

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**MEDICINA Y CIRUGÍA**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
LICENCIATURA EN LA CARRERA  
MEDICINA Y CIRUGÍA**

**SALUD Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN  
AUTOPERCEPCIÓN, ENFERMEDAD Y  
PROBLEMAS CRÓNICOS EN  
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS EN EL  
COLEGIO MÉXICO, SAN JOSE, COSTA RICA,  
MARZO-MAYO 2017**

**Sustentante:**

**Marianela Otárola Ford**

**Tutor:**

**Dra. Tracy Garro Mora**

**Febrero, 2017**

# ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO .....	ii
ÍNDICE DE TABLAS.....	iv
ÍNDICE DE FIGURAS .....	vi
DEDICATORIA.....	viii
AGRADECIMIENTO .....	ix
RESUMEN .....	x
<b>CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACION.....</b>	<b>13</b>
1.1    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
1.1.1    Antecedentes del problema.....	13
1.1.2    Delimitación del Problema .....	15
1.2    REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN. ....	17
1.3    OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	18
1.3.1    Objetivo general .....	18
1.3.2    Objetivos específicos .....	18
1.4    ALCANCES Y LIMITACIONES .....	19
1.4.1    Alcances de la investigación .....	19
1.4.2    Limitaciones de la investigación. ....	19
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
2.1    CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	21
2.1.1    Calidad de vida .....	21
2.1.2    Evolución del concepto .....	22
2.1.3    Calidad de vida en Costa Rica.....	23
2.1.4    Calidad de vida relacionada con la salud en el adolescente .....	25
2.2    CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE .....	30
2.2.1.1    Adolescencia temprana. ....	33
2.2.1.2    Adolescencia media.....	34
2.2.1.3    Adolescencia tardía. ....	35
2.3    ENFERMEDADES O PROBLEMAS CRÓNICOS .....	40
2.3.1    Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.....	42
2.3.2    Trastornos mentales y del comportamiento. ....	43
2.3.3    Enfermedades del aparato respiratorio.....	46

2.2.4 Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa. .....	48
2.4 SALUD .....	50
<b>CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>55</b>
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN .....	56
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	56
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO .....	56
3.3.1 Población.....	56
3.3.2 Muestra.....	57
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión .....	58
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	59
3.4.1 Validez del KIDSCREEN 52 .....	60
3.4.2 Confiabilidad.....	60
3.4.3 Dimensiones del KIDSCREEN 52.....	61
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	64
3.6 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	66
<b>CAPÍTULO IV PRESENTACION DE RESULTADOS .....</b>	<b>71</b>
<b>CAPÍTULO V DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>97</b>
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS. .....	98
<b>CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>104</b>
6.1 CONCLUSIONES .....	105
6.2 RECOMENDACIONES .....	108
6.2.1 Recomendaciones para las adolescentes, Colegio México y otros centros educativos.....	108
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>110</b>
BIBLIOGRAFÍAS CITADAS .....	111
<b>GLOSARIO.....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>118</b>
Anexo 1 .....	119
Anexo 2 .....	121
Cuestionario KIDSCREEN-52.....	121

## ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla N° 1</i> Selección de la muestra por medio del Prorratio en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. ....	57
<i>Tabla N° 2</i> Validez y fiabilidad del cuestionario KIDSCREEN 52 en Costa Rica, aplicado en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. ....	61
<i>Tabla N° 3</i> Descripción de la muestra, según distribución de las variables, enfermedad y problemas crónicos en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017...	72
<i>Tabla N° 4</i> Promedio y desviación estándar general, según percepción de enfermedad y problemas crónicos en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017...	78
<i>Tabla N° 5</i> Promedio y desviación estándar, por sexo según percepción de enfermedad y problemas crónicos en adolescentes de 12 a 17 años del Colegio México, mayo 2017. ....	80
<i>Tabla N° 6</i> Promedio y desviación estándar, según percepción de enfermedad y problemas crónicos por grupo de edad en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. ....	82
<i>Tabla N° 7</i> Promedio y desviación estándar, según percepción de enfermedad y problemas crónicos por grado de escolaridad en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. ....	84
<i>Tabla N° 8</i> Continuación tabla N°7, promedio y desviación estándar, según percepción de enfermedad y problemas crónicos por grado de escolaridad en adolescentes de 12 a 17 años. ....	86
<i>Tabla N° 9</i> Distribución de la población adolescente del Colegio México que percibió enfermedad o problemas crónicos, según CIE10 mayo 2017. ....	88

*Tabla N° 10* Promedio y desviación estándar, según percepción de enfermedad y problemas crónicos, por presencia o no de enfermedad en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. .... 92

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1 Distribución por sexo en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. ....	73
Figura N°2 Distribución por edades en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. ....	74
Figura N°3 Porcentaje de distribución de ambos sexos por edad, en adolescentes de 12 a 17 años del Colegio México, mayo 2017. ....	75
Figura N°4 Distribución por grado de escolaridad en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. ....	76
Figura N°5 Distribución por enfermedad y problemas crónicos en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. ....	77
Figura N°6 Promedio general de las dimensiones del KIDSCREEN-52 en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. ....	79
Figura N°7 Promedio de las dimensiones del KIDSCREEN- 52 en hombres y mujeres adolescentes del Colegio México, mayo 2017. ....	81
Figura N°8 Promedio de las dimensiones del KIDSCREEN-52 por edades en adolescentes del Colegio México, mayo 2017. ....	83
Figura N°9 Promedio de las dimensiones del KIDSCREEN-52 en estudiantes de 7° y 8° año en el Colegio México, mayo 2017. ....	85
Figura N°10 Promedio de las dimensiones del KIDSCREEN-52 en estudiantes de 9°, 10° y 11° del Colegio México, mayo 2017. ....	87

Figura N°11 Promedio de enfermedades y problemas crónicos más frecuentes en adolescentes de 12 a 17 años del Colegio México, mayo 2017. . . . .	89
Figura N°12 Distribución de la población que percibe enfermedad y problemas crónicos según el sexo, en adolescentes de 12 a 17 años del Colegio México, mayo 2017. ....	90
Figura N°13 Distribución de la población que percibe enfermedad y problemas crónicos según la edad, en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. ....	91
Figura N°14 Promedio de las dimensiones del KIDSCREEN-52 según enfermedad y problemas crónicos en adolescentes de 12 a 17 años del Colegio México, mayo 2017. .93	
Figura N°15 Distribución general de los factores de riesgo en adolescentes de 12 a 17 años del Colegio México, mayo 2017. . . . .	94
Figura N°16 Distribución de los factores de riesgo según el sexo en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. . . . .	95
Figura N°17 Distribución de los factores de riesgo según rango de edades en adolescentes de 12 a 17 años del Colegio México, mayo 2017. ....	96

## **DEDICATORIA**

Primero que todo agradezco a Dios por el privilegio de haber podido estudiar una carrera tan gratificante que conlleva tanta entrega y servicio, por darme las fuerzas, el amor, la vocación, la perseverancia y la sabiduría cada día para concluir con mi más grande sueño y anhelo, porque muchas veces quise renunciar, pero siempre sentí su mano y fortaleza sobre mí.

Dedico con todo mi corazón esta tesis al ser humano más hermoso que la vida me ha dado, quien fue mi apoyo y mi motivación, mi amada abuelita porque siempre tenías unos brazos abiertos y una sonrisa para mí, porque muchas veces me ayudaste a seguir adelante; hoy ya no estás conmigo para concluir esto a mi lado, pero desde aquí hasta el cielo esto es para ti, gracias por todo te amo y amaré siempre.

A mis padres porque gracias a ellos tuve la bendición y oportunidad de estudiar y realizarme como profesional, les dedico esto porque sé que sin su ayuda no lo habría logrado. Le pido a Dios que los bendiga, guarde y prospere siempre porque para permitirme cumplir mis sueños hubo muchos sacrificios. Esto no es solo mío es de ustedes también. Los amo.

A mi novio, por la paciencia, el apoyo y tantas motivaciones, porque sé que Dios te puso en mi vida como una de sus más grandes bendiciones, gracias por sentirte siempre orgulloso de mi, te amo.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a todos los doctores médicos generales y especialistas que a lo largo de mi formación estuvieron presentes y me enseñaron las bases para ser una gran profesional, quienes me educaron que no solo es el conocimiento si no una combinación de humildad, carisma y entrega.

A mi tutora, la Dra. Tracy Garro, egresada de la Universidad Hispanoamericana, quien tuvo la paciencia y la entrega para realizar este proyecto conmigo, a pesar de las dificultades siempre fue un gran apoyo y una excelente guía.

A la Universidad por poner a nuestra disponibilidad al profesor Roger Bonilla y así mismo a él por compartir sus conocimientos de estadística con mi persona y ayudarme a desarrollar gran parte de este trabajo de investigación.

Finalmente, quiero agradecer a todas las personas que a lo largo de este tiempo han contribuido en la realización de este trabajo, entre ellos la Directora del Colegio México, profesores y estudiantes, de todo corazón gracias y deseo que Dios los bendiga sobreabundantemente.

## **RESUMEN**

**Introducción:** evaluar la calidad de vida en la población es una de las metas a nivel mundial, pues esto forma parte de un indicador para conocer la salud. Su evaluación de esta en la población adolescente es importante debido a que es un grupo etario vulnerable y a su vez son los adultos del futuro.

**Objetivo:** determinar la calidad de vida relacionada con la salud según autopercepción, enfermedad y problemas crónicos en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, San José, Costa Rica durante el período de marzo – mayo 2017.

**Metodología:** se aplicó el cuestionario KIDSCREEN-52 a 300 adolescentes con edades entre los 12 y 17 años en el Colegio México. Se analizó por las variables de sexo, edad y grado de escolaridad, analizando las diez dimensiones de calidad de vida del cuestionario. Se compararon los adolescentes con y sin morbilidad percibida, según el Manual de Codificación CIE10. Para el análisis de las diferencias entre las variables y las dimensiones, se utilizó la prueba de t de Student y se aplicó el software STATA 13.0.

**Resultados:** los datos indicaron diferencias significativas en la calidad de vida en cuanto al sexo y la edad. Los hombres presentan mejores puntuaciones y conforme la edad aumenta la calidad de vida tiende a disminuir. La presencia de enfermedad y problemas crónicos demostró que los puntajes Rash son más bajos.

**Discusión:** los resultados son similares a los obtenidos en países como Chile y Colombia.

**Conclusión:** las evidencias encontradas sugieren que la calidad de vida en los adolescentes es buena; sin embargo, se debe implementar programas de prevención y promoción de la salud, que fortalezcan las dimensiones de menor puntuación como bienestar físico.

**Palabras claves:** adolescentes calidad de vida relacionada con la salud, enfermedad, problemas crónicos.

## SUMMARY

**Introduction:** evaluating the quality of life in the population is one of the goals worldwide, as this is part of an indicator to know or to be informed about health. The evaluation of this in young population is very important since it is a vulnerable age group and at the same they are the adults of the future.

**Objective:** to determine the health - related quality of life according to self - perception, disease and chronic problems in adolescents aged 12 to 17 years at México School, San José, Costa Rica during the period from March to May 2017.

**Methodology:** the KIDSCREEN-52 questionnaire was applied to 300 adolescents between the ages of 12 and 17 at México School. It was analyzed by the variables of sex, age and educational level, splitting them among the ten dimensions of quality of life of the questionnaire. Adolescents with and without perceived morbidity were compared according to the Coding Manual CIE10. For the analysis of the differences between the variables and the dimensions, the Student t test was used and the STATA 13.0 software was applied.

**Results:** the data indicated significant differences in quality of life in terms of sex and age. Men have better scores and as age increases the quality of life tends to decrease. The presence of disease and / or chronic problems showed that Rash scores are lower.

**Discussion:** the results are similar to those obtained in countries as Chile and Colombia.

**Conclusion:** the evidences found suggest that the quality of life in adolescents is good; however, health prevention and promotion programs should be implemented to strengthen the lower scoring dimensions as physical well-being.

**Key words:** adolescents, quality of life related to health, disease, chronic problems.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1 Antecedentes del problema**

La calidad de vida es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1991 como: “La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”<sup>1</sup>.

En Costa Rica, la salud y calidad de vida han sido más estudiadas en la población Geriátrica, porque resulta evidente que el envejecimiento ha generado un gran interés por el enorme número de aspectos que involucran la vida en la sociedad de una persona de la tercera edad y el costo económico para el país.

Un estudio sobre “La longevidad y el envejecimiento saludable en Costa Rica”<sup>2</sup> cita que el país se encuentra a la cabeza de las transiciones demográficas y epidemiológicas en América Latina, asociado a esto, Costa Rica cuenta con la mejor calidad de vida en las estadísticas, los estudios son más sencillos ya que la población asiste constantemente a citas médicas en comparación con los adolescentes y no se debe dejar de lado que la esperanza de vida ha aumentado con el pasar de los años.

En la Universidad Hispanoamericana se realizó una investigación en el año 2016 sobre la calidad de vida percibida por los adultos mayores, basado en el apoyo social en el hogar de cuidado. Los resultados señalan que la calidad de vida es buena, un 77% refirió tener buena salud y una vida digna, en cuanto a las dimensiones de emociones, los datos indican que carecen de sentimientos de tristeza, depresión y frustración, disfrutan de realizar actividad física y poseen buenas relaciones interpersonales.<sup>3</sup>

El Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud<sup>4</sup> indican que la salud en los adultos mayores presentan una mayor esperanza de vida en el género femenino que el masculino, conforme aumenta la edad, se pierde la autonomía y se crea una dependencia cada vez mayor. No obstante, gracias a los modelos de salud en Costa Rica, los adultos mayores tienen el privilegio de gozar de una vida más digna y asociada a ella calidad de vida aun con sus condiciones patológicas.

En cuanto a la niñez y adolescencia en Costa Rica, el *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*, conocido por sus siglas como UNICEF<sup>5</sup>, entidad encargada de brindar protección y ayuda a los niños y adolescentes describe en el año 2009 que cerca de 45.000 adolescentes entre los 12 y 17 años de edad, no estudian, la gran mayoría son de zonas rurales, de bajos recursos socioeconómicos y con índices de pobreza altos. Lo que provoca que estudios sobre el tema sean más difíciles de desarrollar.

En países como Colombia, Chile, Argentina, Brasil en el año 2014 y España en el 2017, se han realizado estudios de tipo transversal analítico, con diferentes instrumentos como cuestionarios, entre ellos el KINDSCREEN-52. Logrando resultados que describen patologías frecuentes como: depresión, ideación suicida, uso de sustancias psicoactivas, enfermedades alérgicas, trastornos psicológicos provenientes de relaciones en el hogar.

En los estudios se concluye que la deserción escolar es un alto porcentaje debida a estas situaciones, que la población más afectada en cuanto a depresión son las mujeres, el mayor uso de sustancias psicoactivas se encuentra en los hombres, aunque actualmente gran porcentaje de las mujeres también consumen, diferentes tipos de patologías afectan más adolescentes con bajo nivel socioeconómico y escuelas públicas.

### **1.1.2 Delimitación del Problema**

Se utiliza una muestra de 300 adolescentes, la cual se obtiene por medio del programa de cálculo de muestra de la Universidad Nacional del Nordeste de Argentina<sup>6</sup>. La investigación se realizará en el área pedagógica del Colegio México ubicado en el sector de Barrio Aranjuez, San José, Costa Rica, entre los meses de marzo y mayo del 2017.

### **1.1.3 Justificación**

La salud y calidad de vida en los adolescentes se debe estudiar, debido a que la mayor parte de la población juvenil de 12 a 17 años no presenta un control adecuado de su salud tanto física, psicológica como social, en parte porque es un grupo etario que no pertenece a ninguna especialidad médica tradicional.

El estudio pretende dar a conocer puntos objetivos como: el padecimiento de enfermedades y cuáles son las más reiterativas en la población, cuál es la conducta psicológica que presentan los adolescentes por edades, a cuáles conductas de riesgo se encuentran expuestos, en qué ambiente familiar se desenvuelven, entre otros. Esto permitirá desarrollar y enfatizar programas dirigidos a los jóvenes, que sean aplicables en las escuelas y colegios del país.

Por otra parte, es de gran importancia conocer, la autopercepción que presenta cada ser humano principalmente una población tan vulnerable como los adolescentes.

La inspiración de la investigación surge de la idea de conocer la morbilidad autopercebida del adolescente por medio de la aplicación de un cuestionario que valora diferentes dimensiones como: el bienestar físico, psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida

familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar, y aceptación social (Bullyng).

Con el estudio se beneficia, el sector salud del área de Aranjuez, los adolescentes que pertenecen al Colegio México, estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud.

Su beneficio se obtiene debido a que la investigación brinda un puente para que estudiantes del área de la salud puedan realizar proyectos con base en los resultados, realizar charlas o desarrollo de trabajos que sean de autoaprendizaje y enseñanza a los adolescentes. En cuanto al entorno del Colegio, conocer la problemática o padecimientos que se presentan en la institución, genera conciencia en las autoridades y de esta manera se pueden aplicar programas que ayuden a la adolescencia, no solo del Colegio México sino de la educación en general.

## **1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN**

¿Cómo es la salud y calidad de vida según autopercepción, enfermedad y problemas crónicos en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, San José, Costa Rica, marzo- mayo del 2017?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la salud y calidad de vida según autopercepción, enfermedad y problemas crónicos en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, San José, Costa Rica durante el período de marzo – mayo 2017.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Caracterizar la población estudiada, por sexo, edad y grado de escolaridad, en los adolescentes del Colegio México.
2. Evaluar la autopercepción de la calidad de vida por sexo y edad en los adolescentes del Colegio México, mediante el instrumento KIDSCREEN-52.
3. Clasificar de acuerdo con el CIE-10 las enfermedades o problemas crónicos que presentan los adolescentes del Colegio México.
4. Identificar las condiciones de riesgo por edad y sexo, que afecten la calidad de vida y la salud de los adolescentes del Colegio México según su autopercepción.

## **1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.4.1 Alcances de la investigación**

Con la información adquirida al ser un estudio que incorporó un instrumento que tiene la fiabilidad y validez acertada para valorar la calidad de vida, proporcionó un marco de referencia para que entidades con interés en el tema, puedan extender la investigación a todo el país y aplicar el instrumento en poblaciones de menor edad. Generó el interés por parte de la institución estudiada sobre la calidad de vida que presentan los jóvenes y el número de patologías que en su mayoría eran desconocidas por el personal encargado. Propiciando así la implementación de nuevos programas y charlas que beneficien y mejoren la calidad de vida de los jóvenes adolescentes.

### **1.4.2 Limitaciones de la investigación**

Las principales limitaciones con las cuales es difícil obtener un cien por ciento de asertividad son: en primer lugar, la rapidez con la que los adolescentes contestan el cuestionario, ya que se encuentran en lecciones y, en segundo lugar, la falta de sinceridad en muchos jóvenes al responder el cuestionario, en ocasiones por vergüenza.

Sumado a ello, valorar la calidad de vida en la población adolescente, está ligada a una serie de procesos y permisos para que estos tengan la oportunidad de responder el instrumento utilizado. Sus respuestas dependen del grado de autorización que emitan los padres y esto en muchas ocasiones no beneficia al investigador, pues los padres no otorgan el permiso o los jóvenes olvidan entregarlo a sus padres.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

### **2.1.1 Calidad de vida**

El término calidad de vida es una expresión bastante frecuente, utilizada no solo en las ciencias de la salud, si no que desde sus inicios es incorporada en temas de política, economía y sociología. Sin embargo, es importante considerar y analizar que la idea principal del concepto calidad de vida es bastante complicada. Es debido a esta razón que existen innumerables concepciones que si bien son ciertas todas engloban connotaciones diferentes, convergen en la misma visión biopsicosocial.

Con la gama de conceptos en las últimas décadas surge la necesidad de valorar la calidad de vida relacionada con la salud, convirtiéndose en un punto clave para la medicina, pero es en el año 1980 donde surge su máximo apogeo, pues se inician los estudios en poblaciones: geriátricas, adultas, adolescentes e infantiles.<sup>7</sup>

Estos estudios enfatizados en la calidad de vida permiten abordar la causalidad de la salud y la enfermedad, por medio del estudio de las condiciones de vida que acontece el ser humano en su diario vivir y, por tanto, es de gran ayuda porque permite la intervención sobre el riesgo y el grado de vulnerabilidad que presenta la población frente a las patologías existentes.

Por esta razón, en el área de la medicina, ha surgido la necesidad de crear indicadores o instrumentos que faciliten medir la calidad de vida del ser humano sano o enfermo, teniendo como objetivo principal monitorizar la salud de la población.<sup>8</sup>

En materia de salud, economía y política, cuanto mayor sea el nivel de vida, la estabilidad, el bienestar y el disfrute de la misma, mayor prosperidad y crecimiento tendrá la población y el país.

### **2.1.2 Evolución del concepto**

Según García Riaño<sup>9</sup>, resulta un poco complejo referirse a un enfoque histórico, ya que este concepto se compone más de actualidad que de historia; no obstante, para algunos especialistas en la materia fue el economista norteamericano Galbraith el primero en mencionar el término calidad de vida (CV), cerca de los años 50. Otros colegas mencionan que fue en el año 1964 donde fue aludido por el presidente norteamericano Lyndon B. Jonson y es en el año 1970 donde la terminología adquiere una connotación semántica.

Desde un punto de vista formativo, el concepto se considera multidimensional, básicamente por el hecho que cambia conforme cambian las culturas, los grupos sociales y en general, las épocas.<sup>10</sup>

Algunos autores describen la calidad de vida de la siguiente manera: Levy y Anderson, en 1980, definen: “calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo y de felicidad, satisfacción y recompensa”<sup>11</sup>.

Según Celia y Tulsy, en 1990, “Calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal”<sup>11</sup>.

En 1992, Quintero indica “Es el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado”<sup>11</sup>.

En relación con estas definiciones, la OMS, en 1991, crea un grupo multicultural de expertos conocidos como grupo WHOQOL quienes se encargan de dar una definición avanzada, integrada y unificada de calidad de vida relacionada con la salud en el año 1995, definen: “calidad de vida como la percepción individual de la posición de la vida en el

contexto de la cultura y el sistema de valores en el cual vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”<sup>1</sup>.

Según el conjunto de definiciones y la evolución de la terminología a la actualidad, Ardilla<sup>12</sup> (2003) hace una definición integrada donde indica que la calidad de vida es un estado de satisfacción general derivado de la realización de las potencialidades de la persona, donde el ser humano posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos.

Lo subjetivo hace mención a la sensación del bienestar físico, psicológico y social, se incluye la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida y la productividad personal. Como aspectos objetivos existe la relación con el ambiente físico, el entorno social, la comunidad y la salud objetivamente percibida.

