuel

Jóvenes y adultos con problemas de conducta : desarrollo de competencias sociales / Manuel Segura Morales . -- Madrid : Narcea, 2007 133 p. ; 28 cm. -- (Sociocultural)

Ofrece una serie de actividades aplicadas con éxito entre grupos de jóvenes con problemas personales, colectivos excluidos o grupos desestructurados socialmente. Facilita el que, quienes realizan las sesiones propuestas se impliquen en ellas, logrando así mejorar sus habilidades sociales, mediante el desarrollo de sus propias facultades personales, tanto desde el punto de vista cognitivo, como emocional y moral. Útil para trabajadores sociales, psicólogos y educadores que trabajan en centros de menores, prisiones, grupos de calle, o en educación secundaria con alumnos con dificultades especiales.

ISBN 978-84-277-1545-5

Jóvenes y salud / Instituto Aragonés de la Juventud La carpeta. -- n. 110 (2003). --; p. 2-59. ISSN 1136-887X Monográfico

Se abordan temas relevantes sobre la salud en la juventud, la actividad física, la alimentación, la salud mental, las nuevas tecnologías y la salud, las drogodependencias, la promoción de la salud, la sexualidad y los servicios sanitarios. Acompaña a cada tema una guía de recursos con información, así comodirecciones útiles.

Gamero Esparza, Carlos

La anorexia : radiografía de un problema flaco. La enfermedad de la belleza (o la insoportable levedad del "nuncacomer") / Carlos Gamero Esparza 12 p. Cuadernos de realidades sociales. -- n. 61-62 (enero 2003); p.127-138

Aborda el tema de la delgadez extrema como un grave problema de salud pública. Las cifras de niñas, adolescentes y mujeres que sufren trastornos alimentarios son aterradoras, sin embargo, ser delgada hoy es, más que una moda, una exigencia. El bombardeo mediático de mujeres "cadavéricas" es

vendido hasta la saciedad por la industria del vestido, de la cosmética y de casi cualquier producto del mercado.

ISBN 84-600-5734-8

Fanjul Peyró, Carlos

La apariencia y características físicas de los modelos publicitarios : códigos no verbales de la realidad en el discurso publicitario, como factor de

influencia social mediática en la vigorexia masculina / Carlos Fanjul Peyró;

dirigida por Rafael López Lita . -- Castellón : Universitat Jaume I, Departamento de Filosofía, Sociología i Comunicació Audiovisual i Publicitat, 2006 2 v. (833 p.) : il., tab., graf. ; 30 cm. + 2 CD-ROM CD ROM con la versión electrónica de la Tesis Doctoral y materiales de investigación.

Tesis doctoral Univ. Jaume I

Investiga cómo se captan los mensajes subliminales publicitarios, cuáles son los códigos no verbales que transmite la publicidad y la presión que ejerce sobre el que la recibe. El tema de esta investigación se centra en la vigorexia, mediante análisis publicitarios, entrevistas sobre el tema a personajes destacados en el mundo del deporte y el estudio de las muestras recogidas de hombres que padecen esta enfermedad, con el fin de ser una llamada de atención a los profesionales de la publicidad sobre esta cuestión.

http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UJI/AVAILABLE/TDX-0301107-154815//fanjul.pdf

Acceso a texto completo

Baño Rodrigo, María Dolores

La apatía de los jóvenes consumidores de hachís. -- [Madrid] : Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides , 2003 [3] h. Artículo tomado del Boletín electrónico de la SEIC (julio-septiembre/2003; número: 7)

Análisis de los mecanismos que provocan el síndrome amotivacional en consumidores de cannabis, la frecuencia de consumo y la dosis necesaria para su aparición, así como la identificación de los rasgos previos que predisponen esta sintomatología.

<http://www.ucm.es/info/seic-web/boletin-7-2003.doc> Acceso a texto completo

Capdevilla Capdevilla, Manuel

La educación social en la salud mental / Manel Capdevila Capdevila... [et al.]

Educación social. -- n. 26 (enero-abril 2004); p. 10-99. ISSN 1135-8629

Monográfico Contiene : La identidad social de los jóvenes/ Manel Capdevila Capdevila ; Consumos y prisa, amarres de la angustia/ Eugenio Díaz Massó ;

Las adolescencias en el traspaso de la modernidad/ José Ramón Ubieto...

El individuo es el reflejo de la sociedad en la que vive, por lo que esa sociedad tiene responsabilidades en la educación de sus miembros y no puede desentenderse de los valores morales que transmite.

Jauregui, Ignacio

La imagen de una sociedad enferma : anorexia, bulimia, atracones y obesidad

/ Ignacio Jáuregui Lobera. -- Barcelona: Grafema, 2006 577 p.; 22 cm.

Las sociedades desarrolladas han pasado, en poco tiempo, de la preocupación básica por conseguir alimentarse cada día, a la preocupación psicológica de no comer más de lo necesario, con la consecuente aparición de nuevas enfermedades sociales que requieren tratamientos adecuados.

