

Características del estado de salud mental de jóvenes en condiciones vulnerables

Characteristics of the mental health of young people under vulnerable conditions

Dra. Flor Ángela Tobón Marulanda,^I Dr. Luis A. López Giraldo,^{II} Prof. John Fernando Ramírez Villegas^{II}

^I Universidad de Antioquia, Facultad de Química Farmacéutica. Medellín, Colombia.

^{II} Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil de salud mental de jóvenes escolarizados del barrio La Cruz, sector marginado de Medellín y su posible relación con el nivel de riesgo para diferentes situaciones psicosociales.

Método: investigación cuantitativa descriptiva, de corte transversal, mediante instrumento autoaplicable, en 100 jóvenes entre 11 y 19 años y realizada en el 2011.

Resultados: se identificaron situaciones psicosociales estresantes, significativas para riesgo de farmacodependencia, con correlación positiva para el nivel de funcionamiento familiar, el nivel de depresión y el riesgo de suicidio.

Conclusiones: los jóvenes están afectados por situaciones psicosociales críticas que les generan dificultades de comunicación, en la búsqueda de apoyo y con el sentimiento de felicidad que les puede producir la vida. Es necesario la implementación de políticas públicas efectivas en materia de educación integradora, que acompañen a estos jóvenes en la exploración de otras opciones de vida y promuevan la salud y la justicia, que les multiplicaran las oportunidades.

Palabras clave: jóvenes, variables psicosociales, salud mental.

ABSTRACT

Objective: to describe mental health profile of school teenagers from La Cruz neighborhood; a deprived sector of Medellin and to establish the possible relation with the level of risks of other psychosocial variables.

Methods: a descriptive-quantitative and cross-sectional research conducted in 2011 by using a self-applied instrument in 100 young people between 11 and 19 years of age.

Results: meaningful stressful psychosocial variables were identified for pharmacodependency and for positive correlation among the family functioning level, the depression level and the suicide risk.

Conclusions: the young people are affected by critical psychosocial situations that generate communication difficulties for them, in search of support and with the feeling of happiness that life can offer them. It is necessary to implement effective public policies in terms of integrating education, which assist these young people in exploring other living options and promote health and justice that will multiply their opportunities.

Keywords: young people, psychosocial variables, mental health.

INTRODUCCIÓN

La salud mental se concibe como el conjunto de valores de bienestar individual y colectivo, que proporciona al ser humano capacidades únicas para tener relaciones armoniosas consigo mismo, que le permitan interactuar con el otro y con el todo, en un contexto globalizado. Desde hace más de una década, se está llamando la atención sobre la necesidad de considerar la salud mental de forma holista, lo que implica la integración de diferentes conceptos, enfoques y procesos sistemáticos que conduzcan a la promoción de la salud, a través de conductas de vida sana para prevenir la alteración mental, sin embargo, la mayoría de las acciones que se toman al respecto son descontextualizadas y se limitan a la esfera del diagnóstico.¹⁻³

Los jóvenes, debido a que viven una etapa vital caracterizada por un proceso complejo transitorio entre la niñez y la edad adulta, están en una condición que los hace más vulnerables a determinadas situaciones psicosociales, que pueden desencadenar, en algún momento de la vida, conductas inestables y alteración de la salud mental; esta última a su vez, puede limitar una plena comunicación y la participación social activa, lo que causa sufrimiento humano e incapacidad. Las variables psicosociales (VPS) críticas están relacionadas con el desarrollo humano integral desde todas las dimensiones posibles (ontológica, biológica, cognitiva, psicoafectiva, sociocultural, económica, política, tecnológica y ambiental). El grado de desarrollo integrado de estas dimensiones, refleja la inserción social, la productividad, la competencia, la calidad de vida del individuo y el progreso sostenible de la sociedad.⁴⁻⁶

En el barrio La Cruz de la Comuna 3, zona nororiental de la ciudad de Medellín, un sector marginal y alejado, se presentan problemas psicosociales, que fueron detectados mediante un diagnóstico rápido participativo con un grupo de jóvenes estudiantes. De acuerdo con las opiniones de los participantes, el entorno en donde habitan favorece la inestabilidad de vida que puede ser medido por VPS, entre ellas, condiciones de vida con escasas oportunidades educativas y laborales, diversas violencias como la intrafamiliar y la de varias fuerzas ilegales, abuso sexual, discriminación social, consumo de agentes psicotrópicos APST- y la falta de servicios públicos domiciliarios adecuados, entre otras. Estas VPS críticas se configuran en factores de riesgo, que influyen en el estado de salud del ser humano de manera

impredecible y pueden agravar enfermedades de base o generar alteraciones mentales como ansiedad, fobia, irritabilidad, ánimo disfórico, depresión, suicidio, entre otras.

