

Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez

Biopsychosocial risk and perception of the functionality of the family amongst adolescents from sixth grade in the Jesús Jiménez School

Daniel Ulate-Gómez

Resumen

Objetivo: la adolescencia es una etapa crucial en la vida de las personas, caracterizada por profundos cambios que marcan el paso de la niñez a la vida adulta. La detección proactiva de factores de riesgo y la intervención temprana son fundamentales para prevenir conductas riesgosas. El objetivo planteado fue describir la prevalencia del riesgo biopsicosocial y la percepción de la funcionalidad familiar de las personas adolescentes.

Métodos: la población del estudio estuvo constituida por 124 adolescentes de sexto grado. Se incluyó tanto hombres como mujeres, mayores de 10 años, con el consentimiento informado de sus padres. Se les aplicó los cuestionarios Tamizaje de Riesgo del Programa de Atención Integral de la Adolescencia (PAIA) y APGAR Familiar.

Resultados: los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron: ausencia de confidente (36,3%), sensación de depresión (23,4%), participación en peleas (12,1%) e ideas de muerte (8,1%). La prevalencia de buena función familiar fue del 68,6%, disfunción leve del 27,4% y disfunción severa del 4%. La percepción de buena funcionalidad familiar por parte de los adolescentes estuvo relacionada con bajo riesgo biopsicosocial ($p=0,011$), mayor comunicación con los padres ($p=0,000$), ausencia de sensación de depresión ($p=0,002$), ausencia de ideas de muerte ($p=0,000$) y ausencia de intentos suicidas ($p=0,003$).

Conclusiones: los mayores problemas encontrados en los adolescentes fueron: ausencia de un confidente, sensación de depresión, participación en peleas e ideas de muerte. La familia funcional se mostró como un factor protector contra síntomas depresivos, ideas de muerte e intentos suicidas.

Descriptor: adolescente, familia, asunción de riesgos, medicina familiar y comunitaria, relaciones familiares.

Abstract

Aim: Adolescence is a crucial stage in life. It is characterized by profound changes that define the passage from childhood to adulthood. The proactive detection of risk factors and an early intervention are essential to prevent risky behaviors. The objective of the study was to describe the prevalence of bio psychosocial risk and how adolescents perceive the functionality of the family.

Methods: The study's population was composed of 124 adolescents in sixth grade. The study included both men and women, over the age of 10 years, for whom their parents had provided informed consent. They answered 2 questionnaires: *Tamizaje de Riesgo del Programa de Atención Integral del Adolescente* [Risk Assessment of the Adolescent Integral Care Program] (PAIA) and the Family APGAR.

Área de Salud Cartago y Escuela Jesús Jiménez.

Afiliación del autor: Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

Abreviaturas: EBAIS, Equipos Básicos de Atención Integral en Salud; PAIA, Programa de Atención Integral de la Adolescencia.

✉ dulateg@hotmail.com

Results: The most frequent risk factors were: absence of confidant (36.3%), feeling of depression (23.4%), participation in fights (12.1%) and death-related ideas (8.1%). The prevalence of a functional family was 68.6%, of mild dysfunction 27.4% and of severe dysfunction, 4%. The perception of a good family function by adolescents was related to low biopsychosocial risk ($p=0.011$), greater communication with parents ($p=0.000$), absence of a feeling of depression ($p=0.002$), absence of death-related ideas ($p=0.000$) and absence of suicide attempts ($p=0.003$).

Conclusions: The biggest problems found in adolescents were absence of a confidant, feeling of depression, participation in fights and death-related ideas. The functional family was shown as a protective factor against depressive symptoms, death-related ideas and suicide attempts.

Keywords: Adolescent, family, risk-taking, family and community practice, family relationships.