ISBN 978-84-934225-9-2

Figueras Maz, Mònica

La imatge corporal en les revistes juvenils femenines / Mònica Figueras Maz, Montserrat Quesada (directora del treball de recerca) . -- Barcelona : Generalitat de Catalunya, Secretaria General de Joventut , 2004 139 p. -- (Estudis ; 14) Premi Joventut 2002

La obsesión por la imagen está llevando a muchos jóvenes, nueve mujeres por cada hombre, a sufrir enfermedades físicas y psíquicas que contrastan con la situación de hambre real que soporta otra gran parte del mundo.

ISBN 84-393-6568-3 <http://www.barcelonesjove.net/uploads/estudis14.pdf>
Acceso a texto completo

Bordera Escolano, F. Javier

La intervención en los trastornos traumáticos desde el medio escolar / F. Javier Bordera Escolano Psicología Educativa. -- vol. 11, n. 1 (2005); p. 11-26. ISSN 1135-735X

Los adolescentes afectados por situaciones emocionales traumáticas necesitan una atención especial en la escuela para poder superar los efectos de las tensiones sufridas.

Heras, Javier de las

La sociedad neurótica de nuestro tiempo / Javier de las Heras . -- Madrid : Espasa Calpe, 2005 286 p. ; 22 cm. -- (Espasa Hoy)

Las sociedades sometidas a cambios radicales y rápidos sufren graves trastornos psicológicos que se manifiestan en comportamientos caracterizados por la ansiedad y el estrés ante una falta definida de objetivos vitales.

ISBN 84-670-1831-3

Imbert, Gérard

La tentación de suicidio : Representaciones de la violencia e imaginarios de muerte en la cultura de la posmodernidad : (una perspectiva comunicativa) / Gérard Imbert . -- Madrid : Tecnos, 2004 162 p.

Con la crisis de la modernidad emergen nuevas formas de violencia, que se desarrollan al margen de toda racionalidad social, y se plasman en un uso de la misma gratuito, indiscriminado y en ocasiones suicida. Este estudio reflexiona sobre las nuevas formas de violencia moderna, sobre todo en la sociedad española, a partir de una serie de fenómenos cotidianos, analizando, por otra parte, las representaciones que dan de ellos los "mass media".

ISBN 84-309-4109-6

Adès, Jean

Las nuevas adicciones : internet, sexo, juego, deporte, compras, trabajo, dinero / Jean Adès, Michel Lejoyeux; traducción de María Ginés . -- Barcelona : Kairós, 2003 300 p. -- (Autoayuda)

Análisis de los profundos mecanismos que explican las nuevas adicciones actuales y cómo detectar mejor los sufrimientos escondidos tras ellas y los verdaderos riesgos que pueden acarrear.

ISBN 84-7245-554-8

Salmurri, Ferran

Libertad emocional : estrategias para educar las emociones / Ferran

Salmurri. -- Barcelona : Paidós, [2004] 209 p. -- (Saberes cotidianos ; 45)

Estrategias para dominar los sentimientos y las emociones y poder alcanzar la libertad emocional, que mejore nuestra salud psicológica, basada en la felicidad y el bienestar.

ISBN 84-493-1515-8

Garrido Genoves, Vicente

Los hijos tiranos : el síndrome del emperador / Vicente Garrido Genovés . -- Barcelona : Ariel, 2005 187 p. ; 23 cm.

En la sociedad actual, con un nivel de comodidades y de disfrute instantáneo de muchos placeres que hace sólo unos años hubiera sido difícil de creer, muchos niños y jóvenes desafían a sus padres de modo sorprendente, les insultan y amenazan, e incluso llegan a golpearlos o a asesinarlos. Pensamos que es un hecho aislado o pasajero, pero estos chicos que se creen con derecho a exigir y lograr lo que se les antoja, cuando lleguen a la edad adulta serán hombres y mujeres violentos, agresores de sus parejas y acosadores de sus compañeros de trabajo, cuando no fracasados sociales o delinquentes consolidados. Un egocentrismo tan absoluto impide el desarrollo pleno de emociones morales como la empatía, la compasión y la responsabilidad.

ISBN 84-344-4486-0

Luna Montaña, Iris

Los mártires de la belleza : suicidio y psicopatología asociada a la imagen corporal / Iris Luna Montaña . -- [s. l.] : Interpsiquis, 2007 21 p. ; 30 cm.

Artículo del 8º Congreso Virtual de Psiquiatría - Interpsiquis 2007

Un gran número de los suicidios que se producen actualmente vienen como consecuencia, sobre todo en los jóvenes, de las depresiones causadas por la no aceptación de la imagen propia frente a unos estereotipos marcados por la moda y la publicidad reflejada en los medios de comunicación de masas. http://www.psiquiatria.com/articulos/urgencias_psiq/29111/ Acceso a texto completo

Luna, Luis M.

