

Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión

Risk and Protective Factors in Adolescence: Content Analysis Through Discussion Groups.

María de los Ángeles Páramo
Universidad del Aconcagua, Argentina

(Rec: 03 de Marzo de 2010; accept: 07 de Marzo de 2011)

Resumen

Se presenta un estudio mediante el cual se identificaron factores de riesgo y factores de protección en la etapa adolescente. La metodología fue de carácter cualitativa, con un diseño narrativo. Los procedimientos de muestreo fueron no probabilísticos, de naturaleza intencional. A través de la técnica de los grupos de discusión, se recabó la información con una muestra de grupos de adolescentes, de padres, de profesores y de psicólogos. Los datos fueron analizados a través de la técnica de Análisis de Contenido. Se discutieron los resultados en función de las temáticas de adolescencia y factores de riesgo y de protección.

Palabras clave: Adolescencia, factores de protección, factores de riesgo.

Abstract

In this study, the risk and protective factors in adolescence were analyzed. The methodology was of qualitative nature, with a narrative design. The sampling methods were deliberately no probabilistic. The information was obtained through discussion groups with adolescents, parents, teachers, and psychologists. The analysis of the data was made through the Content Analysis technique. The discussion was considered in terms of adolescence and factors of risk and protection.

Key words: Adolescence, protective factors, risk factors.

Introducción

Factores de riesgo en la adolescencia

Muchos valores que hoy se entrelazan y cultivan en forma cada vez más intensa y hasta obsesiva en muchos de nuestros adolescentes, crean una particular “cultura del riesgo”, tal como la denomina Donas Burak (2001). El cultivo del cuerpo de “película”, tanto en mujeres como en varones, con dietas repetidas y ejercicios violentos inadecuados para sus edades y que conducen a trastornos serios como la anorexia y bulimia; lesiones traumáticas de origen deportivo; “piques” automovilísticos con sus consecuentes accidentes y muertes; relaciones sexuales desprotegidas que llevan al embarazo temprano, enfermedades de transmisión sexual e infección de HIV; consumo de alcohol, cigarrillos y drogas pesadas, con sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo. De por sí, se podría decir que existen numerosos factores en el universo adolescente que estarían disparando ciertas conductas de riesgo e influenciando, en parte, en algunas de las patologías más frecuentes de esta edad. Estos factores tendrían un origen tanto interno como externo, y estarían implicados en ellos aspectos personales, familiares y sociales. Kazdin (2003) plantea que durante la adolescencia hay un incremento en el número de actividades consideradas como comportamientos problemáticos o de riesgo; como por ejemplo el uso ilícito de sustancias, ausentismo escolar, suspensiones, robos, vandalismo y sexo precoz y sin protección. Los factores comunes que determinan las conductas riesgosas de la juventud en alto riesgo, también han sido revisados por Florenzano Urzúa (1998), quien señala como más importantes la edad, expectativas educacionales y notas escolares, comportamiento general, influencia de los pares, influencia de los padres, calidad de la vida comunitaria, la calidad del sistema escolar y ciertas variables psicológicas (el diagnóstico de depresión, junto con el de estrés excesivo, es el que aparece más frecuentemente asociado con las diversas conductas de riesgo adolescente. También la autoestima baja es mencionada como predictor de las conductas problema). Donas Burak (2001) hace una distinción entre factores de riesgo de “amplio espectro” y factores o conductas de riesgo que son “específicos para un daño”. Entre los primeros encontramos: familia con pobres vínculos entre sus miembros; violencia intrafamiliar; baja autoestima; pertenecer a un grupo con conductas de riesgo; deserción escolar; proyecto de vida débil; locus de control externo; bajo nivel de resiliencia. Los factores o conductas de riesgo específico serían: portar un arma blanca; en la moto, no usar casco protector; tener hermana o amigas adolescentes embarazadas; consumir alcohol (emborracharse); ingesta excesiva de calorías; depresión.

Varios autores en distintos países han investigado diferentes facetas de factores o comportamientos de riesgo para la salud, entre los que se mencionan los síntomas depresivos,

ser varón y tener baja religiosidad (Campo-Arias, Cogollo & Elena Díaz, 2008); trastornos del aprendizaje, de la conducta alimentaria y depresivos, conductas violentas, mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, episodios de embriaguez y mayor consumo de sustancias adictivas por amigos y familiares (Paniagua Repetto & García Calatayud, 2003); problemas emocionales en todas las áreas, en particular la familiar y la de salud, relacionados específicamente con la interacción y comunicación con los padres, la autoimagen (demasiada preocupación con la imagen corporal, especialmente en las mujeres), tendencia al aislamiento (no pertenecer a ningún grupo de pares ni tener amigos) y conductas de consumo de cigarro y alcohol (Barcelata, Durán & Lucio, 2004).

Es por eso que Cova Solar (2004) afirma que el desarrollo de la psicopatología evolutiva ha tenido un impacto importante en la investigación de los factores de riesgo de los trastornos mentales, obligando a generar enfoques más procesuales que presten atención no sólo a la identificación de estos factores, sino a comprender sus modos de actuar en la etapa de la adolescencia. Por ello, en su artículo, presenta dos modelos que tratan de lograr una comprensión más procesual de los determinantes psicosociales de la psicopatología infanto-juvenil.

Además, se pueden describir factores específicos que originan o influyen en algunas conductas psicopatológicas, como por ejemplo, las *problemáticas emocionales* caracterizadas por depresión, ansiedad, ataques de pánico, estrés (Barra Almagiá, Cancino Fajardo, Lagos Muñoz, Leal González y San Martín Vera, 2005; Barra, Cerna, Kramm y Véliz, 2006; Craig, 1997; Goodwin, Fergusson & Horwood, 2004; Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004). También el *suicidio* aparece, en todos los países occidentales, entre las tres causas principales de muerte en los adolescentes (Anderson, 2002; Centres for Disease Control, 1995; Gould, Greenberg, Velting, Shaffer, 2003). Este tema, de preocupación mundial ha sido ampliamente analizado en diversos estudios (Craig, 1997; Fachinelli, Straniero, Páramo, Fachinelli y Chacón, 2005; Griffa y Moreno, 2005). Los *trastornos alimentarios* y su incidencia en la satisfacción corporal y autoconcepto, han sido considerados como otras conductas de riesgo en esta etapa (Esnaola, 2008; Rivarola, 2003; Rivarola & Penna, 2006).

