



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



“Factores psicosociales y su influencia en la conducta de una población de adolescentes de nivel bachillerato en San Luis Potosí, S. L. P. 2003”

T E S I S

Para obtener el GRADO de:
Maestra en Salud Pública

Presentada por:

Licenciada en Enfermería
PATRICIA ELIZABETH COSSÍO TORRES

Comité de Tesis

Dr. José Lauro De los Ríos Castillo
MSP. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez
MSP. Ma. del Carmen Elvira Loredo Maldonado

ABRIL DE 2004

SEÑOR:

Gracias por haberme dado la vida y ponerme al cuidado en las maravillosas manos de mi madre que supo enseñarme que los sueños pueden ser reales siempre que uno tenga el entusiasmo, la fuerza, la fe y el amor para lograrlo.

Gracias por poner en mi camino a un esposo dulce, amoroso y comprensivo que durante todos estos años ha estado siempre a mi lado apoyándome sin límites en mis anhelos personales y profesionales.

Gracias por todas las personas de las cuales me has rodeado, como familiares y amigos que han contribuido a ser la persona que soy y me dan el ánimo para seguir día a día.

Patricia

GRACIAS

A la Institución donde laboro, porque me da la oportunidad de seguir creciendo no sólo como profesionista sino como persona. Además de darme todas las facilidades y el apoyo para que este trabajo pudiera llegar a su culminación.

A la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, porque sus programas de posgrado permiten la formación de profesionistas competitivos, capaces de dar respuesta a las demandas sociales.

A la Facultad de Enfermería, porque desde que me formó como enfermera sembró en mí la inquietud de seguir adelante en la adquisición de conocimientos de esta maravillosa disciplina.

A mis asesores y maestros, que supieron enseñarme y guiarme en el camino arduo del conocimiento.

Y muy en especial a los estudiantes que participaron en la investigación, porque en todo momento mostraron una gran apertura y cooperación. Sin ellos, el presente trabajo no hubiera sido posible.

A Sam, Gaby y Coco
por su amor incondicional

CONTENIDO

Resumen	
Introducción	
1. Planteamiento del Problema.....	1
2. Marco Teórico.	
2.1 Adolescencia.....	8
2.2 Factores psicosociales en el desarrollo del adolescente.....	18
2.3 Actitudes de riesgo en el adolescente.....	35
2.4 Instrumento de medición. POSIT.....	54
3. Marco Referencial.....	60
4. Objetivos.....	65
5. Metodología.	
5.1 Tipo de estudio.....	66
5.2 Diseño Muestral.....	66
5.3 Variables.....	67
5.4 Instrumento.....	70
5.5 Prueba Piloto.....	71
5.6 Recolección de datos.....	72
5.7 Análisis Estadístico.....	73
5.8 Aspectos Bioéticos.....	74
5.9 Recursos.....	74
6. Resultados.....	75
7. Discusión.....	98
8. Conclusiones.....	107
9. Recomendaciones.....	110
10. Limitantes.....	112
11. Bibliografía Referida.....	113
12. Bibliografía Consultada.....	120
13. Anexos.....	124
13.1 Operacionalización de Variables	
13.2 Instrumento de recolección de datos.	
13.3 Carta de Participación Consentida.	

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Factores demográficos de la población estudiantil de nivel bachillerato en una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.	76
Cuadro 2. Factores sociales de la población estudiantil de nivel bachillerato en una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.	78
Cuadro 3. Ocupación del jefe de familia de una población estudiantil de nivel bachillerato en una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	79
Cuadro 4. Factores demográficos asociados a la actitud agresiva/delictiva de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	88
Cuadro 5. Factores demográficos asociados a la presencia de uso/abuso de sustancias de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.	90
Cuadro 6. Factores demográficos asociados a la actitud sexual de riesgo de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	91
Cuadro 7. Factores sociales asociados a la actitud agresiva/delictiva de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada de la ciudad de San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	92
Cuadro 8. Factores sociales asociados a la presencia de uso/abuso de sustancias de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	93
Cuadro 9. Factores sociales asociados a la actitud sexual de riesgo de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	94

Cuadro 10. Factor psicológico asociado a la actitud agresiva/delictiva de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	95
Cuadro 11. Factor psicológico asociado a la presencia de uso/abuso de sustancias de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	96
Cuadro 12. Factor psicológico asociado a la actitud sexual de riesgo de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	96
Cuadro 13. Categorización de conductas problema de una población estudiantil de nivel bachillerato en una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	97

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Relaciones familiares con riesgo de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	80
Gráfico 2. Relaciones con amigos de riesgo de una población estudiantil de nivel bachillerato en una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	81
Gráfico 3. Rendimiento escolar de riesgo de una población estudiantil de nivel bachillerato en una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	82
Gráfico 4. Relaciones laborales de riesgo de una población estudiantil de nivel bachillerato en una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	83
Gráfico 5. Salud mental de riesgo en una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	84
Gráfico 6. Actitud agresiva/delictiva presente en una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	85
Gráfico 7. Uso/abuso de sustancias presente en una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	86
Gráfico 8. Actitud sexual de riesgo presente en una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.....	87

Resumen. Objetivo: identificar los factores psicosociales asociados a la actitud de riesgo para la salud en una población de adolescentes alumnos de bachillerato de la capital de San Luis Potosí. **Metodología:** es un estudio descriptivo analítico, comparativo y transversal. La población estuvo constituida por el total de estudiantes de una institución privada. **Resultados:** se incluyeron un total de 539 adolescentes. El 49% son hombres y el 51% mujeres. La edad promedio es de 16.07 años (D.E.=1.05). Los factores mayormente asociados a la actitud agresiva/delictiva, uso/abuso de sustancias y conducta sexual de riesgo fueron el sexo, la edad, número de hermanos, estado civil de los padres, relaciones con los padres y amigos, rendimiento escolar, relaciones laborales y salud mental del adolescente ($p<0.05$). **Conclusiones:** Los factores psicosociales están asociados a las actitudes de riesgo en el adolescente.

Palabras clave: adolescente, factores y actitudes de riesgo, salud.

Psychosocial factors and their influence in the behavior of a population of high school's adolescents in San Luis Potosí, 2003.

Abstract. Objective: to identify the psychosocial factors related to the attitude of risk in the health of a population of adolescents in high school in San Luis Potosí city. **Methodology:** It's an analytical descriptive, comparative and transversal research. The population was composed by the total of the students in a private school. **Results:** a total of 539 adolescents were included. 49% are men and 51% women. The average age is 16.07 years old (D.E.=1.05). The factors who were mostly related to the aggressive/criminal, use/abuse of substances, and sexual behavior attitudes of risk were sex, age, quantity of brothers, the marital status of the parents, having negative relationships with parents and friends, school performance, work relationships and mental health of the adolescent ($p<0.05$). **Conclusions:** The psychosocial factors are related to the attitude of risk in adolescents.

Key words: adolescent, factors and attitudes of risk, health.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las grandes prioridades en el trabajo de la Salud Pública, se encuentra la atención a los adolescentes, grupo etáreo que por sus características propias del desarrollo requiere de una atención especial e integral que permita el logro exitoso de esta etapa a las subsiguientes.

El adolescente debe contar con una serie de apoyos tanto internos como de su contexto que faciliten la transición del niño de ayer al adulto del mañana, sin embargo muchas de las veces esto no es posible, ya que su entorno puede volverse un riesgo para el joven, traduciéndose en factores que más tarde pueden desencadenar conductas poco favorecedoras para su salud.

Por lo tanto, se requiere la implementación de estrategias preventivas que eviten las patologías en el adolescente desde lo biológico, psicológico y social.

La presente investigación apunta a conocer al adolescente en su contexto, es decir, la conformación de su perfil epidemiológico, tomando en cuenta factores *demográficos* como el sexo, la edad y el número de hermanos; *sociales* como el grado escolar, ocupación anterior del adolescente, estado civil de los padres, jefe de familia, escolaridad y ocupación del jefe de familia, número de personas que viven con el estudiante, orden de nacimiento, relaciones familiares, relaciones con los amigos, rendimiento escolar y relaciones laborales; *psicológicas* como la salud mental. Todo ello asociado con la presencia de actitudes *sexual, agresiva/delictiva y uso/abuso de sustancias (alcohol y drogas ilegales) de riesgo*.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la población adolescente entre los 15 y 19 años de edad representa el 10% de la población total del país¹. Este grupo etéreo posee características y necesidades propias que demandan a su vez cuidados especiales, ya que la adolescencia es una etapa en la que las y los jóvenes se enfrentan a situaciones nuevas ante las cuales no siempre cuentan con elementos necesarios en términos de conocimientos, actitudes y conductas; además de la falta de apoyo por parte de su entorno que les permita prevenir situaciones de riesgo para la salud.

La adolescencia rebasa el ámbito de lo biológico; refleja los ideales, valores, normas y expectativas que los distintos grupos sociales crean para producir y reproducir un orden entre las generaciones.

Por otro lado, en la construcción de su identidad, el adolescente se ve inmerso continuamente en los cambios del contexto social, las condiciones económicas, políticas, culturales y ambientales en que se desarrolla, creando así un ambiente de riesgo y al mismo tiempo de factores de protección que le permiten adaptarse e ir descubriendo su individualidad social y su identidad colectiva.

Al hablar de factores de riesgo se alude a aquellos que están vinculados a la estructuración o conformación de cierto tipo de conducta o comportamientos humanos que se manifiestan en forma voluntaria, con resultados de alguna manera indefinidos y que tienen alta probabilidad de provocar consecuencias negativas en lo referido a cuestiones de salud, tanto en su perspectiva personal-subjetiva como social-comunitaria².

Dulanto, conceptualiza a los factores de riesgo como la contingencia, evento o acción que aproxima a un daño, y cuya normatividad y control quedan bajo la

influencia de la suerte; dicho daño puede afectar la salud biológica, psicológica y social del individuo³.

Por otra parte Dreyfoos señala que las llamadas “conductas de riesgo” en adolescentes (tales como consumo de sustancias, abandono de la escuela, embarazo precoz y conductas antisociales o delincuencia) se encuentran asociadas a los mismos factores, tales como: la edad, donde la iniciación temprana de cualquiera de estas conductas de riesgo tiene un valor predictivo negativo en cuanto a un compromiso futuro; las conductas generales negativas, es decir, la tendencia a la actuación de los conflictos como modalidad predominante; la baja resistencia a la influencia negativa de los pares, debido a que es común que el adolescente sea inducido a conductas de riesgo a través de la seducción o presiones de los pares; las influencias parentales negativas, donde es indudable que la ausencia de un buen vínculo entre padres e hijos, la falta de control y supervisión adecuada por parte de los padres, o por el contrario que sean muy autoritarios, están estrechamente asociados con las conductas de riesgo señaladas, entre ellas el consumo de alcohol y drogas; las expectativas en relación con la educación, los adolescentes que tienen una baja expectativa en cuanto al nivel de educación y que muestran un bajo desempeño escolar o académico tienen más posibilidades de desarrollar conductas de riesgo; y la calidad del barrio, el cual se asocia con el grado de disponibilidad de drogas y con las características familiares en cuanto a la presencia relativa de los padres para cumplir sus funciones y el nivel de estrés asociado con el grado de contaminación, violencia, y oferta de servicios de recreación saludables⁴.

Lo anterior, puede verse reflejado en los siguientes datos estadísticos que son sin duda producto de las conductas de riesgo que lleva a cabo el adolescente. Por ejemplo, en el ámbito de la sexualidad, los adolescentes se comportan en diferentes formas para explorar la misma. Dicha tarea resulta compleja ya que hay una asincronía entre la maduración física y la maduración emocional e intelectual.

Es por ello innegable que el inicio de la actividad sexual en la adolescencia es cada vez más frecuente y a edades más tempranas, muchas de las veces practicadas bajo un esquema de riesgo que implica el no uso de métodos anticonceptivos, influyendo así de manera directa en el aumento de la incidencia de infecciones de transmisión sexual, embarazos precoces, SIDA, abortos ilegales, por mencionar algunos.

La Encuesta Nacional de la Juventud destaca que el 70% de los jóvenes que inició su vida sexual lo hizo entre los 15 y 19 años, por lo que es una razón de suma importancia para aplicar estrategias de intervención en salud para disminuir daños en este grupo⁵.

Por otro lado, Martínez y Martínez señala que son pocos los adolescentes con una vida sexual activa que usan métodos anticonceptivos, y de éstos el coito interrumpido, el condón y el método de ritmo son los más usados; los cuales no son de muy alta efectividad⁶.

La conducta sexual de riesgo del adolescente puede originar otras consecuencias, tal como lo señala la Organización de las Naciones Unidas (ONU) donde el 20% de las mujeres latinoamericanas inician la maternidad antes de los 18 años. En México⁷ el 15.2% de las menores de 20 años ya tuvo su primer hijo. Así mismo el 56.8% de los embarazos en adolescentes presentan diversas complicaciones médicas y entre éstas destaca el bajo peso del bebé al nacer que reporta ser 46% mayor en hijos de adolescentes que de madres de más de 20 años de edad; por otro lado la mortalidad infantil que se muestra es 33% más elevada entre los primeros que entre los segundos⁸. En San Luis Potosí en el año 2000, el 16% del grupo de 15 a 19 años ha tenido cuando menos un hijo⁹.

Retomando el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual por un mal manejo de la sexualidad del adolescente, dentro de este grupo de enfermedades

sobresale lo que es la infección por VIH y SIDA; donde las tasas de mortalidad en México han aumentado en el grupo de población de 15 a 24 años pasando de la 6ª causa de muerte en 1998 a la 5ª causa en 1999¹⁰.

Otra de las conductas de riesgo para la salud del adolescente es el uso / abuso de sustancias. La adicción a sustancias en sí constituye un grave peligro y también trae consigo otros riesgos como la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre los consumidores de drogas intravenosas y la violencia por posesión de drogas.

Entre los diversos factores psicosociales de mayor riesgo para la presencia de dicho problema se tiene al grupo de pares, ya que se ha observado que el aumento del consumo de sustancias en el adolescente se incrementa a medida que aumenta en el grupo de amigos¹¹. La familia disfuncional es otro factor de riesgo sobre todo si los padres y/o hermanos son consumidores de estas sustancias.

En un estudio en la ciudad de México en adolescentes a nivel preparatoria se observó que la relación entre la conducta sexual y anticonceptiva y el uso de alcohol, tabaco y drogas "ilegales" y de "uso médico"; mostró una correlación significativa¹².

En la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, el 72.2% de la población fumadora inició este hábito antes de los 19 años y en la población bebedora el 66% también había iniciado antes de los 19 años. Por otro lado la prevalencia de adicciones en el país en 1998 fue de 5.27%¹³.

En el año 2000 en San Luis Potosí se realizaron 2320 acciones preventivas en farmacodependencia, resultando beneficiados un total de 49 679 personas; de las cuales el 36.4% recibió información solamente, cerca del 1% fue orientada, el

0.7% fue capacitada y el 62% recibió cursos de sensibilización. Sin embargo en el mismo año en el estado se atendieron 227 pacientes farmacodependientes siendo la marihuana la más consumida en ésta población, seguida por los inhalables y el alcohol. Cabe destacar también que San Luis Potosí cuenta sólo con un centro de atención a farmacodependientes en todo el estado lo que hace más prioritario que las actividades preventivas se hagan presentes en la población, sobre todo en los adolescentes¹⁴.

La conducta agresiva / delictiva en el adolescente es otra forma de conducta de riesgo no sólo para su salud sino para las personas que lo rodean.

En San Luis Potosí hubo 5351 delitos denunciados; el primer lugar lo ocuparon las lesiones, seguidas por el robo, daño a cosas, homicidio y portación de armas. Del total de delitos, el 6.6% fueron cometidos por jóvenes de 16 a 17 años de edad y el 8.1% por jóvenes de 18 a 19 años; es decir, el 14.7% de los delitos en el estado son cometidos por adolescentes¹⁵.

Como se puede constatar con lo anterior, no es raro que existan adolescentes con conductas que puedan poner en peligro su salud y algunas veces hasta la vida; entre las causas de mortalidad en el grupo de 15 a 24 años de edad en 1998 en México la primera causa son los accidentes, seguidas por las agresiones; el 4º lugar lo ocupan las lesiones autoinflingidas, el 6º lugar complicaciones en el embarazo, parto y puerperio y en 7º lugar muertes por SIDA¹⁶.

Uno de los esfuerzos en salud ha sido el Programa para la "Atención a la Salud de la Adolescencia", que no sólo involucra al Sector Salud, sino a todas aquellas instituciones que tengan que ver con este grupo poblacional.¹⁷

Con base a lo anterior, es necesario detectar a los adolescentes con factores de riesgo y de esta manera, hacer la adecuada canalización e inicio de un tratamiento precoz que limite los daños causados.

Desde el punto de vista epidemiológico es importante el diagnóstico temprano y limitación del daño; y no sólo eso sino también contar con la capacidad de detectar a estos adolescentes en riesgo a fin de dirigir esfuerzos a los aspectos preventivos, es decir, al primer nivel de atención médica, donde la Salud Pública tiene un papel importante. La promoción y prevención de la salud deben medirse a través de cambios en el comportamiento del individuo, cambios que eviten las patologías físicas y sociales de su entorno.

El planteamiento central del trabajo es, que para hacer una verdadera prevención se necesita conocer a la población en estudio, en este caso, los adolescentes de una preparatoria privada de la ciudad de San Luis Potosí; a través de un diagnóstico que permita detectar los factores psicosociales y su asociación con conductas de mayor riesgo para la salud de dichos adolescentes, conformando así el perfil epidemiológico. Y por lo tanto, la generación de estrategias que promueva la disminución de dichas conductas con base al diagnóstico obtenido, ya que la forma en que se ha operado en esta Institución es de manera aislada y sin fundamentos, a pesar de que los hechos referidos en la adolescencia no son ajenos en este contexto, tales como el embarazo precoz, infecciones de transmisión sexual, abortos, agresividad, delincuencia y uso / abuso de sustancias principalmente.

Se decidió estudiar la adolescencia por considerarse que este grupo atraviesa por un período más difícil que el de los años de la niñez, tanto para los jóvenes como para sus padres; es un periodo de cambios físicos, sexuales, psicológicos y cognoscitivos que acumulan un gran número de demandas de socialización, de independencia, modificación de las relaciones con iguales y con adultos, de ajuste

sexual, de preparación educativa y vocacional; que per se, los hace ser sujetos de riesgo para su desarrollo físico, mental y social.

La importancia de trabajar con este tipo de población es primordial, ya que en México los alumnos inscritos en el nivel bachillerato durante el ciclo escolar 2000-2001 ascendieron a un total de 2 594 242 y en el estado de San Luis Potosí fue de 50 586 adolescentes; lo cual nos demuestra que este tipo de población ocupa un lugar preponderante en nuestra sociedad¹⁸.

Por lo tanto, los factores que se retomaron en el presente trabajo son *demográficos, sociales y psicológicos*; asociados a las actitudes de riesgo: *sexual, agresiva/delictiva y uso/abuso de sustancias (alcohol y drogas ilegales)*.

En la medida en que se enfatice la importancia de dichos factores psicosociales en la conducta de riesgo para la salud de los adolescentes se podrán enriquecer y modificar las estrategias de salud que actualmente son llevadas a cabo en la institución educativa donde se realizó el estudio, de tal forma que se contribuya al mejoramiento del estado de salud de los estudiantes; dando a su vez respuesta a la misión del recinto escolar que está basada en una educación integral con un equilibrio científico-tecnológico y ético-cultural. Además la responsabilidad de cualquier institución educativa es proporcionar a sus estudiantes una serie de opciones que permita promover su salud.

Teniendo en cuenta todo lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a las actitudes sexual, agresiva/delictiva y uso/abuso de sustancias (alcohol y drogas ilegales) de riesgo en una escuela privada de nivel bachillerato de la ciudad de San Luis Potosí, durante el año 2003?.

2. MARCO TEORICO

2.1 ADOLESCENCIA

La palabra adolescencia deriva del latín *adolescens* (joven) y *adolecere* (crecer). La asociación de la palabra adolecer en la lengua española nos lleva a la idea de tener o estar sujeto a afectos, pasiones, vicios o malas cualidades, causar dolencia o enfermedad¹⁹; adjetivos que califican a este periodo como turbulento y caótico.

Antes de continuar definiendo lo que es la adolescencia cabe hacer mención la diferenciación entre los términos pubertad y adolescencia. La primera se refiere a un proceso de crecimiento y maduración biológica que se desarrolla bajo control genético estricto, manifestándose en los siguientes cambios: a) crecimiento y maduración del aparato genital, b) aparición de caracteres sexuales secundarios, c) crecimiento acelerado del sistema musculoesquelético y d) adquisición de la capacidad de procreación. Además durante la pubertad ocurren dos hechos significativos: la menarquia en las mujeres y la espermarquia en los hombres. La pubertad se desarrolla en las mujeres entre los 10 y 13 años en promedio y en los hombres entre lo 11 y 14 años de edad²⁰.

Por otro lado la adolescencia es el periodo que tiene como finalidad lograr la madurez emocional y social, abarca un periodo ente los 10 y 12 años hasta los 22 años aproximadamente. La OMS define la adolescencia desde el punto de vista cronológico como el periodo de comprensión entre los 10 y 20 años, iniciada con la aparición de los caracteres sexuales secundarios (10 y 12 años) y finaliza con el cese del crecimiento corporal²¹.

A su vez la adolescencia consta de subetapas las cuales según Dulanto, son:

- Adolescencia temprana. Abarca de los 12 a 14 años de edad y corresponde al periodo de educación secundaria
- Adolescencia media. Se extiende desde los 15 hasta los 17 años de edad, equivale al periodo de bachillerato en cualesquiera de sus modalidades
- Adolescencia tardía o fase de resolución de la adolescencia. Comprende de los 18 a los 21 años de edad y corresponde a la educación universitaria casi por completo.

En respuesta a los fines del presente estudio de investigación que abarca los adolescentes de bachillerato y cuya edad oscila entre los 14 y 17 años de edad, se abordará solamente la adolescencia media.

2.1.1 Adolescencia media.

Debido al objetivo poblacional del presente estudio, en el presente apartado se abordan de manera concreta las características por las cuales pasa el adolescente en esta etapa; en el área psicomotora, cognoscitiva, afectiva y social²².

Area psicomotora. El cuerpo del adolescente va alcanzando su forma adulta, con frecuencia se observa que el joven pasa mucho tiempo admirando su cuerpo. Existe una sistematización de su práctica deportiva, le agrada y logra cierta gratificación en el contacto con la naturaleza, se da aquí una manifestación máxima de su creatividad y de su expresión artística.

Area cognoscitiva. Una de las manifestaciones del pensamiento formal es la capacidad de tomar en consideración hipótesis o proposiciones teóricas, que se apartan de lo inmediatamente observable. La discrepancia entre lo real y lo posible puede ser un factor importante que lo convierta en un sujeto rebelde, al darse cuenta que las cosas no necesariamente son como el adulto dice que son. Esto genera crítica a los sistemas sociales, políticos y religiosos. El pensamiento puede

parecer egocéntrico por el interés que ellos ponen en los cambios al manifestar su crítica. Hay una tendencia a la fantasía que le permite por medio de la imaginación la experiencia emocional.

Area afectiva. La conducta se orienta a la heterosexualidad, aunque no necesariamente se concreta; es la época de la idealización romántica, con el amor romántico se idealiza el objeto amoroso, sueña con el amor perfecto, sufre fácilmente cambios de humor y se torna irónico en sus comentarios. Sus manifestaciones emocionales, como frustración, celos, envidias, pueden originar actitudes francamente antisociales.

Area social. Los padres son desvalorados y en el adolescente surge la arrogancia y la rebeldía, existe una resistencia a las figuras de autoridad, se da una búsqueda de estatus frente a los mayores, surge una lucha por su espacio y por su propio tiempo. Con los amigos las relaciones son más afables, con apego a la palabra empeñada, en ocasiones llega a aceptar códigos de honor y lealtad.

Como ya se ha expuesto el gran interés por su aspecto físico permite que sea su tarjeta de presentación ante los demás para lograr así pertenencia. Una manifestación de lo anterior es la realización del ejercicio físico excesivo para poder obtener un cuerpo excepcional, que le ayude a satisfacer sus expectativas de reconocimiento. Por otra parte el grupo de pares es básico, ya que el número de sentimientos y el deseo de compartir con los amigos se acentúan y crecen; por lo que el desinterés por la familia se hace evidente. Es entonces en esta etapa donde el adolescente se obstina por pertenecer a un grupo determinado, en el afán de ser reconocidos los jóvenes en tales circunstancias suelen aceptar los valores y las prácticas de sus amigos sin cuestionarlos, ya que necesitan su aceptación para crear una nueva seguridad, la cual ha perdido por su desvinculación familiar. También en esta etapa se dan los ensayos de noviazgo,

citas hacia personas del sexo opuesto y es la época más frecuente de la iniciación en el coito.

Un nuevo cambio rige de manera parcial la conducta de los jóvenes, en especial aquellos que no cuentan con familias donde se alienten los valores y que a pesar de su condición de jóvenes están obligados a asumir valores en la práctica de su comportamiento, ese cambio es denominado la moral convencional.

El desarrollo de la identidad aumenta, las emociones son desarrolladas en el plano de poder entender los sentimientos de los otros. Las pretensiones vocacionales se sitúan en un plano de la realidad. Con frecuencia se reconocen las limitaciones y falta de capacidades personales.

Entre los 15 y 17 años de edad se vive una etapa propensa a experimentar y desarrollar el sentimiento de omnipotencia que lleva a muchos a adoptar un comportamiento de alto riesgo. Por ello, y en función del estilo de vida y el núcleo de pares, los jóvenes con mayor libertad o con medios familiares poco contenedores suelen involucrarse en conducta antisocial, posibilidad de accidentes, alcoholismo, drogadicción, y contactos sexuales frecuentes que, en caso de falta de precaución, les conducen hacia embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Los jóvenes más desprotegidos o con grandes problemas de funcionamiento familiar atraviesan sin duda la subetapa más peligrosa de la adolescencia. Por consiguiente, toda conducta o programa preventivo en los campos escolares, de esparcimiento y recreación donde se congregan los jóvenes, es de beneficio personal y social incalculable.

2.1.2 Desarrollo Psicosocial.

La adolescencia representa un proceso personal intransferible por lo que al definir el desarrollo psicosocial sólo es posible presentar sus características universales y

señalar los hechos y las actitudes esperadas o describir el fenómeno de manera general, pues la adolescencia es de naturaleza heterogénea, resultando difícil convertirla en un fenómeno homogéneo para su estudio.

El desarrollo psicológico y de la conducta social del sujeto en la adolescencia, se establece en patrones de conducta de acuerdo con la edad y la sociedad donde está inmerso. La percepción de normalidad para el adolescente en su hacer, pensar y sentir está en función del hacer, pensar y sentir de los pares; sus logros ante ellos afirman sus expectativas de ser normal. De esta forma aumenta la autoestima y seguridad y se reconocen capacidades para continuar la experiencia existencial comprometiéndose con responsabilidad. El adolescente es una persona normal en tanto su conducta adaptativa domine su acción, pues conocerse, reconocerse y adaptarse es una muestra del desarrollo organizado, además de pasar de la estabilidad a momentos de inestabilidad, recuperándose sin la intervención de los adultos²³.

El desarrollo de una identidad propia surge como una demanda urgente, para lo cual el joven tendrá que ensayar una y otra vez una serie de papeles e ideologías que al final una de ellas predominará y gradualmente emergerá con mayor persistencia y adaptabilidad, dando como resultado su propia identidad.

Los adolescentes normales son aquellos que tienen conductas que manifiestan abierta confianza en sí mismos; establecen buenas relaciones con los pares; son leales en las relaciones afectivas, pero también tienen habilidad para “prenderse” y “desprenderse” de los padres, compañeros y amigos con asombrosa rapidez y sin acongojarse. La normalidad en este proceder es la capacidad de adaptación al grupo y el vivir en armonía con la mayoría de los pares en vez de crear conflictos. Este tipo de adolescentes tienen y desarrollan cada vez mayor autoestima, la cual les proporciona confianza y permite el desarrollo de una conducta segura, abierta y participativa con la familia y la sociedad.

