

Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama

Carlos Haquin F.¹, Marcela Larraguibel Q.¹, Jorge Cabezas A.²

Resumen

Objetivo: Determinar la realidad psicosocial de la población infanto juvenil perteneciente a la educación municipalizada de la ciudad de Calama. **Material y Método:** Se estudió una muestra representativa de la población de séptimo básico a cuarto medio de la educación municipalizada de la ciudad de Calama (n = 1 069, 543 hombres y 526 mujeres). Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de factores protectores y de riesgo en salud mental para adolescentes entre 11 y 18 años de edad, Cuestionario psicopatológico para adolescentes, Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y Cuestionario de ideación e intento de suicidio. **Resultados:** Los factores de riesgo predominantes son: falta de destrezas sociales y pertenencia a grupo, bajo autoconcepto/autoestima y situación familiar irregular. Los factores protectores más frecuentes son: expectativas futuras, ausencia de conductas de riesgo social, de alcohol y drogas y sexuales, y ausencia de maltrato. El 36,6% de las mujeres consultadas, es decir 191 casos, alcanzan puntajes iguales o mayores al corte respectivo en el Cuestionario Psicopatológico para adolescentes *versus* el 22,2% de los hombres consultados (121 casos). Los factores de riesgo predominantes en el grupo con psicopatología son las variables ausencia de pertenencia a grupo y bajo autoconcepto/autoestima. La ideación suicida va entre el 6,4% al 14,6% de acuerdo a como se postule la pregunta. El 18% de los entrevistados había cometido un o más intento de suicidio. Los 247 sujetos con ideación suicida declarada presentan puntajes igual o superior al corte respectivo en el CDI. Además, todos los sujetos que declaran tener uno o más intentos de suicidio (n = 192) presentan puntajes superiores o iguales al corte respectivo en el CDI. **Conclusión:** Tempranamente la familia y posteriormente la institución educacional en este grupo etario estudiado puede llegar a ser un medio de intervención para fomentar factores protectores o disminuir factores de riesgo de éstos jóvenes.

(Palabras clave: salud mental, niños y adolescentes, factores de riesgo, factores protectores).
Rev Chil Pediatr 75 (5); 425-433, 2004

Protective and risk factors in mental health in children and adolescents in the city of Calama

Objective: to determine the psychological reality of the child and adolescent population in the Municipal schools in the city of Calama. **Methods and patients:** Representative samples of students

1. Psiquiatra de la infancia y adolescencia. Hospital de Calama. Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.

2. Sociólogo y estadístico. Hospital de Calama. Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.

Financiamiento: Cuerpo de Concejales de Calama.

Trabajo recibido el 19 de abril de 2004, devuelto para corregir el 22 de junio de 2004, segunda versión el 13 de agosto de 2004, aceptado para publicación el 20 de septiembre de 2004.

from 4th grade junior high to 4th grade high attending Municipal schools in Calama. A total of 1,069 students, 543 males and 526 females were studied. A questionnaire of protective and risk factors in mental health for adolescents between 11 and 18 years, a psychopathological questionnaire for adolescents, of infant depression (CDI) and of ideation and suicide attempts were used. Results: predominant risk factors were; decreased social skills and sense of belonging to a group, low self concept/esteem and irregular family situation. The more frequent protective factors were: expectations of the future, absence of social risk conducts, absence of alcohol and drug risks, absence of risks of sexual conduct and absence of maltreatment. In the psychopathological questionnaire 191 (36.6%) of females were positive compared with 121 (22.2%) in males. In this group the predominant risk factors are lack of belonging to a group and low self esteem/concept. Suicidal ideation lay between 6.4% and 14.6% depending on how the question was phrased, 18% had committed 1 or more suicide attempts. The 247 individuals with a declared suicide ideation had positive CDI scores. Conclusions: In the early life of the child, within the family and later in school, interventional methods can be used to stimulate protective and reduce risk factors.

(Key words: mental health, child and adolescent, risk factors, protective factors).