Según resultados de diferentes estudios sobre el porcentaje de suicidio en la población adolescente, este viene aumentado significativamente en los últimos años, ubicándose como la segunda y tercera causa de muerte. Este fenómeno se relaciona con el manejo inadecuado de la comunicación familiar y el consumo de APST.

Un estudio sobre la tipificación de la salud mental en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, registra tres categorías: una, que aglutina el 57,5 % de los adolescentes con puntaje alto en riesgo de suicidio entre 11 y 14 años, a quienes no fue posible establecer estrato socioeconómico, residentes en la comuna de Aranjuez, la mayoría matriculados en el grado séptimo, con familia incompleta y que consideran su familia como funcional. Dos, agrupa el 29,6 % de los adolescentes con puntaje alto en riesgo de suicidio y es el más problemático desde el punto de vista de la salud pública y la salud mental: tienen entre 15 y 19 años, residen principalmente en la comuna del Popular, la mayoría matriculados en el grado 9, en colegio público, con familia mixta a la cual consideran con disfunción severa y muestran indicadores de depresión alta. Tres, concentra el 12,9 % de los adolescentes con puntaje alto en riesgo de suicidio y tienen las siguientes características: residen principalmente en la comuna Manrique, estrato de vivienda 3, tienen entre 15 y 19 años, matriculados en el grado 10, piensan que su familia presenta disfunción moderada, no manifiestan indicadores de depresión y consumen sustancias psicoactivas.

Vale la pena anotar que el segundo estudio de salud mental del adolescente en Medellín, 2009; informa que se encontró depresión en el 13,1 % de los adolescentes y que el 24,5 % alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse.⁷⁻⁹

Se considera que en los espacios de convivencia de estos jóvenes, en su entorno inmediato, algún evento estresor que los afecte, puede convertirse en un indicador de cambio y subsecuente estrés en el adolescente y en la familia, dado que altera su *estatus quo*. Aunque puede ser de forma negativa o positiva, el evento estresor se vuelve problemático cuando el grado de tensión o cambio, en las interrelaciones del sistema, alcanza niveles excesivos que hace que el dialogo se altere y el joven exprese insatisfacción a través de actitudes y prácticas inadecuadas.¹⁰⁻¹²

El objetivo de esta investigación es describir el estado de salud mental de los jóvenes escolarizados del barrio La Cruz, bajo cinco VPS críticas: depresión, riesgo de suicidio, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de APST.

MÉTODOS

Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, dirigido a identificar algunas VPS como indicadores de salud mental (suicidio, depresión, consumo de ASPT, funcionamiento y vulnerabilidad familiar, entre otras), de estudiantes de la institución educativa diurna "Ramón Múnera Lopera", ubicada en Manrique Oriental (con una población de 1 300 estudiantes aproximadamente), y estudiantes de la institución educativa nocturna "Bello Oriente" del barrio Alto de la Cruz (con una población de 430 estudiantes aproximadamente), en condiciones de adversidad críticas, en una de las zonas más marginadas de la ciudad de Medellín, 2009.

Se seleccionó una muestra de 100 estudiantes entre 11 y 19 años, en forma aleatoria, estratificada, por conglomerados, dispuestos a participar y con asignación

proporcional al tamaño de los colegios. Ellos respondieron el instrumento autoaplicable de forma individual.

