

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

RIESGO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE

(Estudio realizado en áreas escolares del módulo  
ambulatorio del Programa de Atención materno  
infantil, Universidad de San Carlos  
de Guatemala)

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala



En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

DL  
05  
T(7113)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 16 de mayo  
DIF-67-94

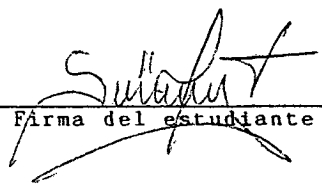
de 199 4

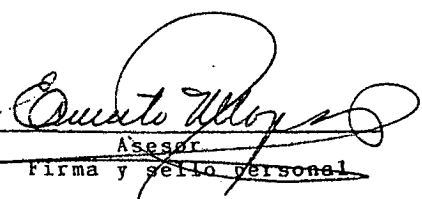
Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las Ciencias  
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: MAESTRO DE EDUCACION PRIMARIA SERGIO LLOBANI  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos  
TUMAX SIERRA Carnet No. 87-12928  
completos

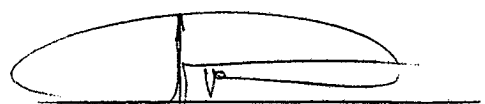
Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"RIESGO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

  
Firma del estudiante

  
Asesor  
Firma y sello personal

Dr. Ernesto Velásquez P.  
Colegiado 2737

  
Revisor  
Firma y sello  
Registro Personal

Dr. ANTONIO E. PALACIOS L.  
MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado No. 2382

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El Bachiller: SERGIO LLOBANI TUMAX SIERRA

Carnet Universitario No. 87-12928

Previo a optar al título de Médico y Cirujano en su Examen General  
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"RIESGO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE"

Avalado por (asesores) y revisor (por lo que se emite la presente  
ORDEN DE IMPRESION

Guatemala, 10 de ULTRA de 1994

Dr. Edgar R. De León Brillas  
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas  
Director del Centro de Investigaciones  
de las Ciencias de la Salud

IMPRIMASE :

Dr. Jaime Castillo Rodas Cabrera Franco



## INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION.	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACION	5
IV. OBJETIVOS	7
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	9
VI. METODOLOGIA	29
VII. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION	35
VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS	37
IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	51
X. CONCLUSIONES	57
XI. RECOMENDACIONES	59
XII. BIBLIOGRAFIA	61
XIII. ANEXOS	65

## I. INTRODUCCION

La etapa de la adolescencia ha sido considerada en sí misma como uno de los periodos críticos del desarrollo, por los profundos cambios que se producen y la implicación que estos tienen en la vida adulta; y si a esto agregamos el riesgo de que este proceso se vea alterado por factores negativos psicológicos y sociales, nos damos cuenta que el problema es de considerable magnitud.

En nuestro medio no existen instituciones estatales o privadas que se dediquen exclusivamente a la atención integral del adolescente, y tampoco existen estudios que puedan orientar determinadas acciones o programas dirigidos a los adolescentes. La DMS en los últimos años le ha dado más relevancia al problema del adolescente en cuanto a su atención integral y esperamos que en nuestro medio se le de también la importancia que merece.

El presente estudio se dirigió a determinar factores de riesgo y factores protectores psicosociales en el adolescente; para lo cual se estudiaron las variables de sexo, edad, escolaridad, ocupación, estado civil, escolaridad de los padres, depresión, psicosis y drogadicción. Cada una de las variables fue tratada estadísticamente por medio del programa Epi-Info, calculándose el Riesgo Relativo, Razón cruzada y Chi cuadrado.

Los resultados muestran hallazgos importantes, tales como algunos factores de riesgo y su significación estadística, también datos sobre la problemática del riesgo de depresión, riesgo de psicosis y riesgo de drogadicción, la importancia de la

escolaridad de los padres y el hecho de que el adolescente estudie y trabaje.

En el estudio se determinó que el 80% de los adolescentes de la muestra presentaron algún grado de riesgo psicosocial, ya sea por tener padres de baja escolaridad, por estar trabajando, o por tener riesgo de depresión, de psicosis o de drogadicción.

Asimismo, se evidenció que el instrumento utilizado presenta factores de confusión que limitan la determinación estadística significativa de las variables estudiadas.

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La organización Mundial de la Salud define al grupo de adolescentes como la población comprendida entre los 10 y 19 años y como jóvenes al grupo comprendido entre los 15 y 24 años. Sumando al grupo de adolescentes y jóvenes o sea el grupo comprendido entre los 10 y 24 años, este constituye en nuestra América Latina aproximadamente un 30% de la población.<sup>(21)</sup> En Guatemala, según el último censo de 1989, existen 2108752 de adolescentes, lo que constituye un 23.6% de la población total.

El comportamiento psicosocial del adolescente se encuentra determinado por la familia, la escuela, la sociedad, sistemas interrelacionados que revisten una enorme importancia en el desarrollo psicosocial del ser humano, y que determinan en gran parte su capacidad para actuar como individuo y como parte integrante de su comunidad.<sup>(22)</sup>

El abuso del alcohol, drogas y cigarrillo, así como los accidentes juveniles, responden, en muchas ocasiones, a elementos de autoagresión, producto de una compleja constelación de factores familiares, psicológicos y sociales que, unidos a otras conductas disfuncionales se engloban en la categoría de comportamientos generadores de riesgo.<sup>(23)</sup>

Los procesos que favorecen o perturban el proceso de crecimiento intrauterino, el proceso del período del parto y del crecimiento y desarrollo en la época de la infancia, quedarán como positivos o como secuelas en la época de la adolescencia, o sea que, cuando estamos frente a un adolescente no tenemos que

pensar sólo en su edad actual, sino que tiene un proceso histórico que tiene que ser conocido por nosotros, no solo en el aspecto biológico sino también en el psicológico y social.<sup>(21)</sup>

La adolescencia, en sí, sus características: crecimiento y desarrollo, búsqueda de identidad, búsqueda de la independencia, desarrollo del marco de referencia, creatividad, auto-estima, juicio crítico, sensibilidad, afectividad, proyecto de vida, sexualidad, educación, etc., es un proceso de la vida complejo que requiere atención especial e integral, ya que son ellos, los adolescentes del mañana.<sup>(21)</sup>

En nuestro medio, al adolescente no se le da ningún tipo de atención especial ni mucho menos integral, la sociedad lo ve como un problema sin ser él responsable de ello.



### III. JUSTIFICACION

El ser humano, desde su concepción, está expuesto directa o indirectamente a factores que favorecen o perjudican su salud (factores protectores, factores de riesgo y daño), por este motivo, en toda sociedad hay individuos o grupos con mayor probabilidad de enfermar o morir como consecuencia de factores interactuantes, que confieren un riesgo potencial a los grupos vulnerables, los cuales necesitan ser identificados. (19)

El riesgo psicosocial a que el adolescente se ve expuesto, es un verdadero problema para el propio adolescente y la sociedad en la cual está inmerso, y que comúnmente ve al adolescente como problema, sin ser este último responsable del fenómeno. Efectuar estudios que permitan identificar factores de riesgo en el comportamiento del adolescente que lo predispone a determinados comportamientos que pueden dañar su salud integral, es una obligación de todos los que actuamos en el sector de salud.

El conocimiento de estos factores nos permitirá poder empezar a darle al adolescente una tensión de salud con enfoque integral que, en la actualidad, en nuestro medio no existe; he allí la importancia de conocer el origen de la problemática para poder darle un abordaje adecuado.

Es necesaria la existencia de un programa integral de atención al adolescente y no programas verticales dirigidos a los problemas específicos, una propuesta concreta de la OMS: es la integralidad de la salud, la multidisciplinariedad de su atención, y la necesaria intersectorialidad de las acciones; para el abordaje de la salud integral del adolescente. (21)

#### IV. OBJETIVOS

1. GENERAL:

A) Determinar el riesgo psicosocial del adolescente.

2. ESPECIFICOS:

A) Identificar factores de riesgo psicosocial del adolescente.

B) Identificar factores protectores psicosociales del adolescente.

C) Clasificar factores de riesgo y factores protectores del adolescente.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

### A) DEFINICION

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la vida adulta. La adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, su definición en este sentido es puramente estadística, ya que en realidad, sabemos que la adolescencia, como proceso, comienza muchas veces antes de los 10 años, y no necesariamente termina a los 19. El inicio se define biológicamente con el comienzo del proceso de maduración sexual (pubertad), en tanto que la definición de la finalización es sociológica: el adolescente pasa a ser adulto en el momento en que consigue su independencia del núcleo familiar, básicamente definido por una independencia de tipo económico.<sup>(21)</sup>

La adolescencia es el conjunto de transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, durante las cuales el niño se transforma gradualmente en adulto; en términos generales, está comprendida entre los 10 y 19 años. Se suele confundir los términos pubertad, adolescencia y juventud. La pubertad se refiere solo a los procesos de maduración biológica de este período, que tienen que ver con la aparición de los caracteres sexuales y la capacidad de producción. Adolescencia en cambio engloba a la pubertad, vale decir, los cambios psicológicos y sociales que ocurren simultáneamente en el individuo durante la segunda etapa o década de la vida. Juventud, en cambio, es un concepto psicológico, comprendido entre los 15 y 25 años.<sup>(1,14,15)</sup>

La adolescencia es un proceso biológico, psicológico y social, que asume características diferentes en las diversas clases y estructuras sociales. Por esta razón, varios autores hablan de la existencia de diferentes adolescencias y juventudes que coexisten en nuestra sociedad contemporánea, aún dentro del mismo país. (21)

Una de las principales tareas que debe resolver el adolescente es la emancipación de la familia, primero emocionalmente y después socialmente. Por lo que el muchacho busca una mayor autonomía y libertad. (1,14,17)

En su lucha por lograr una identidad propia, suele valerse de símbolos externos tales como: el cultivo de determinada apariencia física, la forma de vestirse, hábitos, imitando ídolos, etc.