Fecha recibido: 16 de noviembre de 2011

Fecha aceptado: 23 de agosto de 2012

La adolescencia es una etapa crucial en la vida de las personas, caracterizada por profundos cambios que marcan el paso de la niñez a la vida adulta; esto la convierte en un periodo de la vida en el cual la persona es vulnerable a caer en múltiples riesgos.¹ Los estudios han demostrado que una detección proactiva de conductas de riesgo y la intervención temprana en el ámbito clínico, son fundamentales para la prevención de estos problemas de los adolescentes.²

En el desarrollo de un adolescente, la familia y la escuela son los contextos más influyentes. Al respecto, se ha demostrado que la disfunción familiar se asocia a mayor prevalencia de conductas de riesgo en los adolescentes; por el contrario, el adecuado funcionamiento familiar es un factor protector contra el desarrollo de conductas de riesgo.³

Un instrumento útil para explorar la funcionalidad de las familias es el APGAR Familiar, una técnica rápida y sencilla desarrollada por Smilkstein en 1978; este instrumento se ha venido incorporando a la práctica clínica del médico de familia, como una herramienta para el abordaje de los problemas familiares y en el campo de la investigación.⁴

Las investigaciones han revelado que la utilización de cuestionarios de tamizaje de síntomas emocionales y conductas de riesgo a nivel escolar, es una estrategia importante para un diagnóstico precoz y una implementación temprana de medidas de prevención y tratamiento.³ Además, la aplicación rutinaria de estos instrumentos cuenta con el apoyo de los padres y los adolescentes.⁵

Existe un instrumento de tamizaje de riesgo biopsicosocial ampliamente empleado en Costa Rica, desde su validación en 2000. Este cuestionario se utilizaba entonces en el primer nivel de atención, como parte del PAIA de la Caja Costarricense de Seguro Social. Se basa en un sistema de preguntas acerca de diferentes factores de riesgo, con una puntuación para cada respuesta, y con la sumatoria de los puntos se clasifica a los adolescentes en bajo, mediano y alto riesgo.⁶

Por todo lo expuesto, se consideró de vital trascendencia la realización de un estudio en un centro educativo como la Escuela Jesús Jiménez, para valorar los factores de riesgo y la funcionalidad familiar de sus jóvenes. Esta escuela se destaca

porque es una de las de mayor matrícula en Cartago, y por tener una población proveniente de distintos estratos socioeconómicos y diversas zonas geográficas de la provincia.

El objetivo general propuesto en la investigación fue describir la prevalencia del riesgo biopsicosocial y de la percepción de la funcionalidad familiar, de las personas adolescentes que cursan el sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez, en el primer semestre de 2011.

Materiales y métodos

El presente estudio fue de tipo transversal y contó con un enfoque cuantitativo y un alcance descriptivo. La población estudiada la conformaron adolescentes de sexto grado de la Escuela Jesús Jiménez, durante febrero - julio de 2011. Se incluyó jóvenes con una edad igual o mayor a 10 años, estudiantes regulares de sexto grado y que contaron con el consentimiento informado de los padres; se excluyó del estudio a quienes no desearon participar o estuvieron ausentes el día de la aplicación de los cuestionarios. Para participar en la investigación se solicitó la firma de un consentimiento informado por los padres de familia y de un asentimiento informado por los adolescentes. El estudio contó con la aprobación y supervisión del Comité Local de Bioética del Hospital Max Peralta.

La recolección de datos se efectuó mediante los cuestionarios: Tamizaje de Riesgo del Programa de Atención Integral de la Adolescencia y APGAR Familiar. Ambos instrumentos se aplicaron en forma grupal, pero cada adolescente respondía de manera individual y confidencial.

Previo al análisis de la información obtenida, se efectuó la revisión de cada uno de los cuestionarios, para detectar cuáles adolescentes presentaban condiciones de riesgo, con el fin de referirlos oportunamente para su debida atención con profesionales de psicología, trabajo social y medicina familiar del Área de Salud Cartago.