El instrumento de recolección de datos fue diseñado por la psiquiatra canadiense *María Kovacs* en 1977,¹³ *Children's Depression Inventory* (CDI), que se ha implementado en el ámbito internacional en investigaciones en Canadá, Inglaterra, Australia, Alemania, Estados Unidos, Finlandia y España, entre otros.¹³ Esta herramienta está adaptada y validada por diferentes investigadores para su aplicación en América Latina; de su validación surgió el CDI-LA (*Children's Depression Inventory Latinoamérica*). El CDI tiene cinco dominios: Ánimo Negativo (6 preguntas y máximo puntaje 12 puntos). Problemas Interpersonales (4 preguntas y máximo puntaje 8). Inefectividad (4 preguntas y máximo puntaje 8). Anhedonia (8 preguntas y máximo puntaje 16). Autoestima Negativa (5 preguntas y máximo puntaje 10). A la información obtenida se le da un valor o medida asignada a los dominios, de mayor a menor grado (alto, moderado y ninguno). Los resultados obtenidos se analizaron utilizando el software estadístico SPSS, versión 15.0, el cual permite realizar tablas cruzadas entre las VPS y las variables sociodemográficas agrupando cada una de las preguntas de los respectivos dominios.¹³

Para determinar la asociación de la distribución porcentual de situaciones estresantes (VPS), como factores de riesgo asociados con alteración mental: depresión, suicidio y el consumo de APST, se calcularon los intervalos de confianza para la población finita de estudiantes participantes en el estudio (1 730) y sus respectivos errores absolutos. Para el tamaño de muestra se utilizó el software Epidat 4.0 dándole una confianza de 95 % y un error absoluto de 6,4 %, teniendo en cuenta además, el valor de p como 13 %, originado del segundo estudio de salud mental del adolescente en Medellín, 2009, donde se detectó ese porcentaje de adolescentes con depresión.

Con el fin de determinar la relación entre las variables suicidio, depresión y funcionamiento familiar, se validó la normalidad según Kolmogorov-Smirnov, no se encontró un comportamiento normal de las variables, por lo que se calculó el coeficiente no paramétrico de Spearman.

RESULTADOS

Entre los resultados sociodemográficos encontrados más relevantes están: los estudiantes tienen una edad entre los 13 a 17 años ($n= 68$; 80,1 %), son mujeres ($n= 49$; 55,7 %) y son hombres ($n= 39$; 43,3 %). Pertenecen al estrato socioeconómico 1 ($n= 44$; 50 %) y al estrato socioeconómico 2 ($n= 43$; 48,9 %). En el barrio han vivido toda la vida y desde hace más de un año, respectivamente ($n= 43$; 48,9 %). El grupo familiar está compuesto en su mayoría por cinco personas ($n= 26$; 29,5 %) y por cuatro personas ($n= 18$; 20,5 %). Tienen hijos ($n= 4$; 4,5 %); no pertenece a ningún grupo social ($n= 18$; 20,7 %); han tenido desplazamiento intraurbano a causa de la violencia ($n= 27$; 31 %). La mayoría vive con la madre ($n= 73$; 83 %), cabeza de familia: con los hermanos ($n= 63$; 71,6 %), con el padre ($n= 49$; 55,7 %) y con la pareja de la madre ($n= 8$; 9,1 %).

Los estudiantes de estas instituciones emplean el tiempo libre principalmente en hacer tareas o estudiar ($n= 25$; 29,1 %), en salir de la casa a lo que resulte y en trabajar para ganar dinero, en cada caso ($n= 10$; 11,6 %), en charlar con el grupo de amigos ($n= 13$; 15,1 %). La actividad física la practican ocasionalmente ($n= 37$; 42 %) y tres veces por semana ($n= 18$; 20,5 %). Invierten muy poco tiempo, en lectura, arte, música y en los oficios de la casa.

La depresión se asoció significativamente con el suicidio y el funcionamiento familiar (coeficiente de asociación no paramétrico de Spearman (tabla 1), de ahí que, al intervenir la depresión ante cualquier situación, intervienen las otras dos variables: suicidio y el funcionamiento familiar (Fig.).

Tabla 1. Coeficientes de asociación entre las variables psicométricas de dominio de la relación entre funcionamiento familiar, depresión y riesgo de suicidio en estudiantes de las instituciones educativas "Ramón Múnera Lopera" y "Bello Oriente" del barrio La Cruz, Medellín, 2009

Tipo	Variables	Estadísticos	Suicidio	Depresión	Funcionamiento familiar
Rho de Spearman	Suicidio	Coeficiente de correlación	1,000	0,276*	-0,031
		Sig. (bilateral)	-	0,009	0,776
	Depresión	Coeficiente de correlación	0,276***	1,000	-0,236***
		Sig. (bilateral)	0,009	-	0,027
	Funcionamiento	Coeficiente de correlación	-0,031	-0,236*	1,000
		Sig. (bilateral)	0,776	0,027	-

* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral), ** la correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral), n= 88.