Los cambios físicos y psicológicos deben ser interrelacionados para una adecuada autoimagen y autoestima.

Junto a estos deben aprender a controlar en forma socialmente aceptable sus nuevos sentimientos y deseos sexuales. (14,17,18,1)

Lograr una adecuada relación con el sexo opuesto es otra tarea básica. Le interesa sobremanera conducir una buena forma de relación con el grupo de iguales como nunca antes. (17)

Se produce un importante incremento en la capacidad de pensamientos abstractos, lo que le permite una progresiva sofisticación de control sobre los estados de ánimo que son tan cambiantes en este período. Ellos suelen fluctuar entre la depresión o angustia y los deseos de mucha acción y diversión. (1)

El comportamiento psicosocial del adolescente se encuentra estrechamente asociado a la familia, la escuela y la sociedad, sistemas interrelacionados que revisten una enorme importancia en el desarrollo psicosocial del ser humano, y que determinan en gran parte su capacidad para actuar como individuo y como parte integrante de su comunidad.

El abuso del alcohol, las drogas, el cigarrillo, así como los accidentes juveniles, responden, en muchas ocasiones, a elementos de autoagresión, producto de una compleja constelación de factores familiares, psicológicos y sociales que, unidos a otras conductas disfuncionales, se engloban en la categoría de comportamientos generadores de riesgo.<sup>(3)</sup>

## B) CARACTERISTICAS DEL ADOLESCENTE

### a. Crecimiento y desarrollo

En la adolescencia continúa el proceso de crecimiento y desarrollo que comenzó en el momento de la fecundación. Es una etapa en la cual la velocidad de crecimiento es muy grande, y el proceso de desarrollo adquiere características especiales.

### b. Búsqueda de independencia

Durante este proceso se produce justamente la formación del "SDY YO", buscando ser un yo independiente, porque dentro de la sociedad, en un momento determinado, voy a salir de mi círculo familiar, no necesariamente casado, pero separado, porque constituyo una generación siguiente a la de

mis padres.

c. Creatividad

La adolescencia se caracteriza por ser una de las etapas de la vida de gran creatividad, y ese potencial debe ser apoyado y estimulado.

d. Autoestima elevada

Todos nosotros necesitamos del reconocimiento de nuestro valor. Yo tengo mi valor, y otro tiene su valor, pero el adolescente necesita fundamentalmente saber que los otros piensan bien de él, y que él se siente bien como persona (con su cuerpo, sus ideas y sus afectos).

e. Juicio crítico

En la adolescencia se produce una expansión de la capacidad de análisis críticamente del mundo, y nosotros tenemos que apoyar el desarrollo de ese mundo crítico. Esta crítica permitirá al joven analizarse mejor, criticar al mundo y a la cultura que lo rodea, a desarrollar una identidad más amplia y una fundamentación mayor de sus valores, pensamiento y sus efectos.

f. La sensibilidad y la afectividad

Son otras dos características que tiene el adolescente, como tiene todo ser humano, y que también es poco explotada, en el sentido que es poco reconocida y también poco apoyada su potencialidad, en lo que respecta al relacionamiento con

otros seres humanos (altruismo, amistad) y con el mundo como un todo.

g. Proyecto de vida

Es durante la adolescencia que el ser humano genera su proyecto de vida y desarrolla las estrategias y acciones para que el sueño se transforme en realidad. Gran parte de las decisiones son hechas durante la adolescencia, aunque ya muchas de estas ideas o pensamientos iniciales surgieron en la infancia.

Este proyecto de vida del adolescente será mediatizado por las posibilidades que el medio externo ofrezca y el esfuerzo que el propio adolescente realice. La sociedad tiene la obligación de dar la oportunidad para que estos proyectos escogidos puedan llegar a ser realidad. Se considera que tener un proyecto de vida es un factor protector frente a los riesgos de salud del adolescente. Si no acontece que se está generando una cantidad de personas con un alto nivel de frustración, siendo ejemplos de insatisfacción, porque nunca podrá llegar a ser lo que les gustaría ser, y probablemente desviándose a estilos de vida de alto riesgo.

h. Sexualidad

La sexualidad no aparece en la adolescencia como es bien conocido. De acuerdo con los psicoanalistas, ya hay manifestaciones de sexualidad en la vida intrauterina, que

continúa su desarrollo en el período de la infancia. Lo que acontece en la adolescencia es que aparece más marcadamente el proceso de necesidad de relacionamiento afectivo con otras personas y como consecuencia de la maduración sexual, la manifestación genital de la sexualidad. La sexualidad del adolescente es parte del proceso de las etapas iniciadas anteriormente.

#### i. Proceso educativo

El proceso de educación que se inicia también durante la infancia, con la educación informal en el hogar y del entorno social, y de la educación formal del período escolar, del colegial y de la universidad. De este proceso dependerá en gran parte su inserción social, dentro de las características de su entorno y del desarrollo que consiguió de su apoyo de vida.<sup>(21)</sup>

### C. HISTORIA Y ABORDAJE

A partir de 1989 la OPS y la OMS se han interesado bastante en los problemas que enfrentan los adolescentes de América Latina y ha creado programas regionales de atención integral al adolescente.

El significado de la atención integral del adolescente debe de ser visto desde el punto de vista de su trascendencia, como un elemento básico para el desarrollo social de los países y del mundo en general.

Así fue visto por los voceros de los países durante las discusiones técnicas llevadas a cabo durante la Asamblea Mundial



42 de la OMS, 1989. En manos del adolescente y el joven está no solo el futuro de una sociedad sino el presente. Para millones de ellos, especialmente en los países de desarrollo, al asumir roles de adultos y un alto grado de responsabilidades en la realidad. (11.7)

En este grupo donde las exigencias y manifestaciones psicosociales de la salud integral son quizá más evidentes y en donde el individuo y el conjunto necesitan de niveles críticos de bienestar y respuesta social para poder cumplir con las necesidades y aspiraciones de contribuir al desarrollo. También para poder cumplir y contribuir al mejoramiento de todo lo que perciben con gran necesidad de cambio. Ese bienestar no se logra si no existen también niveles críticos de calidad de vida, en términos de derechos fundamentales para el ser humano tales como educación, nutrición, vivienda, buena salud física y mental, derecho al trabajo, recreación y oportunidad para el uso del tiempo, derecho a participar. Ellos perciben la necesidad de paz, buenos ejemplos y escala de valores en sus mayores; y muchos carecen de familias bien constituidas y de una visión favorable de futuro para poder desempeñarse adecuadamente desde el punto de vista social. (8)

Todos los países de la región necesitan adoptar una posición definida y tomar medidas efectivas y permanentes para promover y preservar la salud integral de presentes y futuras generaciones y no esperar a que los daños y el desperdicio psicosocial, en incremento, lleguen a proporciones difíciles de controlar. (8)

Dentro de un programa con énfasis en la salud integral del

adolescente en América Latina, un propósito válido debe de ser contribuir al alcance de la salud integral de ellos, los adolescentes, así como lograr su bienestar y desarrollo. («)

Entre los desafíos principales a vencer para el alcance del propósito mencionado, los siguientes deben conocerse:

1. La reducción de desigualdades en las condiciones de los varios grupos de adolescentes dentro de cada país.
2. El aumento de los niveles de prevención, con énfasis en la prevención primaria.
3. El fortalecimiento de los mecanismos para lograr una progresiva satisfacción de las necesidades biológicas y psicosociales.

Los mecanismos de promoción de salud para lograr bienestar y desarrollo de los adolescentes, pueden resumirse en cuatro grupos:

1. Los que se orientan a lograr progresivamente la capacidad de autocuidado.
2. La ayuda mutua dentro del grupo.
3. La actuación sobre los microambientes en donde permanece el adolescente para hacerlos cada vez más saludables.
4. Promoción de estilos de vida saludable.

Finalmente, las estrategias que deben consolidarse en forma gradual y sostenida son:

1. El esfuerzo de la participación social, de las organizaciones, especialmente aquellas que funcionan con adolescentes y la participación efectiva del grupo.
2. El refuerzo cuantitativo y especialmente cualitativo de los servicios de salud y otros sectores.
3. La coordinación de políticas y acciones intersectoriales.
4. La aplicación de enfoques integrados como el concepto de riesgo, el familiar, el comunitario y el intersectorial, en las programaciones de salud, bienestar y desarrollo.

Por lo menos cinco dimensiones pueden considerarse en relación con al atención integral del grupo. La primera de ellas se refiere al concepto de integralidad de la salud en general y del adolescente en particular. Las tres siguientes hacen referencia a estrategias de programación y la última se refiere a estrategias y requisitos oracionales de los servicios de salud y de bienestar del adolescente. (18)

A pesar de la reiterada aseveración de que el ser humano es una entidad biológica y psicosocial íntimamente relacionada con los ambientes, para los efectos de definir necesidades y atención de salud y bienestar, no siempre se le trata como tal.

