

Cornisa: PERFIL DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS EN ADOLESCENTES

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

Propuesta de tesis

“Perfil De Síntomas Psicológicos Presentes En Adolescentes De Educación  
Media Vocacional De Un Colegio Del Sector Público y Privado De Cartagena”

Asesor:

Fortich, D.

Por:

López, M.

Cartagena, Diciembre 7 de 2012

## Resumen

La adolescencia es un período de transición entre la infancia y la adultez temprana donde se presentan cambios y a medida que éstos se van presentando, puede afectar la salud mental de esta población, es aquí donde pueden aparecer o acentuarse algún malestar psicológico. Por esto se tomó una muestra de 144 estudiantes de educación media vocacional de dos colegios (público y privado), en edades comprendidas entre los 12 a 18 años, para describir los perfiles de síntomas psicológicos de esta población.

Con la prueba SCL 90R (0,953), se describió si los estudiantes presentan alguno de los síntomas que ésta prueba mide teniendo en cuenta variables sociodemográficas. Se observó mayor puntuación en obsesión-compulsión y depresión para ambos colegios a diferencia de los demás síntomas, así mismo, las mujeres del colegio público puntuaron más en sensibilidad interpersonal y ansiedad fóbica que el resto de los participantes; se halló que la población de 15 a 16 años de ambos colegios son quienes presentan más síntomas y los alumnos de los grados 11 en el colegio privado y 10 del público, fueron quienes más presentaron síntomas. En la población estudio se observó que la mayoría de los participantes puntuó mínimo 2 síntomas y estos resultados se soportan con la literatura consultada, ya que Casullo (2003) y Cuevas (1992) entre otros autores, reportan en sus estudios que las mujeres y los hombres presentan síntomas diferentes, sin embargo, hay síntomas que son más significativos en un sexo que en otro, así como la edad.

Palabras clave: Adolescencia, síntomas psicológicos, salud mental, educación media vocacional y SCL 90R

## Contenido

<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>Marco Teórico</b>	<b>9</b>
<b>Problema de investigación</b>	<b>28</b>
<b>Objetivos</b>	<b>33</b>
<b>Método</b>	<b>34</b>
<b>Resultados</b>	<b>38</b>
<b>Discusión</b>	<b>49</b>
<b>Referencias</b>	<b>60</b>
<b>Anexos</b>	<b>72</b>

## Introducción

Debido que es en la adolescencia donde se presentan muchos cambios (físicos, psicológicos, sociales, familiares, conductuales) resulta necesario conocer sobre los síntomas psicológicos que aquejan a la población estudiantil en este período. En el colegio, que es el espacio donde los adolescentes se encuentran mayor parte de su tiempo, generalmente los profesionales en el área tienen poco conocimiento sobre síntomas psicológicos e incluso se desestima su importancia; y es que a pesar que los profesores reconocen su relevancia, en las prácticas educativas no se le da un abordaje a este tema, dándole preferencia a otros con los que si se trabaja como sexualidad, abuso de sustancias y demás problemas conductuales que pueden afectar a futuro la vida de los hoy adolescentes (Romagnoli, Mena & Valdés, 2007). Dentro de los objetivos de la ley de educación (Ley 15 de 1994, artículo 13) se establece el del desarrollo integral, para el logro del cual se considera importante la realización de acciones estructuradas encaminadas, entre otras, a formar la personalidad de los educandos. Un desarrollo adecuado de la misma, debe velar por una salud mental que prevenga la aparición de síntomas psicológicos, o que provea insumos y acciones que permitan conocer la manifestación de estos síntomas, para tomar las medidas pertinentes.

Dentro del campo de la psicología educativa, la implementación de evaluaciones y test psicológicos a los estudiantes, permitiría a los psicólogos tener una visión más clara de aquellos factores que afectan el área psicológica de los adolescentes, lo cual sería fundamental para evitar que se agudicen estas sintomatologías a futuro y a su vez favorecer la implementación de otros programas de exploración de síntomas psicológicos presentes

en el alumnado.

Por ello es de vital importancia que la atención y el acompañamiento por parte de los psicólogos de los centros educativos, se presente de manera oportuna para los problemas que toman valor en la salud mental y psicológica de los adolescentes, dado que en estos últimos cursos (10° y 11° donde se prepara al adolescente a iniciar la vida adulta y preparación universitaria) se tiene como objetivo la formación integral, el respeto por el desarrollo de su personalidad y se les prepara en la adquisición de aprendizajes y desarrollo de habilidades que les ayudarán a enfrentar la vida futura, bien sea como ingreso a la educación superior o a la vida laboral, también de la vida social, en las que les es útil el ganar competencias relacionales en los espacios educativos con su grupo de pares y maestros. Esto puede relacionarse con las capacitaciones que se realizaron y fueron dadas a conocer a través de artículos publicados por el Periódico el Universal de Cartagena en 2010 se realizó una capacitación a estudiantes, padres de familia, líderes comunitarios y docentes con el fin de formarlos como agentes de salud mental y que se convirtieran en multiplicadores para prevenir suicidios y violencia (Castro, 2010). Y luego en 2011 se realizó una capacitación a jóvenes universitarios para formarlos también como agentes de salud mental, ofreciéndoles insumos que les permitiera identificar problemas como depresión, ataques de pánico, intentos de suicidio, ataques de fobia, víctimas de desastres y demás comportamientos que conlleve a crisis mentales (Molina, 2011).

En esta etapa se observa que se trata de un momento de la vida de gran sensibilidad frente a cambios y situaciones por abordar, que ameritan una observación, estudio, atención, prevención e intervención más puntual e intensa. Razones por las cuales se pretende hacer un abordaje sobre síntomas psicológicos (que afecta el área mental), un tema

que es poco tenido en cuenta al momento de realizar intervención en las escuelas. Gómez-Bustamante y Cogollo (2010) manifiestan en su trabajo que si bien la salud mental es importante para el desarrollo de la sociedad, los profesionales de la salud algunas veces restan importancia a proteger y se centran en factores de riesgo. De acuerdo con Agudelo (2009) se considera factor de riesgo a situaciones que podrían anticipar un final de gran impacto o trascendencia en la vida de los adolescentes, así como menciona Gómez (2008) en su estudio, existe más probabilidades de daño o malestar a la salud mental, en la vida de los adolescentes que comprometen o afectan una o varias áreas de la vida.

Con lo anterior se puede inferir esta información lograría ser de gran ayuda e interés para los psicólogos educativos y en particular para los profesionales de los colegios a trabajar para que reconozcan la importancia de aplicar también en el campo educativo el conocimiento de la psicología clínica en estricto sentido, ya que los datos obtenidos gracias al desarrollo de este proyecto investigativo, les brindará información sobre los perfiles psicológicos de sus estudiantes para prevenir futuros problemas o en su defecto, trabajar en lo hallado por medio del instrumento a utilizar, teniendo en cuenta que dentro de las instituciones educativas tanto la educación académica y la adquisición de conocimientos disciplinares, como el estado de salud psicológica del estudiantado deberían tener el mismo nivel de importancia.

El interés en trabajar con adolescentes de últimos cursos, se debe a que la edad promedio para cursar dichos grados oscilan aproximadamente entre los 14 y los 18 años y de acuerdo al artículo del Ministerio de la Protección Social (2003) donde se expone que existe una problemática para cada edad (entre los 5 a 21 años), la edad promedio en la que podrían presentarse mayores problemáticas son los 14 años (Encuesta Nacional de Salud

Mental 2003).

La idea de este proyecto investigativo surgió a partir de la necesidad de abarcar una temática poco explorada en los colegios en cuanto al trabajo con los adolescentes que están a punto de culminar sus estudios de educación media vocacional y conocer algunos de los síntomas psicológicos que pueden o no presentar los adolescentes que pertenecen a un colegio público o privado de Cartagena.

Mediante la aplicación de la prueba a utilizar, junto con su análisis y resultados, se podría obtener bases para futuras intervenciones individuales o grupales, que resulten eficaces como alternativa de solución a la diversidad de problemáticas que se pueden estar presentando en los estudiantes, buscando que no alcance mayor magnitud ni intensidad; trabajando de manera individual y/o grupal, con las familias e incluso con el cuerpo de docentes a través del diseño de diversos programas de prevención, de acuerdo con las edades o nivel de desarrollo en los que se encuentren cada grupo educativo. Esta información también puede ser útil para futuras investigaciones que den cuenta de análisis a través de las variables sociodemográficas. Lo cual será favorable tanto para la comunidad escolar en general como para cada estudiante en particular, ya que el conocimiento de la prevalencia de síntomas psicológicos (si llegasen a encontrar en la población objeto de este estudio), ayudará al psicólogo (a) de la institución a la programación de tareas contingentes a las problemáticas específicas, bien sea de orientación, consejería y prevención, o de intervención particular, desde estas nuevas perspectivas en aras de mejorar la calidad de vida del estudiantado en general y del clima institucional.

Resulta pues importante este estudio ya que de ésta manera se logra contribuir a los

colegios a identificar los síntomas psicológicos presentes en su alumnado (adolescente), para que se aborden a través de programas de psicología educativa o se haga la pertinente remisión o intervención clínica en pro a disminuir los índices de salud mental en un futuro.

## **Marco Teórico**

Desde el punto de vista psicológicos es importante trabajar en la identificación y descripción de síntomas psicológicos que afectan a la población, en especial la adolescente, porque la temprana detección de problemas en ésta área, permitirá trabajar oportunamente en la disipación de los mismos. De acuerdo con el National Center for Health Statistics (2003), la adolescencia es un período de la vida donde los jóvenes experimentan interés por un sinnúmero de cosas nuevas, donde además del conocimiento y la búsqueda de la independencia, también es una etapa donde el cerebro les permite o no tomar decisiones y riesgos, tales como volverse vulnerables a adicciones o incrementar las posibilidades de desarrollar una enfermedad mental.

Por lo anterior es de vital importancia conocer aspectos de la población a trabajar en este estudio, y sobre los síntomas psicológicos que enmarcarán el trabajo. Por esta razón, en primera medida se pretende dar a conocer la definición de adolescencia, posteriormente síntomas psicológicos y finalmente los síntomas que han de medirse.

### **Adolescencia**

La adolescencia es la transformación entre niñez y edad adulta, donde se tiene significativos cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales interrelacionados, además de oportunidades de crecimiento no sólo físicas, sino también en competencias cognoscitivas y sociales, autonomía e intimidad (Papalia, Wendkos & Duskin, 2002). Aquí se empieza a afirmar su autonomía como ser humano debido a experiencias en lo social, donde cada individuo impone su individualidad con tal que la sociedad les responda con estímulos (Grinder, 1998) y a pesar de no tener un determinado desarrollo psíquico (Dorsch, 1994),

gran parte de los jóvenes buscan tener una vida adulta satisfactoria y productiva ([Offer (1987), Offer y Schonert-Reichl (1992)] Papalia, et al., 2002).

Por lo anterior puede inferirse que esta etapa es delicada y trascendental en el desarrollo del adolescente y si se logra tener una satisfactoria adolescencia, en lo posible no se presentarán tantos problemas a futuro en todas sus áreas (psicológica, física, social, emocional, familiar). Por todos esos cambios que se dan durante este ciclo vital, debe tenerse en cuenta que hay mayor vulnerabilidad a que se presenten también problemáticas que afectan una o varias de éstas áreas, sin embargo, en este caso sólo se abordarán las que afectan el área psicológica del adolescente, debido que para la Red Escolar Nacional (2008) el adolescente se percibe decidido y resuelto, pero internamente está latente la inseguridad que los cambios traen consigo. Su indecisión puede manifestarse en los cambios conductuales puesto que no sabe si la independencia que busca es total o a través de control de padres, o si en ocasiones tiene que decidir por sí mismo o tener que consultar con un adulto.

### **Síntomas psicológicos**

Síntomas psicológicos se pueden definir como signo o manifestación de malestar que afecta el área síquica de un individuo; donde síntoma hace referencia a signo, característica o manifestación de un malestar (Dorsch, 1994) y la dimensión psicológica hace referencia a procesos psíquicos (mentales).

Dos de los síntomas más notorios presentes en la población adolescente son la ansiedad y la depresión, donde de acuerdo con el trabajo de Torres, Berbesi, Bareño y Montoya (2010) las cifras para cualquier trastorno de ansiedad representa un total de 2,5% para prevalencia de 30 días y 5,5% para 12 meses en ambos sexos y las de depresión mayor

representa un 1,4% para prevalencia de 30 días y 5% para 12 meses, igualmente para ambos sexos. Estos dos trastornos a menudo se les confunde, por lo que en primera instancia se pretende dar la explicación de cada uno de estos.

**Depresión.** En el diccionario de psicología, se define la depresión como un estado de ánimo donde la persona se siente de mal humor, no se siente con voluntad de realizar actividades rutinarias e incapacidad para tomar decisiones (Dorsch, 1994). Éste es uno de los trastornos del estado de ánimo, donde uno de su primera clasificación es el episodio depresivo mayor (el cual, suele ser más común), que se caracteriza de acuerdo con el DSM IV-TR (2002) por estados de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, durante al menos 2 semanas. Para ser diagnosticado, el sujeto debe manifestar la presencia de cinco (o más) síntomas: tristeza o vacío a veces acompañado de llanto; disminución de interés o capacidad para sentir placer en todas casi todas las actividades la mayor parte del día; pérdida de peso significativa o aumento del apetito con frecuencia; insomnio o hipersomnia la gran parte de la semana; generalmente se percibe o manifiesta agitación o enlentecimiento psicomotor; fatiga o pérdida de energía casi a diario; sentimientos de culpa o inutilidad sin razón la mayoría de los días de la semana; poca concentración o indecisión; pensamientos negativos sobre muerte o ideación suicida.

Para Vázquez, et al. (2004), el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta muchas áreas en la vida de una persona como su parte orgánica, su autoestima, el estado de ánimo y la manera de pensar, además de funciones diarias como comer y dormir. Según Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García y Oblitas (2008) la depresión hace referencia a nociones como manifestaciones clínicas, síntomas o como las diversas formas clínicas que tienen como trastornos psicológicos.

Según Campo, Díaz y Cogollo (2006) los síntomas de depresión con implicación clínica se asocian con conductas que afectan la salud física y mental, lo que puede llevar a los adolescentes algunas veces a descuidar sus relaciones interpersonales, familiares o incluso sus actividades diarias. Vázquez, et al. (2004) reconocen que la depresión en los adolescentes se asemeja a las de los adultos en cuanto a la severidad, la sobrepasan en autodestructividad y muestra una relación con el proceso de desarrollo, el adolescente siente que todo está perdido y que nada puede repararse, por lo que tiende a la depresión. La manera de cómo piensan influye en la depresión, ya que no es moderado, puesto que el adolescente parece vivir en un mundo donde lo es todo o es nada, dando mucha trascendencia a situaciones y hechos insignificantes, reaccionando con actos demasiado dramáticos (Vázquez, et al., 2004).