Otra problemática muy asociada al período adolescente, es la de las *adicciones*. Respecto a este tema, Roldán (2001) considera que en esta problemática confluyen factores de riesgo individuales (como impulsividad y/o agresión antisocial), familiares (como uso de drogas por padres o hermanos) y culturales o sociales (como una alta disponibilidad de drogas y alcohol y falta de normativas). Otro autor que ha trabajado este tema han sido Florenzano Urzúa (1998) quien opina que existe en varios países un aumento de la misma, y que se ha demostrado una secuencia progresiva de consumo de sustancias, partiendo por las legales (cigarrillo

y alcohol), para pasar por marihuana a una edad algo mayor y terminar, al fin de la adolescencia con consumo de cocaína y otras sustancias ilegales más tóxicas. También se observó que, en general, los padres tienden a subestimar el consumo de sustancias químicas entre sus hijos. En concordancia con lo anterior, en el estudio realizado por Landero Hernández & Villarreal González (2007), se señala una relación directa entre el consumo de alcohol de los progenitores y el de sus hijos adolescentes, destacándose que el uso de alcohol por parte del padre es el principal predictor del mismo tipo de consumo en el adolescente, sin desestimar la importancia de la presión grupal en el consumo. Se infiere la necesidad de implicar a los padres en los procesos preventivos a fin de crear un ambiente familiar positivo y ofrecer a los hijos un modelo racional controlado en el uso familiar de bebidas alcohólicas. Así, los jóvenes podrán ser menos vulnerables a la presión grupal, variable que ha sido relacionada con el consumo de alcohol.

Desde otro ángulo, los riesgos asociados a la *sexualidad* han conducido a ciertas conductas patológicas durante la adolescencia. Es así que Martínez Álvarez & Hernández Martín (1999) consideran a los /as adolescentes como un grupo de alto riesgo en materia sexual, debido a que el conocimiento de los jóvenes sobre la sexualidad, los anticonceptivos y las medidas preventivas de enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.) es muy pobre. Agrava esto la ausencia de una adecuada educación sexual y la falta de una eficaz comunicación entre padres e hijos. Muchos adolescentes manejan numerosos mitos sexuales y falsas asunciones que posibilitan conductas de riesgo, llevando a embarazos no deseados, abortos, o contagio de enfermedades infecciosas. (Coll, 2001; Florenzano Urzúa, 1998; Vargas Trujillo, Henao & González, 2007).

Otra *problemática comportamental* asociada a la adolescencia es la de la *delincuencia*, detectándose algunos antecedentes de historia criminal en adolescentes (Florenzano Urzúa, 1998); también examinándose su correlación con dimensiones familiares (conflicto, comunicación y estilo educativo parental) (Villar Torres, Luengo Martín, Gómez Fraguela & Romero Triñanes, 2003).

Desde una perspectiva más sociológica, Donas Burak (2001) observa que los adolescentes y jóvenes de América Latina han sido y continúan siendo objeto de violencia política, económica, educativa, cultural; al no contemplarse sus derechos. Están incluidos entre la población postergada, pero además se les usa en los ejércitos, en las fuerzas policiales para reprimir e infiltrarse en los movimientos juveniles y obreros, y se les usa cada vez con más frecuencia como “mulas” en el transporte y tráfico de drogas. Al mismo tiempo en el consumo de las mismas y en cometer actos delictivos empujados por bandas de adultos, a vivir en la calle a merced del hambre, las drogas, la prostitución y todo tipo de explotación y vejámenes producto de adultos; hasta su eliminación física, cuando miembros de esa

misma sociedad que les ha violentado todos sus derechos, deciden que son “peligrosos” para la misma. También están expuestos al mundo globalizado, con su polución ambiental e informativa, la gran invasión de imágenes, el alto consumo de televisión y de estimulación erótica y hedónica. Cabe agregar, finalmente, la alta frecuencia de abuso físico, emocional, por privación y sexual, al que los someten padres y profesores.

Se podría afirmar, a partir de todas las investigaciones anteriores, que las problemáticas adolescentes se reflejan en diferentes culturas y estratos sociales, sin diferenciación, y siguen siendo causa de preocupación actual en todos los ámbitos en el que están implicados los adolescentes.

Factores protectores en la adolescencia

En el campo de la salud, hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica. Donas Burak (2001) plantea que existen dos tipos de *factores protectores*: *de amplio espectro*, o sea, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos; y *factores protectores específicos* a ciertas conductas de riesgo. Dentro de los *factores de amplio espectro*, nombra: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia. Como *factores protectores específicos*, encontramos: el uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes automovilísticos); no tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, Sida); y no fumar (reduce o evita el cáncer de pulmón y enfisema). Donas Burak (2001) considera que el abordaje preventivo debe hacerse desde el marco de acciones que cumplan con ciertos requisitos fundamentales: el objetivo debe ser el desarrollo humano en los adolescentes; las acciones deben ser intersectoriales; la salud debe ser vista desde el concepto de la integralidad; la atención debe ser multidisciplinaria; debe existir un amplio ámbito para la participación social y en salud de los adolescentes y debe existir una amplia participación de padres y profesores.

Siguiendo con el tema de las intervenciones preventivas, Florenzano Urzúa (1998) considera que los problemas de salud mental del adolescente son de solución compleja, la cual debe enfocarse en múltiples planos: biomédico (ejemplo: médicos y psicólogos y psiquiatras especializados en esta etapa), psicosocial (como los programas de prevención o campañas de de salud para adolescentes en riesgo), familiar (escuela para padres) y sociocultural

(institutos culturales, los centros juveniles, las brigadas de salud juvenil, los grupos religiosos y de boy-scouts o girl-guides, etc.). Vinaccia, Quiceno y Moreno San Pedro (2007) señalan que, entre los recursos más importantes con los que cuentan los niños y adolescentes resilientes, se encuentran: una relación emocional estable con al menos uno de sus padres, o personas significativas; un ambiente educativo abierto, contenedor y con límites claros; apoyo social; modelos sociales que motiven el afrontamiento constructivo; tener responsabilidades sociales dosificadas, a la vez, que exigencias de logro; competencias cognitivas y, al menos, un nivel intelectual promedio; características temperamentales que favorezcan un afrontamiento efectivo (por ejemplo, flexibilidad); haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva; asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al afrontamiento, de acuerdo con las características propias de su desarrollo y tener un afrontamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes. Asimismo, se ha destacado en varios estudios la calidad de la comunicación y de las relaciones familiares como factor de protección asociado a estilos de vida saludables en la adolescencia (Jiménez, Murgui, Estévez & Musitu, 2007; Rodrigo et al., (2004); Zimmerman, Ramirez-Valles, Zapert & Maton, 2000); así como la autoestima familiar, escolar, social y física (Cava, Murgui & Musitu, 2008; Jiménez, Musitu y Murgui, 2008; Musitu, Jiménez & Murgui, 2007).

