

# 3

## ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE COMENTARIOS SOBRE 528 PACIENTES

Ramón Córdoba Palacio\*  
William Mejía Vargas\*\*

### RESUMEN

Se presentan los hallazgos en 528 pacientes de la Unidad de Adolescentes del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Departamento de Pediatría de la Universidad de Antioquia, en la ciudad de Medellín. Se describe el sistema de atención integral seguido en dicha Unidad de Adolescentes y se analizan los diferentes factores familiares, sociales y personales que influyeron en las manifestaciones de la crisis de la adolescencia en este grupo de pacientes. Además, se tabularon los diagnósticos y la evolución de los adolescentes que acudieron a la consulta. La causa más frecuente para solicitar atención fue la "reacción de ajuste de la adolescencia", que alcanzó un porcentaje de 51.5%.

Palabras claves: Atención del Adolescente. Crisis de la Adolescencia.

### SUMMARY

Findings in 528 patients studied at the Adolescent Unit, University of Antioquia, Department of Pediatrics (University Hospital San Vicente de Paúl), Medellín, Colombia, are reviewed. The comprehensive approach followed in this Unit, is described and the different family, social and personal factors triggering the Adolescence in this particular group are analyzed.

Furthermore, the diagnosis charts and follow-up of the adolescente returning for control are tabulated.

The most frequent cause to come to the consult was the adjustment reaction of the adolescence with a 51.5% of incidence.

Key words: Adolescent care. Adolescence

\* Profesor Titular de Pediatría de la Universidad de Antioquia y de la Universidad Pontificia Bolivariana. Profesor de Puericultura en el Programa de Preescolar de la Universidad de San Buenaventura.

\*\* Profesor Titular de Bioestadística de la Universidad de Antioquia. M.D., M.P.H., M.S.B.  
Separatas: Dr. Ramón Córdoba P. - A. A. 4294, Medellín, Colombia.

## INTRODUCCION

Los problemas que plantean los adolescentes a las generaciones adultas son, quizás, tan antiguos como la humanidad. Las manifestaciones varían con la cultura y con el transcurrir histórico, pero hay testimonios de la preocupación con que diferentes pueblos han mirado los cambios que se hacen ostensibles en esa etapa del crecimiento y desarrollo. En la biblioteca de Nabucodonosor, en Babilonia, se conservaban las quejas de sus generales contra los adolescentes del Imperio; son conocidos los desfavorables conceptos de Hesíodo, de Sócrates, de Platón, sobre el comportamiento de los de su tiempo. La medicina china, en el tratado Nei-King, compuesto en la era del Imperio antiguo —unos doscientos años antes de Cristo—, en la parte dedicada a los niños, distingue entre jóvenes o adolescentes, los Chao, y los niños pequeños, los Siao, de donde el nombre de Chao-Siao a la que hoy sería la pediatría de aquella época.

Hace cerca de treinta años surgieron simultáneamente en Gran Bretaña y en Estados Unidos de Norteamérica grupos de pediatras que organizaron lo que se denomina "atención integral del adolescente", pues se pretende ayudarlo mirando en su totalidad los fenómenos anatómicos, fisiológicos, psicológicos y sociales inherentes a la etapa de maduración por la que atraviesa, evaluando la persona como unidad, sin fraccionarla en áreas especializadas. No significa esto que en los pacientes que lo requieran no se pida la colaboración de los distintos especialistas, según el padecimiento. Para poder ofrecer una asistencia eficaz, con este concepto, es imprescindible contar con un equipo en el que cada uno aporte en su campo respectivo, pero que, al mismo tiempo, participe activamente del trabajo de los demás, que se tenga una meta uniforme, común, con sistemas previamente conocidos y aceptados.

En 1968, siendo uno de nosotros (R.C.P.) Jefe del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, fundó, en colaboración con los Jefes de los Departamentos de Psiquiatría, de Me-

dicina Interna, de Ginecología y Obstetricia, de Cirugía y del Médico Jefe del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, la "Universidad de Adolescentes" que funciona en el Hospital Infantil "Arzobispo Cayzedo" del citado Hospital Universitario, con el fin de prestar atención a la población en esta etapa de la vida, de adquirir experiencia en sus problemas y de llenar, simultáneamente, un vacío en la preparación del médico. Al principio el equipo estuvo formado por dos pediatras, uno de ellos endocrinólogo; un psiquiatra de niños; un internista endocrinólogo; un ginecólogo obstetra y cirujano de niños. Posteriormente se sumaron al grupo una trabajadora social con adiestramiento en el área de adolescentes y, también, psicólogos.

El término adolescencia indica una etapa de maduración de la cual debe surgir un adulto, una persona con las características anatómicas, fisiológicas, psíquicas y sociales de un ser maduro dentro de la comunidad en la cual convive. Esto la distingue de las etapas anteriores, pues de ellas resulta un niño con mayor dominio de ciertas habilidades, con adquisición progresiva de otras pero, al fin y al cabo, todavía un niño. La determinación cronológica de un fenómeno tan complejo es difícil y es preferible decir que se inicia cuando empiezan los cambios propios de ella en cualquier área, y que se termina cuando se han completado y la crisis se ha sorteado. Sin embargo, con fines didácticos, prácticos y de investigación, hay que fijar edades límites convencionales.

La adolescencia no es la pubertad. Esta es sin duda uno de los componentes más llamativos e importantes de la crisis de la adolescencia, pero hay otros que no pueden dejarse de lado. El error está en tratar de separar totalmente, de aislar, los diferentes factores de un fenómeno existencial. La anotación vale la pena, pues autores de reconocida seriedad emplean aún ambos términos como sinónimos, expresando, a veces, el alcance de sus conceptos.

Con anterioridad a este trabajo habíamos presentado otros dos: el primero, "Atención integral del adolescente en un Departamento de Pediatría. Informe preliminar" (1), sobre 90

pacientes y, el segundo, "Atención integral del adolescente" (2) en el cual estudiamos 222 pacientes de la Unidad y 100 adolescentes de establecimientos preventivos para niñas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

**MATERIAL Y METODO**

Analizamos, siguiendo en general las mismas pautas que en los dos trabajos anteriormente mencionados, los hallazgos en 528 pacientes de los atendidos en la Unidad de Adolescentes del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Hospital Infantil del centro hospitalario San Vicente de Paúl, desde febrero de 1969 hasta junio de 1977. Estos 528 pacientes no representan el total, pero no nos fue posible, por diversos motivos ajenos a nuestra voluntad, consultar las restantes historias. Los datos se inscribieron en una tarjeta maestra y los resultados fueron obtenidos por cómputo manual.