En cuanto a los síntomas manifiestos se encontró que las adolescentes depresivas presentan con mayor frecuencia síntomas físicos (aumento de apetito y de peso, alteraciones del sueño, retardo psicomotor y somatización), también sentimientos de culpa, insatisfacción de su imagen corporal y tendencia al llanto. En el caso de los varones, los síntomas que predominan son preocupaciones por la salud y fatiga (Bennett, Ambrosini & Kudes, 2005).

Cuevas, et al. (1992) al igual que Casullo, González y Maganto (2003) y Obiols, Barragán, Vicens y Navarro (2008) en sus estudios encontraron diferencias en cuanto la variable sexo, obteniendo datos donde son las puntuaciones más altas corresponden a las mujeres a diferencia de los hombres, donde los primeros autores estudiaron población promedio 23,5 años y los últimos con adolescentes. Estos últimos autores también afirman que en la literatura disponible sobre este síntoma y diferencias por sexo, durante la

adolescencia se ha evidenciado que las mujeres tienden a presentar mayor sintomatología depresiva a diferencia que los hombres. Bravo, Echeburúa y Aizpiri (2008) también trabajaron con la variable sexo donde encontraron diferencias significativas y las mujeres muestran puntuaciones superiores a los hombres.

**Ansiedad.** El DSM-IV TR (2002) da a conocer la ansiedad generalizada, la cual se caracteriza por ansiedad y preocupaciones excesivas y constantes durante al menos 6 meses donde deben presentarse tres o más síntomas (en el caso de los niños, basta sólo con uno): inquietud o impaciencia; fácil sensación de fatiga; dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco; irritabilidad; tensión muscular; alteraciones del sueño. También habla sobre el trastorno depresivo no especificado el cual, se incluye para descartarlo de otras categorías de depresión (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo).

La ansiedad es conocida como una respuesta emocional que se presenta en un individuo ante situaciones que interpreta o siente que son amenazantes y de peligro que generan malestar psicofísico que se caracteriza por inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego lo que permite vivenciar amenaza inminente y de causa indefinida. Es por ello que se le considera como trastorno mental, ya que encierra varios cuadros clínicos que comparten, “como rasgo común, extrema de carácter patológico, manifiestos en múltiples funciones y desajustes cognitivos, conductuales y psicofisiológico”; lo cual está expresado en diferentes áreas como la familiar, social o laboral y cuando la ansiedad es severa o aguda, puede paralizar al sujeto y transformándolo en pánico (Virues, 2005).

Los síntomas característicos de éste trastorno difieren de los sentimientos de

nerviosismo e inquietud manifestados como reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante situaciones o estímulos cotidianos, reacciones que resultan involuntarias son recurrentes, lo que generan incomodidad y malestar e interfieren de manera significativa y negativamente en múltiples niveles en la vida de un individuo (Virues, 2005).

En 2007, López y Pérez afirmaron en su trabajo que los trastornos de ansiedad en sus diferentes características, los miedos y las fobias, junto con la depresión, son problemas emocionales frecuentes en la niñez y la adolescencia y hasta hace poco no se les había prestado la atención que requerían porque los estudios eran limitados.

Los síntomas asociados a la ansiedad son: crisis de pánico o de angustia, agorafobia, angustia sin agorafobia, angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a alguna enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias (DSM IV-TR, 2002).

De acuerdo a la prevalencia y aparición, el trastorno de ansiedad por separación tiene su aparición entre los 5 y 9 años y según la APA, ha sugerido que es más común en las chicas que en los chicos, al igual que el trastorno de ansiedad generalizada, sin embargo, la edad de comienzo suele ser entre los 12 y 18 años (López y Pérez, 2007). Cuevas, et al. (1992) al igual que Casullo, et al. (2003) y Casullo (2004) en sus estudios respectivos encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres, puntuando éstas más alto que los varones, además de esto la edad de aparición es aproximadamente entre los 14 y 15 años (Casullo, et al., 2003) y esto no sólo se presenta en población adolescente, sino

también en la adulta (Casullo, 2004). Así mismo, en un estudio posterior, donde se trabajó con muestra clínica, se muestra que las mujeres tienden a puntuar más alto que los hombres (Sánchez y Ledesma, 2009).

**Fobia Social.** La cual es un trastorno asociado a los trastornos de ansiedad y según el DSM-IV TR (2002) la fobia social se caracteriza por presencia de ansiedad clínicamente significativa como resultado de algunas situaciones sociales o actuar en público, lo que conlleva a comportamientos de evitación. López y Pérez (2007), dieron a conocer que éste síntoma puede ser severamente incapacitante en las distintas etapas de la adolescencia, ya que de acuerdo con varios estudios la edad media de inicio de la fobia social se sitúa entre los 14 y 16 años, siendo poco frecuente su aparición a los 25 años (Olivares, Caballo, García-López, Rosa & López-Gollonet, 2003), por ello es conveniente se establezcan en esta edad las relaciones interpersonales puesto que se ven reducidas a causa de éste trastorno en esta etapa de vida.

Zubeidat, Fernández y Sierra (2006) definen la fobia social como una experiencia de estrés, miedo, ansiedad, displacer, etc., ante situaciones sociales lo que conlleva a que el sujeto tienda a la evitación deliberada de actuar en grupos sociales y temor de ser evaluado negativamente por los demás. Según Olivares-Rodríguez, Rosa-Alcázar y Olivares-Olivares (2006) quienes citan varios autores, manifestaron que este trastorno puede provocar bajo rendimiento académico, desencadenando posible abandono escolar (Beidel & Turner, 2005), el desarrollo de otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo (Essau, Conradt & Petermann, 1999; Stein et al., 2001) o la iniciación en el consumo de alcohol u otras sustancias dañinas (DeWit, McDonald & Offord, 1999).

Como indican Ramos, Piqueras y García-López (2008), dos de los factores de riesgo

que pueden desencadenar una fobia social son: incremento de las demandas sociales para incluirse como adulto y el desarrollo de las operaciones formales que posibilita a tener mayor conciencia entre lo que piensen los demás y él mismo. Se debe tener mucha cautela y prestar la debida atención a este trastorno cuando se presenta en el adolescente, ya que esto puede intervenir negativamente en su rendimiento académico, estados de ánimo bajos y corre el riesgo de iniciar en el consumo de sustancias, además como lo muestran Ramos, Piqueras y García-López (2009) este trastorno puede interferir en las relaciones sociales y desencadenar dificultad para acceder a un trabajo o desempeñar ciertas actividades que conlleven a un episodio depresivo mayor.

Cuevas, et al. (1992) encontraron que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los varones. En el estudio de Olivares, et al. (2003) señalan que en los trabajos realizados con muestras comunitarias, las mujeres fueron quienes puntuaron más alto a diferencia de los hombres, sin embargo, cuando revisaron trabajos realizados en contextos clínicos, pudieron ver en los hombres porcentajes iguales o superiores que las mujeres para la fobia social. Casullo, et al. (2003) también encontraron que las mujeres puntuaron significativamente más alto que los varones. En otro estudio se encontró que la edad media de aparición de la fobia social en los varones es cerca de los 11,5 a 14 años y para las mujeres entre los 12,5 a 15 años; en cuanto a la variable sexo, se presenta en mayor proporción en las mujeres que en los varones (Olivares, Piqueras & Alcázar, 2006). Bravo, et al. (2008) en su investigación encontraron diferencias significativas entre ambos sexos, donde las mujeres muestran puntuaciones superiores a los hombres. En 2010 Inglés, Piqueras, García-Fernández, García-López, Delgado y Ruiz-Esteban realizaron en las provincias de Murcia y Alicante (España), un estudio sobre ansiedad social o fobia social

(como se le conoce con frecuencia), donde dieron a conocer que de acuerdo con estudios epidemiológicos anteriores se arrojaron datos que este trastorno es uno de los más comunes en la adolescencia y a su vez, a través de los resultados del estudio, hallaron que las jóvenes presentaron puntuaciones significativamente más altas a comparación con los chicos y que hubo un aumento leve de malestar entre los 14 a 15 años.

**Obsesivo-Compulsivo (TOC).** Otro de los trastornos asociados a los trastornos de ansiedad y que afecta a los adolescentes, es el trastorno obsesivo-compulsivo, el cual es una enfermedad prevalente, heterogénea en la presentación clínica. De acuerdo con el DSM-IV TR (2002) las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que el sujeto considera intrusas e inapropiadas y que producen ansiedad o malestar relevantes. Por su parte, las compulsiones se definen como comportamientos o actos mentales recurrentes, con el propósito de prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionan placer o satisfacción. Según el DSM-IV TR (2002), el TOC se caracteriza por obsesiones (causantes de ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (que buscan neutralizar dicha ansiedad). Su característica principal es la presencia de obsesiones o compulsiones recurrentes lo suficientemente graves como para provocar pérdida de tiempo significativas o un acusado debilitamiento de la actividad general o un malestar clínicamente significativo.

Soutullo (2009) señala que aunque no siempre se presentan las obsesiones y compulsiones juntas, puede manifestarse una más que la otra y el sujeto puede reconocer que uno de éstos síntomas son ilógicos o excesivos. Este autor también muestra las formas de manifestación de un síntoma y el otro, donde las obsesiones se manifiestan por medio de miedos a contaminarse o causar daño a terceros o a su familia, ideas agresivas,

pensamientos con contenido sexual o prohibido, exactitud y necesidad de hacer todo bien, confesar o decir cosas; y las compulsiones se manifiestan por medio de lavarse constantemente, repetir acciones hasta que queden bien, precaución, orden, acumulación, tocar, contar hasta determinada cifra y rezar.

Bados (2005) en su estudio dio a conocer que en niños y adolescentes los rituales más frecuentes son el lavado, repetición de acciones, comprobación, contar, tocar y ordenar. Estos rituales son normales en diversas etapas de la vida, entre los 2 y 3 años tienen que ver con la comida, el baño y la hora de dormir, aumentan de los 4 a 6 años y a veces desaparecen entre los 8 y 9 años. Acciones repetitivas a los 5 y 6 años son no pisar en las separaciones de baldosas, contar números de la suerte y cruzar los dedos en señal de anulación de un pensamiento o protección por mentir. Entre los 6 y 11 años los infantes empiezan a coleccionar objetos y se disfrutan de juegos donde las prohibiciones y las reglas son específicas, estos rituales no tienen relación de continuidad con los síntomas.

De acuerdo con lo investigado por Cuevas, et al. (1992) hallaron diferencias en cuanto la variable sexo, obteniendo datos donde son las puntuaciones más altas de obsesiones-compulsiones corresponde a los hombres. A diferencia del anterior estudio, Casullo, et al. (2003), encontraron que las puntuaciones significativamente más altas, corresponden a las mujeres a comparación de los varones y su aparición es entre los 14 y 15 años aproximadamente. Bados (2005), se tiene que éste trastorno suele comenzar en la adolescencia o a principios de la adultez, aunque también puede iniciar en la infancia. Generalmente es más temprana la aparición en varones entre los 13 y 15 años, ya que en las mujeres suele ser de 20 a 24 años; teniendo en cuenta la iniciación en la infancia se puede hablar de aparición entre los 12 y 13 años, aunque en los niños puede aparecer a los 9,5

años y en las niñas a los 11. En cuanto a diferenciación por sexo se ha hallado 2 niños por cada niña. Bravo, et al. (2008) a través de su investigación, donde se trabajó con la variable sexo, encontraron diferencias significativas entre ambos sexos, donde las mujeres muestran puntuaciones superiores a los hombres.

Los problemas que se encuentran asociados al TOC son tics, trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía (tendencia a arrancarse el cabello o vellos de varias zonas del cuerpo) y posiblemente acumulación compulsiva (Leckman & Bloch, 2009) y con mayor frecuencia son el trastorno depresivo mayor, fobia específica y social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, abuso o dependencia del alcohol, perturbaciones del sueño y trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, además de tener problemas para concentrarse lo que conlleva a una disminución del rendimiento escolar (Bados, 2005).

**Somatización.** Dorsch (1994) la define como la transformación de un conflicto mental en una enfermedad reflejada en el cuerpo. Taylor (2006) afirmó este trastorno es usual en los jóvenes y que sus manifestaciones frecuentes son dolores de cabeza, abdominales, dolor torácico y fatiga. Aunque parece no existir diferencias entre sexos en cuanto a las manifestaciones de éste síntoma hasta la fase final de la adolescencia, al parecer existe un predominio en la población femenina.

Existe una asociación entre la somatización pediátrica y los episodios desfavorables percibidos, por ejemplo, la pérdida de un familiar puede desencadenar en el infante síntomas similares al de la persona fallecida. La somatización es la manera más frecuente de presentación de un trastorno psiquiátrico en la niñez o adolescencia, en especial para la ansiedad y depresión mayor. Se debe tener un acercamiento a especialistas de áreas de la salud, porque aunque sus manifestaciones son por medio de dolores físicos, se debe tener

en cuenta no confundirlo con hipocondría (la cual el DSM-IV TR [2002] la define como una preocupación y temor a padecer, o a la certeza de tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos) y a su vez, para descartar una enfermedad grave de contenido médico o psiquiátrico, situaciones desfavorables en su vida y malos tratos (Taylor, 2006).

Según el DSM-IV TR (2002) el trastorno de somatización se encuentra dentro de los trastornos somatomorfos, es un trastorno con diversos síntomas que se inicia antes de los 30 años, permanece varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor. Su característica principal son síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos (si requiere tratamiento médico o causa un deterioro evidente de la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo). Los sujetos que padecen este trastorno generalmente describen sus síntomas de manera llamativa y exagerada, sin embargo, falta información objetiva específica. La somatización puede llegar a ser peligroso para una persona, ya que los individuos se ven sometidos a tratamientos constantes por varios profesionales de la salud, y debido a esto es imprescindible que se trate a este tipo de pacientes en centros de salud mental ya que sus síntomas más importantes son ansiedad y estado de ánimo deprimido. Quien padece este trastorno puede tener comportamientos impulsivos y antisociales, amenazar e intentar suicidarse y conflictos matrimoniales.

El diagnóstico infantil según los criterios DSM o CIE, en la mayoría de los casos es de trastorno somatoforme no especificado. Por esto sería oportuno la adaptación de los criterios del adulto para los niños y adolescentes, con el objetivo que se otorgue una clasificación más específica y detallada. Como el interés por estudios en niños con éste

trastorno se desarrollan con más interés, algunos autores han descrito a estos pacientes con rasgos de altas expectativas personales, perfeccionismo, autosuficiencia, buenos en todo, niegan sus ansiedades, muy responsables, con familias donde aparentan todo está bien y ser felices, donde los conflictos también son negados u olvidados (Pedreira, Palanca, Sardinero & Martin, 2001).