Rev Chil Pediatr 75 (5); 425-433, 2004

INTRODUCCIÓN

Tanto la niñez como la adolescencia son etapas cruciales en el desarrollo humano, producto de diversos y profundos cambios a nivel físico, social y psicológico. En nuestro país existe una importante incidencia de psicopatología en la población infanto juvenil. Según estudios nacionales e internacionales se estima que la prevalencia de trastornos psiquiátricos es entre un 15% a 30% de la población menor de 18 años de edad^{1,2}. Pese a esto, la problemática sólo ha sido abordada focalizando la atención en los pacientes que presentan psicopatología, sin considerar el contexto familiar y los factores protectores y de riesgo en salud mental.

El concepto de salud mental constituye una denominación que hace énfasis en los aspectos preventivos de las enfermedades y alteraciones mentales³. La salud mental es un proceso evolutivo y dinámico de la vida. En este proceso intervienen múltiples factores: como un normal desarrollo neurobiológico, factores hereditarios, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales⁴. Las actuales políticas en salud están orientadas a la prevención de trastornos y la promoción de un adecuado desarrollo, objetivos cuyo logro comienza con la identificación

de factores de riesgo de trastornos mentales, así como de factores protectores.

El presente estudio pretende ser un aporte para la creación de estrategias de prevención, puesto que el conocer los factores protectores y de riesgo de la población facilita el saber donde es necesario destinar recursos para lograr intervenciones eficaces.

Este tema se hace aún más relevante en la ciudad de Calama debido a la alta prevalencia del maltrato y la conducta suicida en niños y adolescentes. Por estas razones se hace imperativo el estudio y diseño de estrategias de intervención que nos ayuden a prevenir la aparición de psicopatología en la población.

OBJETIVO

Determinar la realidad psicosocial de la población infanto juvenil perteneciente a la educación municipalizada de la ciudad de Calama.

MATERIAL Y MÉTODO

Fracción de Muestreo

La aplicación de los instrumentos comprometió trabajo de aplicación al 10% de la matrícula de todos los establecimientos educacionales municipales de la ciudad de

Calama, abarcando desde el séptimo grado básico, hasta el cuarto grado medio.

El presente estudio corresponde a un estudio descriptivo de diseño descriptivo. Busca por lo tanto especificar las propiedades importantes de la población que es sometida a análisis⁵. Dado que el estudio es descriptivo de diseño descriptivo en primer término no se planteó hipótesis de trabajo, puesto que el nivel de imprecisión es muy alto.

La técnica de muestreo empleada corresponde al denominado "Muestreo Aleatorio Simple". Tal procedimiento de cálculo estimó que dado el universo de toda la población infanto-juvenil de la educación municipalizada de la ciudad de Calama (de séptimo básico a cuarto medio), el "Tamaño Mínimo Óptimo" que asegura representatividad estadística y estimativa es de 1 069 aplicaciones, lo que representa el 10% del universo.

La distribución por grado escolar y sexo resultó ser homogénea (tablas 1 y 2).

Tabla 1. Distribución de sujetos según grado escolar

Grado Escolar	n	%
Séptimo básico	183	17,1
Octavo básico	174	16,3
Primero medio	244	22,8
Segundo medio	164	15,3
Tercero medio	154	14,4
Cuarto medio	150	14,1
Total	1 069	100

Tabla 2. Distribución de sujetos por sexo

Sexo	n	%
Hombres	543	50,8
Mujeres	526	49,2
Total	1 069	100

Instrumentos

- Cuestionario de factores protectores y de riesgo en salud mental para adolescentes entre 11 y 18 años de edad. Este cuestionario permite determinar la presencia de variables que faciliten la identificación de riesgo en salud mental y factores protectores, evaluando las puntuaciones en 12 variables: A) Expectativas a futuro, B) rendimiento escolar, C) inserción en el colegio, D) destrezas sociales, E) pertenencia a grupos, F) conductas de riesgo social, G) conductas de riesgo asociada al consumo de alcohol y drogas, H) conductas de riesgo en sexualidad, I) autoconcepto/autoestima, J) capacidad de resolución de problemas, K) familia y L) presencia de maltrato (físico y psicológico). Validado en Chile⁶.
- Cuestionario psicopatológico para adolescentes. Da un puntaje total, dependiendo de la edad de desarrollo tiene un punto de corte. Aquellos sujetos que se encuentren sobre el punto de corte sugiere la presencia de psicopatología. Validado en Chile⁷.
- Cuestionario de depresión infantil (CDI) de Kovacs. La aplicación de este instrumento pretende establecer la sospecha de la presencia de un cuadro depresivo en los sujetos que se encuentran sobre el punto de corte (18 puntos). Validado en Chile⁸.
- Cuestionario de ideación e intento de suicidio. Creado por los investigadores. Consta de 5 preguntas en relación a su deseo de vivir, deseo de morir, razones para vivir o morir, ideación suicida e intentos de suicidio previos.

