

# Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá

## Relationships between psychosocial risk behavior and the family in adolescents' from Suba, an urban area in Bogotá

Juan C. González-Quiñones<sup>1</sup> y Fernando de la Hoz-Restrepo<sup>2</sup>

1 Fundación Universitaria Juan N Corpas. Facultad de Medicina: Bogotá, Colombia. [juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co](mailto:juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co)

2 Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia. [fpdelahoz@yahoo.com.ar](mailto:fpdelahoz@yahoo.com.ar)

Recibido 4 Marzo 2010/Enviado para Modificación 10 Octubre 2010 /Aceptado 22 Noviembre 2010

### RESUMEN

**Objetivo** Estimar las relaciones entre los comportamientos de riesgo de la población adolescente y la familia en torno a la estructura y la percepción de funcionalidad.

**Metodología** Estudio observacional de corte transversal entre 12 302 adolescentes (10 a 19 años de edad), estudiantes de 12 colegios públicos de la localidad de Suba en el año 2006. Se aplicó una encuesta autodiligiada donde se interrogó por comportamientos sexuales, adictivos, depresivos, violentos y de trastornos de conducta alimentaria.

**Resultados** Se encontró una prevalencia de buena función familiar de 63 % y de disfunción familiar severa del 7 %. La disfunción severa aumentó la prevalencia de comportamientos violentos (OR de 4,1 con IC de 95 % 3,4-4,7), trastornos de conducta alimentaria (OR 2,3 con IC de 95 % de 1,9 - 2,8) y relaciones sexuales (OR de 2 con IC de 95 % de 1,7-2,4). Por el contrario, la composición de la familia (presencia o no de ambos padres) no mostró relación con comportamientos violentos.

**Conclusiones** La disfunción familiar se asocia a una mayor frecuencia de conductas de riesgo en los adolescentes de bajo estrato socioeconómico en Bogotá. La relación más fuerte se observa entre violencia y familia.

**Palabras Clave:** Adolescente, conducta de riesgo, conducta del adolescente, violencia, familia (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** Assessing the relationship between adolescents' high-risk behaviour and family dynamics regarding structure and perception of family functionality.

**Methodology** A cross-sectional, observational study was carried out on a population of 12,302 adolescents ranging in age from 10 to 19 years attending 12 public schools in the urban area of Suba (Bogota). A self-assessment questionnaire was administered, focusing on sexual behaviour, addiction, depression, violent behaviour and eating disorders.

**Results** There was 63 % prevalence regarding good family function and 7 % prevalence concerning severe family dysfunction; comparing these with high-risk behaviour revealed a relationship with violent behaviour (4.1 OR, 3.4-4.7 95 %CI), eating disorders (2.3 OR, 1.9-2.8 95 %CI) and sexual relationships (2.0 OR, 1.7-2.4 95 %CI).

**Conclusions** Family dysfunction was found to be more frequently associated with high-risk behaviour in adolescents from low socioeconomic strata in Bogota than that found to derive from family structure. The strongest relationship was observed between violence and family.

**Key Words:** Adolescent, adolescent behaviour, dangerous behaviour, risk factor, school, family, violence (*source: MeSH, NML*).

La adolescencia se define como la etapa de transición en el ciclo vital humano donde el niño se transforma en adulto (1). Biopsicosocialmente (2) se identifica por la aparición de la pubertad (menarquia y la primera eyaculación) (3), por el inicio de la toma de decisiones (autonomía) y por la búsqueda de pareja (aceptación de pares). Cronológicamente comienza alrededor de los 10 años a 12 años y su final hacia los 19 a 20 años.

La aparición de la capacidad de decidir puede determinar comportamientos de riesgo que lo exponen a eventos o situaciones adversas para su vida. La resolución 412 del 2000 menciona como riesgo el tener relaciones sexuales sin protección (sin responsabilidad) con la consecuencia de aparición de enfermedades de transmisión sexual (exposición al SIDA, por ejemplo) o el embarazo no deseado, el fumar o tomar bebidas alcohólicas (riesgo de adicción) con las consecuencias respectivas (enfermedades del tabaco y alcoholismo), el uso de la violencia para resolver conflictos que puede generar daño físico o el asumir patrones comportamentales en la alimentación (vomitar o no comer) desencadenando desnutrición y mal manejo de la frustración y el riesgo de suicidio.

