



5120  
3  
2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

"CAMPUS IZTACALA"

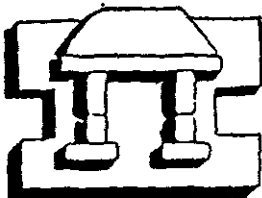
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACTORES DE RIESGO EN UN GRUPO  
DE ADOLESCENTES  
(PARA ADICCIONES, VIOLENCIA Y  
EMBARAZOS TEMPRANOS)

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**MAESTRIA EN INVESTIGACION DE**  
**SERVICIOS DE SALUD**  
P R E S E N T A  
**LUIS HUMBERTO LARA RUIZ**

ASESOR: MAESTRO JAVIER SANDOVAL NAVARRETE  
MAESTRA ROSA ISABEL ESQUIVEL  
MAESTRA MARTHA ELBA ALARCON ARMENDARIZ

271178



IZTACALA LOS REYES IZTACALA,

ENERO 1999

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNAM  
CAMPUS IZTACALA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**FACTORES DE RIESGO EN UN GRUPO DE  
ADOLESCENTES**  
(para adicciones, violencia y embarazos tempranos)

**TESIS**  
que para obtener el grado de  
**MAESTRO EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**  
presenta  
**LUIS HUMBERTO LARA RUIZ**

Los Reyes Iztacala, 1999

FACTORES DE RIESGO EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES . . . . .	<u>V</u>
Resumen . . . . .	<u>V</u>
Introducción . . . . .	<u>V</u>
MARCO TEÓRICO . . . . .	<u>1</u>
El enfoque de riesgo . . . . .	<u>1</u>
Concepto . . . . .	<u>1</u>
Fundamentos . . . . .	<u>1</u>
Como se establece un factor de riesgo . . . . .	<u>2</u>
Importancia de los factores de riesgo . . . . .	<u>2</u>
Distintas clases de los factores de riesgo . . . . .	<u>3</u>
Distinción entre la población de alto riesgo . . . . .	<u>3</u>
Usos del enfoque de riesgos . . . . .	<u>5</u>
Principales pasos a seguir en un estudio de riesgo. . . . .	<u>5</u>
La cuantificación de los riesgos . . . . .	<u>6</u>
La adolescencia . . . . .	<u>7</u>
Las grandes tareas del adolescente . . . . .	<u>8</u>
El establecimiento de la identidad . . . . .	<u>9</u>
Adaptación a un papel sexual adulto . . . . .	<u>10</u>
Establecer y mantener su independencia . . . . .	<u>11</u>
El despertar de la vocación y la elección de profesión . . . . .	<u>11</u>
Factores de riesgo durante la adolescencia. . . . .	<u>12</u>
Morbilidad y mortalidad durante la adolescencia . . . . .	<u>12</u>
Trastornos de conducta durante la adolescencia . . . . .	<u>12</u>
Lesiones intencionadas y no intencionadas. . . . .	<u>15</u>
Amplitud del problema . . . . .	<u>16</u>
Medidas de la violencia . . . . .	<u>16</u>
Prevalencia de las conductas violentas . . . . .	<u>17</u>
Importancia de los factores de riesgo encontrados . . . . .	<u>17</u>
Abuso de sustancias tóxicas . . . . .	<u>18</u>
La hipótesis del escalón . . . . .	<u>20</u>

	La hipótesis del umbral . . . . .	<u>21</u>
	Uso Temprano y Frecuente . . . . .	<u>21</u>
	No usar una Sustancia en una Etapa Anterior . . . . .	<u>21</u>
	Comportamiento sexual . . . . .	<u>22</u>
	Estado actual del conocimiento . . . . .	<u>24</u>
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . . . . .		<u>27</u>
	Objetivos de la investigación . . . . .	<u>27</u>
	Objetivo general: . . . . .	<u>27</u>
	Objetivos específicos . . . . .	<u>27</u>
	Justificación . . . . .	<u>27</u>
METODOLOGÍA . . . . .		<u>29</u>
	Población . . . . .	<u>29</u>
	Diseño de la investigación . . . . .	<u>29</u>
	Diseño y tamaño de la muestra . . . . .	<u>30</u>
	Unidad de investigación . . . . .	<u>31</u>
	Hipótesis . . . . .	<u>31</u>
	Variables . . . . .	<u>33</u>
	Instrumento . . . . .	<u>35</u>
	Validez y confiabilidad . . . . .	<u>36</u>
	Procedimiento . . . . .	<u>36</u>
RESULTADOS . . . . .		<u>38</u>
	El tabaquismo . . . . .	<u>39</u>
	El alcoholismo . . . . .	<u>40</u>
	El uso de drogas ilegales . . . . .	<u>40</u>
	La violencia . . . . .	<u>41</u>
	Conducta sexual riesgosa. . . . .	<u>42</u>
	El Síndrome de desviación generalizada o de conducta problemática. . . . .	<u>44</u>
Conclusión y recomendaciones . . . . .		<u>46</u>
BIBLIOGRAFÍA . . . . .		<u>49</u>
ANEXOS . . . . .		<u>54</u>
	(Carta de Consentimiento de Padres de Familia). . . . .	<u>55</u>
	Encuesta para alumnos . . . . .	<u>56</u>