La salud del adolescente puede concebirse y caracterizarse dentro del contexto de interrelaciones muy definidas y dinámicas de esos tres sistemas: biológico, psicosocial y medio ambiente, tomando como ejes integradores, procesos básicos para el adolescente. Son ejemplos:

- A) El crecimiento/maduración y diferenciación.
- B) El desarrollo integral basado en los aportes que los microambientes de familia, escuela, recreación institucionalizada, etc., le ofrecen al niño y al adolescente en las esferas de educación, sociales, psicológica, cultural, económica y afectiva.
- C) El ejercicio de la sexualidad y sus implicaciones en el proceso reproductivo y en la salud bio-psicosocial del adolescente de ambos sexos.

Si las acciones de salud y otros factores de la familia, y la sociedad en el control de estos procesos, consideran la influencia de factores favorables y desfavorables que se derivan de las interrelaciones e implicaciones de estos procesos, pueden contribuir más eficazmente a promover y proteger la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas y grupos que atraviesan fases e interfases críticas como la adolescencia. Estos procesos colocan al personal que trabaja con el adolescente, ante la imperiosa necesidad de concebir el estado de salud del adolescente como resultante, en buena parte, de las etapas anteriores y de los efectos presentes durante la fase de adolescencia. Al mismo tiempo, debe de hacer pensar en la influencia de su salud física, mental y social en las etapas posteriores y dentro de una perspectiva trasgeneracional. La implicación práctica para fines de la atención de salud integral del adolescente en la necesidad de que los programas de salud y de los otros sectores, sean congruentes con el carácter de

continuación de las etapas. Es la necesidad de cuidar de la salud de la madre y del niño, haciendo énfasis en la prevención primordial para asegurar una buena salud integral del adolescente. Esta noción de continuidad debe de ser enfatizada en las acciones de programación, educación en salud a nivel de familias y en el sistema de educación desde etapas tempranas.<sup>(10)</sup>

En resumen, incorporación en los programas de salud, el concepto de salud integral dentro de un continuo seguimiento, facilita el éxito de los procesos de socialización, adaptación, espiritualidad, desarrollo integral y desempeño óptimo durante y después del período de adolescencia.

En este nivel macro, de toma de decisiones centrales, podría darse cabida para asegurar mejores oportunidades a los jóvenes de hoy y del mañana de tal manera que no ocurra lo que en el presente es común en los países.

De hecho, es frecuente que, aún en el caso de los jóvenes que tienen el privilegio de cursar una educación superior, al lograr terminarla, las condiciones para ejercerla no existen. No basta el alcance de un potencial de individuos o grupos si no se dan las condiciones para utilizarlo.

En el nivel intermedio puede situarse el componente cultural, determinante de costumbres y comportamientos en salud y bienestar, transmitidos de generación en generación.<sup>(11)</sup> La intensa migración de áreas rurales a urbanas y de poblaciones urbanas pequeñas a las más grandes, da lugar al fenómeno de heterogeneidad de culturas que puede terminar en aculturación, en parte debida a la fuerte influencia de las comunicaciones. La

readaptación a nuevos patrones de comportamiento puede determinar riesgos de variadas consecuencias, aunque debe reconocerse que puede haber aspectos positivos también.

A los niveles de familia e individuales ejercen más influencia los factores locales de acción más directa dentro de los microambientes en donde los miembros de la familia se desarrollan. La influencia de estos microambientes en el estado de salud de los adolescentes y jóvenes es muy importante y puede ejercerse en ambos sentidos: en favor o en contra de la salud integral. Desde el punto de vista de la salud psicosocial, pueden ocurrir muchos problemas por la acción de factores negativos que surgen, con frecuencia, intensidad y variedad crecientes, en ambientes tradicionalmente protectores tales como la familia, el lugar de trabajo, la escuela, los lugares de recreación, algunas instituciones como el ejército y otras.

Es importante que se reconozca que muchos niños, adolescentes y jóvenes expuestos a más de un ambiente dentro del mismo día y que por lo tanto, los riesgos pueden sumarse y potenciarse. El otro aspecto que debe considerarse es que la calle constituye un ámbito de base para millones de adolescentes en la región.<sup>(20)</sup> Este es un ambiente inclemente, no sólo desde el punto de vista ecológico sino también por el desamparo, la ausencia de normas, de entidades o instancias responsables de cualquier tipo de orden.

Por otra parte, debe de tomarse en cuenta que los ambientes mencionados pueden ser objeto de acciones para promover la salud y desarrollo y para prevenir daños biológicos y psicosociales.

Para conocer y contar con el apoyo intersectorial, es necesario actuar donde los adolescentes se encuentran, para identificar los factores de riesgo a los que están expuestos y qué actividades y estrategias pueden ser desarrolladas con mayor éxito de acuerdo a cada situación. De hecho, las coberturas de las diversas actividades no puede ampliarse esperando a la llegada espontánea de los adolescentes y jóvenes a las instituciones que desarrollan los programas.

#### D. ENFOQUE DE RIESGO

El enfoque de riesgo es una tecnología compleja de proceso que se basa en las siguientes premisas:(8)

1. Las personas, familias y grupos tienen diferentes grados de probabilidad de desvío de salud y bienestar. Esto significa que la distribución de esfuerzos y recursos deben ser proporcional a las necesidades.
2. Los factores que determinan los niveles de salud, bienestar y desarrollo de niños y adolescentes son numerosos y a menudo interrelacionados. Su control (factores de riesgo) o proporción requieren el esfuerzo participativo de sectores, disciplinas, profesiones y de las mismas personas.
3. El enfoque de riesgo, si es aplicado en forma apropiada, constituye una metodología efectiva para adecuar los requerimientos organizacionales y administrativos y el uso óptimo y apropiado de tecnologías a las necesidades de salud y bienestar de los adolescentes.

El enfoque surgió cuando las nociones de vulnerabilidad y de

factor de riesgo fueron relacionadas entre sí. Tiene una base probabilística y un carácter eminentemente preventivo en el sentido de que la probabilidad de un resultado no deseado aumenta cuando la persona, familia o grupo son expuestos a uno o más factores de riesgo o la probabilidad de que la salud mejore cuando ellos son expuestos a uno o más factores protectores.(18)

El control del factor de riesgo disminuye la probabilidad de daño o cuando los factores protectores se refuerzan se aumenta la probabilidad de mejorar la salud.

Aplicado a la salud integral de adolescentes y jóvenes, el enfoque es útil para entender o incorporar la importancia de una asistencia de salud continua a lo largo de las varias fases del ciclo vital. La salud mental, social y física del adolescente es el resultado de las experiencias en el pasado y en el presente, y al mismo tiempo, la salud y las experiencias en la adolescencia son importantes determinantes de la salud en etapas posteriores.

En forma esquemática, el grado de vulnerabilidad del adolescente es una función de su historia anterior sumada a la susceptibilidad y/o fortaleza inducidas por los cambios profundos (biológicos y psicosociales) que son propios de la fase.

A ese grado de vulnerabilidad se agregan los efectos (negativos o positivos) de los factores que los microambientes, la cultura y las políticas socioeconómicas proporcionan al adolescente y joven para completar la génesis de cambios y riesgos, problemas y protección dentro de la dinámica del proceso salud-enfermedad.

El enfoque familiar es de particular importancia en salud,



bienestar y desarrollo del adolescente debido a que la fuerte influencia positiva que una familia funcional y la fuerte influencia negativa que una familia disfuncional tienen sobre la salud integral pasada, presente y futura del adolescente. La aplicación del enfoque muestra ambos lados a las combinaciones de circunstancias y ayuda a definir intervenciones necesarias. De hecho, las interrelaciones e interdependencias de los varios miembros de la familia y el papel que socialmente juega esta estructura en la preservación y transmisión de valores e identidad cultural, son de gran valor para la salud, bienestar y desarrollo de niños y adolescentes.

El enfoque de la familia sana o funcional vista desde el punto de vista de su dimensión social, tiene implicaciones en el adolescente y sus pares. Una familia sana es aquella en la cual cada uno de sus miembros funciona bien en lo biológico, psicológico y social; es además la familia en la cual cada uno de sus miembros funciona bien en relación a los otros; y finalmente, es la que funciona bien en relación con otras familias. Una familia con uno o más adolescentes problema constituye un riesgo para otros adolescentes dentro de la comunidad.

Desde el punto de vista de políticas y normas, las medidas orientadas a fortalecer la funcionalidad de las familias son de gran valor para la sociedad y para los grupos vulnerables.

El enfoque comunitario es crítico para la salud, el bienestar y el desarrollo del adolescente, porque es en la comunidad, en sus valores culturales y morales, en sus estructuras institucionales y organizacionales y en la operación

de varios sectores públicos y privados y en su participación donde los recursos para la promoción y protección de la salud integral y donde gran número de soluciones para los problemas existen.

La efectividad de la participación social interpersonal es esencial en el nivel local o comunitario, y es donde puede darse, ya que es donde existen, o pueden crearse, las redes de apoyo.(10)

El enfoque comunitario es indispensable para adecuar todo el potencial de la comunidad y de los recursos de los varios sectores a las necesidades de salud, bienestar y desarrollo de los adolescentes y jóvenes. El papel de las personas, especialmente de los mismos jóvenes en la identificación, priorización y satisfacción de necesidades es valioso. Parece existir un alto grado de consenso alrededor de la contribución que los adolescentes y jóvenes pueden hacer para el logro de la salud integral del grupo y de todos.(9,10). Esto lleva implícita la necesidad de introducir técnicas efectivas de comunicación y participación así como el debido control y uso de los medios de comunicación masivos, para alcanzar los objetivos educacionales.