La dinámica de la atención en la Unidad de Adolescentes siguió los mismos delineamientos que nos fijamos desde su fundación, a saber: el problema de cada adolescente en particular fue discutido por el equipo multidisciplinario compuesto como ya dijimos. En la misma forma, salvo las urgencias, se determinaron las conductas terapéuticas y se evaluó la evolución de los pacientes. La inmensa mayoría de ellos fueron atendidos por el pediatra, unos pocos llegaron al psiquiatra o al ginecólogo obstetra directamente y algunos, los menos, buscaron primero la ayuda de la trabajadora social, pero siempre fueron revisados por el médico.

Escaso número de pacientes requirieron hospitalización y, como no contábamos con dotación física adecuada y especialmente asignada a ellos, fueron recibidos en los servicios correspondientes según el trastorno que presentaban, pero seguidos en su evolución por alguien del grupo de la Unidad.

Desafortunadamente el número de pacientes estudiados sigue siendo no representativo del

adolescente en nuestro medio, pues las limitaciones del ambiente no permitieron ampliar nuestro radio de acción. Sin embargo, en el tiempo de funcionamiento de la Unidad hemos prestado una adecuada atención a quienes la requerían, hemos conocido algunas de sus inquietudes y hemos aprendido a afrontar sus problemas. También se beneficiaron en su preparación las nuevas generaciones de médicos en general y de pediatras en particular.

**RESULTADOS**

Hay diferencias con algunos datos presentados en los anteriores trabajos, debido a que varias historias no fueron encontradas o a que la evolución hizo variar los conceptos de clasificación.

**Distribución según la edad y el sexo.** (Cuadro No 1). La agrupación por edad se hizo teniendo en cuenta los años cumplidos. Aunque arbitrariamente habíamos fijado 11 años como edad límite inferior dimos atención a 26 pacientes menores de 11 años, remitidos de la Consulta externa del Hospital Infantil, porque su cuadro patológico lo requería. También el límite superior fijado al principio en 18 años, fue ampliado porque varios de nuestros pacientes en seguimiento necesitaban de nuestros servicios; el total de éstos fue de 13, entre 19 y 22 años.

Cuadro No. 1  
DISTRIBUCIÓN DE LOS 528 PACIENTES ESTUDIADOS SEGUN EDAD Y SEXO. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL MEDELLIN, 1980

Edad \ Sexo	Sexo		Total	Tasa Porcentual
	Hombres	Mujeres		
< 11	17	9	26	4.9
11-12	62	69	131	24.8
13-14	111	94	205	38.8
15-16	77	42	119	22.5
17-18	14	20	34	6.5
19-20	4	7	11	2.1
21-22	2	—	2	0.4
TOTAL	287	241	528	100.0

El análisis del cuadro número 1 nos revela que de los pacientes estudiados 287, 54.4%, fueron varones y 241, 45.6%, fueron mujeres. El mayor porcentaje, 86.2%, estuvo representado por adolescentes entre 11 y 16 años, 4.9% por menores de 11 años y 9.0% por mayores de 16 años. La variación intercuartil fluctúa entre 12 y 15 años ya que Q1=12 y Q3=15. Únicamente en el grupo de 15 a 16 años existe diferencia significativa entre los sexos, diferencia que influye enormemente para que en el grupo total la haya con valor estadístico entre hombres y mujeres.

**Distribución según la edad, el sexo y la ocupación.** (Cuadro No. 2). Dadas las edades límites teóricamente fijadas para la atención de los pacientes y el que la Unidad funcione en una ciudad industrializada, es natural que el mayor porcentaje de ellos fueran estudiantes: 68.5%, con predominio, tanto en hombres como en mujeres, en las edades comprendidas entre 11 y 16 años. Sin ocupación defini-

da encontramos 14.3% y trabajaban 17.0%; de éstos, 11.7% eran mujeres dedicadas casi todas a oficios domésticos en sus casas y 5.1% eran varones que se desempeñaban como obreros o empleados.

Vale la pena destacar que 12 de estos pacientes estaban ya trabajando siendo menores de 13 años. Algunos estudiaban y trabajaban o desempeñaban dos oficios diferentes.

**Estado civil.** Sólo dos de nuestras pacientes eran casadas. Todos los varones eran solteros.

**Estado socioeconómico.** Los pacientes, en su totalidad, pertenecían a las clases menos favorecidas económicamente, que son quienes solicitan atención médica en las consultas externas del Hospital Universitario San Vicente de Paúl. No fue posible hacer en este campo una evaluación adecuada de los ingresos y de los egresos de cada familia.

Cuadro No. 2  
DISTRIBUCION SEGUN EDAD, SEXO Y OCUPACION  
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL  
MEDELLIN. 1980

Sexo Ocupación Edad	HOMBRES					MUJERES					Total
	Est.	Emp.	Obr.	Sin Ocup.	Sin Dato	Est.	O.D.	Emp.	Sin Ocup.	Sin Dato	
<-11	14			1	1	9					25
11-12	49		2	12		57	10		2		132
13-14	79*	1	8*	23	1	65*	21*		8	1	207*
15-16	48	2	5*	23		23	15		4		120*
17-18	6		7	1		8	12				34
19-20	2		2			1	4	1	1		11
21-22	1			1							2
Total	199*	3	24*	61	2	163*	62*	1	15	1	531*
Tasa porc.	37.7	0.6	4.5	11.5	0.4	30.8	11.7	0.2	2.8	0.2	

\*Los asteriscos indican que una persona desempeña dos oficios.

**Desarrollo sexual.** (Cuadro No. 3). Para la clasificación del desarrollo sexual aplicamos la evaluación de los caracteres secundarios según Reynolds y Wines (3), Tanner (4, 5), Marshall y Tanner (6, 7), y otros estudios como los de Root (8).

**Cuadro No. 3**  
DESARROLLO SEXUAL DE LOS 528 CASOS ESTUDIADOS SEGUN SEXO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL MEDELLIN, 1980

Desarrollo	Sexo		TOTAL
	Hombres	Mujeres	
Normal	284	236	520
Precoz	—	—	—
Inmaduro	2	4	6
Sin dato	1	1	2
TOTAL	287	241	528

La gran mayoría de los pacientes estaban dentro de los límites normales de desarrollo sexual. Con retardo en este sentido encontramos 2 varones y 4 mujeres. No tuvimos ningún adolescente con desarrollo precoz.