La familia resulta particularmente importante en la adquisición de habilidades de los adolescentes y, por ende, en el rol de protección o de riesgo (4). Ello requiere ser identificado a través de "medidas" que permitan evaluar su participación. En Colombia existen pocas investigaciones publicadas sobre la frecuencia de comportamientos de riesgo en adolescentes y sobre los factores familiares asociados; por ello, el presente estudio pretende estimar la frecuencia de tal relación en jóvenes escolarizados de un sector de la ciudad de Bogotá.

## METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, de corte transversal en adolescentes escolarizados ubicadas de la localidad de Suba (Bogotá).

#### Población de estudio

Fueron seleccionados 12 302 jóvenes entre los 10 y los 19 años vinculados a 12 colegios públicos (de un total de 25 probables) de la localidad de Suba.

#### Criterios de inclusión

Esta investigación forma parte del proyecto PIPSA (Programa Integral de Promoción de Salud del Adolescente) que se viene adelantando desde el 2005 en la localidad de Suba por parte de la facultad de medicina de la Fundación Universitaria Juan N Corpas. Para tal efecto, se invitó a participar a los 25 colegios públicos de la localidad a través de las orientadoras, vinculándose 12 colegios. El criterio de inclusión fue el pertenecer al colegio, estar en alguno de los cursos y querer participar en el estudio.

#### VARIABLES DE ESTUDIO

Como independientes fueron seleccionadas variables demográficas de edad, género y estratos socioeconómicos (escala de 1 a 6, expresando los más bajos un mayor nivel de pobreza e identificadas según percepción de los jóvenes) y variables referentes a la estructura familiar midiendo la presencia de familias nucleares (padre, madre e hijos), completas o incompletas (ausencia de uno de los padres), familias reconstituidas (padrastrós o madrastras) y función familiar usando el test de APGAR familiar (5) que mide a través de cinco preguntas la percepción del joven en la ayuda que siente de la familia para resolver problemas, para participar en decisiones, para sentir afecto, para compartir, pudiendo en cada pregunta contestar casi siempre (2 puntos), a veces (1 punto) y casi nunca (0 puntos) y donde se define como función familiar normal un resultado (al sumar las cinco respuestas) entre 8 y 10, disfunción moderada de 4 a 7 puntos y disfunción severa de 0 a 3 puntos. Para las variables dependientes se elaboró un cuestionario de 56 preguntas referenciadas acerca de conocimientos, prácticas, situaciones y actitudes de riesgo de la población adolescente. Se seleccionaron las preguntas acerca de comportamientos de riesgo. En torno a la sexualidad, se indagó sobre presencia de relaciones sexuales y edad de inicio, así como relaciones con más de una persona en el último año y ausencia de protección en la primera relación (6,7). Para riesgo de adicciones se indagó por consumo de alcohol en la última semana y prevalencia de fumadores (8,9). Para riesgo de suicidio se indagó por presencia de ideas suicidas -pensar y planear el suicidio (10,11). Para daño físico por violencia se preguntó por haber golpeado o haber sido golpeado en último año, así como llevar un arma consigo (12,13). Para riesgo de trastornos de conducta alimentaria se usó el cuestionario

(14) SCOFF (provocarse el vómito, pérdida del control de la comida que ingiere, haber perdido siete kilos en los últimos tres meses, creer que está gorda y sentir que la comida domina su vida, siendo dos respuesta afirmativas indicadores de riesgo en las mujeres).

#### Prueba piloto

En diciembre del 2005 y enero del 2006 se hizo una prueba piloto de instrumentos (encuesta y talleres) con 30 jóvenes de uno de los colegios públicos de la localidad. Se aplicó la encuesta, se identificaron las áreas del cuestionario donde existía alguna confusión, se corrigieron y se obtuvo el formulario definitivo.

