

Salud mental positiva y apoyo social percibido en personas con discapacidad física

Paulo César González S.¹, Elcy Yaned Astudillo M.²,
Érika Paola Hurtado L.³

Resumen

Objetivo

Evaluar la salud mental positiva y el apoyo social y percibido en 30 sujetos con discapacidad física, adscritos a una asociación en el municipio de Tuluá (Colombia).

Metodología

Se realizó una investigación descriptiva con una muestra no probabilística conformada por 30 sujetos pertenecientes a una institución no gubernamental de apoyo a personas con discapacidad.

Resultados

El 50,0% de los participantes fueron mujeres y 50,0% hombres, con edad promedio de 45 años y con las siguientes condiciones de discapacidad: 43,0% paraplejia, 27,0% hemiplejia, 20,0% cuadriplejia y 10,0% con amputación. Los sujetos de estudio presentaron un buen ajuste psicológico, mostrando que cuentan con recursos personales para enfrentar las adversidades. El apoyo social percibido fue satisfactorio, señalando que estas personas tendrán recursos para la adherencia a los tratamientos a pesar de su condición.

Conclusiones

Los individuos en diferentes condiciones de discapacidad física pueden lograr mantener un equilibrio en las situaciones que se les presentan en diversos aspectos, permitiéndoles fortalecer su bienestar.

Palabras clave: *discapacidad, salud mental, apoyo social (Fuente: BIREME-DeCS)*

Artículo recibido: diciembre 19 de 2012 **aprobado:** marzo 22 de 2013

1 Psicólogo, Especialista en Pedagogía para el Desarrollo del Aprendizaje Autónomo, Magister en Educación y Desarrollo Humano, estudiante de Doctorado en Psicología. Docente investigador Grupo Sujeto, Mente y Comunidad (SUMECO). Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) Eje Cafetero. Correo electrónico: paulo.gonzalez@unad.edu.co

2 Enfermera, Especialista en Enfermería Nefrológica, estudiante de Doctorado en Ciencias Biomédicas. Docente Programa de Enfermería, Universidad Libre-Seccional Pereira. Correo electrónico: eyastudillo@unilibrepereira.edu.co

3 Psicóloga semillero de investigación en Educación y Desarrollo Humano, adscrito al grupo Sujeto Mente y Comunidad (SUMECO). Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD). Correo electrónico: kekapao@gmail.com

Positive mental health and social support perceived by people with physical disabilities

Abstract

Objective

To evaluate positive mental health and the social support perceived by 30 subjects with physical disability who have been assigned to an association in the municipality of Tulua (Colombia).

Methodology

A descriptive study was conducted with a nonrandom sample comprised of 30 subjects who belong to a non-government institution which supports handicapped people.

Results

50,0% of participants were female and 50,0% male, mean age 45, with the following disabling conditions: 43,0% paraplegia, hemiplegic 27,0%, 20,0% quadriplegia, and 10,0% with amputation. The study subjects showed good psychological adjustment, showing that they have personal resources to cope with adversity. Perceived social support was satisfactory, indicating that these people will have resources for adherence to treatment despite his condition.

Conclusions

Individuals under different physical disabilities can achieve a balance in situations that present themselves in different ways, allowing them to strengthen their welfare.

Key words: *disability, mental health, social support (Source: BIREME DeCS)*

Introducción

La discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación. Por su parte, las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal, las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (1).

En Colombia la discapacidad guarda correspondencia con la situación mundial; aproximadamente existen 2.640.000 personas que presentan alguna limitación permanente, lo cual equivale al 6,4% del total de la población Colombiana (2). Se habla de discapacidad bajo un enfoque multidimensional, resultado de un complejo conjunto de condiciones tanto físicas como psicológicas. En mayo del 2001 se presentó a la 54^a Asamblea Mundial de la Salud, el documento de clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad (CIDDDM2-CIF) en el cual se buscaba la integración de los modelos médico y social.

En este contexto, es válido que no se entienda la salud como la mera ausencia de enfermedad física, sino que además cualquier alteración psicológica o social puede determinar el estado de enfermedad/discapacidad de un individuo y su estado completo de bienestar; por lo tanto, la discapacidad no la podemos seguir viendo como una situación estática, sino como un proceso dinámico entre la persona y el ambiente, concibiendo un nuevo paradigma: el apoyo, donde se cree en la capacidad de la persona y se promueve su autonomía (3,4).