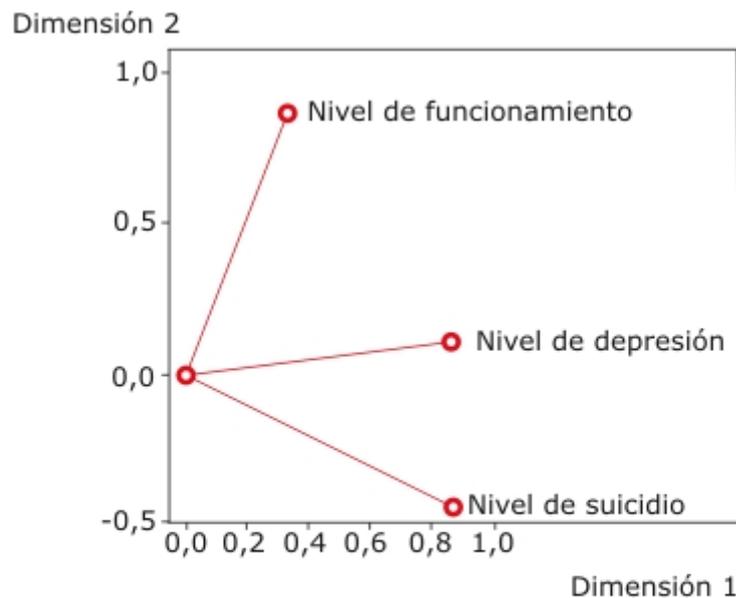


Fig. Relación entre funcionamiento familiar, depresión y riesgo de suicidio en estudiantes de las instituciones educativas "Ramón Múnera Lopera" y "Bello Oriente", del barrio La Cruz, Medellín, 2009.

Las situaciones estresantes encontradas de mayor importancia como factores de riesgo de farmacodependencia se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución porcentual e intervalos de confianza del 95% de situaciones estresantes para riesgo de farmacodependencia que afectan las familias de los estudiantes de las instituciones educativas "Ramón Múnera Lopera" y "Bello Oriente" del barrio La Cruz, Medellín, 2009

Situaciones estresantes	Afectó a la familia		LS	LI	Error
	No.	%			
La familia vive frecuentemente con problemas económicos.	35	41,2	0,3184	0,5056	0,094
En la familia, murió un integrante, pariente o un amigo cercano.	28	32,9	0,2396	0,4184	0,089
El estudiante tuvo dificultades en la institución educativa.	27	31,4	0,2257	0,4023	0,088
Uno de nosotros tuvo cambios importantes en el trabajo.	27	31,7	0,2285	0,4055	0,089
Hubo serios conflictos o problemas familiares.	27	31,4	0,2257	0,4023	0,088
Mis padres se separaron.	21	24,5	0,1632	0,3268	0,082
La familia se alimentó mal por falta de dinero.	18	20,7	0,1299	0,2841	0,077
Alguien de la familia no pudo ir al médico por falta de dinero.	13	15,5	0,0861	0,2239	0,069
Uno de los padres abandonó a la familia.	9	10,3	0,0452	0,1608	0,058
La familia tuvo o adoptó un hijo.	8	9,4	0,0385	0,1495	0,056

LS: límite superior, LI: límite inferior.

Entre otros resultados que en general llamaron la atención, están: 1. los estudiantes encuentran barreras de comunicación al buscar ayuda en los pocos programas que les brindan en el barrio y en la comunidad, 2. Tres de cada diez estudiantes, piensan que pueden resolver sus problemas sin la ayuda de nadie, 3. El 35 % de los estudiantes expresa que asumen los problemas de manera optimista, 4. El 49 % de los adolescentes cree que buscan nuevas formas para afrontar los problemas y esta situación favorece su resiliencia, 5. En relación con las actividades y sentimientos familiares; a tres de cada cinco de las familias de los estudiantes, les gusta pasar parte del tiempo juntos. Uno de cada dos estudiantes piensa que en su familia cada uno de sus miembros expresa lo que siente. Tres de cada cinco adolescentes, señala que en su familia se piden ayuda entre sus integrantes. Uno de cada dos estudiantes indica que en su familia no son tomadas en cuenta las ideas de los hijos. Uno de cada dos estudiantes considera que en su familia se unen para resolver los problemas. Tres de cada cinco adolescentes en su familia, se turnan las tareas de la casa. 6. Respecto al consumo de sustancias psicoactivas; uno de cada cuatro estudiantes consumió alguna sustancia psicoactiva. Tres de cada cinco adolescentes tienen amigos que consumen alguna sustancia psicoactiva. Tres de cada cinco adolescentes tienen familiares que consumen cigarrillo. Tres de cada cinco adolescentes tienen familiares que consumen bebidas alcohólicas. Uno de cada cuatro estudiantes tiene familiares que consumen marihuana. Según los participantes, estos APST los consiguen con mucha facilidad.