Loubat (2006) en su estudio concluyó que la escuela a veces no cumple totalmente con el rol de factor protector, para la detección y pesquisa de alumnos en riesgo. Afirma que con un trabajo intersectorial fluido entre salud y educación, los educadores (por su relación cercana con el adolescente y su grupo familiar), podrían constituirse en vehículo de prevención de riesgo de conductas alimentarias inadecuadas, las cuales podrían derivar en trastornos en general para la salud o quizás en trastornos específicos como bulimia y anorexia. En el estudio de Díaz Aguado (2005) sobre violencia entre adolescentes en la escuela, se destaca, como componentes clave para la prevención: el desarrollo de la cooperación a múltiples niveles (familia, escuela, sociedad) y el currículum de la no-violencia. La práctica cooperativa desde cualquier materia junto con este último, son destacados como componentes básicos de la prevención escolar de la violencia.

Pastor, Balaguer y García Merita (2006) diseñaron un modelo que explora las relaciones entre las dimensiones del autoconcepto y algunas conductas beneficiosas (consumo de alimentos sanos y práctica de deporte) y de riesgo para la salud (consumo de tabaco, alcohol y cannabis, y alimentos insanos) en una muestra de adolescentes valencianos. En ambos sexos, la adecuación conductual, la aceptación social y la amistad íntima son los mejores predictores (en sentido negativo) de las conductas de riesgo para la salud. La competencia deportiva ejerce una influencia indirecta sobre las

conductas de salud, actuando como variable mediadora en esta relación la participación deportiva. En contrapartida, los dominios sociales del autoconcepto son los que mejor predicen de forma positiva el consumo de sustancias: los chicos que se sienten más aceptados por los pares consumen tabaco y cannabis con mayor frecuencia.

Gómez Fraguela, Luengo Martín, Romero Triñanes, Villar Torres & Sobral Fernández, (2006) destacaron que ciertas estrategias de afrontamiento (estilo de afrontamiento productivo: esforzarse y concentrarse en resolver los problemas, fijarse en lo positivo) parecen actuar como factores de protección del inicio de consumo de drogas y de la implicación en actos antisociales; mientras otras (estilo no productivo: estrategias de evitación, presión del grupo) parecen favorecer la aparición de estas conductas. También en el estudio de González & Rey Yedra (2006) se identificaron algunos factores protectores relacionados con la escuela y los amigos, que una muestra de adolescentes no consumidores consideran los protege del uso de sustancias adictivas, a pesar de su disponibilidad en el ambiente. En el estudio de Figueroa, Contini, Lacunza, Levín & Estévez Suedan (2005), se investigaron las estrategias de afrontamiento en adolescentes argentinos de contexto socioeconómico bajo en relación con el nivel de bienestar psicológico. Los adolescentes que presentaron altos niveles de bienestar psicológico, utilizaron estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de los problemas: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, invertir en amigos íntimos y distracción física.

A pesar de todos los hechos negativos ya mencionados en el apartado anterior, no todos los adolescentes se entregan a conductas de riesgo para su vida. Baron (1995), se pregunta cuáles son los factores que permiten que muchos jóvenes que crecen en vecindarios peligrosos superen las desventajas de su ambiente y se conviertan en personas bien ajustadas y productivas. Entre algunas conclusiones importantes se encuentran, por ejemplo, que algunas familias adoptan y utilizan varias estrategias para proteger a los adolescentes de los peligros como negociar con la escuela o la policía cuando sus hijos se meten en problemas; supervisión cuidadosa de la conducta de sus hijos para brindarles apoyo contra el uso de drogas y otras conductas peligrosas y buscar escuelas parroquiales cuando las escuelas del vecindario se vuelven demasiado inseguras. Los padres a menudo trabajan con los maestros y las escuelas para establecer climas de apoyo en el salón de clases. Así cooperan activamente con la escuela para asegurar que en ambos ambientes se fomentan conductas positivas y que los mensajes que los jóvenes escuchan en un ambiente se confirman en el otro. Los estudios señalan una conclusión optimista: si reciben la mínima oportunidad, los seres humanos pueden y a menudo logran superar las condiciones que parecían diseñadas para mutilar su espíritu. La mayoría de los adolescentes afirman tener vínculos positivos con sus padres y los ven como un

recurso primario de guía, mientras se negocian procesos de formación de la identidad, relaciones íntimas, madurez sexual e individuación. Craig (1997), también opina que muchos adolescentes encauzan, quizás con el deporte, el normal incremento de energía y curiosidad intelectual que acompaña a estos años o le dan un uso constructivo antes que potencialmente destructivo, por ejemplo, involucrándose en el activismo social entregándose a limpiezas ambientales o al trabajo con niños enfermos. En general, si los adolescentes adquieren una autoestima, un sentido de competencia y de pertenecer a una familia estable y al orden social, es menos probable que sientan la necesidad de entregarse a comportamientos riesgosos.

Todo lo anterior ratifica que la tarea de responder a las necesidades y problemas juveniles es multisectorial, compete a la sociedad toda, a través de múltiples personas e instituciones y también de programas preventivos específicos para determinadas problemáticas adolescentes, tal como lo han planteado diversos autores: programas de prevención del suicidio (Craig, 1997; Griffa y Moreno, 2005); de prevención para adolescentes en riesgo a las drogas, (Florenzano Urzúa, 1998; Roldán, 2001); asesoramiento preventivo para las familias con adolescentes en alto riesgo de abuso de sustancias y desorden conductual (Hogue, Liddle, Becker y Johnson-Leckrone, 2002); prevención de conducta sexual temprana (Florenzano Urzúa, 1998; Martínez Álvarez y Hernández Martín, 1999).

Método

En la presente investigación cualitativa el enfoque teórico metodológico empleado ha sido el fenomenológico.