La presentación somatizada en los adolescentes remite una forma de reacción y expresión de los trastornos psicopatológicos. Por ello se presenta una preocupación por la imagen corporal y el hecho de tener alguna enfermedad, esto clínicamente tiene dos formas: temores hipocondríacos y el narcisismo del adolescente. Los síntomas más frecuentes que se encuentran en esta población son: la sensación de ahogo, suele acompañarse de taquicardias, otro síntoma son los dolores abdominales, cefaleas o dolores en las articulaciones que a su vez puede ir acompañado de sudoración, palidez, sensación de escalofríos y náuseas; la somatización más sensible consiste en alteraciones del sueño (dificultad para conciliar el sueño, despertar con frecuencia, pesadillas o temores nocturnos). Otros problemas que también conlleva la somatización son trastornos alimenticios, ansiedad y confusión, hasta fisiológicamente se puede manifestar acné (Pedreira, et al., 2001).

Además de lo anterior, las personas que la padecen suelen evadir responsabilidades, no se involucran en trabajos que demanden mucho esfuerzo o la oportunidad de crecimiento (que los hacen ver como incapaces o culpables) y se sienten incapaces de unificar una familia dividida (ya que todos giran en torno a él y olvidan otros conflictos) (Montoya, 2009).

Cuevas, Henry y González de Rivera (1992) también hallaron diferencias en cuanto

la variable sexo, obteniendo datos donde son las puntuaciones más altas de somatización corresponde a las mujeres. Este síntoma es más común en las mujeres que en los hombres (Casullo, et al., 2003; Sánchez & Ledesma, 2009), tanto para población adolescente, como para adulta (Casullo, 2004).

**Psicoticismo.** Según el DSM-IV TR (2002) el trastorno psicótico breve es una alteración que soporta el inicio repentino de por lo menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Los sujetos suelen experimentar un gran desorden emocional o una confusión abrumadora, con rápidas alternancias entre distintos estados afectivos. Este trastorno puede llegar a tener un riesgo de mortalidad que va en aumento (en el caso del suicidio), en particular de los más jóvenes. El trastorno psicótico breve puede aparecer en la adolescencia o el principio de la edad adulta, con una media de edad de inicio alrededor de los 30 años.

De acuerdo con Goodwin, Fergusson y Horwood (2004) en su estudio sobre crisis de angustia y psicoticismo, señalan que en diversos estudios (Cosoff & Hafner, 1998; Cutler & Siris, 1991; Turnbull & Bebbington, 2001; Goodwin, Stayner, Chinman & Davidson, 2001; Strauss, 1969) se han encontrado en los resultados muchas coincidencias entre ambos síntomas y reconocen que aunque se desconoce el mecanismo de la relación, no sería absurdo pensar que las crisis de angustia aumentan la predisposición al psicoticismo puesto que la angustia genera mucha ansiedad y tiende a desestabilizar el funcionamiento físico, emocional y cognitivo; pero también cabe la posibilidad que sea al contrario, ya que datos clínicos confirman que los episodios psicóticos pueden extenderse y pronosticar el inicio de trastornos de ansiedad.

Cuevas, et al. (1992) encontraron que los hombres puntuaban más alto que las mujeres, sin embargo, Casullo, et al. (2003) encontraron que las mujeres puntuaron significativamente más alto que los varones, Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino, Villazón-García, Sierra-Baigrie y Muñiz (2009) señalaron que la presencia de experiencias alucinatorias auditivas se encuentra asociada al cabo de los 14 años, con mayor riesgo posterior de psicosis no afectiva, aunque no en todos los casos informados, presentaron un trastorno psicótico posterior. En cuanto al sexo, se obtuvo que los varones tuvieron poco más puntuación por encima de las mujeres en cuanto a alucinaciones verbales.

Posteriormente, algunos de estos mismos autores expresaron que los síntomas psicóticos como experiencias alucinatorias, el pensamiento mágico o los síntomas delirantes, son un fenómeno psicológico común entre la población general. Estudios longitudinales realizados en muestras de la población general (comunidad del principado de Asturias), muestran que la presencia de estos signos psicotiformes a edades tempranas incrementa el riesgo futuro de desarrollar un trastorno del espectro esquizofrénico y también predicen las experiencias delirantes en la etapa adulta (Fonseca-Pedrero, Santarén-Rosell, Lemos-Giráldez, Paino, Sierra-Baigrie & Muñiz, 2011).

**Ideación Paranoide.** El DSM-IV TR (2002) da a conocer el trastorno paranoide de la personalidad se caracteriza por un patrón de desconfianza y suspicacia hacia los que le rodean, de manera que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas. Los individuos dan por hecho que los demás se aprovecharán de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar aunque no tengan prueba de ello. Los sujetos que padecen este trastorno son personas con las que generalmente es difícil llevarse bien y suelen tener problemas en las relaciones interpersonales ya que su suspicacia y hostilidad excesivas pueden expresarse

mediante las protestas directas, las quejas recurrentes o por un distanciamiento silencioso claramente hostil.

En una de las investigaciones halladas, se encontró que los hombres puntuaron más alto que las mujeres (Cuevas, et al., 1992), sin embargo, en un estudio posterior Casullo, et al. (2003) encontraron que fueron las mujeres quienes puntuaron significativamente más alto que los varones. Luego, en otro estudio donde se buscó examinar la relación entre edad y sexo, donde a pesar que no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad, si se tuvo por sexo, donde los hombres puntuaron más alto que las mujeres (Fonseca-Pedrero, et al., 2011).

**Hostilidad.** Debido que la hostilidad implica aspectos afectivos, cognitivos y conductuales, se le entiende como un rasgo cognitivo de personalidad, como un patrón cognitivo estable y duradero de creencias y actitudes negativistas y destructivas hacia otros, donde se incluyen creencias y actitudes de cinismo, desconfianza y suspicacia, recelo, rencor y devaluación de los otros (Sanz, Magán & García-Vera, 2006). Según el DSM IV TR (2003) la hostilidad es consecuencia de una amplia variedad de trastornos psiquiátricos. Este síntoma puede proceder de un deterioro cognoscitivo (delirium, demencia o estado amnésico), una intoxicación, o un trastorno por déficit de atención. El paciente tendrá una incapacidad para seguir el curso de un pensamiento, actuará frustrado lo que se agrava con preguntas que le irritarán.

Los sujetos con frecuencia se ven implicados en peleas o bien, pueden sentir el deseo por golpear algo o alguien, lo que hace que quienes le rodean se alejen. Los adolescentes que se sienten con ira y hostiles, suelen sentir ansiedad, estrés, tristeza y fatiga, a su vez, pueden presentar problemas con abuso de drogas, alcohol, tabaco y

trastornos de la conducta alimentaria (Husney & Green, 2010).

Sanz, et al. (2006) comentaron que la ira muestra una estrecha relación con la hostilidad, la cual implica un patrón relativamente estable de creencias y actitudes negativas sobre los demás relacionadas con los temas de cinismo, desconfianza, suspicacia, denigración, enfrentamiento y resentimiento, patrón que a menudo se ve acompañado de un claro deseo de infringir daño a los otros (todas estas actitudes y deseos suelen estar asociadas a sentimientos de ira). Sin embargo, para hacer una distinción entre estos constructos, García-León, Reyes, Pérez-Marfil y Vila (2004) definen a la hostilidad como una disposición cognitiva duradera, a la ira como una reacción emocional y la agresión (que en varios estudios se relacionan juntas) puede ser entendido como una conducta o acción, esta puede expresarse de manera física o verbal.

La hostilidad puede predecir la conducta agresiva mediante dos vías: 1) como rasgo de personalidad que predispone a actuar de manera opositora o amenazante frente a los demás y por ende predispone a las personas a situaciones de conflicto interpersonal, enfrentamiento, provocación o injusticia y 2) a través de pensamientos hostiles que se activan en situaciones determinadas ante la percepción de provocación o injusticia. Este trastorno junto con la ira y la agresión se relacionan con problemas psicosociales como violencia de género, acoso laboral o escolar, deterioro de las relaciones personales y sociales, y los problemas académicos, laborales y legales (Sanz, et al., 2006). En el caso de las escuelas se le denomina bullying, esto es, que un individuo cause daño o intimide directa o indirectamente a otro a través de burlas, exclusiones y maltrato físico o verbal (Paredes, Sanabria-Ferrand, González-Quevedo & Moreno, 2010).

Cuevas, et al. (1992) al igual que Casullo, et al. (2003) en su estudio encontraron que los varones puntuaron significativamente más alto que las mujeres. Entre los trabajos sobre bullying consultados, se encontró el de Ávila-Toscano, Osorio, Cuello, Cogollo y Causado (2010) donde se encontró que los varones puntuaron más alto que las mujeres en cuanto a agresión, teniendo edad promedio entre los 13 y 16 años, sin embargo, el número de agresor aumenta entre los mayores. Por otra parte, son las mujeres quienes en la mayoría de los casos las víctimas de las agresiones, puntuando más bajo los varones. En otro estudio, compararon dos países (Colombia y Costa Rica) encontrándose que los varones costarricenses utilizan el contacto físico, agresiones verbales y amenazas a sus víctimas, mientras que los colombianos se valen más de amenazas, apodos, ridiculizaciones y maltrato físico; mientras que las mujeres costarricenses justifican su actuar de acuerdo a características de sus víctimas y las colombianas en relación con sus deseos (Paredes, Lega, Cabeza, Ortega, Media & Vega, 2010) y al igual que el trabajo anterior, asumen que el bullying es más frecuente en los varones que en las mujeres, ya que los altos niveles de testosterona pueden llevar a más agresión (Harris, Rushton, Hampson & Jackson, [1996], citados por Paredes, Lega, Cabeza, Ortega, Media & Vega, 2010).

Los síntomas antes mencionados son sólo algunos de los que aquejan a los adolescentes, los cuales se estudiarán en la presente investigación, así que de acuerdo a esto es importante estar alerta ante cualquier comportamiento de los adolescentes. Vinaccia, Quinceno y Moreno (2007) citan a Ortigosa, Quiles y Méndez (2003) manifiestan que cuando el adolescente siente que no puede enfrentar sus problemas de manera efectiva, su conducta podría tener efectos negativos en su propia vida y en la actividad familiar y social, por lo tanto es imprescindible darle valor a las relaciones entre los estilos de afrontamiento

y otros factores como la clase social, el malestar previo, la edad, el origen étnico o el género que influencia muchas veces directa o indirectamente y articularán su calidad de vida dependiendo de la percepción concebida ante las situaciones.

La presente investigación además de analizar las variables antes mencionadas, también tendrá en cuenta dos poblaciones de adolescentes, una de estrato socio-económico medio alto y medio bajo. Agudelo (2009) cita a Campo y Cassiani (2008) quienes en su estudio preliminar, encontraron que el bajo nivel académico, la caída reciente del ingreso económico y la vivienda pobre se asocian significativamente con un incremento en la prevalencia de los trastornos mentales.

Por medio de esta investigación se realizará una descripción de los síntomas antes citados, para determinar si se manifiestan en los grupos poblacionales de adolescentes de los colegios elegidos para la ejecución de la misma. Así mismo se podrá inferir si los resultados encontrados en los estudios anotados son similares a los de esta población o no. Asuntos todos que el análisis estadístico a usar arrojarán para dar claridad y respuesta a estas preguntas.

### **Problema de investigación**

Pintado, Jiménez, Padilla, Guerra y Antelo (2010) señalan que problemas como depresión, ansiedad, estrés, fobias, complejos, neurosis, anorexia, bulimia son algunos de los factores psicológicos que podrían presentarse en los adolescentes, debido que se encuentran en una etapa de la vida de cambios rápidos y por la falta de seguridad para afrontar los problemas, podrían ser objeto de estas enfermedades. A pesar que no en todos los adolescentes se presenten sintomatologías desde la infancia, de acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) Colombia 2003, se encontró que cuatro de cada 10 personas en algún momento de sus vidas presentaron al menos un trastorno mental. En cuanto a la iniciación de los trastornos hallaron que éstos pueden tener su aparición en edades medias entre los 5 a 20 años de edad, presentándose a los 5 años el trastorno de atención, la fobia específica a los 7, la ansiedad por separación a los 8, los trastornos de conducta y negativista desafiante a los 10 años, la fobia social a los 14, agorafobia a los 16, trastorno de pánico a los 18 y ansiedad generalizada a los 20 años. En las conclusiones de la ENSM (2003) éstos hallan coincidencias entre sus datos obtenidos y los arrojados por los estudios de Burke et al. (2000) y Kessler y Ustun (2000), donde los primeros encontraron que en los períodos de adolescencia y adultez joven pueden presentarse la depresión mayor unipolar, enfermedad bipolar, fobias y dependencia y abuso de sustancias. Además en USA, Kessler y Ustun. (2000), encontraron que la edad promedio de aparición del trastorno de ansiedad es aproximadamente a los 11 años. De acuerdo a lo mencionado con anterioridad podría inferirse que el período de la adolescencia es susceptible a la ocurrencia de una alta proporción de trastornos que bien pueden convertirse en mayores problemas si

no son tratados a tiempo, comprometiendo diversas áreas de la vida del individuo como la salud integral, la supervivencia y su proyecto de vida (Zavaleta, 2001). En esta misma línea se encontró que en el trabajo de Barra, Cerna, Kramm y Véliz (2006) se pone de manifiesto que el acumular problemas y estresores habituales, puede generar vulnerabilidad para presentar problemas físicos y/o mentales.

De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Censo General DANE, 2005) en 1993 la población adolescente correspondía a un 20,5% de la población total; en el último censo realizado en 2005, habían 42'888.592 de habitantes, donde el 20,2% de la población eran adolescentes entre los 10 y 19 años, sin embargo, en un lapso de 12 años la población general aumentó y así también lo hizo la población adolescente un 2,8% aproximadamente. Teniendo en cuenta las cifras estimadas al 2012, la población general aumentó aproximadamente un 8,6% y la adolescente aumentó promedio de un 0,2% (Proyecciones de población DANE, 2012).

En este sentido resulta importante que se preste una mayor atención a este tipo población ya que no sólo va en aumento, sino que las problemáticas psicológicas que bien podrían aquejarlos, también se verían incrementadas. Hay que tener en cuenta, además, que se trata de población que está atravesando por un período de transición en el cual se intenta encontrar una identidad propia en un mundo enmarcado e influenciado por adultos, lo que no resulta fácil; asimismo, representa crecimiento y maduración marcados por factores intrínsecos (psicológicos) y extrínsecos (generados por patrones y normas de conducta incongruentes impuestos por los adultos a los adolescentes, que pueden generar tensiones, crisis y conflictos) ([Coleman, 1985; Rosenberg, 1995; Kimmel & Weiner, 2001], citados por Barcelata, Gómez & Durán, 2006).