**Número de orden del embarazo del cual proviene cada paciente.** (Cuadro No. 4). Procedían del primero, segundo o tercer embarazo 52.30% de los pacientes, del cuarto al noveno inclusive 35.20% y 8.50% eran producto del décimo o de posteriores embarazos. No obtuvimos dato al respecto en 4.00%. En cuanto a la variación intercuartil tenemos: Q1=2, Q2=3 y Q3=6.

**Cuadro No. 4**  
NUMERO DE ORDEN DEL EMBARAZO DEL CUAL PROVIENE CADA UNO DE LOS 528 PACIENTES ESTUDIADOS SEGUN SEXO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL. MEDELLIN 1980

Orden	Sexo		Total	Tasa Porcentual
	Hombres	Mujeres		
1	67	56	123	23.3
2	44	34	78	14.8
3	41	34	75	14.2
4-6	62	57	119	22.5
7-9	32	35	67	12.7
10 y más	30	15	45	8.5
Sin dato	11	10	21	4.0
TOTAL	287	241	528	100.0

Q<sub>1</sub>=2

Q<sub>2</sub>=3

Q<sub>3</sub>=6

**Constelación familiar.** (Cuadro No. 5). Quisiéramos conocer el número de personas con quienes convivía el adolescente para, con otras variantes, comprender el influjo benéfico, o no, en los problemas que éste nos presentaba. Encontramos una constelación fami-

**Cuadro No. 5**  
CONSTELACION FAMILIAR DE LOS 528 PACIENTES ESTUDIADOS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL MEDELLIN, 1980

Número de miembros en la familia	Sexo			Tasa Porcentual
	Hombres	Mujeres	Total	
< 4	9	15	24	4.5
4-6	75	63	138	26.1
7-9	96	80	176	33.3
10-12	73	54	127	24.1
13 y más	30	24	54	10.2
Sin dato	4	5	19	1.7
TOTAL	287	241	528	

liar muy variable en este grupo de estudio. Uno de los pacientes vivía en un internado con 50 alumnos más. La clasificación numérica de la constelación se hizo como lo muestra el cuadro. No hallamos diferencia significativa entre hombres y mujeres en relación con la constelación familiar. Convivían en hogares compuestos de 4 a 12 miembros 83.50% de los pacientes; 4.50% en familias de menos de 4 personas y 10.20% en las 13 o más; en 1.70% no obtuvimos este dato. La variación intercuartil es: Q1=6, Q2=8 y Q3=11.

**Tasa porcentual de desorganización familiar según su constelación.** (Cuadro No. 6). Para juzgar de la organización o desorganización en la familia de nuestros pacientes nos basamos, en la gran mayoría de los casos, en los datos suministrados al médico por éstos o por su acompañante —generalmente la madre o una hermana, con menor frecuencia el padre—, en la encuesta que se elabora en la consulta externa y en la entrevista o estudio de la Trabajadora Social. En muy pocos casos, debido a la falta de recursos, se realizó visita a la casa por parte de ésta.

Cuadro No. 6  
TASA PORCENTUAL DE DESORGANIZACIÓN FAMILIAR SEGUN SU CONSTELACION FAMILIAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL. MEDELLIN, 1980

Constelación familiar	Organi- zada	DESORGANIZADA				Prosti- tución	Promis- cuidad	Alcoho- lismo	Sin dato	Tasa Porcentual de desor- ganización
		Aban- dono del padre	Aban- dono de la madre	Muerte de los padres	Sin dato					
< 4	7	3		5	9		1			72
4 - 6	84	25	4	22	6	2	1	1		42
7 - 9	133	12	3	24	6			5	1	28
10 - 12	107	8	1	7	3			1	2	17
13 y más	45	4		2	2				1	17
Sin dato	3			3					3	33
TOTAL	379	52	8	63	26	2	2	7	7	30

Consideramos familia organizada en la que el padre, la madre y los hijos compartían el mismo techo y cumplían en forma más o menos adecuada sus papeles correspondientes. Calificamos de familia desorganizada en la que había fallecido o abandonado el hogar uno de los progenitores o ambos, o que, conviviendo aún bajo el mismo techo, no contribuían psicológica y a veces materialmente a la conformación ni al sostenimiento familiar, lo que llamamos abandono.

Si relacionamos la desorganización familiar con la constelación de la misma, observamos que a medida que ésta aumenta en el número de sus miembros disminuye aquélla. Así tenemos que en las familias con menos de 4 miem-

bros la desorganización fue de 72.00%, en las de 4 a 6 miembros fue de 42.00%, en las de 7 a 9 de 28.00% y en los restantes grupos de 17.00%. La diferencia observada entre los grupos es estadísticamente significativa, menos para los de 10 a 12 y de 13 o más miembros que tienen ambos una tasa igual de desorganización: 17.00%.

**Constelación familiar y la actitud del paciente dentro de la familia.** (Cuadro No. 7). Pese a las dificultades para clasificar el comportamiento personal en grupos delimitados, ya que generalmente se encuentran características comunes a uno u otro, constituimos seis categorías con los siguientes criterios:

Cuadro No. 7  
CONSTELACION FAMILIAR Y LA ACTITUD DEL PACIENTE DENTRO DE LA FAMILIA HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL. MEDELLIN, 1980

Actitud del paciente  Conste- lación familiar	HOMBRES					MUJERES					
	Tími- do	Agre- sivo	Colabo- rador	Pasi- vo	Sin dato	Tími- da	Agre- siva	Colabo- radora	Pasi- va	Indife- rente	Sin dato
< 4		6		1			10	5			
4-6		54	19	1	1	1	34	21	1	1	5
7-9	2	65	27	1	1	1	47	26		1	5
10-12	1	48	21	3		2	35	14	1		2
13 y más	2	21	7			1	12	9			2
Sin dato		1	2		1		1	1			3
Total	5	195	78	6	3	5	139	76	2	2	17

**Tímido:** quien se muestra temeroso, con poca iniciativa frente a los deberes y derechos del momento; quien desvaloriza su propia imagen frente a los demás.