Para los procedimientos de cálculo muestral, se utilizó una fracción de error muestral del 0,04%. Esto permite establecer una confiabilidad estimativa y de representatividad equivalente al 96%, los resultados se muestran en base a frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

1. Cuestionario de factores protectores y de riesgo en salud mental para adolescentes entre 11 y 18 años de edad

El promedio general de notas para los varones es 5,4 y para las mujeres 5,7, la edad promedio de iniciación de consumo de alcohol en los varones es 14 años y en las

mujeres 15,5 años, y la edad promedio de inicio en prácticas sexuales en los varones es 16 años y en las mujeres 17,5 años.

Factores de riesgo y protectores

En la población estudiada los factores de riesgo predominantes son las variables falta de destrezas sociales y pertenencia a grupo, bajo autoconcepto/autoestima y situación familiar irregular. Los factores protectores más frecuentes son expectativas futuras, ausencia de conductas de riesgo social, de alcohol y drogas y sexuales y ausencia de maltrato (tabla 3).

Al estudiar los factores de riesgo por grado escolar (tabla 4) se observa que la variable bajo autoconcepto/autoestima se mantiene a través de los grados escolares como factor de riesgo. A medida que avanzamos en escolaridad, aparecen las conductas de riesgo en relación al tema de abuso de alcohol y drogas y sexualidad, así como el sentido de pertenencia e inserción escolar.

Respecto de la variación por sexo a nivel de los factores de riesgo o de protección, no se observan variaciones significativas, salvo un margen general superior de mujeres con predominio de factores de riesgo, durante el período que va entre 1º y 2º medio.

2. Cuestionario psicopatológico para adolescentes

Se observa un leve predominio de las mujeres en relación a la presencia de psicopatología según el cuestionario aplicado (tabla 5). El 36,6% de las mujeres consultadas, es decir 191 casos, alcanzan puntajes iguales o mayores al corte respectivo para los diferentes tramos de edad *versus* el 22,2% de los hombres consultados (121 casos). Al comparar la presencia de psicopatología según curso y sexo no se encuentra una tendencia clara.

3. Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)

De los 1 069 sujetos encuestados, 399 (37%) de ellos presentaron puntajes igual o superior al corte para el CDI (sugere de cuadro depresivo). A su vez, 670 (63%) sujetos presentaron puntajes inferiores a dicho corte. En relación a la distribución por sexo para los sujetos con puntajes igual o superior al corte respectivo, encontramos que 188 de ellos son hombres, y 211 son mujeres.

4. Cuestionario de ideación e intento de suicidio

La frecuencia de la ideación suicida en la muestra estudiada va entre el 6,4% al

Tabla 3. Frecuencias de factores protectores y de riesgo

Variable operacional	Predominio factor de riesgo		Predominio factor protector	
	n	%	n	%
Expectativas futuras	134	12,5	935	87,5
Rendimiento escolar	551	51,5	518	48,5
Inserción en colegio	630	58,9	439	41,1
Destrezas sociales	951	89,0	118	11,0
Pertenencia a grupos	884	82,7	185	17,3
Conductas riesgo social	126	11,8	943	88,2
Conductas riesgo alcohol y drogas	126	11,8	943	88,2
Conductas de riesgo sexuales	242	22,6	827	77,4
Autoconcepto/autoestima	866	81,0	203	19
Capacidad de resolución de problemas	615	57,5	454	42,5
Situación familiar	935	87,5	134	12,5
Presencia de maltrato	253	23,7	816	76,3