Nuevas enfermedades juveniles / Luis M. Luna

Revista de pastoral juvenil. -- n. 409 (abril 2004); p. 20-23 . ISSN 1577-273X

Reflexión acerca de los trastornos psicológicos que sufren hoy en día los adolescentes, como la anorexia, la bulimia, la depresión o la ansiedad entre otras. Esto se debe al ritmo acelerado impuesto por la sociedad, que sólo valora a la persona en criterios de utilidad, perdiéndose los valores de sensibilidad y preocupación por los demás.

Díaz Morfa, José

Ofensores sexuales juveniles / José Díaz Morfa

En.: Revista de estudios de juventud. -- n. 62 (septiembre 2003) ; p. 93-129. ISSN 0211-4364

Revisión de la literatura sobre los ofensores sexuales juveniles, aborda su definición, el desarrollo sexual normal, las características de los jóvenes que han cometido ofensas sexuales, los tipos de conductas; la etiología, la salud mental, y la actualización de los tipos y clasificaciones. Describe también, poblaciones específicas donde se producen abusos sexuales como, dentro de la propia familia o en ambientes muy cerrados. Finaliza dando pautas para la prevención y las diferentes aproximaciones terapéuticas.

ISSN 0211-4364

<http://www.mtas.es/injuve/biblio/revistas/Pdfs/numero62/art9.pdf>
Acceso texto completo

Kelley, Thomas M.

Positive psychology and adolescent mental health : false promise or true breakthrough? / Thomas M. Kelley Adolescence. -- vol. 39 n. 154 (summer 2004); p. 257-278. 0001-8449

Siguiendo los principios de la psicología positiva, el artículo describe como mejorar la salud mental de los adolescentes. Primero define como la lógica de los principios de Mentalidad, Pensamiento y Sentimiento es válida para toda experiencia humana subjetiva. Después, como se puede mejorar la salud mental. Por último se discute como varios modelos actuales de psicología positiva pueden ser simplificados usando la lógica sobre los anteriores principios.

ISSN 0001-8449

http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m2248/is_154_39/ai_n6364175
Acceso texto completo

Figueras Maz, Mònica

Prensa juvenil femenina i identitat corporal / Mònica Figueras Maz; dirigida por: Montse Quedada, Diego Torrente . -- Barcelona : Universidad Pompeu Fabra, Departament de Periodisme i Comunicació Audiovisual, 2005 494 p. : tab. ; 30 cm. Tesis doctoral Univ. Pompeu Fabra

La presión ejercida en la actualidad por los medios de comunicación y la publicidad, hace que los trastornos alimentarios sean uno de los principales problemas de la juventud actual, por la preocupación del aspecto físico, sobre todo en las mujeres. El objeto de este estudio es analizar todos los cambios que se experimentan en la adolescencia a nivel físico y mental, y cómo las influencias externas afectan a ese cambio de manera positiva y negativa. Se hace también un estudio a fondo de la prensa femenina.

http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UPF/AVAILABLE/TDX-1114105-163606//tmfm1de1.pdf

Acceso texto completo

Sepúlveda, A. R.

Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria / A. R. Sepúlveda, A. Gandarillas, J. A. Carrobes . -- [s.l.] : Interpsiquis, 2004 4 p.

Ponencia presentada al V Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2004, celebrado del 1 al 28 de febrero, dentro de la mesa redonda "Epidemiología y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria". Conclusiones del estudio dirigido a conocer la prevalencia de comportamientos y actitudes propias de un trastorno alimentario en una muestra representativa de estudiantes de la Universidad Autónoma de Madrid, en el que se aprecia la necesidad de implantar programas de prevención y tratamiento con intervenciones puntuales dirigidas tanto a la población masculina como a la femenina.

<http://www.psiquiatria.com/interpsiquis/2004/14984> Acceso a texto completo

Tizón García, Jorge Luis

Prevención de los problemas de salud mental del embarazo en la adolescencia / Jorge Luis Tizón García . -- [S.l.] : Asociación Española de

Pediatría de Atención Primaria , [2004?] 17 p.

Algunas de las causas por las que el embarazo en la adolescencia es un problema son que la identidad psicosocial no está asentada, que la integridad biológica como adulta no está acabada, que el rol y el estatus sociales no están definidos aún, y que es difícil que exista una figura de apoyo y contención estable para la madre.

ISBN <http://www.aepap.org/previnfad/EmbAdol.htm> Acceso a texto completo

Díaz-Aguado Jalón, M^a José

Prevención y tratamiento del comportamiento antisocial desde la educación / María José Díaz-Aguado . -- [S.l.] : Fundación O'Belén, 2004 49 p. ; 30 cm. Bibliogr.: p. 45-49

Estructurada en tres apartados: 1. Análisis de las condiciones educativas y sociales que reducen o incrementan el riesgo del comportamiento antisocial desde una doble perspectiva: la psicopatología evolutiva (modelo de las habilidades vitales básicas) y la psicología ecológica (sobre la interacción individuo-ambiente en los distintos niveles en los que se produce). 2. Diez propuestas para prevenir el comportamiento social desde la educación. 3. Y un resumen del tipo de resultados obtenidos al tratar de llevar a la práctica educativa dichas propuestas desarrollando programas a través de la investigación-acción. <http://www.obelen.es/upload/161C.pdf> Acceso a texto completo