Después, se tabuló y depuró los datos en el programa Excel 2007. Se realizaron frecuencias simples de todas las variables y se estimaron prevalencias con sus respectivos

Cuadro 1. Prevalencia de los grupos de riesgo biopsicosocial. Escuela Jesús Jiménez, primer semestre, 2011			
Grado de riesgo	N	%	IC 95%
Bajo	120	96,8	92,0-99,1
Mediano	3	2,4	0,5-6,9
Alto	1	0,8	0,0-4,4

intervalos de confianza al 95%. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión. Se realizaron pruebas de asociación estadística entre la variable independiente (percepción de la funcionalidad familiar) y las variables dependientes (factores de riesgo biopsicosocial); dichas comparaciones se hicieron utilizando el test de Chi cuadrado. El análisis estadístico se llevó a cabo con los programas EPIDAT3.1 y SPSS17. Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y se definió un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados

La población total de estudiantes de sexto grado del centro educativo era de 164. Hubo 30 padres de familia que no firmaron el consentimiento informado. Un total de 10 jóvenes que contaron con el consentimiento de sus padres se excluyeron de la investigación, seis debido a que decidieron no firmar el asentimiento informado y otros cuatro, porque se ausentaron los días de la aplicación de los cuestionarios. Por tal motivo, participaron dentro del estudio 124 adolescentes.

Con respecto al sexo, el 46% (IC 95% 36,8-55,1) de la población estuvo compuesto por hombres y el 54% (IC 95% 44,9-63,2), por mujeres. Las edades se encontraban en el rango de 11-14 años, con un promedio de 11,66 años, una desviación estándar de 0,75 y un coeficiente de variación del 6,43%. Según el domicilio, se encontró que cerca de la mitad de las personas adolescentes vivía en sectores adscritos a los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) El Carmen, Manuel de Jesús Jiménez y La Pitahaya, los cuales forman parte del Área de Salud Cartago.

De acuerdo con el puntaje obtenido en el Tamizaje de Riesgo del PAIA, cada uno de los participantes en la investigación

Cuadro 2. Prevalencia de la percepción de la funcionalidad familiar. Escuela Jesús Jiménez, primer semestre, 2011			
Función familiar	N	%	IC 95%
Buena función	85	68,6	60,0-77,1
Disfunción leve	34	27,4	19,2-35,7
Disfunción severa	5	4,0	1,3-9,2

Cuadro 3. Asociación entre ausencia de factores de riesgo y función familiar. Escuela Jesús Jiménez, primer semestre, 2011			
Factores ausentes	Buena función	Porcentaje disfunción leve	Porcentaje disfunción severa
Sensación de depresión	74,7	24,2	1,1
Tabaquismo	68,3	27,6	4,1
Consumo excesivo de alcohol	69,1	26,8	4,1
Consumo de drogas	69,1	26,8	4,1
Intentos suicidas	68,8	27,9	3,3
Ideas de muerte	71,9	26,3	1,8
Participación en peleas	70,6	25,7	3,7

