

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

RIESGO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE

Estudio descriptivo realizado en adolescentes entre 10 y 19 años, inscritos en las escuelas Jacobo de Villaurrutia, Raymond Rignall y Escuela de Aplicación del INCA, de la Ciudad de Guatemala, 1995.

TESIS

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

POR

DIANA IVETHE MASAYA VELASQUEZ

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, junio de 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



R
05
T (7752)
C. 2

FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 6 de junio de 1991
DIF-092-95

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

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS DIANA IVETHE
Título o diploma de diversificado, Nombres y ape-

MASAYA VELASQUEZ Carnet No. 89-12912
lidos 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:

Diana Masaya Velasquez
Firma del estudiante

[Signature]
Asesor
Firma y sello personal

DR. SALVADOR GRANADOS BANGARA
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 3107

[Signature]
Revisor
Firma y sello

Dr. Eduardo Dardón
PEDIATRA
Col. 7743

Registro Personal _____

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

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El (La) Bachiller: DIANA IVETTE MASAYA VELASQUEZ

Carnet Universitario No. 89-12912

Ha presentado para su Examen General Publico, previo a optar al
Titulo de Medico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

RIESGO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE

Trabajo asesorado por: DR. SALVADOR GRANADOS GANDARA

y revisado por: DR. EDUARDO ANTONIO DARDON RODRIGUEZ

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION :

Guatemala, 6 de junio de 1995

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRESA :

Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
DECANO

Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
DECANO
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, C. A.

INDICE

Contenido	Página
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	5
A. SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	5
B. ADOLESCENCIA	5
C. CAMBIOS FISICOS Y MORFOLOGICOS DURANTE LA ADOLESCENCIA	6
D. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE	6
E. RIESGO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE	8
F. CONDUCTAS DE ALTO RIESGO	9
G. PREVENCION DE LAS CONDUCTAS DE ALTO RIESGO	12
VI. METODOLOGIA	13
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	19
VIII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	25
IX. CONCLUSIONES	26
X. RECOMENDACIONES	27
XI. RESUMEN	28
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29
XIII. ANEXOS	31

INTRODUCCION

El riesgo psicosocial es la probabilidad de que el adolescente padezca determinadas lógicas orgánicas de base psicológica o como producto del ambiente adverso en el que se vive (depresión, psicosis, alcoholismo y farmacodependencia); y por consecuencia el proceso de maduración acerca de él mismo en relación con los compañeros quede limitado o mal desarrollado dando lugar a un desarrollo integral insatisfactorio. (18)

Se decidió realizar el siguiente estudio, ya que al tener datos fidedignos sobre la prevalencia del riesgo psicosocial, esto permitirá ejecutar acciones que tiendan a disminuir el riesgo al que está expuesto el adolescente.

El estudio se realizó en tres escuelas de la ciudad capital, tomando como población la totalidad de adolescentes inmatriculados; los cuales respondieron una encuesta de Discriminación de Riesgo psicosocial, adoptando las indicaciones que se les dió previo a esta actividad.

El presente estudio revela la frecuencia de riesgo psicosocial en los adolescentes, así entre los resultados se concluyó que el 82.7% de todos los adolescentes estudiados se encontraron en riesgo psicosocial.

FINICION DEL PROBLEMA

El desarrollo actual del concepto de salud integral, y de atención integral en la medicina, ha dado origen a la necesidad de ampliar lo estrictamente relacionado con la enfermedad, a una dimensión que considera aspectos psicosociales. Esta evolución ha hecho más compleja la visión del individuo, indudablemente más efectiva, pues permite una comprensión mejor de los problemas de salud.

El desarrollo psicosocial es el proceso de aprendizaje acerca de sí mismo en relación con los padres y los adultos, desarrollando: la identidad, la intimidad, la integridad, la independencia psicológica y la independencia física. (18)

Lo anterior es válido para todos los grupos de edad, pero para la adolescencia en particular, por cambios ambientales, no sólo biofisiológicos, sino esencialmente de comportamiento y de actitud, que influyen en su integración psicosocial, su salud presente y futura, y su capacidad de producción en el futuro.

Al mismo tiempo, el comportamiento psicosocial de la adolescencia se encuentra estrechamente relacionado a la familia, la escuela y la sociedad, instituciones interrelacionadas que tienen una enorme influencia en el desarrollo psicosocial de todo ser humano y que condicionan en gran parte su capacidad para actuar como individuo y como parte integrante de su comunidad. (14,18).

El adolescente, cuya vida se desenvuelve en medio de estos profundos cambios psicosociales, tiende a explorar y experimentar, y por ende a veces se ve envuelto en conductas de alto riesgo. Debido a su juventud a menudo tendrá una experiencia limitada o nula respecto a las conductas socialmente destructoras y no comprenderá las consecuencias inmediatas, o a largo plazo, de sus acciones.

En Estados Unidos de América, los adolescentes representan el único grupo de edad en el que ha habido un aumento en la mortalidad y el 75% de estas muertes se debieron a que los adolescentes se involucran en conductas de alto riesgo como: uso de drogas, abuso de alcohol y del tabaco, accidentes automovilísticos y otros. (18)

En Guatemala no se ha realizado ningún estudio del riesgo psicosocial del adolescente y si éste se encuentra dentro de conductas de alto riesgo; únicamente se ha encontrado que 1 de cada 10 adolescentes utiliza drogas. Al mismo tiempo se sabe que 3 de cada 10 adolescentes ingieren alcohol, aún se desconoce qué porcentaje de adolescentes sufren de alcoholismo. (1)

También se ha observado que la desintegración familiar influye directamente en el desarrollo psicosocial del adolescente, ya que al no encontrar el apoyo familiar necesario, tiende a adquirir hábitos que le impiden desarrollarse plenamente, como el abuso del alcohol, del tabaco y el uso de drogas. La desintegración familiar unida a éstos hábitos negativos llevan al adolescente a desarrollar conductas autodestructivas como depresión, angustia y ansiedad. (1)

Debido a que en Guatemala se desconoce la situación actual del adolescente que se encuentra en riesgo o no de adquirir conductas destructoras que impidan un desarrollo completo, el propósito de la presente investigación es determinar el riesgo psicosocial al que están expuestos los adolescentes.