En este estudio se ha considerado el problema de investigación en el contexto de la adolescencia, el cual se sitúa en el análisis de los significados de los factores de riesgo y de los factores de protección para los adolescentes, a partir de datos de naturaleza cualitativa provenientes de diferentes grupos de discusión. Los *objetivos* son:

- 1- Desarrollar la temática de los factores predisponentes a conductas de riesgo en una muestra argentina de adolescentes, padres, profesores y psicólogos.
- 2- Indagar acerca de los factores de protección y de las diferentes intervenciones terapéuticas para adolescentes.
- 3- Examinar los significados acerca de la adolescencia y los factores de riesgo y de protección, a través de grupos focales con los propios protagonistas (adolescentes de 15 a 20 años, de ambos sexos), y con sus referentes cercanos (padres profesores y terapeutas).

Diseño de Investigación

Rodríguez Gómez, Gil Flores & García Jiménez (1999), plantean que en la etapa de diseño de un estudio cualitativo se deben estructurar, entre otras cuestiones, además del

diseño más adecuado, quiénes van a ser estudiados (sujetos participantes), qué método de indagación se va a utilizar, qué técnicas de investigación se utilizarán para recoger y analizar los datos y desde qué perspectiva van a elaborarse las conclusiones de la investigación. En adherencia a estos autores, se procederá a desarrollar estos aspectos a continuación.

El proceso metodológico seguido en la investigación mediante la técnica de grupos de discusión (Ávila Espada & García de la Hoz, 1999; Valles, 2003) es particular, dentro de la metodología cualitativa. Hernández Sampieri et al., (2006) enmarcan este tipo de estudios dentro de los *diseños fenomenológicos*, los cuales se enfocan en las experiencias individuales subjetivas de los participantes. Se pretende reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia.

En comparación con las entrevistas individuales en profundidad, los grupos de discusión (en tanto entrevistas grupales) se distinguen, a los efectos de su diseño sobre el papel y su traducción práctica, por la concurrencia de varias personas en el encuentro de entrevista.

Al tomar el tema del diseño, Ibáñez (1979) menciona que las investigaciones mediante grupos de discusión difieren en dos aspectos fundamentales de las investigaciones mediante encuesta estadística: el diseño es abierto, y en el proceso de investigación está integrada la realidad concreta del investigador (constituye una tecnología "concreta").

El grupo de discusión exige un diseño abierto y una integración de los investigadores como seres concretos, como sujetos implicados en el proceso de investigación: frente a la tecnología abstracta de la encuesta, supone una tecnología concreta. Precisamente el diseño es abierto porque el investigador interviene en el proceso de investigación como sujeto en proceso: los datos producidos por este proceso se imprimen en el sujeto en proceso de la investigación, modificándolo; esta modificación le pone en disposición de registrar la impresión y digerir mentalmente nuevos datos, y así se abre un proceso dialéctico inacabable.

El autor plantea que el diseño se abre al azar al menos por tres puertas: en la selección de actuantes, por la indeterminación de las unidades; en el esquema de actuación, por la retracción de los fenómenos sobre la estructura y la génesis, en la interpretación y análisis, por la intuición del investigador.

Participantes

Selección de la muestra de grupos

En este estudio particular, dentro de las varias clases de muestras dirigidas o no probabilísticas (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2006) se ha utilizado la de "Sujetos-Tipo" (adolescentes). También se ha utilizado la muestra de "Expertos" (en este caso, padres

de adolescentes, profesores y psicólogos que trabajan con ellos). Resumiendo, el presente estudio se realizó con una muestra integrada por 23 adolescentes (de entre 15 y 20 años, de ambos sexos, y 20 adultos (padres, profesores y psicólogos de adolescentes) residentes de la ciudad de Mendoza, Argentina. Se trató de una muestra intencional, no probabilística, seleccionada a través de listados que aportaron los directivos de la escuela y los psicólogos.

Características de los grupos

El primero de los 7 grupos que formaron la muestra determinada en nuestro estudio, representa a *Adolescentes de 15 años*, de ambos sexos, sin problemáticas graves, que han o no han asistido a terapia (en el caso de que hayan asistido, por lo menos 3 meses). El segundo grupo de discusión es el de *Adolescentes de 17 años*, sin problemáticas graves, de ambos sexos, que han o no han asistido a terapia (en el caso de que hayan asistido, por lo menos 3 meses). El tercer grupo de *Adolescentes* es el de 14 a 16 años, de ambos sexos, que hayan asistido a terapia como mínimo 3 meses en un *Sistema de Salud Pública*. Cinco *Adolescentes de 17 a 20 años*, de ambos sexos, que hayan asistido a terapia como mínimo 3 meses, en un *Sistema de Salud Privada*, es el cuarto grupo. El grupo de *Padres* está compuesto por dos padres y cuatro madres de adolescentes con y sin problemáticas. Otro de los grupos es el de seis *Profesores* de adolescentes, de ambos sexos (tres mujeres y tres varones), con un mínimo de 5 años de docencia en escuelas públicas o privadas. El último grupo de discusión estuvo compuesto por 8 *Psicólogos*, de ambos sexos (6 mujeres y dos varones), que trabajan en clínicas privadas o públicas, con un mínimo de 5 años de experiencia con adolescentes, de diferentes orientaciones teóricas.

Procedimiento

A través de los listados otorgados por las autoridades encargadas del colegio y de los consultorios público y privado donde se solicitó realizar el estudio, se consiguió contactar telefónicamente con los posibles participantes y lograr su interés. Cada grupo de discusión de adolescentes, padres y profesores, participó de una sesión cuya duración varió de cuarenta y cinco minutos a una hora y cuarto, en un aula brindada por la escuela o en la biblioteca de la misma; y en el caso de los adolescentes que se encontraban en proceso psicoterapéutico, en un consultorio del establecimiento. El grupo de psicólogos se reunió en la sala principal del instituto privado. La información se obtuvo a través del debate de los 43 participantes divididos en 7 grupos de discusión. Los grupos estuvieron coordinados por una moderadora quien abría las discusiones explicando a cada grupo el interés de la temática general de la adolescencia, estimulando para que hablaran acerca de sus experiencias, desde los distintos roles en cada grupo: como adolescentes, como padres, como profesores, como psicólogos. Los temas fueron cuidadosamente elegidos, de manera que pudiesen

generar la mayor cantidad de información que hiciera posible comprender qué piensan y sienten los adolescentes y adultos de los factores de riesgo y de protección. A lo largo de las sesiones grupales se ofrecieron como temas de discusión (considerados como indicadores del objeto de investigación): “dificultades y problemáticas de la adolescencia”; “psicopatología adolescente”; “a quiénes recurrir cuando se está en problemas”; “factores de protección” y “proyectos futuros”. Cada una de las sesiones grupales fue grabada en audio y luego transcritas para posibilitar el análisis de contenido categorial.