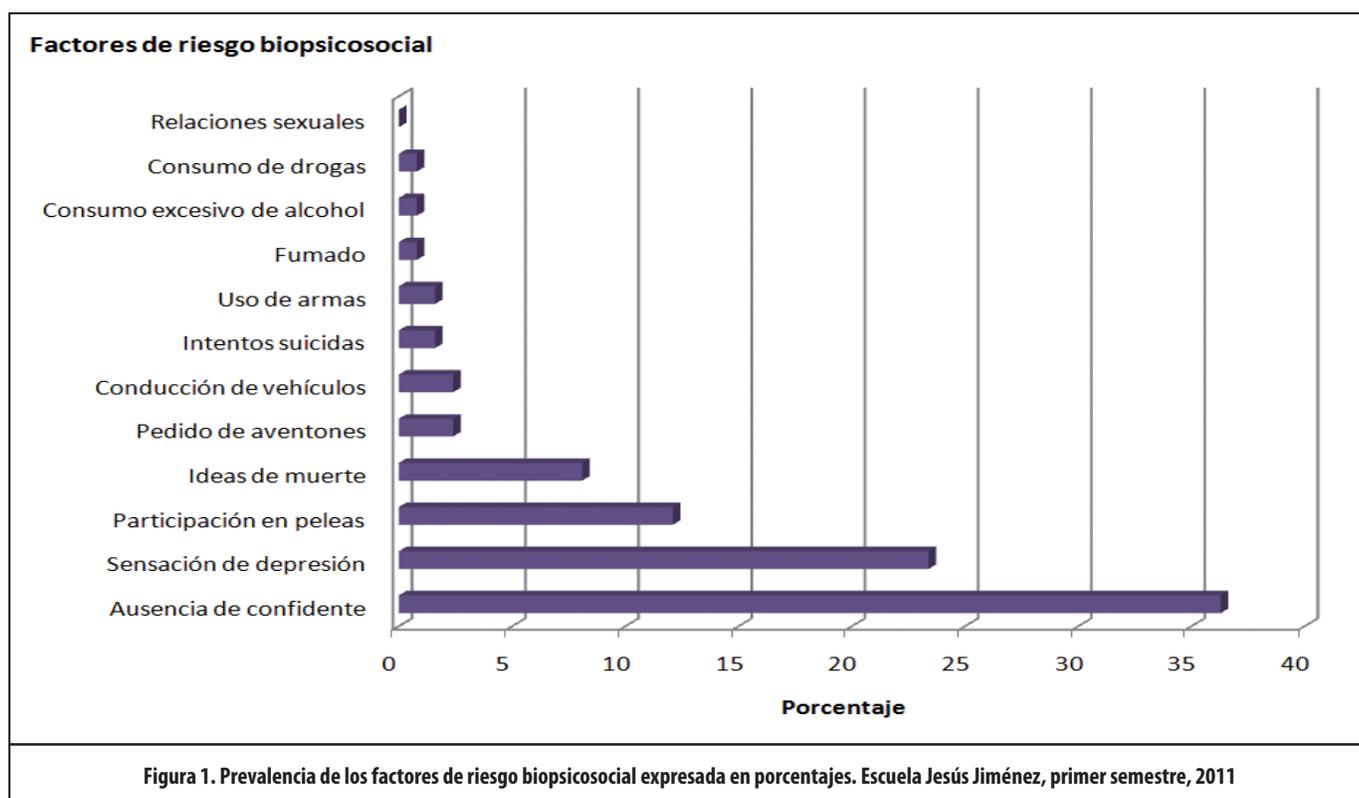
se pudo clasificar según el nivel de riesgo biopsicosocial, en tres grupos: bajo (0-8 puntos), mediano (9-13 puntos) y alto (14 puntos o más). El valor promedio del puntaje del cuestionario fue de 3,07, con una desviación estándar de 2,6 y un coeficiente de variación del 84,62% (Cuadro 1).

La prevalencia de los factores de riesgo biopsicosocial se obtuvo mediante el instrumento de detección del PAIA, utilizando preguntas cerradas dicotómicas, para conocer si el adolescente o la adolescente presentaban determinado factor de riesgo, de acuerdo con su comportamiento reciente (Figura 1).

La información acerca de cómo los adolescentes perciben la funcionalidad de sus familias, se obtuvo del cuestionario APGAR Familiar. Según el puntaje del instrumento, se estratificó a los participantes en tres grupos: buena función (8-10 puntos), disfunción leve (4-7 puntos) y disfunción severa (0-3 puntos). El valor promedio del APGAR fue de 7,7 puntos, con una desviación estándar de 2,01 y un coeficiente de variación del 25,9% (Cuadro 2).

Mediante la investigación, se determinó que hubo una relación significativa entre una buena función familiar con la ausencia de los factores de riesgo: sensación de depresión ($p=0,002$), intentos suicidas ($p=0,003$) e ideas de muerte ($p=0,000$). Para las variables: tabaquismo ($p=0,794$), consumo excesivo de alcohol ($p=0,263$), consumo de drogas ($p=0,263$) y participación en peleas ($p=0,396$), no se encontró una asociación con la funcionalidad familiar (Cuadro 3).

Además, se pudo determinar que existe una asociación entre la percepción de una buena función familiar y la presencia de un bajo riesgo biopsicosocial ($p=0,011$). También, se encontró que hubo asociación entre la percepción de las



familias como funcionales y una comunicación constante con los padres ($p=0,000$).