Por otro lado, un comportamiento puede considerarse anormal cuando de manera persistente se desvía de la normatividad establecida en la familia, escuela y comunidad, es decir, cuando perjudica particularmente el logro de una actitud o conducta que permita adaptarse de manera eficaz a la tarea social que implica el ser adolescente.

Roberto Havinghurst²⁴ llama a las tareas evolutivas o de desarrollo psicosocial como:

[...] actitudes, conocimientos y funciones que el individuo debe adquirir y hacer crecer en cierto momento de su vida. En esta adquisición intervienen la maduración física, los anhelos sociales y los esfuerzos personales.

Señalando las siguientes tareas evolutivas de la adolescencia:

- Aceptación de la propia figura, del esquema corporal y del papel correspondiente según el sexo masculino o femenino.
- Establecimiento de nuevas relaciones con jóvenes de ambos sexos.
- Independencia emocional respecto de los padres y otros adultos.
- Obtención de la seguridad mediante la independencia económica.
- Elección y entrenamiento de una ocupación.
- Desarrollo de aptitudes y conceptos intelectuales necesarios para la competencia cívica.
- Deseo y logro de la conducta socialmente responsable.
- Preparación para el matrimonio y la vida familiar
- Elaboración de valores conscientes y acordes con una imagen científica y adecuada al mundo.

Para poder lograr lo anterior, los adultos, padres, profesores, guías y orientadores están obligados a conceder el espacio y el tiempo para que el adolescente pueda cumplir dichas tareas. Este tiempo y espacio deben lograrse en los marcos de referencia donde el joven ha crecido hasta el momento.

Por otro lado Ingersoll²⁵ señala que en la adolescencia media surge un aumento de las conductas de riesgo para la salud, así como de un mayor interés heterosexual por los pares y la aparición de los primeros planes vocacionales.

2.1.3 Desarrollo psicosexual.

El desarrollo psicosexual en la adolescencia es un conjunto de fenómenos que incluyen: el mecanismo biológico que permite la descarga de la tensión sexual, los fenómenos psicológicos en el sistema mental como atracción, enamoramiento y temor, y los fenómenos psicosociales que implican actitudes sexuales familiares o de la comunidad donde el adolescente se desarrolla y que debe confrontar²⁶.

El adolescente debe armonizar su impulso por obtener satisfacción con su sistema psicológico que implica necesidades emocionales y afectivas, en relación con el desarrollo de sus relaciones interpersonales, así como con las expectativas de su medio familiar y social.

En la pubertad, el impulso biológico adquiere una urgencia de la descarga de éste, que se hace notable en el varón ya sea por medio del acto sexual o la masturbación; de lo contrario esa descarga se hace evidente por medio de la eyaculación espontánea o nocturna. La adolescente que no se masturba también experimenta periodos de gran tensión circunscrita a los genitales, lo cual se manifiesta con aumento de grosor (vascularización) de los labios menores y el clítoris, además de un aumento importante de las secreciones vaginales durante el sueño, cuando la tensión sexual se acrecienta, ocurren descargas mediante la estimulación consciente o inconsciente de los genitales.

Los jóvenes para lograr la resolución de la adolescencia, han de lograr un modelo de adaptación que concilie sus pulsiones instintivas y sus necesidades afectivas, así como sus estructuras de conciencia. Estas últimas incluyen su yo ideal, es

decir, las expectativas propias de sí mismos y las consideradas necesarias para ser aceptados, su autoimagen, su amor propio y su narcisismo, entre otros factores condicionados por la realidad externa.

El contexto social complica el proceso de adaptación del adolescente, ya que las exigencias sociales prolongan la dependencia del individuo respecto de los padres y las exigencias de los impulsos biológicos no se pueden posponer.

La descarga del impulso sexual en el varón adolescente se da a través de fantasías directamente relacionados con el acto sexual, en cambio, la naturaleza de las fantasías sexuales tempranas de la mujer adolescente se expresa con más frecuencia en términos de ternura y posición psicológica, comprensión, apoyo, gustarle al compañero del sexo opuesto, ser atractiva, dar cariño y hacerse necesaria.

Las actitudes sociales son sin duda factor importante en estas diferencias. Por tradición se impone a la mujer ser asexual (virgen) antes del matrimonio, siendo lo contrario en el varón donde el tener relaciones sexuales prematrimoniales son cuestión de prestigio. Otro factor tal vez sea la desigualdad de la fisiología sexual; ya que en el varón el impulso aparece en la adolescencia temprana y pugna por la satisfacción una necesidad mayor de descarga, aún cuando las representaciones mentales de los padres todavía se encuentran en primera línea en términos de significado afectivo. En cambio la mujer de acuerdo con las investigaciones de Masters y Johnson (1966) experimenta pulsiones eróticas mucho más intensas hacia el final del tercer decenio de la vida después de procrear, no siendo tan intensa en la adolescencia²⁷.

En la adolescencia el sistema defensivo ante el impulso sexual es la disociación, que implica el deber de conservar las fuerzas sexuales disociadas de la ternura y las necesidades de afecto, mientras se vivan como peligrosas e incestuosas en los

lazos con los padres. Es decir, en esos momentos del desarrollo, el sexo se vive en términos de utilización y explotación, mientras el sexo no se relacione con el amor y ternura, se protege el manejo defensivo del conflicto que implica el incesto. El adolescente tendrá que lograr una modificación fundamental en las representaciones afectivas de sus padres y en relación con ellas para que el sexo finalmente se supedite y esté al servicio de la relación amorosa. El adolescente en esta disociación y falta de equilibrio encuentra refugio en el grupo de otros adolescentes; ya que cada miembro del grupo siente que los demás son más maduros y adaptados que él, por lo que el joven trata de igualarse ante ellos mediante el fanfarroneo que lo haga lucir más vivido, más grande, más rebelde y desapegado de sus padres.

El grupo de pares constituye por lo tanto la fuente de los mecanismos defensivos más importantes para el adolescente, ya que por medio de la actuación de grupo logra hacer lo que no haría solo; lo que conlleva a adquirir peligros en el aspecto social y en el sexual principalmente. En lo social el adolescente se expone a adquirir hábitos como el tabaquismo, el alcoholismo o consumo de drogas ilegales; además tiende a realizar otros actos antisociales como el robo y las riñas. En lo sexual el joven puede incursionar en la prostitución, la experimentación homosexual y el sexo irresponsable.

En el caso de la mujer adolescente usa también el mecanismo defensivo de la disociación, sin embargo en ella impera la represión en relación al varón²⁸.

2.1.4 Desarrollo cognitivo.

Al hablar de desarrollo cognoscitivo del adolescente, es pertinente definir el término de inteligencia, el cual nos remite a un proceso constructivo en el que interviene la combinación de factores orgánicos, psicológicos y sociales, permitiendo al ser humano desarrollar un comportamiento inteligente.

Este enfoque obliga a considerar al fenómeno de la inteligencia desde dos principios epistémicos básicos: el interaccionista y el constructivista.

El principio interaccionista plantea que la inteligencia se construye a partir de la interacción de un sujeto con su objeto de conocimiento. Así, a partir de la acción de un sujeto (adolescente) con su objeto de conocimiento (su mundo externo) aparecen poco a poco aproximaciones conductuales de carácter inteligente (estructuras cognoscitivas) que permiten al sujeto solucionar los problemas presentados por el ambiente. Al mismo tiempo en esta interacción tiene lugar el principio constructivista. Es decir, las conductas inteligentes (estructuras cognitivas) evolucionan cada vez más y de ese modo se construyen etapas en el desarrollo característico de diferentes periodos. Cada etapa superior es precedida de otra que permite el surgimiento de una etapa más desarrollada. Este principio constructivista permite entender que existe una evolución psicogenética de tipo cognitivo formada por diferentes etapas o periodos: sensoriomotriz, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales; correspondiendo esta última a la adolescencia²⁹.

La teoría psicológica sostiene que el desarrollo cognoscitivo adelanta desde procesos elementales a otros complejos. Parece que se instaura una secuencia invariante. Para hacerlos resaltar se han distinguido dos situaciones cognoscitivas, la *concreta* y la *abstracta*; la primera en el niño, la segunda en el adolescente.

E. A. Peel y Jean Piaget han descrito minuciosamente cómo hacen los niños y adolescentes para adquirir las estructuras conceptuales en las diversas edades. Peel opina que cada individuo se esfuerza por mantener el equilibrio cognoscitivo entre sí mismo y su ambiente. Cree que el desarrollo intelectual entre los 11 y 20 años de edad consiste principalmente en un cambio del pensamiento descriptivo al exploratorio. En el primer caso, no se hace más que relacionar entre sí los atributos de un suceso; en el segundo, se relacionan con fenómenos explicados

previamente y con generalizaciones y conceptos apropiados. Según Peel, el individuo se hace con el medio mediante la formación de conceptos, por lo que supone que ciertos objetos son la misma cosa o son diferentes.

Piaget cree que la actividad motriz es la base de las operaciones mentales. Las operaciones cognoscitivas que son necesarias para enfrentarse a la vida van apareciendo a medida que el individuo interactúa con su ambiente. Empieza la vida con unos cuantos reflejos innatos e inmutables y una variedad de reflejos modificables o esquemas, los cuales, juntos constituyen las unidades primarias de la organización cognoscitiva. La noción de esquemas es la razón de que se den cambios en la percepción y en la modificación de las respuestas en el transcurso del aprendizaje. El desarrollo cognoscitivo tiene lugar cuando el adolescente se vuelve más y más dependiente de la organización internalizada de los esquemas. Dos son las dimensiones a lo largo de las cuales tiene lugar el aprendizaje: la *asimilación*, por la que el joven aprende a construir la realidad de acuerdo con sus estructuras cognoscitivas y el *acomodamiento*, con el que el joven aprende a modificar sus estructuras cognoscitivas ateniéndose a la realidad ambiental.

2.2 FACTORES PSICOSOCIALES EN EL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

La adolescencia es un proceso determinado por varios factores que a su vez estructura el mundo social donde el joven pone en práctica las normas y límites aprendidos. Por lo tanto, el adolescente es un producto de su época, de la cultura donde vive, de su historia personal y del ambiente que lo rodea, denominado marco de referencia³⁰.

Un marco de referencia sano debe ser contenedor, donde existan normas y límites, de tal forma que el adolescente al ser parte de él promoverá el desarrollo del sentimiento de pertenencia, arraigo y seguridad, además de poder

experimentar la libertad. Un buen marco de referencia ofrece un desarrollo psicosocial y afectivo desde las primeras etapas existenciales.

La contención funcional tiene como producto una maduración gradual emocional y afectiva que facilite el desarrollo de muchas capacidades, entre ellas la comunicación y la de establecer estilos de relación humana.

Lo anterior es fomentado en los menores por los padres; el marco de referencia familiar para llevar a cabo su labor puede o no tener el apoyo de la comunidad escolar; pero cuando la escuela es un núcleo positivo, ayuda y complementa la tarea de la familia. Cuando se logra la unión de estos dos marcos escuela – familia, el adolescente se siente con entusiasmo y fuerza para desarrollar las capacidades que le permitirán vivir la adolescencia con seguridad a través de la creación de escenarios que lo permitan.

Según Aberastury y Knobel, el adolescente mostrará sus reacciones conductuales en respuesta a una triple pérdida: del cuerpo infantil, de los símbolos de los padres en la infancia y del mundo social del niño. Esta triple pérdida condiciona en los jóvenes diferentes grados de alteración en la conducta habitual de los mismos. Por lo tanto es importante que el adolescente tenga las facilidades y el apoyo para poder enfrentar los retos de su etapa³¹.

Muchos factores bloquean la oportunidad de que el joven viva su adolescencia, es decir, que se responsabilice de su proceso de maduración; entre éstos fenómenos tenemos: sobreprotección paterna para impedir la separación del hijo, demasiada retención o exceso de control, y no dejar ir al hijo con apoyo en el momento oportuno, dichos factores suelen generar dificultades tanto en el área intelectual, socioafectiva, emocional, sexual, como el área moral y vocacional³².

Lo anterior conlleva a un replanteamiento del marco de referencia que permita establecer nuevas formas de funcionamiento familiar y escolar, así como nuevos canales de relación autoridad – adolescente.

Los cambios que se den en las estructuras de contención deben ser producto de la meditación consciente, clara y franca; cuya finalidad es la de dar confianza a los jóvenes y que sientan el apoyo y la protección de un campo de libertad que cubra todas las posibles expectativas de desarrollo.

La relación entre la autoridad y el adolescente, debe ser asumida de guía, que permita acompañar al joven en su tránsito por la adolescencia; cuando sea necesario contenerlos, ubicarlos o reubicarlos para evitar regresiones o retrocesos; sin olvidar que son normales estas regresiones por lo que se debe mostrar tolerancia.

Así mismo, las formas de relación que los adultos establezcan con los jóvenes deben promover "reglas del juego" precisas, explicadas y de común acuerdo. Los límites de espacio deben ser producto del razonamiento de la realidad vigente. Se trata de ayudar al adolescente a crecer en libertad, no de propiciar el libertinaje, que faciliten la evasión de mutuas responsabilidades entre la autoridad y el joven. Una vez establecidos los límites y propósitos que conforman el marco de referencia sólo se podrán alterar por mutuo acuerdo, según se vaya dando el proceso. Únicamente de esa manera se garantiza la continuidad con consistencia del desarrollo en el adolescente, además de favorecer un verdadero diálogo. De tal manera el joven se sentirá fuerte y la inseguridad no lo dominará; podrá así vivenciarse y partir confiado a la experimentación consciente de sí mismo.

La esencia básica del proceso adolescente es la búsqueda de la identidad, es decir, el reconocimiento e integración de varias identidades ya tenidas en el proceso de individuación infantil conducido por aquellos adultos que han tenido

influencia importante en el joven, para unir las con la “naciente” identidad que de manera personal él descubre por medio de la experiencia de ser adolescente. Esta experiencia existencial logra la formación de un autoconcepto, que es la percepción que tiene el individuo de sí mismo a partir de sus características físicas, actitudes sociales, habilidades cognitivas, destrezas deportivas y laborales, desempeño escolar, aceptación social y capacidad demostrada así mismo para integrar nuevas formas de manifestarse y crear estilos de participación y colaboración³³.

Sin embargo el adolescente se enfrenta a dos escenarios sociales de muy diferente conformación: el espacio relativamente cerrado y protegido de la unidad familiar y el horizonte abierto, amenazador e impredecible de la sociedad mayor. Todas las sociedades disponen de instituciones o recursos que facilitan la integración de los individuos y el cumplimiento de las tareas psicosociales y, por ende, protegen su salud física y mental. Configuran sistemas o redes de apoyo social siendo sus componentes fundamentales la familia, el grupo de pares o amigos y la institución educativa³⁴. En la actualidad la familia compite con otros mecanismos socializadores tradicionales y no tradicionales tales como los medios masivos de comunicación y la organización pública y privada de las actividades juveniles³⁵.

2.2.1 Salud Mental.

Las oscilaciones bruscas del ánimo y humor no son raras durante la adolescencia. En ocasiones, la persistencia de síntomas como la tristeza, la inhibición, el desinterés y los sentimientos de culpabilidad, unidos con mayor o menor intensidad a manifestaciones somáticas (insomnio, anorexia, amenorrea, trastornos digestivos, etc.) hacen pensar en un trastorno psíquico de cierta envergadura, lo que clásicamente se conoce bajo el nombre de depresión. Si bien esta posibilidad no debe nunca descartarse, la tristeza profunda que afecta en

ocasiones al adolescente obedece generalmente a una crisis de melancolía, en la que destacan ante todo la inhibición, la debilidad física, la astenia y el bajo rendimiento intelectual. El dolor moral o los sentimientos de culpa pueden no aparecer.

Estas crisis son un trastorno depresivo menor, de evolución lenta (entre algunas semanas y 6 o 7 meses) y remisión espontánea. El origen de estas crisis es debido al duelo por la pérdida de la identidad infantil, vivido con especial intensidad por aquellos adolescentes donde sus padres han mantenido una actitud sobreprotectora. Pero en otros casos, las circunstancias desencadenantes apuntan a las crisis y heridas narcisistas que padece el adolescente. Fracasos reiterados en la vida sentimental, en el ámbito escolar o en el deportivo pueden llegar a fraguar crisis depresivas de cierta magnitud que involucran todos y cada uno de los aspectos de la personalidad del adolescente, aún muy sensible a los vaivenes anímicos.

Durante la adolescencia los jóvenes se perciben a sí mismos, en distintos momentos, como seres inseguros, faltos de recursos para establecer relaciones fructíferas y gratificantes en el plano social, afectivo, sexual, escolar o laboral. Esta percepción angustiante suele ceder ante la evidencia de que, en otras ocasiones, lo contrario también es cierto: los éxitos cosechados en situaciones propicias (en el seno de la pandilla de amigos, en una tarea o estudio particularmente agradable, en una competición deportiva, etc.) tienen la virtud de realizar una autoimagen que poco antes estaba francamente deteriorada.

La volubilidad emocional del adolescente no suele conformarse con términos medios. Oscila entre conductas extremas de timidez, desconocidas en etapas anteriores, e inmodestas y expansivas apreciaciones de su propia valía, magnificada hasta la fanfarronería. En todo ello se ve la falta de seguridad que es propia de esta etapa, en donde la apreciación narcisista parece estar a merced de

detalles nimios e inconscientes. Una erupción de acné, un fracaso amoroso o deportivo, una prenda de ropa pasada de moda que se ve obligado a llevar pueden ser motivo suficiente para destruir en el joven la precaria seguridad en sí mismo que hasta entonces poseía.

2.2.2 Relaciones familiares.

Cuando los hijos llegan a la adolescencia los problemas familiares pueden centrarse en la diferenciación de roles y en asuntos relacionados con la separación. Para los padres puede ser difícil desligarse de los hijos y establecer un nuevo equilibrio en el sistema conyugal. Las dificultades en la relación padres-hijos, pueden ocurrir principalmente alrededor de tres áreas: la autoridad, la sexualidad y los valores³⁶. La interacción entre el adolescente y sus padres frecuentemente se caracteriza por una pobre comunicación y una expresión afectiva negativa, que resultan en un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta. Frecuentemente los padres reaccionan ante sus hijos de manera consistente con los estereotipos que los adolescentes esperan; estos van de ver al joven como un victimario (poderoso, violento, rudo, sexualmente agresivo) o como una víctima (pasivo, impotente, desprotegido, indefenso, incapaz). Estos factores promueven las barreras de comunicación e invitan al adolescente a excluir a los adultos de su mundo volviéndose silenciosos o refugiándose con sus amigos.

La pobre habilidad de los padres para manejar la crianza en esta etapa al parecer se relaciona con un ambiente adulto que se muestra indiferente y hostil a las necesidades del adolescente. Dentro de esta atmósfera, los jóvenes muestran un mayor deseo de escapar o agredir y un mayor rechazo a los valores de los padres, como el rendimiento escolar y un descuido de los atributos personales esperados para ellos. Lo anterior provoca un mayor enojo y hostilidad en los padres, que empeora aún más la situación. En contraste, los padres que manejan

adecuadamente la relación se caracterizan por mantener una comunicación directa y honesta, el interés franco por ayudar a resolver problemas, y el deseo de mantener un contacto emocional cercano; los adolescentes en este medio familiar son respetados en espacio, tiempo y privacidad y en los intereses que persiguen.

Los modelos parentales desempeñan un papel de suma importancia por sus efectos modeladores y mediadores en la construcción de la identidad. Los adolescentes tienen menor probabilidad de incurrir en conductas de riesgo si cuentan con apoyo afectivo y se sienten aceptados en sus núcleos familiares. La ausencia de conflictos familiares serios está inversamente relacionada con el hecho de que los hijos estén comprometidos en acciones de riesgo³⁷.

Según Ackerman:

... la familia se puede considerar como una especie de unidad de intercambio. Los valores que se intercambian son el amor y los bienes materiales. Estos valores fluyen en todas direcciones dentro de la esfera familiar.

Dulanto agrega que es un grupo humano unido por lazos de consanguinidad o sin ellos.

La familia es el centro primario de la socialización infantil y juvenil. La convivencia familiar hace que se desarrolle la convivencia social, encontrando la persona su sitio en el marco social a través de su contribución a la misma por su pensar y actuar. En la medida que el niño o joven no acepte, ni entienda ni ame la convivencia social en la familia, no consentirá ser parte activa y funcional de la comunidad. Esta aceptación de la convivencia social debe ser tomando en cuenta la pluralidad de la misma.

Ackerman opina que las finalidades humanas y sociales esenciales para las cuales se ha establecido la familia son:

- Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y protección ante los peligros externos: funciones que se realizan mejor bajo condiciones de unión y cooperación social.
- Provisión de unión social que es la matriz de los afectos de las relaciones sociales familiares.
- Oportunidad para desplegar la identidad personal ligada a la identidad familiar. Este vínculo de identidad proporciona la integridad de las fuerzas psíquicas para enfrentar las experiencias nuevas.
- Moldeamiento de los papeles sexuales, lo cual prepara el camino para la maduración y relación sexual.
- La ejercitación para integrarse a papeles sociales y aceptar la responsabilidad social.
- El apoyo al aprendizaje, a la creatividad y a la iniciativa individual.

2.2.3 Relaciones con amigos.

El grupo de compañeros es para el adolescente una oportunidad de desarrollarse; ya que es ahí con ellos donde el joven no se siente sólo, y porque hay otros que luchan por algo similar a él. En este ámbito, el adolescente actúa sin inhibiciones como en ningún otro contexto.

Los adolescentes son muy sensibles al percibir los mensajes de sus iguales por medio de códigos que sólo ellos entienden. Los sentimientos, necesidades, motivaciones y perspectivas de los otros, los identifican como propio. El compañero es como un espejo donde ve en él la realidad, llevándolo a cuestionarse si el otro sabe, ve y percibe lo que él también. El diálogo entre el adolescente y sus pares se torna monólogo, porque su intención es saber todo del otro para así conocer sus faltas; es verse en ese espejo como si fuera él mismo. Sin embargo, llega un momento en que el adolescente se convence de que no está sólo y no es diferente a los demás.

El grupo de pares representa la oportunidad de perfeccionar los sistemas de relación que más tarde adoptará en la vida adulta, dándole así un sentimiento de poder, pertenencia y seguridad.

Por lo tanto, en la etapa adolescente surge el cambio del modelo del grupo primario que son los padres al grupo secundario que son los compañeros, teniendo como consecuencia cambios psicológicos importantes, como las discrepancias entre los valores familiares y los valores acordes con otros adolescentes, ya que el punto de referencia para el adolescente son los grupos de adolescentes, aunque en ocasiones no pertenezca a ellos.

En los grupos de pares se da también una relación de poder la cual se torna cada vez más clara a través de las diferencias en prestigio y respeto para cada individuo, estableciendo así jerarquías.

Los grupos de pares establecen sus propias normas o valores culturales para las conductas de sus miembros, lo que hace una organización y una estructura.

En caso de que no exista un cumplimiento del código de conducta establecido por el grupo, el adolescente puede ser expulsado del grupo. El código incluye el lenguaje, el vestir y objetos distintivos³⁸.

Las relaciones del adolescente con sus compañeros quedan comprendidas en 3 grandes categorías: grupo, camarilla y amistades individuales³⁹.

La más amplia de estas categorías es el grupo, el cual es menos personal y por lo tanto la mayoría de las veces forzado. El grupo está constituido por individuos a los que se ha elegido por razón de intereses, gustos o ideales sociales mutuos. Los miembros se reúnen por razón de las actividades que se quieren realizar, no por razón del atractivo mutuo como ocurre en el caso de las amistades íntimas, y en menor grado en el de las camarillas. El grupo a su vez es esencialmente una

asociación de camarillas. La membresía en una camarilla parece ser un requisito previo de la membresía en el grupo.

Las camarillas y los grupos cumplen funciones diferentes para sus miembros, por ejemplo, la camarilla gira en torno al hablar (frecuentemente por teléfono) en tanto que el grupo sirve como centro de actividades sociales más amplias y mejor organizadas, como la de los bailes y las fiestas.

La camarilla con sus relaciones interpersonales más íntimas cumple una importante función instrumental puesto que es el centro para la preparación de las actividades del grupo, para la diseminación de información acerca del mismo y para su evaluación una vez que se ha llevado a cabo.

En cuanto a la influencia del grupo de pares en la conducta sexual del adolescente, en primer lugar éstos se convierten en los vehículos fundamentales a través de los cuales los jóvenes obtienen la información sexual. Esta información puede estar deformada o equivocada. En segundo lugar, respecto a la influencia del grupo de iguales en la actividad sexual adolescente, se ha comprobado que la incorporación al grupo de un miembro nuevo, al que se percibe con experiencia sexual, aumenta las relaciones prematrimoniales del resto de los miembros del grupo en un 2% (del 12 al 14%)⁴⁰, Esto conlleva a considerar que el grupo de pares es un factor importante en el desarrollo de conductas de riesgo.

2.2.4 Relaciones escolares.

La permanencia en el ámbito escolar es un importante factor de desarrollo para los adolescentes, pues allí se verifican dos procesos fundamentales: la socialización y la evolución del desarrollo personal. La educación promueve el desarrollo personal pues forma parte del campo de elaboración de la identidad y del proyecto de vida en la adolescencia. Los requerimientos modernos impulsan a los adolescentes a

diferenciarse del medio familiar e individualizarse, y ello va acompañado por una búsqueda de pertenencia y sentido de la vida. El ámbito escolar no sólo brinda las habilidades para una futura inserción laboral, sino que provee experiencias formadoras de actitudes. La actitud de los educadores puede influir considerablemente en la imagen que los adolescentes tengan de sí mismos, en el desarrollo de su autoestima y en la confianza en su propia capacidad para resolver los problemas; el educador debe posibilitar la adquisición de nuevas destrezas y el desarrollo de la creatividad, contribuir a la positiva inserción y al reconocimiento social de los estudiantes y por lo tanto, evitar el rechazo o la descalificación ⁴¹.

La construcción de la identidad y la búsqueda de autoestima en el marco de las vivencias escolares suele adoptar distintas modalidades. Cohen diferencia tres subculturas resultantes de la interacción con los pares en la adolescencia: 1) la subcultura de la diversión, que valoriza la popularidad, los deportes y la participación en actividades escolares; 2) la cultura académica, que subraya el interés en el rendimiento y cuyos miembros tienden a hacer planes de estudios superiores, pasan más tiempo en sus casas y no les dan tanta importancia a las reuniones sociales y sentimentales; 3) la subcultura delincuente o transgresora, que privilegia los encuentros amorosos, el beber, fumar y pasar mucho tiempo fuera de la casa. Los jóvenes que comparten esta subcultura rechazan el estudio y buscan la aceptación a través de automóviles, ropas, etc. ⁴²

Las actitudes de los jóvenes hacia la escuela sufren fuerte presión por dos variables demográficas: tamaño de la escuela y ambiente del vecindario. Barker y Gump opinan que la escuela debería ser lo suficientemente pequeña para que todos pudieran representar roles importantes. Las escuelas mayores suelen dar más oportunidad de especialización, mientras que las más pequeñas, por otra parte, brindan experiencias más variadas. Los alumnos de clases laborales que asisten a escuelas que predominantemente son de clase media están más

inclinados a desear entrar en la universidad que aquéllos que asisten a escuelas de clase baja⁴³.

El marco familiar del adolescente ejerce una influencia perdurable y omnipresente sobre sus aspiraciones y logros educativos. La armonía de los padres, el hogar bien ordenado y el consenso de éstos a las metas educativas, contribuye a que haya un éxito en la escuela también.

Uno de los propósitos básicos de la escuela media superior es dar oportunidades a todos para desarrollar sus talentos al máximo. Sin embargo, un alumno sobresaliente ha abrazado las metas oficiales de la escuela y recibe el premio de cumplir con las expectativas de sus maestros y padres. El desaplicado, en cambio, tiene trabas emotivas, ansiedad con su falta de interés y es desorganizado en su personalidad. A veces el alumno potencialmente creativo no rinde más por sus creencias, valores y estilos de vida que se hallan en conflicto con las metas y expectativas tradicionales de sus maestros. Las presiones en pro de la conformidad bajo las cuales se logra el éxito académico, pueden representar una camisa de fuerza para otros y obligarlos a convertirse en desaplicados para los estándares convencionales⁴⁴.