Por lo tanto, en este período se hace necesaria la atención psicológica ya que la estabilidad emocional y física son muy importantes y son la base del desarrollo óptimo en la adultez (Barcelata, et al., 2006). De ahí que la evaluación psicológica durante la adolescencia haya cobrado gran relevancia, desarrollándose estudios e investigaciones con adolescentes y sus problemáticas dentro de los cuales se encontraron a: Molina Moreno (2001), Alba (2010) y Gómez-Bustamante y Cogollo (2010). También se ha llevado a cabo un sinnúmero de estudios que abarcan diversas sintomatologías que pueden afectar a la población adolescente desde hace varios años, entre los cuales se encontraron datos relacionados con depresión, obsesiones-compulsiones, ansiedad, entre otras.

De acuerdo a la previa revisión bibliográfica realizada para este estudio, se puede llegar a la conclusión que aquellos síntomas que tienden a afectar a la mayoría de la población adolescente son la depresión, ansiedad, fobia social y la hostilidad (lo que hoy día se ha dado a conocer a través de los medios y las nuevas investigaciones, como bullying o matoneo [forma de agresión tanto física como verbal o psicológica, directa o indirectamente contra un sujeto]). Algunos de estos síntomas son más notorios con un sexo (mujeres u hombres) que en otro, puesto que sus criterios diagnósticos o características tienden a ser relacionados más con uno de éstos por ejemplo en el caso de la depresión, generalmente se relaciona con las mujeres (por sus estados de ánimo lábiles), mientras que la hostilidad con los hombres (por la fuerza que les caracteriza).

A pesar de los resultados de los estudios encontrados, Gómez-Bustamante y Cogollo (2010), manifestaron que se le resta importancia a la salud mental, en especial a la sintomatología psicológica que puedan presentar los estudiantes, ya que por lo general los profesionales en el área se centran en realizar programas para prevenir problemáticas de

conducta que puede representar en los adolescentes conductas indeseables a futuro (si no se maneja de la manera más eficaz y adecuada). A través de estos programas, los adolescentes posiblemente no manifestarán de este tipo de problemas y anexo a ello, las temáticas abordadas son significativas en la vida de todo ser humano, pues buscan que no se presenten en ellos conductas desajustadas y por lo tanto sus procesos de socialización y su inclusión dentro de grupos y redes sociales será efectiva. Sin embargo, resulta necesario también estudiar otro tipo de sintomatologías psicológicas y de problemáticas asociadas a estas, a partir de las cuales puedan también diseñarse programas desde los departamentos de bienestar o afines.

Desde hace muchos años y aun en la actualidad, se observa que entre los trastornos que más afecta a los adolescentes son los del estado de ánimo (depresión), trastornos de ansiedad, problemas de conducta (lo que hoy se conoce como bullying o matoneo) o trastorno de comportamiento, trastornos alimenticios (anorexia o bulimia), trastornos adictivos y otros frecuentes de la infancia y adolescencia (autismo, trastorno del aprendizaje y de atención con hiperactividad) (Rockyville, 1999, citado por Ibarra, 2010), además de esos problemas, se suman el suicidio (Monge, Cubillas, Román & Abril 2007) y los embarazos no deseados Debido a que este tipo de problemáticas han disminuido (en un 38% hasta el 2010 para el suicidio), aún persisten significativamente, por lo que se ha visto la necesidad de formular programas de prevención sobre las mismas (tales como los talleres de formación en salud mental y para prevenir suicidios y violencia). Esto muestran claramente que en los adolescentes los problemas más conocidos y tratados son en su mayoría conductuales, sin embargo, a futuro éstos pueden ser desencadenantes de problemas psicológicos o éstos podrían ser los desencadenantes a que se presenten

problemas conductuales.

Ahora bien, a pesar que en el contexto de los colegios en Colombia no se han hallado estudios donde se demuestre un abordaje de estas problemáticas psicológicas en los estudiantes, se halló uno, no en colegios, pero si en estudiantes universitarios venezolanos, donde se abordaron temáticas como: perfiles psicológicos, salud mental y rasgos de personalidad (Prieto de Alizo & Fonseca de Rocca, 2005). De lo anterior podría deducirse que en Colombia, resultan más notorios los trabajos sobre conductas desajustadas, problemas de aprendizaje y problemas más comunes (como depresión, vida sexual, adicciones, indicios de suicidio, violencia). Luego entonces podría inferirse que de acuerdo con la conversación que se tuvo con el psicólogo (de uno de los colegios a trabajar) Barrios (21 de Noviembre, 2011), en las escuelas es inusual abordar temáticas que tengan que ver con síntomas psicológicos presentes en los estudiantes, por lo que generalmente se implementan programas integrales de salud o conducta, cuando las problemáticas son previamente detectadas o comunicadas a través de terceras personas.

Por lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los perfiles de síntomas psicológicos que presentan los estudiantes de educación media vocacional de un colegio del sector público y privado de Cartagena?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Describir los perfiles de síntomas psicológicos presentes en adolescentes de educación media vocacional en un colegio del sector público y privado de Cartagena, mediante la aplicación de la prueba SCL-90R.

### **Objetivos específicos**

Identificar síntomas psicológicos presentes en adolescentes de educación media vocacional.

Describir los síntomas psicológicos presentes en la población de acuerdo a las variables sociodemográficas (sexo, edad y nivel de escolaridad) de acuerdo al colegio (público y privado).

## **Método**

### **Diseño**

Se realizó un estudio Descriptivo transversal, de donde se obtuvo un perfil de síntomas psicológicos (Somatización, Obsesiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo), que presentan o no los adolescentes de educación media vocacional de un colegio del sector público y privado de Cartagena.

### **Muestreo**

Para la escogencia de los colegios, se realizó la selección por conveniencia, la cual Salkind (1999) quien manifestó que es una estrategia de muestreo no probabilístico y se realiza de acuerdo a la comodidad y conveniencia del investigador. De la misma manera se escogieron los salones (en el colegio privado, ya que hay 4 por cada nivel y se escogieron 2), teniendo en cuenta el horario de clases, puesto que no se pretendía atrasar a los estudiantes, se tomaron las horas de una materia en específica que es vista dos horas diarias.

### **Participantes**

La muestra está constituida por 144 adolescentes estudiantes de educación media vocacional, la cual comprende los grados 10 y 11, de un colegio del sector público y privado de Cartagena. Donde 74 pertenecen al colegio privado y 70 al colegio público con edades entre los 12 a 18 años.

### **Instrumento**

El listado de Síntomas Revisado SCL-90-R (Derogatis, 1983. Adaptación al

castellano por González de Rivera & Cols., 2002) (ver Anexo 1) es un cuestionario autoaplicado conformado por 90 ítems, diseñados para evaluar el nivel de malestar en pacientes con y sin síntomas clínicos. El malestar psicológico está medido en nueve dimensiones primarias de síntomas (Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo). A partir de ahí se obtienen tres índices globales de malestar que indican diversos aspectos del sufrimiento psicopatológico general: el primero es el Índice Global (GSI, Global Symptom Index) que indica el grado de malestar general e imperceptible de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global; el segundo es el Total de Síntomas Positivos (PST, Positive Symptom Total) también llamado Total de Respuestas Positivas; por último, el tercero, es el Índice de Distress de Síntomas Positivos (PSDI, Positive Symptom Distress Index) que relaciona el sufrimiento o distress global con el número de síntomas, y es un indicador de la intensidad sintomática medida. Los síntomas psicológicos (dimensiones primarias de síntomas) proporcionan un perfil de las áreas de psicopatología, y los ítems individuales dan información del nivel discreto del síntoma. Puede aplicarse a individuos desde los 13 años y es posible su administración verbal en caso que el paciente tenga un bajo nivel educativo (Derogatis, 1983). Cada ítem se responderá de acuerdo a una puntuación de 0 a 5 puntos (0 nada; 1 un poco; 2 moderadamente; 3 mucho; 4 muchísimo) teniendo en cuenta si ha sentido malestar durante los últimos 7 días (Carrasco, Sánchez, Ciccotelli & Del Barrio, 2003).

Esta prueba ha sido utilizada en varios trabajos, donde su confiabilidad se ha medido a través del Alfa de Cronbach, en su trabajo Garaigordobil, Durá y Pérez (2005) los valores de los coeficientes alpha oscilan entre 0.81 y 0.90; Lara, Espinosa, Cárdenas, Fócil

y Cavazos (2005) la confiabilidad de la prueba fue superior a 0.8; para Bravo, et al. (2008) la confiabilidad está entre 0.77 y 0.90, basados en la adaptación española y en el presente trabajo se halló el alpha, el cual fue 0,953, lo cual indica una fiabilidad alta.

Ver en Anexo 2 la definición operacional de las variables.

### **Procedimiento**

Inicialmente se seleccionaron los colegios con los que se pretendía trabajar, se realizó un cronograma de actividades (ver Anexo 3) para tener un orden. Se tuvo una conversación con los psicólogos de cada colegio, para explicarles el fin de la tesis y contar con su apoyo en el proyecto, para luego enviar una carta solicitando la autorización de los rectores de los colegios. Una vez obtenida la aprobación de los rectores de cada colegio, se logró tener un acercamiento con los estudiantes donde se les dio a conocer el fin del trabajo y se explicó la metodología a seguir; se hizo entrega de un documento informativo (consentimiento informado) a los padres o tutores (ver Anexo 4) y una semana más tarde se recogieron las cartas firmadas y se procedió a que los estudiantes firmaran los consentimientos informados (ver Anexo 5). Anexo a esto se debe mantener el secreto profesional, el cual en el Código de ética profesional en su capítulo tercero sobre, en el artículo 11, 5.1 que el secreto profesional establece que constituye un deber del profesional que es indefinido y abarca incluso el nombre del cliente o paciente, como parte de su derecho.

Una vez recogidas las cartas de los padres o tutores y la de los estudiantes, se aplicó la prueba en cada salón, donde el tiempo de duración fue de 30 a 45 minutos por curso. Luego de aplicada la prueba a cada una de las poblaciones, se realizó la calificación de las mismas y posteriormente se tabularon los resultados. Para la tabulación de los resultados, se

tuvo en cuenta: los síntomas psicológicos presentes en los estudiantes de ambas poblaciones y posterior comparación de los resultados teniendo en cuenta las variables sociodemográficas.

### **Análisis Estadístico**

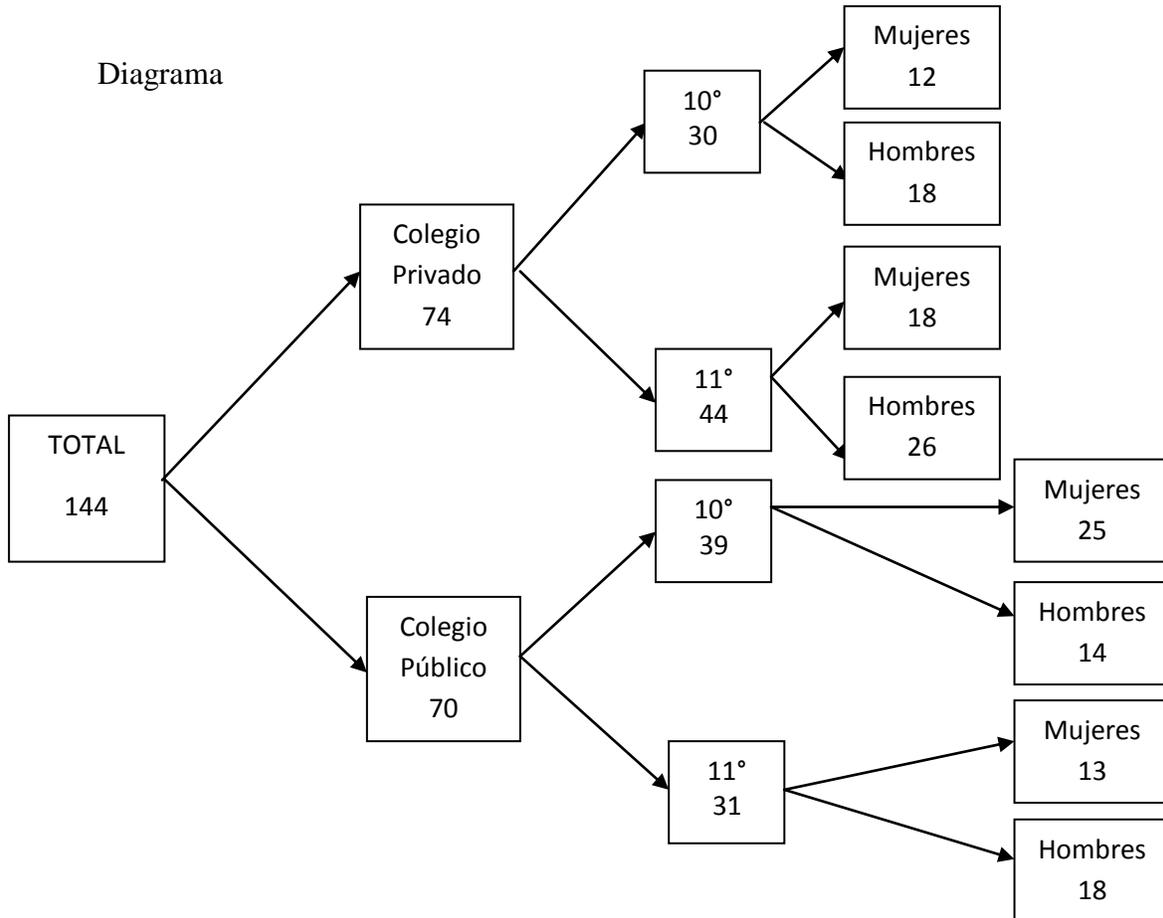
Luego de obtenidos los resultados, se realizaron las tabulaciones teniendo en cuenta las tablas de frecuencia donde se muestran los síntomas psicológicos presentes en cada una de las poblaciones en tablas diferentes y luego hacer descripciones teniendo en cuenta las variables socio demográficas (sexo, edad, nivel de escolaridad [10°-11°] y el colegio [público o privado]).

**Resultados**

De acuerdo con los objetivos planteados, se presentarán a continuación los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las variables sociodemográficas propuestas para el análisis (sexo, edad y curso), y los grupos, dependiendo del colegio al que pertenece la población, sea el privado o público. Es por ello que se realizará la descripción de la población total a través de un diagrama y posterior a ello el análisis de cada variable (cada una en su tabla correspondiente).