#### Recolección de la información

Las encuestas se llevaron a cabo entre los meses de febrero y junio del 2006. Cada encuesta autodiligiada tomó en promedio 20 minutos. Para llegar a los colegios se capacitó a un grupo de seis agentes comunitarios (personal proveniente de la comunidad). Al llegar al salón donde estaban los jóvenes, los agentes les pedían a los maestros que salieran y se entregaban los formularios. Se ofreció un programa de consulta para los jóvenes que al llenar la encuesta percibiesen que deseaban ser asistidos médicamente. Cada colegio participante recibió el informe con el diagnóstico de riesgos.

#### Manejo de la información

Una vez se recibió la encuesta, se tabuló en el programa EXCEL construyendo una base de datos para cada colegio. Se seleccionaron las preguntas acerca de estructura, función familiar y comportamientos de riesgo, las que fueron sometidas al proceso del análisis con EPI INFO, obteniendo las frecuencias y se realizó el análisis multivariado, regresión logística independiente donde se incluyeron todas aquellas variables que en el análisis univariado tuvieron un valor de p menor de 0,02.

## RESULTADOS

De los 12 302 jóvenes encuestados, la edad media fue de 13,6 años (la moda y la mediana son 14 años). La Tabla 1 muestra cómo la mayoría de hogares son nucleares (56 %) existiendo un 9 % de hogares reconstituidos (en razón de siete padrastrós por una madrastra).

El comportamiento del test de APGAR a lo largo de la adolescencia evidencia una tendencia en la relación entre función familiar y edad: en tanto de 10 a 12 años la "buena" función familiar presenta una frecuencia de 68 % (IC de 95 %

de 66,6 - 69,5), se disminuye a 61 % (IC de 95 % de 59,9 - 62) en las edades de 13 a 16 años y a 55 % (IC de 95 % de 51-57) de los 17 a 19 años, la "disfunción severa" se incrementa de 4 % (IC de 95 % de 3,7 - 5) de los 10 a los 12 años, a 9 % (IC de 95 % de 8 - 9,3) de los 13 a los 16 años y a 12 % (IC de 95 % de 9,8 - 13,9) de los 17 a los 19 años.

**Tabla 1.** Frecuencias de las variables independientes y dependientes de los adolescentes de 12 colegios públicos de la localidad de Suba en el 2006

Variable	No.	%
<b>Edades</b>		
De 10 A 12 años	3 965	32
De 13 A 16 años	7 200	59
De 17 A 19 años	997	8
<b>Género</b>		
Mujeres	6 274	51
<b>Estrato</b>		
Estrato 1	347	3
Estrato 2	8 958	73
Estrato 3	2 475	20
<b>Estructura Familiar</b>		
Nuclear completa	6 862	56
Nuclear incompleta	3 774	31
Recompuestas	1 112	9
Hogares donde faltan ambos padres	227	2
<b>Funcionalidad Familiar</b>		
Buena función familiar	7 722	63
Disfunción moderada	2 731	22
Disfunción severa	920	7
<b>Riesgos en torno a la sexualidad</b>		
Presencia de relaciones sexuales	2 078	17
Ausencia de protección en la primera relación sexual	1 791	66
Relaciones sexuales con más de una pareja en el último año	511	4
<b>Riesgos en torno a las adicciones</b>		
Tomó una vez (o más) la última semana	3 669	30
Actualmente fuma	2 023	16
Bebe alcohol y le gusta	2 024	16
<b>Riesgos en torno a la depresión</b>		
Haber pensado en el suicidio	4 182	34
Haber pensado en el suicidio y querer hacerlo	446	4
<b>Riesgos en torno a la violencia</b>		
Haber sido golpeado físicamente durante el último año	3 715	30
Haber golpeado físicamente a alguien durante el último año	3 816	31
Llevar un arma para defenderse	1 063	9
<b>Riesgos en torno a los trastornos de la conducta alimenticia</b>		
Mujeres con TCA	2 821	23

La edad promedio de inicio de vida sexual fue 13,7 años. La edad promedio de inicio de contacto con el cigarrillo son los 12,4 años y 14 años para marihuana. El riesgo de trastornos de conducta alimentaria en mujeres fue de un 23 %.