El adolescente aprovechará lo que le ofrece la escuela si siente que cumple con lo que de él esperan los profesores, que sus estudios son provechosos para el mañana y que las capacidades que ahora adquiere y las retribuciones que obtiene están de acuerdo con el estilo de vida que se ha propuesto. Pero muchos centros carecen de programas que sean de interés para los alumnos, por lo que buen número de ellos dejan la escuela antes de la graduación. El adolescente cuya familia no lo anima a que participe en la escuela, que no participa mucho en las actividades paraescolares, que no tiene dinero para gastar como sus compañeros, que va dos o tres años retrasado (y por tanto es mayor que sus compañeros), que

asiste irregularmente a la escuela y llega tarde, que no lee bien y que reprueba o lo suspenden; lleva todo para acabar en desertor⁴⁵.

2.2.5 Relaciones laborales / factores laborales.

Hoy en día son muchos los jóvenes que están estudiando y que además trabajan. Los jóvenes se integran con mayor rapidez al mercado laboral, sobre todo si trabajan porque tienen que hacerlo, y estudian porque desean superarse.

En estos adolescentes que trabajan y estudian a la vez la exposición al estrés es mucho mayor, también es mayor la seguridad y el sentimiento de independencia que se obtiene de esta circunstancia. Además, el joven trabajador y estudiante se ve obligado a ser disciplinado y organizado, sino no sale adelante. Sin embargo, no todo es positivo. A parte del exceso de estrés que están obligados a vivir, se ven totalmente aislados de su grupo generacional. No pueden ir a las fiestas, porque deben trabajar al día siguiente, no pueden tener novio porque no les da tiempo, no pueden participar de esa despreocupación que muchos arrastran desde su adolescencia y en general, pierden el contacto social.

Por otra parte, muchas veces no pueden ir tan adelantados en sus estudios como sus compañeros, porque las universidades no ofrecen, muchas veces, horarios adecuados para los estudiantes trabajadores y entonces terminan por atrasarse.

Además tienen el riesgo de convertirse en desertores del sistema educativo, lo que significa perpetuar la pobreza y experimentar el desempleo. A pesar de que el adolescente tenga éxito en conseguir trabajo, sigue siendo un desertor del sistema educativo, con las consecuencias previsibles de un futuro estatus laboral deteriorado: el trabajo, factor protector del joven, simultáneamente también es un factor de riesgo para el mismo⁴⁶.

2.2.6 Factores de riesgo en el desarrollo del adolescente.

Según Dulanto conceptualiza los factores de riesgo como la contingencia, el evento o la acción que aproxima a un daño y cuya normatividad y control quedan bajo la influencia de la suerte, lo cual exime de responsabilidad a todos, menos a quienes asumen el riesgo; además de ser una expresión y compromiso voluntario, que por lo regular acerca hacia el daño en la salud biológica, psicológica y social. A partir de lo anterior, se desprenden los indicadores de riesgo en la salud, definiéndolos como “cualquier circunstancia o característica que conduce a la probabilidad de experimentar daño en la salud, enfermedad o muerte”⁴⁷.

Este concepto se originó en las ciencias biomédicas y sus efectos se miden en índices de morbilidad y mortalidad, en relación a la conducta se ha aplicado para entender mejor cómo actúan los factores sociales y psíquicos determinantes de estilos de vida, o comportamientos que conforman, aceleran o mantienen condiciones generadoras de alteraciones en el desarrollo psicosocial del adolescente. A mayor número de indicadores de riesgo en el ambiente familiar o comunitario, el adolescente puede involucrarse y ser considerado como persona de riesgo.

Según Dulanto las motivaciones para abrazar el riesgo que han sido identificadas son: obtener con anticipación el estatus de adulto, expresar oposición abierta a las normas y los valores de los adultos, ensayar y cooperar con situaciones de alto riesgo, difíciles y aún anómalas, demostrar como persona disposición a todo para formar parte de un grupo y reafirmar la identidad personal.

Como ya se ha visto, la construcción de la identidad en la adolescencia puede obtenerse mediante el reconocimiento de características personales y la exploración de nuevas posibilidades desde la perspectiva de un compromiso con el futuro. En este contexto el riesgo no tiene un valor en sí mismo sino que es

parte de una configuración donde lo relevante es el encuentro con la potencialidad y la experiencia enriquecedora. Cuando las bases para la construcción de la identidad son deficitarias, la afirmación del adolescente como individuo se establece a través de una exploración difusa, carente de compromiso estructurante o con una presencia en el medio autoafirmada en acciones efímeras⁴⁸. En la adolescencia la exploración y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros. Como lo señala Irwin⁴⁹: *“los comportamientos asociados con la mortalidad y morbilidad predominante en la adolescencia comparten un tema común: la toma de riesgo”*.

Múltiples factores influyen en cómo se perciben y afrontan los riesgos en la adolescencia. Irwin destaca la maduración biológica que se vincula con el esquema corporal y la identidad, los sistemas organizativos de la persona que se entrelazan con la autopercepción y la autoestima. Son factores intervinientes el campo cognoscitivo, las percepciones del medio, las influencias, apoyos y controles ejercidos por los padres, el grupo de pares, y los valores personales y sociales. Por otro lado, el desarrollo personal da lugar a fortalezas y debilidades intrapsíquicas cuyo balance se expresa en la mayor o menor resistencia a la adversidad; esta condición influye decisivamente en la posibilidad de que el riesgo afecte la salud, la supervivencia y la calidad de vida de una persona. Así, hablamos de vulnerabilidad cuando los aspectos deficitarios del propio desarrollo y del entorno confluyen en una mayor probabilidad del daño. En sentido inverso, la *“RESILIENCIA”* implica que se ha posibilitado la preservación de las funciones afectivas del sujeto.

La resiliencia es la capacidad de superar la adversidad y salir fortalecido de ella. Hablar de resiliencia es referirse a los factores de riesgo y factores protectores que involucran a una persona⁵⁰.

Es pertinente aclarar que un factor de riesgo en este caso psicosocial aumenta las probabilidades de adquirir un problema biomédico y también apunta a las consecuencias sociales y psicológicas, por ejemplo, un adolescente que consume drogas ilegales tendrá tanto problemas legales con las autoridades como conflictos con los padres, pérdida del interés por el estudio, sentimientos de culpa y ansiedad, entre otros⁵¹.

Según Tagle describe los siguientes factores de riesgo que influyen en el desarrollo del adolescente: *factores individuales* tales como el temperamento, la sociabilidad, la actividad, la inteligencia, la competencia en el lenguaje, la lectura y un grado satisfactorio de control interno; *factores familiares* como la calidad de los lazos afectivos y situaciones de estrés que promueva el apoyo emocional dentro de la familia; los *factores de apoyo externo* como la interacción en la escuela, en el trabajo o en instituciones como la iglesia, reconfortan las competencias individuales y enriquecen al adolescente.

Por otro lado, es importante resaltar aquellos factores protectores en el desarrollo del adolescente entre los que se destacan: importancia de la comunicación entre los padres, recreación de las madres que realizan labores del hogar, actividades recreativas en familia, expectativas y opciones de educación y trabajo de la familia, participación en instituciones sociales y la autoestima del adolescente. Otros factores protectores que se encuentran dentro de la familia son: una buena relación y vínculo con uno o ambos padres o con una figura sustituta; padres con altas expectativas de éxito de su hijo, lo cual por ejemplo, aumenta la autoestima pues significa que los padres esperan y confían en que el hijo será capaz de salir exitosamente de los desafíos; padres y tutores que favorecen la independencia, evitan la sobreprotección, fomentan las reglas y los límites pero mantienen la supervisión y les enseñan a adquirir responsabilidades en las tareas del hogar; padres que ayudan a crear un sentimiento de confianza, con la creencia de que la adversidad se puede superar.

La comunidad también cuenta con factores protectores que favorecen la formación de adolescentes resilientes; la escuela, por ejemplo, debe ofrecer una atmósfera de responsabilidad y una educación que fomente la autoconfianza, además de una relación buena y estable con algún profesor o adulto de la comunidad. Otro factor son las redes sociales eficientes que ofrezcan oportunidades para que los jóvenes participen en actividades de utilidad social o con ganancia económica; ya sea para su entrenamiento de un oficio, para la recreación ó el empleo.

Por otra parte existen importantes elementos que aumentan el potencial protector y contribuyen a la mediación del riesgo. Estos factores se construyen a partir del establecimiento de la autoestima, y de las posibilidades de probar las destrezas para enfrentar los problemas y asumir las responsabilidades frente a ellos; de este modo se producen una serie de transacciones que dan lugar a procesos que disminuyen la posibilidad del daño.

Durante la adolescencia emerge gradualmente la personalidad con sus características de adquisición de destrezas, juicio crítico y sentimientos de autoestima. El balance positivo de estas adquisiciones permitirá al adolescente enfrentar las situaciones y cumplir con las tareas requeridas con menos riesgo de sufrir un desequilibrio emocional, y verse expuesto al peligro con mayores probabilidades de autoconducción protectora⁵².

La experiencia de conductas de riesgo está en función de la carencia de destrezas fundamentales que sirven de mediación ante el riesgo. Las destrezas pueden clasificarse fundamentalmente en: emocionales, cognoscitivas y sociales. Las destrezas emocionales permiten la elección de conductas y la adecuada articulación afectiva con el contexto. Las destrezas sociales permiten generar e implementar soluciones efectivas ante los problemas interpersonales y enfrentar situaciones del ámbito micro y macrosocial de formas que disminuyen el riesgo y la destructividad; las enfermedades de transmisión sexual y el abuso de drogas

pueden relacionarse con estas condiciones. Las destrezas cognoscitivas conducen a la creación de soluciones alternativas y la especificación de cada paso requerido para alcanzar las metas. El pensamiento es causal y tiene consideración por las consecuencias. La ausencia de destrezas cognoscitivas se traduce en dificultades para solucionar los problemas, y en el desconocimiento de conductas que faciliten la interacción; el embarazo durante la adolescencia puede darse en estas condiciones.

2.3 ACTITUD DE RIESGO EN EL ADOLESCENTE.

Antes de abordar las actitudes de riesgo para la salud en los adolescentes, es pertinente retomar el tema de la actitud.

Según Rosenberg y Hovland, las actitudes son “predisposiciones a responder ante cierta clase de estímulos con ciertas clases de respuesta”. Estas clases son⁵³:

- El afectivo: lo que una persona siente acerca del objeto de la actitud, qué tan favorable o desfavorablemente lo evalúa.
- El cognoscitivo: lo que una persona cree acerca del objeto de la actitud, cómo es el objeto, de modo objetivo.
- El conductual: cómo responde, de hecho, una persona ante el objeto de la actitud con base en los dos puntos anteriores.

Las actitudes están representadas en la memoria y la accesibilidad que se tenga a esa actitud es un factor que puede ejercer fuerte influencia sobre la conducta. Las actitudes fuertes están más accesibles y ejercen mayor influencia sobre la conducta, porque se les puede activar en forma automática. Un factor que hace que la actitud sea más accesible es la experiencia directa.⁵⁴

Las actitudes del adolescente se vinculan a tres factores:⁵⁵

- antecedentes (historia personal, situaciones infantiles de conflicto resueltas de determinada manera, o sin resolver, programa neurobiológico, adquisición de determinados mecanismos de defensa frente a situaciones desestabilizadoras de su identidad personal).
- precipitantes (percepción subjetiva del impacto de las experiencias del ciclo vital personal, estrategias de afrontamiento que utiliza, grado de capacidad y flexibilidad cognitiva para la posible resolución de problemas) y
- concomitantes (presencia de redes de apoyo social, nivel de integración yoica, capacidad para diferenciar lo real de lo imaginario y para procesar la información de manera coherente).

El hecho de que los adolescentes se inicien y se mantengan en un tipo determinado de estilo de vida viene condicionado por diversos factores sociales entre los que destacan, los factores culturales, los factores institucionales, la escuela, la familia y los grupos de pares. De la dinámica entre estos factores los adolescentes elaborarán su estructura cognitiva con unos valores, creencias y actitudes que les permitirán afrontar con mayor o menor éxito su experimentación con conductas de riesgo y con conductas de protección de la salud. Las conductas de riesgo agrupan aquellas "actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura"⁵⁶. Muy a menudo, ciertas conductas de riesgo del adolescente son de tipo reactivo y no representan más que una manifestación, más o menos oportuna, de su camino hacia la autonomía y la independencia.

2.3.1 Actitud agresiva / delictiva.

Los adolescentes involucrados en conductas agresiva / delictiva, son jóvenes que tienen una actitud defensiva u ofensiva que les sirve como un modo muy primario

de hacerse respetar frente a sus pares, porque de no ser así serían fácilmente sometidos a la voluntad del otro, lo que explica su necesidad de formar parte de un grupo y no andar solo, facilitando con ello la defensa o el ataque. Además, el que sea más agresivo verá en esto un instrumento para valorizarse y obtener reconocimiento. Según ⁵⁷ Myers define a la agresión como una forma de comportamiento físico o verbal que tiene la intención de lesionar a alguien. Por lo tanto, en un contexto tan carenciado como es al que pertenecen estos adolescentes, es necesario desarrollar destrezas distintas a las del resto de la población, destrezas de supervivencia (y por ello la agresividad es algo útil y adaptativo) más que destrezas cognitivas, las que quedan en un nivel muy básico.

La agresión no sólo se muestra ante los pares; también emerge frente a figuras de autoridad o más bien autoritarias. Estos adolescentes están alertas ante cualquier señal que signifique arbitrariedad o enojo por parte de los adultos, lo que a veces genera reacciones muy violentas, pero también frente a figuras poco coherentes o blandas que no logran hacerse respetar como autoridad, porque no están acostumbrados a un trato firme, predecible y desligado de actitudes emocionales, sino más bien se mueven en una bipolaridad de sumisión o rebeldía más que de respeto⁵⁸. Por otra parte también buscan la satisfacción inmediata de una necesidad y son exigentes e intransigentes frente a un deseo que creen impostergable, les cuesta sobre manera acatar normas que están acostumbrados a sobrepasar.

Según Sepúlveda existen algunos factores que pueden desencadenar conductas agresivas / delictivas en el adolescente, como las características de los padres, el tipo de crianza, la presencia o no de normas y la coherencia de éstas, el grado de exigencias y expectativas, la supervisión del tiempo libre y las amistades, el ambiente físico, las desventajas sociales y económicas, las características de la sociedad y los aspectos socioculturales, religiosos, históricos y políticos.

La conducta agresiva / delictiva es un proceso que va conformándose desde la infancia, tal como lo planteó Patterson en un modelo de cuatro etapas. En la primera, la efectividad parental se desgasta en repetidas confrontaciones disciplinarias. Los intercambios entre el niño y otros miembros de la familia se dan en forma coercitiva. El niño va aprendiendo que la agresión física en la interacción de su familia brinda “deseables” resultados a los que se puede recurrir con creciente frecuencia. Entonces, en ocasiones presiona a la familia para lograr una menor supervisión, lo que le da la oportunidad de interactuar con otros pares con similares características en la calle. La segunda etapa se correlaciona con el comienzo del periodo escolar, ya que el estilo coercitivo de estos niños aprendido en sus casas, los conducen a fallas en el desarrollo de sus relaciones sociales con sus pares. Además, comienzan rápidamente a presentar fallas escolares a causa de su falta de trabajo en la escuela y de tarea en el hogar; como resultado de las técnicas coercitivas aprendidas en el funcionamiento familiar de años anteriores. Esos chicos son expulsados por sus padres, sus maestros y sus compañeros. En la tercera etapa el niño responde a su condición de expulsado asociándose con quienes no lo aíslan: los pares que son como él. Esto lo va conduciendo hacia la holgazanería, al consumo de sustancias adictivas y finalmente a la delincuencia juvenil. En la cuarta etapa, el delincuente juvenil se va transformando en un adulto antisocial. Por lo tanto podemos observar que este tipo de conductas tienen un impacto en todas las etapas del ciclo vital del individuo. Sin embargo el comportamiento agresivo tiene su pico entre los 15 y 25 años de edad⁵⁹.

Juárez et al., señalan que el 32.2% de los estudiantes de nivel bachillerato o equivalente, del Distrito Federal reportó haber cometido actos antisociales desde robar pequeñas cantidades de dinero (16.2) hasta usar armas para asaltar (5.6%) y solamente 8% había usado alguna vez sustancias psicoactivas (sin incluir tabaco y alcohol). Sin embargo el riesgo de usar sustancias fue mayor entre los individuos que habían cometido actos antisociales. Esta asociación estaba mediada por el

tipo de sustancia, siendo más frecuente entre los individuos que consumían drogas como los inhalables o la cocaína⁶⁰.

Zavaschi et al.,⁶¹ reportan en un estudio que las variables mayormente asociadas con la exposición a incidentes violentos fueron el pertenecer al sexo masculino, el pertenecer a un grupo de edad más avanzada y el no vivir con ambos padres ($p < 0.001$).

2.3.2 Uso / abuso de sustancias (alcohol y drogas ilegales).

Las drogas son sustancias cuyos componentes químicos alteran las funciones normales de los seres humanos. Existen sustancias como el alcohol y la nicotina (tabaco) que se expenden en forma legal; otras son consideradas ilícitas porque su producción, distribución y venta, además de ser clandestinas, representan serios problemas por los fuertes daños que producen en la salud, según el Centro de Integración Juvenil.

La mayoría de las drogas tienen la particularidad de producir adicción, ya que poseen efectos aparentemente placenteros que suelen llevar a quienes las prueban, a buscarlas nueva y reiteradamente para experimentar dichos efectos. Aunque esto no ocurre en todos los casos, las personas psicológicamente más vulnerables tienden a recurrir a ellas con más frecuencia y en cantidades cada vez más fuertes. Este fenómeno se denomina tolerancia y está encadenado a otra situación que se conoce como dependencia.

La dependencia puede ser física y psicológica. La primera se presenta cuando los agentes químicos de las sustancias invaden el cuerpo y el cerebro. La segunda es el estado emocional de búsqueda vehemente de la sustancia. Uno y otro se manifiestan por tensión, dolores abdominales, sudoración, inquietud, desesperación, entre otros; lo cual genera una fuerte necesidad de ingerirla de

nuevo en forma compulsiva, para evitar las sensaciones desagradables que vienen cuando desaparecen los efectos placenteros. Es por ambos fenómenos (tolerancia y dependencia) que del uso ocasional de las drogas, puede pasarse al abuso y de ahí a la adicción. Esto ocurre tanto con las drogas legales como ilegales.

En la actualidad, el consumo de drogas incluyendo el tabaco y el alcohol ha aumentado considerablemente, constituyéndose como un grave problema de salud pública. En 1995, 5 de cada 100 personas admitieron haber consumido sustancias alguna vez en su vida, sin contar el tabaco y el alcohol; en comparación con una encuesta anterior donde sólo 4 personas de cada 100 habían consumido alguna sustancia, lo que indica que ha aumentado el consumo, según la Secretaría de Salud.

Los datos anteriores muestran lo que sucede a nivel nacional. Con poblaciones específicas los resultados son diferentes, por ejemplo, en las escuelas secundaria y bachillerato la proporción de estudiantes que han usado drogas es del 8% por lo que puede considerarse a este grupo como de riesgo para el inicio del consumo⁶².

Por otro lado, en México más de un tercio de los adolescentes y jóvenes que tienen entre 12 y 25 años admitieron haber usado sustancias; y la edad en la que se utiliza por primera vez alguna droga se encuentra entre los 10 y 18 años, según el Centro de Integración Juvenil.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, el 64% de los menores recibieron por primera vez algún tipo de droga por parte de un amigo, por lo que son importantes las relaciones que tenga el adolescente con sus pares. Así mismo, el índice de consumo fuerte de alcohol, esto es, 5 copas o más por ocasión, al menos una vez por mes llega a 3.6% en los hombres y al 1.5% en las mujeres entre 18 y 17 años.

Aún cuando la mayor parte de los adolescentes no tiene problemas con su manera de beber, 3.2% de ellos presenta síntomas que sugieren dependencia. El abuso de alcohol se asocia con los principales riesgos que ocurren en esta etapa, como tener relaciones sexuales bajo sus efectos, situación que reportaron el 23% de los adolescentes⁶³.

Medina et al., señalan que el riesgo de experimentar con drogas se incrementa 1.89 veces cuando es fácil conseguir drogas, 1.69 veces cuando el mejor amigo no desaprueba el consumo, 2.69 veces cuando los amigos las usan y 3.78 veces cuando un familiar las usa⁶⁴.

A continuación se abordarán las consecuencias que trae consigo el consumo de alcohol y drogas.

2.3.2.1 Consecuencias físicas y psicológicas del beber.

La intoxicación por alcohol inicia cuando entra en el cerebro. El alcohol tiene un peso molecular bajo y es altamente soluble en agua, por lo que rápidamente es absorbido en el torrente sanguíneo. El alcohol afecta las funciones cerebrales más elevadas, deteriorando la concentración, el juicio y el control de sí, según sea la cantidad que contenga el cuerpo. Pueden ocurrir cambios en la visión, audición y control muscular, que puede ir de ligeros desperfectos en la ejecución de tareas coordinadas hasta una parálisis de los músculos voluntarios de los pulmones y del corazón que pueden acarrear la muerte por falla respiratoria (Harger, 1964)⁶⁵. Dos de las reacciones más comunes al alcohol son lentitud (o respuesta muscular deficiente) y euforia (que mengua la capacidad de juicio).

Tejer, Katkin y Pruitt, hallaron que jóvenes ebrios aceptaban riesgos objetivos mayores que los sobrios. Los que se habían embriagado, a todas vistas

distorsionaban la probabilidad de éxito al percibir ciertas situaciones como menos peligrosas de lo que realmente eran⁶⁶.

2.3.2.2 Consecuencias del consumo de drogas.

Los efectos positivos y agradables de las drogas en contraposición a sus peligros, parece que son los que más llaman a la mente del adolescente. Hay adolescentes que son curiosos y exploradores, por lo que las drogas significan emoción y riesgo.

Los que son inconformes pueden servirse de ellas para demostrar su independencia, su rechazo de los estándares adultos y su frustración y enojo, o para protestar por el estado de cosas y contra los dilemas morales, políticos o económicos de la sociedad⁶⁷.

Entre los factores de riesgo de mayor importancia para el uso / abuso de sustancias, tenemos al grupo de pares. Según Kandel desarrolló una teoría para predecir el consumo de sustancias sustentada en el conocimiento del uso por los pares, ligando los efectos de la influencia de los pares y la edad con la droga usada. El efecto de los pares se centra en dos situaciones: el uso que hacen ellos y la actitud del adolescente hacia ese consumo. Diversos autores han mostrado cómo el consumo adolescente aumenta en la medida en que sus pares también utilizan drogas. Por ejemplo, Shilts al realizar un estudio en adolescentes, formó tres grupos de estudiantes: no usuarios, usuarios y abusadores. El grupo de abusadores identificó significativamente a más de sus amigos como usuarios o abusadores de drogas. Este grupo también informó que pasaban significativamente más tiempo con sus amigos que con sus familias. De forma contraria, los no usuarios informaron que tenían mayor contacto con sus familias que los otros grupos. Por otro lado, Williams y Smith evaluaron a un grupo de adolescentes para ver sus actitudes en cuanto al consumo de los pares y su

relación con el consumo de drogas por el propio adolescente, y encontraron que la aprobación del uso por los pares es un fuerte predictor del consumo por el adolescente⁶⁸.

En un estudio realizado en Chile encontraron que el consumo de sustancias en el adolescente es influido por los pares, donde se observó que cuando ni los compañeros ni los amigos consumen, sólo un 4.8% de los adolescentes lo hacen. Contrariamente cuando consumen los compañeros o los amigos, un 14.3% de los jóvenes consumen; y por último si lo hacen tanto los compañeros como los amigos un 31.5% de los adolescentes lo consumen. Lo cual demuestra claramente cómo influyen los pares en el consumo de sustancias en los adolescentes⁶⁹.

Otro factor importante para el desencadenamiento de conductas de riesgo para la salud en el adolescente es la familia, no siendo la excepción en la problemática del uso/abuso de sustancias. El medio ambiente familiar influye en promover o desalentar el uso de sustancias, más específicamente, el consumo por parte de los padres y hermanos influye en que el adolescente también las use. Por ejemplo, en un estudio realizado por Burnside et al., se encontró una correlación significativa entre el uso de alcohol del padre y del adolescente hijo. Los hallazgos de Newcomb et al., Gfoerer y de Needle son similares también al de Burnside⁷⁰.

Dentro del ambiente familiar el uso de sustancias por parte de los hermanos, es un predictor importante del uso de sustancias por el adolescente, según Dielman et al., Murray y Perry. Needle, encontró que los hermanos mayores constituyen un "grupo de referencia" separado e importante para los hermanos menores, que influye tanto en su consumo de sustancias como en la ausencia de éste. Según este estudio, los hermanos sirven tanto como modelos para el uso de sustancias así como de fuentes de las mismas. También en este estudio, el consumo de alcohol por parte de los hermanos mayores fue más predictivo del consumo de alcohol del adolescente incluso que el de los padres. Sin embargo, más relevante

fue el consumo que hacían los pares que el que realizaban los hermanos mayores.

Dentro de la familia, la estructura de la misma y el uso de sustancias tienen una estrecha relación. Según Burnside et al., en una investigación con adolescentes encontraron que los que provenían de familias con padrastros informaron más consumo de alcohol que los adolescentes de familias intactas. Sin embargo, los padrastros y los padres de hogares uniparentales informaron más uso de alcohol que los padres de familias intactas. Malkus, comparó a familias que consumían drogas con otras que no lo hacían, entre estudiantes entre 14 y 18 años de edad, y encontró correlaciones significativamente positivas entre el uso de sustancias por los jóvenes y las variables de dinámica familiar tales como la cohesión e integración, vínculos sólidos entre los miembros, armonía conyugal de los padres, y el consumo de drogas y alcohol por los padres. También se encontraron correlaciones positivas entre el abuso de sustancias por los adolescentes y las variables estructurales familiares que incluían el tamaño de la familia, el estatus de la relación entre los padres, el número de padres en la casa y el orden de nacimiento.

Por otra parte, las características de la personalidad del adolescente relacionadas con el uso de sustancias siguen siendo cruciales para una comprensión amplia e integral en esta problemática. Brook et al., realizaron un estudio donde se identificaron numerosas características de la personalidad de los adolescentes que se asocian con el uso de sustancias tales como la impulsividad, la búsqueda de aventuras, la ansiedad y la baja autoestima. Estas características de personalidad de los adolescentes contribuyen a la vulnerabilidad y predisposición hacia un patrón de abuso y dependencia⁷¹.

La adicción a sustancias en sí constituye un grave peligro, y también trae consigo otros grandes riesgos como la infección por el virus de inmunodeficiencia humana

(VIH) entre los consumidores de drogas intravenosas y la violencia como consecuencia del consumo de estas sustancias.

2.3.3 Actitud Sexual.

Durante la adolescencia, las relaciones con los miembros del sexo opuesto adquieren gran importancia. Primero comienzan las citas de grupos de chicas que quedan con chicos. Posteriormente se inician las citas de dos o tres parejas y por último las de una sola pareja.

Inicialmente los adolescentes no se comprometen aunque el enamoramiento es una característica común a la adolescencia temprana. Durante la adolescencia media, los jóvenes intentarán poner a prueba su sexualidad e iniciarán las conquistas y diferentes proezas, muchas veces relacionadas con las presiones que ejerce el grupo en torno a los aspectos relacionados con la sexualidad.

Las relaciones al principio, no son muy duraderas y se suele cambiar de pareja con relativa frecuencia, pero durante la relación con la pareja actual se mantiene fieles a ésta; por este motivo, se comenta que los jóvenes son monógamos seriales.

Inicialmente las relaciones empiezan con besos, caricias, heteromasturbación (petting) y finalmente se inician las relaciones coitales. Cada vez son más el número de jóvenes que tiene alguna experiencia sexual, pero se les suelen plantear conflictos en la decisión de iniciar las relaciones sexuales y hasta dónde llegar⁷².

La edad de inicio de las relaciones coitales es variable, por ejemplo en Estados Unidos el 50% de los adolescentes han tenido relaciones coitales a la edad de 17 años según la American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence, en

1990. En América Latina la edad promedio de inicio de la actividad sexual coital es de 17 años para la chica y de 15 años para el chico.