Discusión

Con respecto a la prevalencia de los grupos de riesgo biopsicosocial, el estudio evidencia que un alto porcentaje de los adolescentes es de bajo riesgo, lo cual indica que esta población es susceptible para recibir medidas encaminadas hacia una prevención primaria de conductas de riesgo.

En lo que se refiere a prevalencia de los factores de riesgo biopsicosocial, la ausencia de confidente fue el que tuvo la prevalencia más alta, al presentarse en más de un tercio de los jóvenes de sexto grado. Este hecho aumenta la probabilidad de los adolescentes de caer en conductas de riesgo por falta de apoyo social, como se analiza en el estudio español realizado en 2007.⁷

El segundo factor de riesgo con mayor prevalencia en esta población, fue la sensación de depresión durante el último mes; este problema estuvo presente en casi una cuarta parte de la población estudiada, con una prevalencia mayor que la obtenida en el estudio de Pérez-Milena y colaboradores, en donde el 12,9% de los escolares refirió sentirse “triste todo el tiempo”.⁷

La presencia de ideas de muerte tuvo una prevalencia del 8,1%. Llama la atención que la prevalencia para este factor de riesgo es mayor que la encontrada en el estudio chileno de 2008, cuando se reveló que el 6,1% de los escolares refirió sentirse “extremadamente” desesperado y sin sentido, lo que indicaba un alto riesgo de suicidio en ese grupo.³

En lo referente a intentos suicidas, se determinó una prevalencia del 1,6%. Este valor se puede considerar bajo si se compara con el estudio nacional publicado en 1999, donde se encontró una prevalencia de desesperanza (indicativa de alto riesgo suicida) cercana al 25% en los adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria.⁸ Sin embargo, estos resultados siguen siendo preocupantes, porque si se toma como punto de referencia el VI Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica, en el cual se reportó para 2006, un total de 41 suicidios en adolescentes,⁹ se puede ver que el porcentaje encontrado en la investigación es tan solo la punta del iceberg del gran problema que representa el suicidio en el país.

La prevalencia de participación en peleas a golpes se documentó en un 12,1%; también se determinó que existe una prevalencia del 1,6% de uso de armas entre los adolescentes de sexto grado de la institución; ambos factores representan un problema grave de violencia en el centro educativo. Como lo manifiesta la Organización Panamericana de la Salud, la violencia es una de las grandes dificultades de salud pública a nivel mundial y se debe trabajar en los escenarios escolar, comunal y familiar, para estimular a los adolescentes a adquirir habilidades preventivas de conductas violentas.¹⁰

La prevalencia de conducción de vehículos y la de pedido de aventones, fue del 2,4% en ambos casos. Con estas conductas, los escolares están poniendo en peligro su vida o la de otras personas. Las consecuencias de estos comportamientos de riesgo, se ven evidenciadas en las estadísticas de los Estados Unidos, donde los accidentes (incluidos los relacionados a la conducción irresponsable de vehículos) son la principal causa de mortalidad en los adolescentes.¹¹

Con respecto al consumo de sustancias, se encontró una prevalencia del 0,8% para fumado activo, un 0,8% de prevalencia de último semestre para consumo excesivo de alcohol y un 0,8% de prevalencia de vida para consumo de drogas. Comparando estos datos, se puede ver que en la investigación nacional realizada por el IAFA en 2006, se encontró una prevalencia de consumo activo de tabaco del 4,2%, una prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los 12 meses anteriores menor al 20%, y una prevalencia de vida de consumo de drogas del 6,6% entre los estudiantes de séptimo año.¹²

En el estudio nacional de 2006 se reportó una edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas de 12,85 años en hombres y 13,01 años en mujeres, y una edad de inicio del tabaquismo de 12,38 años en hombres y 12,88 años en mujeres.¹² Se puede analizar que la edad promedio de la población de estudio (11,66 años) se encuentra por debajo de la edad de inicio del tabaquismo y consumo de alcohol a nivel nacional, lo que justifica que las prevalencias encontradas sean menores a las estadísticas nacionales.