Procedimiento de Análisis de Datos:

Una vez transcritos, se ha aplicado a los discursos grupales la técnica de análisis de contenido de tipo categorial. Funciona por operaciones de descomposición del texto en unidades, seguidas de clasificación de estas unidades en categorías, según agrupaciones analógicas. Entre las diferentes posibilidades de categorización tenemos la investigación de temas o análisis temático. La finalidad analítica primordial que resuelven las técnicas de análisis de contenido es la identificación y explicación de las representaciones cognoscitivas que otorgan el sentido a todo relato comunicativo. (Bardin, 1996).

Presentación y análisis de resultados:

Para realizar el análisis de la información, se llevó a cabo una transcripción para convertirla en texto, de manera que se pudiera lograr su segmentación; se utilizaron unidades de información relacionadas con las temáticas planteadas, estableciéndose las categorías (temáticas) para el análisis. A continuación se presentan las verbalizaciones, significados y experiencias de los diferentes grupos de discusión en función de los factores de riesgo y protección, recurriendo a las discusiones teóricas correspondientes.

Tema: Dificultades y problemáticas de la adolescencia:

El grupo de 15 años planteó como dificultades propias de la edad las adicciones, mencionando específicamente el alcohol, el cigarrillo y las drogas, y la masificación de los jóvenes como preludeo al consumo adictivo. El grupo de 17 años también presentó a las adicciones como dificultades de la adolescencia, también agregaron la discriminación que lleva a la anorexia y bulimia, promovida por ciertos modelos culturales y mencionaron las malas relaciones familiares y la falta de apoyo social desde el gobierno como desencadenantes de estas problemáticas. Los adolescentes del grupo de *Psicoterapia Pública* mencionaron como dificultades los cambios emocionales y cognitivos que viven, el conflicto ambivalente entre dependencia e intento de independencia, el inicio en las relaciones sexuales, y problemas relacionados con la personalidad y las actitudes. En el grupo de *Psicoterapia Privada* se planteó el tema de la pérdida de valores dentro de la familia, que lleva a la

falta de autocontrol y a conductas de riesgo tales como el abuso de cigarrillo, alcohol, droga y conductas sexuales no seguras. También hablaron sobre la influencia negativa de la sociedad y los medios masivos de comunicación, impidiendo un pensamiento crítico en los jóvenes. La masificación como intento de adquirir una identidad, la incapacidad para evaluar las consecuencias de sus conductas, la falta de fortaleza yoica, de ideales, metas o proyectos; los problemas personales, familiares y relacionales; fueron otros motivos de preocupación expresados en el grupo. El *grupo de Padres* identificó a las adicciones (alcoholismo, cigarrillo, droga) como uno de los grandes riesgos de sus hijos adolescentes, promovidas por adultos inescrupulosos; la masificación típica de la edad, y modelos culturales nocivos. También mencionaron algunas enfermedades psicológicas, como la depresión, la bulimia y la anorexia, y la soledad y desesperanza observadas en algunos jóvenes. El *grupo de Profesores*, observó que dentro de las dificultades de sus alumnos adolescentes se encontraban algunos trastornos psicológicos, como el síndrome de hiperactividad, el trastorno obsesivo compulsivo, depresión, timidez y aislamiento. También influyendo el rendimiento académico, se mencionó la falta de atención y concentración, la abulia y desinterés, la inmadurez respecto a alumnos de años anteriores y los problemas de conducta así como los problemas familiares. En cuanto al *grupo de Psicólogos* de adolescentes, al hablar de las principales problemáticas atendidas o los motivos de consulta, mencionaron las adicciones, los problemas en la escuela, problemas de conducta, depresión, angustia, confusión y preocupación de algunos adolescentes; los problemas familiares, cuestiones vocacionales, de sexualidad, conflictos con la ley y los intentos o conductas suicidas.

En concordancia con lo anterior, diferentes investigaciones coinciden en que se presentan, generalmente, ciertas *patologías* características de la edad, tales como: trastornos de conducta, comportamiento antisocial, trastornos emocionales como depresión y ansiedad, trastornos obsesivos compulsivos, adicciones, y en menor escala, esquizofrenia y autismo. (Paniagua Repetto & García Calatayud, 2003; Barcelata et al., 2004; Goodwin et al., 2004; Pardo et al., 2004; Barra Almagiá et al., 2005).

Como se puede observar, las *adicciones* son un tema recurrente en los grupos. Algunos adolescentes plantearon que, en parte, se debían a la falta de apoyo familiar. Varios estudios, como el de Nicolson y Ayers (2004), relacionan ciertos estilos parentales y de relaciones familiares como una de las causas por las cuales los jóvenes se refugian en el consumo de sustancias tóxicas. En cuanto al tema específico de las farmacodependencias, Florenzano Urzúa (1998) opina que el consumo de droga es una típica conducta de riesgo en esta edad, en el sentido de que lleva a consecuencias nefastas para la salud. Se ha demostrado una secuencia progresiva de consumo de sustancias, de allí radica la importancia preventiva en la preadolescencia

para disminuir el consumo de drogas en el período de mayor ingesta, después de los dieciséis años. En cuanto a los factores antecedentes del consumo de sustancias, se describen los factores del grupo de pares: el consumo adolescente aumenta en la medida que sus pares también utilizan drogas (lo cual se expresó en algunos grupos al hablar de masificación o imitación de los pares para asumir una identidad); factores familiares (disfunción familiar: maltrato físico, uso paternal y fraternal de drogas, tipo de estructura familiar uniparental o ensamblada, caótica o rígida) y en menor medida, otros factores como la escasez de práctica religiosa y la edad (a mayor edad, aumenta el riesgo). También se observó que, en general, los padres tienden a subestimar el consumo de sustancias químicas entre sus hijos, lo que es contrario a la gran preocupación expresada en los padres de este estudio.

Otro de los aspectos psicológicos que se relacionan con lo planteado en los grupos, es el desarrollo de la identidad o del concepto de sí mismo. Erikson (1968), plantea que los individuos deben enfrentarse en los diversos estadios de su ciclo vital a "*crisis psicosociales*" que representan oposiciones entre las exigencias de la sociedad y las necesidades biológicas y psicológicas. En la adolescencia, el desafío fundamental implica lograr una identidad coherente, es decir, un conjunto congruente y estable de aspiraciones y percepciones sobre sí mismo. Puede suceder que algunos adolescentes encuentren difíciles estas tareas y no consigan formar un concepto de sí mismo que encaje de modo realista con sus características personales y con el medio en el que viven. En este caso, pueden sentir una "crisis de identidad" o "difusión de la identidad" (la masificación que se mencionó en varios de los grupos). Ésta puede llevar al aislamiento del joven, incapacidad para planificar el futuro, a una escasa concentración en el estudio, o a la adopción de papeles negativos por simple oposición a la autoridad.