Un apoyo que concibe al individuo como gestor de su propia vida y que le permite disminuir su dependencia (5) y que la discapacidad de una persona resulta de la interacción entre ésta y el ambiente en que vive, denominando a esa nueva concepción: *modelo ecológico*, que hace énfasis en autonomía, integración, igualdad y en las capacidades del individuo.

Desde esta perspectiva, una consecuencia inmediata del paciente discapacitado es la necesidad de tener que ser atendido por otras personas o instituciones y a esta necesidad se denomina: “apoyo social”. Otros autores (6) consideran que es una reacción humana natural ante situaciones de peligro, ante el temor, la ansiedad o el estrés; es la búsqueda de la proximidad de otra persona, de sus palabras, de su contacto físico; es la ayuda a la que un sujeto puede acceder a través de los lazos sociales con otros sujetos, grupos y comunidad global (7) y es considerado como un factor que juega un papel importante en la determinación de la autoestima de los individuos (8).

Por otra parte, en sujetos en desarrollo, poseer relaciones interpersonales valiosas y significativas, representa una oportunidad para el desarrollo de competencias y habilidades sociales (9). Una tendencia que el ser humano comparte con otras especies y que, desde el punto de vista funcional, es de gran importancia para la salud, y el bienestar del individuo.

Diversos autores (10) proponen que no solo se deben plantear estrategias para fortalecer las habilidades de afrontamiento, sino también comprender la normalidad de la presencia de emociones negativas ante situaciones adversas. Desde este punto de vista se plantea una estrecha relación entre apoyo social percibido y salud mental positiva.

La Salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (1). El Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el año 2003 determinó que el 19,3 % de las personas padecían trastornos de depresión y un 15,0% trastornos de tipo afectivo (11).

Los procesos de adaptación y equilibrio que a nivel mental si son favorables, generan crecimiento personal y mantienen al individuo en salud mental positiva. La salud física y mental son estados dinámicos y cambiantes; el cuerpo y la mente deben renovarse constantemente, cada vez que circunstancias extrínsecas o intrínsecas del individuo lo requieran. Desde este planteamiento se define la salud mental positiva como: la capacidad de percibir, comprender e interpretar las circunstancias que nos rodean para adaptarnos y cambiar en caso de necesidad (10).

El modelo de salud mental positiva planteado por Jahoda surge en Estados Unidos (1955) (12), al constituirse la Joint Commission on Mental Illness and Health (comisión conjunta para la enfermedad y la salud mental), teniendo como objetivo estudiar la salud mental integralmente, para lo cual fue encomendado a Jahoda quien debía investigar y profundizar el concepto.

En definitiva, Jahoda en 1958 se vincula a los inicios del modelo comunitario de intervención y pretende defender la promoción de la salud mental por encima de la mirada psicopatológica, entendiéndose la salud mental como un estado de funcionamiento óptimo de la persona, la cual debe promover las cualidades del ser

humano y facilitar su máximo desarrollo (13). Se plantea entonces que, en la salud mental positiva, desde una perspectiva individual, existe una relación entre los aspectos físicos y mentales de los seres humanos (14). De esta forma es percibida la discapacidad en un contexto global, que atiende en diferentes aspectos todo lo que envuelve al ser humano.

El interés por el apoyo social se origina en los años 70 como una variable primordial en el área de la salud, especialmente en afrontamiento al estrés en situaciones de crisis. Algunos autores (15) lo definen como: lazos perdurables que desempeñan un papel primordial en la integración psicológica y física del individuo (16), o factores existentes en el ambiente y que promueven aspectos favorables a la condición (15). Los individuos se encuentran dentro de una red de relaciones sociales y estas se vuelven importantes cuando proveen el apoyo necesario en situaciones de crisis y es la información dada al sujeto para que crea que es cuidado, amado, estimado y miembro de una red de obligaciones mutuas (15).

Algunos autores (15) establecen que hay dos tipos de apoyo social: apoyo social recibido (transacción objetiva), que son los recursos materiales con que el individuo cuenta a la hora de necesitarlo y apoyo social percibido (transacción subjetiva) es la valoración que el sujeto hace acerca de la ayuda con la que cree contar.