DISCUSIÓN

Se trata de estudiantes de un sector marginado, afectados por VPS críticas (situación económica, escasas oportunidades de estudio, trabajo y de inclusión social, familias disfuncionales), resultados que concuerdan con los hallazgos que arrojó el diagnóstico participativo previo. Esta situación crítica genera en estos adolescentes, dificultades de comunicación, desde la familia, y poca capacidad para manejar las relaciones intrapersonales e interpersonales. Condiciones que les impiden buscar apoyo en los padres y, en la mayoría de los casos, estos, tampoco tienen habilidad para brindarles ayuda suficiente en sus rutinas familiares.

Algunos de estos jóvenes presentan dificultades con el sentimiento de felicidad que les puede producir la vida, se sienten ignorados por el gobierno, la sociedad, ven muy lejos el sueño de tener acceso a la educación superior, a un empleo y a una vida digna.

Muchos de estos jóvenes en sus vivencias cotidianas son hostigados por las diversas violencias con las que conviven y se enfrentan en lo cotidiano, ellos expresan impotencia ante el abuso de autoridad por parte de la fuerza pública y paramilitar que parece que tienen el poder político económico. Esto se ajusta al Informe Especial de la Personería de Medellín, N° 2 del 12 agosto de 2009:

"... Desde finales de la década de los ochenta hasta ahora, Medellín no ha trascendido la ilegalidad en pequeños territorios, impuesta por actores ilegales, tales como milicias, grupos ligados al narcotráfico y estructuras paramilitares y mafiosas, quienes a través de la intimidación, el desplazamiento, el castigo y la muerte ejercen un control social de manera hegemónica ..."

El estudio revela que el consumo de APST se asocia con cada una de las VPS indagadas, pero no con el conjunto de las VPS. En el barrio La Cruz, las VPS críticas se diferenciaron poco por sexo y fueron más frecuentes en el grupo de edad entre los 15 a 16 años, quienes pertenecen al estrato socioeconómico 1 y 2. Lo que más estresa a los jóvenes es la falta de oportunidades para continuar estudiando y tener un empleo digno, estable que les permita satisfacer sus necesidades básicas cotidianas.

Este estudio dejar ver un problema de salud mental creciente, relacionada con VPS; factores de riesgo como la deficiente comunicación (cultura del silencio), fobias, ansiedad, agresividad, sintomatología depresiva y consumo de ASPT, se configuran como estresores extremos para los adolescentes de ambas instituciones. Dichas VPS se relacionan con la tendencia de los jóvenes al suicidio, lo que concuerda con otros estudios similares realizados en adolescentes escolarizados de esta zona deprimida, en la ciudad de Medellín, en el ámbito nacional y Latinoamericano. Pero llama la atención que a pesar de conocerse estos datos, no evidencien acciones específicas de las autoridades responsables, dirigidas a procesar las causas de un problema complejo de salud pública.^{8,9,14,15}

La figura dejar ver el riesgo probable de suicidio en estos jóvenes como resultado de la sumatoria de la carga de los diversos factores de riesgo (VPS), que además tienen una correlación positiva con el nivel de funcionamiento familiar y el grado de depresión. Si se interviene una de las VPS que influye en el problema, se controlan las otras dos variables. Estos resultados son coherentes con los análisis estadísticos que exponen que: uno de cada diez estudiantes pertenece a una familia que presenta una

disfunción severa; uno de cada dos estudiantes presenta factores de riesgo de alteración mental; tres de cada diez adolescentes presenta riesgo de suicidio. Este análisis está en coherencia con otros estudios que apoyan que la depresión se correlaciona con el riesgo de suicidio e impacta esencialmente a los jóvenes.¹⁶⁻¹⁹

Este estudio demuestra que existe una relación significativa entre las VPS y el estado de salud mental de los jóvenes escolarizados del barrio La Cruz, bajo cinco indicadores: depresión, riesgo de suicidio, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de APST. Así, a mayor grado de depresión, existe mayor probabilidad de aumentar el nivel de riesgo de suicidio.