# FACTORES DE RIESGO EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES (PARA ADICCIONES, VIOLENCIA Y EMBARAZOS TEMPRANOS)

## Resumen

En los últimos años se ha considerado que los riesgos mas grandes para la salud de los adolescentes ciudadanos son: la habituación a las drogas (tabaco, alcohol, marihuana y solventes inhalables), el involucramiento en conductas violentas y la actividad sexual prematura (Allen-Meares:1991). El presente estudio buscó la identificación y cuantificación de las subpoblaciones adolescentes que presentan o pueden presentar estas conductas, mediante la tipificación y jerarquización de los factores de riesgo (sexo, edad, turno, exposición a la violencia, familia, amigos y otros), en una población asistente a una escuela secundaria metropolitana.

El diseño de investigación consistió en un estudio transversal y analítico de casos y controles (OPS:1986) en el cual se consideraron como casos quienes presentaban factores de riesgo y controles a quienes carecían de dichas características. Se aplicó un instrumento de 27 preguntas aplicadas a una población de N = 1136 en donde n=321; los resultados se clasificaron y fueron sometidos a diversas pruebas estadísticas (chi cuadrada, prueba exacta de Fisher y coeficiente de Spearman) para determinar su significación estadística. A continuación se calculó la razón de momios para cada uno de los factores de riesgo.

Los resultados que se obtuvieron en esta encuesta fueron de gran interés puesto que no solamente aclararon la condición de algunas características como factores de riesgo, sino que también pesaron su influencia. La mayoría de los factores de riesgo considerados demostraron tener alguna influencia en la producción de las conductas riesgosas, pero especialmente notables fueron la asociación entre todas las conductas riesgosas: presentación de adicciones, conducta violenta y actividad sexual precoz.

## Introducción

La atención a la población adolescente se ha descuidado porque la incidencia de las diversas enfermedades es muy baja (DuRant, R.:1994). En realidad durante este período de la vida se sientan las bases del futuro curso vital que, en ocasiones, puede desviarse hacia la violencia, el consumo de drogas o la iniciación precoz de la vida sexual (Vanderschmid,F:1993). Cualesquiera de éstos eventos puede distorsionar el curso de la vida y llevarlo a un mal desenlace. Considerando la gravedad que reviste este tipo de conducta en muchas partes del mundo, incluyendo a México, se ha buscado determinar el tipo de jóvenes que puede presentar con mayor peligrosidad estas conductas de riesgo. Si podemos precisar a la población en riesgo, los tomadores de decisión podrán distribuir eficientemente los recursos escasos de los sistemas de salud a la población que los necesita con mayor urgencia (O'Connor, G:1986).

## Capítulo I

# MARCO TEÓRICO

Existe en este momento gran cantidad de conocimientos y estudios que permiten el abordaje de los problemas planteados. Se pueden revisar agrupándolos en cuatro *epígrafes*:

(1) el enfoque de riesgos, (2) características propias de la adolescencia, (3) riesgos propios de la edad adolescente y, (4) medios para la atención de las necesidades de los adolescentes.

## El enfoque de riesgo

### Concepto

Considerado en los términos más generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, incapacidad, etc.) El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad que se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

De acuerdo al diccionario (Aristos, 1981), la palabra riesgo es la "contingencia o probabilidad de un daño"; para el Diccionario de epidemiología "riesgo es la probabilidad de que ocurra un hecho". En epidemiología, se considera al riesgo como la medida de la probabilidad estadística de que ocurra un hecho en el futuro (OPS, 1986); frecuentemente se expresa como una tasa, por ejemplo: si de cada 1000 nacidos vivos mueren 100 en la etapa comprendida entre la 28ª semana de gestación y el final de la primera semana de vida, puede entonces decirse que la tasa de mortalidad perinatal es de 28/1000 nacidos vivos.

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores como causas del quebranto de la salud; en ambos casos son importantes para los epidemiólogos porque son observables o identificables antes de que se produzca el daño que predicen. La aparición simultánea de varios de estos factores de riesgo incrementa la probabilidad de sufrir la enfermedad.