---

También hay acuerdo para este logro, es necesaria la participación de jóvenes en el diseño de métodos y mensajes efectivos para la salud de sus pares.(19)

Los recursos de la comunidad, ubicados en los ámbitos en donde los adolescentes y jóvenes se encuentran, deben ser identificados, apoyados y utilizados para trabajo en red en el área de promoción de salud y de bienestar. Estos recursos en los

ambientes comunitarios e institucionales, deben hacerse accesibles a los adolescentes desprotegidos y no afiliados institucionalmente.

## **E. CONCEPTOS CONTRIBUYENTES A LA INVESTIGACION**

### **1. RIESGO**

Probabilidad que tiene un individuo o un grupo de sufrir un daño (enfermedad, secuela o muerte) de origen biológico, psicológico, social o ambiental.

### **2. DAÑO**

Es el efecto no deseado en salud (enfermedad, secuela o muerte). Un daño puede ser factor de riesgo de otro daño.

### **3. FACTOR DE RIESGO**

Es una característica o circunstancia detectable en individuos o grupos asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño en su salud.

### **4. FACTOR PROTECTOR**

Es una característica o circunstancia detectable en individuos o grupos asociada a una probabilidad menor de sufrir un daño a la salud, y de promover la salud.

Un factor protector puede serlo de un solo o varios daños. Los factores protectores pueden ser promovidos y apoyados.

5. ENFOQUE DE RIESGO

Busca mejorar la atención para todos, pero dando más énfasis a aquellos que más lo necesiten. No es un enfoque igualitario, discrimina en favor de los que más necesitan la atención, además, investiga y promueve los factores protectores.

El enfoque de riesgo es una estrategia de prestación de servicios, basada en la probabilidad que estos tengan de sufrir uno o más daños. De esta manera el enfoque de riesgo sirve para establecer la necesidad mayor o menor de atención que necesita un individuo o un grupo en relación con uno o varios posibles daños. Ayuda pues, a determinar prioridades de atención y los cambios necesarios en los servicios.(14,5)

6. RIESGO ABSOLUTO

Es la incidencia del daño en la población total.(23)

7. RIESGO RELATIVO

Es una comparación de la frecuencia con que ocurre el daño en los individuos que tienen el atributo o factor de riesgo y la frecuencia con que ocurre en aquellos que no tienen el factor de riesgo.(23)

8. RIESGO ATRIBUIBLE

Muestra la proporción en que el daño podría ser reducido si los factores de riesgo causales desaparecieran de la población total.(23)

9. RIESGO POBLACIONAL

Representa una estimación del descenso del daño a nivel poblacional si se controla el factor de riesgo.(24)

## VI. METODOLOGIA

### A. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo y analítico, ya que identifica y clasifica los factores de riesgo y los factores protectores del comportamiento psicosocial del adolescente.

### B. SELECCION DEL OBJETO DE ESTUDIO

Escolares que asisten a las áreas de práctica del módulo ambulatorio del quinto año de la carrera de medicina.

### C. TAMAÑO DE LA MUESTRA

500 escolares de las áreas de práctica del módulo ambulatorio.

### D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

- a. Se incluyó a los escolares inscritos y que asiste a las áreas de práctica del módulo ambulatorio, comprendidos entre los 10 y 19 años.
- b. Se excluyeron del estudio a los escolares que no estaban comprendidos en las edades ya indicadas.

### E. RECURSOS

#### a. Materiales:

Boletas de riesgo psicosocial.

Materiales y útiles de escritorio.

Referencias bibliográficas.

Instalaciones de las áreas de práctica del módulo ambulatorio.

Computadora.

Impresora.

b. **Humanos:**

Asesor.

Docentes del módulo ambulatorio.

Escolares de las áreas de práctica.

Estudiantes de quinto año de la carrera de medicina.

Estudiante investigador.

Revisor.

## F. VARIABLES A ESTUDIAR

### a. Independientes:

No.	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
1.	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Años cumplidos a la fecha de recolección de los datos.	Años cumplidos.
2.	Sexo	Diferencia básica del hombre y la mujer.	Masculino o femenino.	Femenino Masculino
3.	Escolaridad	Grado académico que se cursa en un establecimiento docente.	Años aprobados en la escuela primaria.	Ultimo año aprobado en la escuela primaria.
4.	Estado Civil	Condición jurídica de las personas respecto a los derechos y deberes civiles.	Casado, soltero, unido, viudo, divorciado o separado.	Casado, soltero, unido, viudo, separado o divorciado.
5.	Procedencia	Lugar de origen de una persona.	Lugar donde nació la persona.	Departamento o país donde nació.
6.	Residencia	Lugar en el que se reside.	Dirección actual.	Zonas de la capital.
7.	Escolaridad de los padres.	Grado académico que se cursa en un establecimiento.	Ultimo grado aprobado en la escuela primaria, secundaria o universidad.	Ultimo año aprobado.
8.	Ocupación	Trabajo en el que emplea su tiempo una persona.	Estudiante, trabajador, desocupado o estudiante-trabajador.	Estudiante, trabajador, desocupado o estudiante-trabajador.



b. Dependientes:

No.	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
1.	Depresión	Estado mental que se distingue por aflicción y desconfianza, acompañado generalmente de ansiedad.(24)	Si contestó positivamente a más de 11 preguntas de la 42 a la 61.	Si contestó positivamente a más de 11 preguntas de la 42 a la 61.
2.	Psicosis	Nombre genérico que se da a todas las enfermedades mentales.(24)	Si contestó positivamente a más de una pregunta de la 62 a la 65.	Si contestó positivamente a más de una pregunta de la 62 a la 65.
3.	Drogadicción	Hábito de consumir bajo diversas formas o vías, drogas narcóticas, llegando a estados morbosos o enfermedades agudas o crónicas.(24)	Si contestó positivamente a 1 o más preguntas de la 67 a la 77.	Si contestó positivamente a 1 o más preguntas de la 67 a la 77.

G. TRATAMIENTO ESTADISTICO

El presente estudio se trabajará con cuadros de frecuencias y se calculará el riesgo absoluto (RA), el riesgo relativo (RR) y el riesgo poblacional de acuerdo a las siguientes fórmulas:

RA = Tasa de incidencia en la población total.

RR =  $\frac{\text{Tasa de incidencia en los expuestos al factor de riesgo}}{\text{Tasa de incidencia en los no expuestos al factor de riesgo.}}$

RF = Tasa de incidencia en la población Total -- Tasa de incidencia en los no expuestos.

x

Tasa de incidencia en la población total.

#### H. OTROS ASPECTOS DE LA INVESTIGACION

Sobre la recolección de datos se hizo en base a la boleta de riesgo psicosocial (adjunta al final del protocolo) que utilizaron los docentes del módulo ambulatorio, y los estudiantes de quinto año de la carrera de Medicina. Previo a que los escolares llenaran las boltas, se procedió a la capacitación de estudiantes y personal de las áreas de práctica del módulo ambulatorio. También se dio una amplia información a los padres de familia así como también a los escolares.

En la recolección de datos participaron los estudiantes de quinto año, docentes del módulo ambulatorio y personal de las áreas de práctica del módulo ambulatorio.

## VII. DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

La recolección de la información por medio de la boleta de Riesgo Psicosocial se realizó en las escuelas: Jacobo de Villa Urrutia, ubicada en 11 Av. 12-08 Zona 12, Grupo Escolar Centro Americano, ubicada en 10a. Calle entre 2a. y 3a. Avenida y Adrián Zapata, 12 Av. 12-14, Zona 2.

Recolectada la información de una muestra inicial de 507 adolescentes, fue necesario descartar 65 boletas que fueron llenadas incorrectamente, quedando el estudio integrado por 442 adolescentes de ambos sexos.

Por medio del paquete estadístico Epi-Info se depuraron los datos recolectados y se le dio el tratamiento estadístico respectivo a cada variable, calculándose con cada una de ellas: Razón de productos cruzados, Chi cuadrado y Riesgo relativo.

Estadísticamente, ninguna variable tuvo significancia, como factor de riesgo o factor protector; a excepción de la drogadicción que sí se determinó que constituye un factor de riesgo para la psicosis.

Dada la poca significancia estadística que se pudo determinar con las variables en estudio, se considera que en el instrumento de recolección de datos existen variables de confusión que pudieran determinar la falta de esa significancia de las variables en estudio. En estudios posteriores, se puede detectar estas variables de confusión y mejorar el instrumento de recolección de datos.