González Rodríguez, Benjamín

Problemas emergentes en la salud mental de la juventud / Benjamín González Rodríguez y Eduardo Rego Rodríguez . -- Madrid : Instituto de la Juventud, 2005 78 p. : tab.. -- (E-112/2005)

El diagnóstico de los problemas de la salud mental de los jóvenes europeos está relacionado con las siguientes circunstancias: el fuerte incremento de las conductas de riesgo de diversos tipos, aumento de las tasas de suicidio, aumento de la ansiedad en los jóvenes, perspectivas de un futuro impredecible e inseguro derivado de los cambios sociales rápidos, deterioro de las instituciones y redes sociales tradicionales, alargamiento y mayor complejidad de la transición a la vida adulta y necesidad de desplegar estrategias adecuadas para afrontar la incertidumbre del futuro. <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=924477484&menuId=2023268717> Acceso a texto completo

Parrado Soto, Beatriz

Programa de seguimiento en adolescentes con TDAH y consumo de sustancias dirigido por enfermeros especialistas en salud mental / Beatriz Parrado Soto, Elsa Castellà Lázaro . -- [S.l.] : Interpsiquis, 2008 13 p. ; 30 cm. Artículo del 9º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2008

El objetivo del trabajo es valorar la eficacia del programa, para lo que se aplica un diseño de intervención en adolescentes diagnosticados de TDAH, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 12 y 18 años. El programa de seguimiento está constituido por 3 periodos: formación, visitas sucesivas, y evaluación.

Psicopatología y conducta suicida en la adolescencia / C. Raheb... [et al.] -- [S.l.] : Interpsiquis, 2006 14 p.

Tras efectuar una reseña histórica, se describen las características clínicas de

los adolescentes que cometen suicidio así como los factores de riesgo y las condiciones que llevan al comportamiento suicida: factores sociales, biológicos, psicológicos, familiares, etc.

http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/24885/ Acceso a texto completo

Díaz-Atienza, Francisco

Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes : resultados preliminares = Bullying, depression and suicidal ideation in adolescents / autores, Díaz-Atienza, Francisco, Prados Cuesta, Mercedes, Ruiz-Veguilla, Miguel . -- [S.l. : s.n., 2004] [10] h.

Artículo publicado en la Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2004 4(1); 10-19

Estudio en el que se concluye que los adolescentes que son intimidados y los adolescentes intimidadores están más expuestos a presentar síntomas depresivos que los adolescentes no expuestos a este tipo de conducta.

Teniendo en cuenta estas alteraciones conductuales y los problemas emocionales asociados a la intimidación, en los colegios deberían ser objeto de una seria atención en futuras investigaciones así como en intervenciones preventivas. <http://www.paidopsiquiatria.com/rev/numero4/art4.pdf> Acceso a texto completo

Ramírez Serrano, Lucía A.

Relaciones entre los recursos y el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes / Lucía A. Ramírez Serrano y Gonzalo Musitu Ochoa Revista española de drogodependencias. -- vol. 33, n. 1 (2008) ; p. 53-66. ISSN 0213-7615

En una encuesta realizada a 350 adolescentes mexicanos cuyo cuestionario trataba temas como el autoconcepto, valores, afrontamiento familiar, dependencia al tabaco y uso de alcohol, los resultados muestran que la dimensión de la autoestima, familiar, social y emocional, es la que mejor predice el consumo de alcohol, y que la estimulación y el hedonismo tienen una relación positiva con el consumo y una relación negativa con la conformidad y la tradición.

MacPhee, Angela R.

Risk factors for depression in early adolescence / Angela R. MacPhee and Jac J. W. Andrews Adolescence. -- vol. 41, n. 163 (fall 2006); p. 435-466. ISSN 0001-8449

La depresión es una de las psicopatologías más corrientes y a la vez más peligrosas en el inicio de la adolescencia por sus posibles daños irreversibles en la personalidad del individuo al impedir un desarrollo armónico de su carácter.

Howard Donna E.

Risk profiles of adolescent girls who were victims of dating violence / Donna E. Howard and Min Qi Wang 14 p. Adolescence. -- v. 38, n. 149 (spring 2003); p. 1-14. ISSN 0001-8449 Bibliogr.: p. 13-14

Investiga los perfiles de riesgo de las mujeres jóvenes víctimas de la violencia. Se estudia la relación que existe entre las mujeres jóvenes maltratadas en relación con otras variables como la violencia, las relaciones sexuales inseguras, el suicidio, el uso de sustancias de algún tipo, o el consumo excesivo de alcohol.

Rodríguez Santos, L.

Sintomatología bulímica, impulsividad y carácter en población no clínica / L.