Varios estudios (como el de Rivarola, 2006; Esnaola, 2008) han señalado que la *autoestima* tiende a ser ligeramente más baja en las chicas que en los chicos. Probablemente esto se debe a la creciente preocupación y conciencia sobre la apariencia física que muestran las adolescentes (desencadenando a veces trastornos alimentarios como *anorexia* y *bulimia*). Otra fuente de influencia es la clase social, demostrándose los efectos claros de la pertenencia a clases sociales desfavorecidas sobre la autoestima de los adolescentes. Por otra parte, es interesante recordar que la autoestima baja se encuentra estrechamente relacionada con un bajo rendimiento académico/laboral y con diversos indicadores de malestar psicológico, tales como la ansiedad, depresión y otros trastornos señalados tanto en los grupos de padres, como profesores y psicólogos.

Martínez Álvarez & Hernández Martín (1999) consideran a los /as adolescentes como un grupo de alto *riesgo en materia sexual*. Dicen que las tendencias sociales hacen aumentar la probabilidad de participar en conductas de

riesgo; las instituciones sanitarias dan poca respuesta a las demandas de los /las adolescentes sexualmente activos, es evidente la escasez de centros de jóvenes o lugares donde puedan acudir para planificar su sexualidad.

Con respecto a *los intentos o conductas suicidas* observados por los psicólogos, es de conocimiento general que los adolescentes no se suicidan en respuesta a un solo hecho perturbador, sino que lo hacen en el contexto de problemas familiares y personales duraderos. En la obra de Craig (1997) también se atribuye el dramático incremento en el suicidio de adolescentes, a las crecientes presiones para que los niños tengan logros y sean responsables desde muy pequeños. Otros han culpado a los medios de comunicación de masas. En relación a esto último, los *modelos culturales nocivos* han sido mencionados por varios participantes como causa de *baja autoestima, anorexia, bulimia* y otros trastornos, (lo cual también fue tomado en cuenta por Rivarola y Penna, 2006). Rojas (2003) opina que la televisión tiende a “matar la voluntad”, porque no exige ningún esfuerzo. Su influencia excesiva es nefasta, ya que fabrica jóvenes pasivos, que se entregan en brazos de la imagen, sin necesidad del más mínimo espíritu de lucha. Si el telespectador no tiene unos criterios claros y bien definidos, es incapaz de distinguir entre el bien y el mal. La importancia de los padres es en estos casos decisiva, si quieren educar a sus hijos en el dominio de la voluntad.

Todos estos trastornos que pueden llegar a sufrir los adolescentes, se evidencian en las casas y en las aulas, a través de problemas de conducta, abulia y desinterés, falta de atención y concentración, angustia, confusión y preocupación, que lleva a un menor rendimiento y a dificultades interpersonales. Por ello es tan importante la detección de este tipo de comportamientos en los distintos ámbitos de desarrollo adolescente.

Tema: A quiénes recurrir:

Al preguntarles sobre a quiénes recurren cuando se encuentran en dificultades, los adolescentes del *grupo de 15 años* contestaron que primero a la familia, padres y hermanos, también a los amigos con quien tengan más confianza. El *grupo de 17 años* coincidió que, en general, se recurre a la familia y amigos cercanos. También se mencionó el deporte como factor de soporte social. En el *grupo de Psicoterapia Pública* se mencionaron primero a los amigos con los cuales tienen mayor confianza, pero opinaron que lo mejor es acudir a la familia. También se rescató la importancia de acudir al psicólogo o Centro de Salud cuando existen problemas más graves. Los *Adolescentes en Psicoterapia Privada* opinaron que, en general, se recurre primero a los amigos, hecho que se da, en parte, por la falta de comunicación en el hogar. Ellos dijeron recurrir primero a sus padres y hermanos, con los cuales tienen mayor confianza. También se consideró la importancia de recurrir al psicólogo.

En función de lo anterior, cabría preguntarse por qué, en muchos casos, los adolescentes recurren primero a los amigos que a la familia, cuando se encuentran en problemas. Es lógico que si el ambiente familiar se caracteriza por la falta de diálogo y contención necesarios en esta etapa de vida, los jóvenes compartan sus preocupaciones con sus amigos más íntimos. Por otro lado, Craig (1997) opina que los adolescentes buscan apoyo de otros para enfrentar las transformaciones físicas, emocionales y sociales de su edad, y lo buscan entre quienes pasan por las mismas experiencias: sus compañeros. La igualdad recíproca que caracteriza sus relaciones también ayuda a fomentar respuestas positivas a las diversas crisis que estos jóvenes encaran. Y es a través del diálogo y las actividades compartidas, que esto último se logra.

También en un estudio realizado por Mahoney, Schweder y Stattin (2002), se evaluó la importancia de la participación de estos adolescentes en actividades extraescolares, y comparados con los que no participaron en ellas, los primeros reportaron menores niveles de estado depresivo, sobre todo si percibían el apoyo de un profesor guía en la escuela. Además, los jóvenes participantes demostraron mayor ajuste psicosocial. Se concluyó que la relación de soporte con otros adultos significativos modera las consecuencias negativas de las relaciones problemáticas del adolescente con los propios miembros de su familia. Asimismo, la importancia de poder recurrir a la familia como fuente de protección, ayuda y contención ha sido mencionada en varios estudios (Cava et al., 2008; Jiménez et al., 2007; Musitu et al., 2007; Rodrigo et al., 2004).