También cabe anotar que hay estudios en que los autores (17) clasifican la importancia del apoyo social en cuanto a beneficios para el individuo, en dos categorías: modelo de efectos directos o principales que establecen la relación directa entre apoyo social y bienestar, proporcionando sentido de pertenencia y seguridad, información y recursos e incrementando la autoestima; cuando se aumenta la seguridad percibida en el

sujeto, ésta se refleja en su estado anímico. Y el modelo de efecto amortiguador donde el apoyo social actúa de manera indirecta, protegiendo al individuo de efectos negativos en situaciones de estrés (18).

Según estas teorías, el apoyo social incrementa el nivel de bienestar de las personas expuestas a acontecimientos vitales estresantes, mientras que en ausencia de él, las consecuencias serán negativas para la salud. Un bajo nivel de apoyo social puede generar una depresión después de un trauma severo (19).

El apoyo social es un factor esencial en el bienestar de los individuos, asociado a la salud (20). Este genera un efecto directo o amortiguador del estrés y de los acontecimientos vitales estresantes. Su falencia o decremento puede ser un agente estresor en sí mismo (21). Dentro de estas consideraciones se introducen en el individuo aspectos relativos a la forma de pensar, actuar y sentir, los cuales son relevantes a la hora de afrontar las dificultades que se le presentan a lo largo de la vida.

De acuerdo con todo lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue evaluar la salud mental positiva y el apoyo social percibido en sujetos con discapacidad física adscritos a una asociación, que puede no ser suficiente, debido a las limitaciones o restricciones que tienen para relacionarse con personas diferentes a su entorno primario, siendo este aspecto importante para que las personas puedan tener una mayor adherencia a los tratamientos.

Metodología

Se realizó una investigación descriptiva con la participación de 30 sujetos de ambos

sexos, mayores de edad, con discapacidad física y adscritos a una asociación en el municipio de Tuluá, Colombia.

Para el cumplimiento de los objetivos fueron aplicados dos instrumentos: el cuestionario sobre salud mental positiva creado por Lluch, (1999) (13), con 6 factores definidos: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de conflictos y auto actualización y habilidades de relaciones interpersonales y el cuestionario de MOS de apoyo social desarrollado en Estados Unidos (22) y validado en Colombia (18). Este cuestionario permite medir el apoyo social percibido y cuenta con un total de 20 ítems. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: apoyo emocional/informacional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Las opciones de respuesta están dadas a través de una escala Likert.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 15,0. En la realización de este estudio se solicitó el permiso a la institución y cada participante entregó mediante firma autorizada su respectivo consentimiento informado; en el proceso de tabulación de los datos los nombres fueron cambiados por códigos. De acuerdo con la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia, el estudio fue clasificado como: investigación sin riesgo.

Resultados

De los 30 participantes en el estudio el 50,0% fueron mujeres y 50,0% hombres. El rango de edad de los participantes estuvo entre los 18 y 83 años con media de 46 años; el 60,0% eran solteros. En cuanto al estrato socio-económico la mayoría de los individuos se ubicaron en el nivel 2

con un 63,0%. En relación con el nivel académico, el 43,0% realizó estudios de bachillerato y referente a la ocupación se halló que la mayoría de las personas eran desempleadas con un 77,0%.

Frente a las condiciones de discapacidad, el 43,0% de los individuos presentaban paraplejía, el 27,0% hemiplejía, 20,0% cuadriplejía y 10,0% habían sufrido una amputación.

La prueba de salud mental positiva mostró resultados satisfactorios; el 66,7 % de la muestra obtuvo una puntuación alta, y el 33,3% media. Ninguno de los participantes puntuaron con nivel bajo. Respecto a los resultados por género, se encontró que el 60,0% de las personas que puntuaron con salud mental alta eran varones. (Tabla 1)

Los análisis de confiabilidad mostraron un Alfa de Cronbach de 0,872 para el total de los dominios. Al revisar las correlaciones entre las subescalas de salud mental positiva, se encontró una correlación al nivel 0,01 (Spearman) bivariada, entre satisfacción personal y autocontrol de 0,59 (p=0,001), relaciones interpersonales y satisfacción personal de 0,56 (p=0,001), autonomía y satisfacción personal de 0,56 (p=0,001) y entre relaciones interpersonales y autocontrol de 0,55 (p=0,002). Otras correlaciones menos significativas se dieron entre: relaciones interpersonales y resolución de problemas de 0,48 (p=0,007) y relaciones interpersonales con actitud prosocial de 0,47 (p=0,009).