Luego de aplicar la regresión logística se encontró que las principales relaciones entre familia y comportamientos de riesgo se encuentran en la relación derivada de la funcionalidad y los comportamientos violentos. Haber tenido relaciones sexuales y TCA evidencian relación con la función familiar y TCA también con la estructura familiar (OR de 1,45 familia consanguínea y reconstituida) aunque no tan intensa.

**Tabla 2.** Regresión logística incondicional de los comportamientos psicosociales de riesgo y género de los adolescentes de 12 colegios públicos de la localidad de Suba en el año 2006

Comportamientos de riesgo	SI	%	NO	%	OR	IC 95%	
						LS	LI
Haber sido golpeado en el último año							
Masculino	2 062	37	3 574	63	1.7	1.51	1.8
Femenino	1 639	28	4 224	72			
Llevar un arma							
Masculino	752	13	4 864	87	3.1	2.63	3.57
Femenino	305	5	5 584	93			
Relaciones sexuales							
Masculino	1 266	22	4 607	78	1.9	1.72	2.15
Femenino	801	13	5 312	87			

En las variables en torno a la exposición de alcohol, la única que mostró significancia fue "toma y le gusta" con un OR de 1,4 (IC de 95 % de 1,1-1,8) al comparar la percepción funcional con la disfunción severa. Las variables que miden pensar y planear suicidio no mostraron significancia. Los hombres mostraron más riesgo de comportamientos violentos y de relaciones sexuales.

## DISCUSIÓN

El principal sesgo que enfrenta esta investigación está en la obtención de la información (que los jóvenes no contesten con la verdad). Se enfrentó con el anonimato de cada participante, con la insistencia en la garantía de la voluntariedad, con la exclusión de profesores al momento de hacer la encuesta, y con el diseño de la encuesta el cual permitió la interacción de los jóvenes incentivando el deseo de contestarla (obtenían apreciaciones del riesgo al que están expuestos). A pesar del tamaño de la población en estudio no es una muestra representativa.

En torno a las frecuencias de comportamientos indagados (Tabla 1) se encontró un porcentaje similar de haber tenido relaciones sexuales (17%) entre este estudio y el de Profamilia 2005 (15) lo cual le da validez. El 66% de jóvenes no se protegieron (especialmente con uso de condón) en la primera relación sexual lo que al compararse con el estudio de Mejía (16) en el año 2000, en el cual tres de cuatro (menores de 18 años) no se protegieron (74 %), pone en evidencia la persistencia del alto riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual o de presentarse embarazos no deseados. Como se observa, los datos obtenidos no muestran que se haya modificado este comportamiento. Esto, junto a los hallazgos de Flórez (17) que expresa que los jóvenes creen que por ser la primera relación "nada" les va a pasar, incrementando posibilidad de embarazo no deseado; Mejía (16) encontró que 1 de cada 4 jóvenes queda embarazada en su primera relación.

La prevalencia de consumo rutinario de alcohol obtenida por el Centro rehabilitador CARISMA (18), sitúa en 34 % la prevalencia nacional, cifra muy parecida al "haber tomado la última semana" de este estudio (Tabla 1). El problema del contacto (y del consumo de alcohol) parece ser generalizado en el mundo occidental. Por ejemplo, en el Reino Unido (19) el 80 % de los jóvenes de 15 años ya han "tomado" bebidas alcohólicas a pesar de estar prohibido en menores de 18 años. Un problema similar existe con el cigarrillo: en el estudio de Cassola (20) de jóvenes entre 14 y 18 años se encontró que un 48 % fuman con regularidad (en este estudio 16 % pero con edad promedio de 13 años). La revisión Bryan (21) describe cómo en la adolescencia es cuando más contacto y adictos se dirigen hacia el cigarrillo. Se ha planteado (22) que a nivel del cerebro en el striatum, se ubican los centros del placer, los que hacen su aparición (maduración) en la adolescencia, por tanto, la sensación de placer no solo es nueva sino que aún no está modulada por "otras" áreas, incrementando la posibilidad de la "adicción" al placer. Aún existen muchas preguntas acerca de cómo funcionan, pero ya está planteada la hipótesis de que durante la adolescencia la propensión a las adicciones es mayor ("toma y le gusta" como un primer paso a la adicción), evento que parecen conocer los publicistas de tabaco y alcohol que han orientado buena parte de sus campañas para "conseguir" adictos en esta población.