JUSTIFICACION

El abuso del alcohol, el uso de drogas, la depresión, así como los accidentes juveniles responden, muchas ocasiones a elementos de autoagresión, producto de una compleja constelación de factores alíneos, psicológicos y sociales que, unidos a otras conductas disfuncionales, se engloban en la categoría de "comportamiento generadores de riesgo".

El riesgo psicosocial es la probabilidad de que el adolescente padezca determinadas patologías crónicas de base psicológica o como producto del ambiente adverso en el que se desenvuelve (presión, angustia, ansiedad, alcoholismo, farmacodependencia); y por consecuencia el proceso de maduración acerca de el mismo en relación con los compañeros queda limitado o mal desarrollado, impidiendo un desarrollo integral satisfactorio. (18)

En Guatemala, el concepto de riesgo psicosocial propiamente dicho no se maneja. De esta cuenta existen estadísticas parciales sobre drogadicción, abuso de alcohol, tabaco y otros, pero todos estos datos cuando se encuentran, se hallan dispersos, desordenados y carentes de sentido. Es necesario ordenarlos e integrarlos dentro del concepto de riesgo psicosocial y así poder manejarlo como un todo, para definir cuales serán las expectativas de la juventud.

Conocer estas conductas futuras esperadas servirá para ejercitar acciones que tiendan a disminuir el riesgo al que está expuesto el adolescente.

IV. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el riesgo psicosocial al que están expuestos los adolescentes que asisten a las escuelas Jacobo de Villaurrutia, Raymond Rignall y escuela de aplicación del INCA.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a. Determinar la frecuencia de riesgo de depresión en el adolescente.
- b. Determinar la frecuencia de riesgo psicótico en el adolescente.
- c. Determinar la frecuencia de riesgo de alcoholismo en el adolescente.
- d. Determinar la frecuencia de riesgo de farmacodependencia en el adolescente.

REVISION BIBLIOGRAFICA

1. LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

La problemática de la salud del adolescente es muy compleja entre otras razones, porque existe, a este grupo etareo, un conjunto de preocupaciones relativas a su salud que tradicionalmente no constituyen causa de consulta médica; entre ellas podemos señalar:

Las características y el aspecto física y mental en evolución y el proceso de identidad y socialización.

La relación y comunicación en su ámbito familiar y con su grupo generacional.

La incorporación de una nueva actividad interpersonal: la sexual.

La falta de acceso, por carencia de programas específicos, a los servicios de salud y/o por bloques eídos a: inseguridad, desconocimiento de la importancia de sus problemas y a la carencia o limitada confidencialidad.

La distancia de comunicación, casi exclusiva, con su grupo generacional y la actitud de recurrir a los padres y/o servicios de salud en situaciones límite.

La distancia de comunicación con los adultos, incluido el personal de salud, los que generalmente, suman una posición muy crítica con los jóvenes. (11,16)

2. ADOLESCENCIA

El periodo de la vida en el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual, o sea es la plenitud del desarrollo sexual lo que define el término de este periodo.

Cronológicamente las edades de inicio se fijan entre los 10 y 12 años y la culminación de este crecimiento se da cerca de los 19 años. (16)

En esta etapa de la vida se produce una serie de transformaciones amplias, rápidas y variadas que van más allá del aspecto físico o corporal y que afectan las características psicológicas y el comportamiento social del individuo en su medio.(11,12,13,14,15)

3. CAMBIOS FISICOS Y MORFOLOGICOS DURANTE LA ADOLESCENCIA

En el hombre:

acelera el crecimiento, aumenta la talla y el peso, crecen los órganos genitales externos.
ensanchan los hombros, se abultan el tórax, se da el desarrollo muscular del cuerpo en general.
aparece la barba y el bigote, crece el vello axilar, en el tórax y alrededor de los órganos genitales,
aumenta la sudoración, el olor corporal y se hace más fuerte.
cambia el rostro, la voz se vuelve grave y aparecen espinillas o acné.
aparecen las eyaculaciones.

En la mujer:

acelera el crecimiento: aumentandola talla y el peso, crecen los órganos genitales externos.
desarrolla el busto, se ensancha la pelvis, se redondean las caderas, hay una mayor acumulación
de grasa subcutánea.
aparecen el vello axilar y el pubico.
aumenta la sudoración, el olor corporal se hace más fuerte.
presentan las secreciones vaginales y la menstruación.

4. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE

La adolescencia es un periodo de cambios rápidos y notables entre los que figuran los siguientes:

- maduración física: el crecimiento corporal general que incluye la capacidad de reproducción.
- maduración cognoscitiva: una nueva capacidad para pensar de manera lógica, conceptual y abstracta.
- desarrollo psicosocial: una comprensión mejor de uno mismo en relación a otros.

da área del cambio es independiente de las otras, no obstante todas están estrechamente relacionadas. El desarrollo físico y cognoscitivo ocurren ya sea que el adolescente lo desee o no. El desarrollo psicosocial, por otro lado, debe tener lugar dentro de un contexto social.

El desarrollo psicosocial es el proceso de aprendizaje acerca de sí mismo en relación con los pares y los adultos y de desarrollar:

- a. **La identidad:** un sentido coherente de "quien soy", que no cambia en forma significativa de un contexto a otro.
- b. **La intimidad:** una capacidad para las relaciones maduras tanto sexuales como emocionales.
- c. **La integridad:** un sentido claro de lo que se está bien y lo que está mal. Incluyendo actitudes y comportamientos socialmente responsables.
- d. **La independencia psicológica:** un sentido suficientemente fuerte de sí mismo que le permite a uno tomar decisiones, andar por el mundo sin depender excesivamente de otros y asumir las funciones, las prerrogativas y las responsabilidades del adulto.
- e. **La independencia física:** una capacidad de dejar a la familia y ganarse el propio sustento. (2,7,11,14,18)

Las diferentes tareas son enfrentadas paulatinamente a lo largo de la transición adolescente. Ellas se agrupan en 3 fases o sub-etapas: Adolescencia temprana, Adolescencia media y Adolescencia tardía. La duración de cada una de las tres etapas van a depender tanto individualmente, como en general se puede afirmar que cada una dura en promedio 3 años.