Para la interpretación del cálculo de riesgo relativo (R.R.) y/o razón cruzada (O.R.) se tomó en cuenta el siguiente lineamiento:

R.R. u O.R.	Factor	Chi cuadrado
Mayor de 1	Factor de Riesgo	Mayor de 3.84146
Igual a 1	No hay riesgo	Menor o igual a 3.84146
Menor a 1	Factor Protector	Mayor de 3.84146

#### LIMITANTES DE LA INVESTIGACION

El instrumento utilizado para la recolección de datos es una adaptación del instrumento utilizado en Costa Rica para la atención del adolescente llamado "Conociendo mi Salud", y "Como me siento, como soy". Se determinó que este presenta factores o variables de confusión que limitan la significancia estadística de las variables estudiadas y es necesario el análisis del instrumento para identificarlos.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES DE ACUERDO AL SEXO

SEXO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	382	88.42
FEMENINO	060	13.58
TOTAL	442	100.00

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES SEGUN EL SINTOMA MAS  
MANIFESTADO EN EL RIESGO DE DEPRESION

SINTOMA	FRECUENCIA	%
No puede pensar con claridad.	224	50.68
Tiene dificultad para tomar decisiones.	171	38.69
Se asusta con facilidad.	142	32.12
Se siente nervioso, tenso o aburrido.	140	31.67
Tiene dificultad en hacer su trabajo.	105	23.75
TOTALES	442	442

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES SEGUN EL SINTOMA MAS  
MANIFESTADO EN EL RIESGO DE PSICOSIS

SINTOMA	FRECUENCIA	%
Es usted más importante de lo que otros dicen de usted.	244	55.20
Ha notado interferencia en sus pensamientos.	119	26.92
Siente que alguien ha tratado de herirle alguna vez.	086	19.45
Oye voces sin saber de donde vienen.	76	10.19
TOTAL	314	314

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES SEGUN EL SINTOMA MAS  
MANIFESTADO EN EL RIESGO DE DROGADICCION

SINTOMA	FRECUENCIA	%
Tiene amigos que fuman	278	53.00
Fuman en su familia	199	45.20
Ha fumado cigarrillos de tabaco	65	14.70
Ha querido dejar de beber alguna vez	27	6.10
Ha considerado que bebe mucho	12	2.71
TOTAL	353	353

Fuente: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES SEGUN  
RIESGO DE DROGADICCION Y PSICOSIS

PSICOSIS	CON RIESGO	SIN RIESGO	TOTAL
DROGADICCION			
CON RIESGO	269	45	314
SIN RIESGO	84	44	128
TOTAL	353	89	442

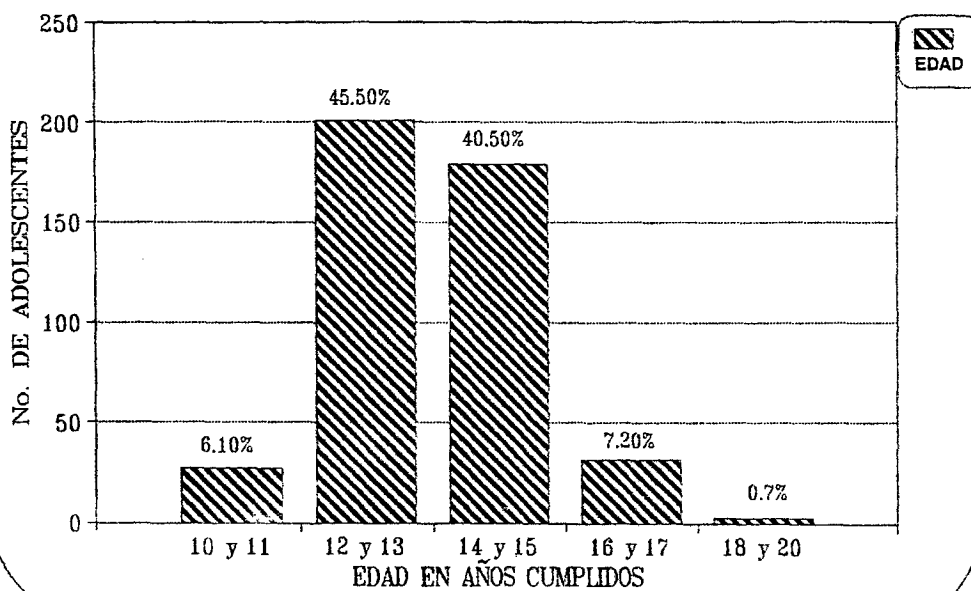
Razón Cruzada (O.R.) = 3.13

Chi cuadrado = 22.72

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.



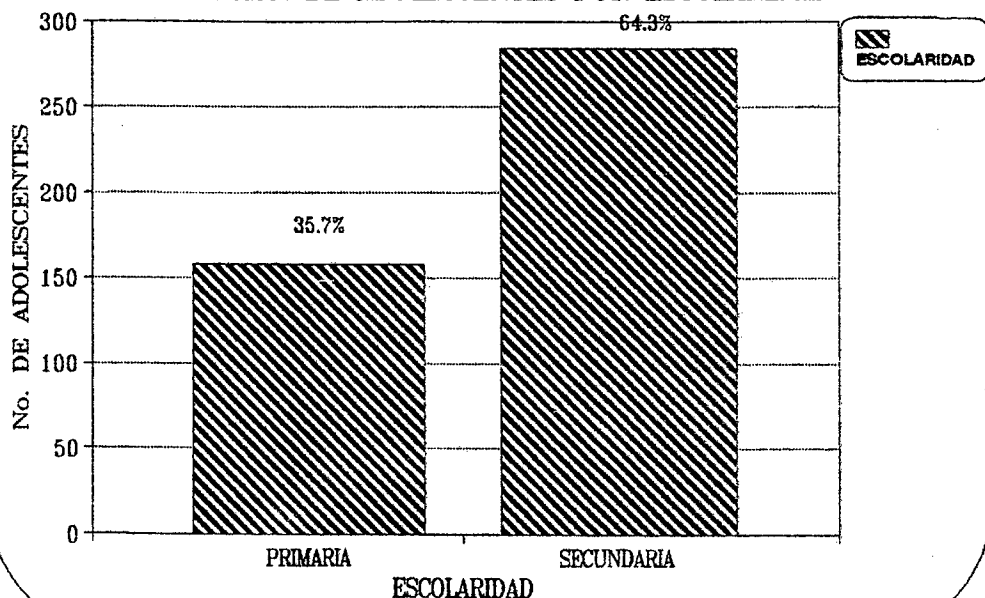
**GRAFICA NUMERO 1**  
**DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES POR EDAD**



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

## GRAFICA NUMERO 2

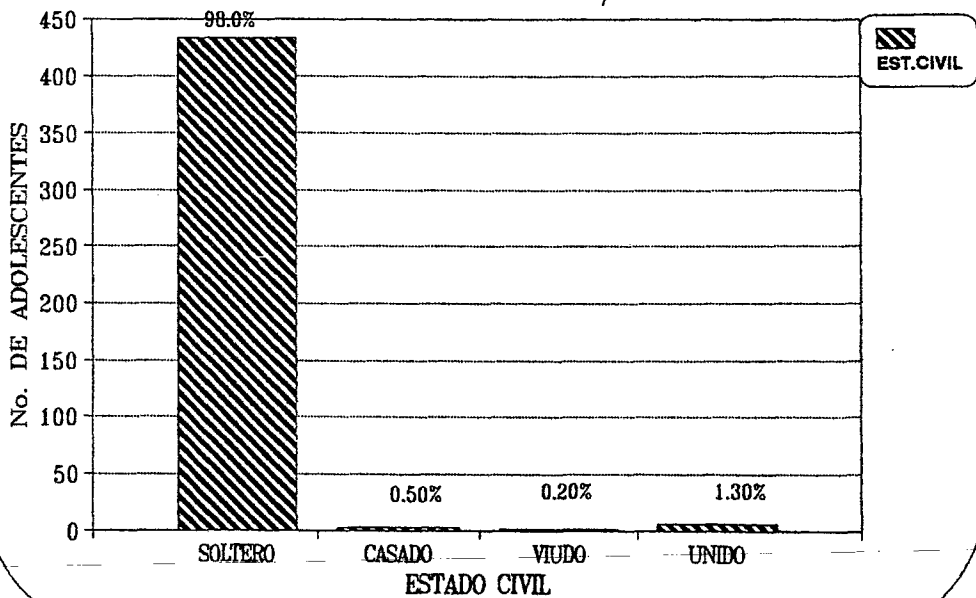
### DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES POR ESCOLARIDAD



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

### GRAFICA NUMERO 3

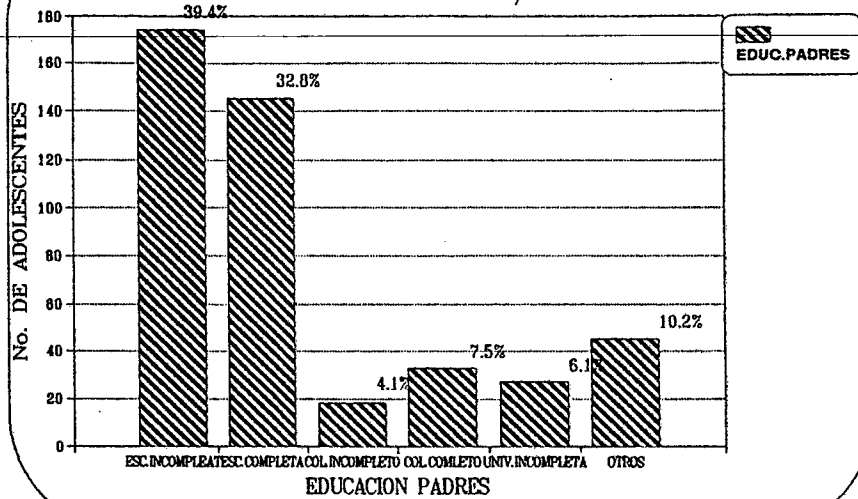
#### DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES/ESTADO CIVIL



