

Conductas de riesgo en los adolescentes

Risk behavior in adolescents

Dr. Enrique Rosabal García, Dra. Nancy Romero Muñoz, Dra. Keyla Gaquín Ramírez, MSc. Rosa A. Hernández Mérida

Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La adolescencia es una etapa de cambios que se produce entre la niñez y juventud. Está marcada por un cambio en las expectativas, en relación no solamente con las funciones sexuales y reproductivas, sino también con el *status* social. En esta etapa se dan con mayor intensidad conductas de riesgo que son aquellas acciones realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas. El objetivo de la revisión es describir diferentes criterios de las conductas de riesgo en adolescentes tanto en Cuba como en el mundo, así como realizar un acercamiento en las comunidades cerradas. Para la búsqueda bibliográfica se revisaron libros de texto y revistas biomédicas nacionales e internacionales, así como protocolos, guías y programas existentes en Cuba y en otros países sobre la atención integral a los adolescentes. En la actualidad existe diversidad de criterios al abordar las conductas de riesgo de los adolescentes. Esto ha hecho difícil el abordaje integral de la salud de los adolescentes. En las comunidades cerradas no se ha estudiado a fondo las conductas de riesgo de los adolescentes con un enfoque social. El desconocimiento sobre estos temas constituye una de las causas fundamentales que conllevan a conductas de riesgos en los adolescentes, por lo que debe ser estudiado e implementarse políticas y programas de prevención para disminuir estos comportamientos y sus consecuencias.

Palabras clave: adolescencia, conductas, riesgo.

ABSTRACT

Adolescence is a time of change that occurs between childhood and youth. It is marked by a change in expectations, not only in connection with sexual and reproductive functions, but also with social status. At this stage, risk behaviors occur more intensity which are those actions taken by the individual or community that may bring harmful consequences. The objective was to describe different criteria for risk behavior in adolescents both in Cuba and in the world as well as approaching closed communities. Textbooks and national and international biomedical journals, protocols, guidelines and programs in Cuba and from other countries on comprehensive care for adolescents were reviewed. At present, there is diversity of approaches to address risk behaviors of adolescents. This has made it difficult for the comprehensive approach to adolescent health. In closed communities, it has not been thoroughly studied risk behaviors of adolescents with a social focus. Ignorance of these issues is one of the root causes that lead to risk behaviors in adolescents, so these causes should be studied and policies and prevention should be implemented programs to reduce these behaviors and their consequences.

Keywords: adolescence, behaviors, risk.

INTRODUCCIÓN

Ha sido común en diferentes sociedades y culturas que el tránsito entre el niño y el adulto, esté marcado por un cambio en las expectativas, en relación no solamente con las funciones sexuales y reproductivas, sino también con el *status* social, que comprende una amplia variedad de ritos y creencias que han pretendido diferenciar socialmente una etapa de la vida, denominada adolescencia.

La palabra adolescencia procede del latín *adolescere* que significa lucir y pubertad, y de *pubertas* que en latín quiere decir apto para la reproducción. La pubertad está comprendida dentro de la adolescencia.

En la adolescencia se produce una crisis que se relaciona con el ciclo vital, en la cual se da una agudización en las contradicciones sobre la dinámica de las relaciones internas. Esta constituye un período de transición; abarca entre los 10 y 19 años de edad. Comprende la pubertad (etapa de juventud hasta los 20 años), y la juvenilia (rasgos biológicos de la adolescencia en los adultos).

La adolescencia constituye una etapa del desarrollo del ser humano, en la que se evidencian importantes cambios psicológicos, biológicos y sociales; generalmente cambios bruscos, rápidos, repentinos o demorados. Con un ritmo acelerado crea ansiedad y con ritmo demorado crea zozobra e inquietud.^{1,2}

En este periodo son particularmente intensas las conductas de riesgo en los adolescentes; que son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas.³⁻⁵ Estas conductas son múltiples y pueden ser biopsicosociales. En su desarrollo contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que se destacan la

"sensación de invulnerabilidad" o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los coetáneos con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de transgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras (corteza prefrontal en desarrollo) y otros como la influencia de la testosterona en hombres, la asincronía de desarrollo tanto en mujeres (pubertad precoz y riesgos en sexualidad), como en hombres (retraso puberal y conductas para validación de pares).^{6,7}

La subestimación de los riesgos es habitual en los adolescentes en diferentes circunstancias. Será más probable cuando está en juego su imagen, cuando se han habituado a ellos mismos, cuando creen poder controlarlos y/o tienen expectativas de daños pocos significativos, cuando se relacionan con importantes ganancias personales o cuando tienen una actitud fatalista y creen que los riesgos son inevitables.