Rodríguez Santos, M.D. Chavero Blanco, F.J. Vaz Leal . -- [S.l.] : Interpsiquis, 2005 5 p. Artículo del Congreso Virtual de Psiquiatría - Interpsiquis 2005
Los trastornos alimentarios derivan en consecuencias peligrosas para el sistema nervioso y provocan estados de carácter impulsivos.
<http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?20101> Acceso a texto completo

Rosenthal, Beth Spenciner

The association of ecological variables and psychological distress with exposure to community violence among adolescents / Beth Spenciner

Rosenthal and W. Cody Wilson Adolescence. -- v. 38, n. 151 (fall 2003); p. 459-479. ISSN 0001-8449

En este artículo se analizan los efectos que tiene en los adolescentes el estar viviendo en una sociedad violenta. Según la teoría "ecológica", la exposición a un medio ambiente violento debe analizarse en relación a ciertas características individuales, familiares y sociales; y según la teoría del "estrés traumático", la exposición a una sociedad violenta debería ser tratada a un nivel de apoyo psicológico.

ISSN 0001-8449

Manor, Iris

The wish to die and the wish to commit suicide in the adolescent : two different matters? / Iris Manor, Michel Vincent and Sam Tyano Adolescence.

-- v. 39, n. 154 (summer 2004); p. 279-293. ISSN 0001-8449

Desde el punto de vista de los adolescentes, este artículo intenta demostrar la diferencia entre dos deseos: el de morir y el de suicidarse. Los jóvenes perciben la muerte como algo irreversible mientras que el suicidio se considera algo que puede rectificarse.

ISSN 0001-8449

http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m2248/is_154_39/ai_n6364176

Acceso texto completo

Ramírez Cabañas, Jesús

Trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes : actuación del psicólogo educativo / Jesús Ramírez Cabañas Psicología Educativa. -- vol 10, n. 1 (2004); p. 5-17. ISSN 1135-755X

Después de un hecho traumático es conveniente aplicar a los afectados medidas paliativas que ayuden a no interiorizar los efectos sufridos y dotarles de medios para superar los posibles frenos a su desarrollo evolutivo.

San Sebastian Cabases, Javier

Trastorno disocial en infancia y su continuidad como trastorno antisocial de la personalidad en el adolescente y el adulto / Javier San Sebastián Cabasés

. -- [Madrid] : Proyecto Esperi, [2004?] 14 h.

El trastorno disocial o de conducta constituye el diagnóstico más frecuente en psiquiatría de la infancia y adolescencia y abarca una amplia gama de conductas de violación de derechos básicos o normas sociales propias de la edad, con un patrón repetitivo y persistente, que van desde mentiras, peleas o hurtos sin importancia hasta actitudes vandálicas y crueles, agresiones sexuales u homicidio.

Bayo Fernández, Carmen

Trastornos de conducta alimentaria : dificultades en embarazo y maternaje / Carmen Bayo Fernández, Laura Díaz Sanfeliu, Gonzalo Morandé Lavín . -- [S.I.] : Interpsiquis, 2005 6 p. Artículo del 6º Congreso Virtual de Psiquiatría - Interpsiquis 2005

El seguimiento de embarazadas con problemas alimentarios abarca numerosos puntos de vista clínicos para conseguir detectar el origen psíquico de su enfermedad. <http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?20099>
Acceso a texto completo

Trastornos del comportamiento en niños y adolescentes / Fundación Mapfre Medicina . -- Madrid : Mapfre, 2004 445 p.

Análisis de la situación social de procedencia de los jóvenes que presentan comportamientos antisociales, la necesidad de ponerles en manos de profesionales que puedan aplicar terapias adecuadas a su tipología, y la formación de equipos multidisciplinares que aborden el problema de manera global. ISBN 84-7100-733-9

Rivero, Carmen

Un enfoque sobre la depresión en la adolescencia / Carmen Rivero . -- [Argentina : El sitio de la melancolía, 2004] 6 p. Se describe qué es la depresión y cómo afecta a los adolescentes, así como los distintos tipos que existen y sus características. También se menciona la necesidad de acudir a psicoterapia para tratar de manera adecuada el problema. <http://www.herreros.com.ar/melanco/rivero.htm> Acceso a texto completo

Baile, José Ignacio

Vigorexia : cómo reconocerla y evitarla / José Ignacio Baile . -- Madrid : Síntesis, 2005 189 p. ; 21 cm. -- (Guías de autoayuda ; 8) La obsesión por alcanzar un desarrollo muscular determinado puede llevar al individuo afectado a adquirir unos hábitos alimentarios que perjudiquen su salud corporal y mental. ISBN 84-9756-278-X

Marté Martínez, Ana Belén

Vigorexia, complejo de Adonis o dismorfia muscular / Ana Belén Martí Martínez... [et al.] . -- [S.I.] : Interpsiquis, 2008 10 p. ; 30 cm. Artículo del 9º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2008

Se trata de un trastorno emergente en las sociedades de tipo competitivo (culto al cuerpo). El término de vigorexia, anorexia inversa o complejo de Adonis, se refiere a un trastorno dismórfico corporal o trastorno alimentario en personas con excesiva musculación corporal. Predomina en hombres jóvenes, sobretudo en asiduos a los gimnasios. Se relaciona con factores socioculturales, déficits serotoninérgicos y personalidad de tipo obsesiva,entre otros.