Tabla 4. Factores de riesgo por grado escolar

Grado escolar	Factores de riesgo predominantes	%
7º - 8º básico	Bajo autoconcepto/autoestima	86
	Bajas destrezas sociales	91
	Escasa capacidad de resolución de problemas	78
	Presencia de maltrato	72
1º - 2º medio	Bajo autoconcepto/autoestima	85
	Baja inserción en el colegio	76
	Ausencia de sentido de pertenencia	69
	Situación familiar irregular	58
	Conductas de riesgo social	62
	Conductas riesgo drogas y alcohol	58
3º - 4º medio	Bajo autoconcepto/autoestima	88
	Falta de expectativas futuras	84
	Conductas riesgo prácticas sexuales	79
	Conductas riesgo social	68
	Ausencia de sentido de pertenencia	72
	Conductas de riesgo drogas y alcohol	70
	Baja inserción en el colegio	68
	Situación familiar irregular	64

Tabla 5. Presencia de psicopatología según sexo

Sexo	Sujetos sobre el punto de corte		Sujetos bajo el punto de corte	
	n	%	n	%
Mujeres	191	36,3	335	63,7
Hombres	121	22,3	422	77,7
Total	312	29,2	757	70,8

14,6% de acuerdo a como se formule la pregunta (tabla 6). El 18% de los entrevistados había cometido uno o más intentos de suicidio, siendo éstos más frecuentes en mujeres (tabla 7).

5. Asociaciones

Los factores de riesgo predominantes en el grupo con psicopatología son las variables falta de pertenencia a grupo y bajo autoconcepto/autoestima. Respecto de la variación por sexo, no se observan variaciones significativas, salvo baja inserción en el colegio de predominio en los varones.

Los factores de riesgo que predominan en los casos de sujetos con puntajes igual o superior al corte respectivo en el CDI (sugere de depresión) son: falta de expectativas futuras, falta de destrezas sociales, conductas de riesgo en relación al consumo de drogas y alcohol y bajo autoconcepto/

autoestima. Los factores protectores de mayor frecuencia en los sujetos que presentan puntajes inferiores al corte respectivo en el CDI (bajo riesgo de tener un cuadro depresivo) son: autoconcepto/autoestima, expectativas futuras, inserción en el colegio, inserción en el colegio y situación familiar. En cuanto a la distribución de los factores de riesgo según la intensidad de la ideación suicida (pregunta 4 del Cuestionario de ideación e intento de suicidio) se observa claramente que todos los factores de riesgo aumentan en frecuencia cuando la ideación es de moderada a fuerte (tabla 8). En los 247 sujetos con ideación suicida declarada todos ellos presentan puntajes igual o superior al corte respectivo en el CDI. Además, todos los sujetos que declaran tener uno o más intentos de suicidio (n = 192) presentan puntajes superiores o iguales al corte respectivo en el CDI.

Tabla 6. Cuadro de distribución de frecuencias por categorías de respuesta ítem iv (ideación suicida)

Mi deseo de vivir es	Moderado a fuerte 873 (81,6%)	Débil 126 (11,7%)	Ninguno 70 (6,7%)
Mi deseo de Morir	Moderado a fuerte 153 (14,6%)	Débil 223 (20,8%)	Ninguno 693 (64,8%)
Las razones para vivir/morir	Las de vivir sobrepasan las de morir 677 (63,2%)	Son similares 290 (27,1%)	Las de morir sobrepasan las de vivir 102 (9,7%)
Mi deseo de cometer un intento de suicidio	Moderado a fuerte 67 (6,4%)	Débil 180 (16,8%)	Ninguno 822 (76,8%)
He tenido intentos de suicidio previos	Más de uno 55 (5,2%)	Uno 137 (12,8%)	Ninguno 877 (82,0%)

Tabla 7. Distribución por sexo de la variable intento de suicidio (N = 1 069)

Sexo	ninguno		uno		más de uno	
	n	%	n	%	n	%
Mujeres	405	37,89	86	8,04	35	3,27
Hombres	472	44,15	51	4,78	20	1,87