En cuanto a la parte ética, siempre debe ser primordial fortalecer y dar un enfoque del bienestar humano, por ende, el significado de calidad de vida debe siempre de incluir aspectos que favorezcan modos de vida que privilegien el ser más sobre el tener más, desde una perspectiva del ser humano universal y con realización existencial.<sup>13</sup>

### **2.1.3 Calidad de vida en Costa Rica**

Costa Rica, en los últimos años ha sufrido un cambio en su pirámide poblacional, ya que predomina como característica el envejecimiento, debido a que las tasas de natalidad y fecundidad han disminuido considerablemente y la esperanza de vida ha incrementado, aumentando la longevidad.<sup>14</sup>

En cuanto a la población joven menor a 25 años, desde el año 1950 hasta el año 2006, se generó un constante crecimiento, donde se contaba con una población de 2.019.639 jóvenes, a partir del año 2007 ocurre un estancamiento de este grupo etario, hoy en día se cuenta con una población de 1.995.831.<sup>15</sup>

Si bien es cierto en el país no hay abundantes estudios del tema, la materia de calidad de vida Costa Rica ha generado un auge, en comparación con la salud desde 1963, pues análisis estadísticos demuestran que tanto la tasa de mortalidad infantil como la tasa de mortalidad en general han tenido una marcada disminución, logrando así importantes avances en cuanto a la niñez y la adolescencia.<sup>16</sup>

En el año 2000, el proyecto Estado de la Nación define que la calidad de vida: “es el grado donde las personas viven en forma libre, digna, saludable, segura, creativa, productiva, solidaria, y sin discriminación de ningún tipo”<sup>17</sup>.

En relación con esto se proponen indicadores para medir la CV, los cuales evalúan: Calidad de salud y nutrición, calidad de la educación, calidad del empleo, calidad de la vivienda, calidad del ambiente, calidad de disfrute de la vida y calidad de la vida pública.

Así mismo, dentro de cada uno de ellos se involucran aspectos que ejerce o no el ser humano. Para valorar su calidad de vida, se puede estudiar: ingesta suficiente de nutrientes básicos para la población, buena salud oral, alta cobertura del sistema educativo, ingresos familiares que cubran el costo de la canasta básica, hacinamiento, ubicación geográfica, accesibilidad a servicios de infraestructura, niveles de contaminación de agua, cumplimiento de los derechos humanos, entre otros.

En Febrero del 2014, el Unicef y el Mideplan<sup>17</sup> publican el “índice de bienestar de la niñez y la adolescencia”, donde indican que la distribución por sexo en Costa Rica se mantiene alrededor del 50% siendo levemente más alta la población masculina. Entre el 2000 y 2011, la población adolescente comprendía entre las edades de 13 a 17 años.

El censo realizado en el 2011 indicaba que un 3.6% de la población adolescente sufría algún tipo de discapacidad. El 31.5% no asiste a ningún centro educativo y un 65.0% de la

población indígena menor de 18 años no asiste a ningún centro de educación, pues viven en zonas rurales alejadas.

La calidad de vida en el niño y adolescente en Costa Rica está vinculada con los niveles de desarrollo social, económico y distribución geográfica. La Región Central cantones como: Belén, San Pablo, Flores, Santo Domingo, Escazú y Montes de Oca, entre otros muestran el mayor nivel de bienestar físico y social, las regiones del Pacífico Central y Chorotega se encuentran en un promedio de 34.6% siendo este intermedio, mientras que la Región Brunca, Huetar Norte y Huetar Caribe incluyen distritos que presentan un porcentaje de 24.8% sumamente bajo en las dimensiones de bienestar físico y social.

Los resultados muestran que la realidad del país es que predomina una mejor calidad de vida para la niñez y adolescencia, en el Gran Área Metropolitana, pero a nivel mundial Costa Rica ha mostrado de manera sistemática ser un país con altos niveles de satisfacción y calidad de vida para la población en general.<sup>18</sup>

#### **2.1.4 Calidad de vida relacionada con la salud en el adolescente**

En el año 1948, la OMS definió el concepto de salud como: “aquel estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”<sup>19</sup> por lo tanto, se puede afirmar que la atención se ha centrado en la calidad de vida o en otras palabras, el valor del tiempo de vida y no sólo en la cantidad de vida.

Según Quinceno menciona que la calidad de vida infantil es: “la percepción del bienestar físico, psicológico y social del niño o adolescente, dentro de un contexto cultural específico de acuerdo a su desarrollo evolutivo y a sus diferencias individuales”<sup>20</sup>.

Higuita – Gutiérrez et al<sup>21</sup> a través del período de la adolescencia se presentan algunos cambios de carácter biológico, emocional y social, lo que causa una elevación en el nivel de vulnerabilidad de la población adolescente, pues experimentan conductas o situaciones que podrían deteriorar su calidad de vida.

Estadísticamente se ha podido documentar la morbilidad de los adolescentes, a pesar de los avances en salud y desarrollo social algunos jóvenes están inmersos en el fenómeno de la pobreza, la deserción escolar, violencia familiar, discriminación social, explotación laboral y desnutrición. Estudios realizados mundialmente indican que el 50% de las nuevas infecciones por VIH y/o SIDA se presentan en jóvenes entre los 15 y 24 años sin dejar de lado que también se presentan las tasas más altas por otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).<sup>22</sup>

Las madres adolescentes entre los 15 y 19 años representan la décima parte de los nacimientos anuales, así mismo, presentan mayor exposición o aversión a las complicaciones relacionadas con el embarazo, como, por ejemplo: abortos (espontáneos o inducidos), condiciones adversas durante el embarazo o condiciones de riesgo.

Es importante tener en cuenta que las condiciones a las que se expone el adolescente, no necesariamente generara consecuencias de inmediata al contrario puede tener repercusiones en la adultez. El 70% de las muertes prematuras en adultos son asociadas con conductas indebidas en la adolescencia. Algunas de estas podrían ser: consumo de alcohol, tabaco, violencia o malos hábitos alimenticios, sedentarismo entre otras.

En Medellín Colombia, en el año 2015, se realizó un meta-análisis de la percepción de la calidad de vida según el género indicando que: las féminas presentan una peor perspectiva de su salud física, emocional y general. Por ende, surge la hipótesis que plantea que el sexo

en los adolescentes si genera perfiles diferentes, que modifican la calidad de vida en comparación con ambos sexos.<sup>23</sup>

Urzúa M et al<sup>24</sup> publica en la “Revista Chilena de Pediatría”, un autoreporte de la calidad de vida en niños y adolescentes escolarizados describe que existen diferencias entre las medidas porcentuales para cada dimensión entre hombres y mujeres. Se compara que a medida que avanza la edad la calidad de vida disminuye.

Desde un punto de vista socio evolutivo, los adolescentes experimentan un desapego de sus padres debido al ser individualista que se desarrolla en esta etapa. En conclusión, los datos de la población chilena arrojan cifras, coincidiendo con la información publicada en estudios realizados en diferentes países.

Un estudio realizado en el 2014 en jóvenes latinoamericanos con edades de 12 a 17 años, utilizando el instrumento validado KIDSCREEN- 52 confirma que existen diferencias significativas entre ambos sexos, menciona que los varones obtienen cifras de mayor puntuación que las mujeres en el área de bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía y relación con los padres y vida familiar.<sup>25</sup>

En los resultados encontrados en el estudio, se identificó que las dimensiones estado de ánimo y emociones, amigos y apoyo social presentan una puntuación mayor a 80 puntos, lo cual sugiere su gran percepción sobre la calidad de vida relacionada con la salud en estos jóvenes. Un puntaje menor a 70 puntos en las dimensiones de bienestar físico, el entorno escolar y el rechazo social (bullying) indica un mayor compromiso para afecciones en la calidad de vida relacionada con la salud.

En Medellín Colombia, la Universidad de Antioquia<sup>26</sup> publica en el año 2016 un estudio analítico con una muestra de 3460 adolescentes elegidos por un muestro pro balístico.

Como resultados 2083 eran mujeres y 641 adolescentes de la muestra presentaba algún tipo de enfermedad.

En el estudio se encontró por medio del cuestionario KIDSCREEN-52 que la dimensión de bienestar físico, salud y estado de ánimo y emociones es donde se percibe un puntaje más bajo alrededor de 66 puntos dicha puntuación hace alusión a la asociación que existe con el estrato social, el tipo de familia y la escolaridad de los padres, mientras que la dimensión de entorno escolar presenta el puntaje más alto aproximadamente 73 puntos.

La Revista Médica de la Universidad Industrial de Santander<sup>21</sup> publica un artículo, donde se realiza una revisión sistemática de investigaciones de la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes durante el periodo de 1970-2013. Se utilizaron 909 artículos de los cuales 43.1% se han realizado en América de estos la mayoría han sido realizados en Estados Unidos, 39.9% en Europa, 8.7% en el Pacífico Occidental, 2.5% en el Mediterráneo Oriental, 1.9% en Asia, 0.5% en África y 3.3% fueron estudios multiculturales.

En los resultados se obtuvo que 14.6% eran adolescentes sanos, pues la mayoría de estudios están orientados a evaluar enfermedades no transmisibles donde se cita que las mayores afecciones pertenecen al grupo de: enfermedades endocrinológicas, enfermedades respiratorias, mentales y de comportamiento, nutricionales y metabólicas, siendo en menor predomino enfermedades hematológicas e infecciosas, esto debido al uso correcto de las vacunas.

En los múltiples estudios realizados a nivel mundial, la calidad de vida de los adolescentes es bastante buena y similar en todos los países. Las estadísticas de la población joven aluden que la mayoría de causas de muerte son por agentes externos tales como: accidentes, suicidio y homicidios.

Cada estudio revisado menciona que sus cifras encontradas se encuentran entre parámetros establecidos con la literatura mundial; sin embargo, se debe tener en cuenta siempre las variables, que han de modificar la calidad de vida relacionada con la salud en los adolescentes, dentro de los cuales se han mencionado: la edad, esto debido a que como se mencionó anteriormente la calidad de vida presenta una tendencia a bajar conforme aumenta la edad del joven, el sexo, el nivel socioeconómico y la estructura familiar.

## 2.2 CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

La adolescencia es un tema de actualidad que involucra diferentes disciplinas que se han dedicado a su estudio, tales como: la antropología, la psicología, la biología del desarrollo, la sociología y la historia. Incorporando definiciones con enfoques conceptuales imprescindibles para el estudio de dicha población.<sup>27</sup>

Como se hace mención, el término de adolescencia es un concepto moderno, específicamente de la segunda mitad del siglo XX y es considerado, en el ciclo de la vida humana, como una fase esencial o primordial.

Dicho término proviene del latín “*adolescere*” “*adolescentis*” que significa crecer hacia la adultez.<sup>28</sup> Es un estado de transición donde la persona no es niño ni es un adulto, pero vive y experimenta desafíos, expectativas de vida y cambios.

Aristóteles<sup>29</sup>, en su escrito “La Retórica”, describe desde su tiempo comportamientos de la adolescencia que se estudian en la actualidad por ejemplo se refiera a los jóvenes como personas variables, que se hartan con facilidad, apasionados, coléricos e impulsivos, si se consideran víctimas de la injusticia. Viven con sueños y esperanza en el futuro, resultan fáciles de engañar por la confianza que brindan, son vergonzosos, compasivos, exageran sus emociones amando u odiando en exceso, creen que todo lo saben y disfrutan la fiesta y el escándalo.

Sin embargo, muchos científicos, psicólogos o filósofos han propuesto infinidad de definiciones, una de las más llamativas es la de Stanley Hall<sup>30</sup> en 1904 quien hace mención a la adolescencia como una etapa altamente dramática y tormentosa, en la que se producen innumerables tensiones con sensaciones de inestabilidad, entusiasmo y pasión en las que el joven sufre una división de su ser entre tendencias opuestas.

Dentro de infinidad de conceptos, uno de los más convencionalmente aceptados por la OMS es la adolescencia definida como: “la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años de edad”.<sup>31</sup> Sin tomar en cuenta dentro de dicha definición comportamientos o rasgos de personalidad característicos en los jóvenes.

No obstante, en los últimos años, especialistas en materia de adolescencia tienen una tendencia a considerar un rango de edades entre los 10 y 24 años, ampliando un grupo denominado “gente joven”, pues esta población aún se encuentra atravesando por ciertos cambios de transición, como los pueden ser: biológicos y sociales.

Inicialmente, para comprender el período psicosocial de la adolescencia, se debe estar familiarizado con el mismo, ya que el adolescente alcanza su madurez física y sexual, pero no ha logrado por completo su desarrollo cognoscitivo y emocional.

El ser joven es una etapa donde normalmente ocurren cambios acelerados o rápidos, comúnmente con un nivel elevado de magnitud o significancia para él o para ella y que eventualmente preparan a la persona a que pueda afrontar la vida individualmente de manera social, psicológica y biológica.<sup>32</sup>

Por tanto, existe una gran preocupación por entender el período de la adolescencia desde un punto de vista analítico, experimental o de percepción. Se debe entender que cada adolescente es un ser único y diferente a todos los demás, influenciado por el contexto en el que se desarrolla. Es característico de esta etapa, la búsqueda de autonomía, identidad propia y naturalmente consolidación de la misma.<sup>33</sup>

Piaget<sup>34</sup> menciona que el pilar más fuerte de la adolescencia es el desarrollo moral, ya que presenta una estrecha relación con el desarrollo psicológico del individuo, es decir el comportamiento moral del joven está estrechamente vinculado con los atributos propios que ha alcanzado en cuanto a su desarrollo moral.

Se han estudiado tres etapas que funcionan para clasificar los patrones de conducta en los adolescentes. Estos patrones son: adolescencia temprana, media y tardía.<sup>28</sup>

### **2.2.1 Fases de la adolescencia**

La adolescencia es un proceso variable e individual en el que intervienen diferentes factores como el sexo, etnia, el ambiente en el que se produce (rural o urbano), nivel socioeconómico y el grado educacional, sumando a esto, el tipo de cultura en el que este envuelto el adolescente.

De acuerdo con el artículo de revisión de la “Revista Chilena De Pediatría Desarrollo Psicosocial del Adolescente”<sup>28</sup>, se clasifican los rasgos etarios de la edad de la siguiente manera, teniendo en cuenta que no existe una homogeneidad, por lo que serían aproximadamente, los siguientes:

- Adolescencia temprana: desde los 10 a los 13-14 años.
- Adolescencia media: desde los 14-15 a los 16-17 años.
- Adolescencia tardía: desde los 17-18 años en adelante.

El desarrollo de la adolescencia se presenta de manera temprana, más comúnmente en las mujeres que en los hombres, ya que estas inician su pubertad anticipadamente en relación con los hombres, debido a los cambios internos y externos por los que atraviesan. Así mismo, aspectos como la maduración sexual y la participación activa de los jóvenes en el ámbito social, cultural y económico, presentan una aparición cada vez más temprana en las generaciones más recientes.<sup>31</sup>

### **2.2.1.1 Adolescencia temprana**

La pubertad y una serie de cambios corporales que esta trae consigo, además de una serie de procesos psíquicos, marcan el comienzo de esta etapa específica. Según Verónica Gaete<sup>28</sup> en cuanto al desarrollo psicológico, su característica principal es el egocentrismo, normalmente visto en niños y adolescentes. Dicha conducta irá disminuyendo progresivamente conforme la persona se vaya aproximando a la adultez. El adolescente, durante esta etapa, atraviesa por un periodo de labilidad emocional, expresando amplios cambios de ánimo y tendiendo a magnificar sus situaciones personales.

En el ámbito social, surgen los deseos de independencia, disminuyendo su interés por su convivencia familiar. Además, presenta conductas de resistencia a los límites, en general a la autoridad, supervisión, opiniones y o críticas que los padres puedan tener.

En su desarrollo sexual, experimentan preocupación por su cuerpo y los cambios puberales que se presentan. Por medio de ellos y las nuevas sensaciones corporales se potencia la sexualidad, que resulta el funcionamiento genital relacionada con los estilos de vida, roles sexuales y las formas de relacionarse en su ambiente de manera afectiva y comunicativa con sus pares.

Por último, en el desarrollo moral, ocurre un cambio en el pensamiento del adolescente, en donde predomina el egocentrismo y el interés propio, sin perder el temor al castigo, pero basados en la anticipación de recompensas materiales.<sup>35</sup>

### **2.2.1.2 Adolescencia media**

El distanciamiento de la familia y el acercamiento a sus pares son las características centrales en este período, se genera más conflictos con los padres donde el adolescente depende por completo pero se siente independiente del círculo familiar<sup>36</sup>.

Se debe tomar en cuenta que hoy en día la percepción de la familia se ha ido modificando, los roles en algunos casos se han invertido debido a que la mujer sale del hogar a laborar, las familias están constituidas en su mayoría como máximo por dos hijos y en algunos casos existe el divorcio, siendo hogares monoparentales. Esto ha generado cambios fundamentales como la disociación de la conyugalidad y la filiación afectando de manera significativa a los adolescentes.<sup>37</sup>

En cuanto al desarrollo psicológico y el concepto de individualismo sigue aumentando, trayendo consecuencias no solo para el adolescente, sino que también para sus padres. Se puede aunar el hecho que en esta etapa, la opinión de terceros comienza a jugar un papel importante en la psicología del adolescente y de ello depende la autoimagen del mismo. También, se incrementa un rango de expansión de las emociones en el adolescente, además del tiempo que este pasa a solas, mas no deja de preocuparse por otras personas.

En el desarrollo cognitivo ocurre un incremento de las habilidades de adolescente, además de su creatividad, así como su pensamiento abstracto y su razonamiento. Se espera que, durante esta etapa, el joven obtenga sus logros académicos.

Con respecto a su desarrollo social, en toda su vida no existe otra etapa en la que el grupo de pares sea más influyente y poderoso. El joven adquiere y repite aspectos como: la conducta, su manera de vestir, los valores y códigos del grupo de pares del que se siente parte, esto con el fin de forjar su propia identidad.

En la parte sexual, surge un aumento en el nivel de aceptación de su propio cuerpo además de la comodidad con el mismo, sintiendo menor preocupación por la comparación con terceras personas, es en este período donde se adquiere la consciencia de la orientación sexual. Por último, el joven experimenta diversas conductas sexuales que en algunos casos concluyen con el inicio de relaciones coitales.

En el área del desarrollo moral, hay una decantación al funcionamiento convencional en el que actúan la mayoría de los adultos.

### **2.2.1.3 Adolescencia tardía**

Es la fase final del joven en su búsqueda de identidad y autonomía. En el desarrollo psicológico, el joven logra afirmar su identidad, la autoimagen deja de estar definida por los pares (grupo de amigos); sin embargo, pasa a depender completamente de su autopercepción.<sup>28</sup>

El desarrollo cognitivo va a depender firmemente del nivel educacional que se inculcó en el adolescente, además de las experiencias que se hayan tenido a través del tiempo. Si ambos aspectos fueron los adecuados, el adolescente desarrollará un pensamiento hipotético-deductivo, que se caracteriza por el hecho que el joven será capaz de predecir consecuencias y solucionar problemas.

En cuanto al desarrollo social, se presenta una disminución de la influencia de los pares, las amistades son menores debido a que el joven se vuelve más selectivo, retomando la relación con la familia y eventualmente un incremento en el acercamiento con sus padres.

Con respecto al desarrollo sexual, finalmente ocurre la aceptación completa de sus cambios, así como de su imagen corporal. Acepta, también, su identidad sexual y

naturalmente hay un incremento en su interés por las relaciones estables de pareja, incluyendo estas, las relaciones sexuales.

Se puede concluir que el desarrollo psicosocial del adolescente tiene como objetivo principal la búsqueda de la identidad, respondiendo a la pregunta: ¿Quién soy yo?

### **2.2.2 Desarrollo positivo del adolescente**

Como se mencionó con anterioridad las etapas del desarrollo adolescente, el cambio de ser niño a trascender a esta etapa, el desarrollo físico, hormonal e intelectual resulta complicado y en muchas ocasiones puede ser catastrófico.

Sin embargo, todo niño y adolescente tiene el derecho de experimentar y vivir alegre, tener una autoestima fuerte y sana, adquirir sentimientos de eficacia y creer que él o ella puede ser exitoso en lo que desee desempeñar.<sup>38</sup> Es por esta razón que en la actualidad se practican nuevas teorías y enfoques para tener una adolescencia plena y, por ende, una vida adulta adecuada para el ser mismo y la sociedad.

Una de ellas es la psicología positiva, este modelo surgió a finales del siglo XXI y se encarga de estudiar a fondo el funcionamiento óptimo del ser humano, desarrollando las fortalezas, permitiendo vivir plenamente y teniendo la capacidad para afrontar las circunstancias positivas o negativas.

Su objetivo es vivir de forma en la vida de manera que lo que se haga valga la pena, esto incentivando a las personas a que tengan conocimientos y herramientas tanto para manejar procesos doloroso como para fomentar y desarrollar lo que es valioso y positivo en la vida. Promoviendo la efectividad, el optimismo y el refuerzo positivo, tratando de exigir

madures y cumplimiento de límites y normas, pero de la mano con la comunicación y el afecto.

El énfasis está en ejercer la positividad que como su nombre lo dice es creer en lo bueno y experimentar pensamientos positivos de la situación o del entorno siendo más frecuentes que la negatividad. Involucra desarrollar un pensamiento cognoscitivo optimista esto quiere decir que la mente se centraliza en esperar que sucedan cosas buenas.<sup>39</sup>

Lo anterior se fomenta principalmente desarrollando el bienestar subjetivo que involucra actitudes como el nivel de resiliencia que es la capacidad que tiene el joven de superar los potenciales efectos negativos producidos por la exposición algún riesgo, enfrentándolos con conductas positivas de afrontamiento de la situación y fortalecimiento de debilidades, así mismo, se involucran el autoconcepto y el apoyo social percibido.

Es por esto que se han planeado programas donde se desarrolle el apoyo social, pues esto refuerza la autoestima y favorece una percepción positiva sobre el entorno, fomentando una resistencia al estrés, el objetivo es que los adolescentes participen y fortalezcan sus vínculos la familia, la escuela o colegio, la comunidad, las relaciones personales con amigos.

Por ejemplo, se sabe que el ambiente escolar es el entorno donde más pasan su vida cotidiana, desde su niñez hasta una etapa relativamente final de su adolescencia y esto sin lugar a duda ejerce gran influencia en ellos.

Según la Dra. Norma Ruvalcaba Romero<sup>40</sup>, uno de los aspectos que fomenta un desarrollo positivo en el entorno escolar es la relación que presente el estudiante con sus profesores, ya que el apoyo brindado tanto en un ámbito escolar como emocional fomenta una satisfacción mayor en el joven, siendo un factor protector que previene conductas agresivas

en el aula. Una buena autoestima y optimismo influye en que los jóvenes tengan un mejor control de su carácter y emociones a la hora de experimentar enojo o frustración.

Un estudio publicado por el Journal of Sport and Health Research<sup>41</sup> sobre la percepción de alumnos de 16 a 23 años en un programa de desarrollo positivo muestra que establecer conductas positivas e implementar el pensamiento optimista, tienen como resultado una mejora en el desarrollo personal y social, generando una adaptación con éxito a los diferentes desafíos de la vida y así mismo mejorando la autoestima, la autovaloración, relación con los demás y su autonomía.