El Consejo Nacional de Población⁷³ aplicó la Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior, destacando entre los resultados, que la edad de inicio de la primera relación sexual en los adolescentes y jóvenes estaba comprendida entre los 14 y 17 años de edad para los hombres y los 16 y 19 años de edad para las mujeres y el 5.4% de las mujeres había tenido relaciones coitales. Por otro lado en 1999 se realizó un estudio en adolescentes de 15 a 19 años en la ciudad de Monterrey, México; donde el 21.4 % refirió tener una práctica sexual activa, iniciando ésta entre los 16 y 15 años tanto en hombres como en mujeres. El 68.2% respondieron que su primera experiencia la tuvieron con su novio (a), un 27.3% con un amigo (a) y el 4.5% con personas desconocidas o sexo servidores⁷⁴.

La primera experiencia sexual coital puede ser una situación de dicha, goce, intimidad y satisfacción o, por el contrario, originar inquietud, desengaño o culpa. El inicio de la actividad sexual de manera más o menos precoz es una decisión sobre la cual influyen diversos factores.⁷⁵

Factores personales

En la mujer adolescente

- Edad de la menarquia, que ha disminuido en las últimas décadas a un promedio de 12 años
- Conceptos equivocados: “ser más mujer”, el “embarazo es una manifestación de feminidad” y otros
- Sexo por razones no sexuales: lástima, afecto, para conocerse mejor, “él me necesita”, “me puedo controlar sexualmente”.
- Baja autoestima
- Deseo de demostrar independencia

- Deseo de igualarse al hombre en libertad sexual
- Carencia económica severa (que puede inducir a la prostitución)

En el hombre adolescente

- Deseo de demostrar que es un hombre
- Sometimiento a presiones sociales

En los dos sexos

- Desconocimiento y desinformación
- Exploración de la sexualidad
- Consumo de drogas

Factores familiares

- Falta de afecto
- Maltrato físico (incluso abuso sexual)
- Falta de comunicación y orientación
- Situación familiar conflictiva
- Familias muy estrictas o muy permisivas.

La conducta sexual del adolescente puede ser segura, protegida y de riesgo. La *conducta sexual segura* implica el no intercambio de fluidos corporales como el semen, fluidos vaginales e incluso sangre, mediante prácticas de sexo sin penetración en ninguna cavidad, ya sea oral, vaginal o anal. Se caracteriza por abrazos y caricias eróticas que muchas de las veces pueden desencadenar un orgasmo. La *conducta sexual protegida* implica las prácticas sexuales en las cuales existe penetración oral o vaginal donde existe una barrera mecánica como el condón de látex o poliuretano (condón femenino) para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

Existen algunos factores que intervienen en la presencia de la conducta sexual protegida, los cuales son:⁷⁶

- Instrucción sexual razonable, verídica, exacta y que dé respuesta a necesidades específicas.
- Naturaleza de las primeras experiencias sexuales exentas de temores y culpas.
- Tener una vida generalmente satisfactoria, una persona que sufra conflictos no resueltos en otras áreas de su vida, buscará cierta compensación mediante la actividad sexual.
- Amor por la otra persona; el amor implica conocer a la persona amada, cuidarla y comportarse de tal forma que se fomente el desarrollo y la felicidad de la pareja, así como del propio individuo.
- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y contra enfermedades de transmisión sexual, que permitan una conducta sexual responsable y controlada por la razón y no por el placer.

Las conductas sexuales protegidas implican el sexo con una sola pareja mutuamente fiel, no uso de drogas intravenosas, no tener sexo bajo efectos de intoxicación por alcohol u otro enervante, usar el condón en toda relación sexual ya sea vaginal, oral o anal, evitar relaciones sexuales con personas que tienen múltiples parejas, usar combinadamente el condón con espermaticidas, discutir la conducta sexual con la pareja, ser selectivo con las parejas sexuales, discutir la salud sexual de la pareja antes de tener relaciones sexuales, no tener sexo con desconocidos⁷⁷.

La práctica de conductas sexuales protegidas, es resultado de una serie de factores como tener información, quererse a sí mismo, saber comunicarse y negociar, asumir de manera responsable las consecuencias de las acciones⁷⁸.

De acuerdo con autores como Fisher y Fisher, una vez que las personas se han aceptado como sexualmente activas, tienen mayor disposición para ejercer conductas tanto privadas como públicas relacionadas con el autocuidado.

La *conducta sexual de riesgo* son todas aquellas actividades en las que existe penetración vaginal u oral sin condón, o penetración anal con condón principalmente; además de hacer más vulnerable al adolescente para la adquisición de enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados.

Existen algunos motivos de la conducta sexual la cual puede tornarse de riesgo, los cuales son:⁷⁹

- El sexo como reafirmación. En los hombres la conducta sexual es una prueba primitiva de la masculinidad, por lo cual un hombre puede buscar numerosas experiencias sexuales para demostrar a sí mismo su valentía; de lo contrario puede desarrollar sentimientos de depresión, inferioridad o ansiedad. Una mujer podría tener dudas en cuanto a su atractivo para los hombres, convirtiéndose en promiscua sexualmente para reafirmarse a sí misma que es deseable. El uso del sexo como reafirmación es insano en estos casos, ya que atiende a la falta de seguridad que motiva las necesidades de afirmación.
- El sexo como sedante. El acto sexual se utiliza como medio para compensar el vacío existencial de la persona, “tranquilizando” su situación de manera pasajera y bloqueando su voluntad y expectativas para cambiar las circunstancias que lo aquejan.
- El sexo como mercancía de intercambio. La actividad sexual se utiliza como medio para obtener cosas que considera la persona no podría conseguir de otro modo. La persona se convierte en mercancía.
- El sexo como conquista o castigo. Consiste en demostrar dominio o poder sobre otra persona a través del acto sexual.

La configuración de conductas sexuales de riesgo, tales como el que las personas experimenten “pena”, “vergüenza” o “culpa” por querer informarse y resolver sus dudas en torno a su sexualidad, es resultado de los silencios que tradicionalmente han rodeado este tema en las diferentes esferas de la sociedad, como la familia, la escuela o la iglesia⁸⁰.

La familia, las instituciones educativas y de salud informan parcialmente acerca de algunos aspectos biológicos, como el ciclo menstrual, el embarazo y el cuidado del recién nacido, enfermedades de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos. Los pares y los medios de difusión constituyen los educadores sexuales más importantes en esta etapa, actuando a través de mecanismos espontáneos de socialización. De esta forma se transmiten mensajes que pueden estimular la adquisición de conductas riesgosas para la salud en general y particularmente en lo referido a la práctica sexual⁸¹.

Es de lamentar que grandes cantidades de adolescentes sexualmente activos no usen métodos anticonceptivos, tal como lo demuestran Strunin y Hingson, Di Clemente, Boyer y Morales, han determinado que menos de un 10% de los adolescentes sexualmente activos utiliza preservativos de forma regular. Jaffe et al., señalan que un 26% de las muchachas adolescentes practica la penetración anal y sólo un tercio de éstas utiliza preservativos en esta práctica de alto riesgo⁸².

Catania et al., mencionan que aproximadamente un 40% de los adolescentes sexualmente activos tiene múltiples parejas cada año y precisamente los que tienen más número de parejas son los menos propensos a seguir los consejos de “sexo seguro”.

Este abismo existente entre el conocimiento y la conducta de riesgo ha sido documentado en varios estudios. Por ejemplo, una investigación realizada en una clínica de planificación familiar de Baltimore en 1988, determinó que el

conocimiento acerca del SIDA era relativamente alto entre las muchachas adolescentes sexualmente activas, y que un porcentaje ligeramente superior al 50% veía algún riesgo de poder contraerlo. Lo más notable sin embargo, era que ese conocimiento del riesgo de contraer el SIDA no pronosticaba si las adolescentes utilizarían preservativos en su episodio más inmediato de relaciones sexuales coitales.

Otras investigaciones sobre el tema fueron llevadas a cabo por dos científicos de la Universidad Johns Hopkins, Estados Unidos en 1982. Se trata de Melvin Zelnik y de John Kantner quienes consiguieron proporcionar información sobre las tendencias de la adolescente no casada entre 15 y 19 años en cuanto a conducta sexual y uso de anticonceptivos mucho más exacta que las de anteriores investigadores. Indican que aquellas adolescentes sexualmente activas que han seguido cursos de educación sexual tienen menos embarazos que las muchachas sin conocimientos sobre el tema; además el inicio de la actividad sexual en la adolescente tiende a posponerse.

Gibbons, Gerrard y McCoy en los Estados Unidos, estimaron que muchos adolescentes tienen prototipos de las adolescentes que quedan embarazadas y de los chicos responsables de estos embarazos, y en la medida en que los adolescentes se perciben a sí mismos como similares a estos prototipos, pueden estar más dispuestos a relacionarse sexualmente sin protección; encontraron que la mayoría de los adolescentes de ambos sexos entre 13 y 14 años valoraron favorablemente a las chicas que quedaban embarazadas así como a sus novios que las embarazaban, por lo que sus propios deseos de tener relaciones sexuales sin protección con sus novios o novias eran mayores. En conclusión, cuanto más favorable era el prototipo mantenido por los participantes, más probable era que adoptaran comportamientos que convertirían esos esquemas mentales en la realidad de sus propias vidas⁸³.

Así mismo los adolescentes que tienen relaciones sexuales precoces provienen de familias de ingresos bajos, padecen dificultades en la escuela y se relacionan con personas sexualmente activas muchas veces implicadas en actividades delictivas como el abuso del alcohol o estimulantes, según Bingham y Crockett; Capaldi, Crosby y Stoolmiller; Tumban, Windle y Windle.

Por otra parte, en un estudio realizado en los Estados Unidos acerca del comportamiento de riesgo de la juventud, los estudiantes en los 9° y 10° grados eran menos probables de divulgar si tenían cópula sexual que los de 11° y 12° grados (34.4%, 40.8%, 51.9% y 60.5% respectivamente). Los estudiantes masculinos (48.5 %) era más probable que divulgaran tener cópula sexual que los estudiantes femeninos (42,9 %)⁸⁴.

La juventud rural y urbana diferenciaron en experiencia sexual. Por ejemplo, casi 33% de estudiantes de la High School secundaria en Illinois divulgaron siempre tener cópula sexual comparada con el 58.1% de estudiantes en Chicago⁸⁵.

Estudiantes de la escuela media en los Estados Unidos que tenían novios o novias dos años mayores que ellos tenían comportamientos sexuales de más riesgo que aquellos que no tenían novio o si lo tenían de su misma edad⁸⁶.

En relación a los factores de la conducta sexual del adolescente, se observó en un estudio realizado en los Estados Unidos en mujeres jóvenes de 12 a 18 años de edad, donde se les preguntó las razones por las cuales iniciaban su actividad sexual. Las mujeres de 15 años refirieron que su razón de iniciar cópula era que su compañero ejercía presión sobre ellas, otra razón era la curiosidad, o simplemente el deseo sexual. Las mujeres de 17 años dijeron que su razón estaba en el amor o que era atraída físicamente por su pareja⁸⁷.

Según Jordania y colaboradores⁸⁸, realizaron una investigación en estudiantes de 12 a 16 años; el 7% había sido forzado contra su voluntad para hacer algo sexual con un adulto; 17% con un adolescente; 19% sentían la presión de sus amigos de tener cópula sexual y 6% dijeron que habían forzado sexualmente a algún otro con palabras o acciones. Los varones forzan más a alguien a tener relaciones sexuales que las mujeres (10% contra 2% respectivamente). Los afroamericanos eran más probables de haber sido forzados sexualmente que los blancos (26% contra 7%, respectivamente).

Otro estudio muestra que el no inicio de la actividad sexual en los adolescentes de 13 a 18 años de edad fue asociado a tener una familia de dos (padre-madre), un estado socioeconómico más alto, residiendo en un área rural, tener desempeño alto en la escuela, mayor religiosidad y no tener pensamientos suicidas⁸⁹.

Estas relaciones coloca al adolescente en el riesgo de experimentar dos consecuencias serias: las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo adolescente.

Las enfermedades de transmisión sexual pueden causar problemas que van desde la esterilidad hasta la muerte del individuo afectado; así como defectos congénitos y otras complicaciones en sus hijos. Es evidente que el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual es mayor para los adolescentes que no usan condón y para los que practican el sexo con múltiples parejas⁹⁰.

Las enfermedades de transmisión sexual pasan de una persona a otra por contacto físico íntimo; muchas de las veces sin haber tenido coito o penetración (ya sea vaginal o anal). Las enfermedades de transmisión sexual se clasifican en:

- ETS de origen bacteriano: incluye la sífilis, gonorrea, gardnerella vaginalis, chancro blando, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo (clamidia)

- ETS de origen protozoario o parasitario: tricomoniasis es la más común, sarna y pediculosis.
- ETS de origen vírico: Hepatitis B, Herpes genital, molluscum contagiosum, virus del papiloma humano y el virus de la inmunodeficiencia adquirida.

En relación al embarazo adolescente, responde a factores de orden físico, psicológico, social y cultural. El desconocimiento del uso y forma de adquisición de métodos anticonceptivos, la escasa preocupación en relación a la sexualidad, así como la inmadurez emocional que obstaculiza el análisis de las consecuencias de sus actos, son algunos de los factores que probabilizan el embarazo en la adolescencia. Específicamente entre los aspectos psicológicos que se han propuesto relacionados con el embarazo en adolescentes se encuentran: el miedo a estar solo (a), la posibilidad de sentirse adulto, la carencia de afecto, la necesidad de reafirmarse como mujeres o como hombres, relación y comunicación inadecuada con los padres, la búsqueda de independencia, la curiosidad sexual y presencia de embarazos premaritales en hermanas y en la madre⁹¹.

Slap et al., reportan en un estudio que realizaron con estudiantes de secundaria de Nigeria entre los 12 y 21 años, que la actividad sexual está asociada con el sexo masculino (O.R.=2.52), ser el de más edad (O.R.= 1.62), tener baja cercanía con los padres (O.R.=1.87), tener baja cercanía con la escuela (O.R.=1.25) y baja escolaridad de los padres (O.R.=1.14).⁹²

2.4 INSTRUMENTO DE MEDICION. POSIT

Antes de describir el instrumento de medición POSIT (Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes) es pertinente retomar el tema de lo que es un test psicológico.

La palabra test es un término general que se emplea para designar cualquier tipo de instrumento o procedimiento para medir aptitudes, rendimiento, intereses, personalidad u otro tipo de conducta psicológica. La palabra test fue usada por primera vez por el psicólogo estadounidense James McKeen Cattell en un artículo publicado en 1890.

Un test psicológico es un procedimiento sistemático y tipificado en el cual una persona examinada se enfrenta con un conjunto de estímulos a los cuales debe responder. Las respuestas a estos estímulos permitirá al psicólogo o al profesor asignar al examinado un número o un conjunto de valores numéricos, a partir de los cuales se puede establecer inferencias acerca del grado en que el examinado posee tal o cual aptitud o conocimiento, que se supone que el test mide. (Anastasi, 1968).

Estos tres conceptos, *estímulos*, *respuestas* y *sujetos* son importantes para conocer la naturaleza del instrumento.

2.4.1 Historia del POSIT.

El National Institute on Drug Abuse (1991) de Estados Unidos, creó el Sistema de Referencia a Tratamiento para Adolescentes con problemas relacionados con el uso de drogas (Adolescent Assessment Referral System, AARS).

En la elaboración del AARS se identificaron todas las posibles áreas de funcionamiento que la literatura y la práctica clínica sugieren que son las más afectadas en un adolescente que abusa de las drogas, al mismo tiempo que se consultó a un investigador clínico experto en cada una de las áreas funcionales.

Inicialmente el AARS quedó integrado por tres componentes principales: Cuestionario de Tamizaje de Problemas en adolescentes (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers POSIT), Batería de Valoración y una Guía de preparación de un Directorio de Servicios para el adolescente.

En general, todo el Sistema de Referencia a Tratamiento para Adolescentes (AARS), incluyendo el POSIT, fue considerado a revisión para ser sometido a la crítica severa y, en su caso, a modificaciones que mejoraran el Sistema.

Para la utilización del POSIT en adolescentes mexicanos fue necesario adaptar la versión hispana en español para asegurar que el vocabulario de la versión hispana del POSIT fuera adecuado, por lo cual se desarrolló una versión mexicana⁹³.

La validez del Instrumento POSIT, se obtuvo a través de la prueba estadística T de Student, con rotación varimax, manteniéndose un poder discriminatorio significativo al 0.05 en 81 de los 131 reactivos que conformaban el instrumento en su versión inglesa original. En su versión al castellano y específicamente para México, el POSIT consiste en 81 reactivos que se agrupan en siete áreas: Salud mental, Relaciones familiares, Relaciones con amigos, Nivel educativo, Interés Laboral, Conducta agresiva / delictiva y por último uso / abuso de sustancias.

Con relación a la confiabilidad del POSIT, la consistencia interna se obtuvo a través del Alpha de Cronbach, tanto para la escala total como cada una de sus dimensiones.

Los valores obtenidos son:

<u>ESCALA TOTAL</u>	<u>.9092</u>
1. Area Salud Mental	.9749
2. Area de Relaciones Familiares	.8678
3. Area de Relaciones con amigos	.9246
4. Area Nivel Educativo	.9012
5. Area Interés Laboral	.8792
6. Area Conducta agresiva / delictiva	.9116
7. Area uso / abuso de sustancias	.9874

Los problemas identificados por medio del POSIT en las diferentes áreas de funcionamiento requieren de una medición más profunda usando otros instrumentos. No es posible obtener un diagnóstico del adolescente únicamente a través de los resultados del POSIT, éste solamente señala las áreas en las cuales posiblemente exista un riesgo. El POSIT y su sistema de calificación se basan en el juicio clínico de expertos, cualquier resultado obtenido de la aplicación del mismo puede ser usado en decisiones clínicas, sin embargo debe ser usado con precaución.

2.4.2 Sistema de calificación del POSIT.

El POSIT contiene preguntas que indagan una conducta (actitud) positiva-negativa y presente-ausente a través de valores dicotómicos SI-NO en cada área que conforma el instrumento. Entendiéndose **positiva** como aquello que promueve el desarrollo del adolescente y **negativa** aquello que lo obstaculiza. **Presente** cuando hay la existencia de una actitud de riesgo y **ausente** cuando no la hay.

El instrumento que se utilizará para la presente investigación consta de 94 preguntas, debido a que se agregó 13 ítems del área sexual.

Las preguntas correspondientes por área, así como sus valores, son las siguientes:

AREA	PREGUNTAS	VALORES
1. Uso/abuso de sustancias	2, 19, 24, 28, 37, 43, 46, 51, 52, 53, 60, 62, 64, 65, 70, 74 y 77.	PRESENTE: 2 o más respuestas SI AUSENTE: 1 ó ninguna respuesta SI
2. Salud Mental	5, 6, 8, 11, 16, 26, 32, 45, 48, 61, 67, 71, 75, 86, 87 y 92.	NEGATIVA: 2 o más respuestas SI POSITIVA: 1 ó ninguna respuesta SI
3. Relaciones Familiares	4, 15, 22, 25, 36, 44, 50, 58, 80 y 81	NEGATIVA: 2 ó más respuestas NO en las preguntas 22, 25, 36, 44, 58, 80 y 81 y/o 2 o más respuesta SI en las preguntas 4, 15 y 50. POSITIVA: 1 ó ninguna respuesta NO en las preguntas 22, 25, 36, 44, 58, 80 y 81 y/o 1 ó ninguna respuesta SI en las preguntas 4, 15 y 50.
4. Relaciones con amigos	3, 14, 21, 33, 76, 84 y 89.	NEGATIVA: 2 ó mas respuestas SI POSITIVA: 1 ó ninguna respuesta SI
5. Nivel Educativo	7, 8, 13, 16, 20, 29, 38, 45, 47, 68, 75, 79, 82, 85, 91 y 92.	NEGATIVO: 2 ó más respuestas SI en las preguntas 7, 8, 16, 38, 45, 47, 68, 75, 82, 85, 91 y 92 y/o 2 ó más respuestas NO en las preguntas 13, 20, 29 y 79. POSITIVO: 1 ó ninguna respuesta SI en las preguntas 7, 8, 16, 38, 45, 47, 68, 75, 82, 85, 91 y 92 y/o 1 ó ninguna respuesta NO en las preguntas 13, 20, 29 y 79.
6. Interés Laboral	18, 31, 40, 49, 57 y 90.	NEGATIVA: 2 o más respuestas SI POSITIVA: 1 ó ninguna respuesta SI
7. Conducta agresiva/delictiva	1, 10, 12, 27, 34, 35, 39, 41, 55, 56, 59, 66, 73 y 94.	PRESENTE: 2 o más respuestas SI AUSENTE: 1 ó ninguna respuesta SI
8. Sexual	9, 17, 23, 30, 42, 54, 63, 69, 72, 78, 83, 88 y 93	PRESENTE: 2 o más respuestas SI en las preguntas 17, 23, 54, 69, 72, 78, 83, 93 y/o 2 o más respuestas NO en las preguntas 9, 30, 42, 63 y 88 AUSENTE: 1 ó ninguna respuesta SI en las preguntas 17, 23, 54, 69, 72, 78, 83, 93 y/o 1 ó ninguna respuestas NO en las preguntas 9, 30, 42, 63 y 88

La puntuación total del POSIT se obtiene de la suma de los puntos de cada una de sus áreas. Por cada área determinada como negativa o presente, se otorga un

valor de 2 puntos. De tal forma que la sumatoria total del POSIT es de 16 puntos. Esto determina la posición de un adolescente a un eje que va desde normalidad, hasta un grado de conductas problema. La probabilidad de que un adolescente sea caso, se fundamenta al establecer el número de conductas problema, puntuación por arriba de 5. Los casos se ponderan de acuerdo a cuatro categorías dependiendo del puntaje emitido en: *normal, leve, moderado y severo* (Asociación Mexicana de Psicología), siendo éstos:

0 – 5	Normal
6 – 9	Leve
10 – 12	Moderado
13 a más	Severo

3. MARCO REFERENCIAL

Por todo lo antes mencionado con relación al adolescente y las conductas de riesgo para su salud, es pertinente hacer una descripción del contexto donde se llevó a cabo el presente estudio de investigación con la finalidad de dar una panorámica más integral del problema.

La institución donde se realizó el estudio de investigación fue en una universidad privada, ubicada en la ciudad capital de San Luis Potosí, desde el año de 1999.

Esta Universidad pertenece a una red donde existen otros campus en el país como Querétaro, Villahermosa, San Luis Potosí, Tuxtla, Aguascalientes y Puebla; además de 9 campus en la ciudad de México. Su comunidad universitaria está integrada por más de 39 000 estudiantes, 3 500 profesores y 50 000 egresados.

Cabe mencionar que además esta institución educativa pertenece a Sylvan International Universities (una de las redes de universidades más importantes del mundo) la cual está formada por otras cinco instituciones privadas de educación superior las cuales son:

1. Universidad Europea CEES en España
2. Swiss Hotel Management School "Les Roches" en Suiza
3. Universidad de las Américas en Chile
4. Walden University en Estados Unidos de América
5. École Supérieure du Commerce Extérieur en Francia.

Ante esta estrategia de globalización, esta institución pretende que sus estudiantes y egresados sean distinguidos como individuos con una visión global y

experiencia internacional con habilidades necesarias para dominar el mundo de los negocios.

La razón de ser de la Universidad dentro de su misión es:

“Educar con un enfoque integral a estudiantes del nivel de bachillerato, técnico profesional, licenciatura y posgrado, creándoles nuevos espacios y alternativas para proveerles una formación prospectiva acorde a las necesidades de su tiempo y así formar en su más alta expresión a docentes, investigadores y colaboradores, dentro de una cultura de servicio, calidad y excelencia, satisfacer en exceso las necesidades sociales, mediante el ejercicio de sus funciones sustantivas de docencia, investigación, difusión y extensión universitarias, a la luz de su Modelo Educativo. Asegurando, desde una perspectiva general, procesos educativos que impulsen la evolución armónica del ser humano y favorezcan su vinculación e incorporación al sector productivo y a la sociedad e impulsar los procesos de investigación de carácter científico y/o tecnológico que coadyuven al desarrollo integral del país.”

Específicamente en el campus San Luis Potosí, la comunidad universitaria está conformada por 1700 estudiantes integrados por Bachillerato, Licenciatura y Posgrado; 220 docentes y 94 de personal administrativo.

Debido a los fines del presente estudio sólo se describirá la población estudiantil de bachillerato. La edad de los estudiantes oscila desde los 14 años hasta los 20 años. En el primer año de bachillerato hay 203 estudiantes inscritos, 193 en segundo año y 145 en tercer año. Por lo que se puede apreciar un descenso considerable en el número de alumnos conforme el grado escolar avanza (Semestre Agosto-Diciembre 2003).

En el año 2001 el Servicio de Enfermería del campus aplicó la Escala de Actitud de Riesgos Psicosociales (Chimalli) al 50% de la población estudiantil, resultando las siguientes áreas de mayor riesgo para los estudiantes de Bachillerato:

1. Actos Antisociales
2. Conductas compulsivas
3. Uso de tabaco, alcohol y drogas

La morbilidad presentada en este grupo poblacional desde Agosto del año 2000 a Agosto del año 2002, ha sido estable en relación a las causas a través del tiempo. La primera causa de asistencia al Servicio de Enfermería es por cefaleas, con etiologías relacionadas al estrés, hipoglicemia, falta de sueño y migrañas principalmente. Sin embargo, cabe cuestionarse si existen algunas otras causas veladas que estén incidiendo en la aparición de las cefaleas. En segundo lugar tenemos los padecimientos Gastrointestinales predominando las Gastritis y en tercer lugar tenemos las Otorrinolaringológicas muy de cerca.

Sin embargo existen otras causas de consulta las cuales no se hacen muy evidentes en las estadísticas ya que se realizan bajo un contexto de "confesión" por parte del alumno. Por ejemplo la demanda más solicitada es en las mujeres, debido a que sospechan estar embarazadas; y a pesar de que se les proporciona información o se les canaliza a un segundo nivel de atención, posteriormente vuelven a incidir por los mismos motivos. Por otro lado también solicitan atención en cómo poder combatir infecciones de transmisión sexual presentes; así como el cuestionamiento de cómo pueden perder sus productos ya concebidos. Cabe hacer mención que la mayoría de las veces esta atención se solicita de una forma triangulada, es decir, refiriendo que la problemática no es en ellas sino en sus amigas, llegando al grado de enviar cartas donde exponen su situación. Por lo tanto, se decidió la estrategia de implementar un consultorio virtual en la página web de la institución, con la finalidad que la atención demandada sea directa, además de invitar a aquellos estudiantes que no se animan a preguntar de manera personal, a hacerlo por medio de este medio; ya que es totalmente confidencial incluso para la enfermera, debido a que el estudiante puede acceder mediante seudónimos.

El 100% de las preguntas hechas en el consultorio virtual son referentes a la salud sexual y reproductiva; con temas que van desde saber si su anatomía y fisiología

genital es normal hasta conocer las mejores posiciones que ofrezcan mayor placer en la relación sexual.

Es muy interesante observar cómo a través de un medio electrónico el estudiante obtiene valor para cuestionar acerca de su salud, incluso dejando su nombre; siendo de forma contraria de manera personal y directa, donde muchas de las veces no da su nombre, pero el simple hecho de establecer un contacto físico llega a intimidarlo.

Otras de las patologías observadas en la Institución son el uso y abuso de sustancias, ya que por un lado se han encontrado en las instalaciones evidencias de consumo de drogas por parte de los estudiantes, y por otro lado están las voces de los compañeros que delatan lo que ocurre sin mencionar al autor. Además se dan conductas agresivas y delictivas que van desde la agresión verbal y física entre los estudiantes hasta la distribución de sustancias ilegales dentro del recinto escolar. Los estudiantes llegan a "jalonearse" los testículos y las glándulas mamarias entre hombres y mujeres en la Cafetería, como si fuera un juego más el cual los llena de alegría y satisfacción.

Ante toda esta problemática, la Institución sólo cuenta con 3 recursos humanos para la promoción de la salud a nivel de bachillerato, por un lado una Licenciada en Psicología con Especialidad en Orientación Educativa y por el otro, dos Licenciados en Enfermería. La infraestructura tanto de recursos humanos como materiales es muy deficiente para la demanda que existe.