Con respecto a relaciones sexuales, la prevalencia en los escolares de sexto grado fue del 0%. Haciendo una comparación con el estudio de Santander y colaboradores, llevado a cabo en centros educativos chilenos, se encontró una prevalencia del 14,3% en menores de 13 años.³ En el ámbito nacional, la Encuesta sobre Salud Sexual y Reproductiva 2010, sitúa la edad promedio de inicio de relaciones sexuales a los 15 años en hombres y 16 en mujeres. Por tal motivo, la prevalencia del 0% de relaciones sexuales en una población de escolares cuya edad promedio es de 11,66 años, concuerda con la realidad costarricense. Esto indica que se está a tiempo para poner en marcha intervenciones preventivas dirigidas a los adolescentes, dentro del marco de la Política Nacional de Sexualidad, dada a conocer recientemente por el Ministerio de Salud.¹³

En lo referente a la prevalencia de la percepción de la funcionalidad familiar, el presente estudio demuestra una prevalencia del 68,6% de buena función familiar, lo que difiere totalmente de los datos encontrados en el estudio chileno de 2008, donde el 66,5% de los escolares percibe que sus familias son disfuncionales;³ sin embargo, hay una similitud importante con los resultados del estudio español publicado en 2009, en el cual los adolescentes perciben una buena función familiar en un 77% de los casos.¹⁴ La prevalencia de percepción de disfuncionalidad familiar es del 31,4% en la presente investigación, lo cual se asemeja a las estadísticas encontradas en la población general de diferentes estudios, con un porcentaje de disfunción familiar que oscila entre el 16 y el 35%.⁷

El hecho de que los escolares de sexto grado perciban a sus familias como funcionales es un factor beneficioso para esta población, pues se sabe que el sistema familiar es responsable de que los adolescentes cumplan las tareas del crecimiento para adquirir su madurez emocional y que la familia funcional ha sido y seguirá siendo el mejor agente preventivo de la salud del adolescente.¹⁵

La percepción de una buena función familiar mostró relación con la presencia de un bajo riesgo biopsicosocial

($p=0,011$). Esta asociación plantea que una buena funcionalidad en la familia puede ser un factor protector contra conductas de riesgo en los adolescentes; por el contrario, la disfunción familiar estaría relacionada con un mayor riesgo biopsicosocial, como se demostró en el estudio de Roustit y colaboradores, donde se determinó una asociación entre la disrupción familiar y el desajuste psicosocial en los adolescentes.¹⁶

En lo relacionado con la sensación de depresión, se pudo determinar que la ausencia de este factor de riesgo se encuentra vinculada con la percepción de una buena función familiar ($p=0,002$). Entonces, se propone que la familia funcional podría ser un factor protector contra el desarrollo de depresiones. Haciendo una comparación, el estudio llevado a cabo por Pérez-Milena y colaboradores en España, encontró una asociación entre la disfunción familiar y la presencia de síntomas depresivos, proponiendo que la disfunción familiar podría ser un factor predisponente para una depresión;⁷ de manera similar, en el estudio de Santander y colaboradores en Chile, se halló que el riesgo de presentar síntomas emocionales fue significativamente superior en familias percibidas como disfuncionales.³

En otro cruce de variables, se encontró que la buena función familiar estaba asociada con la ausencia de intentos suicidas ($p=0,003$), lo cual evidencia que la familia funcional podría ser un factor protector contra el suicidio en adolescentes. Este es un hallazgo importante, puesto que el VI Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, señala el suicidio como uno de los grandes problemas de los adolescentes.⁹

Con la información obtenida en la presente investigación, se pudo encontrar la existencia de una asociación entre la percepción de una buena función familiar, con la ausencia de ideas de muerte en los escolares ($p=0,000$); lo que referiría una posible relación de protección contra las ideas suicidas, en los adolescentes con familias funcionales. Lo anterior concuerda con los resultados del estudio de las referencias por depresión e ideación suicida recibidas en la Clínica de Adolescentes del Hospital Calderón Guardia, donde se encontró que la disfunción familiar era uno de los factores desencadenantes de las crisis.¹⁷