Por otra parte, la crianza, los patrones de conductas aprendidos, los vínculos familiares e independientes con cada figura mamá o papá, si están presentes o alguno ausente tienden a causar situaciones de mayor riesgo en el adolescente.

Las variables más importantes para una relación familiar sana son el afecto y la comunicación, tener la capacidad de ambas partes para resolver adecuadamente conflictos sin ejercer presión más de la cuenta esto va a generar bienestar en los hijos e hijas, construyendo un vínculo fuerte de confianza y acercamiento, lo cual genera pensamientos positivos y minimiza las conductas riesgosas.

La implementación de estas prácticas que desarrollan fortalezas en los jóvenes y una manera adecuada de responder al medio externo según la presión social vivida ha demostrado mediante múltiples investigaciones que estos recursos pueden influir en la protección del riesgo a usar sustancias nocivas, la depresión o conductas suicidas, tanto a nivel individual como en grupos de amigos o familia.

Costa Rica es uno de los países con mayores avances en cuanto a los derechos del niño y el adolescente, el estado por medio de la constitución política se encarga de hacer valer y cumplir estos estatutos.

Existen varios programas para la niñez y la adolescencia actualmente uno de ellos es la Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia<sup>42</sup> vigente desde el año 2009 hasta el 2021, donde se enfoca la justicia y la democracia en la sociedad, esto quiere decir que los mismo derechos tienen los niños y adolescentes como los adultos; de igual manera, lo mismo aplica para hombres y mujeres, teniendo igualdad de oportunidades para alcanzar la superación y el desarrollo.

Las bases son promover en los niños y adolescentes, sus garantías, protección especial, bienestar social fomentando un desarrollo positivo en cualquier ámbito donde se desenvuelvan los niños o jóvenes y cumpliendo con necesidades sociales o básicas como: la salud, educación, economía, cultura entre otras.

Estas políticas establecen la edificación de los factores protectores como por ejemplo la familia que practica una buena comunicación interpersonal, confianza y apoyo mutuo, la autoestima que es parte de esa relación familiar y las fortalezas brindadas en el entorno escolar, las aspiraciones de un futuro con metas y éxitos, la autovaloración y el respeto esto conduce a que el joven cuide su cuerpo y disminuye las relaciones sexuales prematuras y riesgosas o bien el uso de drogas.

## **2.3 ENFERMEDADES O PROBLEMAS CRÓNICOS**

El concepto de enfermedad o problema crónico es definido como: “un trastorno orgánico funcional, que obliga a una modificación de los estilos de vida de las personas que lo padecen, su duración generalmente persiste por el resto de la vida”.<sup>43</sup>

Así mismo, en 1979, la OMS establece que: “enfermedad es el proceso de alteración o desviación de la fisiología del ser humano, afectando una o varias partes del cuerpo, ya sea por una causa conocida o no, expresándose por medio de síntomas o signos característicos”.<sup>44</sup>

La adolescencia es el periodo de la vida, en donde el ser humano atraviesa por los mejores índices de salud y calidad de vida, los cuales le permitirán llevar a cabo las tareas necesarias para poder alcanzar la adultez plena.

Sin embargo, la mayoría de las enfermedades no transmisibles que se presentan durante la vida adulta, están estrechamente relacionadas con conductas a las que se exponen o practican los jóvenes, dentro de los cuales se destaca: el consumo de alcohol, el fumado, consumo de sustancias nocivas, sedentarismos, malos hábitos alimenticios, conductas sexuales riesgosas, entre otras.

Un estudio realizado por la “Revista Chilena en el 2014<sup>45</sup> sobre calidad de vida relacionada con enfermedades en adolescentes menciona que las patologías más frecuentes son: enfermedades del aparato respiratorio, traumatismos o envenenamientos, enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades del ojo y enfermedades del aparato digestivo.

Según el UNICEF <sup>46</sup>, los principales problemas de salud en los adolescentes son:

- Embarazos y parto precoz.
- VIH
- Otras enfermedades infecciosas como: la diarrea, infecciones de las vías respiratorias inferiores y meningitis figurando entre las principales causas de muerte entre los 10 y 19 años en países de recursos bajos.
- Depresión y suicidio: son la tercera causa de discapacidad y mortalidad en este grupo etario, factores de riesgo como ambientes de violencia intra o extra familiar, acoso físico o emocional por sus compañeros (bullying), entre otros aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales y del comportamiento.
- Alcohol, tabaco y drogas.
- Traumatismos: las lesiones involuntarias y los ahogamientos son la principal causa de mortalidad, se estima que en el 2015 murieron ahogados 57000 adolescentes en su gran mayoría hombres.
- Malnutrición y obesidad.
- Actividad física y nutrición: la anemia por carencia de hierro es un problema bastante importante que afecta a los jóvenes sin tratamiento esto genera discapacidad y muerte.

Por las situaciones anteriores, la OMS, en mayo del presente año, publica una guía sobre la aplicación mundial de medidas aceleradas en favor de la salud de los adolescentes “Global Accelerated Action for the Health of adolescents”<sup>47</sup> su objetivo es prestar asistencia a los gobiernos a la hora de decidir que proveer, que hacer y como para responder a las necesidades sanitarias de los adolescentes de sus países.

### **2.3.1 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas**

Fisiológicamente, el sistema endocrinológico resulta indispensable para mantener el equilibrio interno conocido como homeostasis del organismo. Su función principal es liberar sustancias llamadas hormonas al torrente sanguíneo las cuales desempeñan una función de mensajeros químicos en ciertos órganos del cuerpo humano, permitiendo que dicho órgano produzca una respuesta en función del mensaje que emite el sistema endocrino, que funciona por medio de un sistema de retroalimentación positivo o negativo, de acuerdo con las necesidades del organismo.

Una alteración en este sistema genera una disfunción patológica. En los últimos años ha habido un aumento considerable en los casos que se reportan de enfermedades endocrinas y metabólicas, su diagnóstico no prevalece en un rango específico de edad, pues se ha visto que son tanto vulnerables niños, como jóvenes y los adultos.

Malos estilos de vida, el sedentarismo, el descuido de un control médico adecuado, la predisposición genética sumados a prácticas insanas como las anteriores han sido los principales determinantes de la causalidad de dichas enfermedades.

El Dr. Claudio Libermant<sup>48</sup> menciona que los estudios epidemiológicos en esta especialidad son escasos; no obstante, uno de los más completos ha sido una revisión publicada en el año 2009 en Estados Unidos por los Doctores SH Golden y Col donde se tomaron 54 patologías endocrinológicas observándose el aumento y prevalencia principalmente de obesidad, diabetes mellitus y enfermedades tiroideas, en su mayoría asociadas a problemas nutricionales o del metabolismo.

El manual de codificación CIE10<sup>49</sup> se refiere a todas las enfermedades endocrinológicas, nutricionales y metabólicas en el capítulo IV, son codificadas desde E00 hasta la E99 y agrupadas de la siguiente manera: trastornos de la glándula tiroides, diabetes mellitus, otros

trastornos de la regulación de la glucosa y de la secreción interna del páncreas, trastornos de otras glándulas endocrinas, desnutrición, otras deficiencias nutricionales, obesidad y otro tipo de hiperalimentación y trastornos metabólicos, posteriormente, cada patología es clasificada en su grupo correspondiente.

Los trastornos relacionados con la nutrición como el sobre peso y la obesidad, son cada vez más frecuentes en los adolescentes, estando presentes casi siempre desde la niñez. Esto genera un problema, ya que asociado a esta condición en edades tempranas se presentan problemas metabólicos mayores en la vida adulta.

García Continente et al<sup>50</sup>, en el año 2015, realizan un estudio con 3809 adolescentes de 13 a 18 años en Barcelona donde obtienen como resultados que la prevalencia de exceso de peso en porcentajes es más frecuente en hombres con 21.6% sobrepeso y 6.2% obesidad y en mujeres un 20.6% de sobrepeso y obesidad 3.7%.

En ambos sexos, la causa está asociada a factores como sobrepeso en edades menores, una menor ingesta de alimentos saludables, en su mayoría los adolescentes no desayunan y esto disminuye el aporte calórico y energético, generando un aumento del peso y el sedentarismo.

Por ende, la obesidad y el sobrepeso resulta un problema relevante de salud pública a nivel mundial y confirman la importancia de insistir en mejorar la alimentación, cumplir los tiempos de comida establecidos y realizar actividad física, de manera que se incluya todo el círculo familiar, esto evitará complicaciones a futuro.

### **2.3.2 Trastornos mentales y del comportamiento**

Según mencionan Jesús Pedro Cuesta et al<sup>51</sup>, desde el año 2000 las publicaciones de salud mental han sido muchas, pues es considerado como un problema de salud pública, por lo

que el conocimiento de dichas alteraciones patológicas, debe ser de gran importancia en cada país.

La mayoría de personas que padecen trastornos mentales o del comportamiento presenta discapacidad, debido a que ocurre una alteración en su funcionamiento y desarrollo emocional, cognitivo y social, excluyéndolos de una vida normal.

El consenso del GEITDAH<sup>52</sup>, conocido como El Grupo de Especial Interés en el Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad, en Barcelona, menciona que muchas de las consultas que se atienden son de niños y adolescentes traídos por sus padres con trastornos mentales o del comportamiento, surgiendo un cambio en su conducta.

Estos trastornos afectan a los niños y adolescentes en un rango promedio de entre en 15% y 30% de dicha población. Muchos sufren una baja en su rendimiento escolar, pensamientos e intentos suicidas o abuso de sustancias como drogas.<sup>53</sup>

El CIE10<sup>49</sup> cita los trastornos mentales y del comportamiento en el capítulo V codificándolos desde la F00 hasta la F99 y agrupándolos de la siguiente manera: trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos, esquizofrenia, trastornos esquizotípicos, y trastornos delirantes, trastornos del humor afectivos, síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, retraso mental, trastornos del desarrollo psicológico y trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y la adolescencia.

Un estudio sobre la prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 a 17 años, en Colombia, en el año 2013, indica que el trastorno depresivo o depresión es uno de los más frecuentes en niños y jóvenes. Los resultados exponen que, de una muestra de 1520, 108 jóvenes presentaban depresión el diagnóstico se hizo utilizando los criterios

del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV, en cuanto al sexo las más afectadas son las mujeres con 66.7%.

Dentro de los factores de riesgo se determina que la ausencia de la figura paterna en el hogar es un detonante depresivo, el uso de drogas, la convivencia con un familiar que presente un trastorno mental generan depresión en los jóvenes y la violencia intrafamiliar.<sup>54</sup>

La depresión no es una patología única tiende a coexistir con factores de riesgo como los anteriores o con afectaciones mentales. La guía española de Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia<sup>55</sup> indica que un 40 a 70% de los jóvenes diagnosticados, presentan comorbilidades que empeoran el pronóstico como: trastorno de ansiedad en un 80%, trastorno distímico un 30%, abuso de drogas 20-30% y trastorno del comportamiento en un 10-20%.

Otro problema bastante importante en los jóvenes es el consumo de drogas ilegales que afectan su conducta psicológica, según Juan Carlos Sánchez Sosa et al<sup>56</sup>, adolescentes de 12 a 17 años han consumido al menos una vez una o varias drogas ilegales.

El Unicef<sup>57</sup> menciona que en la actualidad el acceso a las drogas en los colegios es fácil. Se realizó una encuesta a 4000 jóvenes, donde las drogas más usadas son: marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis y alcohol. El 24% en edades de 12 a 17 años se ha embriagado al menos una vez, y el 22% ha probado el cigarrillo.

### **2.3.3 Enfermedades del aparato respiratorio**

Millones de personas a nivel mundial presentan afectaciones en su aparato respiratorio desde sus primeros años de vida hasta la vejez, generando una inmensa carga para la salud. La gran mayoría de enfermedades respiratorias son crónicas y afectan estructuras anatómicas como las vías respiratorias y algunas estructuras del pulmón.

Los pulmones son órganos esencialmente vitales y a su vez vulnerables, ya que es el único órgano interno que está diariamente expuesto al ambiente externo. La sensación de no poder respirar, genera una gran angustia en los pacientes que presentan estas patologías.

La OMS estima que en el año 2004 se contaba con un aproximado de 235 millones de personas asmáticas, 64 millones con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y muchos millones de personas más con patologías como rinitis alérgica y otras en muchas ocasiones no diagnosticadas.<sup>58</sup>

El manual de codificación CIE10<sup>49</sup> clasifica las enfermedades del sistema respiratorio en el capítulo X desde la J00 hasta la J99 las divide en: infecciones respiratorias agudas superiores, infecciones respiratorias agudas inferiores, otras enfermedades de las vías aéreas superiores, enfermedades crónicas, enfermedades pulmonares por agentes externos, otras enfermedades pulmonares intersticiales, condiciones supurativas y necróticas del tracto respiratorio inferior y otras enfermedades. A su vez, cada una de ellas es subdividida en las patologías correspondientes.

La Sociedad Europea de Enfermedades Respiratorias<sup>59</sup>, en el año 2013, menciona por medio del foro de sociedades Internacionales de Enfermedades Respiratorias que las cinco más frecuentes a nivel mundial son: en primer lugar, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica conocida por sus siglas como EPOC, en segundo lugar, cita el asma la cual afecta

en su mayoría a los niños y adolescentes, en tercer lugar, infecciones respiratorias agudas, en cuarto lugar se menciona la tuberculosis y, por último, cáncer de pulmón.

De acuerdo con la guía del asma Global Initiative For Asthma conocida por sus siglas como GINA<sup>60</sup>, el asma es una enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores con una obstrucción reversible al flujo de las mismas debido, a un edema inflamatorio y un espasmo bronquial, su clínica se caracteriza por presentar sibilancias, disnea y tos generalmente no productiva, con un patrón de evolución variante, los episodios pueden ser causados por agentes tanto internos como externos.

Según Viviana Lezana<sup>61</sup>, se han realizado bastantes estudios poblacionales en América Latina sobre la epidemiología del asma en los infantes y adolescentes, sin embargo, el más relevante ha sido el Estudio Internacional de Asma y Alergia en la infancia conocido por sus siglas en inglés como ISAAC.<sup>62</sup>

El estudio es una investigación mundial que habla sobre la prevalencia y factores de riesgo asociados al asma y otras enfermedades alérgicas de la infancia como rinitis y eczema. Se describe que la prevalencia de asma en niños de 13 a 14 años en Costa Rica es de 3200 con un porcentaje de 18.5% siendo este el tercer país más afectado en este grupo, en primer lugar, se encuentra Puerto Alegre con un porcentaje de 21.9% y Recife en segundo lugar con 20.9%.

En términos globales y poblacionales, el estudio se ha practicado en países latinos como: México, Chile y Argentina, los cuales se sitúan con una prevalencia de síntomas entre el 5-10%, países como Uruguay, Panamá y Paraguay presentan una prevalencia del 15-20%, lo cual resulta verdaderamente preocupante, pues Costa Rica supera los índices de los anteriores con un 22% de prevalencia de los síntomas del asma.<sup>63</sup>

Lo bueno es que en la actualidad se cuentan con excelentes terapias, gracias a las cuales la mortalidad ha disminuido, la calidad de vida mejora para realizar actividades diarias casi como una persona sana, se requieren menos ingresos hospitalarios, siempre y cuando exista una adecuada respuesta, si se da un uso correcto del medicamento y un buen apego al mismo.

#### **2.2.4 Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa**

A nivel mundial, los traumatismos y los envenenamientos en los adolescentes se sitúan dentro de las primeras causas de muerte, se debe tener en cuenta que la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad como se hizo mención anteriormente y muchos de los jóvenes no saben cómo afrontar las situaciones que experimentan día a día.

El CIE10<sup>49</sup> se refiere a los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa en el capítulo XIX, codificando las patologías desde la S00 hasta la T98, se agrupan de la siguiente manera: por mencionar traumatismos para cada región anatómica, traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo, quemaduras, congelamiento, envenenamiento por drogas, medicamentos o sustancias, entre otras.

El suicidio es una de las condiciones de riesgo de mayor atención y cuidado, constituye la tercera causa de muerte en jóvenes de entre 11 y 18 años. La OMS menciona que en el año 2014 hubo un incremento del 60% de las cuales un 10 a un 20% son intentos fallidos, generalmente en personas que buscan métodos menos letales como los envenenamientos principalmente jóvenes. Las mujeres lo intentan más que los hombres; sin embargo, ellos utilizan métodos mucho más letales.<sup>64</sup>

Los envenenamientos pueden ser por sustancias farmacológicas o no farmacológicas, hongos, plantas, animales ponzoñosos, metales pesados y abuso de drogas. Estudios de la

OMS en el año 2012 indican que la cifra de envenenamientos fue de 193,460 personas, el 12.1% pertenece a niños menores de 5 años, y el 6.1% abarca a los adolescentes.<sup>65</sup>

Por otra parte, los traumatismos en el país y a nivel mundial representan la principal causa de muerte o discapacidad en niños, adolescentes y adultos jóvenes ya sea intencional o accidental.

La revista de Medicina Legal de Costa Rica<sup>66</sup>, en el año 2014, realiza una revisión de muertes violentas en menores de 18 años en el país en marzo del 2010. La muerte infantil ocurre en un 95% por lesiones intracraneales severas y 64% debido a traumas craneoencefálicos. El suicidio por intoxicación es la primera causa de muerte en niñas.

Según el estudio, las principales causas de muerte que predominan en Costa Rica en el año 2010 son: 34% asfixias, 31% accidentes de tránsito, 12% armas de fuego e intoxicaciones un 5%. La provincia con mayores casos es San José con un 28%, Limón y Puntarenas ambas con 17% y en tercer lugar Alajuela 14%.

En octubre del año 2013, Pino et al<sup>67</sup> publican la epidemiología de patologías traumáticas en la población pediátrica en el país de Chile, las muertes por causas externas ocupan el cuarto lugar, las principales son accidentes de tránsito, envenenamientos y otras causas externas. Según los datos anteriores, en Costa Rica y a nivel mundial, las lesiones por traumatismos y otras causas externas son bastante frecuentes y deben ser cuidadosamente tratadas y prevenidas.

## 2.4 SALUD

La salud en todos sus ámbitos ha sido estudiada desde la antigüedad, siempre en la busca del beneficio para el ser humano. En la mitología griega se menciona a Asclepio padre de la medicina y una sus hijas de ellas Hygea considerada por un grupo de médicos que llevo a roma desde el año 239 a.c como la diosa de la salud y la prevención. Su representación es de una joven bella y fuerte que sostiene en su mano una copa y una serpiente enrollada en su brazo izquierdo que sigue en dirección a esta, representado la vida.

En sus inicios la alteración de la salud se centralizaba en un pensamiento mágico- religioso por un castigo divino, no obstante, Hipócrates constituido como el modelo del médico ideal en la actualidad, sostenía que la salud era lo más importante que el hombre podía tener, por ende, se debe valorar, proteger y responder con atención adecuada ante la presencia de enfermedad. La base de la medicina es conservar la salud.

Para fomentar la salud dentro de sus escritos Hipócrates describe algunos como: caminar es la mejor medicina para el hombre, que la comida sea el alimento y el alimento la medicina, si se encontrara el modo de que cada persona hiciera la cantidad correcta de ejercicio y recibiera el alimento necesario, ni en exceso ni en defecto se habría encontrado la fuente para preservar la salud.

A principios del siglo XIX, el concepto de salud era considerado como aquel individuo sano que no presentaba síntomas, ni signos de algún tipo de alteración patológica. No obstante, en 1943, la OMS define salud como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”<sup>19</sup>. En si la salud es una cadena de procesos biológicos del cuerpo humano, del medio externo, de las relaciones sociales y económicas que interactúan entre sí, cuando ocurre alteración de uno o varios la salud se ve comprometida.

Según el Dr. Pedro Lain Entralgo<sup>68</sup>, en su libro *Antropología Médica*, la definición de la OMS es escasa el plantea que para poder definir salud se necesitan varios criterios objetivos y uno subjetivo. En cuanto a los criterios objetivos menciona que el ser humano debe permanecer ileso, esto quiere decir sin ningún tipo de lesión, debe ser limpio, normorreactivo, útil e integrado a la sociedad, para que un médico considere su estado como sano. El subjetivo es el sentimiento de estar sano que experimenta el ser humano.

Elodie Giroux<sup>69</sup>, en su artículo *¿Qué es la salud en la población?*, considera que el concepto de salud ha tenido una connotación individualista, se refiere al hecho de la importancia que tiene la epidemiología moderna en la integración del término salud, ya que la alteración o estabilidad ocurre por factores de riesgo y la predisposición que presenta cada individuo para desarrollar una enfermedad.

Por la complejidad de las definiciones anteriores, en 1974 Marc Lalonde, Ministro Canadiense de Salud introduce los determinantes de la salud definidos por la OMS en 1998 como: “el conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones”<sup>70</sup> y son: el medio ambiente, estilo de vida, sistema sanitario y biología humana.

Estos factores que determinan la salud presentan un gran potencial para reducir los efectos negativos de la enfermedad y promover conductas que favorezcan la salud y calidad de vida.

En marzo del 2014, el Ministerio de Salud<sup>71</sup> redacta un análisis de la situación de salud en Costa Rica, para el año 2012 la expectativa de vida era de 81 años en mujeres y 76 en hombres, el 20.6% de los hogares presentaban pobreza, sin embargo la pobreza extrema en el año 2013 representa solo un 6.4% de la población. En el censo del 2011, la tasa de alfabetización era del 97.6%, la mayor parte de la población activa labora y la presencia de

enfermedades trasmisibles y no trasmisibles pueden ser abordadas con tratamientos adecuadas y aplicando la promoción y prevención de dichas.

En comparación en el año 2015, en México, la esperanza de vida oscila para ambos sexos entre los 74.5 años, en comparación con otros países es bastante baja, las enfermedades no trasmisibles son las que predominan causando la muerte en adultos de 40 años en adelante, mientras que los jóvenes de 15 a 19 años fallecen por lesiones externas como homicidios, suicidios y accidentes de tránsito.

Muchos estados no cuentan con agua potable, la infraestructura en todos los estados del país no es adecuada, existen condiciones de hacinamiento y el ingreso a los centros de salud se dificulta a ciertas poblaciones mexicanas, el consumo de alimentación saludable también es un factor de riesgo para la salud de este país.<sup>72</sup>

A pesar de que Costa Rica es un país en vías de desarrollo, presenta salud de primer mundo en comparación con otros países, la tasa de esperanza de vida es alta, el nivel de deserción escolar es bajo, existe gran accesibilidad a los centros de salud y se cuenta con una adecuada infraestructura sanitaria, lo cual beneficia por completo la salud de la población.

La salud en toda la población, pero con mayor insistencia en niños y adolescentes, debe estar enfatizada en la promoción y prevención, ya que esto concientiza a las personas a desarrollar buenas prácticas y estilos de vida saludable.