Participantes:

Se tomó una muestra de 144 estudiantes, donde 74 pertenecen al colegio privado y 70 al colegio público (ver diagrama).



Atendiendo al primer objetivo planteado en cuanto a la identificación de síntomas experimentados por la población en general, en la tabla 1 se muestra la cantidad total de síntomas experimentados por los estudiantes de ambos colegios (público y privado). A pesar que en todos los casos se presentaron muchos rasgos de síntomas psicológicos, los 6 más altos fueron la obsesión-compulsión con un total de 90,3%, depresión 79,2%, sensibilidad interpersonal 77,1%, hostilidad e ideación paranoide con 72,9% y psicoticismo 72,2%.

Tabla 1

*Síntomas experimentados por toda la población*

Síntoma	Presenta	Porcentaje	No presenta	Porcentaje
Som	96	66,7	48	33,3
Obs-com	130	90,3	14	9,7
Sen. Int	111	77,1	33	22,9
Dep	114	79,2	30	20,8
Ans	97	67,4	47	32,6
Hos	105	72,9	39	27,1
Ans. Fob.	101	70,1	43	29,9
Id. Par.	105	72,9	39	27,1
Psic	104	72,2	40	27,8

Atendiendo al segundo objetivo donde se planteó describir cada síntoma teniendo en cuenta las variables sociodemográficas sexo, edad y nivel de escolaridad, de acuerdo al colegio; se iniciará describiendo el total de síntomas experimentados por la población y finalmente se discriminará por colegio (privado y público) atendiendo en orden cada una de las variables planteadas sexo, edad y finalmente por curso (10° y 11°).

En la tabla 2 se muestra el total de síntomas presentados en toda la población de acuerdo a la variable sexo, donde se observa que las mujeres puntúan poco más alto que los hombres en todas las escalas, a diferencia de la obsesión-compulsión, donde los resultados fueron parejos.

Tabla 2

*Total de síntomas por sexo*

Síntoma	Mujer		Hombre	
	Presenta	No presenta	Presenta	No presenta
Som	55	13	41	35
Obs-com	65	3	65	11
Sen. Int	62	6	49	27
Dep	61	7	53	23
Ans	55	13	42	34
Hos	56	12	49	27
Ans. Fob.	58	10	43	33
Id. Par.	56	12	49	27

Psic	54	14	50	26
------	----	----	----	----

En las tablas 3 y 4 se muestra cada síntoma teniendo en cuenta la variable sexo (mujeres y hombres) y el colegio al que pertenece (privado y público).

En la tabla 3 se observa que a pesar que ambos sexos manifiestan tener todos los síntomas, las mujeres puntúan poco más que los hombres en todas las escalas a excepción de la somatización donde los resultados fueron parejos.

Tabla 3

*Síntomas experimentados por sexo colegio privado*

Síntoma	Mujer		Hombre		Total presenta	Total No presenta
	Presenta	No presenta	Presenta	No presenta		
Som	24	6	24	20	48	26
Obs-com	30	0	41	3	71	3
Sen. Int	25	5	27	17	52	22
Dep	27	3	31	13	58	16
Ans	23	7	28	16	51	23
Hos	25	5	28	16	53	21
Ans. Fob.	22	8	26	18	48	26
Id. Par.	24	6	27	17	51	23
Psic	22	8	29	15	51	23

En la tabla 4 se observa que las mujeres puntúan relativamente más alto que los hombres en todos los síntomas.

Tabla 4

*Síntomas experimentados por sexo colegio público*

Síntoma	Mujer		Hombre		Total presenta	Total No presenta
	Presenta	No presenta	Presenta	No presenta		
Som	31	7	17	15	48	22
Obs-com	35	3	24	8	59	11
Sen. Int	37	1	22	10	59	11
Dep	34	4	22	10	56	14
Ans	32	6	14	18	46	24
Hos	31	7	21	11	52	18
Ans. Fob.	36	2	17	15	53	17
Id. Par.	32	6	22	10	54	16
Psic	32	6	21	11	53	17

En las tablas 5 se muestra la cantidad de síntomas presentados por toda la población, teniendo en cuenta la variable edad. Aquí se observa que los adolescentes de 15 años son quienes más presentan síntomas en casi todas las escalas a excepción de la Obsesión-compulsión donde los estudiantes de 16 años puntuaron poco más y en Ideación paranoide donde la puntuación fue igual para ambas edades (15 y 16 años).

Tabla 5

*Total de síntomas por edad*

Síntoma	Edad						
	12	13	14	15	16	17	18
Som	1	1	15	41	32	5	1
Obs-com	1	1	20	38	43	5	3
Sen. Int	1	1	20	48	34	4	3
Dep	1	1	19	49	36	5	3
Ans	1	1	17	41	31	4	2
Hos	1	1	19	42	36	4	2
Ans. Fob.	1	1	17	42	33	4	3
Id. Par.	0	0	18	40	40	4	3
Psic	1	1	16	43	35	5	4

En las tablas 6 y 7, se muestra la cantidad de síntomas presentados por los estudiantes atendiendo a la variable edad y colegio.

En la tabla 6 se obtuvo que del total de los (74) estudiantes del colegio privado (tanto hombres como mujeres), a partir de los 14 hasta los 16 años se experimenta más

síntomas, siendo los 15 años la edad donde más se manifiestan malestares, tales como la obsesión-compulsión, depresión y hostilidad.

Tabla 6

*Síntomas experimentados por edades del colegio privado*

Síntoma	Edad						
	12	13	14	15	16	17	18
Som	0	1	7	21	16	3	0
Obs-com	0	1	12	33	21	3	1
Sen. Int	0	1	12	23	13	2	1
Dep	0	1	11	26	16	3	1
Ans	0	1	9	21	16	3	1
Hos	0	1	11	24	14	2	1
Ans. Fob.	0	1	9	22	13	2	1
Id. Par.	0	0	11	20	17	2	1
Psic	0	1	9	21	16	3	2

Del total de los (70) estudiantes del colegio público (tanto mujeres como hombres), se observa que a partir de los 14 hasta los 16 años se experimenta más síntomas, siendo los 15 años la edad donde más se manifiestan malestares, tales como la sensibilidad interpersonal, depresión y psicoticismo (ver tabla 7).

Tabla 7

*Síntomas experimentados por edades del colegio público*

Síntoma	Edad						
	12	13	14	15	16	17	18
Som	1	0	8	20	16	2	1
Obs-com	1	0	8	5	22	2	2
Sen. Int	1	0	8	25	21	2	2
Dep	1	0	8	23	20	2	2
Ans	1	0	8	20	15	1	1
Hos	1	0	8	18	22	2	1
Ans. Fob.	1	0	8	20	20	2	2
Id. Par.	0	0	7	20	23	2	2
Psic	1	0	7	22	19	2	2

En la tabla 8 se hace la presentación de los síntomas experimentados por toda la población, atendiendo a la variable nivel de escolaridad (10 ° y 11 °), donde los estudiantes de 11° puntúan poco más en todas las escalas a diferencia de la somatización, sensibilidad interpersonal y ansiedad fóbica, donde los alumnos de 10° obtuvieron poco más puntuación (aunque ésta no sea muy diferente).

Tabla 8

*Total de síntomas por curso*

Síntoma	Curso			
	10		11	
	Presenta	No presenta	Presenta	No presenta
Som	49	20	47	28
Obs-com	60	9	70	5
Sen. Int	56	13	55	20
Dep	55	14	59	16
Ans	48	21	49	26
Hos	50	19	55	20
Ans. Fob.	53	16	48	27
Id. Par.	48	21	57	18
Psic	50	19	54	21

En las tablas 9 y 10, se muestra los síntomas presentados por los estudiantes, teniendo en cuenta el nivel de escolaridad 10° y 11° de cada colegio.

En la tabla 9 se muestra claramente que los estudiantes de 11° son quienes más presentan sintomatologías; siendo más frecuente la obsesión-compulsión y la depresión.

Tabla 9

*Síntomas presentados por estudiantes de acuerdo al curso del colegio privado*

Síntoma	Curso				Total presenta	Total no presenta
	10		11			
	Presenta	No presenta	Presenta	No presenta		
Som	19	11	29	15	48	26
Obs-com	27	3	44	0	71	3
Sen. Int	23	7	29	15	52	22
Dep	25	5	33	11	58	16
Ans	20	10	31	13	51	23
Hos	22	8	31	13	53	21
Ans. Fob.	23	7	25	19	48	26
Id. Par.	20	10	31	13	51	23
Psic	21	9	30	14	51	23

Se logra observar que los estudiantes de curso 10, son los que más síntomas manifiestan, siendo la obsesión-compulsión y la sensibilidad interpersonal las más puntuadas (ver tabla 10).

Tabla 10

*Síntomas presentados por estudiantes de acuerdo al curso del colegio público*

Síntoma	Curso				Total presenta	Total no presenta
	10		11			
	Presenta	No presenta	Presenta	No presenta		
Som	30	9	18	13	48	22
Obs-com	33	6	26	5	59	11
Sen. Int	33	6	26	5	59	11
Dep	30	9	26	5	56	14
Ans	28	11	18	13	46	24
Hos	28	11	24	7	52	17
Ans. Fob.	30	9	23	8	53	17
Id. Par.	28	11	26	5	54	16
Psic	29	10	24	7	53	17

Adicional a éste análisis, se realizó uno más profundo conjugando dos variables (edad/sexo y curso/edad), además del colegio al que pertenecen los estudiantes (ver Anexo 7).

## Discusión

La finalidad de este trabajo ha sido identificar y describir los perfiles de síntomas psicológicos presentes en adolescentes de educación media vocacional (10 y 11) de dos colegios de Cartagena pertenecientes a dos sectores diferentes (privado y público); es por ello que no se hará referencia en las causas de cada uno de éstos síntomas, sin embargo, a través de la revisión bibliográfica se abstraigo algunas posibles causas y/o consecuencias de presentar alguno de los síntomas. El objetivo de la investigación es hacer una descripción de los perfiles de síntomas psicológicos de adolescentes estudiantes de educación media vocacional de un colegio público y privado de Cartagena y de acuerdo con ello, los resultados en su mayoría son soportados por la literatura consultada, ya que se encontraron coincidencias con autores que trabajaron en este tema desde hace varios años atrás. Por esto que se realizará un análisis de cada uno de los síntomas, teniendo en cuenta las variables estudiadas (sexo, edad y nivel de escolaridad, de acuerdo al colegio al que pertenezca).

A pesar que las puntuaciones estuvieron muy parejas para todos los síntomas, se observó que para la somatización, las mujeres mostraron tener más este síntoma a diferencia de los hombres, lo cual se soporta con la literatura de Cuevas, et al. (1992) (quienes trabajaron con población de 15 a 25 años), Casullo, et al. (2003) (su población fue adolescente) y Sánchez y Ledezma (2009) (su población fueron personas entre los 18 a 61 años) quienes en sus investigaciones, encontraron que las mujeres puntuaron más alto que los hombres en somatización. En ambos colegios las mujeres presentan tener este síntoma a diferencia de los hombres y en cuanto a la edad, se encontró que los adolescentes de 15 años puntúan más alto que los demás. En cuanto la variable curso, se encontró que los

estudiantes de 11° del colegio privado presentan éste síntoma poco más que los de 10°, mientras que en el colegio público, fueron los adolescentes de 10° quienes puntuaron más alto para este síntoma. Según el doctor Melvin Oatis (2002), una de las posibles explicaciones que causen este malestar en niños y adolescentes son el nerviosismo a causa de una situación social en especial, demasiadas exigencias en el colegio, separación de padres u otras situaciones estresantes. Pues este síntoma es manifestado físicamente con frecuencia por quien la padece, pero sin ninguna causa física y aunque se puede dar un diagnóstico en niños o adolescentes, no es frecuente en esa etapa vital.

El segundo síntoma explorado fue la obsesión-compulsión donde a pesar de ser el síntoma más puntuado para toda la población, las mujeres puntuaron más que los varones. En la teoría se encontró que Casullo, et al. (2003), Bravo, et al. (2008), Sánchez y Ledesma (2009) y Godoy, et al. (2011) encontraron que las mujeres son quienes presentan este síntoma en mayor proporción, así como en este estudio se obtuvo este resultado con las mujeres de ambos colegios. Bados (2005) dio a conocer en su estudio que la edad de aparición es aproximadamente en la adolescencia o a principios de la adultez, aunque también puede iniciar en la infancia, anteriormente Casullo, et al. (2003) encontraron que la edad de aparición es entre los 14 y 15 años, datos que soportan lo hallado en el trabajo, donde se encontró que los adolescentes de 15 (del colegio público) y 16 años (del colegio privado) son quienes más presentan este síntoma. Bados (2005) también propone que entre niños y adolescentes de población general no hay diferencias sexuales en la frecuencia del trastorno obsesivo-compulsivo, sin embargo, en muestras clínicas se ha observado más en niños que en niñas y comparada esta población con pacientes psiquiátricos, es probable que provengan de un estrato socioeconómico más bajo y tengan un menor coeficiente intelectual.

ual. Este autor también menciona que algunos de los problemas asociados encontrados con frecuencia son: el trastorno depresivo mayor, fobia social o específica, trastorno de pánico, de ansiedad generalizada, trastornos de alimentación, alcoholismo, tricotilomanía, perturbaciones del sueño, tics y trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (que tiene criterios diagnósticos diferentes que el trastorno obsesivo-compulsivo).

El tercer síntoma estudiado fue la Sensitividad interpersonal, donde Casullo, et al. (2003) y Casullo (2004), encontraron diferencias significativas entre ambos sexos, donde las mujeres puntuaron más que los hombres, lo cual soporta los datos obtenidos en la investigación, ya que ésta población fue la que obtuvo mayor puntuación. En cuanto a la edad no se encontró soporte teórico, sin embargo, en el estudio se observó que los y las jóvenes que más presentan este síntoma, son los de 15 años para ambos colegios, aunque los varones del colegio público presentaron poco más que las mujeres. Teniendo en cuenta la variable curso, no hubo diferencias notorias, sin embargo, en el colegio privado los estudiantes de 11° fueron quienes puntuaron poco más alto a diferencia de 10°; y en el colegio público, fueron los adolescentes de 10° quienes puntuaron poco más alto en esta escala sintomática. Este síntoma se manifiesta, cuando el individuo experimenta síntomas que reúnen sentimientos de timidez y vergüenza, tienden a sentirse inferiores a los demás, se tornan hipersensibles a las opiniones, comentarios o actitudes ajenas y en general, se incomodan o inhiben cuando de relacionamiento interpersonal se trata (Garaigordobil, et al., 2005)

Para la depresión se encontró relación con lo hallado por Cuevas, et al. (1992) al igual que Casullo, et al. (2003), Obiols, et al. (2008), Bravo, et al. (2008) y Sánchez y Ledesma (2009), al manifestar que las puntuaciones más altas las tuvieron las mujeres. A

pesar que no han encontrado diferencias en aspectos generales del efecto depresor entre mujeres y hombres, éstas manifiestan en mayor frecuencia acontecimientos de pérdidas de relaciones interpersonales, mientras que para los hombres resulta más significativo la pérdida de objetivos y metas (Kendler, Thorton & Prescott, 2001). Es por esto que en parte puede soportarse lo hallado en cuanto que el análisis realizado teniendo en cuenta las variables sexo, edad y colegio, donde se encontró que en ambos colegios, las mujeres puntuaron más que los varones. Teniendo en cuenta la variable edad, los adolescentes de 15 años fueron quienes presentan este síntoma poco más que el resto de la población en ambos colegios, así mismo los adolescentes de 11° en el colegio privado son quienes más suelen presentar este síntoma a diferencia del colegio público, donde fueron los estudiantes de 10° quienes puntuaron poco más que el resto de la población en este síntoma.