Además, se determinó que hubo relación entre la percepción de las familias como funcionales y una comunicación constante con los padres ($p=0,000$). Esta asociación confirma lo descrito por Santander y colaboradores, acerca de que los adolescentes que pertenecen a familias funcionales son los que tienen mejor comunicación con sus padres.³

Finalmente, se recomienda que en futuros estudios se haga un diseño de cohortes o casos y controles, tomando como base la presente investigación, para profundizar en la relación de causalidad entre las variables estudiadas. Además, se considera necesario que la Caja Costarricense de Seguro Social continúe con la aplicación rutinaria de tamizajes de riesgo y con la valoración de la funcionalidad familiar de los adolescentes, tanto en los centros educativos como en los EBAS, para asegurar la atención integral de esta población.

Conflicto de interés: el autor no reporta ninguno

Agradecimientos: Se agradece a la MSc. Mayra Cartín Brenes, por su valiosa asesoría.

Referencias

1. Díaz M, Garita C, Sequeira M, Alarcón N. Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia: Lineamientos del modelo de atención integral a la salud de las y los Adolescentes en la Caja Costarricense de Seguro Social. San José: Caja Costarricense de Seguro Social; 2006. En: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/modelocompleto.pdf>.
2. Greene JP, Ahrendt D, Stafford EM. Adolescent Abuse of Other Drugs. *Adolesc Med Clin*. 2006; 17: 283-318.
3. Santander S, Zubarew T, Santelices L, Argollo P, Cerda J, Bórquez M. Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Rev Med Chil*. 2008; 136: 317-24.
4. Bellón-Saameño J, Delgado-Sánchez A, Luna-del Castillo J, Lardelli-Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria*. 1996; 18:289-96.
5. Pasternak RH, Geller G, Parrish C, Cheng TL. Adolescent and Parent Perceptions on Youth Participation in Risk Behavior Research. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006; 160:1159-66.
6. Garita-Arce C, Rodríguez-Rojas J. Desarrollo y validación de un instrumento discriminador de riesgo psicosocial para el primer nivel de atención y su vinculación con el proceso de modernización institucional. *Adolescencia y Salud*. 2000; 2. En <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/2n1/art5.htm>.
7. Pérez-Milena A, Pérez-Milena R, Martínez-Fernández M, Leal-Helmling F, Mesa-Gallardoc I, Jiménez-Pulido I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Aten Primaria*. 2007; 39: 61-7.
8. Morales-Bejarano A, Chávez-Viquez R, Ramírez-Mora W, Sevilla-Vargas A, Yock-Cabezas I. Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil. *Adolescencia y Salud*. 1999; 1. En <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/1n2/0515.html>.
9. Universidad de Costa Rica, PRIDENA, UNICEF. VI Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica. A diez años del Código de la Niñez y la Adolescencia. San José: Universidad de Costa Rica; 2008.
10. Breinhauer C, Magdaleno M. Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. Washington: Editorial Organización Panamericana de la Salud; 2008. Publicación Científica y Técnica 594.
11. Stephens MB. Preventive health counseling for adolescents. *Am Fam Physician*. 2006;74: 1151-6.
12. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. La juventud y las drogas: encuesta nacional sobre percepciones y consumo en población de educación secundaria, Costa Rica: IAFA, 2007.
13. Ministerio de Salud. Política Nacional de Sexualidad. Análisis de situación: propósito, enfoques, asuntos críticos y áreas de intervención de la política de sexualidad. Primera edición. Costa Rica: Ministerio de Salud, 2011.
14. Pérez-Milena A, Martínez-Fernández M, Mesa-Gallardo I, Pérez-Milena R, Leal-Helmling F, Jiménez-Pulido I. Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997-2007). *Aten Primaria*. 2009; 41: 479-86.
15. Dulanto E, coordinador. El adolescente. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
16. Roustit C, Chaix B, Chauvin P. Family breakup and adolescents psychosocial maladjustment: Public health implications of family disruptions. *Pediatrics*. 2007; 120: e984-e91.
17. Camacho-Cantillano EM, Carmona-Suárez M, León-Rojas MG. Perfil de los casos referidos por depresión a la Clínica de Adolescentes. *Adolescencia y Salud*. 2004; 4-5.