En base a la evidencia reciente en neurociencia, *Steimberg* propone que las áreas dopaminérgicas, íntimamente relacionadas con los llamados "circuitos de recompensa" estarían implicadas en los aspectos sociales y emocionales que influyen en que los adolescentes tomen conductas de riesgo. Estas áreas maduran después de las áreas predominantemente cognitivas (corteza prefrontal), lo que explicaría biológicamente cómo se conocen los riesgos y posibles consecuencias dañinas y se involucran igualmente en dichas conductas.⁸ La idea central de esta teoría, es trabajar con factores y conductas de riesgo y actuar sobre ellas, para prevenir las posibles consecuencias para la salud.

Constituyen grandes riesgos en los adolescentes: la nutrición y actividad física inadecuada, actividad sexual que pueda conducir a embarazo no deseado o infección, el uso y abuso de sustancias y las conductas que contribuyan a lesiones no intencionales y violencia (homicidio/suicidio).

El objetivo de esta revisión fue describir diferentes criterios de las conductas de riesgo de los adolescentes en Cuba y en el mundo, así como realizar un acercamiento en las comunidades cerradas.

Para la búsqueda bibliográfica se revisaron libros de texto y revistas biomédicas nacionales e internacionales, así como protocolos, guías y programas existentes en Cuba y en otros países sobre la atención integral a los adolescentes.

SÍNTESIS DE LA INFORMACIÓN

La adolescencia está recogida en la literatura como una etapa de profundos cambios biológicos, psíquicos y sociales, también afectando la espiritualidad del ser humano.^{5,8-10} En las comunidades cerradas representan un elevado universo que se enmarca en la adolescencia intermedia y tardía, forman parte del grupo etario de 14-19 años. Se conoce que el programa de Atención Integral a la Salud de los Adolescente representa dos grupos etarios: 10-14 años y 15-19 años, la edad promedio de entrada a una institución cerrada es de 15 años para la enseñanza media y 18 años para el nivel medio superior y nivel superior.⁵

En los exámenes médicos iniciales se garantiza un acercamiento clínico inicial a los problemas médicos de los adolescentes de nuevo ingreso, no se hace una

valoración integral del riesgo individual y socio-familiar, lo que queda en la superficialidad y por tanto, influye en las consecuencias o problemas médicos que se observan al interactuar este adolescente con un medio diferente en exigencia para la vida diaria.

La dispensarización no responde a particularidades de esta etapa del crecimiento y del desarrollo, lo cual no se ajusta a la concepción integral para esta población, por lo que no permite percibir el riesgo, y crea falsas expectativas de la atención médica integral.¹¹

Cabría incluir en el estudio dispensarial de los adolescentes muchos elementos que evalúen el riesgo familiar, genético y socio conductual, capaz de garantizar la aplicación de estrategias de intervención eficientes para estas comunidades.¹²⁻¹⁷

A continuación se ejemplifica a través de un modelo aplicable al riesgo de infección de transmisión sexual en la población joven.

Factores de riesgo:

- Relaciones sexuales sin uso de condón.
- Prácticas sexuales con penetración o sin esta, sin uso de condón.
- Personas que perciben y/o reciben poco afecto de sus familiares.
- Poca preocupación hacia la atención sanitaria en acciones de prevención como la realización de pruebas citológicas para la detección de cáncer de cuello uterino en parejas adolescentes de elevado riesgo.
- Carencia de grupos de apoyo.
- Falta de comunicación familiar y con sus contemporáneos.
- Sentimientos de dependencia.
- Sentimientos de frustración, infelicidad y soledad.
- Sentimientos de tristeza.

Consecuencias:

- Inicio de la actividad sexual en una etapa precoz de la vida.
- Abandono del hogar.
- Ocurrencia de las relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables.
- Cambios frecuentes de parejas o múltiples parejas en tiempo simultáneo.
- Práctica de violencia como estilo de vida.
- Conductas sociales censurables por la sociedad.
- Prácticas de sexo transaccional ocasionales o permanentes.