Los adolescentes tienden a ver en el suicidio una "solución" a sus problemas existenciales (23). En los Estados Unidos, en jóvenes sanos (sin un trastorno psicológico o psiquiátrico) la frecuencia de ideación suicida oscila entre un 9 al 18 % y solo de 1 a 1,5 % lo intentan (24). En México el 47 % de los jóvenes han tenido al menos una idea suicida en algún momento de su vida (24). La

prevalencia del pensamiento suicida en este estudio es de un 34 % (Tabla 1). El estudio de Fortaleza (25) establece que el "planearlo" tuvo una prevalencia de 1,5 % (en este trabajo es del 4 %). La diferencia de prevalencias de "planearlo" con "pensarlo" permite proponer que se trata de una situación distinta. ¿Qué determina esa diferencia? Una posibilidad explicativa es que en esa diferencia estén los jóvenes deprimidos. Si ello fuese así, esta pregunta podría servir para detectar la depresión en adolescentes (tamizaje). Por ende, puede ser útil plantear una investigación de "validación" de esta pregunta.

En torno al género, los hombres presentaron más comportamientos de riesgo en la sexualidad y violencia (tabla 2), similar a otros estudios (21) y no se encontraron diferencias en las variables de alcohol y cigarrillo o de pensamientos suicidas. Una explicación es que en la implicación de tener relaciones sexuales en la mujer está tácito para ellas el embarazo (y no así en el hombre) lo cual hace que se abstengan. Reafirman estos hallazgos que los hombres son más propensos a la violencia física (26) evidenciando que ante los conflictos, los hombres usan y sobre ellos se usa más la violencia física (Informe Mundial sobre Violencia y Salud del 2000).

En torno al alcohol, cigarrillo o pensamientos suicidas, la no diferencia por género permite sospechar el papel que la "sociedad de consumo" ejerce sobre los jóvenes en donde tomar, fumar o perder la esperanza es similar para hombre o mujeres.

En cuanto a la respuesta a la pregunta de investigación este estudio evidencia en torno a las asociaciones estudiadas que la funcionalidad familiar provoca más relaciones sobre los comportamientos revisados que la estructura, entendida como composición y lazos de unión (Tabla 3). Expone la "fuerte" relación entre percepción de funcionalidad familiar y comportamientos violentos y muestra cómo las variables "haber golpeado" y "ser golpeado" presentan una tendencia en porcentajes similares, hecho que permite proponer la íntima y estrecha relación entre víctimas y victimarios (27). Una explicación es que en los hogares donde los jóvenes perciben la disfunción, existan conflictos entre los miembros y uno de los mecanismos para resolverlos sea el uso de la violencia ("golpear" y "ser golpeado"). Chau (28) en sus trabajos expone que la prevalencia de respuestas violentas ante los conflictos de los jóvenes es de 32 %. Una explicación es que, el impulso (respuesta emotiva) antes que la razón, podría ser el principal mediador del acto violento del joven. La manera como le hayan enseñado (y él haya aprendido) a enfrentar el estrés y los conflictos resulta clave y ahí la familia (en especial los padres) como ente "educador" es