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

# GRAFICA NUMERO 4

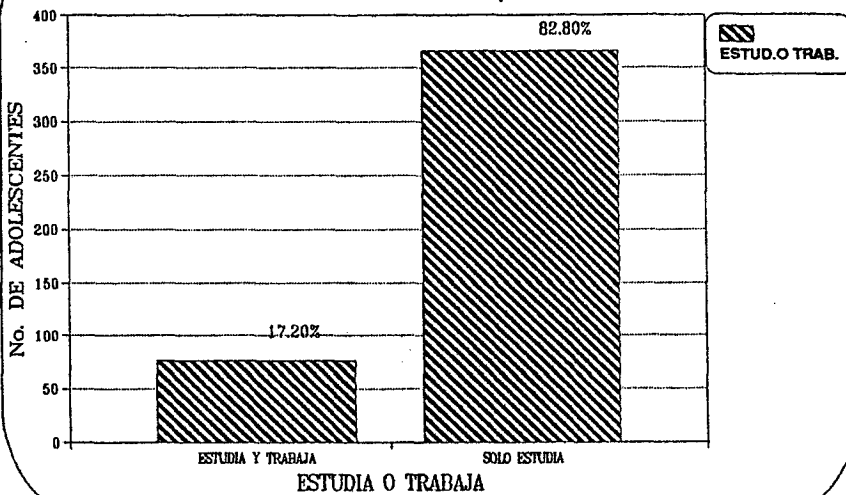
## DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES/EDUCACION PADRES



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

# GRAFICA NUMERO 5

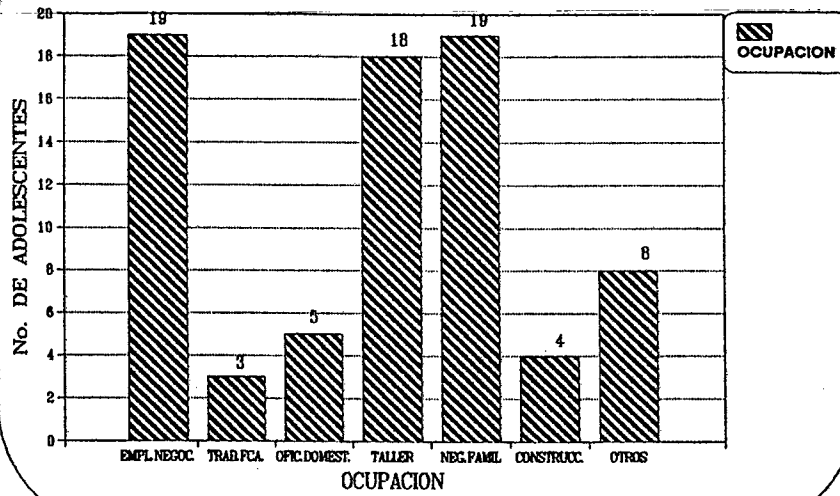
## DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES QUE ESTUDIA Y TRABAJA



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

# GRAFICA NUMERO 6

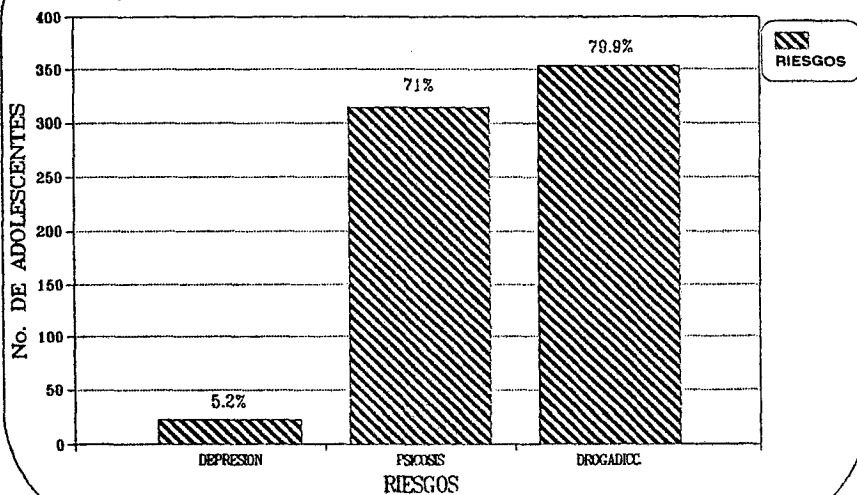
## DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES SEGUN OCUPACION



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

# GRAFICA NUMERO 7

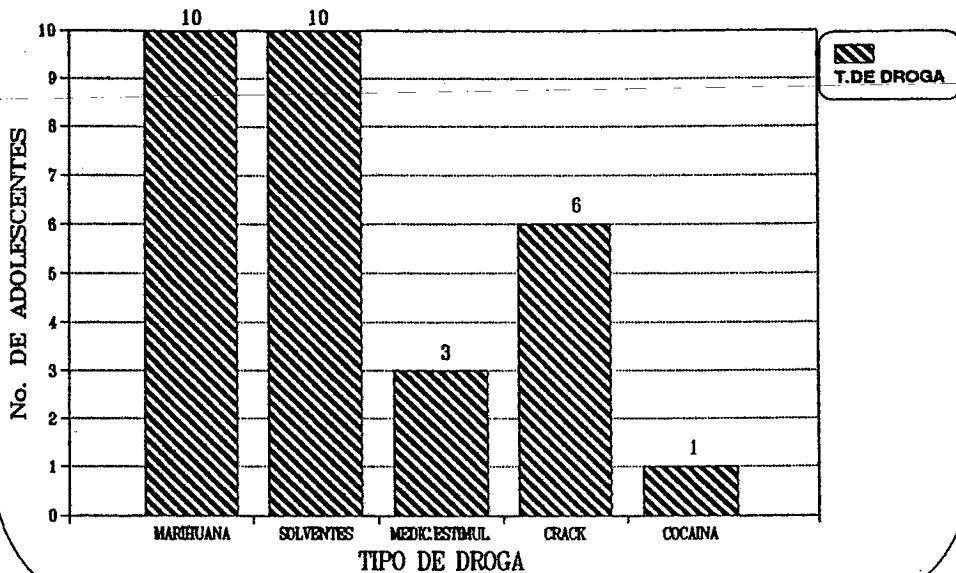
## DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES SEGUN RIESGOS



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

# GRAFICA NUMERO 8

## DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES SEGUN TIPO DE DROGA



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.



## IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El riesgo psicosocial es un atributo frecuentemente mencionado y deseado para la enfocalización de los programas sociales orientados a jóvenes, pero ha sido escasamente definido y operacionalizado. El concepto de riesgo psicosocial alude a la posibilidad de que este proceso de transición entre la niñez y la adultez se vea alterado negativamente por factores psicológicos o sociales. Se está en riesgo no solamente de no poder desplegar el conjunto de potencialidades de desarrollo personal que poseen, si no se está más precisamente, de sufrir daños que deterioren el bienestar -y la salud-, en un sentido amplio, del individuo. Conviene destacar la complejidad del concepto. Por su intermedio se engloban fenómenos que tienen en común la propiedad de dañar psicológicamente al individuo.

En el presente estudio, la baja escolaridad de los padres de los adolescentes (72%) es un factor de riesgo que tiene relación directa con el nivel socioeconómico en el que el adolescente está viviendo. Una baja escolaridad de los padres implica un subempleo, y esto implica más pobreza y esto en general, implica un potencial mayor de exposición a riesgos más graves, así como una menor tenencia de factores protectores para hacerle frente a esta situación. Según estudios (24), se ha determinado con mayor riesgo psicosocial a los adolescentes de un programa de atención, que tenían padres con baja escolaridad, comparado con otro grupo de adolescentes de otro grupo, cuyos padres tenían una mejor escolaridad.

La inserción del adolescente en el mercado laboral es un factor importante que lo coloca en un mayor rango de trastornos psicosociales, lo cual se incrementa si esa inserción es a temprana edad, si es un trabajo de tipo marginal, poco calificado, mal remunerado y con horarios inadecuados.

En el estudio mencionado (24), la inserción del adolescente en el mercado laboral constituye uno de los factores que más inciden en la determinación de riesgo psicosocial. En este estudio, el porcentaje de adolescentes que trabajan es alto; y la mayoría de ellos lo hacen en trabajos de tipo informal, y con riesgo ocupacional (Gráfica 6), los que se caracterizan por ser mal remunerados y con horario inadecuado, tomando en cuenta que el horario de estudio es de 7:30 a 13:30 horas, así vemos que esto viene a repercutir en el bajo rendimiento escolar del adolescente y desajustes que afectan directamente su estado físico y emocional.

El riesgo de depresión encontrado en este grupo es más alto que lo descrito en otras investigaciones (3). Resulta necesario insistir en que la base del desarrollo de la adolescencia reside en un sustrato depresivo que favorece la comprensión de las elaboraciones de duelo o luto, características de la estructura de la personalidad de los adolescentes, los cuales dan lugar a la búsqueda de identidad que, cuando fracasa, puede llevar a la depresión. Esta se puede enmascarar por manifestaciones conductuales como el abuso del alcohol, tabaco o drogas, o por códigos somáticos como la inapetencia y las cefaleas. En este estudio, el 5.2% de los adolescentes están en riesgo de

depresión, aparentemente este porcentaje es bajo, cobrando importancia dada la probabilidad de ser enmascarada por los aspectos conductuales ya mencionados, lo cual hace enfatizar que los adolescentes que están en riesgo de drogadicción pueden estar sufriendo depresión.

La conducta de depresión puede tomar la forma de abuso de alcohol o drogas, escapar de la casa o delincuencia, en estos casos el adolescente niega la depresión. Todas las amenazas o ideas suicidas pasan por un período depresivo previo. Otra expresión de depresión puede ser la psicosis, como una manifestación de depresión grave, manifestándose como un sentido de la realidad deteriorada y alucinaciones.