El énfasis es desarrollar habilidades y capacidades en los jóvenes que los conduzcan a implementar y practicar las condiciones de vida saludables, para obtener un sano desarrollo.

Fortalecer los factores protectores de la salud, en los primeros años de la adolescencia facilita el desarrollo de una adecuada salud integral. Desde esta perspectiva, se requiere no

solo el compromiso individual del joven sino también de un modelo interdisciplinario donde se involucren todas las personas que rodean la vida del adolescente, desde su familia, la comunidad, el entorno escolar y el apoyo entre contemporáneos.

Fomentar el ejercicio y actividad física forma parte de las conductas beneficiosas de la salud. Un estudio publicado en el año 2011 por la Universidad del País Vasco<sup>73</sup> sobre “El clima familiar deportivo y el autoconcepto físico en la adolescencia” señala que la adolescencia es una etapa decisiva en lo que respecta a la realización de actividad física, ya que las tasas de sedentarismo aumentan conforme aumenta la edad y los padres juegan un papel importante en promover esta práctica en sus hijos.

En cuanto a la nutrición, la ingesta adecuada de alimentos es esencial en los jóvenes, debido que en esta etapa aún persiste el desarrollo de estructuras anatómicas y se necesita el aporte adecuado de energía.

Según Sagrario Martín<sup>74</sup>, los jóvenes deben consumir una dieta balanceada en hidratos de carbono, proteínas, vitamina, grasas y la ingesta de agua para generar la energía recomendada que el cuerpo necesita según la edad. Los padres deben cuidar que sus hijos no omitan ninguno de los tiempos de comida establecidos, se debe disminuir el consumo de comidas rápidas y no involucrar a los adolescentes en dietas que no sean recomendadas por un profesional de la salud.

Referente a la sexualidad, en la actualidad, sucede que las primeras experiencias de prácticas sexuales ocurren en edades cada vez más tempranas, generando un incremento en embarazos no deseados e infecciones por enfermedades de transmisión sexual.

La impulsividad y los cambios hormonales generan que los adolescentes practiquen la sexualidad de manera riesgosa, sin tomar en cuenta las consecuencias posibles; no

obstante, es difícil ejercer control sobre la sexualidad de los jóvenes, por lo que se debe promover las practicas sanas, contemplando el riesgo que con lleva.

B. Gigliola Cannoni et<sup>75</sup> al mencionan que se debe implementar la consejería sobre los embarazos y el contagio de enfermedades de trasmisión sexual, ya que fomenta que los adolescentes tomen decisiones y desarrollen conductas seguras.

Los jóvenes deben contemplar y estar seguros de varios aspectos: la actividad sexual con doble protección es una conducta más segura, tener la capacidad de identificar las relaciones sexuales de riesgo, reforzar positivamente la actividad sexual protegida y el acceso a diferentes métodos anticonceptivos.

La implementación de estilos de vida saludables desde la niñez, siendo insistentes en la adolescencia desde etapas tempranas, mantiene la salud y la calidad de vida y disminuyen el riesgo de enfermedades precoces en la vida adulta.

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

La investigación realizada presenta un enfoque de tipo cuantitativo, en el cual se utiliza la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones en los datos y verificar las hipótesis.

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Se realiza un proceso de investigación de tipo descriptivo, analizando las encuestas realizadas por los estudiantes del Colegio México, donde se describen los hechos como son observados y analizados.

### **3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

Área de estudio: Colegio México, ubicado en Aranjuez, provincia San José, Costa Rica, avenida 15.

Fuentes de información primaria: Estudiantes de secundaria del Colegio México.

Fuentes de información secundaria: Artículos de revisión basados en estudios realizados en diferentes países latinoamericanos, como México, Chile, Cuba, Colombia, entre otros.

Universo: Estudiantes de secundaria de Costa Rica.

#### **3.3.1 Población**

En la presente investigación se utiliza una población de 558 alumnos.

### 3.3.2 Muestra

La muestra es determinada utilizando el programa de cálculo de muestra de la Universidad Nacional del Nordeste de Argentina<sup>6</sup>. Utilizando el 95% de confiabilidad correspondiendo a 300 estudiantes.

Se realizó una asignación proporcionada para cada año por medio de un prorrateo.

**Tabla N° 1** Selección de la muestra por medio del Prorrateo en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017.

Grado	Cantidad de estudiantes	R%	Estudiantes de la muestra
7°	128	23%	69
8°	124	22%	66
9°	101	19%	57
10°	99	17%	51
11°	106	19%	57
n=	558		300

Fuente: Elaboración propia, 2017.

El muestreo es no probalístico, debido a que está conformada por personas seleccionadas bajo los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

### **3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión**

Inclusión:

- Estudiantes que asistan al Colegio México.
- Estudiantes de 12 a 17 años.
- Estudiantes de ambos sexos.
- Estudiantes presentes el día de la evaluación.

Exclusión:

- Estudiantes que no tengan el consentimiento informado firmado.
- Estudiantes que presenten alguna discapacidad, problemas de lenguaje y audición.
- Estudiantes que no llenen completamente el cuestionario.

### **3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

En la presente investigación se va a aplicar el cuestionario KIDSCREEN 52, un cuestionario con traducción al castellano aplicado en más de 20 países latinoamericanos y traducidos en Europa.

En el año 2001, surge el plan para desarrollar el KIDSCREEN-52 establecido como un proyecto multicéntrico por Screening for and Promotion of Health Related Quality of Life in Children and Adolescent conocido por sus siglas como KIDSCREEN.

El proyecto constó de 3 fases: 1. Desarrollo del instrumento: en esta fase se logra la creación de los ítems y dimensiones, la traducción a diferentes idiomas europeos y, por último, el plan piloto donde se aplicó el cuestionario traducido en adolescentes españoles de los 8 a 18 años. 2. Administración del cuestionario a 13 países entre ellos: Alemania, Austria, España, Francia, Países bajos, Reino Unido, Suiza, posteriormente se incorporan; Grecia, Hungría, Irlanda, Polonia, República Checa y Suecia. 3. Implementación del cuestionario en diferentes contextos.<sup>76</sup>

Es un cuestionario auto administrado a niños y o adolescentes de 8 a 18 años. Consta de 52 ítems que evalúan 10 dimensiones. Las respuestas se categorizan por una escala de Likert,<sup>77</sup> conformada por 5 opciones que evalúan: frecuencia o en algunos casos la intensidad de la pregunta, con un periodo de recordatorio de la última semana.

Se debe tener presente que en cada país se aplican diferentes puntajes y se manejan distintos puntos de referencia, sin embargo, se utilizan valores estándar en todos los países que han implementado el test, como, por ejemplo: una media de 50 y una desviación estándar de 10, con el fin de una mayor facilidad de uso y comparabilidad entre países, donde mayores puntajes hacen referencia a una mayor calidad de vida.<sup>1</sup>

Validaciones realizadas en varios países tanto de Europa como de América del Sur, entre ellos: España, Venezuela, Argentina indican que el cuestionario utiliza parámetros como el Alfa de Cronbach, instrumento utilizado para medir la fiabilidad, en una escala con un puntaje de 1 como punto máximo. Conforme el puntaje más se aproxime a este valor, la fiabilidad es más certera.<sup>78</sup>

#### **3.4.1 Validez del KIDSCREEN 52**

La validez del cuestionario presenta diferencias mínimas de 0.2, 0.5 y 0.8. El análisis factorial confirmatorio válido de las diez dimensiones, con una raíz cuadrada medida del error de aproximación= 0.025 y un índice de ajuste comparativo = 0.94.<sup>79</sup>

#### **3.4.2 Confiabilidad**

El cuestionario presenta un coeficiente Alfa de Cronbach entre 0.74 y 0.86 y un coeficiente de correlación entre 0.55 y 0.79 con un análisis Rash satisfactorio para cada uno de los ítems de las dimensiones.<sup>79</sup>

**Tabla N° 2** Validez y fiabilidad del cuestionario KIDSCREEN 52 en Costa Rica, aplicado en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017.

Dimensiones	Alfa de Cronbach
<b>KIDSCREEN 52</b>	
Bienestar físico	0.85
Bienestar psicológico	0.83
Estado de ánimo y emociones	0.84
Autopercepción	0.84
Autonomía	0.84
Relación con los padres y vida familiar	0.84
Recursos económicos	0.85
Amigos y apoyo social	0.87
Entorno escolar	0.85
Aceptación social	0.86
Total	0.86

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La fiabilidad del instrumento total obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86 y las dimensiones mostraron puntuaciones mayores a 0.83, la dimensión con mayor puntuación es amigos y apoyo social con 0.87.

### **3.4.3 Dimensiones del KIDSCREEN 52**

La estructura del instrumento final se logró y aceptó por una revisión bibliográfica exhaustiva seguida por un estudio de tipo Delphi<sup>80</sup> donde se utilizó las dimensiones descritas y desarrolladas por el GRUPO WHOQOL en cuanto a calidad de vida.

El KIDSCREEN-52 presenta 52 ítems pertenecientes a 10 dimensiones: (1) bienestar físico, (2) bienestar psicológico, (3) estado de ánimo y emociones, (4) autopercepción, (5)

autonomía, (6) relación con los padres y vida familiar, (7) recursos económicos, (8) amigos y apoyo social, (9) entorno social, (10) aceptación social.<sup>1</sup>

**Bienestar Físico:** examina la habilidad para lograr actividades diarias, de acuerdo con la autopercepción del niño o adolescente. Esta dimensión se compone de 5 preguntas, las cuales valoran el nivel de actividad física que realiza la población estudiada.

**Bienestar psicológico:** compuesta por 6 preguntas, examina, la psicología del niño o joven incluyendo sus emociones positivas y satisfacción con la vida, dentro de las preguntas se evalúa si en su diario vivir experimenta pensamientos positivos, felicidad, gozo, satisfacción, entre otros.

**Estado de Ánimo y Emociones:** esta dimensión consta de 7 preguntas que abordan experiencias negativas, depresivas o situaciones de estrés, desde la autopercepción del niño o adolescente, exponiendo sentimientos de tristeza, soledad, autoconfianza y resignación.

**Autopercepción:** esta dimensión está integrada por 5 preguntas que estudian la percepción que tiene el joven de sí mismo, de su cuerpo e imagen desde un punto de vista positivo o negativo, preguntando si el adolescente o niño se siente o no feliz con su forma de ser, su vestimenta y su cuerpo en relación con él y con sus pares.

**Autonomía:** esta dimensión evalúa las oportunidades que ha tenido el niño o adolescente, para construir su propio tiempo libre o tiempo social, por medio de la autonomía se examina el desarrollo de la identidad individual, explora si el adolescente tiene la capacidad de ser autosuficiente e independiente, con preguntas como: pasatiempos, tiempo libre y tiempo con sus amigos.

**Relación con los padres y Vida Familiar:** este punto evalúa específicamente si el adolescente se siente o no amado en el hogar. Se analiza la relación de este con sus padres, intentando conocer el clima en el hogar y la atención que el adolescente percibe. Esta dimensión consta de 6 preguntas.

Recursos Económicos: evalúa la estabilidad financiera percibida por el niño o adolescente. Se trata de establecer una relación del niño o adolescente respecto a sus pares y su capacidad adquisitiva, financieramente hablando.

Esta evaluación cuenta con 3 preguntas.

Amigos y Apoyo Social: este punto considera la relación social del niño o adolescente con sus amigos(as), además de examinar la naturaleza de estas relaciones y la calidad de las mismas. Entre otros aspectos, se intenta determinar el nivel de apoyo con el que cuenta el adolescente o al menos lo que percibe y en general la comunicación que se mantiene con los demás.

En este punto se aplican 6 preguntas.

Entorno Escolar: se explora la percepción del adolescente con relación a su ambiente escolar, aspectos como: su comodidad en el centro de aprendizaje, su felicidad, sus resultados académicos y su satisfacción escolar, entre otros, sin dejar de lado su relación con sus profesores(as). Consta de 6 preguntas.

Aceptación Social: esta dimensión examina la percepción que tiene el niño o adolescente con relación a la aceptación de otros(as) niños(as), sus miedos, amenazas, además de si es o no víctima de un aspecto muy común hoy en día, como el “bullying”. Son aplicables 3 preguntas.

### **3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es observacional, descriptiva de tipo transversal de prevalencia debido a que se trabaja con los datos que son recolectados en un único momento. Para evaluar las diferencias de promedios y desviaciones estándar en cada una de las dimensiones en relación con las variables, se utilizó la prueba de igualdad de promedios t de Student la cual compara dos categorías dentro de una variable dependiente confirmando o rechazando una hipótesis. Se utilizó el Software STATA 13.

Para el presente estudio y la adquisición de los resultados, se utiliza una muestra de 300 adolescentes de una población de 558 alumnos que pertenecen al Colegio México, los adolescentes tienen edades entre los 12 a 17 años y se estudian tanto mujeres como hombres.

Como primer procedimiento, se entregó un consentimiento informado a los padres y encargados de los jóvenes para aplicar el cuestionario KIDSCREEN 52. Solo se tomaron en cuenta los jóvenes a quienes sus padres autorizaron a participar en el estudio, del 100% de la población, el 95% de ellos contaba con autorización de sus padres.

En segundo lugar, se realizó la selección por el prorrato y se aplicó el cuestionario a los adolescentes de la muestra, los cuales respondieron en su totalidad las 52 preguntas del instrumento.

En tercer lugar, se crea una base de datos en google drive donde se inscribe cada cuestionario para así poder generar la base de datos, los resultados generales de cada dimensión en relación con las variables son obtenidos por el Software STATA 13, por medio de comandos para generar cada porcentaje, desviación estándar y prueba de igualdad de promedios.

Posterior a los resultados estadísticos, se examinan y tabulan formando gráficos y tablas con la información obtenida los cuales incluyen las variables de interés del estudio y las

dimensiones que evalúan calidad de vida y salud en los adolescentes y se realiza el análisis correspondiente.

### 3.6 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Fuente
Caracterizar la población estudiada por sexo, edad y grado de escolaridad en los adolescentes del Colegio México.	Sexo	Se define como la condición orgánica, masculina o femenina del ser humano, de los animales y las plantas.	Masculino  Femenino	KIDSCREEN-52
	Edad	Se define como el tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Edades: 12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años	
	Grado de escolaridad	Se define como cada una de las secciones en que sus alumnos se agrupan según su edad y el estado de sus conocimientos y educación	7° 8° 9° 10° 11°	

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Fuente
<p>Evaluar la autopercepción de la calidad de vida por sexo y edad en los adolescentes del Colegio México, según el instrumento KIDSCREEN-52.</p>	<p>Autopercepción de la calidad de vida.</p>	<p>Autopercepción: es la imagen que se hace el individuo de él mismo cuando se trata de evaluar las propias fuerzas y la autoestima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar físico.</li> <li>• Bienestar psicológico</li> <li>• Estado de ánimo y emociones.</li> <li>• Autopercepción</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Relación con los padres y vida familiar.</li> <li>• Recursos económicos.</li> <li>• Amigos y apoyo social</li> <li>• Entorno escolar</li> <li>• Aceptación social</li> </ul>	<p>KIDSCREEN-52</p>
		<p>Calidad de vida: se define como el conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa.</p>		

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Fuente
<p>Clasificar de acuerdo al CIE-10 las enfermedades o problemas crónicos que presentan los adolescentes del Colegio México.</p>	<p>Enfermedad o problemas crónicos.</p>	<p>Se define como la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestadas por síntomas y unos signos característicos y cuya evolución es más o menos predecible. En un largo periodo de tiempo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades del aparato digestivo.</li> <li>• Enfermedades del aparato respiratorio.</li> <li>• Patologías endocrinológicas, nutricionales y metabólicas.</li> <li>• Trastornos del comportamiento o alimenticio.</li> <li>• Enfermedades del sistema nervioso.</li> <li>• Enfermedades de la piel.</li> <li>• Enfermedades del ojo.</li> <li>• Enfermedades del aparato genitourinario.</li> <li>• Enfermedades del aparato circulatorio.</li> <li>• Trastornos</li> </ul>	<p>KIDSCREEN-52</p>

			<p>mentales o del comportamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Problemas psicosociales.</li><li>• Tabaquismo.</li><li>• Abuso de alcohol.</li><li>• Uso de drogas</li><li>• Estrés psicosocial.</li><li>• Conducta antisocial.</li><li>• Depresión.</li><li>• Ansiedad.</li><li>• Somatización</li><li>• Desordenes psiconeuroticos.</li><li>• No especifica enfermedad o problema crónico.</li></ul>	
--	--	--	--	--

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Fuente
Identificar las condiciones de riesgo por edad y sexo, que afectan la calidad de vida y la salud de los adolescentes del Colegio México según su autopercepción	Condiciones de riesgo	Condición: Se define como el estado o situación especial en que se encuentra alguien o algo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bullying.</li> <li>• Ausencia de comunicación familiar.</li> <li>• Sentimientos de frustración, tristeza o soledad.</li> <li>• Conducta antisocial.</li> </ul>	KIDSCREEN-52
		Riesgo: Se define como la contingencia o proximidad de un daño.		

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACION DE RESULTADOS**

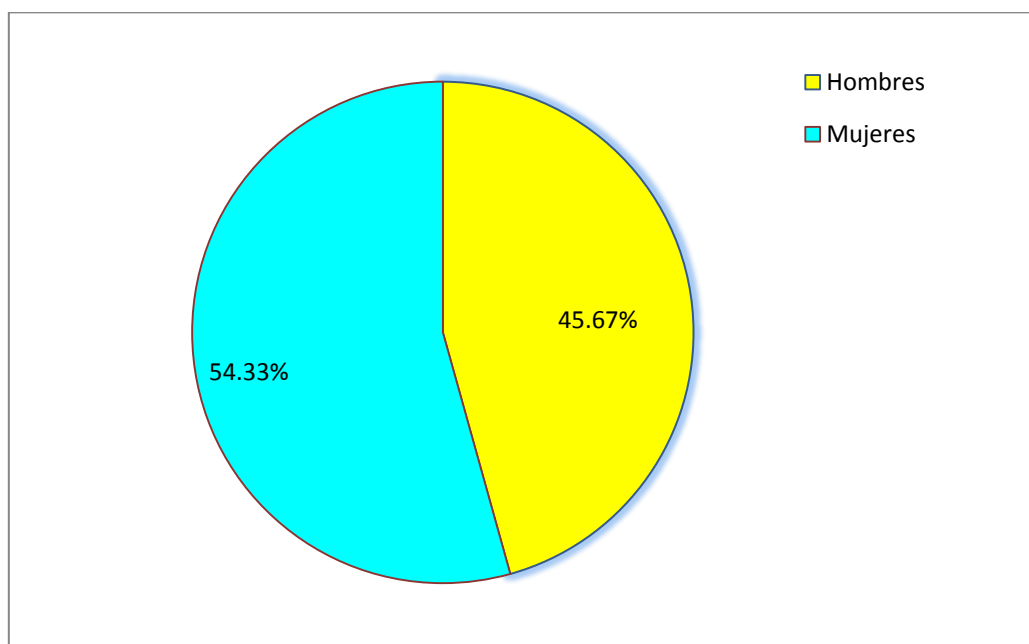
**Tabla N° 3** Descripción de la muestra, según distribución de las variables, enfermedad y problemas crónicos en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
Hombres	137	45.67%
Mujeres	167	54.33%
<b>Edades</b>		
12	16	5.33%
13	56	18.67%
14	55	18.33%
15	61	20.33%
16	60	20.00%
17	52	17.33%
<b>Grado</b>		
7°	69	23%
8°	66	22%
9°	57	19%
10°	51	17%
11°	57	19%
<b>Enfermedad</b>		
Si	87	29.19%
No	211	71%

Fuente: Elaboración propia, 2017

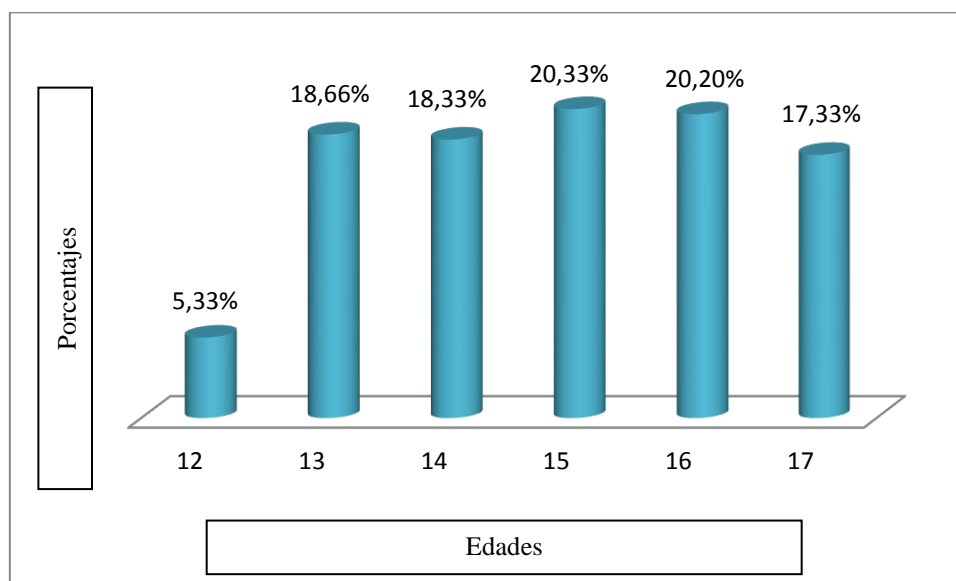
Se muestra la distribución de las variables, para la población total estudiada, la mayoría pertenecen al género femenino y en su mayoría se encuentran sanos.