**Agresivo:** quien reacciona oponiéndose a los otros, agresión que puede traducirse en ofensas o provocaciones frente a los demás, sin que la causa esté relacionada con la fuerza de la respuesta. Debemos aclarar que consideramos normal y necesario cierto grado de agresividad y que en este trabajo calificamos como tal a quien está despertando con su conducta frecuentes reacciones o respondiendo exageradamente a los incidentes comunes de la vida diaria.

**Colaborador:** quien presta ayuda a los demás sin que necesariamente busque su propia conveniencia.

**Indiferente:** quien no se determina por una u otra solución, para quien el resultado de alguna situación, sea cual fuere, carece de importancia.

**Inestable:** quien se comporta de manera diferente ante estímulos idénticos, quien pasa de un extremo a otro en su comportamiento sin motivo adecuado, quien no se sostiene en una dirección determinada.

**Pasivo:** quien disponiendo de elementos para modificar su situación no hacen ningún esfuer-

zo por lograrlo y se limita a recibir influencias sin tomar la iniciativa para transformarlas o para asumirlas. Puede haber indiferencia en grado menor o mayor.

La información que nos permitió clasificar a cada paciente la obtuvimos directamente del adolescente, del familiar que lo acompañaba y, en la mayoría de los casos, también del estudio de la Trabajadora Social.

Analizando el cuadro número 7 notamos que no existe diferencia significativa estadísticamente en relación con la constelación familiar y el comportamiento del paciente dentro del hogar. El comportamiento agresivo del adolescente en la familia alcanza en promedio 63.3% con fluctuaciones entre 61.1% y 66.6% de acuerdo con la constelación familiar. En cambio la conducta colaboradora es de 29.1% en promedio.

**Constelación familiar y actitud del paciente en el ambiente extrafamiliar.** (Cuadro No. 8). Por ambiente extrafamiliar entendemos el sitio donde el paciente permanecía la mayor parte del tiempo que estaba fuera del hogar, es decir, la escuela, la fábrica, el barrio, etc., y relacionamos el número de personas que conformaban la constelación familiar y el comportamiento del adolescente en dicho ambiente, según las categorías ya enunciadas más arriba.

Cuadro No. 8  
**CONSTELACION FAMILIAR Y ACTITUD DEL PACIENTE EN EL AMBIENTE EXTRA FAMILIAR  
 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL, MEDELLIN, 1980**

Actitud del Paciente Constelación familiar	HOMBRES						MUJERES				
	Tímido	Agresivo	Colaborador	Pasivo	Inestable	Sin dato	Tímida	Agresiva	Colaboradora	Pasiva	Sin dato
< 4		3	5			1		5	7		3
4-6	2	20	39	1		13	1	9	39	1	13
7-9	2	36	44			14	1	18	48		13
10-12	4	22	35	1	2	9		11	24		19
13 y más	2	8	13			7	1		15		8
Sin dato			3			1			2		3
Total	10	89	139	2	2	45	3	43	135	1	59

El comportamiento de los pacientes es muy variable en relación con la constelación familiar. Respecto a la agresividad encontramos que en el grupo de menos de 4 miembros alcanzó 33.0% y descendió a 30.7% en el grupo de 7 a 9, a 26.0% en el de 10 a 12, a 21.0% en el de 4 a 6 y a 14.8% en el de 13 y más. El promedio es de 25.0%, en cambio la colaboración es, en promedio, de 52.0%. Comportamiento agresivo lo muestran 31.0% de los varones y sólo 17.8% de las mujeres, pero, 56.0% de éstas fueron colaboradoras y únicamente 49.0% de los hombres se comportaron como tales.

**Actitud de la familia con el paciente y de éste dentro del ámbito familiar.** (Cuadro No. 9).

Con el fin de establecer alguna relación entre el comportamiento de la familia y el del adolescente tanto dentro como fuera de ella nos permitimos clasificar aquélla en las mismas categorías que utilizamos para juzgar a los pacientes, es decir: familia agresiva, colaboradora, pasiva e indiferente. Eliminamos las categorías de tímida e inestable; ésta, la inestable, quedó cubierta en la condición de desorganizada. Los elementos para formarnos criterio al respecto fueron obtenidos directamente de los pacientes, de las personas que los acompañaban y comprobados por estudio de la Trabajadora Social. En el recuento final encontramos que las familias fueron clasificadas así: 274 como agresivas y 235 como colaboradoras. Ninguna figuró en los otros rubros.

Apreciamos que 334 pacientes, 63.2%, son agresivos en su ambiente familiar; de estos 36.9% corresponden a varones y 26.3% a mujeres. De los adolescentes provenientes de familias agresivas 82.1% se comportaron igualmente como agresivos en el ambiente familiar, sin que haya diferencia entre ambos sexos. En cambio, en los pacientes provenientes de familias colaboradoras solamente 45.1% son agresivos. La agresividad dentro de familias colaboradoras es menor en las adolescentes, 40.3%, que en los hombres, 48.9%. La conducta colaboradora en los pacientes de hogares agresivos llegó a 14.2%

y la de los adolescentes de hogares colaboradores ascendió a 48.5%.

**Actitud de la familia con el paciente y de éste en el ambiente extrafamiliar.** (Cuadro No. 10). Como vimos antes, hubo mayor número de familias cuyo comportamiento fue clasificado de agresivo, 274 de las 509 en las cuales se consignó el dato, que colaboradoras que sumaron 235. Ahora bien, 33.6% de los adolescentes provenientes de hogares agresivos tenían un modo de actuar en el ambiente extrafamiliar que mereció el mismo calificativo. En cambio, sólo fueron agresivos 16.5% de los provenientes de hogares colaboradores. Esta diferencia es estadísticamente significativa.

Si analizamos separadamente el comportamiento de los hogares encontramos que 53.3% de los correspondientes a los varones fueron calificados como agresivos y 50.2% de los de las mujeres recibieron idéntico adjetivo; la diferencia en cuanto a las familias no es significativa estadísticamente. Pero si estudiamos en general la agresividad de los adolescentes en el medio extrafamiliar vemos que 16.8% de los varones y 8.1% de las mujeres se comportaron como tales; esta diferencia sí es significativa y demuestra que entre nuestros pacientes aquéllos, los varones, son más agresivos que éstas.