En la primera etapa los cambios fisiológicos propios de la pubertad son muy evidentes y centrales para el adolescente como para quienes lo rodean. El pensamiento suele ser aún muy concreto, las relaciones son muy inmediatas, y la separación de los padres comienza con una actitud rebelde pero sin un distanciamiento interno. Las amistades son fundamentalmente del mismo sexo, grupales, con un fuerte apego hacia el sexo opuesto, la religiosidad a veces se exagera, otras se apaga, pero siempre está ligada a los puntos de vista familiares. (9,16,17,18)

Durante la adolescencia media, la separación de la familia comienza a hacerse más real. La elección de los amigos es más selectiva y pasa de las actividades grupales a otras en parejas. Tanto el plano como en el de intereses y valores, la conducta predominante es exploratoria, buscando nuevas alternativas en cuanto a parejas, actividades y puntos de vista. El adolescente piensa en términos abstractos y juega con ideas y sistemas filosóficos. La preocupación obsesiva de la primera etapa por las transformaciones corporales se reemplaza por un foco en relación interpersonal con las ideas propias y de los demás. (1,3,14,15,18)

En la adolescencia tardía la tendencia al cambio y a la experimentación comienza a disminuir, en su lugar surgen relaciones interpersonales estables. La cercanía mutua lleva muchas veces a relaciones físicas y a veces al contacto sexual. Existe una mayor capacidad de compromiso,

tanto en el plano psicológico como biológico. Erickson ha hablado del logro de la capacidad de intimidad como propio de esta etapa. En el plano de la visión de sí mismo el logro paralelo es el de la identidad, que implica una autoimagen estable a lo largo del tiempo. Aquí su capacidad de abstraer se modifica hacia la de planificar el futuro, y se preocupa por los planes concretos de estudio, trabajo, vida en común de pareja, etc.. La relación con la familia a veces vuelve a ser importante, pero con una visión menos crítica y una actitud menos beligerante hacia los padres que aquella propia de etapas anteriores.

En general, el adolescente una vez que pasa por los cambios fisiológicos característicos de la pubertad, inicia toda una preparación para entrar a asumir el rol de adulto. En esta etapa o condición denominada por Erickson "La moratoria psicosocial", el individuo experimenta una serie de roles con el objeto de llegar a definir cual será su propio rol, comienza a probar que tipo de relaciones sociales desea tener, que tipo de actividad finalmente quiere desarrollar como adulto.(20)

5. RIESGO PSICOSOCIAL EN EL ADOLESCENTE

El riesgo psicosocial es la posibilidad de que el adolescente padezca determinadas patologías orgánicas de base psicológica o como producto del ambiente adverso en el que se desenvuelve (depresión, angustia, ansiedad, alcoholismo, farmacodependencia), y por consecuencia el proceso de aprendizaje acerca de sí mismo en relación con los compañeros quede limitada y mal desarrollada.(14,18,20)

El desarrollo psicosocial esta enmarcado en conductas de alto riesgo. Es por eso que la mayor contribución a la mortalidad y morbilidad de los adolescentes esta dada por las conductas de alto riesgo.

El adolescente se desenvuelve en medio de cambios psicosociales, suele experimentar y explorar el medio donde se desarrolla y se verá envuelto en conductas de alto riesgo. Debido a que se encuentra en una etapa de desarrollo no mediará las consecuencias a que lo llevará, si sigue en medio de estas conductas, ya que ni se dará cuenta a las consecuencias que puede llegar.(12,14,16,20)

La interrelación entre las conductas de alto riesgo es dramática; por ejemplo ha sido bien establecido que hay una relación entre los accidentes de tránsito y el uso de alcohol. Por otra parte, hay una clara correlación entre el fumar, el uso de alcohol y marihuana, y la iniciación precoz de relaciones sexuales. Del mismo modo el uso de tabaco suele preceder el uso de la marihuana en la niña, mientras el uso de alcohol suele precederlo en el varón. En ambos casos el uso de marihuana frecuentemente se asocia al uso de otras drogas.

También la depresión juega muy importante papel, ya que se ha encontrado que la conducta suicida, esta íntimamente ligada con estados de depresión. Los brotes psicóticos pueden ser secundarias al uso de drogas.(14,18,20,21)

6. CONDUCTAS DE ALTO RIESGO

DEPRESION

La depresión en los adolescentes ha sido un tema relativamente descuidado. por un periodo muy go se puso en tela de juicio la existencia de cuadros afectivos mayores en los jóvenes. Los estudios idemiológicos clinicos más recientes han demostrado por el contrario que este es uno de los ignósticos más frecuentes entre los jóvenes. En muchas oportunidades los sintomas drepresivos a reactivos a situaciones vitales o crisis familiares. Sin embargo, los desordenes bipolares o las presiones mayores recurrentes comienzan también a aparecer en esta edad con formas de esentación diferentes a las del adulto. Se ve con frecuencia al jóven aburrido incapaz de acentrarse, que se retrae progresivamente de sus amistades y estudios; o bien la depresión aparece mo una incapacidad de tolera la soledad, sumergiéndose el jóven en un accionar incesante, con nducta sexual a veces promiscua, o con consumo exagerado de alcohol o substancias quimicas. En i investigaciones de Nicholi en la universidad de Harvard, encontró que la causa mas frecuentes abandonos de estudios universitarios eran cuadros depresivos que muchas veces no fueron nocidos como tales. (18.20, 21)