**Figura N°1** Distribución por sexo en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.



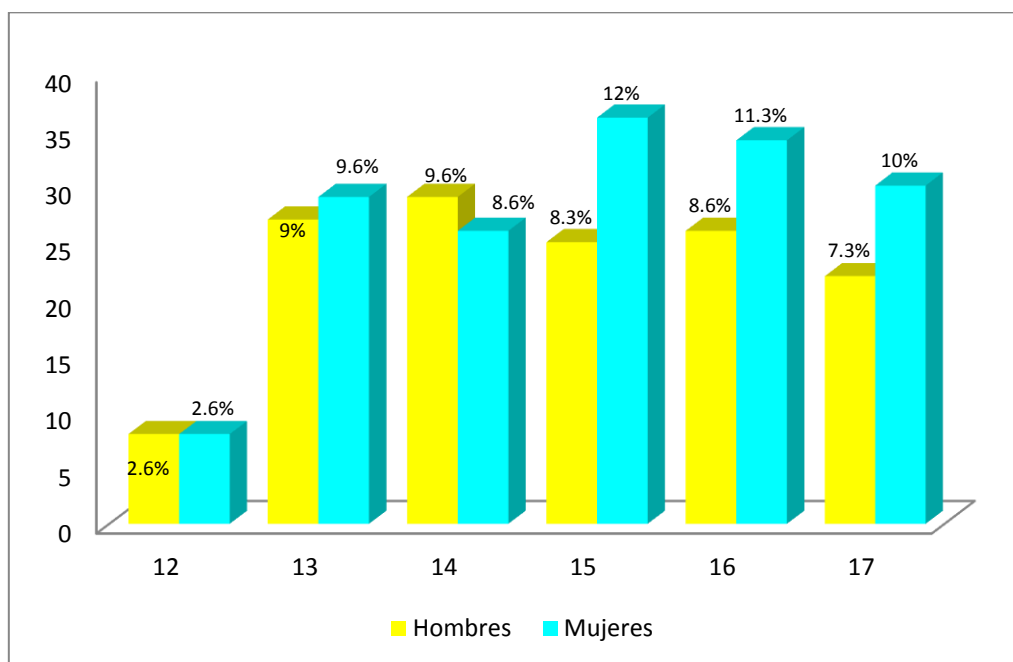
El gráfico número 1 muestra la distribución de los estudiantes de 12 a 17 años del Colegio México, según su sexo. Existe una prevalencia importante del sexo femenino en comparación con los hombres. De 300 estudiantes de la muestra, 163 son mujeres, con un porcentaje del 54.33% de la población y un total de 137 hombres, para un porcentaje de 45.67%.

**Figura N°2** Distribución por edades en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.



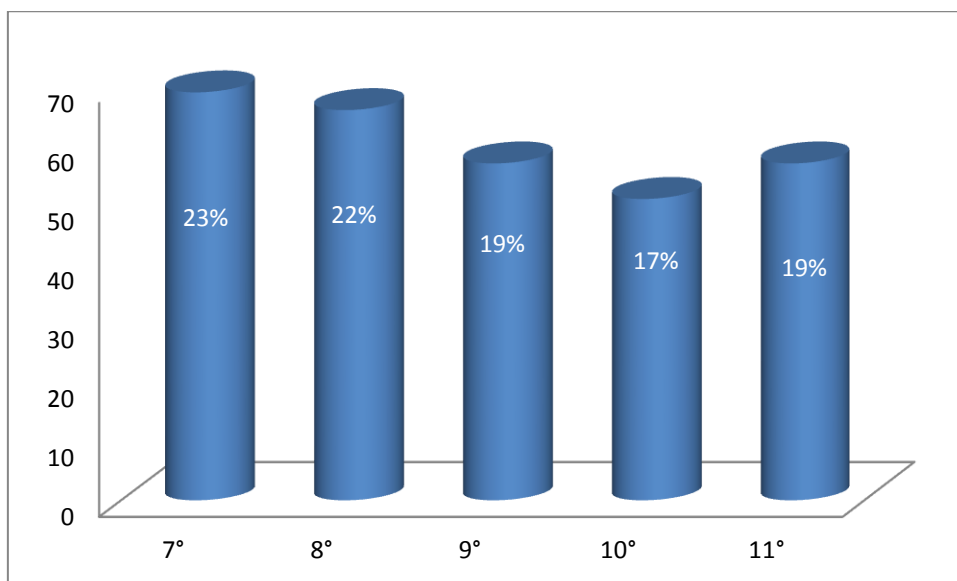
En el gráfico número 2 se observa que el mayor porcentaje de la población (n=300) está comprendida por jóvenes de 15 años lo que representa un 20.33% del total, en segundo lugar un 20% tienen 16 años y en tercer lugar un 18.67%, 13 años, en menor proporción 18.33% tienen 14 años, 17.33%, 17 años y un 5.33% tiene 12 años de edad.

**Figura N°3** Porcentaje de distribución de ambos sexos por edad, en adolescentes de 12 a 17 años del Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017



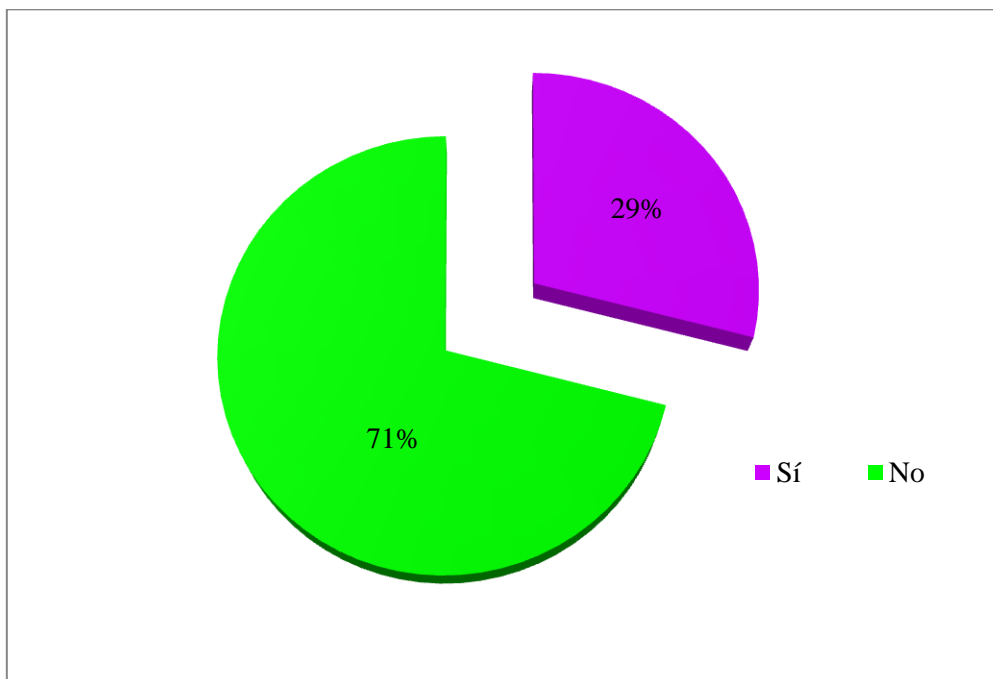
En el gráfico número 3 se muestra la relación de sexo por edades, la mayor cantidad de adolescentes cursa con una edad de 15 años, de estos 36 son mujeres y 25 hombres, se observa que en las edades de 13, 16 y 17 años la mayoría son mujeres, mientras que en el grupo de 14 años se encuentra en mayor cantidad los hombres.

**Figura N°4** Distribución por grado de escolaridad en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.



El gráfico número 4 describe la cantidad de adolescentes por grado de escolar, según la población (n=300), un 23% cursa séptimo grado, 22% están en octavo grado y los novenos y undécimos representa un 19% del total de la muestra para cada uno y, por último, un 17% cursa décimo año. Como se observa, la mayoría de estudiantes cursan el primer año de colegio.

**Figura N°5** Distribución por enfermedad y problemas crónicos en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.



En el gráfico 5 se observa que del total de personas estudiadas (n=300), 213 refirieron no presentar ninguna enfermedad, problema crónico o uso de sustancias, correspondiendo a un 71%, sin embargo, 87 jóvenes señalaron que presentaban algún tipo de patología o alteración que comprometía su salud, para un 29%.

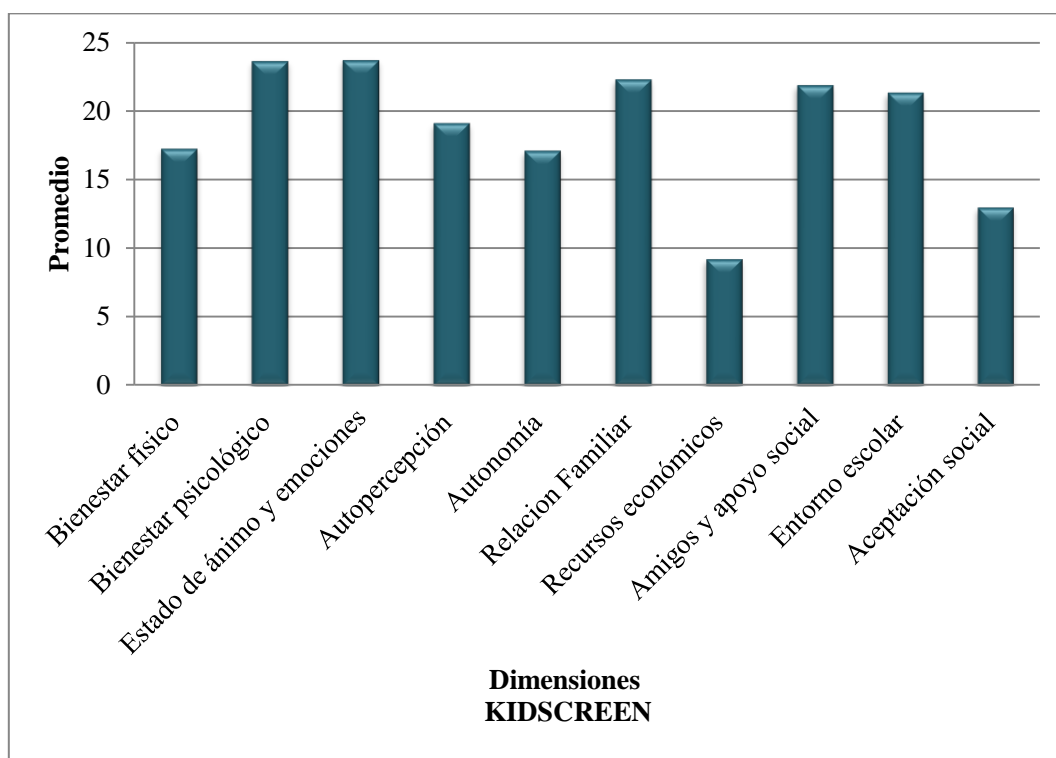
**Tabla N° 4** Promedio y desviación estándar general, según percepción de enfermedad y problemas crónicos en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017.

Dimensiones	Promedio	Desviación estándar
Bienestar físico	17.27	3.91
Bienestar psicológico	23.67	4.80
Estado de ánimo	23.74	6.10
Autopercepción	19.14	4.21
Autonomía	17.13	4.67
Relación con los padres	22.32	5.83
Recursos económicos	9.23	3.17
Amigos y apoyo social	21.9	3.98
Entorno escolar	21.36	4.53
Aceptación social	12.99	2.34

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La tabla muestra los promedios generales para cada dimensión, donde las mayores puntuaciones se sitúan en la dimensión de estado de ánimo y emociones con 23.74 y bienestar psicológico 23.67, en general las de menor puntuación son, recursos económicos con un puntaje rash de 9.23 y aceptación social 12.99.

**Figura N°6** Promedio general de las dimensiones del KIDSCREEN-52 en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.



En el gráfico 6 se describe el promedio general de las dimensiones valoradas en el cuestionario KIDSCREEN-52 aplicado a los adolescentes del Colegio México, en general, se muestra que las dimensiones con mejor puntaje son: estado de ánimo y emociones 23.74 y bienestar psicológico con 23.67, en tercer lugar, la dimensión de relación familiar presenta un puntaje adecuado 22.32. Las puntuaciones más bajas se encuentran en la dimensión de recursos económicos 9.23 y aceptación social con 12.99.

**Tabla N° 5** Promedio y desviación estándar, por sexo según percepción de enfermedad y problemas crónicos en adolescentes de 12 a 17 años del Colegio México, mayo 2017.

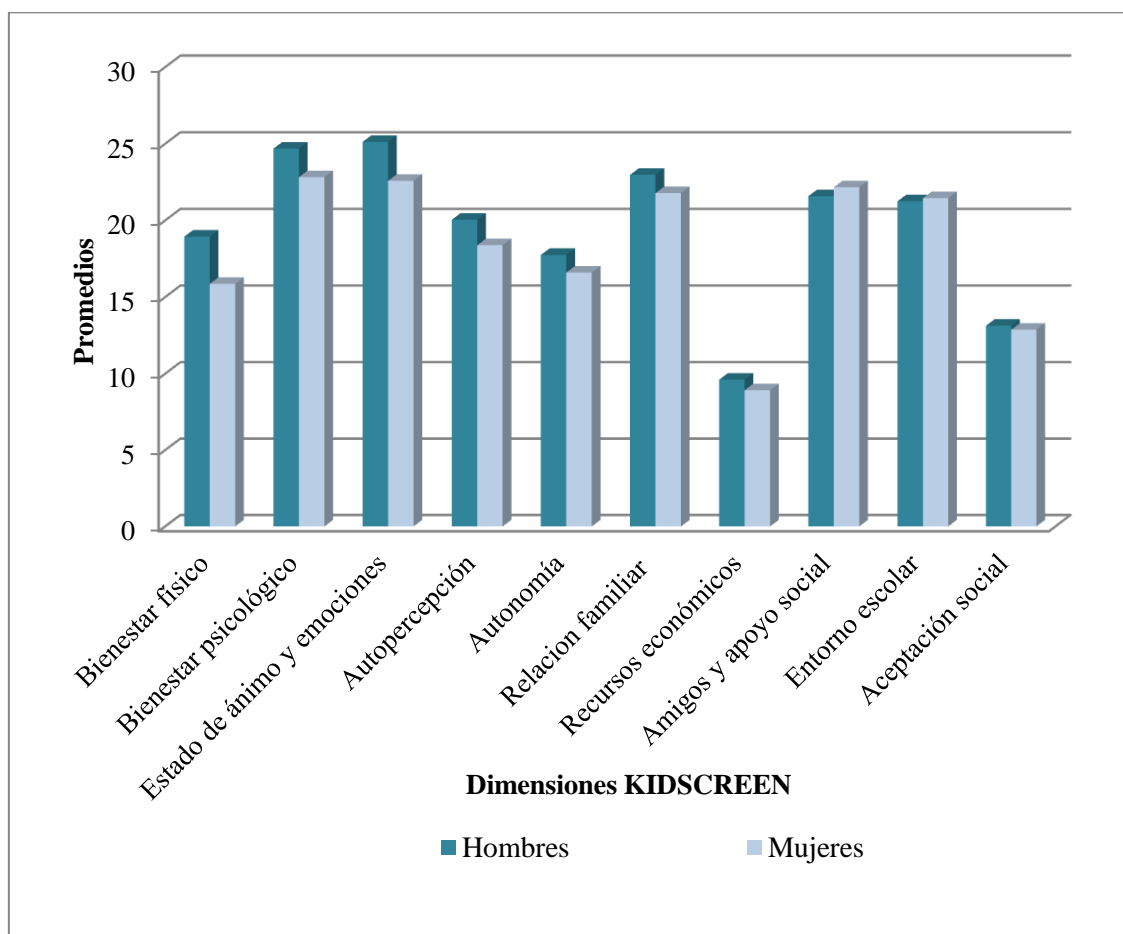
Dimensiones KIDSCREEN 52	Hombres n= 137		Mujeres n=163		P
	Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar	
Bienestar físico	18.94	3.72	15.86	3.49	0.00
Bienestar psicológico	24.68	4.02	22.82	5.29	0.00
Estado de animo	25.12	5.54	22.58	6.28	0.00
Autopercepción	20.04	4.01	18.38	4.24	0.00
Autonomía	17..75	4.53	16.60	4.74	0.03
Relación con los padres	22.97	5.38	21.78	6.15	0.07
Recursos económicos	9.61	3.25	8.92	3.07	0.05
Amigos y apoyo social	21.58	3.91	22.16	4.04	0.20
Entorno escolar	21.25	4.44	21.45	4.61	0.70
Aceptación social	13.13	2.22	12.87	2.43	0.33

Fuente: Elaboración propia, 2017.

P= Prueba de igualdad de promedios Tstudent.

Se analizan las dimensiones por la variable de sexo, se aplica la prueba de Tstudent donde se evidencia una diferencia significativa para ambos sexos en las dimensiones de bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, y autonomía, sin embargo no existe ninguna diferencia en cuanto al sexo en las dimensiones de recursos económicos, amigos y apoyo social, y entorno escolar.

**Figura N°7** Promedio de las dimensiones del KIDSCREEN- 52 en hombres y mujeres adolescentes del Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.



La figura número 7 muestra el promedio de las dimensiones del cuestionario aplicado en relación con el género. Se identifica que en los hombres los puntajes rash más altos se encuentran en las dimensiones de bienestar psicológico 24.68 y estado de ánimo y emociones 25.12. En las mujeres, se obtiene mejor puntuación rash en las mismas dimensiones que los hombres sin embargo no los superan. Las mujeres superan a los hombres con la dimensión de amigos y apoyo social con un puntaje rash de 22.16 y los hombres 21.58. En cuanto a la dimensión de aceptación social, ambos sexos se encuentran en puntajes similares; no obstante, existe una leve diferencia donde los hombres presentan 13.13 y las mujeres 12.87.

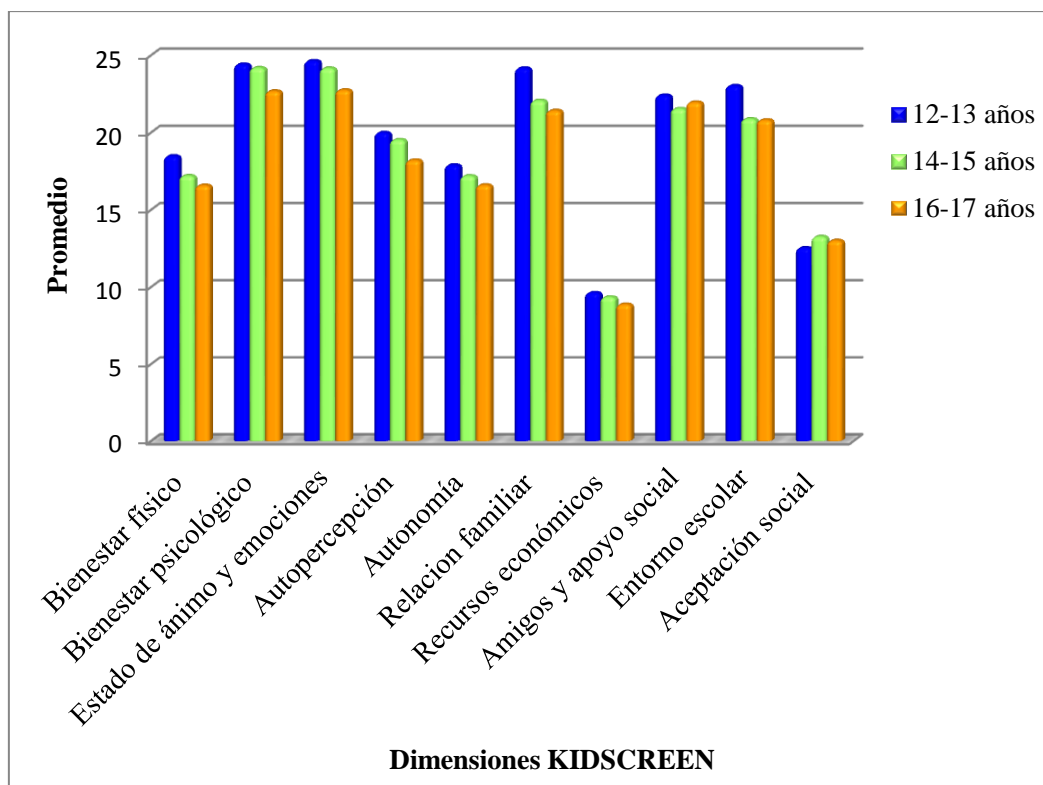
**Tabla N° 6** Promedio y desviación estándar, según percepción de enfermedad y problemas crónicos por grupo de edad en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017.

Dimensiones KIDSCREEN 52	12-13 años n= 72		14-15 años n=116		16-17 años n=112	
	Promedio	D/E	Promedio	D/E	Promedio	D/E
Bienestar físico	18.47	3.89	17.19	3.67	16.57	4.00
Bienestar psicológico	24.41	5.47	24.18	4.52	22.67	4.59
Estado de animo	24.63	6.79	24.15	5.58	22.74	6.00
Autopercepción	19.98	4.80	19.52	4.08	18.20	3.77
Autonomía	17.88	5.44	17.18	4.14	16.59	4.64
Relación con los padres	24.16	5.76	22.06	5.74	21.41	5.76
Recursos económicos	9.62	3.28	9.34	3.14	8.87	3.12
Amigos y apoyo social	22.40	3.87	21.53	3.87	21.95	4.17
Entorno escolar	23.02	4.69	20.87	4.68	20.80	4.02
Aceptación social	12.52	2.91	13.25	2.18	13.00	2.05

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se observan diferencias entre las desviaciones estándar para cada dimensión según la clasifican de edades estudiadas, sin embargo, en relación con los puntajes generales sigue teniendo una puntuación mayor en todas las edades la dimensión de estado de ánimo y emociones y la menor la dimensión de aceptación social.

**Figura N°8** Promedio de las dimensiones del KIDSCREEN-52 por edades en adolescentes del Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.



El gráfico número 8 describe las dimensiones según las edades, se observa que en el grupo etario de 12 a 13 años, los puntajes rash son mayores y en cuanto a los jóvenes mayores de 16 y 17 años la tendencia es que los puntajes disminuyan para cada dimensión. Para relación familiar en jóvenes de 12 y 13 años es de 24.16 y en edades de 16 y 17 es de 21.41. La dimensión de bienestar físico sigue con baja prevalencia sin embargo los adolescentes de menor edad practican más ejercicio y actividad física se describe un puntaje de 18.47 en relación con los jóvenes mayores que alcanza una puntuación de 16.57.

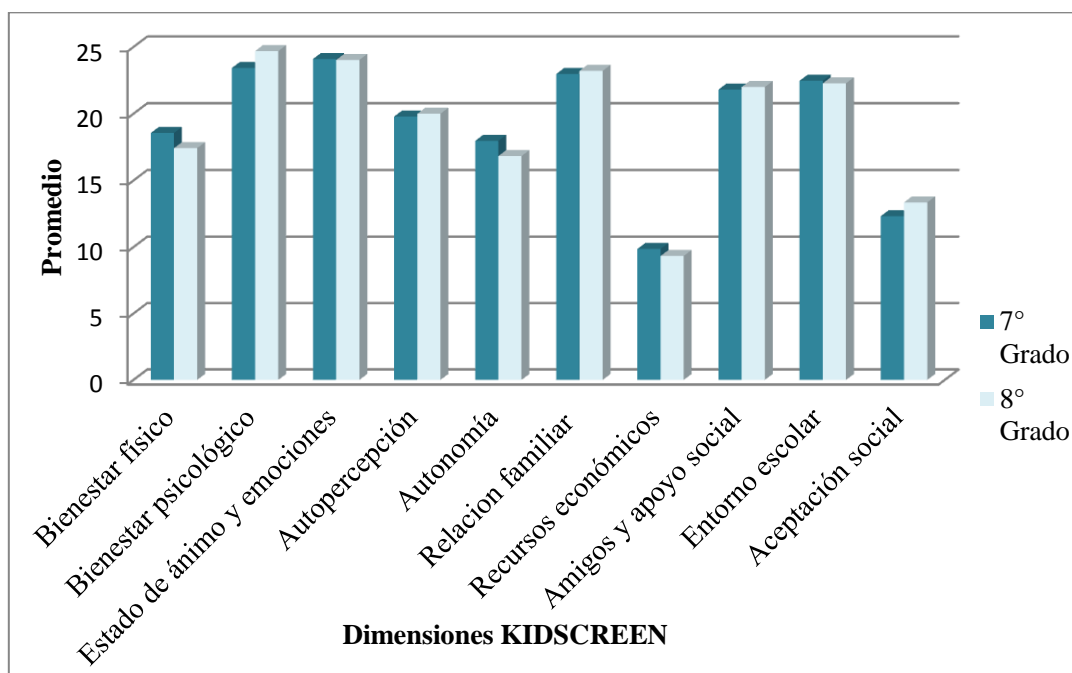
**Tabla N° 7** Promedio y desviación estándar, según percepción de enfermedad y problemas crónicos por grado de escolaridad en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017.