**Actitud del paciente en la familia y en el ambiente extrafamiliar.** (Cuadro No. 11).

Comparamos el comportamiento de los pacientes en el ambiente familiar y fuera de la familia. Observamos que 90.9% de los adolescentes que se condujeron agresivamente en el ambiente extrafamiliar fueron también agresivos en el seno del hogar; 44.3% de los agresivos en éste fueron calificados de colaboradores fuera de él y de los colaboradores en casa solamente 6.5% fueron agresivos por fuera. Igual que en otros de nuestros cuadros, la agresividad fue mayor en el sexo masculino.



Cuadro No. 9  
 ACTITUD DE LA FAMILIA CON EL PACIENTE Y DE ESTE DENTRO DEL AMBITO FAMILIAR.  
 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL, MEDELLIN, 1980

Actitud del Paciente Actitud de la Familia	HOMBRES					MUJERES					
	Tímido	Agresivo	Colaborador	Pasivo	Sin dato	Tímida	Agresiva	Colaboradora	Pasiva	Inestable	Sin dato
Agresiva	1	130	21		1	3	95	18	1	1	3
Colaboradora	4	64	57	6		2	42	57	1	1	1
Sin dato		1			2		2	1			13
Total	5	195	78	6	3	5	139	76	2	2	17
Tasa porcentual	0.9	36.9	14.8	1.1	0.6	0.9	26.3	14.4	0.4	0.4	3.2

Cuadro No. 10  
 ACTITUD DE LA FAMILIA CON EL PACIENTE Y DE ESTE EN EL  
 AMBIENTE EXTRA-FAMILIAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL.  
 MEDELLIN, 1980

Actitud del Paciente Actitud de la Familia	HOMBRES						MUJERES				
	Tímido	Agresivo	Colaborador	Pasivo	Indiferente	Sin dato	Tímida	Agresiva	Colaboradora	Pasiva	Sin dato
Agresiva	2	60	72			19	2	32	60	1	26
Colaboradora	8	29	67	2	2	23	1	10	74		19
Sin dato						3		1	1		14
Total	10	89	139	2	2	45	3	43	135	1	59
Tasa porcentual	1.9	16.8	26.3	0.4	0.4	8.5	0.6	8.1	25.5	0.2	11.2

Cuadro No. 11  
 ACTITUD DEL PACIENTE EN LA FAMILIA Y EN EL AMBIENTE EXTRA-FAMILIAR  
 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL, MEDELLIN, 1980

Actitud del Paciente en el ambiente extrafamiliar Actitud del paciente en la Familia	HOMBRES						MUJERES				
	Tímido	Agresivo	Colaborador	Pasivo	Inestable	Sin dato	Tímida	Agresiva	Colaboradora	Pasiva	Sin dato
Tímido	2					3	3	1			1
Agresivo	3	80	78		2	32		40	70		29
Colaborador	4	9	60			5		1	65		10
Pasivo	1		1	2		2				1	1
Inestable								1			1
Sin dato						3					17
Total	10	89	139	2	2	45	3	43	135	1	59

**Diagnóstico principal según el sexo de los pacientes.** (Cuadro No. 12). Como es natural, un buen número de adolescentes presentó más de una entidad patológica. En la elaboración de este cuadro tuvimos en cuenta, como diagnóstico principal, la que representaba la mayor dificultad para cada paciente.

**Cuadro No. 12**  
**DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE LOS 528**  
**PACIENTES ESTUDIADOS SEGUN SEXO**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO**  
**SAN VICENTE DE PAUL**  
**MEDELLIN, 1980**

Diagnóstico	Sexo		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
Reacción ajuste de la Adolescencia	117	103	220
Retardo mental	55	29	84
Neurosis	18	21	39
Síndrome convulsivo	9	11	20
Enuresis	14	6	20
Sanos	3	5	8
Obesidad	2	5	7
Flujo vaginal		6	6
Migraña	1	3	4
Trastornos menstruales		4	4
Escoliosis		3	3
Psicosis		2	2
En estudio	25	21	46
Otros	43	22	65
Total	287	241	528

Debemos aclarar algunos criterios empleados en la clasificación de los diagnósticos y que, en parte, expusimos ya en los trabajos previos (1, 2). Por reacción de ajuste de la adolescencia aceptamos un trastorno pasajero de la personalidad, reflejo de la expresión de los impulsos y de los deseos de emancipación del adolescente y de las vacilaciones que experimenta en relación con ellos y con sus tendencias emocionales (9).

Entendemos por neurosis los síntomas de origen psicológico surgidos de un conflicto interno de la persona y que se manifiestan por actos rígidos, inadecuados, repetidos, infantiles, que indican falta de adaptación, discrepancia subjetiva y objetiva con sus propios potenciales (10).

Por retardo mental denominamos una disminución significativa de la capacidad intelectual por debajo del promedio, disminución que se manifiesta durante el período de desarrollo y que se expresa, además, por una inadecuada adaptación.

El diagnóstico más frecuente fue reacción de ajuste de la adolescencia en 41.6% de los pacientes; le siguen en orden descendente: retardo mental, 15.9%; neurosis, 7.4%; el síndrome convulsivo y la enuresis con 3.8%. Sin diagnóstico definido, es decir, que estaban aún en estudio, encontramos 8.7% de los pacientes. Bajo el rubro "otros" agrupamos 65 adolescentes entre los cuales destacamos: 17 con diagnóstico de mala identidad psicosexual, 16 de ellos varones y una mujer; seis pacientes, cuatro hombres y dos damas, con desnutrición crónica; otros seis, tres varones y tres mujeres, con fiebre reumática; cuatro, tres hombres y una mujer, con diagnóstico de "abuso de drogas" o "farmacodependientes"; tres varones con ginecomastia, uno con úlcera péptica y una dama con pseudohermafroditismo. Un paciente masculino de ocho años de edad nos fue remitido por "masturbación".

**Diagnóstico principal según la ocupación de los pacientes.** (Cuadro No. 13). El porcentaje más alto corresponde, como en el cuadro anterior, a la reacción de ajuste de la adolescencia, diagnóstico que alcanzó 47.4% para los estudiantes, 32.8% para las adolescentes dedicadas a oficios domésticos y entre 25 y 30% para los clasificados en otros rubros. El diagnóstico de retardo mental fluctuó entre 10 y 38% en las diferentes ocupaciones.