Los trastornos psicóticos constituyen en sí, una patología de alto riesgo. Si bien son menos frecuentes en su incidencia, resulta imprescindible su identificación y tratamiento precoz. Los episodios psicóticos pueden ser caracterizados por estados depresivos. Las manifestaciones psicóticas aumentan los intentos de suicidios y suicidios consumados.

En un estudio realizado (25) la psicosis fue la décima causa de consulta. En nuestro estudio se determinó que el 71% de los adolescentes presentaron riesgo de psicosis, lo cual es alarmante dadas las condiciones y dimensiones del problema, y lo que este representa en sí, para el desarrollo psicosocial del adolescente.

Tomando en cuenta que para clasificar a un adolescente con riesgo de psicosis bastaba una respuesta positiva a las preguntas destinadas para este fin. (Cuadro No. 3).

El abuso de alcohol se ha incrementado en los últimos años,

por lo que los adolescentes consumen más que en el pasado. Los peligros de su ingesta excesiva ha sido claramente demostrados, y aumentan la probabilidad del uso indebido de otras drogas y accidentes automovilísticos. Los adolescentes que consumen alcohol lo hacen con el fin de disminuir la ansiedad, el temor y otras fuente generadoras de tensión (depresión y psicosis) relacionadas en gran medida, con conflictos familiares no resueltos que favorecen la disfunción psicológica y social. El abuso de alcohol y otras drogas están íntimamente relacionados con formas violentas de comportamiento, tales como: vandalismo, robo, agresión, peleas, violación, incendios provocados, etc. (Delincuencia Juvenil).

El abuso de tabaco y otras drogas no es un fenómeno nuevo, pero ha ido en marcado aumento en los últimos años. Tales abusos aparecen cada vez a edades más tempranas, y por lo tanto, cada vez más adolescentes lo hacen, provocando deterioro físico, psicológico y social, dificultades legales, ausentismo escolar y baja en el rendimiento académico. El adolescente le da a la droga el lugar que desee, por lo tanto su acción no depende solamente de sus características como fármaco, sino de todo lo que de ella se espera y de lo que buscan quienes la consumen. En nuestra investigación se muestra que la trascendencia del problema es alta, ya que el 79.9% fueron adolescentes con riesgo de drogadicción. Asimismo, se demostró estadísticamente que la drogadicción constituye un factor de riesgo para la psicosis. Se encontró un valor de Razón Cruzada (O.R.) de 3.13, lo cual significa que los adolescentes con riesgo de drogadicción tienen

una probabilidad 3 veces mayor de padecer de psicosis que cualquier otro adolescente no expuesto a la drogadicción. La razón cruzada (O.R.) es una aproximación del riesgo relativo en estudios donde no se puede calcular la prevalencia del fenómeno en estudio. (26)

Recapitulando, nos damos cuenta que la depresión, la psicosis y la drogadicción están íntimamente relacionadas y una puede enmascarar o ser manifestación de otra.

## X. CONCLUSIONES

1. Con el instrumento utilizado se pudo determinar que el 80% de la muestra estudiada presentan algún grado de riesgo psicosocial.
2. El riesgo de drogadicción fue la única variable que presentó significancia estadística como factor de riesgo de psicosis.
3. Estadísticamente no se pudo determinar ninguna significancia estadística como factores protectores a las variables estudiadas.
4. El instrumento utilizado para la recolección de los datos tiene variables de confusión que limitan determinar la significancia estadística de las variables estudiadas.

## XI. RECOMENDACIONES

1. Hacer un análisis estadístico que permita identificar los factores de confusión que tiene el instrumento utilizado en la presente investigación.
2. Crear y/o fortalecer programas específicos de atención integral del adolescente, operacionándolos en las áreas de práctica del estudiante de medicina.
3. Facilitar procesos de reflexión crítica en los involucrados para determinar las acciones pertinentes a implementar.
4. Operacionalizar un plan de acción que ayude a resolver la problemática del adolescente.

## XII. BIBLIOGRAFIA

1. Mazariegos García, Síndrome del maltrato infantil y Transgresión Juvenil. Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1987.
2. Mazariegos Rodas, Síndrome de maltrato en adolescentes de Centros de Educación Media de Antigua Guatemala. Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1992.
3. Dr. Morales Bejarano, Lic. Mora Echandi, Dra. Montesinos, Dra. Pérez Ocampo, Instrumentos básicos en la atención de la adolescencia. Cuaderno Técnico 91-01, Representación OPS en Costa Rica, 1991. Págs. 31-41.
4. Rodríguez de León, Clasificación de riesgo familiar. Tesis, USAC, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1991.
5. Enfoque de Riesgo, El enfoque de Riesgo Familiar. Método para mejorar la atención en Salud. Guatemala, 1989.
6. Diane E. Paplia, Sally Wendkos Olds, Psicología del Desarrollo. Quinta Edición, 1991.
8. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; Marco Conceptual, Salud Integral del Adolescente, 1989.
9. Asamblea Mundial de la Salud, Conclusiones y Recomendaciones de las discusiones técnicas sobre la salud de los jóvenes. Mayo de 1989.
10. OPS, Informe de la reunión para definir prioridades en Salud



del Adolescente en los países de la región y estrategias para satisfacerlas.

11. WHO, Documento básico para las discusiones técnicas sobre la salud de los jóvenes. Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, mayo de 1989.
12. Gierard, Gustavo Alfredo, Técnica y Ética del Abordaje de la Sexualidad en la atención Médica del Adolescente. Anales de la Academia de Medicina, Epoca V. Vol. III, No. 1, Febrero de 1990.
13. Dra. Takiubt, Albertina, Dr. Solum Donas, Oliveira Pinto, Darcia Do Carmo De Sant, Proyecto Janela. OPS, OMS, Octubre de 1992.
14. Serin J. Fundamentos de Estadística En la investigación social. 2a. edición, Harla, Harper y Row Latinoamericana. México, 1917. 305 págs.
15. Meneghello. Pediatría. 3ra. edición, Publicaciones Técnicas, 1985.
16. Nelson, WE. Tratado de Pediatría. Edición Salvat mexicana de Ediciones, S.A. de C.V., México, 1980.
17. Mazariegos García, E.A. Síndrome del maltrato infantil y transgresión juvenil. Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1987.
18. Serrano, C.V. Conferencia Introductoria en taller de planeación de un curso sobre salud del adolescente para multiplicadores en docencia y servicio sobre el tema. Sao Paulo, Mayo de 1990.
19. OPS, Lifestyle, Health and Medical Technology. Documento

- preparado con la colaboración de Bibeau, G. Pedersen, D. y Puentes, C. Washington, D.C., 1985.
20. OPS, La situación del Adolescente en América Latina. Documento preparado con la colaboración del Dr. Ramón Florenzano, 1987.
  21. Solum, Donas, Dr. Marco Epidemiológico Conceptual de la salud integral del adolescente. OMS, 1989.
  22. OPS, Las condiciones de Salud en las Américas. 1990, Vol. III, Publicaciones Científica No. 524.
  23. OPS, Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie Paltex para ejecutarse de programas de salud, 1986.
  24. Alberto Merani, Diccionario de Psicología, 1986. Páginas 44, 50 y 136.
  25. Capacitación Juvenil de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. (Documento).
  26. Introducción al análisis estadístico. Francisco Mendizábal Prem (Versión 20-13/3/94), Capítulo 6, Pág. 6.
  27. Motivo de consulta de adolescentes de 11 a 15 años. Servicio de Salud Mental Infantil, Hospital Roberto del Río, 1987-1988. (Documento).

BOLETA DE RIESGO PSICOSOCIAL

A. ASPECTOS GENERALES.

1. SEXO: HOMBRE ( ) MUJER ( )      2. EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS CUMPLIDOS.
3. GRADO DE ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_
4. ESTADO CIVIL:  
SOLTERO/A ( ) CASADO ( ) VIUDO/A ( ) UNION LIBRE ( )  
SEPARADO O DIVORCIADO ( )
5. DE DONDE VIENE (donde nació): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. DONDE VIVE: \_\_\_\_\_
7. CON QUIEN VIVE:  
FAMILIA (padres o hermanos): ( ) FAMILIA PROPIA (esposo/a): ( )  
SOLA/O ( ) OTROS PARIENTES ( ) OTRA SITUACION ( )
8. QUE NIVEL DE EDUCACION TIENEN SUS PADRES:  
ESUELA INCOMPLETA ( ) ESCUELA COMPLETA ( ) COLEGIO INCOMPLETO ( )  
COLEGIO COMPLETO ( ) UNIVERSIDAD INCOMPLETA ( ) OTROS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. OCUPACION ACTUAL:  
ESTUDIANTE ( ) TRABAJADOR ( ) DESOCUPADO ( ) ESTUDIANTE/TRABAJADOR ( )
10. TIPO DE TRABAJO:  
EMPLEADO DE NEGOCIO ( ) FINCA ( ) OFICIOS DOMESTICOS ( ) TALLER ( )  
NO TRABAJA ( ) NEGOCIO FAMILIAR ( ) EN CONSTRUCCION ( )  
OTROS, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_
11. A QUE EDAD EMPEZO A TRABAJAR: \_\_\_\_\_ EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS. NO TRABAJA ( )
12. CUAL FUE LA RAZON POR LA QUE EMPEZO A TRABAJAR:  
AYUDAR A LA FAMILIA ( ) NO QUERIA ESTUDIAR ( ) LE GUSTA TRABAJAR ( )  
NO TENIA DINERO ( ) LE COSTABA ESTUDIAR ( ) NO TRABAJA ( )