Dimensiones KIDSCREEN 52	7° Grado n= 69		8° Grado n=66	
	Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar
Bienestar físico	18.56	4.12	17.42	3.83
Bienestar psicológico	23.43	6.23	24.69	4.07
Estado de animo	24.10	7.29	24.03	5.80
Autopercepción	19.79	4.70	20	4.66
Autonomía	17.97	5.07	16.83	5.07
Relación con los padres	22.98	5.85	23.21	6.51
Recursos económicos	9.86	3.21	9.33	3.50
Amigos y apoyo social	21.81	4.09	22	4.11
Entorno escolar	22.47	5.22	22.28	4.79
Aceptación social	12.33	3.02	13.36	2.42

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En cuanto al grado de escolaridad, se mantienen los puntajes mayores en la dimensión de estado de ánimo y emociones y la menor aceptación social. Los puntajes entre séptimos y octavos son bastantes similares; sin embargo, en octavo algunas dimensiones tienden a mejorar como el bienestar psicológico.

**Figura N°9** Promedio de las dimensiones del KIDSCREEN-52 en estudiantes de 7° y 8° año en el Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.



En el gráfico 9 se describe como el grado de escolaridad influye en las dimensiones que valoran la calidad de vida, se comparan los jóvenes de séptimo y octavo año donde los puntajes rash son similares en todas las dimensiones. El bienestar psicológico presenta un pico más alto en adolescentes de octavo año, con un puntaje de 24.69 en relación con un puntaje de 23.43 en los estudiantes que cursan séptimo año. La dimensión de autonomía es más alta en los estudiantes de séptimo año con un 17.97.

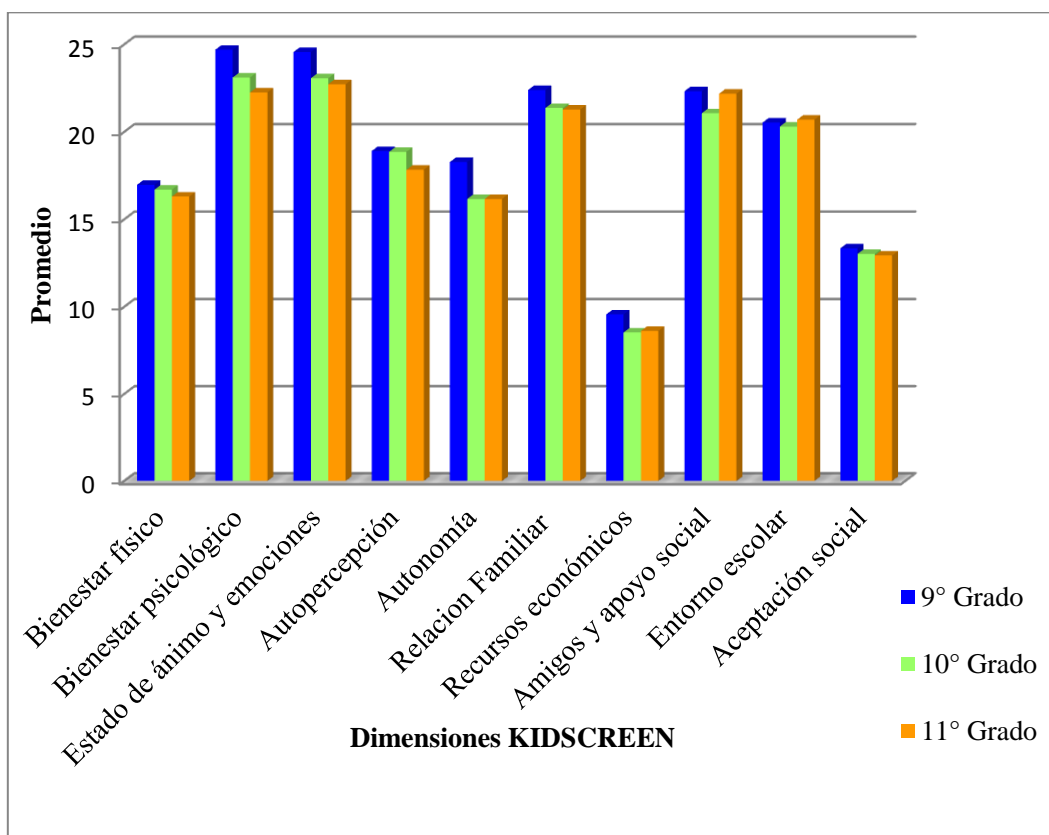
**Tabla N° 8** Continuación tabla N°7, promedio y desviación estándar, según percepción de enfermedad y problemas crónicos por grado de escolaridad en adolescentes de 12 a 17 años.

Dimensiones KIDSCREEN 52	9° Grado n= 57		10° Grado n=51		11° Grado n=57	
	Promedio	D/E	Promedio	D/E	Promedio	D/E
Bienestar físico	16.98	3.29	16.70	3.96	16.31	3.95
Bienestar psicológico	24.70	3.85	23.11	4.35	22.26	4.70
Estado de animo	24.57	5.85	23.07	5.45	22.73	5.50
Autopercepción	18.91	3.97	18.86	3.42	17.84	3.63
Autonomía	18.28	3.88	16.17	4.34	16.17	4.44
Relación con los padres	22.40	5.72	21.37	5.16	21.28	5.56
Recursos económicos	9.57	3.06	8.54	2.71	8.63	3.10
Amigos y apoyo social	22.33	3.85	21.07	4.07	22.19	3.79
Entorno escolar	20.54	4.30	20.31	3.19	20.70	4.19
Aceptación social	13.35	1.81	13.03	1.95	12.94	1.96

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La comparación por grado de escolaridad demuestra que las desviaciones estándar se mantienen en relación con las puntuaciones generales para cada dimensión, sin embargo, se analiza que conforme el grado aumenta las puntuaciones disminuyen.

**Figura N°10** Promedio de las dimensiones del KIDSCREEN-52 en estudiantes de 9°, 10° y 11° del Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.



El gráfico 10 indica los puntajes rash en la población que cursa ciclos lectivos más altos como noveno, décimo y undécimo año. Se observa que, a menor grado académico, mayor puntaje en las dimensiones y a mayor grado la tendencia es una disminución en todas las dimensiones. En el de entorno escolar, se observa un leve aumento en los undécimos años con un puntaje de 20.70 en relación a los novenos 20.54 y los décimos 20.31. La dimensión de auto percepción es similar en todos los niveles escolares, sin embargo, se observa una disminución en los onceavos con una puntuación rash de 17.84, los décimos 18.86 y los novenos 18.19.

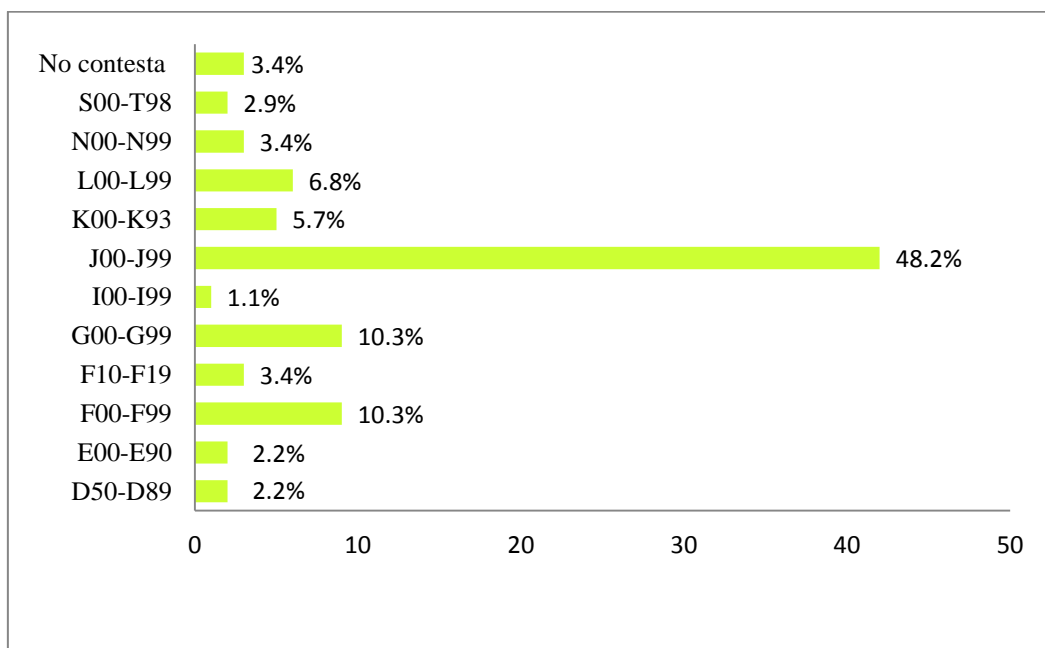
**Tabla N° 9** Distribución de la población adolescente del Colegio México que percibió enfermedad o problemas crónicos, según CIE10 mayo 2017.

CIE10	Descripción del CIE10	n DPC	Porcentaje
D50- D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.	2	2.29%
E00- E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.	2	2.29%
F00- F99	Trastornos mentales y del comportamiento	9	10.34%
F10- F19	Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas	3	3.44%
G00- G99	Enfermedades del sistema nervioso	9	10.34%
I00- I99	Enfermedades del sistema circulatorio	1	1.14%
J00- J99	Enfermedades del sistema respiratorio	42	48.27%
K00- K93	Enfermedades del sistema digestivo	5	5.74%
L00- L99	Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	6	6.89%
N00- N99	Enfermedades del aparato genitourinario	3	3.44%
S00- T98	Traumatismos, envenenamientos y alguna otras consecuencias de causa externa	2	2.99%
	No contesta pregunta o no especifica DPC	3	3.44%
total		87	100%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

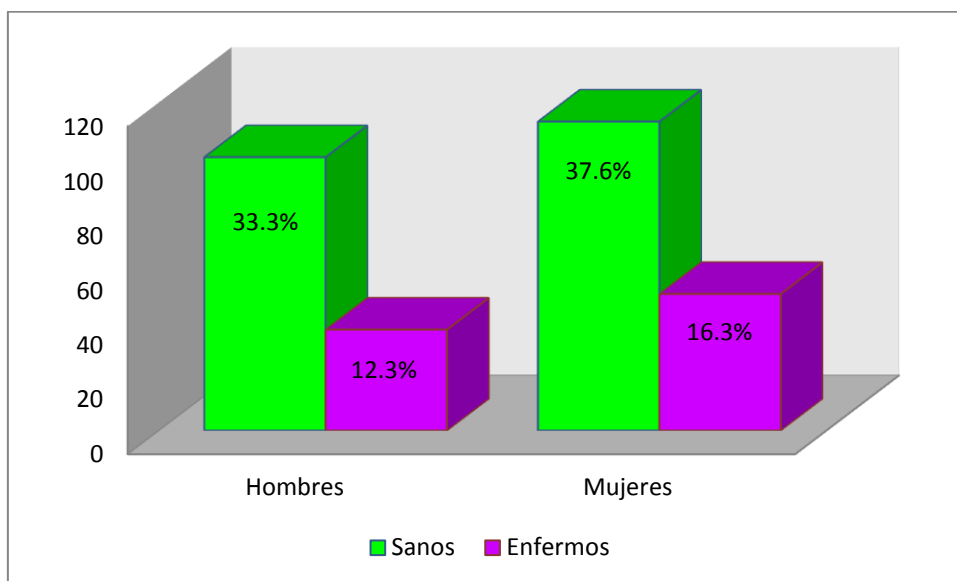
En la figura número 11 se detalla las enfermedades más relevantes clasificadas según el Manual de codificación CIE-10.

**Figura N°11** Promedio de enfermedades y problemas crónicos más frecuentes en adolescentes de 12 a 17 años del Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.



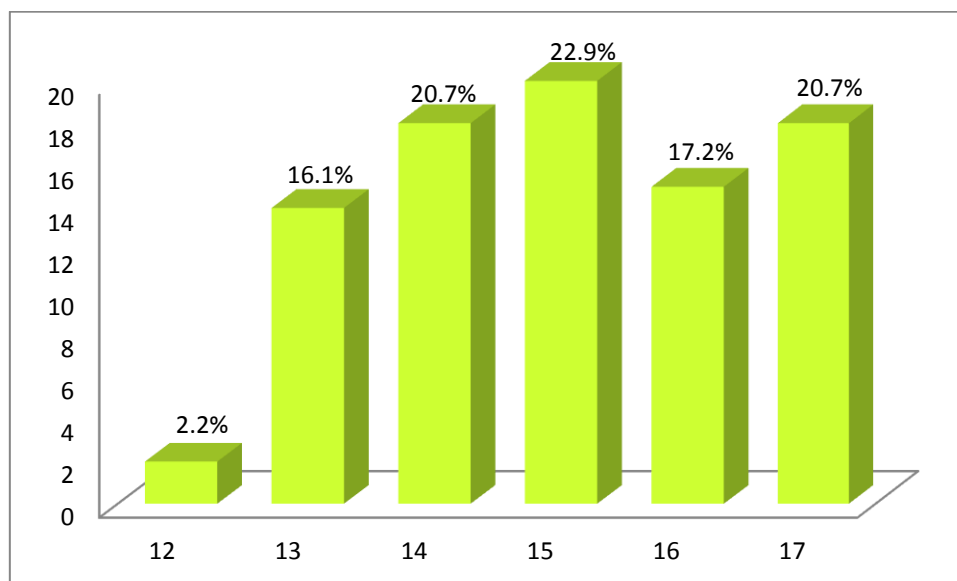
En el gráfico 11 se describe la prevalencia de enfermedades y problemas crónicos, clasificadas por el manual de codificación de las enfermedades CIE10. Se observa que del total de adolescentes que refieren enfermedad (n=87) 48.27% de los jóvenes presentan enfermedades del sistema respiratorio (J100-J99), En segundo lugar, 10.34% adolescentes refieren padecer migrañas clasificadas dentro de las enfermedades del sistema nervioso (G00-G99) 3%. En tercer lugar, se encuentran los trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99) un 1% sufre depresión y un 2% de la población refiere presentar ansiedad. Un 5.74% de la población padece enfermedades del sistema digestivo (K00-K93).

*Figura N°12* Distribución de la población que percibe enfermedad y problemas crónicos según el sexo, en adolescentes de 12 a 17 años del Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.



El gráfico número 12 muestra la distribución de la población de adolescentes (n=300) que perciben enfermedad y problemas crónicos, se observa que del total, 50 mujeres con un porcentaje de 16.33% refieren tener algún tipo de patología y 12.3% de los hombres señalan que presentan algún padecimiento.

**Figura N°13** Distribución de la población que percibe enfermedad y problemas crónicos según la edad, en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.



En el gráfico número 13 se describe la población que refiere presentar más enfermedad, como se observa del total (n=87) 20 de ellos tiene una edad de 15 años y en segundo y tercer lugar con el mismo puntaje 18 son jóvenes con edades de 14 y 17 años.

**Tabla N° 10** Promedio y desviación estándar, según percepción de enfermedad y problemas crónicos, por presencia o no de enfermedad en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017.

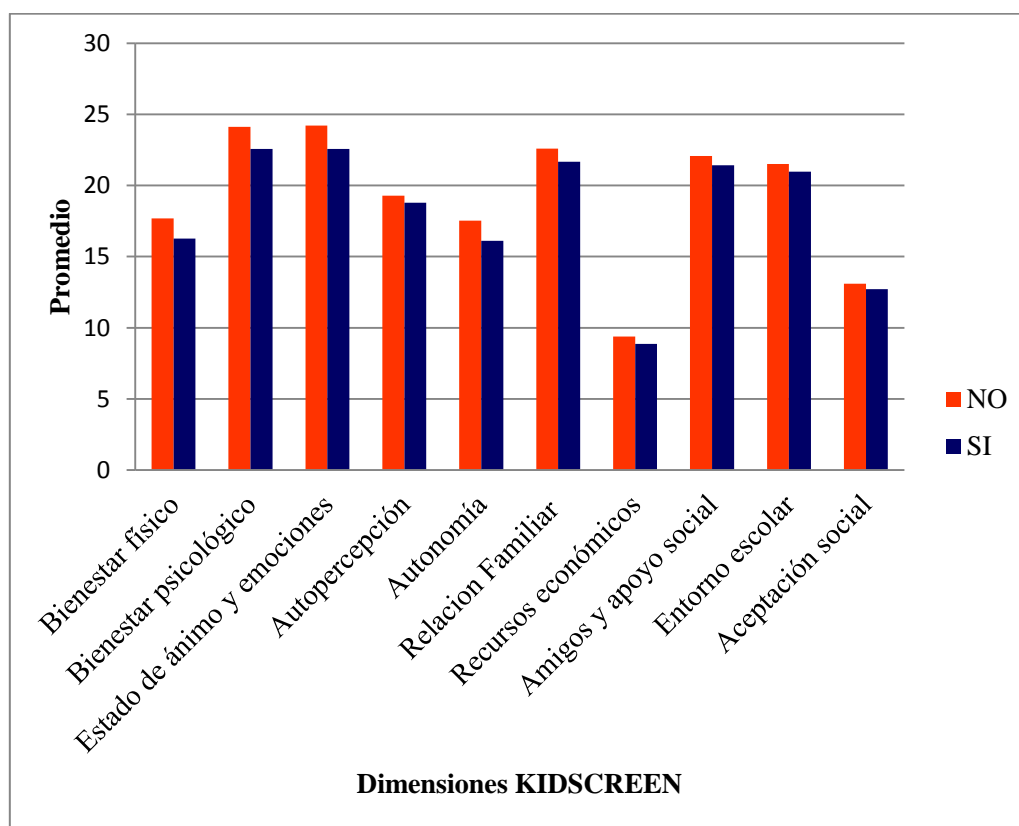
Dimensiones KIDSCREEN 52	Enfermedad NO n= 213		Enfermedad SI n=87		P
	Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar	
Bienestar físico	17.68	3.76	16.26	4.08	0.00
Bienestar psicológico	24.12	4.60	22.57	5.23	0.01
Estado de animo	24.22	6.03	22.57	6.05	0.03
Autopercepción	19.28	4.21	18.79	4.22	0.35
Autonomía	17.54	4.45	16.12	5.07	0.01
Relación con los padres	22.59	5.79	21.66	5.92	0.21
Recursos económicos	9.38	3.18	8.86	3.14	0.19
Amigos y apoyo social	22.08	3.77	21.43	4.46	0.19
Entorno escolar	21.51	4.45	20.98	4.73	0.36
Aceptación social	13.10	2.12	12.71	2.81	0.19

Fuente: Elaboración propia, 2017.

P= prueba de igualdad de promedios, T student.

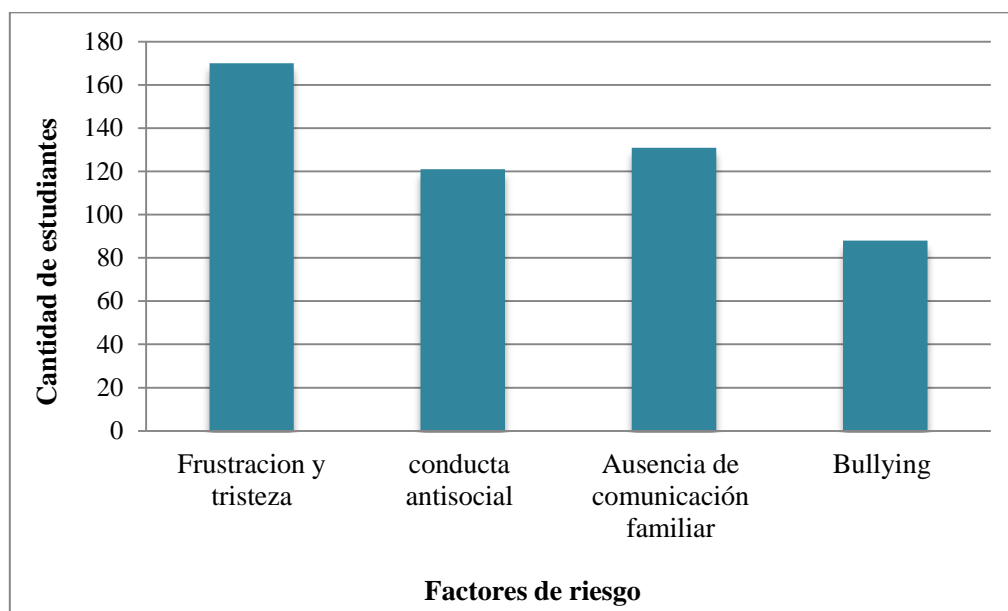
En relación con la presencia de enfermedad o no se aplica la igualdad de promedios determinando que no existen diferencias entre las dimensiones de autopercepción, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social en cuanto a los adolescentes sanos y los que presentan alguna alteración patológica. No obstante la prueba de P identifica diferencias en las dimensiones de bienestar físico, bienestar psicológico, y autonomía.

**Figura N°14** Promedio de las dimensiones del KIDSCREEN-52 según enfermedad y problemas crónicos en adolescentes de 12 a 17 años del Colegio México, mayo 2017.  
Fuente: Elaboración propia, 2017.