Cuevas, et al. (1992) al igual que Casullo, et al. (2003), Casullo (2004) y Sánchez y Ledesma (2009) encontraron en la ansiedad diferencias significativas entre mujeres y hombres, presentando éstas más que los varones, lo cual soporta lo encontrado en el presente estudio. Teniendo en cuenta la variable colegio, se obtuvo que las chicas puntuaron poco más que los chicos en ambos colegios. Para la variable edad Casullo, et al. (2003) encontró que aparece entre los 14 y 15 años, y entre los resultados obtenidos, se observó que los adolescentes de ambos colegios de 15 años son los que presentan este síntoma, poco más que el resto de la población. En cuanto al colegio y curso al que pertenecen, la población de 11° del colegio privado presentan poco más que los estudiantes de 10° este síntoma, mientras que en el colegio público el resultado fue contrario, los adolescentes de 10° puntuaron poco más que el resto de los estudiantes Los hijos de padres ansiosos o con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, así como el hecho de

pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, ser tímido pueden ser factores de riesgo para desarrollar ansiedad. Este síntoma genera malestar intenso en la población que la padece, ya que se refleja en el paciente, en la familia; afecta actividades cotidianas y quienes presentan este cuadro sintomático sin tratamiento adecuado, pueden desarrollar características depresivas asociadas a intento de suicidio (Mejía, 2011).

Para la agresión, los chicos presentan este síntoma más que las chicas (Cuevas, et al., 1992; Casullo, et al, 2003 & Ávila-Toscano, et al., 2010), resultados que no soportan lo hallado en esta investigación, puesto que en la población general las chicas fueron quienes presentaron poco más hostilidad que los varones, sin embargo, Paredes, et al. (2010) en su estudio encontraron que las mujeres costarricenses justifican su actuar de acuerdo a características de sus víctimas y las colombianas en relación con sus deseos. Para la variable colegio, se encontró que las mujeres puntuaron más que los hombres tanto en el colegio público como en el privado. Ávila-Toscano, et al. (2010) encontraron que la edad promedio es entre los 13 y 16 años y el número de agresor aumenta entre los mayores; esto puede sostener lo consultado puesto que los adolescentes de 15 (del colegio privado) y 16 años (en el colegio público) fueron los que manifestaron presentar el síntoma. La población de 11° en general, son quienes más puntúan presentar este síntoma, siendo este mismo resultado para los estudiantes del colegio privado, mientras que en el colegio público, fueron los adolescentes de 10° quienes presentaron poco más este síntoma. Los adolescentes que se sienten con ira y hostiles, suelen sentir ansiedad, estrés, tristeza y fatiga, a su vez, pueden presentar problemas con abuso de drogas, alcohol, tabaco y trastornos de la conducta alimentaria (Husney & Green, 2010).

De acuerdo con Casullo, et al. (2003), Olivares, et al. (2006), Bravo, et al. (2008) e Inglés, et al. (2010) para la ansiedad fóbica o fobia social se presenta en mayor proporción en las mujeres que en los varones, lo cual soporta lo hallado en este trabajo. De acuerdo la variable sexo, se halló que en ambos colegios fueron las mujeres quienes más puntuaron en este síntoma. Para Olivares, et al. (2006) la edad media de aparición de la fobia social en los hombres es cerca de los 11,5 a 14 años y para las chicas entre los 12,5 a 15 años. Inglés, et al. (2010) encontraron que hubo un aumento leve de malestar entre los 14 a 15 años; dentro de los datos arrojados por la prueba, se observó que los adolescentes de 15 años son quienes más presentan este síntoma, así como se muestra con la población del colegio privado, mientras que los y las adolescentes de 15 y 16 años, se encuentran parejos en la puntuación para este síntoma en el colegio público.

Otro síntoma explorado fue la ideación paranoide donde Cuevas, et al. (1992) y Casullo, et al. (2003) manifestaron que las mujeres fueron quienes más presentaron este síntoma a diferencia de los chicos, pero Fonseca-Pedrero, et al. (2011) encontraron lo contrario (que fueron los hombres quienes lo presentan), mientras que en el presente estudio, se obtuvo que las jóvenes puntuaban más alto que los hombres, por ello, se soporta en lo hallado por los primeros autores. Para la variable edad a pesar que no se encontró teoría posterior, aquí se obtuvo este dato que sumado al sexo y colegio, mostraron que más mujeres del colegio privado presentan a los 15 años y los hombres a los 16 años en ambos colegios, al igual que las chicas del colegio público (a los 16 años). En el trabajo de Olivares-Rodríguez et, al. (2006) se citan varios autores, quienes dan posibles consecuencias que desencadena el tener este síntoma, tales como provocar bajo rendimiento escolar desencadenando posible abandono escolar (Beidel & Turner, 2005), el

desarrollo de otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo (Essau, Conradt & Petermann, 1999; Stein et al., 2001) o la iniciación en el consumo de alcohol u otras sustancias dañinas (DeWit, McDonald & Offord, 1999).

Cuevas, et al. (1992) y Fonseca-Pedrero, et al. (2009) encontraron que de acuerdo al sexo, el psicoticismo se presenta más en los chicos que en las jóvenes. Sin embargo, Casullo, et al. (2003) dieron a conocer que las mujeres puntuaron significativamente más alto que los varones y partiendo de esta afirmación, se soporta lo hallado en el presente estudio, donde fueron éstas quienes se diferenciaron de los hombres, aunque no hubo diferencia significativamente alta entre unos y otros. Fonseca-Pedrero, et al. (2009) señalaron que la presencia de experiencias alucinatorias auditivas se encuentra asociada al cabo de los 14 años, mientras que a través de este estudio se encontró que ambos sexos presentan más psicoticismo a los 15 años en ambos colegios. Para la variable curso, se obtuvo que los estudiantes de 11° del colegio privado presentaron más síntomas a diferencia que los adolescentes de 10°; mientras que en el colegio público, fue todo lo contrario (los estudiantes de 10° puntuaron más que los 11°). Inglés, et al. (2007) en su estudio sobre factores psicosociales relacionados con consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles, hallaron que el consumo de alcohol se correlaciona positivamente con psicoticismo, extraversión y conducta antisocial, lo cual puede ser uno de los desencadenantes en los adolescentes, el presentar éste síntoma.

Tal como lo señalan Campo-Arias, et al. (2005) en su trabajo donde la población estudiada fueron adolescentes de educación media vocacional y abordaron la temática de rendimiento académico y síntomas depresivos, descubrieron que ésta población presenta

síntomas clínicos con indicación clínica y esto logra interferir en su rendimiento académico, así mismo, se vuelven susceptibles al consumo de alcohol y cigarrillo. Esto por la etapa por la cual atraviesan, además de los posibles estresores que le representa el colegio.

Según Vázquez (2008), el estudiante de secundaria, experimenta problemas que se pueden detectar por algunos factores que lo identifican, lo que sería útil para prevenir y detectar. En el bachillerato el adolescente está expuesto a desarrollar diversos problemas tanto por factores internos como externos, por esto se definen a continuación algunos de éstos.

Dentro de los factores internos se encuentra: El estilo de vida (actividades cotidianas); trastornos alimentarios (influenciado por la apariencia física y el prototipo de belleza, de ahí la anorexia y bulimia); abuso de sustancias (que puede causar trastorno crónico caracterizado por uso compulsivo de sustancias, dependencia psicológica o física; de ahí que los adolescentes consumen tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, sustancias inhalables, anfetaminas, alucinógenos, fenciclidina, narcóticos, barbitúricos y derivados); ansiedad, depresión, riesgo suicida, problemas de salud, despertar de la sexualidad (embarazo precoz); relaciones de pareja (dedicar más tiempo a la pareja que a sus obligaciones, incluso la familia); hábitos de estudio (dependiendo de la dedicación, así serán sus resultados); deberes escolares (participación en actividades, toma de decisiones, metas y logros personales); decisión vocacional (escogencia de la carrera a estudiar de acuerdo a sus gustos, personalidades, afinidades, habilidades, etc.); delincuencia juvenil (aquí se observan conductas negativistas desafiantes, escaso autocontrol, bajas expectativas

educativas y poco compromiso con el estudio, nivel socioeconómico bajo, influencias negativas de la familia e incluso el barrio donde éstos viven; Santrock, 2004); conducta obsesiva-compulsiva y psicosis paranoia.

Dentro de los factores externos se encuentran: el ambiente escolar (relación entre maestros y alumnos); familia (relación y comunicación entre padres e hijos); trabajo (los estudiantes con resultados óptimos en su desempeño y paso por la escuela, tendrán mayores posibilidades de acceder a un buen trabajo); adaptación social (relación con diversas personas que contribuyen en el desarrollo social); economía, amistad (el adolescente encuentra en sus amigos a alguien con quien se comprenden mutuamente) y autocomprensión (acentuación/estabilidad de su personalidad).

El estrato socioeconómico puede jugar un papel importante dentro de los resultados en un estudio, puesto que son notorias las carencias que tiene una población más que otra, ya que cuando se evalúa el nivel de salud mental a través de cuestionarios autopercebidos, los datos encontrados muestran una peor salud mental en mujeres, en grupos de avanzada edad, de situación económica más desfavorable y entre los que tienen poco apoyo social (Lehtinen, Sohlman & Koress-Masfery, 2005).

Es preocupante que gran parte de la población estudio, presente la mayoría de los síntomas, obteniendo como porcentajes generales: somatización, 66,7%, obsesión-compulsión 90,3%, sensibilidad interpersonal 77,1%, depresión 79,2%, ansiedad 67,4%, hostilidad 72,9%, ansiedad fóbica 70,1%, ideación paranoide 72,9% y psicoticismo 72,2%. Teniendo en cuenta la variable sexo y colegio, se encontró que las mujeres del colegio público puntuaron más alto en todos los síntomas a excepción de la somatización donde el

resultado fue parejo para ambos sexos; en el colegio privado, fueron los hombres quienes puntuaron más alto en todas las escalas.

Aunque fueron pocos los estudiantes que presentaron mínimo uno o dos síntomas, se recomienda la realización de estudios como este más seguidos, acompañados de historias clínicas que soporte lo hallado. Es por esto, que se puede deducir que la prueba no arroja datos del todo veraces, puesto que explora 1 semana de malestar, sin embargo, se soporta la gran mayoría de los resultados con la teoría consultada. Por otro lado, aunque no se exploró la edad de aparición, se notó la diferencia de síntomas con las edades de los participantes y a su vez, algunos se apoyan y coincidieron con la teoría.

Se obtuvo que el perfil de los estudiantes del colegio privado: son las mujeres quienes más presentan síntomas; de acuerdo a la edad, son los adolescentes (de ambos sexos) de 15 años, quienes más presentan sintomatología y; los estudiantes de 11°, fueron quienes puntuaron más en todos los síntomas. Para el colegio público, se encontraron datos completamente opuestos, ya que de acuerdo al sexo, fueron las mujeres de 15 años quienes más puntuaron en todos los síntomas a diferencia de la ideación paranoide, donde la edad promedio fue 16 años, mientras que los varones manifiestan más síntomas a los 16 años y; de acuerdo al grado de escolaridad, los alumnos de 10°, fueron quienes más puntuaron en todas las escalas. A diferencia que los chicos del colegio privado que puntuaron más los de 16 años en depresión, ideación paranoide; los jóvenes de 16 años del colegio público mostraron puntuación levemente más alta en todas las escalas.

Dentro de las fortalezas del estudio, se encuentra que los datos logran ser útiles como fase exploratoria, pues el SCL 90 R puede ser utilizado para evaluar el grado de

malestar, para la evaluación de un tratamiento o en tareas de seguimiento; además se obtuvo un porcentaje significativo de confiabilidad (alfa de Crombach), lo cual se puede aprovechar para la utilización de esta prueba en la población; la prueba fue aplicada en dos poblaciones de estratos socioeconómicos diferentes, de acuerdo al colegio (público y privado), investigación que no se había encontrado (en el trabajo de Campo, Díaz & Cogollo, 2006, se realizó el estudio sólo con estudiantes de un colegio público de la ciudad); el análisis realizado fue de acuerdo a las variables sociodemográficas como sexo, edad, curso y colegio al que pertenecen los adolescentes. Dentro de las limitaciones se encontró que se debe explorar más a fondo, a través de una entrevista clínica para hacer un diagnóstico, corroborar y soportar los datos obtenidos; se contó poca población ya que algunos padres (a pesar que se les envió consentimiento informado con datos pertinentes sobre el estudio) no dieron su aprobación o en su defecto, por descuido de los estudiantes de no mostrar el documento a sus padres.

### Referencias

- Agudelo, D. (2009). Propiedades psicométricas del inventario de depresión estado/rasgo (IDER) con adolescentes universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento psicológico*, 5 (12), 139-160. Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga (Colombia).
- Alba, L. (2010). Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. *Universidad Médica*, 51 (1), 29-42. Bogotá, Colombia. Enero-Marzo de 2010.
- Ávila-Toscano, J., Osorio, L., Cuello, K., Cogollo, N. & Causado, K. (2010). Conducta bullying y su relación con la edad, género y nivel de formación en adolescentes. *Psicogente* 13 (23), 13-26. Universidad del Sinú Elias Bechara Zainum. Montería, Córdoba.
- Bados, L. (2005). Trastorno obsesivo-compulsivo. Facultad de psicología departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico.
- Barcelata, B., Gómez, E. & Durán, C. (2006). Construcción, confiabilidad, validez de contenido y discriminante del inventario autodescriptivo del adolescente. *Acta Colombiana de Psicología*, 9 (002), 5-18. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, Colombia 2006.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social entre adolescentes. *Revista Terapia Psicológica*, 24 (001), 55-61. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Santiago (Chile) 2006.
- Barrios, J. (comunicación personal, Noviembre 21, 2011).