**Evolución de los pacientes según el diagnóstico y promedio de consultas por paciente.** (Cuadro No. 14). Para juzgar de la evolución de los pacientes se tuvo en cuenta el concepto emitido por el médico. En la casilla de "desconocido" colocamos aquellos en los que, en el momento de la recolección de los datos, no figuraba, por cualquier causa, una nota sobre el estado del adolescente, siendo la razón más frecuente de esto el no regreso a la consulta, lo que no descarta la mejoría sino que puede

Cuadro No. 13  
**DIAGNOSTICO PRINCIPAL SEGUN LA OCUPACION DE LOS 528 PACIENTES  
 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL, MEDELLIN, 1980**

Diagnóstico \ Ocupación	Estudiante	O.D.	Empleado	Obrero	Sin Oficio	Sin dato	Total
Reacción de ajuste a la Adolescencia	171	20	1	7	21		220
Retardo mental	37	12	1	4	29	1	84
Neurosis	24	8	1		5	1	39
Síndrome convulsivo	8	6		2	4		20
Enuresis	17		1		2		20
Sanos	7				1		8
Obesidad	5	1				1	7
Flujo vaginal	6						6
Migraña	3	1					4
Trastornos menstruales	2	2					4
Escoliosis	2	1					3
Psicosis		1			1		2
En estudio	34	6		4	2		46
Otros	45	3		6	11		65
<b>Total</b>	<b>361</b>	<b>61</b>	<b>4</b>	<b>23</b>	<b>76</b>	<b>3</b>	<b>528</b>

Cuadro No. 14  
**EVOLUCION DE LOS PACIENTES SEGUN EL DIAGNOSTICO Y PROMEDIO DE CONSULTAS POR  
 PACIENTE, HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL, MEDELLIN, 1980**

Diagnóstico \ Evolución	Mejoría	Empeora- miento	Igual	Desco- nocido	Dato	Total	No. Consultas	X Consultas
Reacción de ajuste de la Adolescencia	98	1	25	95	1	220	1.074	4.9
Retardo mental	8		51	25		84	184	2.2
Neurosis	12		12	15		39	272	6.9
Síndrome convulsivo	5		5	10		20	113	5.6
Enuresis	7		7	6		20	90	4.5
Sanos			8			8	28	3.5
Obesidad			3	4		7	48	6.9
Flujo vaginal	3			3		6	17	2.8
Migraña	2		1	1		4	18	4.5
Trastornos menstruales	2			2		4	8	2.0
Escoliosis	1			2		3	4	1.3
Psicosis	1			1		2	16	8.0
En estudio		1	7	38		46	138	3.0
Otros	21		20	24		65	306	4.7
<b>TOTAL</b>	<b>159</b>	<b>2</b>	<b>140</b>	<b>226</b>	<b>1</b>	<b>528</b>	<b>2.332</b>	<b>4.4</b>

ser un indicio de ella, dadas las costumbres de nuestras gentes.

De los 528 pacientes 159, es decir 30.1%, presentaron mejoría; en 140, 26.5%, no hubo cambio en el cuadro médico; en 226, 42.8%, se ignoró la evolución y la clasificamos como "desconocida"; sólo dos, 0.37%, empeoraron. Respecto al número de consultas por paciente encontramos que el mayor promedio corresponde a la psicosis con 8.0 con-

sultas, siguen la neurosis y la obesidad con 6.9, el síndrome convulsivo con 5.6, la reacción de ajuste de la adolescencia con 4.9 el rubro "otras" con 4.7 y con 4.5 la enuresis y la migraña.

Debemos aclarar que por consulta se contabilizó no sólo la del médico sino también la atención de la enfermera y la de la trabajadora social en la labor directa con el paciente o con su familia.

**Diagnósticos principales y secundarios según el sexo de los pacientes. (Cuadro No. 15).**

Reunimos en este cuadro los diagnósticos principales y los secundarios agrupados en orden descendente, seleccionados con el criterio de mayor dificultad para el paciente. El cuadro nos da una visión global más completa de la salud de estos adolescentes.

**Cuadro No. 15  
DIAGNOSTICO PRINCIPAL Y SECUNDARIOS  
DE LOS 528 PACIENTES SEGUN SEXO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO  
SAN VICENTE DE PAUL, MEDELLIN, 1980**

Sexo Diagnóstico	Sexo		Total	Tasa porcentual
	Hombres	Mujeres		
Reacción Ajuste de la Adolescencia	147	125	272	51.5
Retardo mental	69	36	105	19.9
Fiebre reumática	25	29	54	10.2
Mal ambiente familiar	28	24	52	9.8
Neurosis	18	25	43	8.1
Síndrome convulsivo	17	25	42	7.9
Enuresis	22	8	30	5.7
Flujo vaginal		19	19	3.6
Mala ident. Psicosexual	15	1	16	3.0
Sanos	3	5	8	1.5
Abuso de drogas	8	2	10	1.9
Trastornos menstruales		9	9	1.7
Psicosis		2	2	0.4
Migraña	1	3	4	0.8
Escoliosis		4	4	0.8
En estudio	25	21	46	8.7
Otros	95	72	167	31.6

Comparado con el cuadro No. 12, sobre el diagnóstico principal según el sexo de los pacientes, encontramos que la reacción de ajuste de la adolescencia ocupó también el primer lugar y que su frecuencia se aumentó a 272 casos en total, lo que significa 51.5%; el retardo mental se incrementó en 21 casos y su porcentaje alcanzó 19.9%; el síndrome convulsivo se presentó en 42 pacientes, 7.9%; las neurosis pasaron de 7.4% a 8.1%; la enuresis a 5.7%; la fiebre reumática que como diagnóstico principal, cuadro No. 12,

apareció sólo en seis pacientes en éste figuró en 54 casos, 10.2%; el flujo vaginal se aumentó en 13 casos, con un total de 19 pacientes, 3.6%; el "abuso de drogas" pasó de cuatro casos a diez, con un porcentaje de 1.9%. Por último, destacamos que aparece en cuarto lugar de frecuencia, 9.8%, el diagnóstico de mal ambiente familiar como causa desencadenante o agravante del cuadro patológico que presentaba el paciente.

**COMENTARIOS**

Somos conscientes de que las observaciones y los conceptos que nos merecen los hallazgos en los 528 pacientes, motivo de este estudio, no pueden servir de norma para los adolescentes que viven en nuestro medio, pues, como en anteriores ocasiones (1, 2), la muestra no es representativa de aquéllos por el número, y porque la "Unidad de Adolescentes" era el único sitio de la ciudad donde se les brindaba atención especializada e integral y era por lo tanto una consulta de concentración.