Tabla 8. Asociación entre ideación suicida y factores de riesgo

Factores de riesgo	Deseo de cometer un intento de suicidio			
	Débil (n = 180)		Moderado a fuerte (n = 67)	
	n	%	n	%
Falta de expectativas futuras	42	23,3	36	53,7
Bajo rendimiento escolar	26	14,4	22	32,8
Baja inserción en el colegio	22	12,2	13	19,4
Falta de destrezas sociales	31	17,2	19	28,4
Escasa pertenencia a grupos	46	25,6	26	38,8
Conductas de riesgo social	38	21,1	20	29,9
Conductas de riesgo alcohol y drogas	24	13,3	26	38,8
Conductas de riesgo sexuales	18	10,0	9	13,4
Bajo autoconcepto/autoestima	26	14,4	29	43,3
Baja capacidad de resolución de problemas	29	16,1	17	25,4
Situación familiar irregular	15	8,3	21	31,3
Presencia de maltrato	10	5,6	8	11,9

DISCUSIÓN

La aplicación del Cuestionario de Factores Protectores y de Riesgo en Salud Mental para adolescentes nos muestra la presencia de variables que permiten la identificación tanto de factores de riesgo como protectores, es decir, elementos que están en el ambiente, en el contexto del individuo y que la pueden afectar.

En la población estudiada los factores de riesgo predominantes son las variables falta de destrezas sociales y pertenencia a grupo, bajo autoconcepto/autoestima y situación familiar irregular, factores que se relacionan con las tareas propias de la adolescencia. Uno de los cambios más significativos que ocurren en esta etapa etaria, es que el individuo pasa de una vida familiar a insertarse en la vida social, para lo cual el adolescente debe desplegar destrezas sociales que le permitan una adecuada pertenencia a grupo⁹. Por otra parte, la familia constituye uno de los elementos más importantes de la red de apoyo social del joven y es, pese a ser muy cuestionada por éste, un espacio contenedor de las ansiedades propias del proceso de desarrollo que vive¹⁰. La no presencia de estos factores afecta el desarrollo de la autoestima y autoimagen del adolescente y pueden pasar a ser factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología.

Los factores protectores más frecuentes en nuestra muestra son expectativas futuras y ausencia de conductas de riesgo social, de alcohol y drogas, sexuales y maltrato. Entendemos por conductas de riesgo las acciones ya sea pasivas o activas, que involucren peligro para el bienestar del individuo o que acarreen directamente consecuencias negativas para su salud o comprometen aspectos de su desarrollo¹¹. A menudo ha surgido la pregunta acerca de si los factores protectores son la expresión opuesta de los factores de riesgo, o si bien son factores diferentes que funcionan en forma activa en la promoción de conductas positivas. Al parecer se estaría aceptando este último postulado, sin embargo, los factores protectores funcionan en la presencia de riesgo¹².

Al observar los resultados según escolaridad (tabla 4) vemos que la variable bajo autoconcepto/autoestima se mantiene a través de los grados escolares como factor de riesgo. A medida que avanzamos en esco-

laridad aparecen las conductas de riesgo en relación al tema de abuso de alcohol y drogas y sexualidad, así como el bajo sentido de pertenencia y falta de inserción en el colegio. Podemos hipotetizar que esta distribución de los factores de riesgo se relaciona con el desarrollo. A medida que el púber va creciendo va tomando relevancia su inserción en el grupo de pares y la sociedad, para lo cual es importante, en primera instancia, su integración en el colegio y su sentido de pertenencia. Para lograr el objetivo puede recurrir al consumo de alcohol y drogas o conductas de riesgo en relación a la sexualidad.