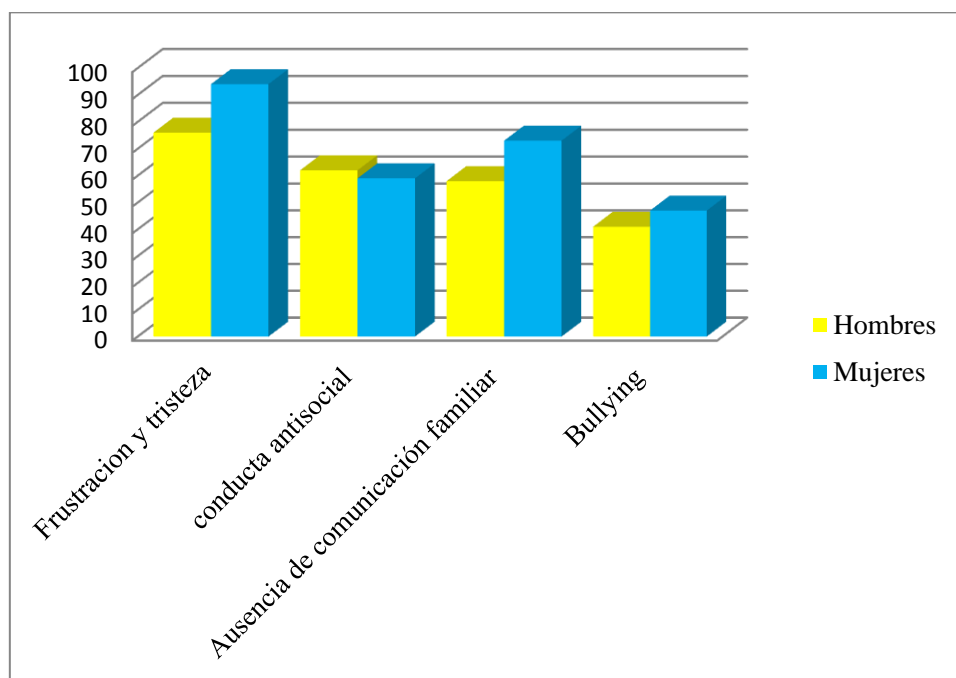
En el gráfico 14 se evidencia como la presencia de enfermedad y problemas crónicos afecta las dimensiones que valoran la calidad de vida. Las dimensiones que puntúan más desigualdad se encuentran en el bienestar físico los adolescentes sanos presentan un puntaje de 17.68 en relación con los que presentan enfermedad 16.26. El bienestar psicológico en sanos es de 24.12 y en enfermos 22.57 y el estado de ánimo y las emociones es más alto en sanos 24.22 que en los que refieren patología 22.57.

**Figura N°15** Distribución general de los factores de riesgo en adolescentes de 12 a 17 años del Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.



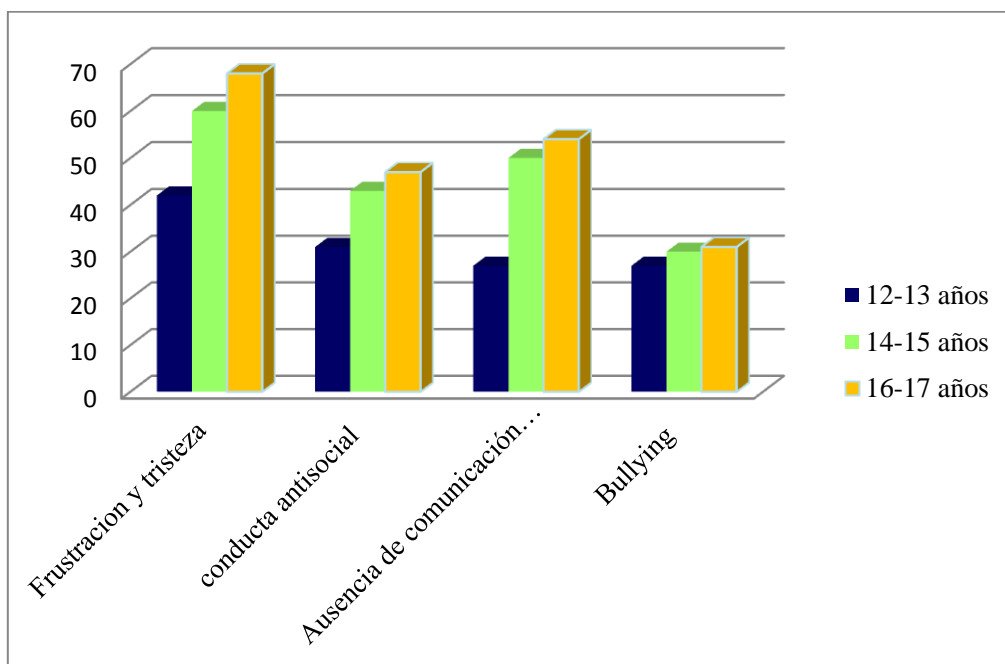
En el gráfico número 15, se detalla el promedio de los factores de riesgo más frecuentes, 170 de los jóvenes experimentan sentimientos de frustración y tristeza, en segundo lugar, se encuentra la ausencia de comunicación familiar 131 y la conducta antisocial 121.

**Figura N°16** Distribución de los factores de riesgo según el sexo en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.



En el gráfico 16 se compara la incidencia de los factores de riesgo según el sexo, 62 de los hombres tienden a experimentar una mayor conducta antisocial que las mujeres. En los demás factores de riesgo, ellas presentan más puntajes que los hombres.

**Figura N°17** Distribución de los factores de riesgo según rango de edades en adolescentes de 12 a 17 años del Colegio México, mayo 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.



En el gráfico número 17 se observa la incidencia de factores de riesgo según la edad de los jóvenes. Se evidencia que, a mayor edad, aumentan los factores de riesgo y que el principal factor de riesgo es la inestabilidad que presentan en cuanto al estado de ánimo y emociones, y en segundo lugar la relación en el ámbito familiar. Según los resultados se interpreta que el bullying presenta una de las puntuaciones más bajas.

**CAPÍTULO V**

**DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS**

**RESULTADOS.**

## **5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS.**

Los estudios de calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes a nivel mundial cada vez son más frecuentes; sin embargo, en Costa Rica, no existen estudios específicos de este tema con instrumentos aplicados.

La implementación y aplicación del cuestionario KIDSCREEN-52 crea una oportunidad a futuro para investigar en general a la población adolescente y tener un amplio panorama de la calidad de vida relacionada con la salud que viven los adolescentes en el país y, de este mismo modo, fomentar programas que fortalezcan la calidad de vida tomada desde la autopercepción del joven.

El presente estudio analiza en cuanto al sexo, edad y grado de escolaridad las dimensiones que valoran la calidad de vida en los adolescentes, caracterizando la salud de la población adolescente del Colegio México. La interpretación de los resultados demuestra que en relación con la cantidad de la población total  $n= 300$ , 163 fueron mujeres y 137 varones, lo cual quiere decir que las mujeres presentan un mayor grado de respuesta en comparación con los hombres.

Un estudio realizado en jóvenes latinos de 12 a 17 años investigando tres países: Argentina con una muestra de 327 adolescentes, 168 fueron mujeres y 159 hombres. En Brasil de 588, 303 eran mujeres y 283 varones y en Chile de 442, 227 mujeres y 215 hombres.<sup>25</sup> Corroborando que el nivel de respuesta de las mujeres es mucho mayor que los hombres, se toma en cuenta que actualmente el nivel de participación escolar presenta predominio del sexo femenino en relación con el masculino.

En Chile, el estudio de calidad de vida en los adolescentes indica que las dimensiones con puntajes más altos son autopercepción, relación con los padres y vida familiar y las

más bajas, bienestar físico, estado de ánimo y emociones.<sup>45</sup> En Colombia, las dimensiones con mejor puntaje fueron: entorno escolar, amigos y apoyo social, mientras que la dimensión con menor puntaje se sitúa en el bienestar físico.<sup>26</sup> En Argentina y Brasil, el estado de ánimo y emociones y los amigos son las más elevadas mientras que persiste siendo bajas: bienestar físico, entorno escolar y rechazo social.<sup>25</sup>

Lo anterior confirma los puntajes obtenidos en el estudio, debido a que las mejores puntuaciones en los adolescentes de 12 a 17 años del Colegio México se sitúan en las siguientes: Estado de ánimo y emociones 23.74%, bienestar psicológico 23.67%, relación con los padres y vida familiar 22.32% y amigos y apoyo social 21.90%. Las puntuaciones más bajas se encuentran en las dimensiones de: recursos económicos 9.23%, aceptación social y bullying 12.99% y autonomía 17.13%. Sin embargo, el bienestar físico se encuentra entre las dimensiones con puntajes más bajos, en este estudio se evidencia puntajes inferiores 17.27%, similares a estudios publicados en diferentes países.

La Calidad de vida en relación con el sexo demuestra, según los análisis, que las mujeres presentan puntuaciones más bajas en todas las dimensiones en relación con los hombres. La dimensión con mayor puntaje en los hombres fue estado de ánimo y emociones 25.12% y la más baja recursos económicos 9.61%. Las mujeres obtuvieron el mayor puntaje en bienestar psicológico 22.82% y la más baja coincide con los varones, recursos económicos 8.92%.

Se aplicó la prueba de igualdad de promedios T student que indica que, en las dimensiones de amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social, no existen diferencias entre hombres y mujeres, sin embargo, en la dimensión de bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y autopercepción, se promedia una P de 0.00 que evidencia que existen diferencias significativas entre ambos sexos.

El estudio realizado en Colombia señala de igual manera que en la investigación, que la autopercepción de vida en los hombres es mejor que en las mujeres superando los puntajes de ellas de 5 a 14 puntos por arriba.<sup>26</sup>

Una posible teoría podría ser que la calidad de vida se vea más comprometida en las mujeres debido a la presencia de la ovulación y, por ende, la menstruación, pues esto genera cambios y afectaciones en aspectos biológicos, físicos y psicológicos.

La comparación realizada según la edad del joven muestra resultados diferentes para cada dimensión, se observa que los jóvenes más chicos presentan mejores puntuaciones, en general, esto quiere decir que conforme la edad aumenta la calidad de vida disminuye confirmándose así la hipótesis propuesta en diferentes estudios realizados en otros países. Por citar un ejemplo en el estudio realizado en Chile se obtuvo como resultado que los puntajes más bajos están presentes en el grupo de mayor edad tanto en la clasifican de adolescentes sanos como los que referían algún tipo de patología.<sup>45</sup>

Los adolescentes del Colegio México de 12 a 13 años realizan más ejercicio y actividad física que los de 16 a 17 años, según las etapas antes mencionadas: adolescencia temprana, media y tardía, se aprueba que la relación con los padres y el apego es mucho más fuerte en la adolescencia temprana, los adolescentes de 12 a 13 obtuvieron un puntaje de 24.16% en la dimensión de relación con los padres y vida familiar, mientras que los de 16 a 17 obtuvieron un puntaje rash menor de 21.41%.

En la dimensión de aceptación social y bullying, se observa una diferencia a la inversa en cuanto a la edad, debido a que los jóvenes de 16 a 17 años obtuvieron una puntuación de 13.00% en comparación con los de 12 a 13 años 12.52% y los de 14 a 15 años 13.25%. Lo anterior indica que a menor edad mayor exposición al acoso social, la

violencia y el bullying perciben los jóvenes. No obstante, estos puntajes presentan cifras muy inferiores en comparación con otros países donde la violencia es mayor.

En los jóvenes argentinos y brasileños los resultados mencionan que los chicos de 12 y 13 años presentan mejores puntajes en todas las dimensiones y que los de mayor edad disminuyen la calidad de sus respuestas principalmente en el área de bienestar físico, bienestar psicológico, autopercepción, autoestima, relación con los padres y vida familiar, entorno escolar y recursos económicos. Según el estudio, no se evidencian diferencias en cuanto a la edad en las dimensiones de aceptación social, amigos y apoyo escolar.<sup>25</sup>

Dentro de los resultados se encontró que muchos jóvenes son repitentes, por lo que tienen edades mayores para el grado académico que actualmente cursan, sin embargo, se mantiene la constante entre menor grado de escolaridad mayor puntaje en las dimensiones, por ende, los séptimos y octavos años presentan los puntajes más altos mientras que los undécimos disminuyen su puntuación.

La información revela que del total de la población estudiada 29.19% perciben algún tipo de morbilidad. La frecuencia de percepción de enfermedad y problemas crónicos es mayor en mujeres adolescentes que en varones.

Se hizo una clasificación de las enfermedades reportadas, respondiendo a la primera pregunta del KIDSCREEN-52 ¿Padece usted de alguna enfermedad, problema crónico o ha usado alguna droga? En los resultados se obtuvo coincidencia con las estadísticas clínicas de Costa Rica según el INEC y lo publicado por el Ministerio de Salud sobre *El Análisis de Situación de Salud en Costa Rica, marzo 2014*.<sup>71</sup> Con diferencia en que no se reportan suficientes casos de traumas ni alteraciones endocrinas como obesidad.

En el presente estudio se percibe que las enfermedades con mayor carga son: del sistema respiratorio, del sistema nervioso, trastornos mentales y del comportamiento y enfermedades del sistema digestivo. No existe una diferencia en estudios realizados fuera del país, pues es acertado que la diferencia de edades propicia un alto impacto en la calidad de vida, ya que los jóvenes de 12 años reportan menor cantidad de enfermedades, mientras que 20 de ellos tiene 15 años y es mayor en edades avanzadas.

La información obtenida sobre el uso de drogas es escasa, solo un 1% de la población refirió utilizar drogas de las cuales mencionaron como principal el consumo de marihuana y el uso de bebidas alcohólicas. Esto brinda datos no certeros debido a que el último estudio del Unicef<sup>57</sup> en Costa Rica menciona que los colegios un 46% de los jóvenes tiene acceso al consumo de drogas en la institución.

Según la prevalencia de las enfermedades y problemas crónicos en el estudio realizado en Chile, la mayoría de jóvenes refieren en primer lugar enfermedades del ojo, del sistema respiratorio y traumatismos, envenenamientos y otras causas externas, que acumulan un 63.7% sumado a ellas, se encuentran las enfermedades endocrinas y nutricionales, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades del sistema nervioso, y del sistema osteomuscular para un total de 22.4%.<sup>45</sup>

En el estudio realizado se encontraron diferencias significativas en las dimensiones según los adolescentes que referían presentar enfermedad y problemas crónicos en comparación con los sanos. Las puntuaciones son mayores en el grupo que reportó no presentar ninguna alteración patológica. Los jóvenes que refieren algún tipo de patología presentan puntajes más bajos en las dimensiones de: recursos económicos, aceptación social y bullying, autonomía, bienestar físico, autopercepción.

Los valores P indican que no existen diferencias en los jóvenes sanos con relación con los que presentan enfermedad y problemas crónicos en dimensiones como autopercepción  $P= 0.35$ , entorno escolar  $P=0.36$ , relación con los padres y vida familiar  $P= 0.21$  y recursos económicos, amigos y apoyo social y aceptación social  $P=0.19$

Un sesgo en el estudio en cuanto al reporte de enfermedades y problemas crónicos sería el tamaño de la población utilizada, para comprobar una incidencia menor o mayor lo indispensable sería aumentar el tamaño de la muestra tomando en cuenta otros colegios y diferentes sectores del país.

En el análisis de los factores de riesgo, se evidencia que las mujeres están más expuestas que los varones, de igual manera el riesgo aumenta conforme aumenta la edad debido al desarrollo psicosocial mencionado con anterioridad. A su vez, los resultados concuerdan con el análisis de cada dimensión, el principal factor de riesgo es la presencia de sentimientos de frustración y tristeza. Es importante implementar prácticas positivas como la psicología positiva que motive y enfoque a los jóvenes.

En conclusión, se confirma que existen diferencias significativas en la calidad de vida relacionada con la salud entre ambos sexos, que la edad es un factor de riesgo para el deterioro de la salud, puesto que a mayor edad ocurren cambios en todos los ámbitos de la vida. De manera positiva se demuestra que los adolescentes del Colegio México de Costa Rica perciben una buena calidad de vida.

No obstante, se debe tomar en cuenta que el sector, las condiciones, el contexto cultural presentan una gran influencia en los resultados de cada estudio. Esto lleva a enfatizar y promover la promoción y prevención desde la niñez siendo reforzadas en la adolescencia.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

1. En el Colegio México se presenta un predominio de la población femenina, el pico máximo de edad fue adolescentes entre 14 y 15 años y en cuanto al nivel académico, la mayoría de estudiantes cursan el séptimo grado.
2. La evaluación de la calidad de vida según la autopercepción tomando en cuenta las variables de sexo y edad, los hombres presentan una mejor calidad de vida que el género femenino y la salud es mejor en edades menores, conforme la edad aumenta, la calidad de vida sufre un deterioro.
3. Se comprobó que los hombres practican más ejercicio y actividad física que las mujeres, sin embargo, el bienestar físico se encuentra dentro de los puntajes más bajos, colocando esta dimensión dentro las que afectan la calidad de vida relacionada con la salud.
4. Referente al bienestar psicológico y el estado de ánimo los hombres refieren mejor estabilidad emocional y disfrute de su vida que las mujeres.
5. En relación con las edades, según la autopercepción se comprueba que a menor edad, mejor calidad de vida, los adolescentes de 17 años refieren una disminución en sus puntajes en comparación con los más jóvenes.
6. En cuanto a la edad en el aspecto físico de autopercepción se describe que los más jóvenes presentan una mejor aceptación de su cuerpo, conforme la edad aumenta y el desarrollo de los caracteres sexuales aparece experimentan sentimientos de preocupación frente a lo que perciben de ellos mismos.
7. Con respecto al grado académico, se observa que niveles escolares menores presentan una mejor calidad de vida relacionada con la salud que los jóvenes que casi finalizan el bachillerato.

8. En cuanto a enfermedad y problemas crónicos, la mayor parte de adolescentes son sanos, sin embargo, casi un 30% de la población presenta alteraciones patológicas en su mayoría afecciones del sistema respiratorio de las cuales mencionan el asma y rinitis alérgica.
9. Referente a la presencia de enfermedades y problemas crónicos, se evidencia la gran variedad de alteraciones patológicas, que se encuentran en la población juvenil, no obstante, se toma en cuenta que el poco control médico que llevan estos adolescentes los excluye de poder realizar más diagnósticos de posibles afectaciones.
10. El género femenino refiere presentar más enfermedades y problemas crónicos que los hombres, pues las mujeres presentan más problemas hormonales como poliquistosis ovárica, problemas de ansiedad, alergias, gastritis y colitis esto debido a la mala alimentación.
11. Se concluye que los trastornos mentales y del comportamiento son relativamente frecuentes en la población, de ellos la ansiedad y la depresión, problemas serios debido a que el mal manejo de situaciones lleva a los jóvenes a conductas aún más riesgosas, como el consumo de drogas y hasta el suicidio.
12. El estudio determinó que solo un 1% de los estudiantes referían utilizar drogas y alcohol de estos todos pertenecientes al género masculino.
13. Los factores de riesgo afectan a ambos géneros, pero el estudio evidenció que las mujeres están más expuestas, exceptuando la conducta antisocial, ya que los hombres son menos expresivos que las damas.
14. En cuanto al sexo, se confirma que la edad está vinculada con factores de riesgo como: sentimientos de tristeza, frustración, mala relación con los padres conducta antisocial y bullying, ya que jóvenes de mayor edad hacen mención a

una mayor exposición a situaciones riesgosas, que afectan su salud y calidad de vida.

15. Se concluye que la presencia sentimientos de tristeza, frustración, mala relación con los padres, conducta antisocial y bullying, son los factores detonantes que afectan la calidad de vida de los jóvenes en su adolescencia y, por ende, con mucha más fuerza en su vida adulta.
16. El estudio determino la incidencia del bullying en la población adolescente, como uno de los puntajes más bajos, los hombres experimentan más problemas que las mujeres, no obstante, es una de las dimensiones con menor puntuación, lo que indica que no es un fenómeno tan frecuente.
17. En conclusión se comprueba que la calidad de vida relacionada con la salud en los estudiantes de 12 a 17 años del Colegio México, es en términos generales adecuada y buena en comparación con la salud en esta población a nivel mundial.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

Al concluir este estudio sobre la calidad de vida en adolescentes de 12 a 17 años según autopercepción, enfermedad y problemas crónicos, en el Colegio México, durante el mes de marzo-mayo del año 2017, se hacen recomendaciones para futuras investigaciones, así como para los adolescentes y centros educativos.

### **6.2.1 Recomendaciones para las adolescentes, Colegio México y otros centros educativos**

- Incentivar que los adolescentes realicen actividad física y esparcimiento, por lo menos un tiempo de 30 minutos tres veces por semana, de esta manera, se fomenta el hábito y la práctica constante en la población.
- Implementar programas y clases que permitan que los adolescentes desarrollen una mentalidad positiva, aumentando su nivel de resiliencia debido a que esto ayudara a que ellos puedan tener un control adecuado frente a situaciones de la vida y los sentimientos que experimenten.
- Motivar a los profesores a tener una buena relación e interés por sus estudiantes, brindando apoyo social y comprensión, ya que una adecuada relación profesor estudiante, será un factor de protección y ayudará a prevenir conductas riesgosas en los jóvenes.
- Permitir a profesionales y estudiantes de ciencias de salud, la impartición de charlas y programas que sean una guía tanto a padres, profesores y a los jóvenes de como tener una adecuada calidad de vida, fomentado estilos de vida saludables, motivando el bienestar psicológico y aclarando dudas que presenten los adolescentes.
- Utilizar las redes sociales como: facebook, instagram, correos electrónicos, grupos de whatsapp, para incentivar la salud en los jóvenes.