Por todo lo anteriormente expuesto, es urgente en primer lugar, realizar un diagnóstico de salud de los estudiantes de bachillerato, donde se detecten las conductas de mayor riesgo presentadas así como los factores que más influyen en éstas. En segundo lugar con base a lo detectado priorizar la problemática, de tal forma que permita el diseño de estrategias basadas en una realidad concreta.

Cabe mencionar que se cuenta con todo el apoyo de Rectoría para la realización de proyectos encaminados al mejoramiento del estado de salud de los estudiantes.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVOS GENERALES

- Identificar los factores psicosociales asociados a la actitud de riesgo para la salud en una población de adolescentes de bachillerato de la capital de San Luis Potosí, a través de un diagnóstico de salud con la finalidad de definir el perfil epidemiológico de dicha población, en el año 2003.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer los factores psicosociales de riesgo para la salud en la población de estudio a través de la aplicación del instrumento POSIT multidimensional.
- Determinar la frecuencia de las actitudes de riesgo para la salud presentadas en la población de estudio.
- Identificar la asociación entre factores psicosociales y actitudes de riesgo.
- Determinar la probabilidad de que se presente una actitud de riesgo relacionada con los factores psicosociales.
- Comparar los resultados obtenidos de los diferentes años escolares (1°, 2° y 3° año) en cuanto a factores psicosociales y actitudes de riesgo.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio fue descriptivo analítico, comparativo y transversal. Se realizó una descripción del total de la población acerca de características sociodemográficas, factores psicosociales y actitudes de riesgo para la salud en los estudiantes, a partir de los resultados se compararon los diferentes años escolares (1º, 2º y 3º año de bachillerato) en cuanto a factores psicosociales y actitudes de riesgo. Se hizo una sola medición y se identificaron los factores de riesgo asociados a las actitudes de riesgo para la salud presentadas en la población de estudio.

5.2 DISEÑO MUESTRAL.

5.2.1 Universo de estudio.

El Universo comprendió los adolescentes de bachillerato de la capital de San Luis Potosí.

5.2.2 Población de estudio.

La población de estudio estuvo constituida por todos los adolescentes de bachillerato inscritos en una institución educativa privada de la ciudad de San Luis Potosí; matriculados en el Semestre Agosto a Diciembre del año 2003.

Unidad de análisis: estudiante de bachillerato.

5.2.3 Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión fueron:

- Ser alumno inscrito en el bachillerato durante el semestre Agosto a Diciembre del año 2003.
- Que se encuentren los estudiantes en el momento del levantamiento de datos.
- Que sean de nacionalidad mexicana y dominen el idioma español.
- Que den su consentimiento de participación.

Criterios de exclusión:

- Que no acepten participar en el estudio.

5.3 VARIABLES.

5.3.1 Variable independiente: Factores psicosociales de riesgo.

5.3.1.1. Demográficas:

- Sexo. Diferencias de género entre ser hombre y mujer.
- Edad. Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento del estudiante hasta el momento del levantamiento de los datos.
- Número de hermanos. Cantidad de hermanos que tiene el estudiante incluyendo los que no viven con él; los cuales tienen los mismos padres respecto al estudiante.

5.3.1.2 Sociales:

- Grado escolar. Año escolar que cursa el adolescente al momento del levantamiento de los datos.
- Ocupación anterior. Trabajo u oficio que desempeñaba el estudiante un año antes del levantamiento de los datos.
- Estado civil de los padres. Situación conyugal actual de ambos padres del estudiante.
- Jefe de Familia. Persona responsable del cuidado integral del adolescente.
- Escolaridad del jefe de familia. Grado escolar alcanzado por el jefe de familia.
- Ocupación del jefe de familia. Trabajo u oficio que desempeña el jefe de familia.
- Numero de personas que viven con el estudiante. Cantidad de individuos que habitan con el estudiante en la misma vivienda.
- Orden de nacimiento. Lugar que ocupa el estudiante con respecto a sus hermanos al nacer.
- Relaciones familiares. Relaciones padres y estudiante con presencia o ausencia de líneas de comunicación directa, comprensión, apoyo, que promueva o no el desarrollo integral del estudiante.
- Relaciones con amigos. *Relaciones sin riesgo:* relación del estudiante con otros adolescentes que promueve la pertenencia, poder y seguridad,

desarrollando así el logro de su identidad. *Relaciones de riesgo*: relación del estudiante con otros adolescentes que presenten conductas desviadas tendientes a la agresión física y/o verbal, consumo de alcohol, tabaco y/o drogas ilegales.

- Rendimiento Escolar. *Rendimiento escolar sin riesgo*: desempeño escolar que tiene el adolescente con logros académicos e interés en actividades escolares. *Rendimiento escolar con riesgo*: desempeño escolar del adolescente con ausencia de logros académicos y falta de interés en actividades escolares.
- Relaciones Laborales. *Relaciones laborales sin riesgo*: relación entre el estudiante y la actividad laboral que promueve la seguridad, sentimiento de independencia y disciplina del estudiante. *Relaciones laborales con riesgo*: relaciones entre estudiante y la actividad laboral que promueve una pérdida del contacto social del estudiante, desempeño escolar limitado, incumplimiento e irresponsabilidad en sus actividades tanto laborales como escolares.

5.3.1.3 Psicológicas:

- Salud Mental. *Salud mental sin riesgo*: presencia de equilibrio emocional del estudiante, con adaptación funcional a su contexto y a las demás personas, que permita el logro de su identidad. *Salud mental con riesgo*: implica la presencia de síntomas como fatiga, miedo, timidez, soledad, inseguridad y tristeza; evitando así su adaptación y desarrollo del estudiante.

5.3.2 Variable dependiente: Actitud de riesgo.

- Agresiva/delictiva. Predisposición o no a responder ante cierta clase de estímulos con actitud defensiva u ofensiva con intención de lesionar a alguien

que pueda desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal del estudiante.

- Uso/abuso de sustancias. Presencia o no de actitudes tendiente al uso, abuso y dependencia de alcohol y/o drogas ilegales en el estudiante; que puedan desviar o comprometer el desarrollo normal del mismo.
- Sexual. Presencia o no de actitudes tendientes a la práctica de actividades sexuales que pongan en riesgo al adolescente para la adquisición de una infección de transmisión sexual ó un embarazo no deseado.

Ver operacionalización de variables, Anexo 1.

5.4 INSTRUMENTO.

El instrumento que se aplicó es el Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes POSIT (Ver Anexo 2).

En su versión al castellano y específicamente para México, el POSIT consiste en 81 reactivos que se agrupan en siete áreas: Salud mental, Relaciones familiares, Relaciones con amigos, Nivel educativo, Interés Laboral, Conducta agresiva / delictiva y por último uso / abuso de sustancias.

Debido a los objetivos del presente estudio se agregó el área sexual de riesgo, la cual consta de 13 preguntas. La consistencia interna de esta área fue especialmente realizada para este trabajo por la Dra. Susan Pick del Departamento de Psicología Preventiva de la Facultad de Psicología de la UNAM; a través de la prueba de Alpha de Cronbach con rotación varimax, obteniendo un resultado de .9642.

El puntaje máximo de riesgo del POSIT es de 16 puntos, resultado de la suma de cada una de las áreas. El área considerada de riesgo se califica con 2 puntos y en caso contrario con cero puntos. La evaluación en conjunto de todas las áreas es la suma de los puntos de las áreas de riesgo y se clasifica en cuatro categorías dependiendo del puntaje total obtenido: *normal*, *leve*, *moderado* y *severo* (Asociación Mexicana de Psicología), siendo estos:

0 – 5	puntos	Normal
6 – 9	puntos	Leve
10 – 12	puntos	Moderado
13 a más	puntos	Severo

Cabe destacar que se contó con la autorización de la autora para la utilización del instrumento

5.5 PRUEBA PILOTO.

La prueba piloto se aplicó a los estudiantes del 3er año de Bachillerato inscritos en el Semestre Enero-Julio del año 2003 en la misma Institución donde se realizó la investigación, siendo un total de 84 estudiantes.

Hubo una disponibilidad del 77% de la población prevista para la prueba piloto, es decir de los 109 estudiantes matriculados en el tercer año, sólo 84 estuvieron en el momento de la aplicación de la prueba piloto. La temporada de inscripciones a diversas universidades favoreció el ausentismo del 23% de los estudiantes, debido al proceso de admisión.

El 100% de los estudiantes que estuvieron presentes en el momento de la aplicación del instrumento aceptaron participar. Sin embargo, en algunos estudiantes hubo resistencia a las preguntas, principalmente las del área sexual y

uso/abuso de sustancias; ya que cuestionaban que si tenían que contestar que sí, cuando sólo habían incurrido en esos actos algunas veces.

Hubo claridad en el lenguaje utilizado tanto en la Carta de Participación Consentida como en la Hoja de Instrucciones.

El instrumento proporcionó la información que se necesitó, además de ser confiable ya que es un instrumento probado y validado.

El tiempo total promedio para las instrucciones y contestar el instrumento fue de 20 minutos. Tiempo suficiente, ya que el tiempo proporcionado por la Institución fue una hora clase, la cual consta de 50 minutos.

Como resultado de la prueba piloto hubo necesidad de modificar algunas preguntas del instrumento, específicamente del área sexual, donde hubo confusión en la forma semántica de las mismas, así como de algunas variables sociodemográficas (jefe de familia, condición de trabajador y estudiante).

Los programas computacionales SPSS, Epi Info 2000 y Excel facilitaron el trabajo del procesamiento y análisis de los datos.

5.6 RECOLECCION DE DATOS.

El levantamiento definitivo de datos se realizó por grupos, los cuales estaban ya predeterminados por la institución educativa (listas oficiales) durante el mes de Agosto y Septiembre del año 2003. El tiempo contemplado por grupo fue de 50 minutos, ya que es la duración de una hora-clase, lo que permitió suficiente tiempo para que el estudiante contestara el instrumento sin presiones.

Se dio inicio a la sesión explicándoles que el motivo de la aplicación del Cuestionario era debido a una investigación y se les hizo énfasis en la importancia de su colaboración. Se solicitaron dos voluntarios que leyeran la Carta de Participación Consentida (Ver Anexo 3) y la Hoja de Instrucciones del instrumento (Ver Anexo 2).

Al final de la lectura de la Carta de Participación Consentida se les reiteró que su participación sería anónima y debían firmar si aceptaban colaborar con un apodo, seudónimo ó incluso un dibujo. Posterior a ello, se aplicó el instrumento.

Cabe mencionar que de manera simultánea al levantamiento de datos se realizó la captura de los mismos.

5.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

En el análisis estadístico se utilizaron frecuencias relativas y absolutas para todas las variables, y prueba de Chi cuadrado para ver si hubo asociación entre los factores demográficos (edad, sexo, número de hermanos), sociales (grado escolar, ocupación anterior, estado civil de los padres, jefe de familia, escolaridad y ocupación del jefe de familia, número de personas que viven con el estudiante, orden de nacimiento, relaciones familiares, relaciones con amigos, rendimiento escolar y relaciones laborales) y psicológicos (salud mental) con las actitudes de riesgo encontradas (sexual, agresiva/delictiva y uso/abuso de sustancias).

Además se utilizó la medida estadística de ODDS RATIO (O.R.) para saber la probabilidad de que ocurra una actitud de riesgo relacionada con los factores demográficos, sociales y psicológicos.

El procesamiento de datos se hizo por medio de los programas computacionales SPSS, Epi Info 2000 y Excel.

5.8 ASPECTOS BIOÉTICOS.

Con relación a las consideraciones éticas se aseguró el anonimato y la confidencialidad de la información por parte de la investigadora.

Se les explicó a los adolescentes la importancia de su colaboración, solicitando por escrito su autorización (Carta de Participación Consentida).

Lo anterior, permitió dar cumplimiento a las normatividades éticas en Investigación, contempladas en la Ley General de Salud. Primeramente en el Artículo 96, inciso I; la cual estipula que la investigación en salud debe desarrollar acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos. En el artículo 100, inciso I, II, III, IV y V, especifica que la investigación debe ser justificada en la mejora de la salud de la población y debe existir autorización por parte de los participantes. La investigación implicó un riesgo mínimo de los participantes, ya que se obtuvo sólo la información por escrito de manera anónima y confidencial.

Cabe mencionar que se contó con el apoyo y la autorización por parte de la Institución para realizar la presente investigación.

5.9 RECURSOS.

Los recursos humanos fueron la tesista, dos asesores de tesis (un director y un asesor metodológico) y un coasesor. Los recursos materiales fueron financiados por la tesista y la Institución donde se realizó el estudio, los cuales contemplan transporte, papelería, renta de equipo computacional e internet, fotocopiado y sueldo de la tesista. La Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, financió el costo de las asesorías.

6. RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan corresponden a 539 estudiantes (96% de la población total) de nivel bachillerato de una institución educativa privada de la ciudad de San Luis Potosí durante el semestre Agosto-Diciembre del 2003.

6.1 FACTORES DEMOGRAFICOS.

El 51.7% de los estudiantes son mujeres y el 48.3% restante son hombres. Ver Cuadro 1.

La edad promedio de la población estudiantil es de 16.07 años con una desviación estándar de 1.05. La edad mínima es de 14 años y la máxima de 20 años. De acuerdo a la clasificación de las etapas de la adolescencia según Dulanto, el 3.9% de los estudiantes está en la adolescencia temprana (12 a 14 años de edad), el 88.1% está en la adolescencia media (15 a 17 años) y el resto está en la adolescencia tardía (18 a 21 años de edad). Ver Cuadro 1.

El promedio de hermanos que tiene la población estudiantil es de 2.56 con una desviación estándar de 0.66, el 56.2% tiene de 2 a 4 hermanos, seguido de un 34% con sólo un hermano. El resto corresponde a otros. Ver Cuadro 1.

Cuadro 1

Factores demográficos de la población estudiantil de nivel bachillerato en una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.

	n	%
Demográficas		
Sexo		
Masculino	264	48.3
Femenino	275	51.7
Edad		
Adolescencia temprana (12 a 14 años)	21	3.9
Adolescencia media (15 a 17 años)	475	88.1
Adolescencia tardía (18 a 21 años)	43	8
Número de hermanos		
Ninguno	35	6.5
Uno	183	34
2 a 4	303	56.2
5 o más	18	3.3

Fuente: Directa

6. 2. FACTORES SOCIALES

La mayor parte de la población estudiantil se concentra en el primer año de bachillerato con un 37.7%, seguida por el segundo año con un 35.6% y por último el tercer año con un 26.7%; por lo que se puede observar un decremento en la proporción de estudiantes conforme avanza el grado escolar. Ver Cuadro 2.

El 58.3% de la población estudiantil fue estudiante de tiempo completo durante el año anterior al estudio. El 9.3% tuvo trabajo de medio tiempo y un 3.5% trabajaron de tiempo completo. Ver Cuadro 2.

Los padres del 78% de los estudiantes son casados y éste es su primer matrimonio. El resto corresponde a familias uniparentales, es decir, sus padres están divorciados, viudos, solteros, separados o fallecidos. Ver Cuadro 2.

El 51% de la población estudiantil tiene como jefe de familia al padre, un 36.7% consideran tanto al padre y a la madre como jefe de familia. El 11.1% refiere a la madre como jefe de familia y el resto corresponde a otros. Ver Cuadro 2

El 47.7% de la población estudiantil refiere que el jefe de familia cuenta con estudios universitarios, el 20% tiene además de carrera universitaria estudios de posgrado como maestría y doctorado. Ver Cuadro 2.

El 78.8% de los estudiantes vive con 4 a 6 personas, seguido con un 15.6% que vive con 1 a 3 personas. El 5.6% vive con más de 7 personas. Ver Cuadro 2.

El 48.1% de los estudiantes es el primogénito. Un 26.3% ocupa el segundo lugar de nacimiento entre sus hermanos. El 25.6% corresponde a adolescentes que van desde el tercer lugar de nacimiento hasta el décimo tercero. Ver Cuadro 2.

Cuadro 2

Factores sociales de la población estudiantil de nivel bachillerato en una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.

Sociales		n	%
Grado escolar	Primero	203	37.7
	Segundo	192	35.6
	Tercero	144	26.7
Condición de estudiante	Tiempo completo	314	58.3
	Medio tiempo	183	34
	No fue estudiante	38	7.1
	No contestó	4	0.7
Condición de trabajador	Tiempo completo	19	3.5
	Medio tiempo	50	9.3
	No trabajó	448	83.1
	No contestó	22	4.1
Estado civil			
	Padre		
	Casados primer matrimonio	418	77.6
	Padres no juntos	121	22.4
	Madre		
	Casados primer matrimonio	422	78.3
	Padres no juntos	117	21.7
Jefe de familia	Padre	275	51
	Madre	60	11.1
	Padre y madre	198	36.7
	Tutor, abuelo (a)	6	1.2
Escolaridad jefe de familia	Nivel posgrado	108	20
	Nivel superior	257	47.7
	Nivel medio superior o menos	174	32.3
Personas que viven con el estudiante	1 a 3	84	15.6
	4 a 6	425	78.8
	más de 7	30	5.6
Orden de nacimiento	Primero	259	48.1
	Segundo	142	26.3
	Tercero y más	138	25.6

Fuente: Directa

El 20.6% de la población estudiantil refiere que el jefe de familia es empleado de empresas privadas. El 17.3% es profesional independiente. Un 14.8% es propietario de pequeño negocio. El porcentaje restante corresponde a otros. Ver Cuadro 3.

Cuadro 3

Ocupación del jefe de familia de una población estudiantil de nivel bachillerato en una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.

Ocupación del jefe de familia	No	%
Profesionales independientes	93	17.3
Maestro normalista	25	4.6
Propietario de pequeño comercio	80	14.8
Propietario de grandes comercios	43	8.0
Empleado de gobierno	63	11.7
Empleado de empresas privadas	111	20.6
Arrendador de bienes inmuebles	10	1.9
Obrero calificado	3	0.6
Trabajador eventual	2	0.4
Artesano	1	0.2
Agricultor o ganadero dedicado al comercio local	9	1.7
Pensionado, jubilado	15	2.8
Ama de casa	10	1.9
Otro (estudiante, militar, desempleado)	65	12.1
No sabe	5	0.9
No contestó	4	0.7
Total	539	100

Fuente: Directa

Relaciones familiares.

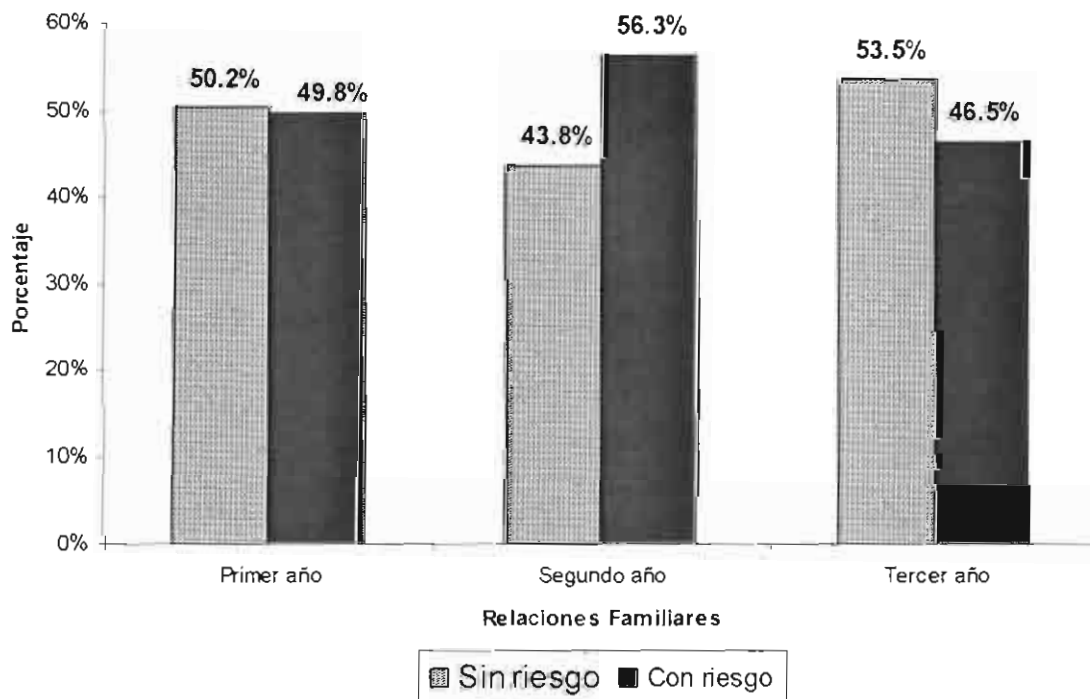
De acuerdo a la operacionalización de las variables, las relaciones familiares tienen dos valores: relaciones familiares con riesgo y sin riesgo.

El 51% del total de la población estudiantil tiene relaciones familiares con riesgo, es decir, tiene relaciones con sus padres ausentes de líneas de comunicación directa, comprensión y apoyo. El 49% restante tiene relaciones familiares sin riesgo que promueven el desarrollo integral del adolescente.

Los alumnos que presentan en mayor proporción relaciones familiares de riesgo es el segundo año de bachillerato con un 56.3%. Ver Gráfico 1.

Gráfico 1

Relaciones familiares con riesgo de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.



Fuente: Directa

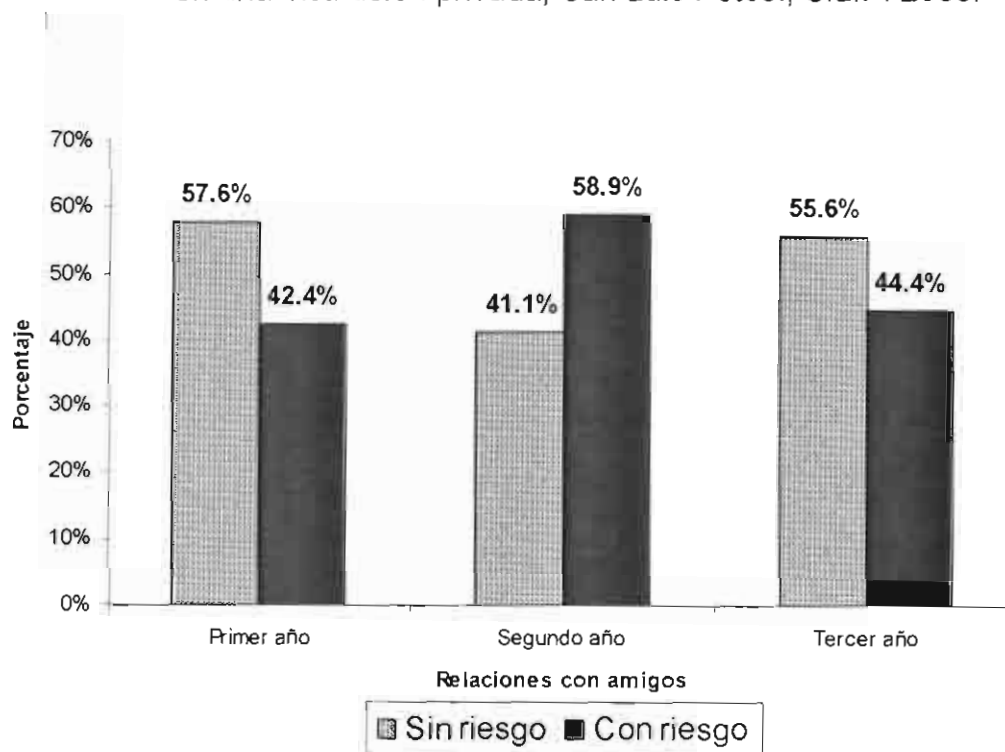
Relaciones con amigos.

El 49% de la población tiene relaciones con los amigos de riesgo, es decir, son relaciones tendientes a la agresión física y/o verbal, consumo de alcohol, tabaco y/o drogas ilegales. El 51% restante tiene relaciones con los amigos sin riesgo, que promueven la pertenencia, poder y seguridad de estos estudiantes; desarrollando así el logro de su identidad.

Como puede observarse en el Gráfico 2 el mayor porcentaje (58.9%) de estudiantes que presenta relaciones con amigos de riesgo es el segundo año de bachillerato.

Gráfico 2

Relaciones con amigos de riesgo de una población estudiantil de nivel bachillerato en una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.



Fuente: Directa

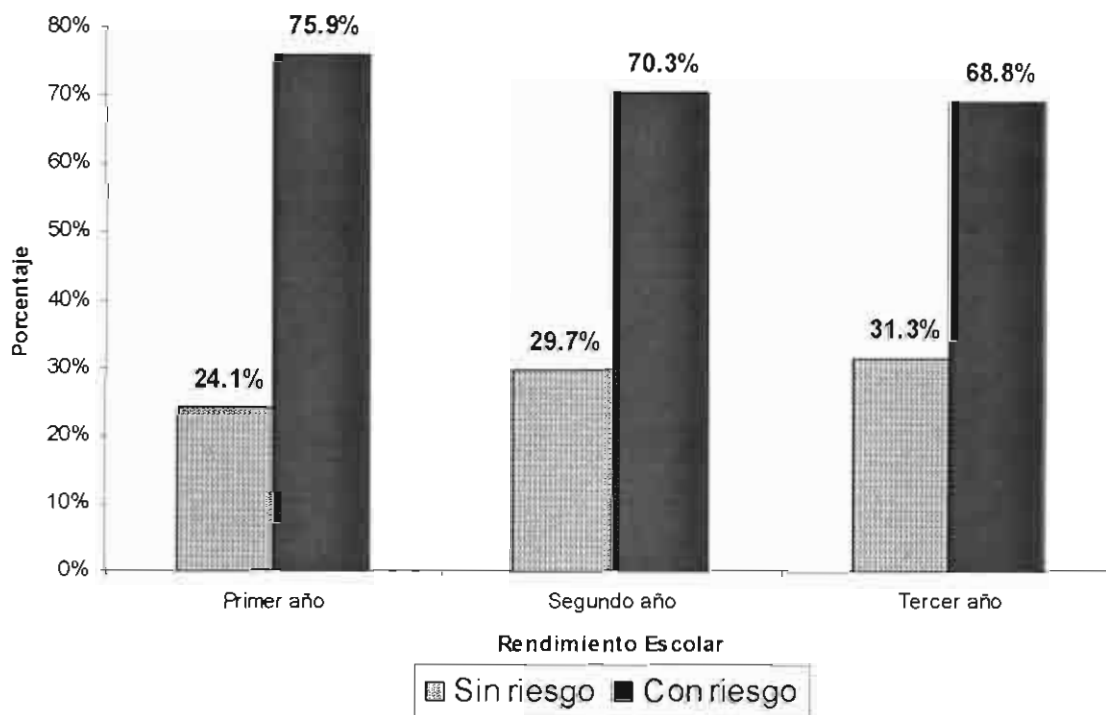
Rendimiento Escolar.

El 72% de los estudiantes tiene un rendimiento escolar de riesgo, caracterizado por desinterés en las actividades escolares y ausencia de logros académicos. El 28% restante tiene rendimiento escolar sin riesgo, es decir, tiene interés en la actividad escolar y ha tenido logros académicos.

Como puede observarse en el Gráfico 3, el grado escolar que mayor porcentaje de estudiantes tiene rendimiento escolar de riesgo es el primer año con un 75.9%.

Gráfico 3

Rendimiento escolar de riesgo de una población estudiantil de nivel bachillerato en una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.