Según el Cuestionario psicopatológico para adolescentes el 29,2% de la población se encuentra sobre el punto de corte, con un leve predominio de las mujeres en relación a los hombres, lo cual concuerda con la estimación de la prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en la población infanto-juvenil^{1,2}. En este grupo, los factores de riesgo predominantes son pertenencia a grupos y autoestima/autoimagen. Desde un punto de vista evolutivo la adolescencia se considera como una de las etapas críticas y de alta vulnerabilidad dentro del proceso de formación de la personalidad, ya que existen múltiples cambios o crisis (biológicas y psicosociales), cuya resolución tendrá una incidencia importante en la calidad de vida adulta. En esta etapa al cambiar los intereses y necesidades, se amplía el grupo social de referencia, los pares ofrecen un estilo de vida definido y característico lo que facilita el cumplimiento de las tareas propias del desarrollo, principalmente el logro de su propia identidad. Por otra parte, la autoestima está íntimamente relacionada con la necesidad sana y natural que todos tenemos de ser estimados y valorizados, puesto que la persona llega a valorizarse a sí misma en gran medida al sentirse valorizada por otros¹³. Las fuentes principales de autovaloración son la familia, rendimiento académico, aceptación de los pares, experiencias de éxito y la imagen del propio cuerpo¹⁴. La autoestima y el autoconcepto fortalecerán las expectativas de autoeficacia en el enfrentamiento de diversas situaciones, lo que incide en la motivación de logro, disminuyendo la tendencia al fatalismo y la evitación de problemas. Además afecta la interacción de la persona con los demás y su forma particular de desenvolverse frente a diversas tareas, desafíos y el mundo real¹³.

Un 37% de los sujetos encuestados presentó puntajes en el CDI iguales o superiores al punto de corte, cifra muy alta al compararla con estudios previos¹⁵. Esto se puede deber a que el CDI es un cuestionario estructurado de *screening* en la población general de trastorno depresivo en niños y adolescentes que está validado en Chile, para sujetos hasta 15 años de edad, y nuestra muestra abarca hasta los 18 años de edad, o que realmente la población de Calama presenta más síntomas depresivos que los promedios publicados para otras poblaciones, lo que habría que investigar con algún instrumento de mayor especificidad.

Existe gran evidencia que apoya una fuerte relación entre depresión y conducta suicida¹⁶⁻¹⁸. Es conocido que el trastorno psiquiátrico más prevalente tanto del suicidio como del intento de suicidio es la depresión. En el presente estudio el 100% de los sujetos con ideación suicida declarada, los que presentan antecedente de un intento o más de un intento de suicidio presentan puntajes iguales o superiores al corte respectivo en el CDI. Esto nos muestra una relación significativa entre la ideación y el intento suicida, con síntomas anímicos que nos hace sospechar la presencia de un episodio depresivo. Con estos resultados podemos destacar la relevancia de la detección precoz en la población infanto-juvenil de los cuadros psicopatológicos asociados al intento de suicidio y suicidio propiamente tal, como son los trastornos del ánimo, trastornos conductuales, trastorno por abuso de alcohol y drogas y su eficaz y oportuno tratamiento, previniendo de esta manera la aparición de la conducta suicida.

La ideación suicida, según como se plantea la pregunta, está presente entre el 6,4% al 14,6% de la población encuestada. El intento de suicidio aparece en el 18% de la población, de ellos el 28,6% declaran haber presentado más de un intento de suicidio. Estos datos nos muestran la alta frecuencia de ideación e intento de suicidio en la población estudiada, lo que hace imperativo medidas de intervención que pueden ser enfocadas a disminuir factores de riesgo de la conducta suicida, fomentar factores protectores o tratamiento oportuno y eficaz de la psicopatología asociada al intento de suicida.

En esta línea, los factores de riesgo más relevantes en relación a la ideación y al intento de suicidio son falta de expectativas

a futuro, conductas de riesgo social, conductas de riesgo asociada al consumo de alcohol y drogas, bajo autoconcepto/autoestima, situación familiar irregular y presencia de maltrato (físico y psicológico). La tabla 6 nos muestra como todos los factores de riesgo aumentan en frecuencia en los sujetos con ideación suicida moderada a fuerte *versus* el grupo de individuos con una ideación suicida leve. Al comparar el grupo de individuos con un intento de suicidio *versus* los reintentadores vemos que estos últimos tienen menos expectativas a futuro, peor rendimiento escolar y más conductas de riesgo de alcohol y drogas.