- Bennett, D., Ambrosini, P. & Kudes, D. (2005). Avances en el estudio de la depresión en la adolescencia. *Journal of affective disorders* 89 (1-3), 35-44.
- Bravo, R., Echeburúa, E. & Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia de alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. *Psicothema*, 20 (2), 218-223. Universidad de Oviedo.
- Bruno, F. (1997). Diccionario de términos psicológicos fundamentales. Barcelona. Paidós Studio. Disponible en: [http://www.psicoactiva.com/diccio/diccio\\_r.htm#letra\\_s](http://www.psicoactiva.com/diccio/diccio_r.htm#letra_s)
- Campo, A., Díaz, C. & Cogollo, Z. (2006). Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia: un análisis diferencial por sexo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (002), 167-183. Asociación Colombiana de Psiquiatría, Bogotá (Colombia) 2006.
- Campo-Arias, A., González, S., Sánchez, Z., Rodríguez, D., Dallos, C. & Díaz-Martínez, L. (2005). Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Scielo Uruguay* 76 (1), 21-26
- Carrasco, M., Sánchez, V., Ciccotelli, H. & Del Barrio, V. (2003). Listado de síntomas SCL90-R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción psicológica* 2, 2, 149-161. Facultad de Psicología. UNED.
- Castro, J. (2010). Agentes de salud mental para prevenir suicidios y violencia. Periódico el Universal de Cartagena. Publicado el 30 de Marzo de 2010.
- Casullo, M., Cruz, M., González, R. & Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes: Estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica RIDEP*, 16 (2), 135-149.
- Casullo, M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adolescentes y adultos. El SCL-90-R y

los estudios epidemiológicos. UBA. COCINET.

Código de ética profesional. Psicólogos, Colegio de psicólogos de Chile A.G. Disponible en: [http://ponce.inter.edu/cai/bv/codigo\\_de\\_etica.pdf](http://ponce.inter.edu/cai/bv/codigo_de_etica.pdf)

Cuevas, C., Henry, M. & González de Rivera, J. (1992). Perfil de síntomas psiquiátricos y psicósomáticos en estudiantes de medicina. *Actas Luso-Esp. Neurología.*

*Psiquiatría* 20 (6), 246-249. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2005). Censo general. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>

Dorsch, F. (1994). Diccionario de psicología. Editorial Herder.

DSM-IV TR (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. 4 edición. Editorial Masson.

DSM-IV TR (2003). La entrevista clínica, el paciente difícil. Tomo II. Editorial Masson.

Estudio Nacional de Salud Mental. Ministerio de la protección social. Fundación FES

SOCIAL. Colombia 2003. Disponible en:

[http://saludpublicamentatianaalvarezmarin.bligoo.com.co/media/users/8/411831/files/30173/ENSM\\_completo.pdf](http://saludpublicamentatianaalvarezmarin.bligoo.com.co/media/users/8/411831/files/30173/ENSM_completo.pdf)

Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Villazón-García, U., Sierra-Baigrie, S.

& Muñiz, J. (2009). Experiencias psicóticas atenuadas en población adolescente.

*Papeles del Psicólogo* 30 (1), 63-73. Universidad de Oviedo

Fonseca-Pedrero, E., Santarén-Rosell, M., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie,

S. & Muñiz, J. (2011). Síntomas psicóticos subclínicos en población general

adolescente. *Actas Española de Psiquiatría* 39 (3), 155-62.

Garaigordobil, M., Durá, D. & Pérez, J. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de

- conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 53-63. Universidad del país Vasco (España).
- García-León, A., Reyes, G., Pérez-Marfil, M. & Vila, J. (2004). Una revisión de algunos autoinformes para la medida del constructo hostilidad/ira/agresión (HIA). *Ansiedad y estrés* 10 (1), 89-109.
- Godoy, A., Gavino, A., Valderrama, L., Quintero, C., Cobos, M., Casado, Y., Sosa, M. & Capafons, J. (2011). Estructura factorial y fiabilidad de la adaptación española de la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown para niños y adolescentes en su versión de autoinforme (CY-BOCS-SR). *Psicothema*, 23(2), 330-335.
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (2), 105-122. Universidad Intercontinental. México.
- Gómez-Bustamante, E. & Cogollo, Z. (2010), Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista salud pública*, 12 (1), 61-70. Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena. Cartagena (Colombia).
- Goodwin, R., Fergusson, D. & Horwood, L. (2004). Crisis de angustia y psicoticismo. *American Journal of Psychiatry* 7 (4), 232-236.
- Grinder, R. (1998). Adolescencia. Editorial Limusa.
- Husney, A. & Green, W. (2010). Ira, hostilidad y conducta violenta. Healthwise.
- Ibarra, A, (2010). Salud Mental en adolescentes. *Acta salud mental en adolescentes*. Pontificia Universidad Javeriana. Disponible en:

- <http://preventiva.wordpress.com/2011/02/25/salud-mental-en-adolescentes/>
- Inglés, C., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M., Espada, J., García-Fernández, J., Hidalgo, M. & García-López, J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *Redalyc* 7 (2), 403-420.
- Inglés, C., Piqueras, J., García-Fernández, J., García-López, L., Delgado, B. & Ruiz-Esteban, C. (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema* 22 (3), 376-381.
- Kendler, KS, Thorton LM & Prescott, CA. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events: sensitivity to their depressogenic effects, *Amer J Psychiatry* 154 (4) 587-93.
- Lara, C., Espinosa, I., Cárdenas, M., Fócil, M. & Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28 (003), 42-50.
- Leckman, J. & Bloch, M. (2009). Una perspectiva evolutiva y del desarrollo en el trastorno obsesivo-compulsivo: ¿de dónde viene y a dónde va la acumulación compulsiva?. *American journal of psychiatry (edición española)* 12 (1), 1-5.
- Lehtinen, V., Sohlman, B., & Koress-Masfery, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union. Results from the Eurobarometer 2000 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 1 (9).
- Ley 115 de 1994. Ley de educación en Colombia. Disponible en:  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=292>
- López, F. & Pérez, M. (2007). Revisión descriptiva sobre los principales trastornos

- emocionales infanto-juveniles y sus tratamientos cognitivo-conductuales. Publicado el 2 de Marzo de 2007. *Psicologiacientifica.com*. Alicante, España. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-252-revision-descriptiva-sobre-los-principales-trastornos-emocionales-infanto-juveni.pdf>
- Mejía, G. (2012). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Departamento de Medicina Preventiva y social. Hospital Universitario San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá – Colombia. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2011/07/27/trastornos-de-ansiedad-en-ninos-y-adolescentes/>
- Melvin Oatis, D. (2002). Psychosomatic illness in children and adolescents (somatoform disorders). *Child study center* 6 (3). Disponible en: [http://www.aboutourkids.org/files/articles/jan\\_feb\\_2.pdf](http://www.aboutourkids.org/files/articles/jan_feb_2.pdf)
- Molina Moreno, A. (2001). Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. *Revista psiquiátrica. Psicología niño y adolescente*, 2 (1), 23-40.
- Molina, J. (2011). Universitarios en Cartagena se convierten en agentes de salud mental. Periódico el Universal de Cartagena. Publicado el 31 de Mayo de 2011.
- Monge, J., Cubillas, M., Román, R. & Abril, E. (2007). Intento de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Revista Psicología y salud* 17 (001), 45-51. Universidad Veracruzana, Xalapa, México. Enero- Junio 2007.
- Montoya, S. (2009). Somatización: cuando la mente enferma al cuerpo. Disponible en:

<http://es.shvoong.com/medicine-and-health/epidemiology-public-health/1907764-somatizaci%C3%B3n-cuando/>

- National Center of Health Statistics (2003). Dynamic mapping of human cortical development during childhood thorough early adulthood. *National Health Interview Survey*, 32 (7)
- Obiols, J., Barragán, M., Vicens-Vilanova, J. & Navarro, J. (2008). Síntomas pseudo-psicóticos en adolescentes de la población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 13 (3), 205-217. Universidad Autónoma de Barcelona. España.
- Olivares, J., Caballo, V., García-López, L., Rosa, A. & López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11 (3), 405-427. España.
- Olivares, J., Piqueras, J. & Alcázar, R. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema* 18 (2), 207-212.
- Olivares-Rodríguez, J., Rosa-Alcázar, A. & Olivares-Olivares, P. (2006). Atención individualizada y tratamiento en grupo de adolescentes con fobia social generalizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 6 (3), 565-580. Universidad de Murcia, España.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2002). Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. 9º edición. Edición en español 2005.
- Paredes, M., Lega, L., Cabezas, H., Ortega, M., Medina, Y. & Vega, C. (2010). Diferencias transculturales en la manifestación de bullying en estudiantes de escuela secundaria. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 2 (9), 762-768.
- Paredes, O., Sanabria-Ferrand, P., González-Quevedo, L. & Moreno, S. (2010). "Bullying"

- en las facultades de medicina colombianas, mito o realidad. *Revista Facultad de Medicina* 18 (2), 161-172.
- Pedreira, J.L, Palanca, I., Sardinero, E. y Martin, L. (2001). Los trastornos psicossomáticos en la infancia y adolescencia. *Revista Psiquiátrica Psicológica Niño y Adolescente* 3 (1), 26-51.
- Pintado, Y., Jiménez, Y., Padilla, O., Guerra, J. & Antelo, M. (2010). Trastornos psicológicos en los adolescentes. Una visión general. *Norte de Salud Mental*, 8 (37), 89-100. Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos “Dr. Raúl Dorticós Torrado”, Cuba.
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L. & Oblitas, L. (2008). Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma psicológica*, 15 (1), 43-73. Fundación Universitaria Konrad Lorenz Colombia. Bogotá (Colombia).
- Prieto de Alizo, L. & Fonseca de Rocca, R. (2005). Perfil psicológico del académico ideal de Comunicación Social de LUZ. Perspectiva estudiantil. *Redalyc*, 2 (1), 79-98. Universidad de Zulia. Maracaibo, Venezuela.
- Proyección de población. DANE (2012). Disponible en:  
[http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=75&Itemid=72](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72)
- Ramos, V., Piqueras, J. & García-López, L. (2008). Análisis de la eficacia y eficiencia del empleo del Videofeedback en el tratamiento de adolescentes con un trastorno de ansiedad social. *Clínica y Salud*, 19 (2), 249-264.
- Ramos, V., Piqueras, J. & García-López, L. (2009). Nuevas contribuciones en el tratamiento de la fobia social en población adolescente. *Infocoop Online*. Disponible

en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=2183](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2183)

Red Escolar Nacional (2008). Adolescencia y desarrollo. Venezuela. Disponible en:

<http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema6.html>

Romagnoli, C., Mena, I. & Valdés, A. (2007) ¿Qué son las habilidades socio afectivas y éticas?. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Salkind, N. (1999). Métodos de investigación. 3º edición.

Sánchez, R. & Ledesma, R. (2009). Análisis psicométrico del inventario de síntomas revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicología* 18, 265-274.

Santrock, J.W. (2004). Psicología del desarrollo en la adolescencia. (9ª Ed.). España: McGraw-Hill.

Sanz, J., Magán, I. & García-Vera, M. (2006). Personalidad y el síndrome AHÍ (agresión, hostilidad e ira): relación de los cinco grandes con ira y hostilidad. *Psicopatología clínica, legal y forense* 6, 153-176.

Soutullo, C. (2009). Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en niños y adolescentes. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en:

<http://www.cun.es/areadesalud/enfermedades/psiquiatricas/trastorno-obsesivo-compulsivo-toc-en-ninos-y-adolescentes/>

Taylor, R. (2006). Medicina de familia, principios y práctica. Sexta edición. Cap. 34 Página 329. Disponible en:

[http://books.google.com.co/books?id=d3A0gNxXoVQC&pg=PA329&lpg=PA329&dq=somatizaciones+en+adolescentes&source=bl&ots=QFTnWOnx-d&sig=SzpwOkWIqQmMDfYqAbLlO9-kxpg&hl=es&ei=pT\\_QTLrBKI-u8AbT-](http://books.google.com.co/books?id=d3A0gNxXoVQC&pg=PA329&lpg=PA329&dq=somatizaciones+en+adolescentes&source=bl&ots=QFTnWOnx-d&sig=SzpwOkWIqQmMDfYqAbLlO9-kxpg&hl=es&ei=pT_QTLrBKI-u8AbT-)

- 4nABw&sa=X&oi=book\_result&ct=result&resnum=4&ved=0CCQQ6AEwAw#
- Torres, Y., Berbesi, D., Bereño, J. & Montoya, L. (2010). Situación de salud mental del adolescente. Estudio nacional de salud mental Colombia. Disponible en:  
[http://www.onsm.gov.co/images/stories/estudios/Salud\\_mental\\_adolescente\\_pdf\\_2a%20\\_actualizacion.pdf](http://www.onsm.gov.co/images/stories/estudios/Salud_mental_adolescente_pdf_2a%20_actualizacion.pdf)
- Vázquez, D. (2008). Problemas más frecuentes en estudiantes de bachillerato. Disponible en: [dina%2Cposgradofeuady.org.mx/wp-content/uploads/2011/03/Tesis-Daniel-Vazquez.pdf](http://dina%2Cposgradofeuady.org.mx/wp-content/uploads/2011/03/Tesis-Daniel-Vazquez.pdf)
- Vázquez, P., Ordóñez, F., Strauz, S., Arredondo, A., Lara, N., Bermúdez, P., Coronado, C., López, L. & Miranda, R. (2004). Estudio de las diferencias en la depresión de adolescentes que viven en la calle y los que viven con una familia.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. & Moreno, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 016, 139 – 146. Bogotá, Colombia.
- Virues, R. (2005). Estudio sobre ansiedad. Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, Nuevo León – México. Disponible en:  
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>
- Wordreference. Definición de demografía. Disponible en:  
<http://www.wordreference.com/definicion/demograf%C3%ADa>
- Zambrano, M (comunicación personal, Noviembre 1, 2011).
- Zavaleta, A. (2001). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud. Capítulo 3. Disponible en: <http://www.cedro.org.pe/ebooks/ebooks2.htm>
- Zubeidat, I., Fernández, A. & Sierra, J. (2006). Ansiedad y fobia social: revisión de los

autoinformes más utilizados en población adulta e infanto-juvenil. *Terapia psicológica* 24 (001), 71-86.

Anexo 1

**SCL-90-R**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Exponemos a continuación una lista de problemas o molestias que la gente experimenta algunas veces. Léalas con atención. Coloque el número que según la codificación describa cuanto le ha afectado o aquejado ese problema durante la semana pasada incluyendo el día de hoy. Utilice lápiz, no bolígrafo, si cambia de opinión bórrelo y coloque el número que crea, mejor describe su molestia.