Tabla 1. Relación entre el sexo y el nivel de salud mental positiva

VARIABLE		Indicador	Salud mental positiva		Total
			Media	Alta	
SEXO	Femenino	Número	7	8	15
		%	70,0%	40,0%	50,0%
	Masculino	Número	3	12	15
		%	30,0%	60,0%	50,0%
Total		Número	10	20	30
		33,3,0%	66,7,0%	100,0%	

La habilidad de relaciones personales fue la subescala con más correlaciones respecto a las otras (actitud prosocial, autocontrol y satisfacción personal); este criterio hace referencia a la competencia social, a la influencia en el crecimiento personal del individuo y al desenvolvimiento social que abarca la empatía, la asertividad y la habilidad de actuar en situación de crisis.

Los resultados indican que la autonomía en estos pacientes se muestra como eje fundamental que permite mantener el

equilibrio emocional de los individuos, considerado como una condición necesaria para alcanzar un óptimo funcionamiento adaptativo y la satisfacción personal asociada a la visión positiva que tienen los individuos acerca de su vida actual.

Respecto al apoyo social percibido medido por el cuestionario MOS (18,23), se observó para toda la escala una confiabilidad por Alfa de Cronbach de 0,928. En la escala global de apoyo social la media de la puntuación fue de 68

por encima de la media de la validación para Colombia que fue de 57 puntos. En relación con las subescalas, se hallaron diferencias en los puntajes de hombres y mujeres y además existían diferencias

con el puntaje mostrado en la validación del instrumento MOS para Colombia (18) (Tabla 2).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos y comparación por sexo entre las escalas de la prueba MOS de apoyo social

		Apoyo emocional	Ayuda instrumental	Interacción social positiva	Apoyo afectivo
Femenino n=15	Media	29,3	15,9	13,5	10,4
	Mediana	30	20	12	12
	(DE)	8,6	6	4,9	4,1
Masculino n=15	Media	27,8	16,3	12	11,7
	Mediana	27	19	12	11
	(DE)	8,1	4,5	5,3	3,1
Validación para Colombia	Media	32,8	16,6	16,5	12,7
	n= 179	(DE)	6,6	3,4	3,3

Las correlaciones de la prueba MOS indican que de acuerdo al coeficiente de Pearson, hay correlaciones excelentes entre las variables apoyo emocional y apoyo afectivo de 0,769 ($p=0,00$) y apoyo emocional e interacción social positiva de 0,768 ($p=0,00$). Además, de apoyo afectivo e interacción social positiva de 0,721 ($p=0,00$). Otras correlaciones menores, se dieron entre apoyo afectivo y ayuda instrumental de 0,650 ($p=0,00$) y apoyo emocional y ayuda instrumental de 0,537 ($p=0,002$). Respecto a esta medición del apoyo social se encontró que hay entre todas las subescalas correlaciones importantes, sin embargo, apoyo afectivo es la que muestra las correlaciones más altas, con otras dos subescalas (interacción social positiva y apoyo afectivo).

El presente estudio indica que, al tener una medición en dos constructos similares, referidos a la competencia social y conductual, nos da la posibilidad de conocer la funcionalidad que se adquiere y que le permite al individuo interactuar de manera eficiente en las diferentes situaciones que se le presentan; pero no existen correlaciones entre las subescalas y esto corrobora que las escalas leen realidades que atienden aspectos diferentes de la vida de los individuos.

Al preguntar a los sujetos sobre la presencia de problemas de salud y la asistencia a consulta médica en el último mes, sólo uno de ellos reportó esta situación. Por otra parte se halló que solo un sujeto (3,3%) había recibido atención psicológica (Tabla 3).

Tabla 3. Estado de salud y consulta médica y psicológica de la población discapacitada

Pregunta	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
¿Tiene algún tipo de problema de salud?	No	29	96,7
	Si	1	3,3
	Total	30	100
¿En este último mes, ¿ha tenido que ir al médico por alguna razón?	No	29	96,7
	Si	1	3,3
	Total	30	100
¿Ha ido alguna vez a visitar a un psicólogo o psiquiatra?	No	29	96,7
	Si	1	3,3
	Total	30	100

Discusión

Los antecedentes muestran que en la cotidianidad ocurren situaciones que consideramos positivas o negativas. Se piensa que la condición de “ser discapacitado” puede generar deterioro personal, familiar y social en el individuo y es visto desde una óptica organizacional, asistencialista e instrumental, considerando pocos los aspectos fundamentales para el desarrollo de la vida plena de quienes la viven, con pocos estudios que aborden los recursos personales que éstos poseen para su afrontamiento.