El problema principal para este grupo poblacional son las prácticas, comportamientos y conductas de riesgo, que ocasionan morbilidad crítica, discapacidades y defunciones inmediatas; o como el caso del tabaquismo y el alcoholismo, conforman estilos de vida que condicionan enfermedades y muerte temprana en los adultos.¹⁷⁻²⁰

La información disponible sobre prácticas, comportamientos y conductas de riesgo de la población adolescente proviene de estudios parciales y limitados a objetivos específicos de las instituciones que los realizan, lo que no permite tener una visión integral de la problemática. La encuesta nacional de factores de riesgo realizada en 1995, aporta información muy importante, pero solo contempla a la población a partir de los 15 años de edad.

Existe poca información sobre práctica, comportamientos y conductas de riesgo en la población adolescente de las comunidades cerradas, lo que condiciona que no se trate de manera integral los problemas de los adolescentes.

Esta población está sometida a los riesgos que son propios de estas comunidades: ¿influirá este riesgo específico en el comportamiento, prácticas y conductas de riesgo en los adolescentes, en el incremento o no del riesgo propio de estas comunidades o en la morbilidad específica?

Diversos patrones de estudios abordan esta problemática basada en las características propias de poblaciones específicas y de *status* específicos, de morbilidad y mortalidad en diversas poblaciones en concordancia con la problemática sociopolítica y económica de cada nación.

El conocimiento de un modelo que se ajuste a nuestras necesidades devendría en ahorro de recursos y una estrategia de intervención efectiva en las comunidades lo que influye en el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud de los adolescentes.

La prevención es la principal arma para evitar el daño y deterioro en jóvenes adolescentes y que estas conductas repercutan en la vida diaria y de trabajo de nuestros jóvenes o perpetúen padecimientos inicialmente banales hacia la cronicidad.

Las estadísticas mundiales apuntan a riesgos elevados socio-conductuales de la salud del adolescente tanto en países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo, lo que está estrechamente vinculado con el desarrollo científico y tecnológico, y las condiciones socioeconómicas de cada nación.

Indicadores:²¹

- Prevalencia de tabaquismo.
- Prevalencia de alcoholismo.
- Morbilidad por accidentes relacionados con el medio laboral.
- Morbilidad por accidentes de tránsito y por intentos suicidas.
- Tasa de abortos en menores de 20 años.
- Proporción de embarazos en menores de 20 años.
- Tasa de mortalidad general.
- Tasa de mortalidad por accidentes.
- Tasa de mortalidad por suicidio.
- Proporción de adolescentes satisfechos con los servicios de salud.
- Porcentaje de adolescentes que a los 18 años conservan todos sus dientes.
- Tasa de incidencias de las infecciones de transmisión sexual.

Las lesiones no intencionales, como son llamados actualmente los accidentes, constituyen una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en adolescente. En los últimos años, el comportamiento en las instituciones cerradas constituye la primera causa de muerte en el mundo, aunque se registra esta situación, pero no existe evidencia que relacione las conductas de riesgo con este problema, a veces muy propio de este medio, o se relaciona con el elevado riesgo a que es sometido el individuo ligado a las características propias de esta etapa de la vida.¹⁸⁻²¹

Desde la década del 90 se viene analizando la influencia de las conductas de riesgo en la salud integral de los adolescentes; *Gómez de Graudo* hace referencia al tema al reunir una serie de factores:⁵

1. Los personales: su historia personal; sus modos de resolver situaciones infantiles de conflicto; su programa neurobiológico; la utilización de determinados mecanismos habituales de defensa frente a situaciones desestabilizadoras de su identidad, etcétera.
2. Los precipitantes: la percepción subjetiva del impacto de las experiencias que le toca vivir; la capacidad de afrontamiento con que se maneja; el grado de capacidad y flexibilidad cognitiva para la resolución de problemas, etc.
3. Los de contexto: la existencia o no de redes de apoyo solidario con que cuente; el nivel de integración yoica; la capacidad para diferenciar lo real de lo imaginario y para procesar la información de manera coherente.¹⁸

La interacción de todos estos aspectos va a determinar la peculiar manera en que cada adolescente resolverá qué grado de riesgos asumirá en sus respuestas adaptativas.