Tema: Factores Protectores:

Los *Adolescentes de 15 años* consideraron como principal factor protector al apoyo y contención familiar. Los de *17 años*, además del apoyo familiar y de los amigos, tuvieron en cuenta la fortaleza de la personalidad para no caer en conductas de riesgo y la búsqueda de la espiritualidad. Los adolescentes del *grupo de Psicoterapia Privada* consideraron que las actividades deportivas, religiosas, ecológicas o comunitarias compartidas con amigos y la armonía familiar eran algunos de los factores de prevención para evitar conductas no adaptativas. Los *Padres* plantearon como estrategia de crianza, para prevenir que sus hijos tuvieran dificultades, el diálogo y la escucha de sus hijos. Los *Profesores* también apostaron al diálogo con los alumnos, al trabajo en grupo, a aumentar su autoestima, a diversas y variadas estrategias de enseñanza, y a la consulta al gabinete psicopedagógico como estrategia preventiva. Los *Psicólogos*, al hablar de algunas intervenciones clínicas eficaces, consideraron el construir alianza con el adolescente, (lo que implica escucharlo atentamente y demostrarle interés); trabajar con intervenciones de alianza y vivenciales, darles el control del cambio, y aumentar su autoestima a través de técnicas de autoestima y autoconcepto.

Anteriormente se ha expresado, en varias ocasiones, la importancia del diálogo con el adolescente, y la escucha atenta de sus opiniones, como un valioso factor de protección. Justamente, la familia debe actuar durante este periodo como un grupo operativo cuya tarea es ayudar al hijo adolescente a lograr su adultez. Esto puede lograrse a través del diálogo atento y comprometido entre padres e hijos, como ya los había señalado, entre otros, Fernández Moujan (1986).

La revisión de los diversos programas de prevención exitosos en cada uno de los tipos de conductas de riesgo, lleva a definir algunos comunes denominadores, tales como: la atención individualizada e intensiva, los programas colaborativos comunitarios, la identificación y tratamiento precoces, la focalización en los sistemas escolares, la provisión de programas comunitarios para los adolescentes fuera del sector formal de educación, la necesidad de capacitación de los profesionales que trabajan en ellos (profesores, médicos, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, etc.), el entrenamiento en habilidades sociales, la incorporación de los pares en la prevención, la conexión con el mundo laboral (en el caso de los adolescentes mayores), y la incorporación de la familia en estos programas preventivos.

Florenzano Urzúa (1998) considera que los problemas de salud mental del adolescente son de solución compleja, la cual debe enfocarse en múltiples planos: biomédico, psicosocial, familiar y sociocultural. Basa los factores protectores en la promoción de salud, en la cual se fomentan las acciones positivas para mejorar el bienestar físico y mental del joven. Entre ellas están las que promueven el uso adecuado del tiempo libre, a través de deportes, recreación y actividades culturales; otras se enfocan en la preparación para la vida en pareja y en familia, en la orientación vocacional y planeamiento del futuro. Una actividad emparentada es la escuela para padres, que ofrece técnicas específicas para ayudarlos a cumplir sus tareas. Deben señalarse, en el nivel social, las organizaciones de los propios jóvenes, que tienen un papel central, así como lo tienen los medios masivos de comunicación, los institutos culturales, los centros juveniles, los grupos religiosos, etc. Esto último se rescató particularmente en los adolescentes que realizaban psicoterapia en un centro privado.

Lo anterior ratifica que la tarea de responder a las necesidades y problemas juveniles es multisectorial, compete a la sociedad toda, a través de múltiples personas e instituciones que deben crear factores de protección para todos los adolescentes.

Tema: Proyectos futuros:

El *grupo de 15 años* mencionó como proyectos propios seguir una carrera profesional para acceder al mundo laboral y formar una familia. Entre los proyectos futuros del *grupo de 17 años*, se consideró también, a corto y mediano plazo, el seguir estudiando una carrera para lograr una

independencia económica; dedicarse a un deporte y como proyecto a largo plazo, el formar una familia. En el *grupo de Psicoterapia Pública* mencionaron terminar la escuela secundaria, iniciar una carrera profesional, continuar con actividades de ocio y, a más largo plazo, formar una familia. En cuanto al *grupo de Psicoterapia Privada*, los proyectos a corto plazo estaban relacionados con hobbies (como participar en una banda de música) y actividades solidarias o ecológicas, el aumentar su desarrollo personal a través de mayores relaciones sociales, comenzar o continuar con una carrera universitaria. Y a largo plazo, convertirse en un buen profesional, acceder al mundo laboral logrando una independencia económica y formar una familia.

Se ha considerado, como uno de los factores de protección en la adolescencia, la conexión con el mundo laboral. Todo lo que implique ayuda en planear futuras opciones de vida y exponer al joven a experiencias laborales en pequeña escala, (como las prácticas de verano o el trabajar como voluntarios en lugares que posteriormente serán empleadores de los mismos adolescentes), tienen un alto impacto. Los proyectos se vinculan íntimamente con el tema de la identidad. Griffa y Moreno (2005), consideran que una de las tareas esenciales de la etapa adolescente es la de alcanzar una definición de sí mismo y una valoración personal. Se espera que alcance una identidad fuerte y consistente, vínculos más maduros con su familia, con sus pares, con un objeto heterosexual, que profundice su mundo íntimo. El adolescente debe conquistar un nuevo lugar desde el cual poder desarrollarse como persona, lugar descubierto y apropiado desde sí. Por ellos, definir proyectos, a corto y a largo plazo, implica colaborar en el proceso de definición de la propia personalidad del joven, quien está intentando acceder a un mundo más adulto.

Discusión

El aumento de conductas de riesgo y psicopatología en la adolescencia es un signo de alarma al cual debemos responder con acciones concretas y viables. La revisión de los diversos programas de prevención exitosos en cada uno de los tipos de conductas de riesgo, lleva a definir algunos comunes denominadores: atención individualizada e intensiva; programas colaborativos comunitarios; identificación y tratamiento precoces; foco en los sistemas escolares; provisión de programas comunitarios para los adolescentes fuera del sector formal de educación; necesidad de capacitación de los profesionales; entrenamiento en habilidades sociales; incorporación de los pares y de la familia en la prevención; conexión con el mundo laboral. Entonces, la mayoría de las evaluaciones muestran que los programas intensivos, integrales y flexibles son los que más sirven para prevenir las conductas de riesgo de los adolescentes y sus consecuencias. El contar con profesionales interesados, entrenados y con habilidades de liderazgo es otro elemento

importante. Para ello, deben ser capaces de priorizar los mejores intereses del adolescente, y colocar en un segundo lugar su propio desarrollo profesional. Esa capacidad de entrega, es algo que los adolescentes captan rápidamente en un buen maestro o en un profesional realmente dedicado a ellos, y es lo que deberíamos conseguir los adultos que trabajamos con ellos.