### Fundamentos

En toda sociedad se pueden observar individuos, familias o poblaciones enteras cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otras personas. Se

dice, entonces, que dichos grupos son vulnerables y algunas de las razones para esa vulnerabilidad pueden identificarse puesto que son características genéticas, biológicas, psicológicas, ambientales, sociales, etc. Es de conocimiento común que los niños, los ancianos, las mujeres embarazadas, los emigrantes y los pobres son los grupos con mayor vulnerabilidad a muchas enfermedades; por otra parte, los ricos y los adultos jóvenes constituyen los grupos con menor vulnerabilidad. (OPS: 1986)

Actualmente se pueden medir estos riesgos con bastante precisión ya que se cuenta con los instrumentos adecuados: los conocimientos provistos por las ciencias médicas (particularmente la patología y la epidemiología) así como las herramientas para la medición proporcionadas por el desarrollo de las ciencias estadísticas.

### **Como se establece un factor de riesgo**

Cuando se estudian con cuidado las características de las personas que experimentan un daño y se comparan con las características de las personas que no lo sufren se encuentra una diferencia. Como otros, el presente estudio tiende a resaltar y hacer evidente la diferencia entre dichas peculiaridades. Ahora bien, entre éstos atributos se encontrarán algunos relacionados con la causa del daño (por ejemplo fumar es un factor etiológico del cáncer pulmonar), mientras que en otras ocasiones la relación no será de causa-efecto (por ejemplo desnutrición con analfabetismo materno). En este último caso se dice que la característica relacionada es un indicador. (OPS:1986)

La decisión inicial para la búsqueda de factores de riesgo se basa en los conocimientos técnicos sobre el problema, aspectos ideológicos e incluso políticos y del carácter de las intervenciones que pueden considerarse posibles y deseables o precisamente lo contrario. (OPS:1986). Es importante especificar con el mayor detalle posible el daño para el cual se busca un factor o un grupo de factores de riesgo; ya que si el daño no es lo suficientemente específico no pueden encontrarse factores de riesgo significativos.

Si bien se pueden predecir cuántos fallecimientos ocurrirán en una determinada población dentro de un período de tiempo no se puede predecir con precisión quiénes son los que morirán. Lo que se hace es estudiar a los que mueren para precisar en qué diferían de los sobrevivientes; cuando se tiene éxito se puede preparar un listado de las características que describen con mayor precisión a quienes murieron. Estas características repetidas son los factores de riesgo. (O'Connor:1986)

### **Importancia de los factores de riesgo**

Cuando la tasa de incidencia de una enfermedad en presencia de dos o más factores



de riesgo difiere de la tasa de incidencia esperada, que resulta de una combinación de sus efectos individuales, se dice que se presenta interacción y este fenómeno puede observarse en varias enfermedades.

Existen, sin embargo, algunos factores de riesgo que actúan sinérgicamente potenciando el daño al organismo, como sucede con el consumo simultáneo de varias drogas: los niños “de la calle” suelen consumir tanto marihuana como solventes y, en ellos, pronto aparece la fibrosis pulmonar. (Tapia Conyer:1995)

Los factores de riesgo pueden ser de mayor o menor importancia dependiendo de su asociación con el daño a la salud y/o con la frecuencia de la presentación del factor de riesgo en la comunidad y la posibilidad de prevenirlo.

### **Distintas clases de los factores de riesgo**

Un mismo rasgo, como la desnutrición, puede ser considerado tanto un factor de riesgo como un daño en sí mismo, dependiendo del contexto en que se estudie. En ocasiones se habla de una cadena de hechos donde un daño precedente conduce a otro subsecuente. En cualquier estudio epidemiológico es importante definir cuáles son, en el estudio, los daños y cuáles los factores de riesgo.

Un indicador es toda variable o condición asociada a un daño; la importancia de la identificación de los indicadores radica en la puntualización de las asociaciones temporales que, con frecuencia, conducen a hipotetizar en una relación causa-efecto que puede no existir, pero que indudablemente forma parte de la cadena de hechos propia del padecimiento.

Una vez que se ha identificado un factor causal, se pueden llevar a cabo las acciones de prevención primaria; los factores de riesgo asociados pueden utilizarse durante la prevención secundaria.

Una clasificación de los factores de riesgo que resulta muy útil los agrupa en dos conjuntos:

--Factores de riesgo que pueden modificarse: hábitos, dieta, etc.

--Factores de riesgo que no pueden ser modificados: historia familiar, antecedentes patológicos, etc.