Para transformar este problema de salud pública se requiere de otra biopolítica pública integral e integrada al contexto de las realidades que respete el derecho superior de los niños y jóvenes en el entorno específico, coordinada y articulada entre las autoridades competentes locales, regionales y nacionales, con voluntad y valor político para hacer mayor inversión social que logre cambios estructurales profundos en materia de educación, salud y justicia con calidad.

En Colombia, la perspectiva de los derechos humanos y de los derechos fundamentales demanda que se ejecuten acciones educativas de promoción de la salud y prevención de la alteración mental, mediante la aplicación de las normas de una forma equitativa, justa e incluyente, sin violencia; con el soporte de la Constitución Política (Artículo 44), la Ley de educación 115 de 1994, la Ley 1098 de 2006 o Código de Infancia y Adolescencia y en la "Convención sobre los Derechos del Niño", cuyas normas consideran los derechos fundamentales de supervivencia (derecho a la vida como supremo valor del ser humano), educación y salud (bienestar físico, mental y social); entendiéndose la salud y la prevención de la alteración mental, como todas aquellas acciones y aspectos que contribuyan a un grado significativo de desarrollo sostenible del ser humano mediante cambios positivos en las dimensiones ontológica (procesos mentales complejos), cultural, política, económica, tecnológica y ambiental.

El Estado debe garantizar la protección integral de los derechos humanos y de los derechos fundamentales de los niños y los jóvenes; pero existen algunos derechos, fundamentales y prevalentes, que les son reconocidos a esta población vulnerable, como destinatarios exclusivos, tales como: el derecho al amor, a la alimentación equilibrada, al cuidado y a la educación.

De acuerdo con el principio de integralidad, ellos exigen la corresponsabilidad del Estado, la familia y la sociedad en la construcción de un marco ético de políticas públicas sobre la primera infancia.^{20,21}

La comunidad educativa, las autoridades de salud y de justicia, tienen una responsabilidad social en perspectiva de derecho, principios y valores; ellos deben concebir los procesos sociales y los aspectos relacionados con la primera infancia y la transición de los niños a la etapa de adolescentes y considerar a niños y jóvenes, como elementos fundamentales, que colocados en la posición de sujetos reconocidos de derechos, participen activamente en la orientación de su propia vida y contribuyan en la formación integral de una masa crítica transformadora de los aspectos negativos, con otra visión de ver el mundo, que respete y haga respetar los derechos humanos y los derechos fundamentales.

Los niños y jóvenes formados desde esta configuración de derechos, principios y valores, tendrán mayor probabilidad de ser agentes sociales transformadores de colectivos humanos, extrayendo riqueza vital de la participación activa para aportar positivamente a las comunidades y al país. Solo bajo esta perspectiva de educación

en derechos y en responsabilidad social, se podrá afirmar que se puede contribuir a la creación de sentido para la vida y para la dignidad humana.²²⁻²⁴ De igual manera, el artículo 95 de la Constitución Política establece deberes asignados al ciudadano, tales como: respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios, obrar conforme al principio de solidaridad social, respetar y apoyar a las autoridades democráticas legítimamente constituidas para mantener la independencia e integridad nacionales, defender y difundir los derechos humanos, como soporte de la convivencia pacífica y propender al logro y mantenimiento de la paz, colaborar para el buen funcionamiento de la administración de justicia, proteger los recursos culturales y naturales del país y velar por la conservación de un ambiente sano. Es decir, una gobernabilidad en deberes u obligaciones derivados del ejercicio de los derechos y libertades, que obligatoriamente implica responsabilidad social para contribuir al financiamiento de los gastos e inversiones del Estado dentro de conceptos de justicia y equidad.²⁵

Además, la educación integral bajo un modelo biopolítico debe ser mirada en perspectiva de principios y valores en el desarrollo y aplicación de normas, del conjunto de pautas que la sociedad, la economía y la política crean para las relaciones personales y sociales; estas se extienden más allá del ser mismo, en un continuo ir y venir del ser humano con justicia y retribución de esa justicia. Deben ser apreciadas como necesarias y como posibles, porque de alguna manera el ser humano las determina y las comparte. Sinónimos de valores son: amor, tolerancia, libertad, responsabilidad, honestidad, humildad, respeto, ayuda, solidaridad, justicia, lealtad y equidad.