determinante como elemento protector o de riesgo. Lo cierto es que surgen muchas hipótesis acerca de la génesis de la violencia. En Colombia, analizarlas es prioritario (29) pues los daños están vigentes y son evidentes. Se debe tener en cuenta que las prevalencias encontradas (para ser comparadas) pertenecen a una población mayoritariamente de estratos "deprimidos económicamente", factor claramente relacionado con comportamientos violentos (30) y proponiendo a la disminución de presencia del Estado como una interacción de riesgo. Lo evidente en las comparaciones es que en Colombia existe una prevalencia mayor de comportamientos violentos en los jóvenes coincidiendo con las consecuencias con que vivimos, como lo es tener una de las tasas más altas de muertes juveniles violentas del mundo: Colombia 84,4 por 100 000, El Salvador 50,2 por 100 000 en, Puerto Rico 41,8 por 100 000, la Federación de Rusia 18 por 100 000 y algunos países de Europa sudoriental, por ejemplo, Albania: 28,2 por 100 000. En Estados Unidos la tasa es de 11 por 100 000 (Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud OMS 2002).

Esta investigación no muestra relaciones significativas entre comportamientos violentos y cambios de la estructura familiar. Sin embargo, el resultado es contrario al encontrado por Turner HA (31), el cual expresa la relación entre familias reconstituidas y mayores respuestas violentas en los hogares, quedando en claro que debe indagarse más este aspecto.

La disfunción familiar muestra una relación con tendencia (a más disfunción más riesgo) de trastornos de conducta alimentaria TCA (Tabla 3). Confirma el hallazgo, el rol de la familia, el que, junto con la baja autoestima y la presión publicitaria de la sociedad acerca de lo que "debe ser" la belleza física, resultan ser los principales sospechosos causales de los trastornos de conducta alimentaria (32). Estudios han evidenciado la influencia que la madre (33) a través de lo que ellas conciben como "buena figura", puede ejercer sobre las adolescentes como riesgo de TCA, influencia que se acompaña adicionalmente de una mala relación madre hija. La prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria es de 32 % (la Tabla 1 muestra 23 %, pero al tomar solo a las mujeres asciende a 32) . Estudios similares en Brasil encontraron una prevalencia del 30 % y del 27 % en Canadá, cifras todas que ponen de manifiesto la magnitud y similitud del problema.

Respecto a los comportamientos sexuales estudiados, la única variable que mostró relaciones significativas con la familia fue el "tener relaciones sexuales" (Tabla 3). Existe una relación directa con la disfunción familiar. Una explicación es que a través de la actividad sexual los jóvenes buscan consolidarse con su

pareja y, así, proyectar la salida de sus hogares generando uno nuevo, situación confirmada por Ortiz (34) que encontró que un 50 % de los embarazos de las adolescentes estudiadas querían salir de sus hogares primarios (donde se sentían maltratadas).

**Tabla 3.** Regresión logística incondicional de los comportamientos psicosociales de riesgo y funcionalidad familiar de los adolescentes de 12 colegios públicos de la localidad de Suba en el año 2006

Comportamientos de riesgo	SI	%	NO	%	OR	IC 95%	
						LS	LI
<b>Haber sido golpeado en el último año</b>							
Familia con disfunción severa	520	59	362	41	4.1	3.46	4.75
Familia funcional	1 836	25	5 418	75			
<b>Llevar un arma</b>							
Familia con disfunción moderada	299	11	2 311	89	1.5	1.28	1.77
Familia funcional	524	7	6 737	93			
Familia con disfunción severa	152	17	732	83	2.4	1.9	3.0
Familia funcional	524	7	6 737	93			
<b>Trastornos de conducta alimentaria</b>							
Familia reconstituida	232	42	320	58	1.5	1.2	1.8
Familia consanguínea	1 571	31	3 451	69			
Familia con disfunción moderada	741	30	1 717	70	1.7	1.4	1.9
Familia funcional	915	27	2 531	73			
Familia con disfunción severa	257	50	255	50	2.3	1.9	2.8
Familia funcional	915	27	2 531	73			
<b>Relaciones sexuales</b>							
Familia incompleta	875	19	3 802	81	1.1	1	1.27
Familia completa	1 060	16	5 690	84			
Familia con disfunción moderada	581	22	2 106	78	1.4	1.21	1.56
Familia funcional	1 108	15	6 485	85			
Familia con disfunción severa	282	31	622	69	2.0	1.69	2.43
Familia funcional	1 108	15	6 485	85			