En este caso se puede notar que los discapacitados tienen recursos personales y que su condición de discapacitados la asumen de forma tal que no reportan niveles bajos de salud mental positiva.

La discapacidad se ha relacionado con la idea de enfermedad o disminución social. Los estigmas sociales de esta condición generan marginalidad, exclusión y discriminación, llevando a la persona con

discapacidad a ser vulnerable (4). Desde la perspectiva individual planteada por Jahoda (12), existe una relación entre los aspectos físicos y mentales de los seres humanos en una definición de salud mental positiva.

La discapacidad no puede seguirse viendo como una situación estática, por el contrario, es un proceso dinámico, resultado entre la persona y el ambiente (3). Desde este punto de vista, se plantea el apoyo social como un constructo de gran importancia, cuando se habla sobre las relaciones y la influencia en los seres humanos para alcanzar estados relativos de bienestar, que les permite superar acontecimientos estresantes con los que se enfrentan durante su vida.

El estudio evidencia que el apoyo social es favorable para los sujetos en dicha condición; la construcción social percibida desde la discapacidad es efectiva y estas personas están teniendo una mejor calidad de vida diferente a lo que se esperaba.

El estudio encontró, en todos los criterios propuestos por Lluch (2002) (10), que las personas en situación de discapacidad presentan un buen ajuste psicológico y social frente a su condición. La interacción satisfactoria con componentes psicosociales les facilitan alcanzar un alto nivel de satisfacción.

Conclusiones

El apoyo social y la salud mental positiva son constructos que surgen de un complejo entramado social, que cumplen un papel importante puesto que promueven el sentido a la vida, aportan fortalezas en las situaciones acerca de los desvíos de la salud y propician una serie de actividades que se asocian positivamente al individuo.

Como lo indican los resultados del estudio, se plantea que la concepción que asumimos de discapacidad supera la idea que se tiene de ella, ya que incluye factores positivos en su calidad de vida y conductas favorables implícitas en el ámbito social. Los individuos en diferentes condiciones de discapacidad física, pueden lograr mantener un equilibrio en las situaciones que se les presenta en diversos aspectos, permitiéndoles fortalecer su bienestar.

Por otra parte, este trabajo constituye una de las pocas investigaciones realizadas en el campo de la discapacidad donde se exploraron dos constructos similares en el ámbito social y cada uno con significativa importancia, a la hora de afrontar las situaciones que conlleva dicha condición.

Sería importante seguir realizando investigaciones pertinentes y útiles a la sociedad, en especial a esta población. Como estudios enfocados en medir el valor relativo en variables sociodemográficas de género, escolaridad, ocupación, estrato

económico, estado civil, tiempo de diagnóstico, ya que éstas pueden influir significativamente en la salud mental positiva y/o apoyo social en personas en especial condición.

Por último, como lo expone Verdugo (25), las investigaciones hasta ahora realizadas han estado muy centradas en el individuo y en sus limitaciones, prestando una escasa atención al entorno y a sus modificaciones, influyentes en la calidad de vida.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Preparación de los profesionales de la salud para el siglo XXI, el reto de las enfermedades no transmisibles, salud mental enfermedades crónicas y promoción de la salud. Washington: OMS; 2005
2. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo General 2005, personas con discapacidad permanente. Bogotá: Dane; 2006
3. Salazar C. Desafíos de la Integración Escolar del alumno con Discapacidad Cognitiva.[Internet]. [Consultado mayo 30 de 2013]. Disponible en: http://www.pasoapaso.com.ve/CMS/index.php?Itemid=421&id=502&option=com_content&task=view
4. Bohórquez F, Clavijo C, Córdoba C, González R, Hormiga M, Rodríguez G. Abordando la Discapacidad desde la vivencia 1. Grupo salud y motricidad Universidad del Cauca. 2006, 1:1-18.
5. Schalock RL. Hacia una nueva concepción de la discapacidad. III