	NADA 0	POCO 1	REGULAR 2	MUCHO 3	EXTREMO 4
1- Dolores de cabeza					
2- Nerviosismo o agitación interior					
3- Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no abandonan su mente					
4- Desmayos o mareos					
5- Pérdida del interés o placer sexual					
6- Sentirse crítico respecto de los demás					
7- La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos					
8- El sentimiento de que los demás son los culpables de los problemas de usted					
9- La dificultad de recordar cosas					
10- La preocupación por el desorden o descuido					

11- Facilidad de ser irritado o enojado					
12- Dolores de pecho o corazón					
13- Sentimientos de miedo en la calle o en espacios abiertos					
14- Sentirse bajo de energía					
15- Ideas de suicidio					
16- Oír voces que otras personas no oyen					
17- Temblores					
18- Sentimientos de desconfianza hacia los demás					
19- Tener poco apetito					
20- Llorar fácilmente					
21- Sentimientos de timidez o incomodidad con el sexo opuesto					
22- Sentimiento de encontrarse atrapado					
23- Miedos repentinos o inmotivados					
24- Expresiones de ira que no puede controlar					
25- Sentimientos de miedo a salir solo de casa					
26- Acusarse usted mismo de algunas cosas					
	NADA 0	POCO 1	REGULAR 2	MUCHO 3	EXTREMO 4
27- Dolores en la parte baja de la espalda					
28- Sentirse bloqueado para acabar cosas					
29- Sentimientos de soledad					
30- Sentimientos de tristeza					
31- Preocupación excesiva por las cosas					

32- Desinterés por las cosas					
33- Sentirse temeroso					
34- Un exceso de facilidad para sentir heridos sus sentimientos					
35- La impresión de que los demás están enterados de sus pensamientos íntimos					
36- El sentimiento que los demás no le entienden o son antipáticos					
37- El sentimiento de que la gente no es amistosa o que usted no les agrada					
38- Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que están bien hechas					
39- Palpitaciones y aceleramiento del ritmo cardiaco					
40- Náuseas o trastornos estomacales					
41- Sentimientos de inferioridad					
42- Dolores musculares					
43- Sensaciones de ser vigilado o criticado por los demás					
44- Dificultad de conciliar el sueño					
45- Tener que comprobar una y otra vez las cosas que hace					
46- La dificultad de tomar decisiones					
47- Sentimientos de miedo a viajar en autobús, metro o tren					
48- Dificultades para respirar					

49- Intervalos de calor o frío					
50- Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan					
51- Quedarse con la mente en blanco					
52- Adormecimiento u hormigueo en algunas partes del cuerpo					
53- Sentir un nudo en la garganta					
54- Pesimismo ante el futuro					
55- Dificultad en concentrarse					
56- Sentimientos de debilidad en algunas partes del cuerpo					
57- Sentirse tenso					
58- Sentimientos de pesadez en los brazos y piernas					
59- Pensamientos sobre su muerte					
60- Comer demasiado					
61- Sentimiento de inquietud cuando la gente le observa o habla de usted					
	NADA 0	POCO 1	REGULAR 2	MUCHO 3	EXTREMO 4
62- Tener pensamientos que le parecen como si no fueran suyos					
63- Impulsos de golpear, herir o dañar a alguien					
64- Despertarse de madrugada					
65- Necesidad de repetir las mismas acciones, tales como tocar, lavar, contar, etc.					

66- Sueño inquieto o perturbado					
67- Tener ganas de romper o estrellar algo					
68- Tener pensamientos o creencias que los demás no comparten					
69- La sensación de que la gente se fija en exceso en usted					
70- Sentirse inquieto entre las multitudes, por ejemplo en las tiendas o en el cine					
71- Sentir que todo requiere de un gran esfuerzo					
72- Momentos de terror o pánico					
73- Sentirse incomodo al comer o beber en público					
74- Discutir constantemente					
75- Sentirse nervioso cuando lo dejan solo					
76- Sentir que los demás no valoran los aciertos de usted adecuadamente					
77- Sentirse solo, incluso cuando está acompañado					
78- Sentirse tan inquieto que no puede estar ni sentado					
79- Sentimientos de inutilidad					
80- Sentir que algo malo va a ocurrir					
81- Momentos de necesidad de gritar o tirar objetos					
82- Sentir miedo de desmayarse en público					
83- Sentimientos de que los demás se aprovecharán de usted si los deja					

84- Tener pensamientos sexuales que le molestan mucho					
85- La idea que debería ser castigado por sus pecados					
86- Pensamientos e imágenes de algo espantoso					
87- La idea de que su cuerpo padece algo grave					
88- La incapacidad de sentirse cercano a otra persona					
89- Sentimientos de culpabilidad					
90- La idea que algo anda mal en su mente					

## Anexo 2

## Definición operacional de variables

Variable 1:

***Síntomas psicológicos:*** Bruno, F. (1997), lo define como manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinado.

Todas las categorías de esta variable son cualitativas, ya que se hace una descripción y su nivel de medición es nominal.

Categorías:

***Somatizaciones:*** Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias). Indicador: más de 0,5699.

***Obsesiones compulsiones:*** Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados. Indicador: más de 0,6781.

***Sensitividad interpersonal:*** Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes. Indicador: más de 0,4549.

***Depresión:*** Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo:

estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas. Indicador: más de 0,5448.

***Ansiedad:*** Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos. Indicador: más de 0,5558.

***Hostilidad:*** Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo. Indicador: más de 0,6349.

***Ansiedad fóbica:*** Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca. Indicador: más de 0,2172.

***Ideación paranoide:*** Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía. Indicador: más de 0,5246.

***Psicoticismo:*** Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. Indicador: más de 0,3338.

Variable 2:

***Sociodemográfica:*** Estudio estadístico sobre un grupo de población humana que analiza sus características en un momento o ciclo (wordreference).

Categoría:

***Sexo:*** hace referencia a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer. Esta categoría es cualitativa ya que sus indicadores son: femenino y masculino.

***Nivel de escolaridad:*** niveles cursados de educación. Esta categoría es cuantitativa ya que sus indicadores son grados 10 y 11.

***Colegio:*** institución educativa. Esta categoría es cualitativa, ya que privado y público son sus indicadores.

***Edad:*** medida en años vividos. Esta categoría es cuantitativa y aún está por definirse los indicadores, hasta conocer las edades de los participantes.

## Anexo 3

## Cronograma de actividades

Fecha	Acciones a realizar
Semana 1	Acercamiento con los psicólogos de ambos colegios para explicar el trabajo y contar con su apoyo.
Semana 2	Entrega de cartas a los Directores de los colegios escogidos.
Semana 3	Solicitar respuesta de Directivos de los colegios.
Semana 4	Acercamiento con estudiantes para explicar el trabajo y pasos a seguir. Enviar información pertinente a los padres de los estudiantes, a través de cartas para solicitar los permisos para realizar el trabajo.
Semana 5	Recepción de cartas de padres o tutores, para posterior entrega y firma de consentimientos de estudiantes, y aplicación de pruebas, colegio público.
Semana 6	Recepción de cartas de padres o tutores, para posterior entrega y firma de consentimientos de estudiantes, y aplicación de pruebas, colegio privado.
Semana 7	Calificación de las pruebas por grados (10 y 11) de cada colegio.

---

Semana 8

Realización de tablas con los resultados arrojados.

---

## Anexo 4

## Documento informativo para padres o tutores

---

Nombre completo (padre o tutor)

---

Nombre completo (estudiante)

A través de éste documento se dará a conocer los aspectos relevantes del proyecto de grado “Perfil de síntomas psicológicos presentes en adolescentes de educación media vocacional de un colegio del sector público y privado de Cartagena”.

¿En qué consiste esta investigación?

La presente investigación consiste en la realización de un perfil de sintomatología psicológica que puede o no estar presente en los adolescentes de cursos 10° y 11° de un Colegio del sector público y privado de la ciudad.

¿Quién es la persona responsable de la investigación?

Esta investigación es realizada por la estudiante de pre grado de la facultad Ciencias sociales y humanas del programa de Psicología de la Universidad Tecnológica de Bolívar, Melissa López Juliao (3002694188), como parte de su trabajo de tesis de grado.

¿Por qué se hace esta investigación con adolescentes de cursos 10° y 11°?

Porque la adolescencia es una etapa muy particular por sus constantes cambios y es en estas edades (entre los 13 a 18 aproximadamente) donde puede haber manifestaciones más marcadas de sintomatología a diferencia de personas de otras edades.

¿Qué riesgos o molestias habría para quienes participen en el estudio?

El hecho que los estudiantes respondan el cuestionario No representa ningún riesgo o molestia, ya que se realizará de manera voluntaria y el cuestionario es de fácil aplicación. Sin embargo, es factible que a través del instrumento el adolescente llegue a darse cuenta que ha presentado malestares que pueden representar significancia en su vida y no lo había notado con anterioridad, por lo que reconozca que necesita asistencia médica.

¿Cómo se manejarán los datos recolectados?

En primer lugar, los cuestionarios serán anónimos puesto que sólo los datos necesarios son sexo y edad. En segundo lugar, los datos hallados únicamente serán manejados por el investigador. En tercer lugar, se entregará un informe general a los colegios sin mencionar casos específicos (ya que se manejará la confidencialidad). Por último, los datos recolectados se publicarán de manera general en cifras globales.

Declaro que he leído y comprendido el documento, donde me han dado a conocer los aspectos más importantes de la investigación para la cual requiere de mi consentimiento para la participación de mi hijo o protegido.

Se firma a los \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

## Anexo 5

## Consentimiento informado para estudiantes

Por medio del presente documento expreso que se me ha explicado, se me han resuelto las dudas y he comprendido de manera satisfactoria toda la información pertinente para la realización de la investigación “Perfil de síntomas psicológicos presentes en adolescentes de educación media vocacional de un colegio del sector público y privado de Cartagena”.

De acuerdo a lo anterior y de manera voluntaria yo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con número de identificación \_\_\_\_\_ del  
grado \_\_\_\_\_ del colegio \_\_\_\_\_, acepto hacer parte de  
la investigación, con la previa aprobación de mis padres o tutor.

Nota: Se aclara que para no presentar malestar en el participante, el trabajo contará con la total confidencialidad, ya que los únicos datos necesarios para el desarrollo del proceso son sexo y edad, NO se pedirá colocar su nombre completo al momento de la aplicación de la prueba.

Esta carta se firma a los \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Responsable

Melissa López Juliao 1.047.396.621 Cartagena

Estudiante de Pregrado de la Facultad de Ciencias sociales y humanas del Programa de Psicología. Universidad Tecnológica de Bolívar.

## Anexo 6

A continuación se muestran algunos análisis adicionales que se realizaron conjugando dos variables, adicional a la variable colegio.

En las tablas 11 y 12 se presentan las tablas teniendo en cuenta las variables sexo y edad, de acuerdo a cada colegio.

En la tabla 11 se observa que la edad promedio en ambos sexos donde más se manifiestan síntomas es a los 15 años, seguido de los 16, aunque se observa una cantidad menor que la anterior.

Tabla 11

*Síntomas por nivel de edad y sexo, colegio privado*

Síntoma	Mujer					Hombre				
	13	14	15	16	17	14	15	16	17	18
Som	1	3	10	9	1	4	11	7	2	1
Obs-com	1	5	13	10	7	7	20	11	2	1
Sen. Int	1	5	11	7	1	7	12	6	1	1
Dep	1	4	12	9	1	7	14	17	2	1
Ans	1	3	10	8	1	6	11	8	2	1
Hos	1	5	10	8	1	6	14	6	1	1
Ans.										
Fob.	1	4	12	4	1	5	10	9	2	1
Id. Par.	0	5	9	9	1	6	8	11	1	1
Psic	1	3	9	8	1	6	12	8	2	1

En la tabla 12 se observa que las mujeres de 15 años son quienes manifiestan presentar más síntomas que las demás chicas, mientras que los hombres que más presentan son los de 16 años.

Tabla 12

*Síntomas por nivel de edad y sexo, colegio público*

En las tablas 13 y 14 se muestran las tablas, teniendo en cuenta las variables edad y

Síntoma	Mujer					Hombre			
	12	14	15	16	17	15	16	17	18
Som	1	8	14	7	1	6	9	1	1
Obs-com	1	8	16	9	1	8	13	1	2
Sen. Int	1	8	18	9	1	7	12	1	2
Dep	1	8	16	8	1	7	12	1	2
Ans	1	8	15	7	1	5	8	1	1
Hos	1	8	11	10	1	7	12	1	1
Ans. Fob.	1	8	17	9	1	3	11	1	2
Id. Par.	1	7	9	15	1	5	14	1	2
Psic	1	7	16	7	1	6	12	1	2

curso, de acuerdo al colegio.

Entre los estudiantes de 10 grado del colegio privado, los jóvenes que manifestaron presentar más síntomas fueron los de 15 años, mientras que en grado 11, los estudiantes de 16 años, fueron quienes presentaron más síntomas (ver tabla 13).

Tabla 13

*Síntomas de acuerdo al curso y edad del colegio privado*

Síntoma	Curso/edad							
	10				11			
	13	14	15	17	15	16	17	18
Som	1	7	10	1	11	16	2	1
Obs-com	1	12	13	1	20	21	2	1
Sen. Int	1	12	10	1	13	13	2	1
Dep	1	12	11	1	14	16	2	1
Ans	1	9	9	1	12	16	2	1
Hos	1	11	10	1	14	14	2	1
Ans.								
Fob.	1	9	12	1	10	13	1	1
Id. Par.	1	11	9	1	11	17	2	1
Psic	1	9	10	1	11	16	2	1

En el colegio público al igual que en el colegio privado, los alumnos de 15 años de grado 10 fueron quienes más manifestaron tener síntomas y así como los estudiantes de 11 grado de 16 años (ver tabla 14).

Tabla 14

*Síntomas de acuerdo al curso y la edad del colegio público*

Síntoma	Curso/edad							
	10				11			
	14	15	16	12	15	16	17	18
Som	8	14	8	1	6	8	2	1
Obs-								
com	8	18	7	1	6	15	2	2
Sen. Int	8	18	7	1	7	14	2	2
Dep	8	16	6	1	7	14	2	2
Ans	8	14	6	1	6	9	1	1
Hos	8	13	7	1	5	15	2	1
Ans.								
Fob.	8	15	7	1	5	13	2	2
Id. Par.	7	14	7	1	6	16	2	2
Psic	7	16	6	1	6	13	2	2

**Asesor**

David Javier Fortich Pérez

Psicólogo.

Magíster en Salud Pública

Docente de Tiempo completo

Programa de Psicología

Universidad Tecnológica de Bolívar