- Fomentar en los jóvenes, la importancia de controles médicos anuales, para prever posibles complicaciones a futuro.
- Identificar los factores de riesgo como la tristeza, la frustración, conductas de riesgo en el hogar, acoso por parte de sus compañeros, entre otras y las condiciones de salud de sus estudiantes, pues esto colaborará a prevenir situaciones complicadas a futuro en los adolescentes.
- Es de vital importancia capacitar al personal con cursos de primeros auxilios, esto ayudará a prever complicaciones mayores si algún adolescente sufre algún problema como ataques de asma, traumatismos, ansiedad entre otros.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## BIBLIOGRAFIAS CITADAS

1. KIDSCREEN 52 Psychometrics.pdf [Internet]. [citado 13 de abril de 2017]. Disponible en: [https://research.ncl.ac.uk/sparcle/Publications\\_files/KIDSCREEN%2052%20Psychometrics.pdf](https://research.ncl.ac.uk/sparcle/Publications_files/KIDSCREEN%2052%20Psychometrics.pdf)
2. mortalidad en el adulto mayor [Internet]. [citado 8 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/protos.pdf>
3. ebrary ProQuest Reader [Internet]. [citado 6 de junio de 2017]. Disponible en: <http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/reader.action?docID=80202878>
4. adulto.pdf [Internet]. [citado 6 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/adulto.pdf>
5. UNICEF Costa Rica - La Infancia - Adolescencia [Internet]. [citado 6 de mayo de 2017]. Disponible en: [https://www.unicef.org/costarica/children\\_12323.html](https://www.unicef.org/costarica/children_12323.html)
6. Herramientas de cálculos [Internet]. [citado 7 de junio de 2017]. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>
7. Rajmil L, Estrada MD, Herdman M, Serra-Sutton V, Alonso J. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. Gac Sanit. 15 de diciembre de 2001;15:34-43.
8. elementos conceptuales [Internet]. [citado 11 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
9. evaluacion-de-calidaddevida.pdf [Internet]. [citado 11 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf>
10. v25n3a07.pdf [Internet]. [citado 13 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v25n3/v25n3a07.pdf>
11. analisis multidimensional [Internet]. [citado 18 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>
12. cv definicion integradora [Internet]. [citado 11 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
13. definicion de calidad de vida [Internet]. [citado 18 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>
14. UMI\_analisis\_determinantes\_sociales\_2011.pdf [Internet]. [citado 21 de abril de 2017]. Disponible en: [https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre\\_ministerio/memorias/memoria2012/UMI\\_analisis\\_determinantes\\_sociales\\_2011.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria2012/UMI_analisis_determinantes_sociales_2011.pdf)
15. Niñez\_y\_Adolescencia\_Prospectiva\_para\_ellas\_y\_ellos.pdf [Internet]. [citado 21 de abril de 2017]. Disponible en: <https://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/f6b00987-a04e-4221-94c7->

9b8c6db28b22/Ni%C3%B1ez\_y\_Adolescencia\_Prospectiva\_para\_ellas\_y\_ellos.pdf?guest=true

16. salud en CR [Internet]. [citado 4 de abril de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.binasss.sa.cr/xmlui/bitstream/handle/20.500.11764/12/doc8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. cr\_pub\_Indice\_Bienestar\_NA.pdf [Internet]. [citado 13 de abril de 2017]. Disponible en: [https://www.unicef.org/costarica/docs/cr\\_pub\\_Indice\\_Bienestar\\_NA.pdf](https://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Indice_Bienestar_NA.pdf)
18. Rojas M, Elizondo-Lara M. Satisfacción de vida en Costa Rica: Un enfoque de dominios de vida. *Lat Am Res Rev.* 7 de septiembre de 2012;47(1):78-94.
19. who\_constitution\_sp.pdf [Internet]. [citado 11 de abril de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
20. cvrs aproximacion infantil [Internet]. [citado 13 de abril de 2017]. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/673/1184>
21. revision sistematica [Internet]. [citado 18 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a02.pdf>
22. WorldsYouth\_Sp.pdf [Internet]. [citado 4 de abril de 2017]. Disponible en: [http://www.prb.org/pdf/WorldsYouth\\_Sp.pdf](http://www.prb.org/pdf/WorldsYouth_Sp.pdf)
23. Full Text PDF [Internet]. [citado 19 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/download/21226/18921>
24. autoreporte cv [Internet]. [citado 22 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v80n3/art05.pdf>
25. cvrs en adolescentes latinos [Internet]. [citado 11 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n1/07.pdf>
26. cv colombia escolarizados [Internet]. [citado 19 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n2/v34n2a03.pdf>
27. art02teorias dela adolescencia [Internet]. [citado 6 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v22n40/art02.pdf>
28. Full Text PDF [Internet]. [citado 19 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-pediatria-219-pdf-S0370410615001412-S300>
29. Blogspot Snapshot [Internet]. [citado 6 de junio de 2017]. Disponible en: <http://solveigphilo.blogspot.com/2010/12/el-caracter-de-los-jovenes-aristoteles.html>
30. 19531682002.pdf [Internet]. [citado 6 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/195/19531682002.pdf>
31. capitulo\_i\_el\_concepto\_de\_adolescencia.pdf [Internet]. [citado 6 de abril de 2017]. Disponible en:

- [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo\\_i\\_el\\_concepto\\_de\\_adolescencia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf)
32. desarrollo\_adolescente(2).pdf [Internet]. [citado 22 de abril de 2017]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo\\_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
  33. SaludBienestarAdolescente.pdf [Internet]. [citado 21 de abril de 2017]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/SaludBienestarAdolescente.pdf>
  34. 01-piaget.pdf [Internet]. [citado 22 de abril de 2017]. Disponible en: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34351926/01-piaget.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1492894172&Signature=g04n72GtIlywnr0vKtuEH90PH5A%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3D01-piaget.pdf>
  35. La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf [Internet]. [citado 19 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>
  36. 88-93 Desarrollo.pdf [Internet]. [citado 19 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
  37. Adolescenciayjuventud.pdf [Internet]. [citado 19 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf>
  38. BFtoolsMC\_SP.pdf [Internet]. [citado 27 de mayo de 2017]. Disponible en: [https://www.brightfutures.org/tools/BFtoolsMC\\_SP.pdf](https://www.brightfutures.org/tools/BFtoolsMC_SP.pdf)
  39. Full Text PDF [Internet]. [citado 25 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v31n1/art11.pdf>
  40. EBSCO Full Text [Internet]. [citado 25 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=122946031&S=R&D=fa p&EbscoContent=dGJyMNLe80SeqLM4y9f3OLCmr0%2Bepq9Sr6a4S7eWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGttUu0qLBluePfgex43zx>
  41. PERCEPCION-DEL-ALUMNADO-DE-FORMACION-PROFESIONAL-SOBRE-LOS-EFECTOS-DE-UN-PROGRAMA-DE-DESARROLLO-POSITIVO-MODELO-DE-RESPONSABILIDAD-DE-HELLISON-VOCATIONAL-EDUCATION-STUDENTS-PERCEPTIONS-ABOUT-THE-EFFEC.pdf [Internet]. [citado 25 de mayo de 2017]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Pablo\\_Caballero7/publication/277987770\\_PERCEPCION\\_DEL\\_ALUMNADO\\_DE\\_FORMACION\\_PROFESIONAL\\_SOBRE\\_LOS\\_EFECTOS\\_DE\\_UN\\_PROGRAMA\\_DE\\_DESARROLLO\\_POSITIVO\\_MODELO\\_DE\\_RESPONSABILIDAD\\_DE\\_HELLISON\\_VOCATIONAL\\_EDUCATION\\_STUDENTS%27\\_PERCEPTIONS\\_ABOUT\\_THE\\_EFFE/links/5578047708aeacff20005a58/PERCEPCION-DEL-ALUMNADO-DE-FORMACION-PROFESIONAL-SOBRE-LOS-EFECTOS-DE-UN-PROGRAMA-DE-DESARROLLO-POSITIVO-MODELO-DE-RESPONSABILIDAD-DE-HELLISON-VOCATIONAL-EDUCATION-STUDENTS-PERCEPTIONS-ABOUT-THE-EFFEC.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pablo_Caballero7/publication/277987770_PERCEPCION_DEL_ALUMNADO_DE_FORMACION_PROFESIONAL_SOBRE_LOS_EFECTOS_DE_UN_PROGRAMA_DE_DESARROLLO_POSITIVO_MODELO_DE_RESPONSABILIDAD_DE_HELLISON_VOCATIONAL_EDUCATION_STUDENTS%27_PERCEPTIONS_ABOUT_THE_EFFE/links/5578047708aeacff20005a58/PERCEPCION-DEL-ALUMNADO-DE-FORMACION-PROFESIONAL-SOBRE-LOS-EFECTOS-DE-UN-PROGRAMA-DE-DESARROLLO-POSITIVO-MODELO-DE-RESPONSABILIDAD-DE-HELLISON-VOCATIONAL-EDUCATION-STUDENTS-PERCEPTIONS-ABOUT-THE-EFFEC.pdf)
  42. politica nacional de la adolescencia 2021 [Internet]. [citado 6 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/sitios/Observaciones/2/AnexoVI.pdf>

43. 67910202.pdf [Internet]. [citado 19 de mayo de 2017]. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/679/67910202.pdf>
44. Full Text PDF [Internet]. [citado 25 de julio de 2017]. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v1n2/v1n2a02.pdf>
45. cvrs adolecents chilenos [Internet]. [citado 12 de abril de 2017]. Disponible en:  
<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/31976/33769>
46. OMS | Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [Internet]. WHO. [citado 25 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
47. aa-ha-guidance-full-draft.pdf [Internet]. [citado 20 de mayo de 2017]. Disponible en:  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/aa-ha-guidance-full-draft.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/aa-ha-guidance-full-draft.pdf)
48. 1-s2.0-S0716864013702177-main.pdf [Internet]. [citado 22 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0716864013702177/1-s2.0-S0716864013702177-main.pdf?\\_tid=1777d556-3f18-11e7-b5aa-00000aacb362&acdnat=1495476016\\_0072fa1376f2b557708e004d76b62d22](http://ac.els-cdn.com/S0716864013702177/1-s2.0-S0716864013702177-main.pdf?_tid=1777d556-3f18-11e7-b5aa-00000aacb362&acdnat=1495476016_0072fa1376f2b557708e004d76b62d22)
49. MANUAL DE CODIFICACIÓN - UT\_MANUAL\_DIAG\_2016\_prov1.pdf [Internet]. [citado 20 de mayo de 2017]. Disponible en:  
[https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT\\_MANUAL\\_DIAG\\_2016\\_prov1.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf)
50. Full Text PDF [Internet]. [citado 22 de mayo de 2017]. Disponible en:  
<http://www.analesdepediatria.org/es/pdf/S1695403314003877/S300/>
51. ScienceDirect Full Text PDF [Internet]. [citado 22 de mayo de 2017]. Disponible en:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134593416000105/pdffft?md5=e5b57320bfb6a9d6d312f7341e57d479&pid=1-s2.0-S1134593416000105-main.pdf>
52. consenso.pdf [Internet]. [citado 22 de mayo de 2017]. Disponible en:  
<http://www.pediatrasandalucia.org/Pdfs/consenso.pdf>
53. EBSCO Full Text [Internet]. [citado 22 de mayo de 2017]. Disponible en:  
<http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=116716256&S=R&D=fa&EbscoContent=dGJyMMvl7ESeqLA4y9f3OLCmr0%2Bep7ZSsqe4SbSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGttUu0qLBluePfgex43zx>
54. Full Text PDF [Internet]. [citado 22 de mayo de 2017]. Disponible en:  
[http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces\\_salud\\_publica/article/download/3282/2643](http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/download/3282/2643)
55. GPC\_456\_depresion\_inf\_adol\_avalat\_compl.pdf [Internet]. [citado 22 de mayo de 2017]. Disponible en:  
[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_456\\_depresion\\_inf\\_adol\\_avalat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avalat_compl.pdf)
56. 1-s2.0-S1132055914700365-main.pdf [Internet]. [citado 22 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S1132055914700365/1-s2.0-S1132055914700365-main.pdf?\\_tid=0ab1def8-3f49-11e7-a905-00000aacb35d&acdnat=1495497040\\_71335ca1a6d84d72efe58c492fbb4013](http://ac.els-cdn.com/S1132055914700365/1-s2.0-S1132055914700365-main.pdf?_tid=0ab1def8-3f49-11e7-a905-00000aacb35d&acdnat=1495497040_71335ca1a6d84d72efe58c492fbb4013)

57. Rodríguez R. Unicef alerta sobre el acceso fácil a la droga en los colegios [Internet]. [www.expreso.ec](http://www.expreso.ec). [citado 23 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.expreso.ec/actualidad/unicef-alerta-sobre-el-acceso-facil-a-la-droga-en-los-colegios-NA211395>
58. OMS | Enfermedades respiratorias crónicas [Internet]. WHO. [citado 20 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/respiratory/es/>
59. FIRS-in-Spanish.pdf [Internet]. [citado 20 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.thoracic.org/about/global-public-health/firs/resources/FIRS-in-Spanish.pdf>
60. WMS-Spanish-Pocket-Guide-GINA-2016-v1.1.pdf [Internet]. [citado 22 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/10/WMS-Spanish-Pocket-Guide-GINA-2016-v1.1.pdf>
61. Consideraciones.pdf [Internet]. [citado 22 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.neumologia-pediatrica.cl/PDF/200612/Consideraciones.pdf>
62. Ellwood P, Asher MI, García-Marcos L, Williams H, Keil U, Robertson C, et al. Do fast foods cause asthma, rhinoconjunctivitis and eczema? Global findings from the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three. *Thorax*. abril de 2013;68(4):351-60.
63. Full Text PDF [Internet]. [citado 22 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/pdf/13062565/S300/>
64. 9789275318508\_spa.pdf [Internet]. [citado 23 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf)
65. ModeloEnvenenamientos.pdf [Internet]. [citado 23 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/206277/ModeloEnvenenamientos.pdf>
66. a07v49n1.pdf [Internet]. [citado 22 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n1/a07v49n1.pdf>
67. revisiones3.pdf [Internet]. [citado 23 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/revisiones3.pdf>
68. Full Text PDF [Internet]. [citado 30 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/research/antropologia-medica-para-clinicos/c4e104e5-62f5-4c6a-9185-fe822bfa3d5a.pdf>
69. que\_es\_revista\_salud\_bosque\_vol1\_num2.pdf [Internet]. [citado 30 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_salud\\_bosque/volumen1\\_numero2/que\\_es\\_revista\\_salud\\_bosque\\_vol1\\_num2.pdf](http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_salud_bosque/volumen1_numero2/que_es_revista_salud_bosque_vol1_num2.pdf)
70. art02v51n2.pdf [Internet]. [citado 30 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>

71. analisis situacion de salud cr2014 [Internet]. [citado 30 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>
72. INFORME\_LA\_SALUD\_DE\_LOS\_MEXICANOS\_2015\_S.pdf [Internet]. [citado 30 de mayo de 2017]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME\\_LA\\_SALUD\\_DE\\_LOS\\_MEXICANOS\\_2015\\_S.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf)
73. Full Text PDF [Internet]. [citado 7 de junio de 2017]. Disponible en: <https://www.formacionasunivep.com/ejep/index.php/journal/article/download/61/86>
74. Martín-Aragón S, Marcos E. La nutrición del adolescente. Hábitos saludables. Farm Prof. :42-7.
75. Full Text PDF [Internet]. [citado 7 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864015000139-S300>
76. desarrollo vers española kidscreen [Internet]. [citado 13 de abril de 2017]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gv/v19n2/original1.pdf>
77. Blanco N, Alvarado ME. Escala de actitud hacia el proceso de investigación científico social. Rev Cienc Soc. septiembre de 2005;11(3):537-46.
78. alfa de crombac [Internet]. [citado 14 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n4/v34n4a09.pdf>
79. es\_v111n1a07.pdf [Internet]. [citado 10 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v111n1/es\\_v111n1a07.pdf](http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v111n1/es_v111n1a07.pdf)
80. art02.pdf [Internet]. [citado 20 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n1/art02.pdf>

## GLOSARIO

**Juventud:** del latín *iuventus*, Período de la vida humana que precede inmediatamente a la madurez.

**Pubertad:** del latín *pubertas*, Primera fase de la adolescencia, en la cual se producen modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1**

### Consentimiento Informado

#### Información del Investigador

Nombre del investigador principal: Marianela Otárola Ford  
Tutor responsable: Dra.: Tracy Garro  
Nombre de la institución: Universidad Hispanoamericana

#### Título de la investigación:

Salud y calidad de vida según autopercepción, enfermedad o problemas crónicos en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México.

#### Estimados padres de familia:

Soy estudiante de Licenciatura de la carrera de Medicina y Cirugía General, en la Universidad Hispanoamericana. Estoy realizando mi tesis basada en analizar la salud y calidad de vida de los adolescentes desde su autopercepción. Me permito, por este medio, solicitarles su aprobación para la participación de su hijo(a) en esta investigación.

El objetivo es completar un cuestionario de 10 ítems con 52 preguntas generales de marque con equis (X) que valora: realización de actividad física, sus sentimientos, estados de ánimo, tiempo libre, vida familiar, amigos, relación en el colegio y relación con los demás.

El estudio se llevará a cabo en las aulas del Colegio México, se aplicará el cuestionario a los adolescentes de forma individual en horario de clases con la colaboración del (La) profesor(a) y mi persona.

Cabe destacar que si en algún momento el adolescente, padre o responsable, así lo desea, puede revocar la participación en dicha investigación sin ninguna explicación.

Garantizo la confidencialidad de la información obtenida, lo que quiere decir que nadie más que mi persona tendrá acceso a la misma.

---

Firma del responsable de la búsqueda

Marianela Otárola Ford

Representante legal

Yo, \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_

del adolescente \_\_\_\_\_

he leído el documento de consentimiento, que me ha proporcionado el investigador:  
Marianela Otárola Ford. Se me ha notificado que en cualquier momento y sin  
necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora  
doy.

Manifiesto que me considero satisfecho con la información y por ello consiento la  
participación en la presente investigación.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Día Mes Año

\_\_\_\_\_

Firma del investigador

\_\_\_\_\_

Firma del padre

Anexo 2

Cuestionario KIDSCREEN-52



KIDSCREEN-52

*COSTA RICA*

Cuestionario de salud y bienestar para  
muchachos y muchachas de 8 a 18 años.

**¡Hola!**

¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes? Esto es lo que nos gustaría saber de ti.

Por favor, lee cada pregunta con atención. Cuando pienses en tu respuesta, trata de recordar la última semana, es decir, los últimos siete días. ¿Qué respuesta viene a tu mente primero? Escoge la opción que mejor se adapte a tu respuesta y márcala con una equis (X).

Recuerda que esto no es un examen, así que no hay respuestas correctas o incorrectas. Pero es importante que respondas a todas las preguntas y que veamos tus marcas claramente.

No tienes que mostrarle a nadie tus respuestas. Tampoco nadie más, aparte de nosotros, mirará tu cuestionario una vez que hayas finalizado.

Por favor, anota la fecha de hoy:

\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Día      Mes      Año

¿Eres muchacho o muchacha?

- Muchacho
- Muchacha

¿Cuántos años tienes?

\_\_\_\_\_ Años.

¿En qué grado estas?

\_\_\_\_\_ Año.

¿Tienes alguna enfermedad, problema médico, usas algún tipo de sustancia?

- No
- Si

¿Cuál? \_\_\_\_\_

# 1. Actividad física y salud

1. En general, ¿Cómo dirías que es la salud?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Piensa en la última semana...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
2. ¿Te has sentido bien y en buenas condiciones?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿Has estado practicando algún ejercicio (como por ejemplo, has corrido, saltado, montado en bicicleta)?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
4. ¿Has podido correr bien?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
5. ¿Te has sentido lleno(a) de energía?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

# 2. Tus sentimientos.

Piensa en la última semana...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Has disfrutado de la vida?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿Te has sentido feliz de estar vivo (a)?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido Satisfecho(a) con tu vida?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>
4. ¿Has estado de buen humor?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Te has sentido alegre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te has divertido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

### 3. Estado de ánimo

Piensa en la última semana...

	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>
1. ¿Has sentido que todo te sale mal?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Te has sentido triste?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Te has sentido que todo en tu vida te ha salido mal?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Te has sentido harto(a) o fastidiado(a)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Te has sentido solo(a)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7. ¿Te has sentido presionado(a)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

## 4. Sobre ti

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
1. ¿Te has sentido feliz con tu forma de ser?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Te has sentido feliz con la ropa que usas?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido preocupado(a) por la forma en que te ves?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Te has sentido celoso(a) por la forma como lucen otros(as) muchachos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Te gustaría cambiar algo de tu cuerpo?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

## 5. Tu tiempo libre

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
1. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti mismo(a)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Has podido hacer lo que querías en tu tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Has tenido bastantes oportunidades de salir?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Has tenido suficiente tiempo para estar con tus amigos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Has podido escoger qué	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

hacer en tu tiempo libre?

## 6. Tu vida familiar

Piensa en la última semana...

	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Moderada- mente</b>	<b>Mucho</b>	<b>Muchí- simo</b>
1. ¿Te has sentido comprendido(a) por tus padres?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿Te has sentido querido(a) por tus padres?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>
3. ¿Te has sentido feliz en tu casa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para estar contigo?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Has podido hablar con tus padres cuando quisiste?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

## 7. Tu dinero

Piensa en la última semana...

	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>
1. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer las mismas cosas que hacen tus amigos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer tus propios gastos?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer cosas con tus amigos(as)?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

### 8. Tus amigos(as)

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
1. ¿Has pasado tiempo con tus amigos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Has compartido con tus amigos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Te has divertido con tus amigos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Has podido hablar con tus amigos(as) acerca de cualquier cosa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Has podido confiar en tus amigos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

### 9. Escuela o colegio.

Piensa en la última semana...	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has sentido feliz en la escuela o colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿Te ha ido bien en la escuela o colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido satisfecho(a) con tus profesores(as)?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
4. ¿Has podido prestar atención en clases?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Has disfrutado de ir a la escuela o colegio?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Te has llevado bien con tus profesores(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

### 10. Tú y los demás

Piensa en la última semana...	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
1. ¿Has tenido miedo de otros(as) muchachos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Se han burlado de ti otros(as) muchachos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te han amenazado otros(as) muchachos(as)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

¡Muchas gracias por tu colaboración!

San José, 27 de abril 2017

MSc.  
Beatriz Bermúdez  
Directora  
Unidad Pedagógica  
Colegio México  
Presente.

Reciban un cordial saludo de mi parte, deseándoles muchos éxitos en el desempeño de sus nobles y útiles labores que desempeñan.

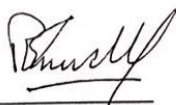
La presente tiene como objetivo solicitarles el respectivo permiso para que la estudiante de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, **Marianela Otárola Ford**; ced: 1-1460-0229. Desarrolle su tesis de grado para optar por el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía en su institución. Por las características del estudio se requiere trabajar con una muestra de 300 estudiantes, según cálculos estadísticos. Esto permitirá mantener la validez de la investigación y que su impacto sea mayor dentro de la institución y el país. Para realizar este estudio, la estudiante aplicará el cuestionario "KIDSCREEN" el cual abarca las variables en el título. Además usará consentimientos y asentimientos informados para asegurar la confidencialidad y la seguridad en la participación de los estudiantes.

El tema a investigar es: "Salud y calidad de vida según autopercepción, enfermedad o problemas crónicos en adolescentes de 12 – 17 años en el Colegio México, San José, Costa Rica, marzo – mayo 2017".

Agradezco su atención y el tiempo dedicado a esta comunicación.

Me despido esperando su pronta respuesta.

Atte:



Dr. Ronald Evans Meza  
Coordinador  
Unidad de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud  
Universidad Hispanoamericana



## DECLARACION JURADA

Yo Marianela Otárola Ford, cédula de identidad número 1-1460-0229, en condición de egresado de la carrera de medicina general y cirugía de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjuicio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de licenciatura en medicina general y cirugía titulado “Salud y calidad de vida según autopercepción, enfermedad y problemas crónicos en adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio México, San Jose, Costa Rica, marzo-mayo 2017” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tan seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserve el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, Aranjuez, el día 13 de julio del 2017.



Marianela Otárola Ford

## CARTA DEL TUTOR

San José, 27 de julio del 2017

Señores  
Departamento de Registro  
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

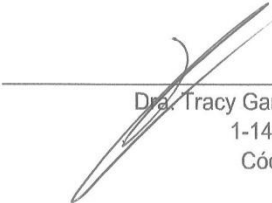
La estudiante **Marianela Otárola Ford**, cédula de identidad número 114600229, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **"SALUD Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN AUTOPERCEPCIÓN, ENFERMEDAD Y PROBLEMAS CRÓNICOS EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS EN EL COLEGIO MÉXICO, SAN JOSE, COSTA RICA, MARZO-MAYO 2017"**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría; y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	8%
B)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19%
	TOTAL		94%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,

  
Dra. Tracy Garro Mora  
1-1449-0655  
Cód. 13561