Referencias

- Anderson, R. N. (2002). Deaths: Leading causes for 2000. *National Vital Statistics Reports*, 50. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Ávila Espada, A. & García de la Hoz, A. (1999). De las concepciones del grupo terapéutico a sus aplicaciones psicosociales. En J.M. Delgado & J. Gutiérrez. (Eds.) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (316-357). Madrid: Síntesis.
- Barcelata, B., Durán, C. & Lucio, E. (2004). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 64-73.
- Bardin, L. (1996). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Baron, R. A. (1995). *Psicología*. Tercera Edición. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24, 55-61.
- Barra Almagiá, E., Cancino Fajardo, V., Lagos Muñoz, G., Leal González, P., & San Martín Vera, J. (2005). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud*, 15, 231-239.
- Campo-Arias, A., Cogollo, Z., & Elena Díaz, C. (2008). Comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes estudiantes: Prevalencia y factores asociados. *Salud Uninorte*, 24, 226-234.
- Cava, M. J., Murgui, S., & Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20, 389-395.
- Centers For Disease Control, National Center For Injury Prevention And Control, Division Of Violence Prevention (1995). Suicide among children, adolescents and young adults- United States, 1980-1992. *MMWR* 44, 289-291.
- Coll, A. (2001). Embarazo en la adolescencia: ¿Cuál es el problema? En: S. Donas Burak. (Edt.) *Adolescencia y juventud en América Latina* (425-445). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Cova Solar, F. (2004). La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección: El desarrollo de una mirada procesual. *Revista de Psicología*, 13, 93-101.
- Craig, G. (1997). *Desarrollo humano*. Tercera edición en castellano. México: Prentice Hall-Hispanoamericana S.A.
- Díaz Aguado, M. J. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema*, 17, 549-558.
- Donas Burak, S. (2001). Adolescencia y juventud: Viejos y nuevos desafíos en los albores del nuevo milenio. En: S. Donas Burak. (Edt.) *Adolescencia y juventud en América Latina* (23-39). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Donas Burak, S. (2001). Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescentes. En: S. Donas Burak. (Edt.) *Adolescencia y juventud en América Latina* (469-487). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Donas Burak, S. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes. En: S. Donas Burak. (edt.) *Adolescencia y juventud en América Latina* (489-499). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Esnaola, I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de Psicología*, 24, 1-8.
- Erickson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Fachinelli, C., Straniero, C., Páramo, M. A., Fachinelli, J., & Chacón, C. (2005). Diferencias de género en actitudes hacia la vida y la muerte y sucesos vitales estresantes en adolescentes según riesgo de suicidio. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, M1, 63-72.
- Fernández Moujan, O. (1986). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Figuerola, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levín, M., & Estévez Suedan, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21, 66-72.
- Florenzano Urzúa, R. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Gómez Fraguera, J. A., Luengo Martín, M. A., Romero Triñanes, E., Villar Torres, P., y Sobral Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 581-597.
- González, M. P., & Rey Yedra, L. (2006). La escuela y los amigos: Factores que pueden proteger a los adolescentes del uso de sustancias adictivas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11, 23-37.
- Goodwin, R.D., Fergusson, D.M., & Horwood, L.J. (2004) Panic attacks and the risk of depression among young adults in the community. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 158-167.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, M. D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.
- Griffa, M. C., & Moreno, J. E. (2005). *Claves para una Psicología del Desarrollo: Adolescencia, Adultez, Vejez*. (Vol. II). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hogue, A., Liddle, H., Becker, D., & Johnson-Leckrone, J. (2002). Family-based prevention counseling for high-risk young adolescents: Immediate outcomes. *Journal of Community Psychology*, 30, 1-22.
- Ibáñez, J. (1986). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión. Técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI.
- Jiménez, T. I., Murgui, S., Estévez, E., & Musitu, G. (2007). Comunicación familiar y comportamientos delictivos en adolescentes españoles: El doble rol mediador de la autoestima. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 473-485.
- Jiménez, T. I., Musitu, G., & Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: El rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 139-151.
- Landeró Hernández, R., & Villarreal González, M. E. (2007). Consumo de alcohol en estudiantes, en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicología y Salud*, 17, 17-23.
- Loubat, O. M. (2006). Conductas alimentarias: Un factor de riesgo en la adolescencia. Resultados preliminares en base a grupos focales con adolescentes y profesores. *Terapia Psicológica*, 24, 31-37.
- Mahoney, J. L., Schweder, A. E., & Stattin, H. (2002). Structured after-school activities as a moderator of depressed mood for adolescents with detached relations to their parents. *Journal of Community Psychology*, 30, 69-86.
- Martínez Álvarez, J. L., & Hernández Martín, A. (1999). Riesgos asociados a la conducta heterosexual adolescente: Pautas para la educación y prevención. En: J. Navarro Góngora, A. Fuertes Martín, & T.M. Ugidos Domínguez. (Edts.) *Prevención e intervención en Salud Mental*. (pp. 109-138). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Musitu, G., Jiménez, T. I., & Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: Un modelo de mediación. *Salud Pública de México*, 49, 3-10.
- Nicolson, D., & Ayers, H. (2004). *Adolescent problems: A practical guide for parents, teachers and counsellors*. London: David Fulton Publishers Ltd.

- Paniagua Repetto, H., & García Calatayud, S. (2003). Signos de alerta de trastornos alimentarios, depresivos, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 411-422.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 17-32.
- Pastor, Y., Balaguer, I., García Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: Un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18, 18-24.
- Rivarola, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4, 149-161.
- Rivarola, M. F., & Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8, 61-72.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., & Martín, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 203-210.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Rojas, E. (2003). *La conquista de la voluntad: Cómo conseguir lo que te has propuesto*. Buenos Aires: Planeta.
- Roldán, C. (2001). Adicciones: Un nuevo desafío. En: S. Donas Burak. (Edts.) *Adolescencia y juventud en América Latina* (pp. 447-467). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Valles, M. S. (2003). Técnicas de conversación, narración III: Los grupos de discusión y otras técnicas afines. En M.S. Valles (Edt.). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. (pp. 279-335). Madrid: Síntesis.
- Vargas Trujillo, E., Henao, J., & González, C. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 49-63.
- Villar Torres, P., Luengo Martín, M. A., Gómez Fragueta, J. A., & Romero Triñanes, E. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema*, 15, 581-588.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., & Moreno San Pedro, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 139-146.
- Zimmerman, M., Ramirez-Valles, J., Zapert, K., & Maton, K. (2000). A longitudinal study of stress-buffering effects for urban african-american male adolescent problem behaviors and mental health. *Journal of Community Psychology*, 28, 17-33.