### **Distinción entre la población de alto riesgo**

Cuando se ha identificado y cuantificado un factor de riesgo es posible estimar la probabilidad de que, en un grupo bien definido de personas ocurra un daño a la

salud; en este punto y lugar no es posible identificar con certeza en quiénes se presentará el daño previsto puesto que se están manejando probabilidades. El error puede presentarse y ser de dos tipos:

Puede predecirse un daño que no ocurrirá; por ejemplo en un gran fumador puede no presentarse nunca el cáncer pulmonar. Se trata de un grupo de individuos con riesgo incrementado que nunca presentaron daño y se les denomina "falsos positivos".

Por el contrario, existen individuos en quienes no habría sido posible encontrar factores de riesgo y que, sin embargo, desarrollan el daño, como una persona que nunca fumó y muere por cáncer pulmonar. A estas personas se les conoce como el grupo de los "falsos negativos". En dicho grupo se encuentran aquellas personas a quienes se les pronostica un beneficio a la salud que nunca obtienen.

Los falsos positivos y los falsos negativos pueden ser tan frecuentes que la selección de pacientes para su atención (tamizado), puede ser muy difícil.

La base de la estrategia de enfoque de riesgo consiste en identificar los individuos con alto riesgo y atenderlos apropiadamente. El valor del factor o factores de riesgo en la predicción del hecho final depende de la proporción de asociaciones correctas o verdaderas. El factor de riesgo "ideal para la predicción" sería aquél que, cuando está presente, siempre se encuentra asociado con un daño específico y en cuya ausencia nunca se produce ese daño.

Por estas razones el riesgo no es una condición que pueda definirse en forma sencilla; existen grados de riesgo y el nivel necesario para otorgar atención preferente o discriminada debe seleccionarse de acuerdo a la gravedad del padecimiento, su incidencia en la población y la estructura existente en los servicios de salud. La decisión de cuánto riesgo se necesita para incluir a un individuo en el grupo de alto riesgo es crucial e involucra un equilibrio entre los dos tipos de error y los recursos disponibles.

Cuando se incluyen muchas personas en el grupo de riesgo menos serán los falsos negativos pero en cambio aumentarán los falsos positivos que sobrecargarán el sistema y dispondrán de los recursos que necesitan otras personas que corren verdaderamente un riesgo. Por otra parte, al restringir la atención se producirá un aumento en falsos negativos, lo que puede acarrear la pérdida innecesaria de vidas o al menos daños en la salud y productividad de una persona..

¿Cuántos falsos positivos pueden tolerarse en un sistema de salud para obtener la reducción deseada en cuanto a problemas no diagnosticados (falsos negativos) sin

que el costo aumente en forma desmesurada?. La respuesta a esta pregunta dependerá de una evaluación precisa de los factores involucrados: la severidad que puede alcanzar el problema cuando no es diagnosticado y el daño ocurrido a los individuos que componen la población contra el dispendio de los recursos en los falsos positivos.

### **Usos del enfoque de riesgos**

Los factores de riesgo son útiles indicadores que muestran lo que sucede en diferentes sistemas biológicos y sociales que interactúan entre sí. Durante muchos años las ciencias médicas han encontrado muy remunerador el enfoque de buscar eslabones débiles en una cadena de eventos necesarios para el desarrollo de una enfermedad, y luego atacarlos. Un ejemplo de esta tendencia sería el exterminio del mosquito Anófeles, vector del Paludismo. Esta conducta es correcta a condición de no llevarla al extremo.

Una de las características del uso del enfoque de riesgos radica en la implacable consideración de todas las causas posibles sin desdeñar ninguna de las posibilidades: médicas, intersectoriales, emocionales, políticas o económicas, sin importar lo agradable o desagradable que resulte para el investigador.

Una vez que se ha decidido la aplicación del enfoque de riesgos se tienen que enfrentar tres problemas prácticos de aplicación:

- Uso de la información para seleccionar los factores de riesgo y cuantificarlos expresándolos en forma de puntajes que puedan ser utilizados en el nivel local.

- Determinación de los límites de inclusión para seleccionar a la población con mayor riesgo de desarrollar un daño a la salud.

- Adaptación o ajuste de los criterios de tamizaje a las condiciones reales y recursos del sistema de salud. resolver este problema significa valorar y efectuar un balance de las necesidades de salud con relación a los recursos existentes tanto del sistema de salud como de la población en riesgo según la magnitud y la severidad del daño. (OPS:1986)

### **Principales pasos a seguir en un estudio de riesgo.**

Existen ciertos elementos básicos en el diseño de estudios de enfoque de riesgos que son aplicados universalmente. En todas las situaciones es muy importante que los objetivos de la investigación se encuentren bien definidos antes de iniciar el estudio.