ANSIEDAD Y ANGUSTIA

Los cuadros ansiosos aparecen a veces en forma temprana en la vida , interfiriendo frecuentemente forma clara en el rendimiento o asistencia escolar del niño o en su capacidad de relacionarse con demás. Las tres formas clinicas más típicas de los desordenes ansiosos son: El desorden ansioso separación(el cual la angustia surge al alejarse los padres u otra figura importante), El desorden sioso de evitación (en el cual se elude el contacto con extraños o se evita el alejarse del hogar o los ambientes conocidos o cercanos), y el desorden sobre ansioso (en el cual la angustia es astante y no se liga a situaciones ni a personas determinadas). (18.20)

PSICOSIS

La psicosis funcional más importante, la Esquizofrenia, comienza frecuentemente, en la edad venil. Una de las cuatro características clásicas del desorden, la Hobefrenia, significa mologicamente "locura de los jóvenes".

Hay formas de comienzo súbito y florido, en las cuales un joven que hasta el día anterior arentaba absoluta normalidad, amanece con alucinaciones y un delirio florido. Paradojicamente as formas de comienzo súbito son las de mejor pronóstico, presentándose en muchas oportunidades lo una vez en la vida. Cuando más temprano el comienzo mayor es la vulnerabilidad netica/constitucional a la enfermedad. menor es el grado de desarrollo y la capacidad de enfrentar i tareas psicologicas de esta etapa de la vida , y por lo tanto, peor el pronóstico. Las formas de mienzo paulatino y arrastrado, que datan desde la preadolescencia, son las que tienden a evolucionar forma prolongada. Estos cuadros psicóticos se caracterizan por un debilitamiento del contacto con

realidad con el consiguiente trastorno del juicio. En la adolescencia podemos encontrar brotes psicóticos secundarios al uso de drogas. (3,9,10,18).

ALCOHOLISMO, TABACO, Y FARMACODEPENDENCIA

Este tema constituye un área cada vez más importante entre los problemas de salud mental del adolescente, dada la forma epidémica en que se está utilizando en todo el continente, y también las consecuencias nocivas para la salud tanto en el corto como en el largo plazo. Se ha calculado que alrededor del 30 % de la mortalidad adulta prematura se debe al efecto de solo dos sustancias tóxicas: el alcohol y el tabaco. El uso de estos tóxicos legales se aprende en la adolescencia, en parte en el que también se experimenta con el uso de narcóticos y otras sustancias ilegales, como la cocaína y la marihuana. (18)

Alcohol. Las bebidas alcohólicas, son las sustancias que los adolescentes abusan con mayor frecuencia en Latinoamérica. Una serie de estudios de prevalencia son consistentes en que un 60-80 % de la población adulta consume alguna cantidad de alcohol. El inicio del hábito se inicia en la niñez y en la adolescencia. La población adolescente, probablemente tenga un 10 % de consumo anormal.

Otros datos: El consumo de bebidas alcohólicas entre los adolescentes ha aumentado y las tasas de mortalidad asociadas a esto también.

Los problemas de salud asociados al consumo de alcohol son severos: el 69 % de los suicidios en adolescentes chilenos tenían una alcoholemia mayor de 100 mg% y el 71 % de todas las defunciones por accidente de tránsito.

Los patrones patológicos de consumo de alcohol tienen sus orígenes en la adolescencia. Los adolescentes son consumidores de alcohol esporádicos e intensivos, en compañía de sus padres y fuera del hogar.

También existe una relación estrecha entre el consumo del alcohol y el uso de drogas ilícitas. El consumo de alcohol es más frecuente en los varones que en las mujeres. (6,10, 11, 18)

Tabaco. El uso de tabaco ocurre también a edades cada vez más jóvenes en el componente activo, la nicotina, es altamente adicta. La nicotina libera opiáceos endógenos, hormona del crecimiento, vasopresina y cortisol.

El tabaquismo es la mayor causa de muerte prevenible en el adulto. Se ha calculado que cada cigarrillo que se consume disminuye la vida por cinco minutos y por ende el fumador de un paquete diario durante 25 años tiene una pérdida potencial de 4 años y medio de vida.

En los adolescentes que usan marihuana y otras drogas a menudo el primer paso hacia la experimentación fue dado por el hábito de fumar. (El uso de drogas es más bajo entre los adolescentes que no fuman). (11,18)

Por otra parte el hábito de fumar está asociado con el cáncer del pulmón, enfisema y enfermedades cardiovasculares y es la causa de muerte más importante en los países en desarrollo. Así mismo algunas investigaciones evidencian que el consumo de cigarrillos a edades más precoces está asociado con el consumo de otras drogas. El hábito de fumar durante la adolescencia es más frecuente en los hombres que entre las mujeres. (18)

farmaco-dependencia: Es un estado psicológico y algunas veces físico, causado por la acción del fármaco o droga en el organismo humano. Se caracteriza por producir modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones y manifestaciones que comprenden siempre un impulso irresistible a usar la droga o el fármaco en forma continua o periódica, con el fin de experimentar los psicológicos y algunas veces para evitar el malestar producido por la interrupción de su uso. (6,11,15,16)

droga o Fármaco: Es toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, modifica una o más funciones.

dependencia psicológica: Sensación de satisfacción y un impulso a repetir el uso de la droga para experimentar placer o un malestar subjetivo.

dependencia Física: Estado de adaptación del organismo a la droga, que se manifiesta por cambios de intensidad y gravedad variable cuando se interrumpe su uso. Al conjunto de tales cambios -no siempre presentes todos a la vez- se les denomina "Síndrome de privación o de abstinencia", los cuales se calman al ingerir una nueva dosis de la droga. (5,6,8,9,19,20)

una droga puede ser causante de dependencia, pero al mismo tiempo ser usada lícitamente con fines médicos o científicos.

drogas de uso más generalizadas: Las principales sustancias que producen farmaco-dependencia se clasifican en tres grupos:

Sustancias estimulantes del Sistema Nervioso Central: Anfetaminas, cocaína y barbitúricos.

Sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central: Narcóticos, barbitúricos y alcohol.

Sustancias alucinógenas: LSD, marihuana, hongos y los inhalantes (gasolina y pegamentos). (18)

Diversos estudios se ha llegado a la conclusión, que la mayoría de drogadictos son bebedores de alcohol. Entre las principales causas del uso de drogas están:

- Intento de abstraerse de la realidad, buscando la insensibilidad del organismo.

- Crisis familiar: falta de apoyo familiar, rechazo, incompreensión.

- Mayor disponibilidad de Drogas.

- Búsqueda de placer, asociado a curiosidad, al espíritu de aventura. (13)

7. PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS DE ALTO RIESGO

La aparición de las conductas de alto riesgo durante la adolescencia no debe causar sorpresa, dado que dichas conductas a menudo representan un intento de responder a necesidades evolutivas, como el desarrollo de la autonomía, el aprendizaje de los roles nuevos y la capacitación para la intimidad.

Es por eso que no es realista pensar que las conductas de alto riesgo pueden ser eliminadas en su totalidad. En cambio justifica desarrollar intervenciones para demorar la edad de comienzo de la conducta de alto riesgo y minimizar las consecuencias negativas.

Actualmente, para dar adecuada atención médica a la población adolescente y para poder practicar la prevención se necesitan equipos multidisciplinarios que: a. reconozcan las interrelación entre los aspectos biológicos y psicosociales; b. desarrollen programas para la salud a nivel comunitario y c. utilicen un enfoque genérico de atención global y no de fragmentación en subespecialidades.

En la clínica o a nivel clínico es posible la intervención precoz. Por ejemplo es fundamental comprender que una conducta de alto riesgo (fuma) a menudo es el preanuncio de otras conductas de riesgo. Por ende, bajo dichas circunstancias se requiere de una evaluación más atenta de los hábitos del adolescente, incluyendo actividades sexuales, uso de drogas, e información acerca del grupo de padres.

El éxito de toda medida preventiva depende de la información correcta acerca de la vida de los adolescentes y por lo tanto requiere investigaciones apropiadas. Es necesario que los estudios científicos de la población juvenil presten especial atención a las conductas de alto riesgo del adolescente, analizando los factores predisponentes psicológicos, biológicos, familiares y sociales.(13,18)

I. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo: porque describe la situación en que se encuentra el sujeto, no busca explicaciones para los fenómenos encontrados.

SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO

objeto de estudio de la investigación es el riesgo psicosocial al que está expuesto el adolescente.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se trabajó el universo de adolescentes entre 10 y 19 años de edad inscritos en las escuelas Jacobo Villa Urrutia, Raymond Rignall y escuela de aplicación del INCA, en la ciudad de Guatemala durante 1995, los cuales totalizaron 450 alumnos.

SUJETO DE ESTUDIO

a. Criterios de inclusión:

- i. Edad: Mayores de 10 años y menores de 19 años cumplidos.
- ii. Inscritos en las escuelas: Jacobo de Villa Urrutia, Raymond Rignall y Escuela de Aplicación del INCA.
- iii. Todos los adolescentes que se presenten al establecimiento el día del estudio.

b. Criterios de exclusión:

- i. Falta de colaboración voluntaria por parte del adolescente.

DEFINICION DE VARIABLES A ESTUDIAR:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Sexo	Género de la especie a que pertenece el individuo.	masculino ó femenino	Por asignación al género de acuerdo al fenotipo
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Tiempo expresado en años	Mayores de 10 y menores de 19 años cumplidos
Riesgo psicosocial	La posibilidad de que el adolescente padezca determinadas patologías orgánicas de base psicológica o condicionadas por el ambiente adverso en el que se desenvuelve. (depresión, angustia, ansiedad, alcoholismo y farmacodependencia) (18)	Encuesta de riesgo psicosocial. La posibilidad de que el adolescente de las escuelas antes mencionadas padezcan determinadas patologías de base psicológica o condicionada por el medio ambiente adverso en el que se desenvuelve.	Encuesta de Discriminación de Riesgo Psicosocial Preguntas No. 1 a No. 20, si 11 o más respuestas son positivas, se trata de un adolescente en alto riesgo de depresión y angustia. No. 21 a No. 24 si una o más respuestas son positivas el adolescente se encuentra en alto riesgo de presentar un trastorno psicótico. No. 25 a No. 29 si una o más respuestas son positivas, se trata de un adolescente en alto riesgo de alcoholismo. No. 30 a No. 35 si una o más respuestas son positivas se trata de un adolescente en alto riesgo de farmacodependencia.

CURSOS

recursos Materiales:

i. Físicos:

- Instalaciones de escuelas Jacobo de VillaUrrutia, Raymond Rignall y escuela de aplicación del INCA.

- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

- Biblioteca de APROFAM.

recursos Humanos:

i. Personal Docente de las escuelas antes mencionadas.

ii. Psicólogo asesor.

PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Se informó al personal docente administrativo de las escuelas objeto de estudio, sobre el propósito del estudio, a su vez se pidió la colaboración para desarrollar las actividades pertinentes dentro del cumplimiento.

La recolección de datos fue realizada por la investigadora.

Se realizó la encuesta de riesgo psicosocial a todos los adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se indicó a los adolescentes que la información que se pidió es absolutamente confidencial, y que es para uso exclusivo en el presente estudio.

Se indicó que la encuesta consiste en una serie de preguntas relacionadas con síntomas o molestias que se han sentido en los últimos 30 días, se hizo la aclaración que no se requerían datos sobre sucesos ocurridos meses o años atrás.

Los datos ya obtenidos se realizó la interpretación de los resultados, tomando como base la metodología de medición descrita en la definición de variables.

3. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Se les informó a los adolescentes del propósito de la investigación y de como los resultados de la misma podrian ayudar a detectar problemas psicosociales que pueden ser prevenibles o tratados.

La información obtenida de cada adolescente fue estrictamente confidencial, lo que se respalda al no solicitar nombre o alguna otra identificación en la boleta de recolección de datos.

Sólo fueron evaluados los adolescentes que voluntariamente colaboren co la realización del estudio.

Este estudio no los perjudicó física, moral o psicológicamente debido a que es descriptivo y no se hizo en ningun momento la manipulación de los sujetos.

PROCESAMIENTO ESTADISTICO

Las pruebas estadísticas son para hacer una evaluación crítica del instrumento, que se utilizará en la recolección de datos de la investigación.

Si el instrumento de medición no es preciso puede tener algún grado de error.

- Confiabilidad:

La fiabilidad evalúa la calidad y adecuación del instrumento. Fiabilidad es el grado de congruencia con la que se mide el atributo que se supone evaluará.

Cuanto menor variación produzca un instrumento en mediciones repetidas de un atributo mayor será su fiabilidad. Un instrumento es fiable si sus mediciones reflejan exactamente las mediciones verdaderas.

Para dar fiabilidad deberá pasarse la misma prueba a un mismo sujeto para ver que tenga la misma puntuación siempre.

La fiabilidad se evalúa por ensayos previos. La fiabilidad de un instrumento no es una característica fija, depende del grupo al que se le pase. Tiene fiabilidad diferente en cada diferente grupo. La fiabilidad no es propiedad del instrumento sino del instrumento en relación a la población a la que se aplica.

Se debe conocer al grupo al que se pasará la prueba y ver si, el instrumento se adapta a ellos.

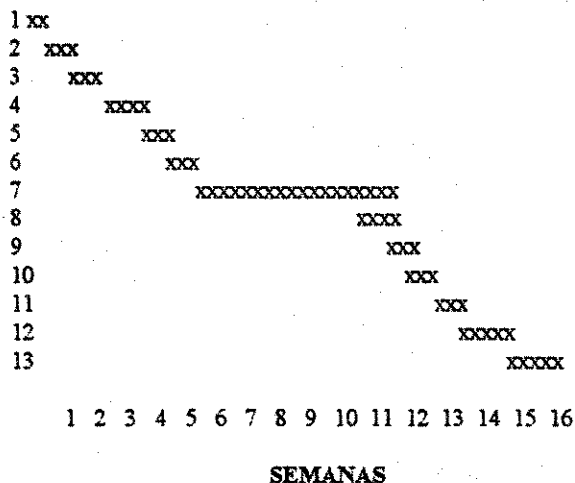
La fiabilidad ya debe estar probada, solo habrá de adaptarse.

La fiabilidad se evalúa a través de Congruencia Interna.

1- Congruencia Interna: Un instrumento tiene congruencia interna cuando todas sus preguntas miden la misma característica. Solo se necesita una sesión de prueba. La congruencia interna se mide por la técnica de división por mitades, en ella las preguntas de una prueba se cuantifican y se les da una puntuación independiente a cada grupo, los datos de las dos mitades se correlacionan por una R de Pearson y se interpreta de acuerdo a esta. Esto quiere decir que si el coeficiente es = 0.85, habrá solamente un 15 % de preguntas que midan fluctuaciones extrañas o aleatorias, o sea un error de medición del 15 %. La confiabilidad depende de la heterogeneidad del grupo. A más heterogeneo menos confiable.

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES



ACTIVIDADES

- 1.- Elección del tema
- 2.- Elección de Asesor y Revisor
- 3.- Recopilación de material bibliografico
- 4.- Elaboración del diseño de investigación
- 5.- Aprobación del diseño de investigación por revisor y asesor
- 6.- Aprobación por la unidad de Tesis USAC
- 7.- Inicio del trabajo de campo
- 8.- Elaboración de Cuadros estadísticos
- 9.- Elaboración de Analisis de resultados
- 10.- Conclusiones, recomendaciones y resumen.
- 11.- Aprobación del informe final por Asesor y revisor
- 12.- Aprobación del informe final por unidad de Tesis
- 13.- Examen General publico en defensa de Tesis.

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Riesgo Psicosocial a los que están expuestas las adolescentes de 10 a 19 años,
según grupo etareo, de la escuela Jacobo de Villaurrutia,
de la Ciudad de Guatemala, 1,995

Riesgo Psicosocial	10 a 14 Años		15 a 19 Años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Depresión	9	5.3	3	1.8	12	7.0
Alcoholismo	38	23.0	6	4.0	44	26.0
Trastorno de Conducta	10	6.0	4	2.3	14	8.4
Adicción a drogas	60	36.0	7	4.1	67	40.2
Riesgo	31	18.0	0	0.0	31	18.0
Total	148	88.3	20	11.91	168	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 2

Riesgo Psicosocial a los que están expuestos los adolescentes de 10 a 19 años, según grupo etareo, de la escuela Raymond Fignall, de la Ciudad de Guatemala, 1,995

Riesgo Psicosocial	10 a 14 Años		15 a 19 Años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Depresión	14	5.3	0	0.0	14	5.3
Psicosis	63	24.0	2	0.8	65	24.8
Alcoholismo	40	15.3	0	15.0	40	15.3
Farmacodependencia	87	33.2	4	1.5	91	34.7
Sin Riesgo	48	18.3	4	1.5	52	19.9
Total	252	96.1	10	3.82	262	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 3

Riesgo Psicosocial a los que están expuestos los adolescentes de 10 a 19 años,
según grupo etareo, de la escuela de aplicación del INCA,
de la Ciudad de Guatemala, 1,995

Riesgo Psicosocial	10 a 14 Años		15 a 19 Años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Depresión	14	7.8	5	2.8	19	10.6
Psicosis	40	22.4	5	2.8	45	25.1
Alcoholismo	15	8.4	1	0.6	16	8.9
Farmacodependencia	50	27.9	24	13.4	74	41.3
Sin Riesgo	22	12.3	3	1.7	25	13.9
Total	141	78.8	38	21.23	179	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 4