Los resultados de nuestro estudio reafirman que tempranamente la familia y posteriormente la institución educacional en este grupo etario estudiado puede llegar a ser un medio de intervención para fomentar factores protectores o disminuir factores de riesgo en éstos jóvenes. En la literatura se menciona como factor protector o de riesgo relevante la familia, lo cual ejerce un rol modulador y modelador en el desarrollo de los factores de riesgo de psicopatología temprana. La familia fomenta en el niño o adolescente las expectativas a futuro, permite y facilita la pertenencia a grupos, genera un adecuado desarrollo moral, influye en el desarrollo del autoconcepto y autoestima y previene conductas de riesgo propias del adolescente. El sistema escolar puede jugar un rol decisivo en lo que se refiere a la prevención y manejo de las problemáticas de esta edad, principalmente en cuanto a lo académico e integración al grupo de pares. El área educacional puede convertirse en una fuente de satisfacción para el joven, otorgando la oportunidad de ejercitar y poner a prueba sus capacidades y habilidades. Puede, al mismo tiempo, dar la oportunidad de acumular una serie de conocimientos respecto de sí mismo y del medio, lo que apoya la creación de ciertas estrategias de enfrentamiento orientadas a obtener un mejor manejo o mayor percepción de control de las situaciones, incrementando de esta manera las expectativas de autoeficacia y en consecuencia favoreciendo el desarrollo de una autoestima positiva.

REFERENCIAS

- 1.- Toledo V, de la Barra F, López C, George M, Rodríguez J: Rev Chil Neuropsiquiatría 1997;

- 35: 17-24.
- 2.- *Almonte C, García R*: Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes. En: Almonte C, Montt ME, Correa A. *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2003.
 - 3.- *Ribes E*: Psicología y Salud: Un análisis Conceptual. Barcelona: Martínez-Roca. 1990.
 - 4.- *Alvaro J, Torregrosa J, Garrido A*: Influencias sociales y Psicológicas en la Salud Mental. Barcelona: Siglo Veintiuno S.A. 1992.
 - 5.- *Jiménez M*: Estudio Descriptivo de la Validación del Constructor del Cuestionario de Factores Protectores y de Riesgo en Salud Mental para adolescentes entre 11 y 18 años de edad. Tesis de grado para optar al Título Profesional de Psicólogo Universidad Santo Tomás, Santiago, 1996.
 - 6.- *Acle C, González V, Montalbán JA*: Cuestionario para evaluar salud mental en la edad juvenil. Tesis de grado para optar al Título Profesional de Psicólogo Pontificia Universidad Católica, Santiago, 1983.
 - 7.- *Coggiola A, Guijón P*: Estandarización del Inventario de Depresión en Niños de Kovacs y Beck - C.D.I. Tesis de grado para optar al Título Profesional de Psicólogo. Universidad Diego Portales, Santiago, 1991.
 - 8.- *Hernández R, Fernández C, Baptista P*: Metodología de la Investigación. México: Mac-Graw-Hill. 1991.
 - 9.- *Hornocks EJ*: Psicología de la Adolescencia. Editorial Trillas. México, 1984.
 - 10.- *Rojas A, Donas S*: Adolescencia y Juventud. Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica, 1995.
 - 11.- *Valdés M, Serrano T, Florenzano R, et al*: Factores Familiares Protectores para Conductas de Riesgo: Vulnerabilidad y Resiliencia. *Revista de Psiquiatría Clínica*. 1995; 32: 51.
 - 12.- *Cuevas P, Soto X*: Factores de Riesgo y Protectores en hijos de padres con Trastorno Bipolar. Tesis de Grado. Universidad Diego Portales. Santiago. Chile. 1996.
 - 13.- *Roa M*: La Valoración del Sí Mismo. Santiago de Chile. Patris, 1990.
 - 14.- *Alcántara*: Como Educar la Autoestima. Barcelona. CEAC, 1990.
 - 15.- *García R*: Trastornos del estado de ánimo. En: Almonte C, Montt ME, Correa A. *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2003.
 - 16.- *Brent DA, Perper JA, Moritz G*: Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 521-9.
 - 17.- *Shaffer D, Gould MS, Fisher P*: Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-48.
 - 18.- *Harrington R, Bredenkamp D, Groothues C, et al*: Adult outcomes of child and adolescent depression III. Links with suicidal behaviours. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 1309-19.