Cabría preguntarse por qué tantos adolescentes adoptan conductas de riesgo que ponen en peligro su salud y hasta su vida. Entre las explicaciones, tiene que ver con que no siempre perciben el riesgo como tal. Por una característica evolutiva propia de este período: el egocentrismo, ellos fantasean "historias personales" en las que no se perciben expuestos a ningún riesgo. Estas historias anulan en ellos el principio de realidad y los llevan a actuar como si esta no existiera o no importara. Tienen una sensación de invulnerabilidad que los hace sentirse inmunes. Es un sentimiento que los lleva a sentirse diferentes y mejores que los demás y, además, especiales: "a mí no me va a pasar".

Es decir que uno de los factores de riesgo de más peso en este período es, justamente, la misma conducta de riesgo propia de la adolescencia.

Por otro lado, parecería que existen ciertos rasgos de personalidad que caracterizan en buena medida a las personas que buscan riesgos. Estas personas necesitan estimulación permanente y buscan la novedad, la aventura; poseen un elevado nivel de actividad, energía y dinamismo (se les podría visualizar como hiperkinéticos); tienen dificultad para controlar sus impulsos; necesitan demostrar que son pensadores independientes y que pueden resolver sus propios problemas; rechazan los planes a largo plazo, prefiriendo responder rápidamente a cada situación sin previo análisis y tienden a comprometerse en ciertas conductas, aunque sepan que es probable que resulten en consecuencias negativas.

Hay algunos autores que entienden que las conductas de riesgo cumplen un papel positivo muy importante en el tránsito de la adolescencia a la etapa adulta, en la medida que pueden ser funcionales para lograr la autonomía de los padres, permitir cuestionar normas y valores vigentes, aprender a afrontar situaciones de ansiedad

y frustración, poder anticipar experiencias de fracasos, lograr la estructuración del ser, afirmar y consolidar el proceso de maduración.

Según lo expresado, las conductas de riesgo no serían totalmente negativas. Lo que sería necesario discriminar es cuándo una conducta de riesgo pone al adolescente en situación de riesgo: cuando esa conducta lo lleva a poner en riesgo su salud o su vida y cuando sus comportamientos afectan la integridad o ponen en juego la vida de los otros.

Donar un órgano para salvar a un familiar, alistarse como voluntario para ir a la guerra, morir por salvar a otro, pueden ser actos de sano heroísmo que no ponen al adolescente en situación de riesgo. Muchas de las conductas arriesgadas de los jóvenes y las travesuras que a veces dan dolores de cabeza a la familia, en la medida que no cumplan con las condiciones antes mencionadas, tampoco lo son. Pero morir por sobredosis, matar a la novia de 13 puñaladas, asesinar a una religiosa de su colegio o al padre en un rito esotérico (elementos estos que nos proporciona la crónica periodística), no tienen la misma lectura.

¿Qué diferencia más operativa podríamos establecer entonces entre una conducta de riesgo propia de la adolescencia y estos hechos aberrantes?

Siguiendo a *Casullo* la diferencia estaría en que estos jóvenes de la crónica policial no estaban:

- decidiendo con libertad sobre su vida,
- ajustando su conducta al principio de realidad,
- adaptándose activamente, con sus acciones, al contexto sociocultural y
- convencidos, a nivel consciente, que lo que hacían era congruente con su sistema de creencias o valores.

Es decir, que desde lo individual, desde lo subjetivo, serían respuestas emergentes ligadas a trastornos de personalidad relacionados con baja autoestima, sentimientos de tristeza, soledad, aislamiento, impulsividad, etc. que, sumados a esa conducta de riesgo habitual en la adolescencia, configuran un patrón de respuesta patológico.

En el mundo, en especial en países desarrollados como Estados Unidos, se aplican programas nacionales de salud con el objetivo de disminuir las conductas de riesgo y a su vez la muerte en los adolescentes. El consumo de alcohol, cigarrillos y otras drogas continúan siendo la problemática de riesgo mayor en países como los Estados Unidos de Norteamérica.¹⁹

El doctor *Donas Burack*, desde el año 1998 se ha encargado del estudio de las conductas de riesgo en los adolescentes, puso a disposición un modelo de abordaje integral de esta problemática.²⁰ Este concepto no es novedoso; con el advenimiento relativamente reciente de la atención a la salud del adolescente en forma diferenciada (se conoce que la primera clínica de atención especializada la establece el profesor *Gallagher* en 1952, en Boston, Estados Unidos), se comienza a usar el enfoque de riesgo sobre todo en el campo de la salud reproductiva (riesgo de embarazo, riesgo perinatal, cáncer de cuello uterino), y en salud mental (uso y abuso de drogas: tabaquismo, alcoholismo, otras drogas).