Violencia de género : factores psicosociales comunes y específicos de género relevantes en la violencia de preadolescentes y adolescentes :

Abstract / Equipo investigador dirigido por: Carmen Santisteban Requena ; Universidad Complutense de Madrid . -- [Madrid] : Instituto de la Mujer, 2004 10 p. ; 30 cm. En portada: Diciembre 2001- Noviembre 2004

El objetivo de este Proyecto es proporcionar información científica relevante que ayude a los responsables de los ámbitos educativos y sanitarios y a la familia a comprender mejor las actitudes violentas en los adolescentes y,

consequently, that it allows designing education programs and intervention to prevent, and where possible control, violence in general and more specifically violence of gender.

http://www.mtas.es/mujer/mujeres/estud_inves/589%20.pdf Acceso a texto completo

Martín, María Jesús

Violencia juvenil exogrupal : hacia la construcción de un modelo causal

[Tercera parte : discusión y conclusiones] / María Jesús Martín . -- [Madrid]

:Ministerio de Educación y Ciencia, Centro de Investigación y Documentación Educativa. Subdirección General de Información y Publicaciones , 2005 521 p. -- (Investigación ; 164, 1 v.) Segundo Premio Nacional ex-aequo de Investigación Educativa 2003. Modalidad tesis doctorales

Se analizan las motivaciones que llevan a un individuo a participar de las actitudes violentas del grupo en el que se considera integrado, como modo de asumir la ideología dominante.

ISBN 84-369-3943-3

<http://www.mec.es/cide/espanol/publicaciones/coleccion/col164/col164pc.pdf> Acceso a texto completo

Conde López, Valentín José María

Vulnerabilidad a trastornos alimenticios en adolescentes / Valentín José

María Conde López, Carlos Imaz Roncero, Nuria Higuera González . -- [S.I.] : Interpsiquis, 2005 13 p.

Artículo del 6º Congreso Virtual de Psiquiatría - Interpsiquis 2005

Con los cambios acaecidos en el mundo desarrollado se han transformado los factores de riesgo, desde el modelo de enfermedades infecto-contagiosas, al modelo bio-psico-social actual.

<http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?21168> Acceso a texto completo

Szerman, Néstor

¿TDAH en la adolescencia? : 50 preguntas orientativas para reconocer y

tratar el TDAH / Néstor Szerman . -- Madrid : Draft Editores, 2008 53 p. ; 30 cm.

Ahora se sabe que el trastorno por déficit de atención afecta no sólo a niños varones hiperactivos, sino a un sustancial porcentaje de niños, adolescentes y adultos de ambos géneros, probablemente al menos al 5% de la población, muchos de los cuales no son hiperactivos. El autor afirma, además que el 20 por ciento de los adultos con adicción a las drogas o el alcohol presenta un trastorno hiperactivo.

ISBN 978-84-88014-42-9

http://www.psiquiatria.com.es/pdf/TDAH_en_la_adolescencia.pdf Acceso a texto completo

COLABORACIÓN



La salud mental de las personas jóvenes en España

Colaboran en este número

Amado BENITO DE LA IGLESIA

Licenciado en Filosofía y Letras (Sección Psicología). UCM. Amplió estudios en Inglaterra, en el laboratorio de Psicología Experimental (Universidad de Sussex y Hospital Universidad de Manchester. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica (DG de Universidades, MEC). Psicólogo Especialista en Psicoterapia de la Federación Europea de Psicólogos (EFPA), APA Internacional Afiliate. Profesor docente del Master Psicología Clínica y de la Salud (Facultad de Psicología, UCM). Profesor Asociado (Facultad de Medicina, UCM). Psicólogo del Centro Municipal de Salud del distrito de Tetuán (Ayuntamiento de Madrid). Miembro del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil del distrito de Tetuán (Comunidad de Madrid). Colaborador del grupo de expertos que elaboró el Plan de Atención a la Infancia aprobado por el Consejo de Administración del IMAIN (Instituto Madrileño de Atención a la Infancia). Consejería de Integración Social (Comunidad de Madrid, 1994), Colaborador Técnico Programa del Adolescente. Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento de Madrid.

Isabel ESPINAR FELLMANN

Doctora en Psicología. Terapeuta cognitivo-conductual en el centro I.A.M.CO (Investigación, Análisis y Modificación de Conducta). Profesora del Departamento de Psicología de la Universidad Pontificia Comillas (Madrid). Especialista en el área de las familias reconstituidas. Profesora del Máster/Especialista en Terapia Familiar y Pareja de la Universidad P. Comillas. Profesora del módulo de Infancia y Desarrollo del Máster de Cooperación Internacional al Desarrollo de la Universidad P. Comillas. Profesora del Módulo de Intervención Cognitiva del Programa Virtual de Postgrado de Intervención Psicoterapéutica (UNED). Autora de publicaciones relacionadas con las familias reconstituidas: Spanish Adaptation of the Stepparent Role Strain Index (Revista: The Spanish Journal of Psychology), Stepparent Role Strain and Psychological Distress (Revista: Psicothema) y Hermanos nuevos: la nueva mujer de papá y el nuevo marido de mamá (Capítulo del libro: La familia ante momentos difíciles publicado por la Dirección General de Familia. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid). Ha obtenido un premio del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (XIV Edición del Premio de Psicología Rafael Burgaleta) por el trabajo "La tensión de rol del padrastro y la madrastra en la familia reconstituida y su malestar psicológico".