Fuente: Directa

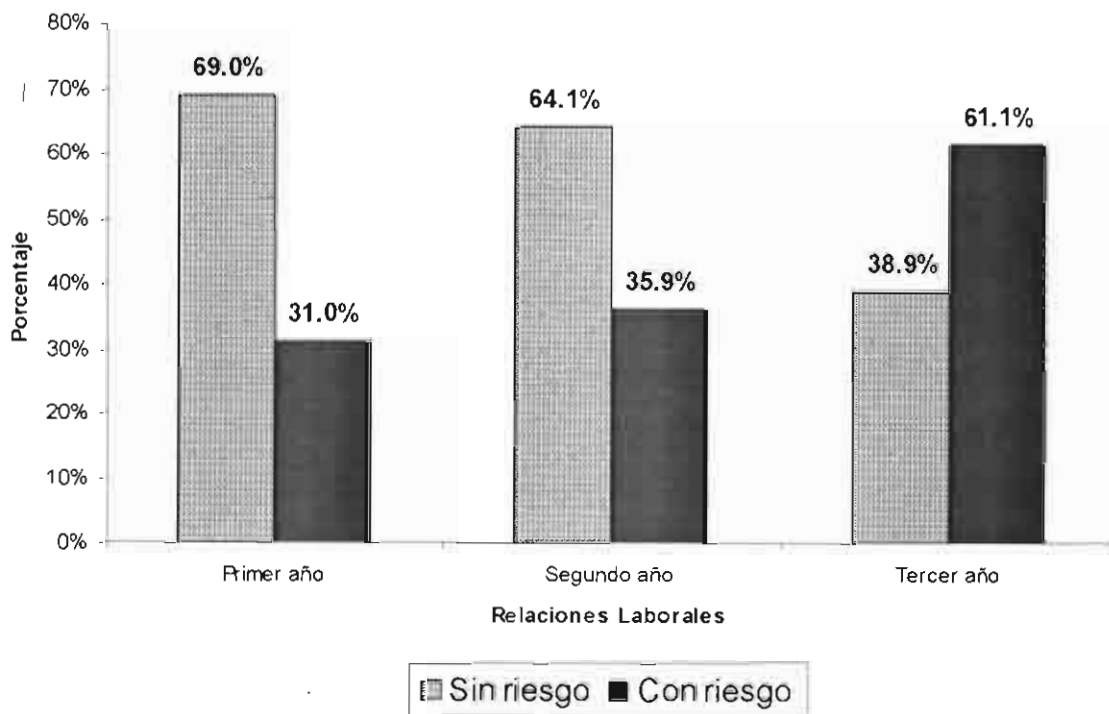
Relaciones Laborales

El 41% de la población estudiantil tiene relaciones laborales de riesgo, es decir, la relación que existe entre el estudiante y la actividad laboral promueve una pérdida del contacto social del estudiante, lo que se traduce, en un desempeño escolar limitado, incumplimiento e irresponsabilidad en su actividad tanto laboral como escolar. El 59% restante ha tenido relaciones laborales sin riesgo.

El grado escolar que presenta mayor proporción de relaciones laborales de riesgo es el tercer año de bachillerato con un 61.1%. Ver Grafico 4.

Gráfico 4

Relaciones laborales de riesgo de una población estudiantil de nivel bachillerato en una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.



Fuente: Directa

6.3 FACTORES PSICOLOGICOS

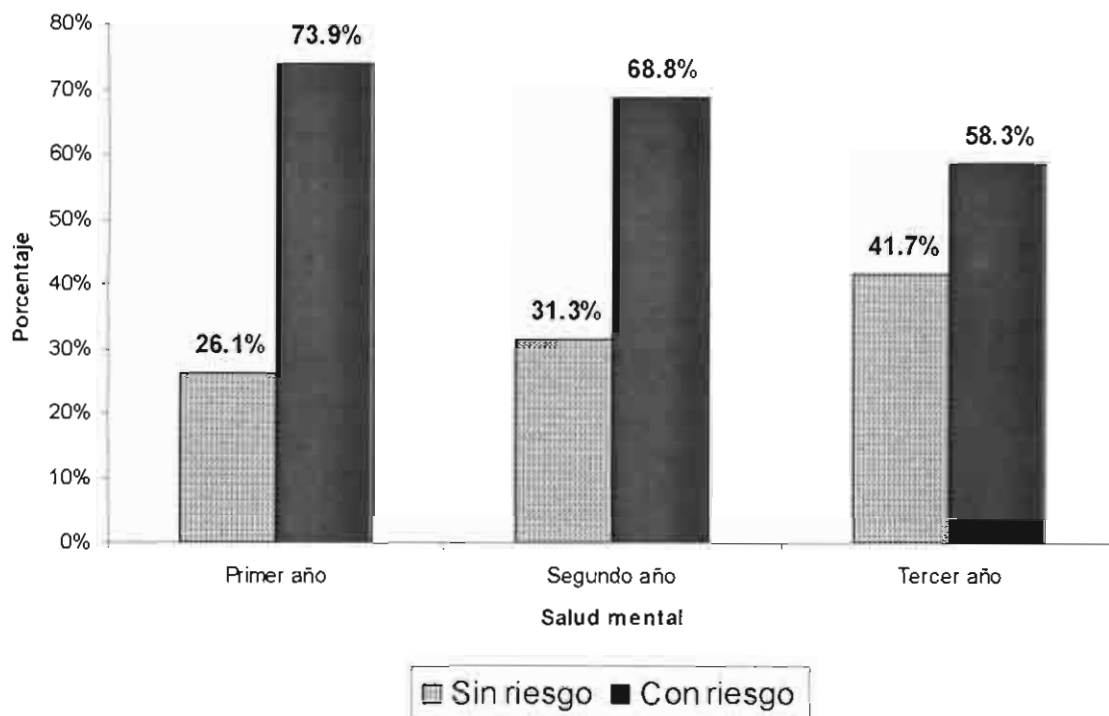
Salud Mental.

El 68% de la población estudiantil predomina con salud mental de riesgo caracterizada por la presencia de síntomas como fatiga, miedo, timidez, soledad, inseguridad y tristeza; lo que evita la adaptación y desarrollo del estudiante. El 32% restante cuenta con salud mental sin riesgo.

El año escolar con más proporción de estudiantes con salud mental de riesgo es el primer año con un 73.9%. Se puede observar un decremento de este porcentaje conforme avanza el grado escolar, pasando de un 68.8% en el segundo año hasta un 58.3% en el tercer año. Ver Gráfico 5.

Gráfico 5

Salud mental de riesgo en una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.



Fuente: Directa

6.4 ACTITUDES DE RIESGO

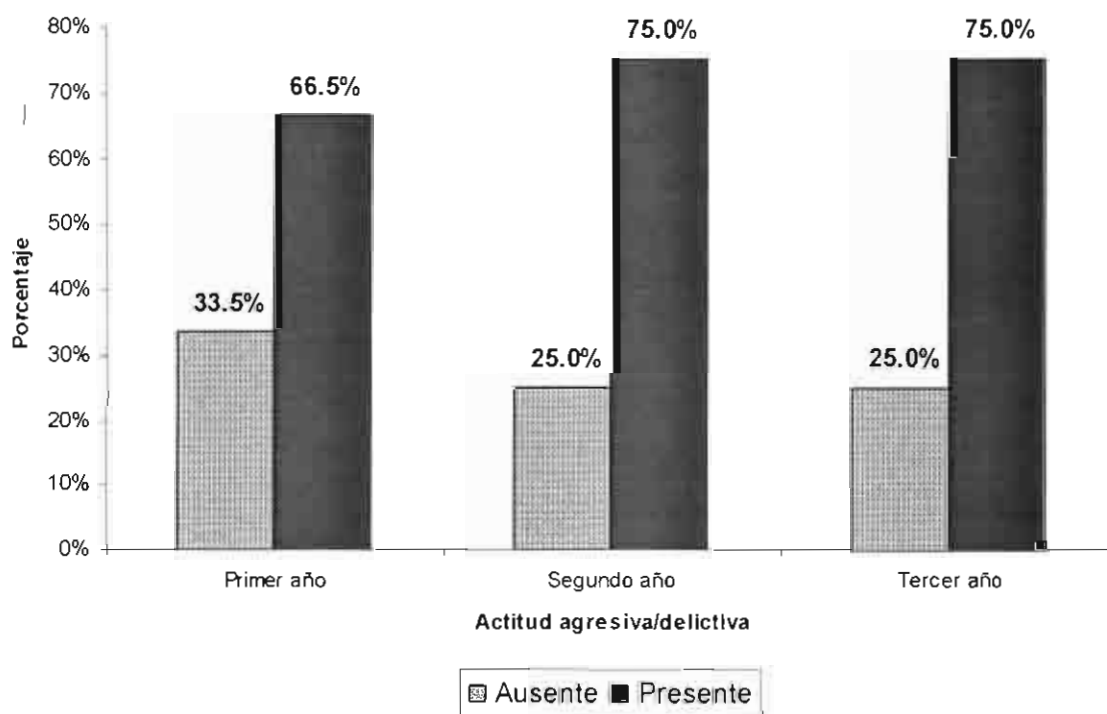
6.4.1 Agresiva / delictiva.

En relación a la actitud agresiva/delictiva, el 72% de la población estudiantil presenta esta actitud, el 28% restante no presenta esta actitud.

Los grados escolares que en mayor porcentaje presentan esta actitud es el segundo y tercer año con un 75% respectivamente. Ver Gráfico 6.

Gráfico 6

Actitud agresiva/delictiva presente en una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.



Fuente: Directa

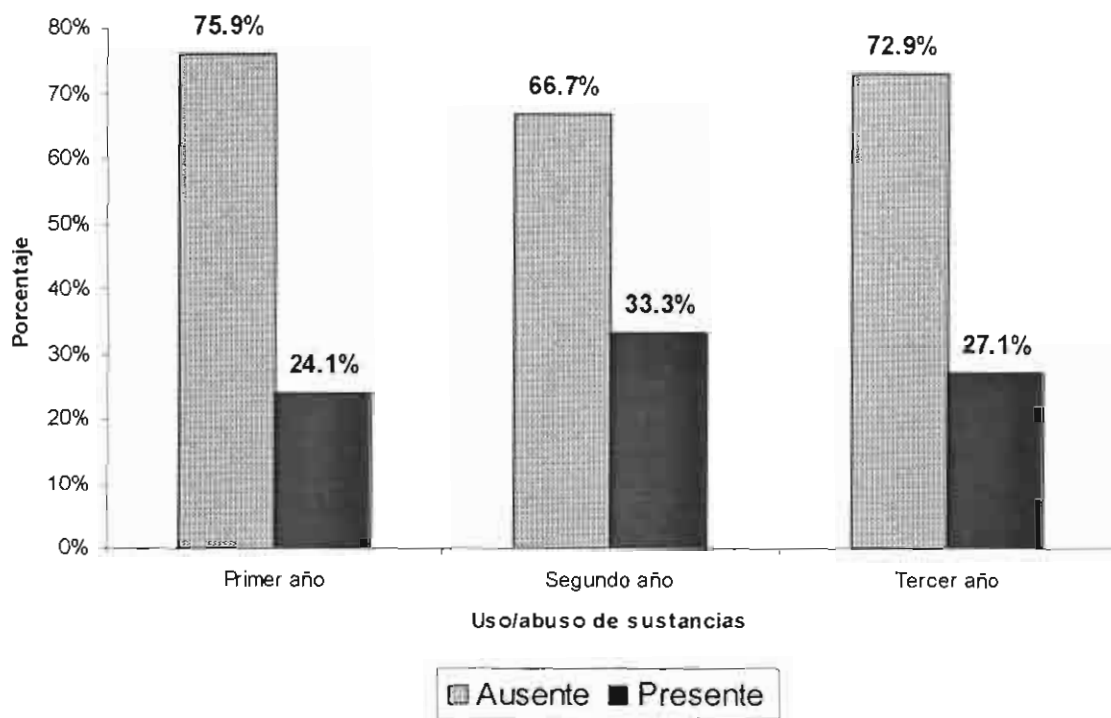
6.4.2 Uso / abuso de sustancias.

El 28% de los estudiantes tiene actitudes presentes de uso/abuso de sustancias, es decir, existe tendencia al uso, abuso y dependencia de alcohol y/o drogas ilegales. El 72% restante tiene ausente esta actitud de riesgo.

El segundo año es el grado escolar que presenta mayor porcentaje de esta actitud con un 33.3%. Ver Gráfico 7.

Gráfico 7

Uso/abuso de sustancias presente en una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.



Fuente: Directa

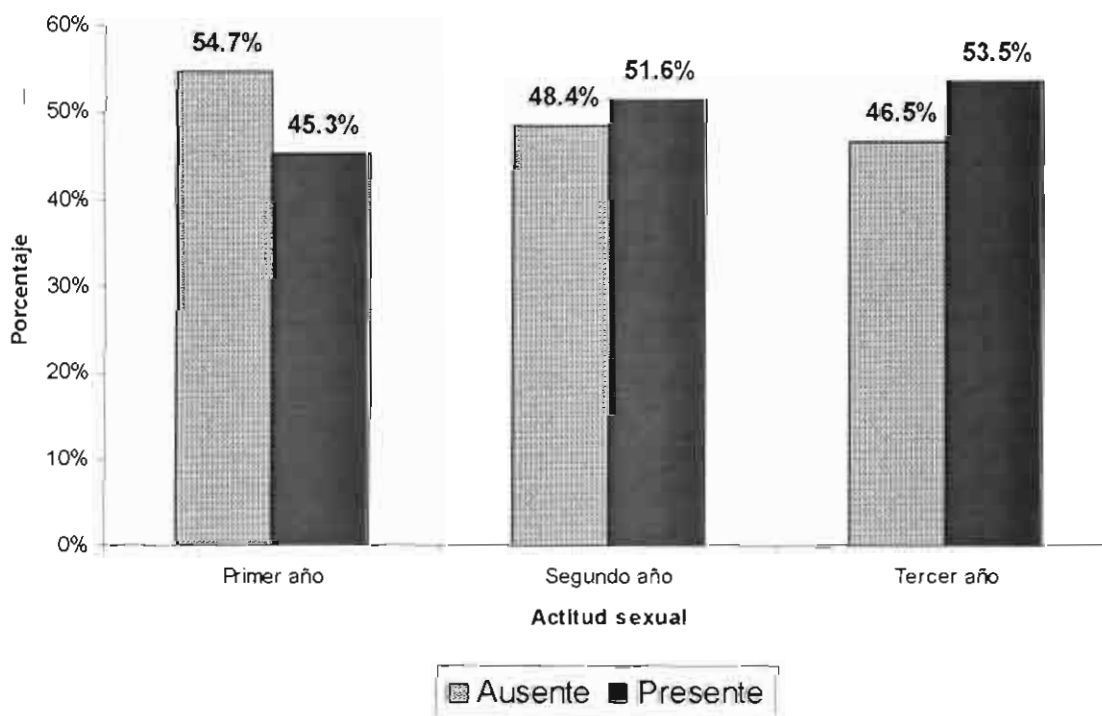
6.4.3 Actitud sexual de riesgo.

La mitad de la población estudiantil presenta actitudes sexuales de riesgo para la adquisición de una infección de transmisión sexual ó un embarazo no deseado (50%). El resto (50%) tiene ausente esta actitud de riesgo.

Como puede observarse el mayor porcentaje de estudiantes con actitud sexual de riesgo se presenta en el tercer año de bachillerato con un 53.5%. Ver Gráfico 8.

Gráfico 8

Actitud sexual de riesgo presente en una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.



Fuente: Directa

6.5 ASOCIACION DE FACTORES PSICOSOCIALES Y ACTITUDES DE RIESGO.

6.5.1 Factores demográficos asociados a la actitud agresiva/delictiva.

Como se puede observar en el Cuadro 4, existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo del estudiante y la presencia de actitud agresiva delictiva ($p < 0.05$), los varones adolescentes presentan 1.78 veces el riesgo de tener esta actitud.

En relación a la edad de los estudiantes también se encontró asociación estadísticamente significativa de este factor con la presencia de esta misma actitud ($p < 0.05$). Para obtener la fuerza de asociación de la edad (O.R.), se clasificó como adolescencia temprana, media y tardía. La etapa de referencia fue la adolescencia media, ya que esta última etapa es la que corresponde a nivel bachillerato. El estar en la adolescencia tardía representa 1.13 veces el riesgo de tener actitud agresiva/delictiva.

Cuadro 4

Factores demográficos asociados a la actitud agresiva/delictiva de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.

Actitud agresiva/delictiva	Valor	O.R.	Sig*
Sexo	8.735	Hombre 1.78 Mujer .56	0.003
Edad	6.319	Adolescencia temprana 0.63 Adolescencia tardía 1.13	0.012
Número de hermanos	0.936	-----	0.333

* $p < 0.05$

6.5.2 Factores demográficos asociados al uso/abuso de sustancias.

Como se puede observar en el Cuadro 5, se encuentra asociación estadísticamente significativa entre el sexo del estudiante y la presencia de uso/abuso de sustancias ($p < 0.05$), los varones adolescentes presentan 2.32 veces el riesgo de tener esta actitud.

En relación a la edad de los estudiantes también existe asociación estadísticamente significativa de este factor con la presencia de uso/abuso de sustancias ($p < 0.05$). Para obtener la fuerza de asociación de la edad (O.R.), la etapa de referencia fue la adolescencia media, ya que ésta corresponde al nivel bachillerato. El estar en la adolescencia tardía representa 2.10 veces el riesgo de tener actitud de uso/abuso de sustancias.

Se encontró asociación estadísticamente significativa con el número de hermanos que tiene el adolescente y la presencia de uso/abuso de sustancias ($p < 0.05$). Para medir la fuerza de asociación se agrupó el número de hermanos en tres categorías: ser hijo único, tener 2 o más hermanos y tener un solo hermano. Este último rubro se tomó como grupo de referencia ya que el tener sólo un hermano, la literatura lo señala como una posible atención más equitativa e integral por parte de los padres a los hijos. Los adolescentes con dos o más hermanos tienen 1.54 veces el riesgo de tener presente actitud de uso/abuso de sustancias.

Cuadro 5

Factores demográficos asociados a la presencia de uso/abuso de sustancias de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.

Uso/abuso de sustancias	Valor	O.R.	Sig*
Sexo	18.612	Hombre 2.32 Mujer 0.43	0.0001
Edad	8.05	Adolescencia temprana 0.44 Adolescencia tardía 2.10	0.005
Número de hermanos	8.492	Hijo único 0.67 Dos o más 1.54	0.004

* $p < 0.05$

6.5.3. Factores demográficos asociados a la actitud sexual.

Como se puede observar en el Cuadro 6, se encuentra asociación estadísticamente significativa entre el sexo y edad del estudiante con la presencia de actitud sexual de riesgo ($p < 0.05$), los varones adolescentes presentan 1.70 veces el riesgo de tener esta actitud y los jóvenes en la adolescencia tardía presentan 1.59 veces el riesgo de presentar actitud sexual de riesgo.

Cuadro 6

Factores demográficos asociados a la actitud sexual de riesgo de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.

Actitud sexual de riesgo	Valor	O.R.	Sig*
Sexo	9.323	Hombre 1.70 Mujer 0.59	0.002
Edad	11.257	Adolescencia temprana 0.78 Adolescencia tardía 1.59	0.001
Número de hermanos	0.572	---	0.449

*p<0.05

6.5.4 Factores sociales asociados a la actitud agresiva/delictiva.

Como se puede observar en el Cuadro 7, la condición de estudiante presenta asociación estadísticamente significativa con la presencia de actitud agresiva/delictiva ($p < 0.05$), el riesgo de presentar esta actitud es de 1.81 veces en aquellos adolescentes que no son estudiantes de tiempo completo.

Así mismo el estado civil del padre y de la madre también presentaron asociación estadísticamente significativa con esta actitud ($p < 0.05$), el riesgo de presentar actitud agresiva/delictiva es de 2.26 veces cuando el padre no es casado del primer matrimonio; y cuando la madre no está casada del primer matrimonio, el riesgo es de 1.76 veces.

También se encontró asociación estadísticamente significativa entre las relaciones familiares, relaciones con amigos, rendimiento escolar y relaciones laborales con la presencia de actitud agresiva/delictiva ($p < 0.05$), el riesgo fue mayor (O.R.) en

aquellos adolescentes que presentaron relaciones familiares, relaciones con amigos, rendimiento escolar y relaciones laborales con riesgo.

Cuadro 7

Factores sociales asociados a la actitud agresiva/delictiva de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.

Actitud agresiva/delictiva	Valor	O.R.	Sig*
Grado escolar	3.416	---	0.065
Condición estudiante	9.872	1.81	0.002
Condición trabajador	1.009	---	0.315
Estado civil del padre	4.285	2.26	0.038
Estado civil de la madre	6.274	1.76	0.012
Jefe de familia	0.001	---	0.972
Escolaridad del jefe de familia	0.779	---	0.377
Ocupación del jefe de familia	0.774	---	0.379
No. de personas que viven con el estudiante	0.812	----	0.368
Orden de nacimiento	0.563	---	0.453
Relaciones familiares con riesgo	39.46	3.52	0.0001
Relaciones con amigos de riesgo	50.566	4.36	0.0001
Rendimiento escolar con riesgo	34.092	3.22	0.0001
Relaciones laborales con riesgo	7.464	1.73	0.006

*p<0.05

6.5.5 Factores sociales asociados al uso/abuso de sustancias.

En el Cuadro 8 podemos observar que la condición de estudiante presenta asociación estadísticamente significativa con la presencia de uso/abuso de sustancias ($p<0.05$), el riesgo de presentar esta actitud es de 1.87 veces en aquellos adolescentes que no son estudiantes de tiempo completo.

Así mismo existe asociación estadísticamente significativa en el estado civil del padre y de la madre con la presencia de uso/abuso de sustancias ($p < 0.05$), el riesgo de presentar uso/abuso de sustancias es de 1.34 veces cuando el padre no es casado del primer matrimonio; y cuando la madre no está casada del primer matrimonio, el riesgo es de 1.45 veces.

También se encuentra asociación estadísticamente significativa entre las relaciones familiares, relaciones con amigos, rendimiento escolar y relaciones laborales con la presencia de esta actitud ($p < 0.05$), el riesgo fue mayor (O.R.) en aquellos adolescentes que presentaron relaciones familiares, relaciones con amigos, rendimiento escolar y relaciones laborales con riesgo.

Cuadro 8

Factores sociales asociados a la presencia de uso/abuso de sustancias de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.

Uso/abuso de sustancias	Valor	O.R.	Sig*
Grado escolar	0.638	---	0.424
Condición estudiante	6.593	1.87	0.01
Condición trabajador	0.225	---	0.636
Estado civil del padre	4.422	1.34	0.035
Estado civil de la madre	7.787	1.45	0.005
Jefe de familia	0.379	---	0.538
Escolaridad del jefe de familia	0.015	---	0.904
Ocupación del jefe de familia	1.54	---	0.215
Número de personas que viven con el estudiante	0.027	---	0.869
Orden de nacimiento	1.023	---	0.312
Relaciones familiares con riesgo	23.185	2.6	0.0001
Relaciones con amigos de riesgo	55.2	4.58	0.0001
Rendimiento escolar con riesgo	8.367	1.95	0.004
Relaciones laborales con riesgo	12.211	1.96	0.0001

* $p < 0.05$

6.5.6 Factores sociales asociados a la actitud sexual.

Existe asociación estadísticamente significativa en el estado civil del padre y de la madre con la presencia de actitud sexual de riesgo ($p < 0.05$), el riesgo es de 1.86 veces cuando el padre no es casado del primer matrimonio; y cuando la madre no está casada del primer matrimonio, el riesgo es de 1.53 veces.

También se encuentra asociación estadísticamente significativa entre las relaciones familiares, relaciones con amigos y rendimiento escolar con la presencia de esta actitud ($p < 0.05$), el riesgo fue mayor (O.R.) en aquellos adolescentes que presentaron relaciones familiares, relaciones con amigos y rendimiento escolar con riesgo. Ver Cuadro 9.

Cuadro 9

Factores sociales asociados a la actitud sexual de riesgo de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.

Actitud sexual de riesgo	Valor	O.R.	Sig*
Grado escolar	2.41	---	0.121
Condición estudiante	1.906	---	0.167
Condición trabajador	0.029	---	0.865
Estado civil del padre	6.547	1.86	0.011
Estado civil de la madre	3.998	1.53	0.046
Jefe de familia	0.445	---	0.505
Escolaridad del jefe de familia	0.416	---	0.519
Ocupación del jefe de familia	2.163	---	0.141
Número de personas que viven con el estudiante	0.299	---	0.585
Orden de nacimiento	2.477	---	0.115
Relaciones familiares con riesgo	11.586	1.81	0.001
Relaciones con amigos de riesgo	14.654	1.95	0.0001
Rendimiento escolar con riesgo	9.497	1.82	0.002
Relaciones laborales con riesgo	3.453	---	0.063

* $p < 0.05$

6.5.7 Factor psicológico asociado a la actitud agresiva/delictiva.

Se encuentra asociación estadísticamente significativa entre la salud mental del estudiante y la presencia de actitud agresiva/delictiva ($p < 0.05$), el riesgo es 3.66 veces en los adolescentes que tienen salud mental con riesgo, es decir, aquellos que presentan síntomas como fatiga, miedo, timidez, soledad, inseguridad y tristeza que evitan su adaptación y desarrollo. Ver Cuadro 10.

Cuadro 10

Factor psicológico asociado a la actitud agresiva/delictiva de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P. 2003.

Actitud agresiva/delictiva	Valor	O.R.	Sig*
Salud Mental con riesgo	43.546	3.66	0.0001

* $p < 0.05$

6.5.8 Factor psicológico asociado al uso/abuso de sustancias.

Se encuentra asociación estadísticamente significativa entre la salud mental del estudiante y la presencia de uso/abuso de sustancias ($p < 0.05$), el riesgo es 2.26 veces en los adolescentes que tienen salud mental con riesgo, es decir, aquellos que presentan síntomas como fatiga, miedo, timidez, soledad, inseguridad y tristeza que evitan su adaptación y desarrollo. Ver Cuadro 11.

Cuadro 11

Factor psicológico asociado a la presencia de uso/abuso de sustancias de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.

Uso/abuso de sustancias	Valor	O.R.	Sig*
Salud Mental con riesgo	13.276	2.26	0.0001

*p<0.05

6.5.9 Factor psicológico asociado a la actitud sexual.

En el Cuadro 12 puede observarse que se encontró asociación estadísticamente significativa entre la salud mental del estudiante y la presencia de actitud sexual de riesgo ($p<0.05$), el riesgo es 1.62 veces en los adolescentes que tienen salud mental con riesgo, es decir, aquellos que presentan síntomas como fatiga, miedo, timidez, soledad, inseguridad y tristeza que evitan su adaptación y desarrollo.

Cuadro 12

Factor psicológico asociado a la actitud sexual de riesgo de una población estudiantil de nivel bachillerato de una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.

Actitud sexual de riesgo	Valor	O.R.	Sig*
Salud Mental con riesgo	6.679	1.62	0.01

*p<0.05

6.5.10 Conductas problema.

A continuación se presenta la categorización de casos de acuerdo al riesgo presentado en las áreas de relaciones familiares, relaciones con amigos, rendimiento escolar, relaciones laborales, salud mental, actitud agresiva/delictiva, uso/abuso de sustancias y sexual de riesgo; lo anterior conforme al sistema de calificación del instrumento: *Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT)* que fue empleado para el presente estudio. Ver Cuadro 13.

Cuadro 13

Categorización de conductas problema de una población estudiantil de nivel bachillerato en una institución privada, San Luis Potosí, S.L.P., 2003.

Grado escolar	Normal		Leve		Moderado		Severo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Primer año	47	23	63	31	69	34	24	12	203	100
Segundo año	38	20	54	28	61	32	39	20	192	100
Tercer año	34	24	38	26	47	33	25	17	144	100
Total	119	22	155	29	177	33	88	16	539	100

Fuente: Directa.

Sólo el 22% de la población está en la categoría de normal, es decir, que no presenta obstáculos para su adaptación y desarrollo.

La mitad de los estudiantes se encuentra entre las categorías de casos moderados y severos, los cuales requieren una atención inmediata. Este comportamiento también se observa por grado escolar.

El 16% de los estudiantes son casos severos, siendo el segundo año el grado escolar que mayor proporción de estudiantes está en esta categoría.

7. DISCUSION

El presente estudio permitió conocer al adolescente desde una perspectiva multifactorial, que implicó variables demográficas, sociales y psicológicas; las cuales según la literatura y como lo demuestran los resultados obtenidos, muchas de ellas tienen que ver con la actitud del adolescente. Entendiendo la actitud como una predisposición a reaccionar ante un estímulo determinado, las actitudes están representadas en la memoria y la accesibilidad que se tenga a esa actitud es un factor que puede ejercer fuerte influencia sobre la conducta⁵³; un factor que hace que la actitud sea más accesible es la experiencia directa.