Las investigaciones en esta área del conocimiento adquieren gran relevancia en las últimas décadas en estos y otros campos como el de accidentes (primera causa de muerte en este grupo de población), violencia, educación, (deserción, repitencia) y de salud mental (disturbios afectivos, depresión, suicidio), cuyos aportes han contribuido a la implementación de acciones globales y específicas en los países tanto en el campo de la salud pública, como en la atención individual y de grupos de adolescentes, sus familias y sus comunidades. En el mismo período aparecen nuevos conceptos como el de conductas de riesgo, vulnerabilidad (potencialidad de que se produzca un riesgo o daño), factor de riesgo (características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que "señalan" una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño) y el de factores protectores (características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantener la salud o recuperarla) y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo (no necesariamente intervinientes en el proceso causal del daño), de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad general o específica.

Los resultados de estas investigaciones y elaboraciones conceptuales comienzan a aplicarse a las acciones de salud pública, individuales y grupales en forma anárquica sin que la conceptualización se hubiera profundizado adecuadamente y se catalogan (diagnostican) individuos, familias o grupos como de "alto riesgo" o "bajo riesgo", ya sea por apreciación clínica (subjetiva) o numérica (más objetiva cuando responde a investigación con adecuado planteo estadístico). Estos diagnósticos no manejan una definición clara de "alto o bajo riesgo de que daño o daños"; además no se actualizan con cierta periodicidad (lo cual hace que el diagnóstico se cronifique muchas veces erróneamente) y que raras veces buscan la existencia de factores protectores de esos mismos daños para poder llegar a establecer el nivel de vulnerabilidad para ese "momento" del análisis y que por definición conceptual no es válido para otro "momento", ya que la vulnerabilidad es un estado en permanente cambio.²³

Uno de los problemas que se enfrentan los adolescentes es el comienzo de las relaciones sexuales en edades tempranas del desarrollo, cuando los sistemas biológicos no están aún aptos para la reproducción. Se ha encontrado elevada incidencia de embarazos en la adolescencia producto a esta conducta de riesgo.²⁰

El desconocimiento sobre temas relacionados con la concepción constituye una de las causas fundamentales que conllevan a riesgos en los adolescentes relacionados con la sexualidad.²¹ En Cuba existe conocimiento en adolescentes y jóvenes sobre conductas riesgosas en temas relacionados en la salud sexual y reproductiva. En municipios de la Habana se ha encontrado que el conocimiento sobre sexualidad es adecuado, no así lo relacionado con la prevención de las infecciones de transmisión sexual, el embarazo y el aborto.²²

El hábito de fumar constituye uno de los factores de riesgo más prevalentes, sobre todo en el sexo masculino y los que provienen de familias de fumadores.²³

En Cuba se realizan intervenciones educativas sobre el conocimiento de las conductas sexuales de riesgo, se nota un conocimiento generalizado sobre los medios de protección y los riesgos de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, no obstante quedan mellas en el conocimiento de elementos de la conducta familiar.²⁴

Estudios realizados en diversos municipios señalan que las conductas sexuales riesgosas se consideran causas de primiparidad en las mujeres, es la edad un elemento influyente. La procedencia familiar también se señala como un elemento

que influye en la primiparidad precoz, constituye un aspecto de importancia en las conductas de riesgo.²⁵

No se tienen en cuenta los riesgos sociales al valorar conductas perjudiciales; pretender caracterizar todos los elementos que se consideren determinante en la salud del adolescente, sería engorroso en este estudio.