Sin embargo, consideramos útil dar a conocer los resultados del estudio, aún varios años después de su terminación —se presentaron con anterioridad en la Academia de Medicina de Medellín en 1980—, porque ilustran aspectos de esa etapa de crecimiento y desarrollo y porque pueden servir de base para posteriores investigaciones.

El predominio de pacientes con edades entre 11 y 16 años se debe a que los mayores problemas se presentan generalmente en los primeros períodos de la adolescencia, los llamados "adolescencia precoz o temprana" (early adolescence) y "adolescencia media" (middle adolescence) por los autores anglosajones (11). La condición de estudiantes, que ostentan 68.5% de nuestros pacientes, agrega motivos de inquietud para ellos, para la familia y, a veces, para los docentes, porque aparece el "mal rendimiento académico" o la "indisciplina" cuando normalmente se cursa el bachillerato, con mayores exigencias para los alumnos. Recordemos que los fenómenos de la adolescencia deben comprenderse como manifestaciones de maduración y no simple-

mente como una etapa fijada por años cronológicos; esto explica la ampliación que tuvimos que hacer en cuanto a edad para atender adecuadamente los problemas de los pacientes.

Los adolescentes que consultaron en la "Unidad de Adolescentes" pertenecen, sin duda, a las clases menos favorecidas económicamente como lo afirmamos antes, pero debemos destacar que 17% trabajaban, 14.3% no tenían una ocupación definida y entre ellos algunos trabajaban y estudiaban o necesitaban ocuparse en diferentes oficios para sobrevivir.

Igual que en nuestros primeros trabajos (1, 2), dimos importancia al ambiente familiar y al extrafamiliar como dos de los factores que más influyen en la manera como se manifiesta la crisis de la adolescencia. Por ambiente extrafamiliar —lo dijimos antes— consideramos la escuela, la fábrica, el barrio, etc., es decir, el sitio donde el paciente permanecía la mayor parte del tiempo cuando estaba fuera del hogar. Insistimos en lo anotado en la explicación del cuadro No. 6 acerca de la desorganización familiar: el mayor porcentaje corresponde a familias con menos de 4 miembros, 72%, y disminuye hasta 17% al aumentar a 10 o más miembros. No obstante, parece que la constelación familiar no influye, a juzgar por nuestros pacientes, en el comportamiento del adolescente dentro de la familia (ver cuadro No. 7). La hipótesis de una mayor cohesión con aumento de los problemas de adaptación que habíamos propuesto en el trabajo "Atención integral del adolescente en un Departamento de Pediatría. Informe preliminar" (1) no encuentra apoyo en los actuales resultados. Consideramos que el tema requiere análisis en una muestra más amplia numéricamente. La agresividad sí disminuye fuera del ámbito familiar de 33.0% en los adolescentes cuya constelación familiar es de menos de 4 miembros a 14.8% en los que es de 13 o más. En este medio, el extrafamiliar, el comportamiento de los varones y de las mujeres tiene gran diferencia en cuanto a agresividad y colaboración. Agresivos se muestran 31.0% de los varones y 17.8% de las mujeres, colaboradores 56.0% de éstas y 49% de aquéllos.

Es obvio que el comportamiento agresivo de los adolescentes en el ambiente familiar supera en mucho al colaborador: 63.3% frente a 29.1% en promedio para ambos sexos.

La influencia del ambiente familiar sobre el comportamiento de los hijos adolescentes ha sido extensamente estudiado desde hace muchos años. En dicho comportamiento entran como elementos de gran importancia la comprensión, el afecto, la seguridad o la inseguridad que inspire la familia, la agresividad de la misma frente al adolescente y a otras personas, las privaciones o la abundancia material o económica, el nivel cultural y las expectativas conscientes o inconscientes de los padres, a veces casi inhumanas, destructivas (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19). En nuestros pacientes encontramos que 82.1% de los calificados como agresivos en el ambiente familiar provenían de familias agresivas y que sólo merecieron este adjetivo 45.1% cuando su familia era colaboradora. Estos resultados nos obligan a llamar la atención sobre la necesidad de una labor educativa del ambiente familiar como uno de los medios de higiene mental que nos conduzca a disminuir la violencia en nuestro medio social.

Encontramos, igual que en nuestros trabajos anteriores (1, 2), que la manifestación de la agresividad —mejor de la violencia— disminuye en el ambiente extrafamiliar comparado con el familiar: 44.3% de los agresivos en éste fueron colaboradores en el extrafamiliar y de los colaboradores en aquél sólo 6.5% fueron agresivos fuera de él. La agresividad fue más alta entre los varones. Quizás la mayor confianza en el hogar permite una expresión más libre de los sentimientos hostiles que son reprimidos por aceptación de normas sociales o por presiones disciplinarias.

En relación con la patología es evidente el predominio de la reacción de ajuste de la adolescencia que, como lo vimos antes, la consideramos un trastorno pasajero de la personalidad y que se diagnosticó en 51.5% de los pacientes. Este diagnóstico no es siempre fácil y, a veces, dada la evolución, debe cambiarse y reconocerse que la crisis de la adolescencia

solamente sirvió para hacer más evidente la sintomatología de trastornos más severos. No debemos olvidar que algunos rasgos de dicha reacción de ajuste son componentes habituales de esta crisis y que si aparecen clasificados como "patológicos" fue porque llevaron al paciente a solicitar ayuda para superar la etapa normal de maduración, de crecimiento y desarrollo. Trazar el límite entre lo normal y lo anormal de estas manifestaciones es muy difícil en ciertos casos.

El porcentaje de los trastornos neuróticos, que ascendió cuando se tuvo en cuenta no sólo el diagnóstico principal sino también los secundarios, está dentro de rubros aceptables para muestras de población en general. Consideramos, como lo hicimos desde nuestro primer estudio (1), que el porcentaje de retardo mental —15,9% según el cuadro No. 12, 19,9% según el cuadro No. 15— es muy elevado. Obviamente que la "Unidad de Adolescentes" del Hospital Universitario San Vicente de Paúl —Pabellón Infantil—, es una consulta especializada, la única en la época de nuestro trabajo y por consiguiente concentró muchos pacientes que buscaban en ella solución a su problema. Además, la etapa de la adolescencia, por las mayores exigencias académicas en la escolaridad, pone de presente dificultades de aprendizaje y trastornos que hasta ese momento habían pasado inadvertidos.