Interesante ha sido el observar que las únicas variables relacionadas con adicciones que mostraron relación con la familia fue "toma y le gusta" que arrojó un OR de 1,4 (IC de 95 % de 1,1-1,8) al comparar la disfunción severa con la percepción funcional familiar. Una explicación es la equivocada justificación social que ante problemas de convivencia se justifica tomar. Sugiere lo anterior, que la familia no influye con "tanta intensidad" en las adicciones (siendo más probable la relación derivada de contacto con pares) junto con influencias publicitarias de la sociedad de consumo (35).

Importante ha sido el no encontrar relaciones entre la familia (estructura y funciones) y las variables de pensamientos y de planeación del suicidio. Ello, a pesar que la relación con los padres parece ser uno de los predictores de comportamiento suicida (36,37). Ante esto, o las variables usadas no miden el riesgo suicida o el APGAR no detecta la "mala" relación con los padres que provoca riesgo de suicidio.

En conclusión este trabajo ha mostrado que lo más importante es una familia lo establece cómo funcione más que por cuáles miembros esté constituida. Ha mostrado cómo tal función familiar influye particularmente en las conductas violentas (cuando la funcionalidad percibida es mala) y con ello se propone insistir en educar en la resolución pacífica de conflictos en el seno de la familia como una alternativa para enfrentar el notorio problema que compartimos en el país ♦

**Agradecimientos:** A la Rectoría de la Fundación Universitaria Juan N Corpas por el apoyo económico que hizo posible esta investigación. A la Fundación Salud Familia y Comunidad que colocó toda su capacidad logística para el desarrollo de este trabajo. A las orientadoras de los colegios públicos de Suba que abrieron las puertas de sus colegios para la realización de esta investigación. Al Instituto Educativo Distrital "EL Salitre" por ser la puerta de entrada al interesante y sorprendente mundo de los adolescentes. Al Dr. Guillermo Restrepo Ch. por su constante asesoría.

## REFERENCIAS

1. Calzada R, Altamirano N, Ruiz M. La Adolescencia. Acta Pediatr Méx. 2001; 22(4): 122-127.
2. Rakel RE. Textbook of Family Practice. 4th Edition. W. B., Philadelphia: Saunders Company; 1990.
3. Calzada R, Ruiz M, Altamirano N. Características somáticas del proceso puberal. Acta Pediatr Mex. 2001; 22(3) 210-119.
4. Krauskoph D. Conductas de riesgo en fase juvenil. Documento OPS 2002 [Internet]. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro37/libro37.pdf>. Consultado: marzo 10 del 2006.
5. Mejía D. Salud Familiar para América Latina. Colombia: Editorial Ascofame; 1991. pp. 110-111.
6. Mejía G. Propuesta de una estrategia que permita detectar abuso sexual en adolescentes. Informe preliminar. Acta Pediatr Mex. 2005; 26(2):90-95.
7. Soto MO, Franco BA, Franco BoA, Silva VJ, Velázquez ZGA. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2003; 19(6). 7]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000600002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000600002&lng=es) Consultado 2006 marzo
8. Mersy DJ. Recognition of alcohol and substance abuse. Am Fam Physician. 2003; 67(7): 1529-32.
9. Bonomo Y, Proimos J. Substance misuse: alcohol, tobacco, inhalants, and other drugs. BMJ 2005; 330(2).
10. Viñas F, Ballabriga M, Domènech E. Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. Psicothema 2000; 12(4): 594-598.
11. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. BMJ 2005; 330(16).
12. Díaz JL, De la Peña F, Suárez JA, Palacios L. Perspectiva actual de la violencia juvenil. MedUNAB. 2004; 7:115-24.
13. Brook DW, Rosen Z, De la Rosa M, Montoya ID, Whitman M. Early risk factors for violence in Colombian adolescents. Am J Psychiatry. 2003; 160:1470-1478.
14. Rueda G, Díaz L, Ortiz DP, Pinzón C, Rodríguez J, Cadena L. Validación del cuestionario Scoff para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados. Aten Primaria 2005; 35(2):89-94.
15. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Bogotá; 2005.