Además esta investigación abordó las tres más grandes problemáticas de salud pública que se presentan en este grupo etáreo que son: la agresión/delincuencia, uso/abuso de sustancias y comportamiento sexual de riesgo.

Los resultados obtenidos evidencian la presencia de factores y actitudes de riesgo en una población de adolescentes de nivel bachillerato de la capital de San Luis Potosí. Las variables estudiadas lograron ser medidas a través de un instrumento confiable y válido específicamente para adolescentes mexicanos⁹³, el cual es de bajo costo y su aplicación en tiempo es corta.

Las áreas que contempla el instrumento por la naturaleza de sus variables, trata aspectos de la vida del estudiante que son muy personales, incluso hasta íntimos. Una estrategia implementada para hacer que el adolescente contestara con la mayor veracidad posible, fue el asegurar el anonimato de la información. Sin embargo, en el momento del levantamiento de datos hubo 3 estudiantes que no aceptaron participar en el estudio.

Es importante mencionar las reacciones observadas de los estudiantes mientras respondían el instrumento, hubo grupos que contestaban en absoluto silencio, en

otros, la risa y los comentarios se hicieron presentes. A pesar de ello, conforme avanzaba la aplicación del instrumento se creaba un clima de seriedad donde la expresión corporal evidenció en algunos incomodidad, vergüenza y tristeza.

Al autorizar su participación, todos los estudiantes analizaban meticulosamente qué escribirían, a pesar de que se les solicitaba un pseudónimo o apodo; lo que refleja una búsqueda de identidad incluso en lo anónimo.

A continuación se abordará la discusión de los resultados obtenidos con otros estudios, desde los factores demográficos, sociales y psicológicos, y su asociación con las actitudes de riesgo (agresión/delincuencia, uso/abuso de sustancias y sexual).

7.1 DEMOGRAFICAS

El adolescente masculino muestra mayor riesgo de presentar las actitudes estudiadas. Este resultado concuerda con lo reportado por Zavaschi⁶¹, que señala que el adolescente varón está más expuesto a actos violentos; de igual forma Slap⁹² afirma que el hombre tiene mayor riesgo de presentar actividad sexual temprana, lo que puede favorecer la presencia de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

La mayoría de los adolescentes cursa la adolescencia media (15 a 17 años), etapa que coincide con el nivel de estudios que está cursando, tal como lo señala Dulanto en la definición de las etapas de la adolescencia⁴ (adolescencia temprana, media y tardía). Sin embargo, existe un porcentaje mínimo que va atrasado y por lo tanto son de mayor edad que sus compañeros, siendo esto un factor de riesgo para que se conviertan en desertores escolares potenciales, tal como lo señala Grinder⁴⁴.

Los estudiantes que están en la adolescencia tardía (18 a 21 años de edad) presentaron el mayor riesgo de tener actitud agresiva/delictiva, uso/abuso de sustancias y sexual de riesgo. Esto coincide con la propuesta teórica de Dreyfoos⁴ que señala que las conductas antisociales o delincuencia se encuentran asociadas a la edad avanzada del adolescente, así como el consumo de sustancias y conducta sexual de riesgo.

Así mismo Zavaschi⁶¹ y Slap⁹² coinciden con los resultados obtenidos donde la violencia y el inicio de la actividad sexual se asocian con la edad, siendo mayor el riesgo en los adolescentes de edades avanzadas.

El número de hermanos tiene asociación con la presencia de uso/abuso de sustancias en la población de estudio. Este resultado tiene similitud con lo reportado por Florenzano, Diezman et al., Murray y Perry y Needle; donde el riesgo es mayor en aquellos adolescentes que tienen 2 o más hermanos; sobre todo si los hermanos son consumidores de sustancias¹¹.

7.2 SOCIALES

El 72% de los adolescentes estudiados tiene actitudes agresivas/delictivas y el 28% tiene actitud de uso/abuso de sustancias, en comparación con un 32.2% que reporta Juárez et al.,⁶⁰ donde también estudiantes de bachillerato del Distrito Federal cometieron actos antisociales. La diferencia de proporciones puede estribar en primer lugar que los resultados obtenidos no provienen de un muestreo que asegure la representatividad de los adolescentes de bachillerato de San Luis Potosí, por otra parte, el estudio de Juárez señala actos antisociales cometidos y la presente investigación habla de actitudes presentes que en determinado momento puede pasar a lo conductual, es decir a la acción.

En esta población específica se encuentra que el no ser estudiante de tiempo completo implica un mayor riesgo para la presencia de actitud agresiva/delictiva y uso/abuso de sustancias.

Los datos coinciden con autores como Tagle⁵⁰, Nouvilas⁴⁰, Barrer y Gump, Dulanto⁴ y Grinder⁴⁴ que señalan que el recinto escolar es un marco de referencia donde se proveen experiencias formadoras de actitudes. Por lo tanto el ser estudiante de tiempo completo es un factor determinante en el desarrollo del adolescente, siempre y cuando que este marco de referencia sea contenedor, es decir que fije límites pero que a su vez permita la negociación con el adolescente.

Los adolescentes que tuvieron antecedentes de haber trabajado ya sea de medio ó tiempo completo, no presentaron asociación estadísticamente significativa para la presencia de las actitudes agresiva/delictiva, uso/abuso de sustancias y sexual. Sin embargo, la literatura señala que en los adolescentes que trabajan y estudian a la vez, la exposición al estrés es mayor así como la seguridad y el sentimiento de independencia que se obtiene de esta circunstancia. La desventaja es que este tipo de jóvenes se ven aislados del grupo generacional perdiendo el contacto social. Por otra parte no son tan aplicados como pudieran, corriendo el riesgo de convertirse en desertores del sistema educativo ^{46,50}.

Eternod⁹⁴, señala que aproximadamente el 60% de los jóvenes mexicanos entre 15 y 19 años abandonan sus estudios. Esta deficiencia educativa propicia que los jóvenes tengan serias dificultades para insertarse en la economía laboral, debiendo incorporarse la mayoría de las veces a trabajos mal remunerados, inestables ó de la economía informal

En el presente estudio se encuentra que los adolescentes con padres que no están casados del primer matrimonio presentan mayor riesgo de tener actitudes

agresiva/delictiva, uso/abuso de sustancias y sexual de riesgo; en comparación con aquellos cuyos padres viven juntos.

La composición familiar se ha asociado también con el consumo de drogas, en un estudio efectuado por el DIF y la UNICEF en 100 ciudades, se determinó que el índice de uso era menor entre los adolescentes que vivían en familias intactas, es decir, que sus padres integraban su primer matrimonio y que se incrementaba cuando se trataba de familias uniparentales (con un solo padre), cuando había sido reconstruida ésta, cuando el menor había formado su propia familia en la calle y alcanzaba su máxima expresión en el caso de los menores que no vivían en familia⁹⁵.

Estos datos concuerdan con los de Zavaschi⁶¹, Burnside¹¹, Malkus¹¹ y Lammers⁸⁹, donde señalan por un lado, que los adolescentes con familias intactas informaron menos consumo de alcohol que los de familias de hogares uniparentales, pero sobre todo, fue mayor el consumo en adolescentes que tenían padrastro. Así mismo, existe una correlación significativamente positiva entre el uso de sustancias del joven y la armonía entre los padres.

No se encontró asociación del jefe de familia con la presencia de las actitudes agresiva/delictiva, uso/abuso de sustancias y sexual de riesgo; es decir, no existe ninguna diferencia estadísticamente significativa si el jefe de familia es el padre, la madre, ambos u otro con la presencia de actitudes de riesgo. Tampoco se encontraron estudios que señalen la influencia del jefe de familia como tal en el desarrollo del adolescente.

No se encontró asociación de la escolaridad y ocupación del jefe de familia con las tres actitudes de riesgo estudiadas. Sin embargo, Sepúlveda⁵⁸ señala que la ocupación del jefe de familia está asociada a la presencia de conductas agresivas en el adolescente.

Los resultados hallados no demostraron asociación entre el número de personas que viven con el adolescente y la presencia de las actitudes agresiva/delictiva, uso/abuso de sustancias y sexual de riesgo.

En contraste, Malkus¹¹ señala que existe una correlación positiva entre el abuso de sustancias por los adolescentes y el tamaño de su familia.

El orden de nacimiento de los adolescentes estudiados no está asociado a la presencia de actitudes de riesgo, pero según Malkus¹¹ señala que existe correlación positiva entre el orden de nacimiento y el uso de sustancias en el adolescente.

El presente estudio evidencia que aquellos adolescentes (50%) donde las relaciones familiares son ausentes de líneas de comunicación directa, comprensión y apoyo presentan mayor frecuencia de actitudes agresiva/delictiva, uso/abuso de sustancias y sexual de riesgo. Estos resultados coinciden con estudios como el de Florenzano¹¹ donde señala que la familia disfuncional es un factor de riesgo en el uso de sustancias en el adolescente y sobre todo si los padres son consumidores de estas sustancias.

Medina et al.,⁶³ reportan que el riesgo de que un adolescente consuma drogas es mayor cuando un familiar las usa. Así mismo, Kandel, Shilts, Williams y Smith encontraron que el consumo de sustancias en el adolescente está asociado a las relaciones familiares desfavorables⁶⁷.

Dreyfoos⁴, Román⁹¹ y Slap⁹² también coinciden con los resultados encontrados donde señalan que la actividad sexual y el embarazo precoz esta asociado a las relaciones negativas entre padres e hijos, es decir, que no favorecen el desarrollo del adolescente.

Murphy et al., señalan que la actividad sexual de riesgo del adolescente está asociada a las normas parentales muy autoritarias o con falta de disciplina, además de la aceptación que tengan los padres hacia el mismo adolescente⁹⁶.

Por lo tanto, la interacción negativa que tiene el adolescente con sus padres afecta su desarrollo y los conflictos familiares serios están inversamente relacionados con el hecho de que los hijos están comprometidos en acciones de riesgo^{20, 32, 50,55 y 95}.

Es por ello, que las relaciones familiares deben ser un marco de referencia con límites que permita la flexibilidad de interacción entre sus miembros basado en la negociación.

La mitad de los adolescentes estudiados tienen interacción con amigos que presentan conductas desviadas tendientes a la agresión física y/o verbal, consumo de alcohol y/o drogas ilegales; los cuales tienen mayor predisposición de presentar actitud agresiva/delictiva, uso/abuso de sustancias y sexual de riesgo.

Los resultados obtenidos son compatibles con los siguientes estudios como la Encuesta Nacional de Adicciones (1998) que señala que el 64% de los menores recibieron por primera vez algún tipo de droga por parte de un amigo¹³.

Sepúlveda⁵⁸, Dreyfoos⁴, Florenzano¹¹, Medina et al.,⁶³, Kandel, Shilts⁶⁷, Williams y Smith⁶⁷, Nouvilas⁴⁰ y Baron⁸³ demuestran en sus estudios que es innegable la influencia que existe por parte de los amigos en la presencia de conductas antisociales, agresión, consumo de sustancias y embarazo precoz.

El grupo de amigos constituye la fuente de los mecanismos defensivos más importantes para el adolescente, que le permite crear una nueva seguridad e

identidad, sin embargo, muchas de las veces conllevan peligros en el aspecto social y sexual principalmente, tal como lo demuestran los resultados encontrados.

Tres cuartas partes de los adolescentes tienen un desempeño escolar ausente de logros académicos y falta de interés en actividades escolares. Estos jóvenes presentan mayor riesgo de tener actitudes agresiva/delictiva, uso/abuso de sustancias y sexual de riesgo.

Los siguientes autores confirman los resultados obtenidos, tal es el caso de Dreyfoos⁴ que señala que las conductas antisociales, consumo de sustancias y embarazo precoz se encuentran asociadas al bajo desempeño escolar.

Por otra parte, Lammers⁶⁹ encontró asociación entre el no inicio de la actividad sexual del adolescente y el desempeño escolar alto del mismo.

Slap⁹² et al., señalan que la actividad sexual está asociada a la baja cercanía que tiene el adolescente con la escuela.

Los adolescentes que presentan relación con la actividad laboral que promueve una pérdida del contacto social del estudiante, desempeño escolar limitado, incumplimiento e irresponsabilidad en sus actividades tanto laborales como escolares; presentan mayor frecuencia de tener actitudes de riesgo; esto se da en 4 de cada 10 adolescentes. Además se encuentra asociación de esta variable con la presencia de actitud agresiva/delictiva y uso/abuso de sustancias.

7.3 PSICOLÓGICAS

Los adolescentes que presentan síntomas como fatiga, miedo, timidez, soledad, inseguridad y tristeza; tienen mayor riesgo de presentar las tres actitudes estudiadas; hecho que ocurrió en el 70% de la población.

Estudios como el de Brook et al.,¹¹ coinciden con los resultados encontrados, ya que señalan que la ansiedad, baja autoestima e impulsividad contribuyen a la vulnerabilidad y predisposición hacia un patrón de abuso y dependencia de sustancias.

8. CONCLUSIONES

En el presente estudio se buscó la asociación entre los factores demográficos, sociales y psicológicos con la presencia de actitudes de riesgo en una población de adolescentes de nivel bachillerato de una institución educativa privada en la ciudad de San Luis Potosí en el año 2003.

Con base en los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

En relación a los factores demográficos, estar en la adolescencia tardía (18 a 21 años de edad) y ser del sexo masculino son factores de riesgo que tienen que ver con la presencia de agresión/delincuencia, uso/abuso de sustancias y actitud sexual que favorece la adquisición de un embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, el tener dos o más hermanos constituye un factor de riesgo sólo para la presencia de uso/abuso de sustancias.

En relación a los factores sociales, el segundo año de bachillerato fue el grado escolar que tuvo el mayor número de factores y actitudes riesgo. El ser estudiante de tiempo completo es un factor protector para la aparición de actitudes de riesgo como la agresión/delincuencia y uso/abuso de sustancias.

Los padres de familia que son casados del primer matrimonio, es decir que forman familias intactas, son un factor protector para evitar la presencia de agresión/delincuencia, uso/abuso de sustancias y comportamientos sexuales de riesgo en sus hijos adolescentes. Así mismo, las relaciones familiares ausentes de líneas de comunicación directa, comprensión y apoyo constituyen un factor que influye en la presencia de actitudes de riesgo en la adolescencia.

Las relaciones con amigos que presentan conductas desviadas tendientes a la agresión física y/o verbal, consumo de alcohol y/o drogas, son un factor de riesgo en el adolescente para la presencia de actitudes como agresión/delincuencia, uso/abuso de sustancias y sexual de riesgo; además, la ausencia de logros académicos y falta de interés en las actividades escolares constituye un factor determinante en la aparición de estas mismas actitudes.

Cuando el adolescente tiene una relación con la actividad laboral que promueve una pérdida del contacto social, desempeño escolar limitado, incumplimiento e irresponsabilidad en sus actividades tanto laborales como escolares; se torna un factor para la aparición de actitudes de riesgo como la agresión/delincuencia y uso/abuso de sustancias. Y aquellos adolescentes que presentan síntomas de fatiga, miedo, timidez, soledad, inseguridad y tristeza favorece la presencia de actitudes de riesgo (agresiva/delictiva, uso/abuso de sustancias y sexual).

En la población se encuentra que siete de cada diez adolescentes tiene actitudes agresivas/delictivas, tres de cada diez tiene actitud de uso/abuso de sustancias y cinco de cada diez tiene actitud sexual de riesgo. Además, el rendimiento escolar, la salud mental y las relaciones familiares con riesgo, así como la agresión/delincuencia; fueron las áreas encontradas con mayor proporción en la población de estudio. Lo que se traduce que sólo uno de cada cinco adolescentes está en la categoría de normal, es decir, que no tiene factores que obstaculicen su desarrollo y adaptación.

Es necesario dar prioridad de atención a los factores de familia y escuela, ya que son los dos protectores más importantes para que el adolescente no se comprometa en comportamientos de riesgo que pongan en peligro su salud integral.

La presente investigación contribuye de gran manera al campo de conocimientos de la Salud Pública, ya que estudia un área poco abordada por las disciplinas de la salud: la adolescencia. Y dentro de ella el aspecto psicosocial del joven que influye en gran medida en su comportamiento, el cual como ya hemos dicho desde el planteamiento del problema, es causa de muchas estadísticas en salud de este grupo poblacional. Además, el aporte de esta investigación es que estudia simultáneamente tres grandes problemas en Salud Pública (agresión/delincuencia, uso/abuso de sustancias y sexual de riesgo), ya que la mayoría de los estudios sólo aborda uno de ellos.

Es evidente que cuando el factor es de riesgo la frecuencia de actitudes que ponen en peligro el desarrollo del adolescente es mayor que cuando está ausente el factor.

Es pertinente aclarar que el aspecto psicosocial es muy dinámico, es decir, es cambiante y está sujeto a la influencia de múltiples factores; por lo que el presente estudio da la pauta de arranque para la planeación estratégica que promueva el mejoramiento del estado de salud de este grupo de adolescentes en específico.

9. RECOMENDACIONES

Con base en los resultados del estudio, a continuación se presentan algunas recomendaciones.

Continuar investigando en el análisis de asociaciones conocidas en búsqueda de mecanismos de cadena causal que permita enfrentar los retos actuales; a través de la aplicación de instrumentos válidos y confiables que favorezcan la actualización constante del perfil epidemiológico del adolescente.

Profundizar la línea de investigación sobre adolescentes en cada uno de los factores y actitudes de riesgo.

Realizar investigaciones multidisciplinarias con este grupo etareo en otras poblaciones o contextos.

Implementar programas basados en estas investigaciones para prevenir la presencia de conductas de riesgo en la población adolescente.

Dados los resultados de alto riesgo, se deben elaborar programas de capacitación continua e información en Salud Mental, Salud Reproductiva, Infecciones de Transmisión Sexual, entre otras.

9.1 INSTITUCIONALES.

Fortalecer la capacidad de resiliencia en la población de estudio que permita que los factores de riesgo presentes se tornen como factores protectores en el adolescente y por ende mejorar su desarrollo a través de un Programa para la Salud, liderado por el Servicio de Enfermería de la Institución, basado en los resultados obtenidos y apoyado en los recursos humanos profesionales con los que cuenta la institución.

Monitorear periódicamente la evolución de la población estudiantil en cuanto a factores y actitudes de riesgo que permita evaluar y actualizar el Programa de Salud.

9.2 PADRES DE FAMILIA.

Dar a conocer los resultados a los padres de familia e involucrarlos en el desarrollo del Programa de Salud.

9.3 ESTUDIANTES.

Dar a conocer los resultados encontrados por grado escolar a los adolescentes de la institución.

Estructurar un programa preventivo con participación activa de los adolescentes en lo individual y grupal.

10. LIMITANTES

Como consecuencia del proceso de investigación realizado, las limitantes surgidas durante su desarrollo fueron las siguientes:

El tener varios asesores y de diversas disciplinas en ocasiones dificultó el avance de la tesis.

El desarrollo del Plan de Estudios del Programa de Maestría no coincide con las expectativas de entrega de resultados que tiene la Institución; por lo tanto, se sugiere establecer de manera clara estos límites desde un inicio, por parte del tesista.

11. BIBLIOGRAFIA REFERIDA

- ¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Mujeres y Hombres en México. México; 2000.
- ² Irwin CE, Millestein SG. Biopsychosocial correlates of risk: Taking behaviors during adolescence. J. Adolescence Health Care; 1987.
- ³ Dulanto Gutiérrez E. La adolescencia como etapa existencial. En: Dulanto. Adolescencia. México: Mc Graw Hill – Interamericana; 2000. p. 143-158.
- ⁴ Dulanto Gutiérrez E. El adolescente. México: Mc Graw Hill – Interamericana; 2000.
- ⁵ Instituto Nacional de la Juventud. Encuesta Nacional de la Juventud 2000. Secretaría de Educación Pública.
- ⁶ Martínez y Martínez R. La salud del niño y del adolescente. 4ª ed. México: Manual Moderno; 2001.
- ⁷ Consejo Nacional de Población. Cuadernos de Salud Reproductiva. México: Consejo Nacional de Población; 2000.
- ⁸ Martínez y Martínez R. La salud del niño y del adolescente. 4ª ed. México: Manual Moderno; 2001.
- ⁹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.
- ¹⁰ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno 16 y 17. México; 2000. p. 53-55, 134-136.
- ¹¹ Florenzano U. Adicciones, consumo de sustancias y factores de riesgo. En Grau Martínez y Menenghelo. Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia. Argentina: Médica Panamericana; 2000. p. 117-138.
- ¹² Pick de Weiss S et al. Planeando tu vida. Pax México; 1988. p. 192.
- ¹³ Casas ML, Ituarte MA. Hablemos con los jóvenes. México: Trillas; Julio 1998. p. 5-8, 14-18, 37-41, 99-119, 124-141, 197-199, 245-246.

¹⁴ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno 16 y 17. México; 2000. p. 53-55, 134-136.

¹⁵ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Tabulados Básicos. Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tomo I, II y III. Mayo 2001.

¹⁶ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno 16 y 17. México; 2000. p. 53-55, 134-136.

¹⁷ Secretaría de Salud. Programa de Acción: Programa de Atención a la Adolescencia 2001-2006. [en línea] 2001 [9 abril 2004]. URL disponible en: http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_2/adolescencia.

¹⁸ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Tabulados Básicos. Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tomo I, II y III. Mayo 2001.

¹⁹ Graù M. Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia. Argentina: Médica Panamericana; 2000.

²⁰ Op cit, 4.

²¹ Ibidem,

²² Op cit, 8.

²³ Dulanto Gutiérrez E. Desarrollo psicosocial normal. En: Dulanto. Adolescencia. México: Mc Graw Hill-Interamericana; 2000. p. 158-164.

²⁴ Ibidem,

²⁵ Ibidem,

²⁶ López M. Desarrollo psicosexual. En: Dulanto. Adolescencia. México: Mc Graw Hill-Interamericana; 2000. P. 173-179.

²⁷ Masters W, Johnson V. La Sexualidad Humana. Grijalbo; 1987.

²⁸ Op cit, 3

²⁹ Ibidem,

³⁰ Ibidem,

³¹ Op cit, 3

³² Grau M. Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia. Argentina: Médica Panamericana; 2000.

³³ Op cit, 3.

³⁴ Ringeling I, Horwitz N, Maddaleno M, Jara C. Un modelo psicosocial para el estudio de la adolescencia. Universidad de Chile, Facultad de Medicina; 1991.

³⁵ Organización Panamericana de la Salud. La Salud del adolescente y del joven. Organización Panamericana de la Salud; 1995 .p. 572.

³⁶ Mendizabal Rodríguez JA, Anzures López B. La familia y el adolescente. Rev. Med Hosp Gen (Mex) 1999; 62 (3): 191-197.

³⁷ Casullo MM. Adolescentes en riesgo. México: Paidós; 1998. p.16.

³⁸ Martínez Sánchez JL. El adolescente y sus pares. En: Dulanto. Adolescencia. México: Mc Graw Hill-Interamericana; 2000. p. 218-221.

³⁹ Mussen HP, Conger J, Kagan J. Desarrollo de la personalidad en el niño. 3ª ed. México: Trillas; 1971. p. 734-735.

⁴⁰ Nouvilas Palleja E. Comportamiento sexual en la adolescencia. En: Calvo Bruzos Socorro. Educación para la salud en la escuela. España: Díaz de Santos; 1992. p. 715-724.

⁴¹ Ibídem,

⁴² Cohen J. High school subcultures and the adult world. Adolescence. 1979. p.14.

⁴³ Ibídem,

⁴⁴ Grinder Robert E. Adolescencia. Limusa; 2001.

⁴⁵ Ibidem,

⁴⁶ Salazar Rojas D. La inserción laboral en los jóvenes. En: Dulanto. Adolescencia. México: Mc Graw Hill-Interamericana; 2000. p. 359-363.

⁴⁷ Op cit, 22.

⁴⁸ Op cit, 34.

⁴⁹ Irwin CE, Millestein SG. Biopsychosocial correlates of risk: Taking behaviors during adolescence. *J. Adolescence Health Care*; 1987.

⁵⁰ Tagle S. La resiliencia: ¿es la base de la prevención en salud mental?. En Grau Martínez y Menenghelo. *Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia*. Argentina: Médica Panamericana; 2000. p. 26-34.

⁵¹ *Ibidem*,

⁵² Erikson E. *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós; 1974.

⁵³ Coon Dennis. *Psicología. Exploración y aplicaciones*. 1999.

⁵⁴ *Ibidem*,

⁵⁵ Casullo MM. *Adolescentes en riesgo*. México: Paidós; 1998. p.16.

⁵⁶ Op cit, 52.

⁵⁷ *Ibidem*,

⁵⁸ Sepúlveda J. *Adolescencia y delincuencia*. En Grau Martínez y Menenghelo. *Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia*. Argentina: Médica Panamericana; 2000. p. 676-689.

⁵⁹ Friedman E. *Agresividad y violencia*. En Grau Martínez y Menenghelo. *Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia*. Argentina: Médica Panamericana; 2000. p. 192-211.

⁶⁰ Medina Mora ME, Natera G, Borges G, Cravioto P, Fleiz C, Tapia-Conyer R. Del siglo XX al tercer milenio. *Las adicciones y la Salud Pública: drogas, alcohol y sociedad*. *Rev. Salud Mental (Mex)* 2001; 24 (4): 3-19.

⁶¹ Zavaschi ML, Benetti S, Polanczyk G, Solés N, Sanchotene ML. *Adolescents exposed to physical violence in the community: a survey in Brazilian public schools*. *Rev. Panam Salud Pública*; 2002; 12 (5).

⁶² Casas ML, Ituarte MA. *Hablemos con los jóvenes*. México: Trillas; Julio 1998. p. 5-8, 14-18, 37-41, 99-119, 124-141, 197-199, 245-246.

⁶³ Op cit, 59.

⁶⁴ Ibídem,

⁶⁵ Op cit, 34.

⁶⁶ Ibídem,

⁶⁷ Grínder Robert E. Adolescencia. Limusa; 2001.

⁶⁸ Ibídem,

⁶⁹ Op cit, 11.

⁷⁰ Ibídem,

⁷¹ Ibídem,

⁷² Calvo Bruzos S et al. Educación para la salud en la escuela. España: Díaz de Santos; 1992. p. 715-724.

⁷³ Consejo Nacional de Población. Cuadernos de Salud Reproductiva. México: Consejo Nacional de Población; 2000.

⁷⁴ Pineda Leyva TJ, et al. Encuesta sobre Salud Reproductiva en Estudiantes Adolescentes de Educación Media Superior en Monterrey, N.L. (México) Facultad de Salud Pública y Nutrición (UANL). 1999.

⁷⁵ Torrens Sigales RM, Martínez Bueno C. Enfermería de la Mujer. Difusión Avances de Enfermería; 2000. p. 62-66.

⁷⁶ Calvo Bruzos S et al. Educación para la salud en la escuela. España: Díaz de Santos; 1992. p. 715-724.

⁷⁷ Jourard S. La personalidad saludable. 1987.

⁷⁸ Amuchastegui A, Rivas M. La sexualidad adolescente y el control social. Letra S [en línea] 1997 [28 agosto 2002]. URL disponible en: www.jornada.unam.mx

⁷⁹ Burt MR. ¿Por qué debemos invertir en el adolescente?. Documento preparado para la conferencia Salud Integral de los Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe. Washington: OPS; Julio de 1996.