Realmente es muy bajo el porcentaje del diagnóstico "abuso de drogas", pero si tenemos presente la condición de la mayoría de nuestros pacientes, que eran estudiantes de clase media baja y baja económicamente, pero no en el extremo más bajo, y que en la ciudad funcionan otras consultas dedicadas a la atención de esta perturbación, encontramos alguna explicación a este hecho. También es bajo el porcentaje de trastornos menstruales, pero la existencia de la consulta de ginecología en el mismo Hospital de San Vicente de Paúl hace que muchas pacientes adolescentes asistan allí y no al "Hospital Infantil".

La fiebre reumática, el síndrome convulsivo y la enuresis ocuparon entre nosotros niveles significativos como motivos primarios o se-

cundarios de consulta. Los pacientes de fiebre reumática nos fueron enviados desde la consulta respectiva que funciona en el "Hospital Infantil".

Solamente 8 adolescentes merecieron el diagnóstico de "sano", lo que es explicable por la condición y lugar de funcionamiento de la "Unidad de Adolescentes".

Destacamos, una vez más, el "mal ambiente familiar" que ocupa el cuarto lugar —9,8%— como diagnóstico en nuestra consulta. La relación entre la familia y el adolescente puede contribuir a su salud o hacer más severa su crisis de desarrollo. No puede, pues, el médico considerar las manifestaciones del adolescente sin tener muy presente el ambiente en el cual vive y la influencia de éste en los trastornos que llevan al paciente a la consulta.

Sobre la evolución de los pacientes vale lo ya expresado como explicación del cuadro No. 14. Consideramos, dados los recursos disponibles y la idiosincrasia de nuestra gente con respecto a la consulta médica, que la mejoría confirmada en 30,1% de los adolescentes es un porcentaje aceptable, pero que puede acrecentarse con mayor número de personas idóneas, lo que facilita el acceso de los pacientes al servicio.

## CONCLUSIONES

Una vez más, las limitaciones del universo analizado no nos permiten conclusiones definitivas, pero presentamos inquietudes que pueden servir de fuente para futuras investigaciones sobre los problemas y pautas de la adolescencia entre nosotros. Hemos descrito las influencias del medio familiar y extrafamiliar en el desarrollo de un grupo de nuestros adolescentes, y las manifestaciones de la "crisis" en ellos, como también algunos trastornos patológicos que los llevaron a la consulta médica.

## AGRADECIMIENTO

*Hacemos pública nuestra gratitud a todas las personas que en una u otra forma contribuyeron generosa y desinteresadamente*

*a la elaboración de este trabajo, especialmente a quienes en algún momento compartieron nuestra labor en la "Unidad de Adolescentes" del "Hospital Infantil".*

## REFERENCIAS

1. Córdoba P., R.; Balthazar G., V.; Barona G., J. et al. Atención integral del adolescente en un Departamento de Pediatría. Informe Preliminar. Congresos de Pediatría: IX Panamericano, II Latinoamericano, IX Colombiano. Bogotá, Memorias. 1970. Antioquia Médica. 22: 79-89. 1972.
2. Barona G., J.; Córdoba P., R.; Gómez H., G. et al. Atención integral del adolescente. XII Congreso Nacional de Psiquiatría. Cali. 1972.
3. Reynolds, E. L. and Wines, J. V. Individual differences in physical changes associated with adolescence in girls. *Am. J. Dis. Child.* 75: 329-350. 1984.
4. Tanner, J. M. Growth at adolescence. Second Edition. Oxford, England. Blackwell Scientific Publication. 1962.
5. Tanner, J.M. Growth and endocrinology of the adolescent. *In* Gardner, L. I. Endocrine and Genetic Diseases of Childhood and Adolescence. Second Edition. Philadelphia. Saunders. 1975. pp. 14-64.
6. Marshall, W. A. and Tanner, J. M. Variations in the pattern of puberal changes in girls. *Arch. Dis. Childh.* 44: 291-303. 1969.
7. Marshall, W. A. and Tanner, J. M. Variation in the pattern of puberal changes in boys. *Arch. Dis Childh.* 45: 13-23. 1970.
8. Root, A. W. Endocrinology of puberty. I. Normal sexual maturation. *J. Pediat.* 83: 1-19. 1973.
9. Lourie, R. S. and Werwman, S. L. Normal psychologie. Development and Psychiatric Problems. *In* Cook, R. E. Editor. The Biologic Basis of Pediatric Practice. New York. McGraw-Hill. 1968. pp. 1.662-1.670.
10. Redlich, F. C. and Freedman D. X. The Theory and Practice of Psychiatry. New York. Basic Books. 1966.
11. Lourie, S. Psychology of Adolescence. *In* Gallagher, J. R.; Heald, F. P.; Dale C. Editors. Medical Care of the Adolescent. Third Edition. New York. Appleton. 1976. pp. 32-41.
12. Robert, Ph. Las bandas de adolescentes. Studium, Madrid, 1969.
13. Sckett, Jr. W. W. Family Problems Involving the Adolescent. *Southern. Med. J.* 58: 1.558-1.561. 1965.
14. Dulanto G., E. La familia, punto de vista de un pediatra. *In* Dulanto G., E. Editor. La familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. México. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México. 1975. pp. 1-24.
15. Chagoya B., L. Dinámica familiar y patología. *In* Dulanto G., E. Editor. La familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. México. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México. 1975. pp. 25-37.
16. Rocheblave-Spenle, A. M. El adolescente y su mundo. Barcelona. Herder. 1978.
17. Gallagher, J. R. Their Family's, Teachers', and Contemporaries' Impact upon Adolescents. *In* Shen, J. T. Y. Editor. The Clinical Practice of Adolescent Medicine. New York. Appleton. 1980. pp. 20-28.
18. Shen, J. T. Y. Coping and Adaptation in Adolescence. *In* Shen, T. Y. Editor. The Clinical Practice of Adolescent Medicine. New York. Appleton. 1980. pp. 532-547.
19. Hammar, S. L. Adolescence. *In* Kelly, V. C. Editor. Practice of Pediatrics. Philadelphia. Harper & Row. 1, 4: 1-37. Revised Edition 1984.