- jornada científica de investigación sobre personas con discapacidad. Salamanca: Universidad de Salamanca; 1999.
6. Gracia Fuster. E. El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Editorial Paidós; 1998.
 7. Lin I., Dean A., Ensel WM. Social support escales. A methodological note. *Schizophrenia Bulletin*; 1981, 1: 73-89
 8. Morales FM., Infante L. Eficacia de una intervención para incrementar apoyo social en adolescentes discapacitados motores a partir del voluntariado de estudiantes de educación secundaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2009, 41:141-50.
 9. Sarason IG. Social support, personality and health. Individual differences, stress and health psychology. 1988, 2:109-128.
 10. Lluch M. Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Revista Salud Mental*. 2002, 4: 42-55.
 11. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Política pública en discapacidad. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2003.
 12. Jahoda M. In defence of a non-reductionist social psychology. *Social behavior*. 1986, 1: 25-29.
 13. Lluch T. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1999. p. 1- 308.
 14. Lluch T. *Enfermería Psicosocial y de salud mental*. 1997, 1: 1-237.
 15. Angarita V. Apoyo social : elemento clave en el afrontamiento. *Revista de Enfermería*. 2009, 16:1-11.
 16. Caplan G. *Support system and community mental health*. New York: Behavioral publish; 1974.
 17. Hernández S., Pozo C., Alonso E. Apoyo social y bienestar subjetivo en un colectivo de inmigrantes. *Boletín de psicología*. 2004, 80:79-96.
 18. Londoño NE, Rogers H, Castilla JF, Posada S, Ochoa N, Jaramillo MA y otros. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*. 2012, 5(1): 142-150
 19. Galea S, Vlahob D, Resnhic H. Tendencias del trastorno probable estrés postraumático en Nueva York después de los ataques terroristas del 11. *American Journal of Epidemiology*. 2003, 158: 514-524
 20. María J, Byrne S. Apoyo social y agencia personal de madres en situación de riesgo. *Psychosocial Intervention*. 2001, 20: 25- 44.
 21. Vásquez C, Crespo M, Ring JM. Estrategias de afrontamiento. [Internet] [Consultado mayo 30 de 2013] Disponible en http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf

22. Sherbourne CD, Stewart AL, Corporation TR, Street M, Monica S, Ca USA. The mos social support survey. School of Nursing University of California Sc. 1991, 32(6):705–14.
23. Campo A, Herazo E, Oviedo HC. Análisis de factores: fundamentos para la evaluación de instrumentos de medición en salud mental. Revista colombiana de psiquiatría. 2012, 41(3):659–71.
24. Jahoda, M. In defence of a non-reductionist social psychology. Social behavior, 1986, 1: 25-29.
25. Verdugo MA. Investigación en discapacidad: una invitación para el futuro. [Internet] [Consultado mayo 30 de 2013] Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada1/confer/con7.html>.

La adolescencia: un reto para los profesionales de la salud

Diana Paola Betancurth L.¹, Consuelo Vélez A.²

Resumen

Objetivo

Analizar la producción académica sobre la situación actual de los adolescentes, la articulación con las políticas públicas y el reto para los profesionales de la salud.

Metodología

Se realizó una revisión temática mediante una búsqueda bibliográfica electrónica y manual en bases de datos internacionales como Scholar Google, SciELO y Pubmed, de 52 documentos (artículos, libros, informes oficiales y legislación oficial), publicados entre los años 1991 y 2012, utilizando los descriptores: promoción de la salud, estilo de vida, educación en salud, adolescentes y políticas públicas.

Resultados

La realidad por la que atraviesa la población joven genera un alto interés social, sin embargo las acciones han sido orientadas en su mayoría desde un enfoque reduccionista, con un predominio preventivo importante. Lo anterior impulsa a profesionales de la salud en la búsqueda de caminos efectivos en el desarrollo de la promoción de la salud, idealmente con una intervención temprana en la etapa de la adolescencia, antes de que sean asumidas conductas insanas o puedan ser abandonadas prematuramente.

Conclusión

Los adolescentes y jóvenes constituyen un segmento de la población cada vez más importante y sobre los cuales, los profesionales que ejecutan los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, deben procurar un abordaje integral.

Palabras clave: *promoción de la salud, estilo de vida, educación en salud, adolescentes, políticas públicas (Fuente: DeCS, BIREME)*

Artículo recibido: diciembre 26 de 2012 **aprobado:** marzo 27 de 2013

1 Enfermera. Magister en Enfermería. Máster en Investigación en Atención Primaria. Docente Departamento Salud Pública. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: diana.betancurth@ucaldas.edu.co.

2 Enfermera. Epidemióloga. Doctora en Salud Pública. Docente Departamento Salud Pública, Facultad de Ciencias para la Salud. Grupo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Universidad de Caldas. E-mail: consuelo.velez@ucaldas.edu.co.