16. Mejía IE. Dinámicas ritmos y significados de la sexualidad juvenil. Programa La Casa CESO. Universidad de los Andes; 2000.
17. Flórez B. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 18(6): 388-402.
18. Carisma [Internet]. Alcohol. Disponible en [http://www.esecarisma.gov.co/www/index.php?option=com\\_content&task=view&id=63&Itemid=72](http://www.esecarisma.gov.co/www/index.php?option=com_content&task=view&id=63&Itemid=72). Consultado: junio 7, 2006.
19. Ogilvie D, Gruer L, Haw S. Young people's access to tobacco, alcohol and other drugs. *BMJ* 2005; 331: 393-396.
20. Cassola I, Pilatti A, Alderete A, Godoy JC. Conductas de riesgo, expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Córdoba. *Revista Evaluar. Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba Argentina* 2005; (5): 38 -54.
21. Bryan C. Report shows strong sex differences in teenage health behavior. *BMJ* 2004; 328(7453): 1395.
22. Molero-Chamizo A, Muñoz-Negro JE. Psicofarmacología de la nicotina y de la conducta adictiva. *Trastornos adictivos*. 2005; 7(3):137-52.
23. Kaltiala R, Rimpelä M, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in finish adolescents: school survey. *BMJ* 1999; 319(7206):330-1.
24. Espinosa A, Anzures B. Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. *Revista Medica del Hospital General de México* 1999; 62(3): 183-190.
25. Forteza C, García G, Sánchez A, Medina M, González MH. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental* 1998; 21(3):1-9.
26. Zavaschi M, Benetti L, Polanczyk S, Bañón G. Adolescents exposed to physical violence in the community: a survey in Brazilian public schools. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 12(5):327-332.
27. Hosser D, Raddatz S, Windzio M Child maltreatment, revictimization and violent behavior. *Violence Vict*. 2007; 22(3):318-33.
28. Chaux E. Buscando pistas para prevenir la violencia urbana en Colombia: conflictos y agresión entre niños y adolescentes. *Revista de Estudios Sociales* 2005 (2002); 21 (1) 12:41-51.
29. Franco S. Violencia y salud en Colombia. *Rev Panam Salud Pública* 1997; 1(2): 93-103.
30. Dolan M, Doyle M. Violence risk prediction. Clinical and actuarie measures and the roll psychopath checklist. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 303-311.
31. Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R. Family structure variations in patterns and predictors of child victimization. *Am J Orthopsychiatry* 2007; 77(2): 282-295.
32. Nilsson K, Abrahamsson E, Torbiornsson A, Hägglöf B. Causes of adolescent onset anorexia nervosa: patient perspectives. *Eating Disorders* 2007; 15(2):125-133.
33. Benninghoven D, Tetsch N, Kunzendorf S, Jantschek G. Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Compr Psychiatry* 2007; 48(2):118 -123.
34. Ortiz R, Anaya NI, Sepúlveda C, Torres SJ, Camacho PA. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. *Revista MED UNAB* 2005; 8(2):71-77.
35. Hurtz SQ, Henriksen L, Wang Y, Feighery EC, Fortmann SP. The relationship between exposure to alcohol advertising in stores, owning alcohol promotional items and adolescent alcohol use. *Alcohol and Alcoholism* 2007; 42(2):143-149.
36. MacPhee AR, Andrews JJ. Risk factors for depression in early adolescence. *Adolescence* 2006; 41:435-466.
37. Fleming TM, Merry SN, Robinson EM, Denny SJ, Watson PD. Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *Aust N Z J. Psychiatry*. 2007; 41(3):213 - 221.