L. M. Almudena GARCÍA ALONSO

Dra. En Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Psicología Clínica con formación práctica en Suiza y Francia. Profesora Asociada del Departamento de Clínica de la Universidad Complutense. Psicólogo clínico en Centro Privado, desde 1.992 hasta el momento actual. Codirectora del Master en Intervención Sociosanitaria y Tutora de Prácticums

relacionados con psicodiagnóstico e intervención psicoterapéutica. Autora y coautora de artículos (“Locos por el fuego; diagnóstico diferencial entre pirómano e incendiario”, Colegio Oficial de Ingenieros Técnicos Forestales, 2.007.”El síndrome de Williams” Filomúsica, 2.007. “Efectividad de pruebas psicométricas en ansiedad y depresión” Clínica y Salud, 2.009) y comunicaciones (“La vigorexia ¿El trastorno de los deportistas? IX Congreso Nacional y III Iberoamericano de la actividad física y del deporte. Sevilla, 2.008 “Patrón de deterioro en enfermos de Alzheimer”. XII Congreso de Calidad Asistencial. Córdoba, 2.008) En el momento actual, investigando en proyectos relacionados con características psicológicas en militares desplazados (Ministerio de Defensa) y feedback emocional mediante reconocimiento de expresión facial en domótica (Universidad Carlos III).

Álvaro HIDALGO VEGA

Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Castilla-La Mancha (1997), Licenciado en Ciencias Económicas por la Universidad Complutense de Madrid (1993) y por la Université Paris-X-Nanterre (1992) en la especialidad de economía cuantitativa. Profesor de Teoría Económica en la UCLM y responsable del Área de Fundamentos del Análisis Económico de Toledo. Coordinador de Relaciones Internacionales del Campus de Toledo de la UCLM. En la actualidad dirige un equipo de investigadores jóvenes en el Seminario de Investigación en Economía y Salud (SIES) de la UCLM. Teniendo como principales líneas de investigación la economía de la salud, los sistemas de información sanitaria y los estudios de discriminación por género. En el ámbito de las relaciones internacionales es miembro fundador y Subdirector del Centro Español de Investigaciones Coreanas.

Benito LEÓN DEL BARCO

Grupo de Investigación Psicología Educativa, Social y de la Personalidad (GIPES). Departamento de Psicología y Antropología. Universidad de Extremadura. Doctor en Psicopedagogía por la Universidad de Extremadura. Máster en Modificación de Conducta por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Profesor de la asignatura “Psicología de la Educación y del Desarrollo en Edad Escolar” en la Facultad de Formación del Profesorado de Cáceres. Con numerosas publicaciones sobre el aprendizaje cooperativo, habilidades sociales, multiculturalidad en el aula y actitudes hacia la inmigración. El último proyecto de I+D+I dirigido lleva por título “Aprendizaje cooperativo una herramienta para conseguir la inclusión de alumnos inmigrantes”. Actualmente es coordinador del Grupo de Investigación GIPES en la Universidad de Extremadura y miembro colaborador del Centro de Investigaçao en Educaçao e Psicologia de la Universidad de Évora.

Eva MARTÍN-SÁNCHEZ

Licenciada en Farmacia por la Universidad de Granada. DEA por el programa de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid. Desde 2006, técnico del Área de Investigación Clínica de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM). Coautora de diversas publicaciones en revistas indexadas en el Journal of Citation Reports, e investigadora colaboradora de diversos proyectos de investigación financiados en convocatorias públicas de carácter competitivo, como las convocatorias del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), relacionados con la evaluación de intervenciones terapéuticas en salud mental y dolor crónico. Coautora del manuscrito “Systematic review and

meta-analysis of cannabis treatment for chronic pain”, actualmente en proceso de revisión.

Iñigo OCHOA DE ALDA

Doctor en Psicología. Profesor de la Facultad de Psicología en la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Psicoterapeuta y supervisor docente acreditado por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia (FEAP). Presidente de la Asociación Vasca de Psicoterapias Dinámica y Sistemática (AVAPSI) y miembro de la junta directiva de la FEAP y AEIDTF. Supervisor de la Asociación Hogares Nuevo Futuro Guipúzcoa y Director de Master de Terapia Familiar y de Pareja organizado en el centro de psicoterapia y estudio de la familia de San Sebastián. Realizó la tesis doctoral sobre los trastornos de la conducta alimentaria, obteniendo el premio de la universidad del País Vasco. Ha publicado numeroso material sobre los trastornos de la conducta alimentaria sobre todo en adolescentes y en relación a las dinámicas familiares. Destacan entre otros: Alexithymia and its relationships with anxiety and depresión in eating disorders (Personality and Individual Differences); Dyadic adjustment in parents of daughters with an eating disorder (European Eating Disorders Review) y la Guía sobre conductas alimentarias y salud mental (Délikatuz Bizi, 2007).