Los que más prevalecen según criterios y estudios son: hábitos nutricionales, elevado consumo de alcohol, hábito de fumar, conductas sexuales de riesgo, factores familiares y sociales, riesgo de embarazo y de infecciones de transmisión sexual.²⁶⁻³¹

Nuestra sociedad demanda de diseños de intervención educativa que contribuyan a disminuir los riesgos relacionados con los grandes problemas de los adolescentes. Se ha adelantado en temas relacionados con la anticoncepción, la salud sexual y reproductiva, los riesgos de enfermedades no transmisibles como el cáncer, por citar un ejemplo, no se ha adentrado en diseños de intervención comunitaria en comunidades especiales.³¹⁻³⁶

Queda un campo abierto en la investigación de las conductas de riesgo, factores de riesgo y factores protectores de la salud de los adolescentes en las instituciones cerradas, cabría trazar a partir de este conocimiento una estrategia de intervención ajustada a la expectativa de la salud integral de los adolescentes en Cuba.²¹ Al analizar este fenómeno biológico, psicológico y social a nivel primario de atención, es obligación de las nuevas generaciones de médicos atender con efectividad y eficiencia a los adolescentes en estas comunidades, que representan más del 50 % poblacional y demandan gran tiempo de consultas dispensarizadas y de urgencias.

En Cuba, y más específico en instituciones cerradas se han realizado estudios parciales y muy limitados que solo valoran la individualidad de determinados factores conductuales constituyentes de riesgo en los adolescentes y jóvenes. Solo se valora el nivel de conocimiento y no la magnitud de riesgo y las posibilidades de intervenir en esto.²⁸⁻³⁷

En la actualidad existe diversidad de criterios en cuanto al enfoque del análisis y caracterización de riesgos y comportamientos de los adolescentes, muchas veces determinado por las características socio-político-económicas y demográficas de cada región o país. No hay un consenso o política universal; los comportamientos y conductas de riesgo son propios a nivel regional y comunitario. Esta diversidad de criterios ha hecho difícil el abordaje integral de la salud de los adolescentes. El pobre entrenamiento y la baja percepción de riesgo en las comunidades cerradas han determinado que el Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los Adolescentes del 2000, no se instrumente con la efectividad requerida. El desconocimiento sobre estos temas constituye una de las causas fundamentales que conllevan a conductas de riesgos en los adolescentes, por lo que debe ser estudiado e implementarse políticas y programas de prevención para disminuir estos comportamientos y sus consecuencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pineda SP, Aliño SM, Martínez NV, Córdova LV. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de los adolescentes. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2002.

2. Valdés Martín S, Gómez Vasallo A, Abreu Suárez G, Alfonso Dávila A, Álvarez Arias CZ, Báez Martínez JM, et al. Temas de Pediatría. Vol. I. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006.
3. Fonseca H. Helping adolescents develop resilience: steps the pediatrician can take in the office. *Adolesc Med.* 2010;(21):152-60.
4. Maza Brizuela JG, Navarro María JE, Rivas Amaya JR, Alcides Urbina H, Cerpa M, De López J. Guía de atención de los principales problemas de salud de los adolescentes. San Salvador: OPS; 2007.
5. Gómez de Giraudo MT. Adolescencia y Prevención: Conductas de riesgo y resiliencia. *Psic Psicp de la USAL [Internet]*. 2000 [citado 6 Dic 2013];4(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://psico.usal.edu.ar/psico/adolescencia-prevencion-conducta-riesgo-resiliencia>
6. Ministerio de Salud Pública. La Salud Pública en Cuba. Hechos y Cifras. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas; 1998.
7. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno Infantil: Cuba 1989. La Habana: Archivos del Ministerio de Salud Pública; 1989.
8. Oficina Nacional de Estadísticas. Estudios y Datos sobre la Población Cubana. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo; 1998.
9. Fonseca H. Helping adolescents develop resilience: steps the pediatrician can take in the office. *Adolesc Med.* 21;(2010):152-60.
10. Acero A, Escobar F, Castellanos G. Factores de riesgo para violencia y homicidio juvenil. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2007;36(1):78-97.
11. Cabezas EC, Cutié EL, Santisteban SA, Castell JM, Días OM, Herrera VA, et al. Manual de procedimientos en ginecología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006.
12. Toledo JG, Rodríguez PH, Reyes MS, Cruz AA, Caraballos MH, Sánchez LS, et al. Fundamentos de Salud Pública. Vol. 1. 2da ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2004.
13. Hernández Sánchez M, Valdez Lazo F, René García R. Lesiones no intencionales. Prevención en adolescentes. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2007.
14. Naciones Unidas: CEPAL, ECLAL. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. Washington: Naciones Unidas; 2010.
15. Valdés Lazo F, Lluá Calderón AM, Podadera Valdés X, Zacca E. Encuesta Nacional de Accidentes en menores de 20 años en Cuba, 2007. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2009.
16. López López AI, Server Pastor G, Pérez Albacete M. Infecciones específicas: tuberculosis, VIH y brucelosis. En: Castiñeiras Fernández J. Libro del Residente de Urología. Asociación Española de Urología. Madrid: Gráficas Marte, SL; 2007. p. 663-6.
17. Maza Brizuela JG, Navarro María JE, Rivas Amaya JR, Alcides Urbina H, Cerpa M, De López J. Guía de atención de los principales problemas de salud de los adolescentes. San Salvador: OPS; 2007.