-
- ⁸⁰ Pick S, Givaudan M, Saldívar GA. La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes. *Perinatología y Reproducción Humana (Mex)* 1996; 10 (2): 143-150.
- ⁸¹ Monroy de Velazco A. Educación sexual y actitudes de jóvenes de dos delegaciones de México. En: *Memorias de la I Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes y Jóvenes*. México; 1986.
- ⁸² *Ibidem*,
- ⁸³ Baron R. *Psicología Social*. 8ª ed. Prentice Hall; 1998. p. 88-89.
- ⁸⁴ Grunbaum JA et al . Vigilancia del comportamiento del riesgo de la juventud. *Estados Unidos*; 2001. *Resúmenes 2002*; 51(ss-4):1-64.
- ⁸⁵ *Ibidem*,
- ⁸⁶ Marin BV et al. Mayor riesgo del aumento de los novios y de las novias de la iniciación sexual en adolescentes jóvenes. *Journal Adolescence. Salud* 2000; 27:409:18.
- ⁸⁷ Rosenthal SL et al . Iniciación sexual: predicciones y tendencias de desarrollo. *Transmisor Dis* 2001; 28: 527-32 .
- ⁸⁸ Jordania TR et al . Estudiantes de la High School secundaria menor: opiniones con respecto a comportamiento sexual. *Journal Adolescence. Salud* 1998; 68: 289-96.
- ⁸⁹ Lammers C et al. ¿Influencias en adolescentes? decisión para posponer inicio de la cópula sexual: un análisis de la supervivencia de la virginidad entre juventudes. *Journal Adolescence. Salud* 2000; 26:41-6 .
- ⁹⁰ Shaffer DR. *Psicología del desarrollo. Infancia y Adolescencia*. 5ª edición. Thompson Editoriales; 2000. p. 174-180.
- ⁹¹ Román Pérez R. Del primer vals al primer bebé. *Instituto Mexicano de la Juventud*; 2000. p. 219.
- ⁹² Slap GB, Lot L, Huang B, Daniyam CA, Zink TM, Succop PA. Sexual Behaviour of adolescents in Nigeria; cross sectional survey of secondary school students. *British Medical Journal*. January 2003; (326).
- ⁹³ Mariño Hernández MC. Validez del Cuestionario de Tamizaje de problemas en adolescentes (POSIT). México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1997.

⁹⁴ Eternod AM. Los jóvenes en México. Una aproximación en cifras. Revista de Estudios sobre Juventud: Jóvenes. Centro de Investigación y Estudios sobre juventud. 1996; (1): 12-23.

⁹⁵ Robles F, Rodríguez E, Medina-Mora ME, Villatoro J, Ruiz M, Fleiz C. Resultados definitivos: Informe ejecutivo. DIF, UNICEF, PNUFID. México, 1999.

⁹⁶ Murphy DA, Rotheram MJ, Reid HM. Adolescent gender differences in HIV-related sexual risk acts, socialcognitive factors and behavioral skills. Journal of adolescence (USA) 1998; 21 (2): 197-208.

12. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Alveano Hernández J. El padre y su ausencia. Plaza y Valdés Editores; 1998. p. 59-71.
2. Appignanesi R. Freud para principiantes. Era Naciente. p. 176.
3. Barros T, Barreto D, Pérez F, Santander R, Yépez E, Abad Franch F, et al. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. Panam Salud Pública (Mex) 2001; 10 (2): 86-94.
4. Caballero Hoyos R, Villaseñor Sierra A. Subculturas sexuales y grado de riesgo de adquisición del VIH. Salud Pública (Mex) 1996; 38 (4): 276-279.
5. Ceballos Rivera JJ, Ochoa Muñoz J, Cortez Pérez E. Depresión en la adolescencia. Su relación con actividad deportiva y consumo de drogas. Rev Med IMSS (Mex) 2000; 38 (5): 371-379.
6. Cleland John, et al. Asking young people about sexual and reproductive behaviours: Illustrative Core Instruments. World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction; 1998.
7. Coolican Hugh: Métodos de Investigación y estadística en Psicología. 2ª edición. Manual Moderno; 1997.
8. Córdoba R. El adolescente y la sexualidad. En: Meneghello J. Diálogos en Pediatría. Vol 3. Chile: Mediterráneo LTDA; 1990. p. 46-59.
9. Díaz Loving R. En Sida la información debe preceder a las conductas de riesgo. Letra S. [en línea] 2001 [Mayo 3, 2002]. URL disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2001/may01/010503/ls-sexualidad.html>
10. Dolto F. La causa de los adolescentes. Seix Barral; 1990.
11. Dulanto Gutiérrez E. Familia y adolescencia. En: Dulanto. Adolescencia. México: Mc Graw Hill-Intermaericana; 2000. p. 239-253.
12. El comportamiento sexual y los condones. Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health. Vol XXVII. 1; Abril de 1999.

-
13. Enciclopedia de pedagogía y psicología infantil. Pubertad y Adolescencia. Vol. IV. 1998. p. 153-171.
 14. Espinosa Morett Alfredo. Adolescente. Med Hosp Gen (Mex) 2001; 69 (3): 167-174.
 15. Feldman F. Drogas y sexo: una combinación mortal [9 de diciembre de 2002] En: www.addictus.com/fanny50.htm.
 16. Fernández M. Conocimiento y actitudes sexuales de escolares adolescentes. Perú: The Pathfinder Fund; 1989.
 17. Figueras G. Violencia y delincuencia en la infancia y la adolescencia. En Grau Martínez y Menenghello. Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia. Argentina: Médica Panamericana; 2000. p. 220-231.
 18. González FC, Andrade P.P, Jiménez T.A. Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. Salud Mental (Mex) 1997; 20(1): 27-35.
 19. Grau M. Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia. Argentina: Médica Panamericana; 2000.
 20. Gross R. Psicología: La ciencia de la mente y la conducta. 3ª ed. Manual Moderno; 1998. p. 455-478.
 21. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 3ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
 22. Instituto Mexicano del Seguro Social. Motivos y expectativas de los adolescentes sobre la utilización de servicios de salud. Revista Médica (Mex) 1999; 36 (1).
 23. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México en el Mundo. México; 2001. p. 43.
 24. Kett J.F. Descubrimiento e invención de la adolescencia en la historia. Journal of Adolescent Health. Núm. 14; 1993. p. 664-672.
 25. La comunicación, un sendero. Ideología y medios. Revista electrónica especializada en tópicos de comunicación. [en línea] 1996 [28 Agosto 2002]. URL disponible en: www.razonypalabra.org.mx

-
26. Lahey BB. Introducción a la Psicología. 6ª edición. España: Mc Graw Hill; 1999. p. 496.
 27. Langer A. El embarazo no deseado. Impacto sobre la salud y la sociedad en América latina y el Caribe. Panam Salud Pública (Panam) 2002; 11 (3): 192-204.
 28. López ON, Santillán RA, Hernández MA, Vargas GC, Enríquez GQ, Sibaja T, et al. Los conocimientos de la sexualidad en adolescentes de las escuelas secundarias oficiales. Tópicos de asignatura de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Enfermería Cardiológico (Mex) 1998; 6 (2): 31-35.
 29. López RF, Moral de la Rubia J. Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. Salud Pública (Mex) 2001; 43 (5): 421-432.
 30. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
 31. Océano. Enciclopedia de la sexualidad. Vol. 1. México: Océano; 1997. p. 640.
 32. Organización Mundial de la Salud. Educación Sexual en las escuelas, efectiva medida de prevención. Letra S. [en línea] 1996 [Octubre 3 2002]. URL disponible en: www.jornada.unam.mx
 33. Pagano RR. Estadística para las ciencias del comportamiento. International Thompson Editores; 1999: p. 424.
 34. Papalia DE, Olds SW. Psicología. McGraw Hill-Interamericana; 1988. p. 629-635.
 35. Rueda Plata. Hacia una medicina más humana. Panamericana; 1997. p. 143-168
 36. Sánchez Guerrero O. Factores de riesgo para evaluar la conducta adolescente. Acta Pediátrica de México (Mex) 2000; 21 (4): 115-118.
 37. Stanislav J. Hacia una teoría compacta de la toma de riesgo. [en línea] 1999 mayo 17 [12 de agosto de 2002]; México; 1999. URL disponible en: <http://www.darsegu.com/Rdweb/cap/03.html>
 38. Stern C. Embarazo en la adolescencia como problema de salud pública: una visión crítica. Salud Pública (Mex) 1997; 39: 137-143.

-
39. Tuñón E, Nazar A. Pobreza y embarazo adolescente en Chiapas. [en línea] 1997 [9 de diciembre de 2002]; México. URL disponible en:
<http://www.somede.org/..Memorias%20VI/Mesa%208/Ponen8-5.htm>
40. Villaseñor FM, Nuño Gutiérrez BL, Martínez Ramírez FA. Ética en investigación y educación sexual: reflexiones desde la práctica con adolescentes. *Perinatología y Reproducción Humana (Mex)* 1999; 13 (1): 91-97.
41. Villa Soto JC. La transmisión del VIH, ligada a conductas que pueden cambiar. [en línea] 1997 septiembre [12 de agosto de 2002]; México: Jornada; 1997. URL disponible en:
<http://www.jornada.unam.mx/1997/sep97/970908/CAMBIAR.html>

13. Anexos

Anexo 1

ANEXO 1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES	VALORES
Sexo	Diferencia de género entre ser hombre y mujer.	Nominal Dicotómica	Pregunta 2. Sección 1 (aspectos sociodemográficos)	1. Hombre 2. Mujer
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento del estudiante hasta el momento del levantamiento de los datos.	Nominal Cuantitativa	Pregunta 3. Sección 1 (aspectos sociodemográficos)	1. 14 años 2. 15 años 3. 16 años 4. 17 años 5. 18 años 6. 19 años
Hermanos	Cantidad de hermanos que tiene el estudiante incluyendo los que no viven con él; los cuales tienen los mismos padres respecto al estudiante.	Nominal Cuantitativa	Pregunta 11. Sección 1 (aspectos sociodemográficos)	1. Ninguno 2. Uno 3. De 2 a 4 4. 5 o más
Grado escolar	Año escolar que cursa el adolescente al momento del levantamiento de los datos.	Ordinal	Pregunta 1. Sección 1 (aspectos sociodemográficos)	1. 1° año 2. 2° año 3. 3° año
Ocupación anterior	Trabajo u oficio que desempeñaba el estudiante un año antes del levantamiento de los datos.	Nominal Politómica	Pregunta 4 y 5 Sección 1 (aspectos sociodemográficos)	1. Estudiante tiempo completo 2. Estudiante medio tiempo 3. Trabajo tiempo completo 4. Trabajo medio tiempo 5. Estudiante y trabajador
Estado civil de los padres	Situación conyugal actual de ambos padres del estudiante.	Nominal Politómica	Pregunta 6. Sección 1 (aspectos sociodemográficos)	1. Soltero 2. Casado 1° matrimonio 3. Casado 2° matrimonio 4. Divorciado 5. Viudo 6. Unión libre 7. Separado 8. Fallecido 9. No sabe

DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES	VALORES
Jefe de familia	Persona responsable del cuidado integral del adolescente.	Nominal Politómica	Pregunta 7. Sección 1 (aspectos sociodemográficos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Padre 2. Madre 3. Tutor 4. Tío (a) 5. Abuelo (a) 6. Otro
Escolaridad del jefe de familia	Grado escolar alcanzado por el jefe de familia.	Ordinal	Pregunta 8. Sección 1 (aspectos sociodemográficos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria o Bachillerato 4. Normal Básica 5. Técnico o comercial con primaria terminada 6. Técnico o comercial con secundaria terminada 7. Técnico o comercial con preparatoria terminada 8. Profesional (incluye normal superior) 9. Maestría o Doctorado
Ocupación del jefe de familia	Trabajo u oficio que desempeña el jefe de familia.	Nominal Politómica	Pregunta 9. Sección 1 (aspectos sociodemográficos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesionista 2. Maestro 3. Propietario de negocio 4. Empleado 5. Oficio 6. Jubilado 7. Estudiante 8. Ama de casa
Número de personas que viven con el adolescente	Cantidad de individuos que habitan con el estudiante en la misma vivienda	Nominal Cuantitativa	Pregunta 10. Sección 1 (aspectos sociodemográficos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sólo 2. De 1 a 3 personas 3. De 4 a 6 personas 4. Más de 7 personas

DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES	VALORES
Orden de nacimiento	Lugar que ocupa el estudiante con respecto a sus hermanos al nacer.	Ordinal	Pregunta 12. Sección 1 (aspectos sociodemográficos)	1. Primero 2. Segundo 3. Tercero 4. Cuarto 5. Quinto 6. Sexto
Salud Mental	<u>Salud Mental sin riesgo.</u> Presencia de equilibrio emocional del estudiante, con adaptación funcional a su contexto y a las demás personas, que permita el logro de su identidad. <u>Salud Mental con riesgo.</u> Presencia de síntomas como fatiga, miedo, timidez, soledad, inseguridad y tristeza en el estudiante; evitando así su adaptación y desarrollo del mismo.	Nominal Dicotómica	Preguntas del POSIT: 5, 6, 8, 11, 16, 26, 32, 45, 48, 61, 67, 71, 75, 86, 87 y 92.	CON RIESGO: 2 o más respuestas SI SIN RIESGO: 1 ó ninguna respuesta SI
Relaciones Familiares	<u>Relaciones familiares sin riesgo.</u> Relaciones entre padres y estudiante con presencia de líneas de comunicación directa, comprensión y apoyo, que promueva el desarrollo integral del estudiante. <u>Relaciones familiares con riesgo.</u> Relaciones entre padres y estudiante ausentes de líneas de comunicación directa, comprensión y apoyo; obstaculizando el desarrollo integral del estudiante.	Nominal Dicotómica	Preguntas del POSIT: 4, 15, 22, 25, 36, 44, 50, 58, 80 y 81	CON RIESGO: 2 ó más respuestas NO en las preguntas 22, 25, 36, 44, 58, 80 y 81 y/o 2 o más respuesta SI en las preguntas 4, 15 y 50. SIN RIESGO: 1 ó ninguna respuesta NO en las preguntas 22, 25, 36, 44, 58, 80 y 81 y/o 1 ó ninguna respuesta SI en las preguntas 4, 15 y 50.
Relaciones con amigos	<u>Relaciones sin riesgo con amigos.</u> Relación del estudiante con otros adolescentes que promueva la pertenencia, poder y seguridad, desarrollando así el logro de su identidad. <u>Relaciones de riesgo con amigos.</u> Relación del estudiante con otros adolescentes que presenten conductas desviadas tendientes a la agresión física y/o verbal, consumo de alcohol, tabaco y/o drogas ilegales.	Nominal Dicotómica	Preguntas del POSIT: 3, 14, 21, 33, 76, 84 y 89.	CON RIESGO: 2 ó mas respuestas SI SIN RIESGO: 1 ó ninguna respuesta SI

DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES	VALORES
Rendimiento escolar	<p><u>Rendimiento escolar sin riesgo.</u> Desempeño escolar que tiene el adolescente con logros académicos e interés en actividades escolares.</p> <p><u>Rendimiento escolar con riesgo.</u> Desempeño escolar del adolescente con ausencia de logros académicos y falta de interés en actividades escolares.</p>	Nominal Dicotómica	Preguntas del POSIT: 7, 8, 13, 16, 20, 29, 38, 45, 47, 68, 75, 79, 82, 85, 91 y 92.	<p>CON RIESGO: 2 ó más respuestas SI en las preguntas 7, 8, 16, 38, 45, 47, 68, 75, 82, 85, 91 y 92 y/o 2 ó más respuestas NO en las preguntas 13, 20, 29 y 79.</p> <p>SIN RIESGO: 1 ó ninguna respuesta SI en las preguntas 7, 8, 16, 38, 45, 47, 68, 75, 82, 85, 91 y 92 y/o 1 ó ninguna respuesta NO en las preguntas 13, 20, 29 y 79.</p>
Relaciones Laborales	<p><u>Relaciones laborales sin riesgo.</u> Relación entre el estudiante y la actividad laboral que promueve la seguridad, sentimiento de independencia y disciplina del estudiante.</p> <p><u>Relaciones laborales con riesgo.</u> Relación entre el estudiante y la actividad laboral que promueve una pérdida del contacto social del estudiante, desempeño escolar limitado, incumplimiento e irresponsabilidad en sus actividades tanto laborales como escolares.</p>	Nominal Dicotómica	Preguntas del POSIT: 18, 31, 40, 49, 57 y 90.	<p>CON RIESGO: 2 o más respuestas SI</p> <p>SIN RIESGO: 1 ó ninguna respuesta SI</p>
Actitud agresiva/delictiva	Predisposición o no a responder ante cierta clase de estímulos con actitud defensiva u ofensiva con intención de lesionar a alguien que pueda desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal del estudiante.	Nominal Dicotómica	Preguntas del POSIT: 1, 10, 12, 27, 34, 35, 39, 41, 55, 56, 59, 66, 73 y 94.	<p>PRESENTE: 2 o más respuestas SI</p> <p>AUSENTE: 1 ó ninguna respuesta SI</p>
Uso / abuso de sustancias.	Presencia o no de actitudes tendiente al uso, abuso y dependencia de alcohol y/o drogas ilegales en el estudiante; que puedan desviar o comprometer el desarrollo normal del mismo.	Nominal Dicotómica	Preguntas del POSIT: 2, 19, 24, 28, 37, 43, 46, 51, 52, 53, 60, 62, 64, 65, 70, 74 y 77.	<p>PRESENTE: 2 o más respuestas SI</p> <p>AUSENTE: 1 ó ninguna respuesta SI.</p>

DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES	VALORES
Actitud sexual de riesgo.	Presencia o no de actitudes tendientes a la práctica de actividades sexuales que pongan en riesgo al adolescente para la adquisición de una infección de transmisión sexual ó un embarazo no deseado.	- Nominal Dicotómica	Preguntas del POSIT: 9, 17, 23, 30, 42, 54, 63, 69, 72, 78, 83, 88 y 93	<p>PRESENTE: 2 o más respuestas SI en las preguntas 17, 23, 54, 69, 72, 78, 83, 93 y/o 2 o más respuestas NO en las preguntas 9, 30, 42, 63 y 88</p> <p>AUSENTE: 1 ó ninguna respuesta SI en las preguntas 17, 23, 54, 69, 72, 78, 83, 93 y/o 1 ó ninguna respuestas NO en las preguntas 9, 30, 42, 63 y 88</p>

Anexo 2

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE PROBLEMAS EN ADOLESCENTES (POSIT)

INSTRUCCIONES

El propósito de estas preguntas es conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza.

Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado; todas las respuestas son confidenciales.

Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica exactamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque en tu caso.

Es posible que encuentres la misma pregunta, o preguntas semejantes, más de una vez. Contéstalas cada vez que aparezcan en el cuestionario.

Por favor, pon una "X" sobre tu respuesta, y no marques fuera de los recuadros.

¡Gracias!

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. ¿Qué grado escolar estás cursando?

Bachillerato	1°	2°	3°
--------------	----	----	----

2. ¿Eres tú?

Hombre	1
Mujer	2

3. ¿Cuántos años tienes?

Años:

4. La mayor parte del año pasado ¿fuiste estudiante de tiempo completo o de medio tiempo?

No fui estudiante durante la mayor parte del año pasado	
Fui estudiante de medio tiempo	
Fui estudiante de tiempo completo	

5. Durante la mayor parte del año pasado, ¿trabajaste recibiendo sueldo ya sea de tiempo completo (8 horas) o de medio tiempo (4 horas)?

No trabajé la mayor parte del año pasado	
Trabajé medio tiempo (4 horas diarias)	
Trabajé tiempo completo (8 horas diarias)	

6. El estado civil de tus padres es:

	Padre	Madre
Soltero		
Casado primer matrimonio		
Casado segundo matrimonio		
Divorciado		
Viudo		
Unión libre		
Separado		
Fallecido		
No sabe		

7. ¿Quién es el jefe de tu familia? (persona que se encarga económicamente de los gastos y la atención familiar?)

Padre	
Madre	
Tutor	
Tío (a)	
Abuelo (a)	
Otro (especifique)	

8. ¿Cuál es la escolaridad del jefe de familia?

Jefe de familia	
Nunca ha ido a la escuela y no sabe leer ni escribir	
Nunca ha ido a la escuela pero sabe leer y escribir	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Secundaria incompleta	
Secundaria completa	
Estudios comerciales, administrativos o técnicos (secretaria, auxiliar administrativo, etc.)	
Preparatoria completa	
Preparatoria incompleta	
Licenciatura en educación primaria (normalista o maestro)	
Carrera Universitaria	
Otros (especifique) _____	
No sabe	

9. ¿Cuál es la ocupación del jefe de familia?

Profesionista (con estudios universitarios, maestro universitario)	
Maestro (primaria, secundaria, preparatoria, rural)	
Propietario de pequeño comercio (tienda, restaurante, miscelánea)	
Propietario de grandes comercios (cadenas de tiendas, funerarias, lote de automóviles, etc.)	
Empleado de banco, oficina, establecimiento o dependencia gubernamental	
Empleado de empresas privadas como hospitales, agencia de viajes o de cualquier otro negocio	
Arrendador de bienes inmuebles (casas, departamentos, edificios, locales, etc)	
Obrero calificado	
Trabajador eventual (chofer, personal de servicio doméstico, mozo, jardinero, albañil, taxista, etc.)	
Artesano (alfarero, cantero, textil, etc.)	
Agricultor o ganadero dedicado al comercio local	
Campesino (ejidatario, pequeño propietario, rentero, comenero para sus subsistencia)	
Subempleado (vendedor no asalariado, bolero, lavacoches, jornalero)	
Pensionado, jubilado	
Estudiante	
Ama de casa	
Otro (especificar qué es lo que hace y/o para quién trabaja)	
No sabe	

10. ¿Cuántas personas viven permanentemente en tu casa? (incluyendo niños y recién nacidos)

Personas: _____

11. ¿Cuántos hermanos (as) tienes? (incluyendo a los que no viven contigo)

Hermanos: _____

12. ¿Qué lugar de nacimiento ocupas entre tus hermanos (as)?

Lugar: _____

II. POSIT

1. ¿Eres arrogante?	Si	No
2. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	Sí	No
3. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?	Si	No
4. ¿Discuten demasiado tus padres o tutores?	Si	No
5. ¿Te cansas con frecuencia?	Si	No
6. ¿Te asustas con facilidad?	Si	No
7. ¿Tienes menos energía de la que crees que deberías tener?	Sí	No
8. ¿Te sientes frustrado (a) con facilidad?	Si	No
9. Para tener relaciones sexuales debes estar totalmente convencido y tener conciencia de las consecuencias	Si	No
10. ¿Amenazas a otros con hacerles daño?	Sí	No
11. ¿Te sientes solo (a) la mayor parte del tiempo?	Sí	No
12. ¿Dices groserías o vulgaridades?	Si	No
13. ¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?	Sí	No
14. ¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?	Sí	No
15. ¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enfadan contigo?	Si	No
16. ¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?	Si	No
17. Para tener relaciones sexuales deben de insistirte mucho para que tu pareja no piense que eres una "loca" o un "Don Juan"	Si	No
18. ¿Has tenido algún trabajo eventual con sueldo?	Si	No
19. ¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto de alcohol o de drogas?	Sí	No
20. ¿Tienes buena ortografía?	Si	No
21. ¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?	Si	No
22. La mayoría de las veces ¿saben tus padres o tutores dónde estás y lo que estás haciendo?	Si	No
23. ¿Para tener relaciones sexuales se vale que en un inicio se presione a la persona para darle un empujón, después lo hará voluntariamente?	Si	No
24. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	Si	No

25. ¿Participas en muchas actividades en compañía de tus padres o tutores?	Sí	No
26. ¿Te sientes nervioso (a) la mayor parte del tiempo?	Sí	No
27. ¿Has robado alguna vez?	Sí	No
28. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	Sí	No
29. ¿Sabes leer bien?	Sí	No
30. Para tener relaciones sexuales debe ser un acuerdo mutuo entre 2 personas	Sí	No
31. ¿Has estado ausente o llegado tarde a tu trabajo con frecuencia?	Sí	No
32. ¿Sientes que la gente está en contra tuya?	Sí	No
33. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	Sí	No
34. ¿Peleas a menudo o muchas veces?	Sí	No
35. ¿Tienes mal genio?	Sí	No
36. ¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando les hablas?	Sí	No
37. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	Sí	No
38. ¿Te dice la gente que eres descuidado (a)?	Sí	No
39. ¿Eres testarudo?	Sí	No
40. ¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?	Sí	No
41. ¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?	Sí	No
42. ¿Las relaciones sexuales deben planearse?	Sí	No
43. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	Sí	No
44. ¿Saben tus padres o tutores cómo realmente piensas o te sientes?	Sí	No
45. ¿Actúas impulsivamente con frecuencia?	Sí	No
46. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	Sí	No
47. ¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?	Sí	No
48. ¿Tienes dificultades para concentrarte?	Sí	No
49. ¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?	Sí	No
50. ¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores, levantando la voz y gritando?	Sí	No
51. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	Sí	No

52. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	Sí	No
53. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho (a) o drogado (a)?	Sí	No
54. ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez ya sea con penetración o sin ella?	Sí	No
55. ¿Levantas la voz más que los demás muchachos de tu edad?	Sí	No
56. ¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente?	Sí	No
57. ¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?	Sí	No
58. ¿Le gusta a tus padres o tutores hablar y estar contigo?	Sí	No
59. ¿Has pasado alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran dónde estabas?	Sí	No
60. ¿El uso de alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento (a) a estar triste, o viceversa?	Sí	No
61. ¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?	Sí	No
62. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	Sí	No
63. La primera vez que tuviste relaciones sexuales ¿usaste algún método anticonceptivo?	Sí	No
64. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	Sí	No
65. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?	Sí	No
66. ¿Molestas mucho a tus amigos?	Sí	No
67. ¿Tienes dificultades para dormir?	Sí	No
68. ¿Tienes dificultades con trabajos escritos?	Sí	No
69. ¿Has tenido más de una pareja sexual?	Sí	No
70. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	Sí	No
71. ¿Sientes que a veces pierdes el control de ti mismo (a) y terminas peleando?	Sí	No
72. ¿Has practicado alguna vez la penetración anal?	Sí	No
73. ¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?	Sí	No
74. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	Sí	No

75. ¿Tienes dificultad en seguir instrucciones?	Sí	No
76. ¿Tienes amigos que han golpeado o amenazado a alguien sin razón?	Sí	No
77. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	Sí	No
78. ¿Has padecido alguna enfermedad de transmisión sexual?	Sí	No
79. ¿Tienes buena memoria?	Sí	No
80. ¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?	Sí	No
81. ¿Están tus padres o tutores de acuerdo en cuanto a la forma en que te deben manejar a ti?	Sí	No
82. ¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?	Sí	No
83. ¿Has tenido relaciones sexuales después de haber ingerido alcohol o algún tipo de droga?	Sí	No
84. ¿Faltan tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?	Sí	No
85. ¿Te hace la escuela sentirte estúpido (a) a veces?	Sí	No
86. ¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?	Sí	No
87. ¿Te da miedo estar con la gente?	Sí	No
88. ¿Usas condón en tus relaciones sexuales?	Sí	No
89. ¿Tienes amigos que han robado?	Sí	No
90. ¿Has reprobado algún año en la escuela?	Sí	No
91. ¿Es difícil la escuela para ti?	Sí	No
92. ¿Eres una persona nerviosa, de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?	Sí	No
93. ¿Has tenido relaciones sexuales con personas que no conoces muy bien, o que tienen varias parejas sexuales?	Sí	No
94. ¿Gritas mucho?	Sí	No

Anexo 3

ANEXO 3

CARTA DE PARTICIPACION CONSENTIDA

San Luis Potosí, S.L.P., a _____ de _____ 2003.

Estimado (a) Joven:

Por este medio nos permitimos invitarte a participar en la investigación:

“FACTORES PSICOSOCIALES Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCTA DE UNA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES EN SAN LUIS POTOSÍ, 2003”

Tu colaboración consistirá en la aportación de datos a través de un cuestionario.

Toda información que otorgues se mantendrá en estricta confidencialidad y no se proporcionará ningún dato a ninguna persona, sean familiares o personal de la universidad, **si quieres omitir tu nombre podrás hacerlo** en la línea de abajo; en su lugar podrás poner un pseudónimo o apodo.

Los datos que reportes se utilizarán con el único propósito de conocer más ampliamente la condición física y emocional de los jóvenes con una situación de vida parecida a la tuya, lo cual nos permitirá ofrecer una mejor atención.

Deseamos expresarte nuestro aprecio por el tiempo que nos dediques y agradecemos de antemano tu participación.

NOMBRE Y FIRMA DEL JÓVEN

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE

La autora concede permiso para reproducir parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "Factores psicosociales y su influencia en la conducta de una población de adolescentes de nivel bachillerato en San Luis Potosí, S. L. P. 2003" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción parcial o total.

Se prohíbe la reproducción y aplicación del instrumento de medición Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes POSIT, sin permiso previo de la autora de tesis, del Dr. José Lauro De los Ríos Castillo y de la Dra. Mariño Hernández.

Patricia Elizabeth Cossío Torres
San Luis Potosí, S.L.P. Abril del 2004.