Alberto OTEO PÉREZ

Licenciado en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Máster en Adicciones por el Instituto de Drogodependencias de la UCM. Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios (MADS) por la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona y la Fundación Gaspar Casal. Ha trabajado en la Fundación Gaspar Casal como coordinador de proyectos de investigación en el campo de la gestión clínica y sanitaria. Actualmente es investigador del Instituto Bongor de Criminología de la Universidad de Amsterdam donde se encuentra realizando un estudio epidemiológico sobre los usuarios problemáticos de cocaína base (crack) en las tres grandes ciudades de Holanda

Santiago PÉREZ CAMARERO

Director del Instituto Max Weber de Investigación Aplicada. Licenciado en Sociología, especialidad en Psicología Social, y en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid. Profesor Asociado de las Universidades de Castilla La Mancha y Camilo José Cela de Madrid. Tiene diversas publicaciones en materia de salud, entre las que cabe destacar “Los Españoles frente a la salud y sus determinantes”, 2007, “la salud de la mujer en España”, 2006 o “El impacto de la jubilación sobre la salud y la calidad de vida de las personas mayores”, 2004. Ha realizado numerosos informes sociológicos en el ámbito sociosanitario y sociolaboral, principales líneas de trabajo de su actividad docente e investigadora.

José LUIS R. MARTÍN

Jefe del Área de Investigación Clínica de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM). Profesor Asociado de la Universidad de Castilla-La Mancha y Consultor de Investigación del Hospital Nacional de Parapléjicos. Doctor por el programa de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid, es especialista en Investigación Clínica y Medicina Basada en la Evidencia. Dentro de sus publicaciones se pueden destacar tres revisiones y meta-análisis publicadas en The Cochrane Library así como la edición del primer monográfico en español sobre revisiones sistemáticas. Autor de publicaciones

internacionales, sus principales trabajos versan sobre la evaluación, a partir de la mejor evidencia de investigación disponible, de intervenciones terapéuticas en salud mental y dolor crónico. Actualmente bajo su dirección se están llevando a cabo varios proyectos financiados por el Fondo de Investigación Sanitario (FIS) junto con su equipo de FISCAM y profesionales sanitarios del ámbito de la atención primaria.

Nieves ROJO MORA

Doctora en Psicología. Profesora Titular de la Facultad de Psicología en el Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos (UCM). Editora Asociada de *The Spanish Journal of Psychology*. Miembro del Grupo de Investigación "Estructura y Dinámica de la Personalidad. Profesora del Master Complutense "Mujer y Salud". Directora del Proyecto de Investigación "Acoso Sexual: Prevalencia en población española y Consecuencias" financiado por el Instituto de la Mujer (2001) y miembro del equipo investigador de distintos proyectos financiados entre los que cabe destacar: "Personalidad y Diferencias Sexuales" (Instituto de la Mujer, 1997), "Dolor y Personalidad: Influencia de Componentes Psicológicos en la experiencia Álgica" (Vicerrectorado de Investigación, UCM, 2005), "Personalidad, Cultura y Carácter Nacional" (Plan Nacional I+D+I, en curso), "Evaluación e Intervención en Psicología Clínica" (PIMCD, 2007, 2008). Autora y coautora de distintas publicaciones entre las que puede mencionarse "Openness to Experience and depresión" (2001) "Women and vulnerabilty to depresión: some personality and clinicl factors" (2004), "El papel de las emociones positivas y negativas en la predicción de depresión" (2006).

La adolescencia y la temprana juventud es para cualquier persona una época de constantes cambios en todos los órdenes. La conciencia, el lenguaje, el pensamiento, la afectividad, la percepción, la atención, el juicio y la inteligencia se encuentran en pleno desarrollo. Todos los cambios fisiológicos, emocionales, escolares o familiares, son vividos como una experiencia nueva, importante, significativa, espléndida o, a veces, traumática. En la adolescencia la transición lo es todo y el mundo es nuevo cada día; esto hace al adolescente sensible y especialmente permeable a casi todo; a lo bueno y saludable y a lo que no lo es tanto o nada para su salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre un 10 y un 20 por ciento de los adolescentes europeos sufre algún problema de salud mental o de comportamiento. Alrededor de dos millones de jóvenes sufren en Europa trastornos mentales, en distinto grado de severidad. Estas cifras nos sirven para recordar que el cuidado de la salud mental de las personas jóvenes es en cualquier sociedad un imperativo para la construcción del futuro. La protección de la autoestima y el desarrollo del potencial intelectual y emocional de los y las jóvenes son una responsabilidad que afecta a todos los actores sociales. Este monográfico aspira a contribuir al mejor conocimiento sobre los problemas relacionados con la salud mental de nuestros adolescentes y jóvenes que será, muy pronto, la de toda nuestra sociedad.