18. Donas Burak S. Protección, riesgo y vulnerabilidad: sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los/las adolescentes. Segunda versión preliminar. Caracas: OPS/OMS; 1998.
19. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de atención integral a la salud de los adolescentes. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2001.
20. Vaillant CM, Dandicourt TC, Mackensie SY. Prevención del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2012 Jun [citado 02 oct 2014];28(2):125-35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-192012000200008&lng=es
21. Amaro HF, Reyes GG, Palacios ML, Cardoso NO. Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. AMC [Internet]. 2010 Jun [citado 02 oct 2014];14(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-552010000300012&lng=es
25. Peña BM, Torres EJM, Pérez LF, Ramírez CTA, Pría M del C. Conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2005 Abr [citado 02 oct 2014];21(1):1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. García RR, Varona PP, Hernández SM, Chang de la Rosa M, Bonet GM, García PR. Influencia familiar en el tabaquismo de los adolescentes. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2008 Dic [citado 02 oct 2014];46(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032008000300009&lng=es
27. Hernández NJ, Valdés YM, Moreno GY, Pérez PM. Factores influyentes en la primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Mar [citado 02 oct 2014];30(1):36-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100004&lng=es
28. Medina MA, Batista ST, Rodríguez BB, Chaviano CM, Jiménez MN, Noda RT. Factores de riesgo cardiovascular en adolescentes con hipertensión arterial esencial. Gac Méd Espirit [Internet]. 2014 ago [citado 02 oct 2014];16(2):64-74. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000200008&lng=es
29. Rodríguez DL, Díaz SM, Ruiz AV, Hernández HH, Herrera GV, Montero DM. Factores de riesgo cardiovascular y su relación con la hipertensión arterial en adolescentes. Rev Cubana Med [Internet]. 2014 Mar [citado 02 oct 2014];53(1):25-36. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000100004&lng=es
30. Fernández CI, Torrecilla MM, Morales LA, Báez AE. Intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2011 Dic [citado 02 oct 2014];27(4):281-88. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400006&lng=es

31. Puentes RE, Domínguez BE, Rodríguez de CY, Correa JM. La sexualidad en adolescentes de la secundaria básica "Viet Nam". Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2012 Dic [citado 02 oct 2014];28(4):599-610. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400004&lng=es
32. Varona SJA, Almiñana GM del C, Borrego LJA, Formoso MLE. Vulvovaginitis en niñas y adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Mar [citado 02 oct 2014];36(1):73-85. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100010&lng=es
33. Domínguez DI. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Sep [citado 02 oct 2014];37(3):387-98. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300011&lng=es
34. Enríquez DB, Bermúdez SR, Puentes REM, Jiménez CMC. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Jun [citado 02 oct 2014];36(2):145-59. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200013&lng=es
35. Peláez MJ, Juncal HV. Abuso sexual en niñas y adolescentes: Experiencias de 10 años. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2009 Mar [citado 02 oct 2014];35(1):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000100006&lng=es
36. Vaillant CM, Dandicourt TC, Mackensie SY. Prevención del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2012 Jun [citado 02 oct 2014];28(2):125-35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000200008&lng=es
37. Amaro HF, Reyes GG, Palacios M de SL, Cardoso NO. Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. AMC [Internet]. 2010 Jun [citado 02 oct 2014];14(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000300012&lng=es

Recibido: 30 de noviembre de 2014.

Aprobado: 13 de enero de 2015.

Enrique Rosabal García. Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. Avenida 114 e/ 25 y 31, La Habana, Cuba.