Riesgo Psicosocial a los que están expuestos los adolescentes de 10 a 19 años, según sexo, de la escuela Raymond Rignall de la Ciudad de Guatemala, 1,995

Riesgo Psicosocial	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Depresión	11	4.2	3	1.2	14	5.4
Psicosis	45	17.1	20	7.6	65	24.8
Alcoholismo	31	11.8	9	3.4	40	15.3
Farmacodependencia	71	27.8	20	7.6	91	34.7
Sin Riesgo	31	11.4	21	8.0	52	19.9
Total	189	72.1	73	27.87	262	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 5

Riesgo Psicosocial a los que están expuestos los adolescentes de 10 a 19 años, según sexo, de la escuela de aplicación del INCA, de la Ciudad de Guatemala, 1,995

Riesgo Psicosocial	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Presión	6	3.4	13	7.3	19	10.6
Alcoholismo	14	7.8	31	17.3	45	25.1
Dependencia	8	4.5	8	4.5	16	8.9
Trastorno de Dependencia	34	19.0	40	22.4	74	41.3
Riesgo	13	7.3	12	6.7	25	13.9
Total	75	41.8	104	58	179	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 6

Riesgo Psicosocial a los que estan expuestos los adolescentes de 10 a 19 años de las Escuelas, Jacobo de Villaurrutia, Raymond Rignall y Escuela de Aplicación del INCA, de la Ciudad de Guatemala, 1,995

Riesgo Psicosocial	No.	%
Depresión	45	7.39
Psicosis	154	25.3
Alcoholismo	70	11.5
Farmacodependencia	232	38.1
Sin Riesgo	108	17.7
Total	609	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

VIII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Los cuadros 1,2 y 3 nos describen la situación de riesgo en la que se encuentran los adolescentes durante su desarrollo psicosocial.

Como ya se mencionó con anterioridad, únicamente se encuentran aquí en Guatemala, datos aislados de drogadicción, tabaquismo y alcoholismo; y como pudimos observar durante la realización del presente estudio, el riesgo al que mayor están expuestos los adolescentes es la farmacodependencia que incluye: drogadicción y tabaquismo.

Algo importante del presente estudio es el alto porcentaje que se encontró de adolescentes en riesgo de psicosis. Pero corrobora, que éste alto porcentaje se debe a que la psicosis funcional más importante, la esquizofrenia, se inicia en la edad juvenil,(18),lo anterior está estrechamente ligado al consumo de drogas, lo que da una explicación sobre las dos situaciones de riesgo en las que los adolescentes se encuentran involucrados más frecuentemente.

Al mismo tiempo podemos observar que el tercer lugar lo ocupan los adolescentes que no se encuentran en situaciones de riesgo. También es notorio que en los tres primeros cuadros los adolescentes entre 15 y 19 años, en su mayoría se encuentran en riesgo, habiendo menor porcentaje entre los adolescentes de 10 a 14 años.

Esto se explica porque al inicio de la adolescencia, el niño aun depende de su familia; teniendo así una orientación que si no es completa o adecuada; influye directamente en su toma de decisiones.

En los cuadros 4 y 5 se observa que tanto hombres como mujeres; se encuentran en situaciones de riesgo. Asumiendo que el sexo no tiene influencia en este problema ni en el momento en el que asuman comportamientos destructivos para su vida. Nuevamente farmacodependencia y psicosis son las dos principales situaciones de riesgo encontradas en este estudio.

Cuadro 6: en resumen el riesgo a la farmacodependencia es la situación de riesgo a la que el adolescente se encuentra con más frecuencia con un 38.10%, siguiendo en segundo lugar el riesgo a psicosis con un 25.29%, el tercer lugar, se encuentran los adolescentes que no están a riesgo con un 17.73%, quedando el riesgo al alcoholismo con un 11.49% y el riesgo a depresión con un 7.39%.

En la actualidad tanto hombres como mujeres, asumen responsabilidades y papeles iguales, lo que hace que ambos sexos tengan el mismo riesgo psicosocial hecho que fue comprobado en el presente estudio:

Para establecer la confiabilidad del instrumento del presente estudio se utilizó el índice de correlación de Pearson, según el procedimiento explicado en la metodología, se obtuvo un resultado de 0.92.

X. CONCLUSIONES

1. De acuerdo con los resultados de este estudio, un 82% los adolescentes encuestados se encuentran en situaciones de riesgo como depresión, psicosis, alcoholismo y farmacodependencia.
2. Se encontró que el 17.73%, de los adolescentes estudiados no poseen riesgo psicosocial.
3. El 93.5% de los adolescentes sin riesgo psicosocial, se encuentran en el rango de 10 a 14 años.
4. Los riesgos más frecuentemente encontrados en el presente estudio son farmacodependencia y psicosis.
5. Se encontraron las siguientes frecuencias de riesgo psicosocial: depresión 7 %, psicosis 25 %, alcoholismo 12 % y farmacodependencia 38 %.

COMENDACIONES

Entregar el trabajo al Ministerio de Salud y Asistencia Social, para tomar las estrategias sugeridas para mejorar la atención al adolescente, creando centros de orientación para que se les pueda atender; pudiendo tener un desarrollo integral.

Se debe manejar las situaciones de riesgo como un enfoque multidisciplinario, y no individualmente.

Entregar los resultados al Ministerio de Educación, para que éste implemente en las escuelas programas de orientación adecuados para el mejor desarrollo del adolescente, ya que una gran parte del día lo pasan en el establecimiento educativo.

Entregar a los padres de familia los resultados de esta investigación, como también las recomendaciones que podrían presentar sus hijos, al no tener una adecuada orientación desde el hogar.