El valor de esta investigación radica en que sus resultados se pueden convertir en una herramienta para las autoridades gubernamentales, con el fin de que desarrollen medidas de intervención y ejecuten una biopolítica pública ineludible, dirigidas a acompañar a los jóvenes con empatía y comprensión y que tenga un impacto amplio y mejor frente que las intervenciones existentes. Además, con el diseño, formulación, ejecución y verificación de planes, programas y proyectos de investigación continuos, desde las necesidades más sentidas de las comunidades en condiciones críticas extremas, se podría lograr un incremento sustancial y progresivo en la salud mental integral de los jóvenes.

También para que se adopten acciones prioritarias dirigidas a intervenir las causas y los responsables de este problema de salud pública, a minimizar las VPS complejas y prevenir alteraciones mentales, de tal manera que se propicien cambios de actitudes y prácticas negativas de ilegalidad y violación de los derechos fundamentales de los jóvenes.^{20,21}

De ahí la urgencia de las actuaciones educativas integrales en los servicios de atención primaria, sobre la salud mental de las personas que sufren el impacto directo de la violencia; de la responsabilidad social de las autoridades correspondientes, en un sentido amplio y formativo, con acompañamiento a la familia para que oriente a los jóvenes en el diseño y ejecución de la ruta de su plan vida, a través del cual, ellos puedan transformar su realidad e incorporarse al mundo, acorde a las condiciones materiales y ambientales, relativas a los contextos culturales y sociales que determinan la calidad de vida de los niños y jóvenes.

Es necesario que las familias los traten con dignidad para lograr así, un mejor acercamiento a sus situaciones y a sus necesidades, se requiere que se establezcan vínculos afectivos estrechos que potencien su desarrollo biológico, físico, psicológico, cultural y social. Es imperioso romper las barreras que impiden a los jóvenes disponer de condiciones esenciales para una vida y una supervivencia digna, que satisfagan sus necesidades fundamentales existenciales y axiológicas para su desarrollo integral.

En este orden de ideas, las autoridades correspondientes locales, regionales y nacionales; los padres de familia, los docentes y las fuerzas vivas de la comunidad, involucradas en este problema crítico de salud pública (relación entre depresión, funcionamiento familiar y riesgo de suicidio en adolescentes en condiciones críticas), tienen que buscar alternativas virtuosas y ejecutar acciones efectivas que ayuden a los jóvenes a potenciar su resiliencia, como un concepto holístico, aquella fuerza interna de aprendizaje de los estudiantes para convertir sus situaciones de adversidad en oportunidades y crecer a través de estas para desarrollar habilidades que les amplíe la visión del mundo y los capacite a relacionarse consigo mismo, con el otro y con el todo, para el desarrollo individual, colectivo y para el desarrollo sostenible del país.

Si en los servicios de atención primaria en salud en consulta programada y por urgencias, se prestara un servicio integral a la promoción de la salud mental y de atención a la intervención temprana de alteraciones mentales como fobias, ansiedades, depresión, y consumo de APST, entre otras, como una biopolítica institucional, con talento humano integral bien capacitado, desde las diversas culturas, de forma intertransdisciplinaria, este problema complejo tendría mayor probabilidad de mejorar el funcionamiento familiar y disminuir el riesgo de suicidio.^{26,27}

Existe la necesidad de políticas públicas efectivas en materia de educación integradora, que acompañen a estos jóvenes en la búsqueda de otras opciones de vida y promuevan la salud y la justicia que les multiplican las oportunidades.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Vicerrectoría de Extensión de la Universidad de Antioquia, que financió esta investigación y a los estudiantes en formación investigativa que participaron en su desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe de Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2002.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental en las emergencias. Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos. Departamento de salud mental y toxicomanías. Ginebra:OMS; 2003.
3. Urrego Z. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia 1974-2004. Revista Colombiana Psiquiatría. 2007;36(2):307-19.
4. Dulanto E. El Adolescente. La adolescencia como etapa existencial. México, D. F.: Mc Graw Hill Interamericana; 2000.
5. González C, Paniagua R. Las problemáticas psicosociales en Medellín: una reflexión desde las experiencias institucionales. Revista Facultad Nacional Salud Pública. 2009;27(1):26-31.
6. Tobón FA, López L. El desarrollo a escala humana: un referente para el diseño de planes de desarrollo local. En: Lopera I, Builes L, editores. Abriendo espacios flexibles