OTRA RAZON, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

13. HA FUMADO CIGARRILLOS DE TABACO ALGUNA VEZ? SI ( ) NO ( )

14. A QUE EDAD EMPEZO A FUMAR? \_\_\_\_\_ EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS

15. CUANTOS CIGARRILLOS FUMA EN CADA OCASION (aproximadamente)

1 - 4 ( ) 5 - 10 ( ) 20 ( ) 40 ( ) más de 40 ( ) NO FUMA ( )

16. CUAL ES LA RAZON PRINCIPAL POR LA QUE FUMA CIGARRILLOS:

PORQUE LE GUSTA ( ) NERVIOS ( ) ALERGIA ( ) OLVIDAR PROBLEMAS ( )

POR AMISTAD ( ) OTRA RAZON, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

17. HA TOMADO CERVEZA O LICOR ALGUNA VEZ: SI ( ) NO ( )

18. A QUE EDAD EMPEZO A TOMAR LICOR? \_\_\_\_\_ EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS

19. CUANDO TOMA CERVEZA O LICOR?

TODOS LOS DIAS ( ) ALGUNOS DIAS POR SEMANA ( )

DIAS FESTIVOS O CELEBRACIONES ( ) NO TOMA ( )

20. CUANTAS CERVEZAS O TRAGOS TOMA EN CADA OCASION (aproximadamente)

MENOS DE 3 CERVEZAS/TRAGOS ( ) 4 - 6 CERVEZAS/TRAGOS ( )

7 - 9 CERVEZAS/TRAGOS ( )

21. CUAL ES LA RAZON POR LA QUE TOMA LICOR? \_\_\_\_\_

22. HA CONSUMIDO ALGUN TIPO DE DROGA ALGUNA VEZ? SI ( ) NO ( )

23. QUE TIPO DE DROGA CONSUME?

MARIJUANA ( ) CRACK ( ) SOLVENTES (cemento, thinner, etc.): ( )

MEDICAMENTOS (estimulantes o tranquilizantes): ( ) NO CONSUME ( )

OTROS (especifique) \_\_\_\_\_

24. A QUE EDAD EMPEZO A CONSUMIR DROGAS? \_\_\_\_\_ EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.

25. CUANDO CONSUME DROGAS? \_\_\_\_\_

26. QUE TIPOS DE MEDICAMENTOS USA SIN INDICACION MEDICA?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. CUAL ES LA RAZON POR LA QUE CONSUME CUALQUIER TIPO DE DROGA? \_\_\_\_\_

28. HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ALGUNA VEZ: SI ( ) NO ( )

29. A QUE EDAD EMPEZO A TENER RELACIONES SEXUALES? \_\_\_\_\_ EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.

30. ¿QUE CLASE DE RELACIONES SEXUALES HA TENIDO? PUEDE ESCOGER VARIAS OPCIONES.  
CON UNA PERSONA DEL SEXO OPUESTO ( ) CON PERSONAS DEL MISMO SEXO ( )  
CON VARIAS PERSONAS A LA VEZ ( ) OTRAS (especifique) \_\_\_\_\_

31. CON QUIEN HA TENIDO RELACIONES SEXUALES? PUEDE ESCOGER VARIAS RESPUESTAS.  
NOVIO/A ( ) ESPOSO/A ( ) AMIGOS ( ) DESCONCIDOS ( ) PROSTITUTAS ( )  
PARIENTES ( ) NO HA TENIDO ( ) OTROS (especifique) \_\_\_\_\_

32. CON QUE FRECUENCIA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES?  
UNA O VARIAS VECES POR SEMANA ( ) UNA O VARIAS VECES POR MES ( )  
OCASIONALMENTE ( ) NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ( )

33. QUE METODO EMPLEA PARA EVITAR LOS HIJOS? PUEDE ESCOGER VARIAS RESPUESTAS.  
PRESERVATIVO ( ) PASTILLAS ( ) DIU (CON LA T): ( )  
COITO INTERRUPTO ( ) RITMO ( ) NO EMPLEA METODOS ( )  
OTROS (especifique) \_\_\_\_\_

34. ALGUIEN LE HA FORZADO PARA REALIZAR PRACTICAS SEXUALES QUE USTED NO QUERIA EN ESE MOMENTO?

SI ( ) NO ( )

35. A QUE EDAD LE OBLIGARON A REALIZAR ESAS PRACTICAS SEXUALES QUE USTED NO QUERIA?

\_\_\_\_\_ EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.

36. QUIEN ES LA PERSONA QUE LE OBLIGO A REALIZAR ESAS PRACTICAS SEXUALES?  
PADRE ( ) MADRE ( ) MADRASTRA ( ) PADRASTRO ( ) HERMANO/A ( )  
NOVIO/A ( ) OTROS PARIENTES ( ) ESPOSO/A ( ) AMIGO/A ( )

DESCONOCIDO/A ( ) OTROS \_\_\_\_\_ NADIE ( )

SOLAMENTE PARA MUJERES

37. HA TENIDO ALGUN ABORTO? SI ( ) NO ( )

38. POR QUE RAZON ABORTO?

PROBLEMAS DE SALUD ( ) PROBLEMAS CON SU PAREJA ( ) PROBLEMAS FAMILIARES ( )

NO QUERIA TENER AL NIÑO ( ) OTROS \_\_\_\_\_

NO HA TENIDO NINGUN ABORTO ( )

39. QUIEN ATENDIO EL ABORTO?

MEDICO ( ) SOLA ( ) PERSONA NO AUTORIZADA ( ) OTROS \_\_\_\_\_

MUJERES Y HOMBRES

40. EN CUANTO A SUS SUEÑOS? PUEDE ESCOGER VARIAS RESPUESTAS.

SU SUEÑO SE VE INTERRUMPIDO POR SOBRESALTOS FRECUENTEMENTE POR LAS NOCHES? ( )

SE DESPIERTA DOS O MAS HORAS ANTES DE LO ACOSTUMBRADO? ( )

DUERME TRANQUILO? ( )

41. SE SIENTE CONTENTO EN SU ASPECTO FISICO GENERAL? SI ( ) NO ( )

42. TIENE FUERTES DOLORES DE CABEZA? SI ( ) NO ( )

43. TIENE POCO APETITO? SI ( ) NO ( )

44. DUERME MAL? SI ( ) NO ( )

45. SE ASUSTA CON FACILIDAD? SI ( ) NO ( )

46. SUFRE DE TEMBLOR DE MANOS? SI ( ) NO ( )

47. SE SIENTE NERVIOSO/A, TENSO/A, ABURRIDO/A? SI ( ) NO ( )

48. SUFRE DE MALA DIGESTION? SI ( ) NO ( )

49. NO PUEDE PENSAR CON CLARIDAD? SI ( ) NO ( )

50. SE SIENTE TRISTE O MELANCOLICO? SI ( ) NO ( )

51. LLORA CON MUCHA FRECUENCIA? SI ( ) NO ( )

52. TIENE DIFICULTAD DE DISFRUTAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS? SI ( ) NO ( )
53. TIENE DIFICULTAD PARA TOMAR DECISIONES? SI ( ) NO ( )
54. TIENE DIFICULTAD EN HACER SU TRABAJO, SUFRE CON SU TRABAJO, ENCUENTRA QUE  
NO LE GUTA NADA DE LO QUE HACE O QUE SE LE OLVIDAN LAS COSAS CON  
FRECUENCIA? SI ( ) NO ( )
55. CONSIDERA QUE ES INCAPAZ DE DESEMPEÑAR UN PAPEL UTIL EN SU VIDA?  
SI ( ) NO ( )
56. HA PERDIDO EL INTERES EN LAS COSAS? SI ( ) NO ( )
57. SE SIENTE QUE ES UNA PERSONA INUTIL? SI ( ) NO ( )
58. HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA? SI ( ) NO ( )
59. SE SIENTE CANSADO TODO EL TIEMPO SIN QUE HAYA CAUSA PARA ELLO?  
SI ( ) NO ( )
60. TIENE SENSACIONES DESAGRADABLES EN SU ESTOMAGO? SI ( ) NO ( )
61. SE CANSA CON FACILIDAD? SI ( ) NO ( )
62. SIENTE QUE ALGUIEN HA TRATADO DE HERIRLE DE ALGUNA FORMA, O QUE LE PERSIGUE  
PARA HACERLE DANO O CAUSARLE ALGUN PERJUICIO Y ESTO LE MANTIENE PREOCCUPADO?  
SI ( ) NO ( )
63. ES USTED MUCHO MAS IMPORTANTE QUE LO QUE PIENSAN LOS DEMAS?  
SI ( ) NO ( )
64. HA NOTADO INTERFERENCIAS O ALGO RARO EN SUS PENSAMIENTOS?  
SI ( ) NO ( )
65. OYE VOCES SIN SABER DE DONDE VIENEN Y QUE OTRAS PERSONAS NO PUEDEN OIR?  
SI ( ) NO ( )
66. HA TENIDO CONVULSIONES, ATAQUES O CAIDAS AL SUELO, CON MOVIMIENTOS DE  
BRAZOS Y PIERNAS CON MORDEDURA DE LENGUA Y PERDIDA DEL CONOCIMIENTO?  
SI ( ) NO ( )
67. ALGUNA VEZ LE HA PARECIDO A SU FAMILIA, SUS PROFESORES, AMIGOS O SU MEDICO