XI. RESUMEN

El presente estudio fue realizado en 450 adolescentes en tres escuelas de la ciudad de Guatemala en 1995, tomando el universo de los adolescentes que se encontraban entre los 10 y los 19 años y que cumplieran con los criterios de inclusión como estar inscritos en las escuelas y estar presentes el día del estudio en el establecimiento.

El objetivo principal fue conocer el riesgo psicosocial en el que se encuentra el adolescente, para ello se utilizó una encuesta de Discriminación de Riesgo Psicosocial, que consta de 35 preguntas sobre depresión, psicosis, alcoholismo y farmacodependencia; se calificó de acuerdo al esquema descrito en la metodología.

De acuerdo con los resultados los adolescentes se encuentran en mayor riesgo de farmacodependencia y psicosis influyendo de este modo enormemente en el aprendizaje de sí mismo. Sin embargo se encontró un 17.73% de adolescentes sin riesgo psicosocial de los cuales el 93.5% se encontraban entre 10 y 14 años.

III. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. APROFAM *Manual de Educación Sexual*, Departamento de adiestramiento, Guatemala 1993.
2. Blois, Peter, *Psicoanálisis de la adolescencia*, México 1961.
3. CAISA. *Diagnóstico de la Salud de los Adolescentes*, San José, Costa Rica.
4. COPA. *Salud, Sexualidad y Adolescencia*. Editorial Pax. México 1988.
5. Del Gobierno de los Estados Unidos, *Lo que usted y su familia deben saber de las drogas*, USA 1991.
6. Drussilla Campbell- Marilyn Graham, *Drogas y Alcohol*, Ediciones Ires Tiempos. Argentina 1991.
7. Escuela de Ciencias Psicológicas *Psicología y Familia*, Documento Guatemala 1980
8. Fundación Preventiva de la Drogadicción, *Drogadicción en Guatemala, Perspectiva en el futuro*, Primer seminario Guatemala 1986.
9. Kruskopf, D. *Adolescencia y Educación*, UNED. San José, Costa Rica 1985.
10. Meneghello, R. *Diálogos en Pediatría III* Editorial Mediterraneo. Santiago, Chile 1990.
11. Meneghello, R. *Pediatría*, Editorial Mediterraneo, Santiago, Chile 1990.
12. Ministerio de Salud Caja costarricense del seguro Social y Universidad de Costa Rica, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. *Instrumento Básico en la atención de la adolescencia*, Costa Rica.
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud, Departamento infantil, *Plan Nacional de Salud Materno Infantil 1992-1996*, Guatemala 1992.
14. Nelson, E. W. *Tratado de Pediatría*, 13 ava. Edición, México 1989.
15. Organización Mundial de la Salud, *La Salud del Adolescente y el joven de las Américas*, Publicación científica No. 49, Washington 1985.
16. Organización Mundial de la Salud, *Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente*.
17. Organización Mundial de la Salud, *Necesidades de Salud de los Adolescentes*.
18. Organización Panamericana de la Salud, *Manual de Medicina de la Adolescencia*, Serie Paltex. Oficina Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington 1992.

En pediatría eficiente, Editorial Médica Panamericana LTDA, Bogotá, Colombia

En el integral del Adolescente, Caja costarricense del Seguro Social,
San José, Costa Rica.

Psicología Social, Editorial Rillas, México 1976.

ANEXO

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
DISCRIMINACION DE RIESGO PSICOSOCIAL

BLECIMIENTO: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

cciones: a continuación se les realiza una serie de preguntas de acuerdo a como se han sentido
últimos 30 días. Únicamente debe marcar SI o No. Lea cuidadosamente.

Tiene fuertes dolores de cabeza?	SI	NO
Tiene poco apetito?	SI	NO
Duerme mal?	SI	NO
Se asusta con facilidad?	SI	NO
Sufre de temblor de manos?	SI	NO
Se siente nervioso(a), tenso(a) o aburrido(a)?	SI	NO
Sufre de mala digestión?	SI	NO
No puede pensar con claridad?	SI	NO
Se siente triste?	SI	NO
Llora con frecuencia?	SI	NO
Tiene dificultad para disfrutar sus actividades diarias?	SI	NO
Tiene dificultades para tomar decisiones?	SI	NO
Tiene dificultades para hacer su trabajo?	SI	NO
Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	SI	NO
Ha perdido el interés en las cosas?	SI	NO
Siente que es una persona inútil?	SI	NO

- | | | | |
|-----|---|----|----|
| 17. | Ha tenido la idea de acabar con su vida? | SI | NO |
| 18. | Se siente cansado todo el tiempo sin una causa aparente? | SI | NO |
| 19. | Tiene sensaciones desagradables en su estomago? | SI | NO |
| 20. | Se cansa con facilidad? | SI | NO |
| 21. | Siente que alguien ha tratado de herirle de alguna forma o sea que lo persiguen para hacerle daño o causarle algún perjuicio y éste le mantiene preocupado? | SI | NO |
| 22. | Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos? | SI | NO |
| 23. | Oye voces que le gritan, le dan ordenes, le hablan, sonidos cuchicheos, música; que otras personas no escuchan? | SI | NO |
| 24. | Oye voces sin saber de donde vienen y que otras personas no pueden oír? | SI | NO |
| 25. | Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que está bebiendo demasiado licor? | SI | NO |
| 26. | Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? | SI | NO |
| 27. | Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo o el colegio o faltar a ellos? | SI | NO |
| 28. | Ha estado en riñas o le han detenido borracho? | SI | NO |
| 29. | Le ha parecido alguna vez que usted bebe demasiado? | SI | NO |
| 30. | Tiene usted amigos que fuman? | SI | NO |
| 31. | Fuman en su familia? | SI | NO |
| 32. | Ha fumado cigarrillos(tabaco)? | SI | NO |
| 33. | Ha inhalado pegamento o alguna substancia similar? | SI | NO |
| 34. | Ha fumado marihuana? | SI | NO |
| 35. | Ha usado alguna otra droga? | SI | NO |