- en la escuela. Medellín: Grupo Base Estrategia Municipio y Escuela Saludables; 2009. p. 39-48.
7. Posada J, Aguilar S, Magaña C, Gómez L. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia. 2003. Revista Colombiana Psiquiatría. 2004;33(3):241-62.
8. Morrison R. Predicting psychological distress in college students: The role of rumination stress. J Clin Psychol. 2005;6:447-60.
9. Paniagua R, González C, Montoya B. Tres tipologías de salud mental de los adolescentes de una zona de Medellín-Colombia, 2006. Revista Salud Pública. 2010;12(1):51-60.
10. Agudelo C. ¿Podemos comprender la problemática de salud pública? En: Franco S, editor. La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Memorias de la Cátedra Manuel Ancizar I Semestre 2002. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 421-33.
11. Valdés A. Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar. Bogotá: El Manual Moderno; 2007.
12. Valencia M, Torres Y, Montoya L, Zapata M, Garro G. Segundo estudio de salud mental del adolescente y consumo de sustancias psicoactivas. Medellín-Colombia: Universidad CES-Secretaría de Salud; 2009.
13. Kovacs M, Beck AT. An empirical/clinical approach toward a definition of childhood depression. In: Schulterbrandt JG, Raskins A, editors. Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models. New York: Raven Press; 1977. p. 1-26.
14. Toro D, Paniagua R, González C, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. Revista Facultad Nacional Salud Pública. 2009;27(3):302-8.
15. Duque L, Montoya N, Restrepo A. Violencia, alcohol, drogas, tabaco, y sexualidad insegura en Medellín y el área metropolitana, 2007. Revista Facultad Nacional Salud Pública. 2011;1:129-38.
16. TUESCA M, NAVARRO L. Factores de riesgo asociado al suicidio e intento de suicidio. Revista Salud Uninorte Barranquilla. 2003;17:19-28.
17. Estrada P. Familia y prevalencia de depresión e ideación suicida en niños y adolescentes. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana; 2010.
18. Bhatia SK, Bhatia SC. (2007). Childhood and Adolescent Depression. Amer Family Physician. 2007;75(1):73-80.
19. Arrivillaga M, Cortés C, Goicochea V, Lozano T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. Univ Psychol. 2004;3(1):17-26.
20. República de Colombia. Constitución política. Familia: Art42. Bogotá; 1991.
21. Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Fundación Bernard Van Leer. Guía a la Observación General

Nº 7: "Realización de los derechos del niño en la primera infancia". Del 12 a 30 de septiembre. Ginebra: OMS; 2005.

22. Franco Peláez ZR. Desarrollo Humano y de Valores para la salud. 2da ed. Manizales: Editorial Universidad de Caldas; 2004.

23. Franco Peláez ZR. La evaluación ética en la educación para el Desarrollo Humano. Manizales: Universidad de Caldas; 2006.

24. Giraldo A. Globalización, gobernabilidad y salud. Revista Facultad Nacional Salud Pública. 2006;24(No. especial):37-45.

25. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá: El Ministerio; 2007.

26. Saldarriaga JA. Educar en la adversidad: prácticas y estrategias escolares frente al impacto de las violencias en niños y niñas. Medellín: Corporación Región, Pregón Ltda; 2006.

27. Sociedad Española de Patología Dual. Madrid:Patología Dual. Protocolos de Intervención. [citado 5 Ene 2012]. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/noticias/patologia_dual/43422/

Recibido: 5 de enero de 2012.

Aprobado: 22 de noviembre de 2012.

Flor Ángela Tobón M. Universidad de Antioquia, Grupo de Investigación Uni-Pluri/Versidad de la Facultad de Educación y Grupo de Investigación en Tecnología en Regencia de Farmacia de la Facultad de Química Farmacéutica. Medellín, Colombia.
Dirección electrónica: jvm@une.net.co, florato54@gmail.com