### *Factores de Riesgo en los Adolescentes...*

Los estudios que emplean el enfoque de riesgos comprenden una serie de pasos:

1. La revisión sistemática de la información disponible.
2. La investigación epidemiológica
3. La revisión de la estructura y el funcionamiento del sistema de atención a la salud.
4. El desarrollo y la prueba de una nueva estrategia
5. La evaluación de la nueva estrategia.

La hipótesis del estudio debe señalarse con toda claridad desde el principio y, generalmente, sigue los pasos siguientes:

1. La posibilidad de identificar, mediante indicadores basados en factores de riesgo, a ciertos subgrupos de la población que presentan una probabilidad mayor de experimentar determinados daños a la salud que son diferentes, y de mayor trascendencia, que los presentados por el resto de la población.
2. El conocimiento de que en tales subgrupos se presenta una proporción sustancial de la morbilidad y mortalidad de la población total.
3. La certidumbre de que es posible administrar con mayor eficacia, los recursos escasos destinados a los servicios de salud mediante la investigación de los factores de riesgo. (OPS:1986)

### **La cuantificación de los riesgos**

Existen diversos métodos estadísticos que pueden cuantificar los riesgos. El método más común consiste en ordenar los datos en tablas de 2x2 cuando se trata de asociar dos variables cualitativas con dos categorías: (caso y no caso vs con riesgo y sin riesgo). El estadístico que se usa es chi cuadrada para probar la significancia de la asociación. Se considera significativa cuando chi cuadrada es mayor que el nivel de confianza de la prueba (usualmente 0.05).

A continuación se utilizan diversas medidas de asociación: riesgo atribuible, riesgo relativo y razón de momios. La última de estas medidas, la razón de momios, se considera la más precisa. Un momio es el cociente de la probabilidad de que ocurra un fenómeno entre la posibilidad de que no ocurra. El momio de la enfermedad entre los expuestos se define como la probabilidad de que un individuo expuesto a un riesgo efectivamente enferme (la incidencia  $I_1$ ), entre la probabilidad de que no enferme, que es igual a  $1-I_1$ .

Por otra parte el momio de la enfermedad entre los no expuestos se define y obtiene de una manera semejante:  $1-I_0$ .

La razón de momios es la razón entre estos dos momios de “enfermedad” (expuestos/no expuestos) e indica cuantas veces es mayor la probabilidad de enfermar entre los expuestos que entre los no expuestos.

Si el resultado de esta comparación es 1 la probabilidad será la misma y el factor de riesgo no demostró importancia. Inclusive puede mostrar un efecto protector, si es negativo.

### **La adolescencia**

La adolescencia es un período crucial para el desarrollo humano. Durante estos años formativos ocurren fenómenos trascendentes como son el inicio del deseo sexual, la creación de nuevos vínculos sociales y el pleno desarrollo de las capacidades latentes en todo ser humano. Es una época difícil, ya que el joven deberá tomar decisiones con consecuencias de largo alcance, particularmente las que afectan al estudio o al trabajo, al amor y las relaciones familiares. El fenómeno propio de la edad adolescente, consiste en alcanzar la madurez sexual y la capacidad reproductora si bien la palabra “adolescere” significa “crecer” y se refiere al crecimiento acelerado que se observa en esta etapa de la vida.

No existe unanimidad en cuanto a la duración del período adolescente de la vida humana; algunos autores (Smith:1987) consideran que, en las muchachas, la adolescencia se extiende desde los 10 a los 18 años, mientras que, en los varones, de los 12 a los 20 años. El autor se considera que no se debe evaluar a un adolescente únicamente por su edad cronológica, debido a las múltiples variaciones individuales y la diferente edad en la que se alcanza la pubertad. Para valorar a un adolescente en lo particular, deben considerarse la edad y el grado de maduración.

La adolescencia se divide en varios períodos desde distintos puntos de vista. Una de estas clasificaciones es propuesta por Erickson (1963) y citada por Allen Meares (Allen Meares:1991). Erickson divide a la adolescencia en dos etapas: durante la primera de ellas (14 a 16 años), el joven lucha por su independencia y su conducta aparece incoherente: infantil y caprichosa en ocasiones y, otras veces, madura y sensata. Durante el segundo estadio que ocurre de los 16 a los 18 años, acontece el establecimiento de la identidad madura, la atención a la sexualidad propia, y el establecimiento de los valores y las metas vitales. Allen Meares afirma que, el sentimiento de la identidad del ego resulta de un proceso psicológico conformado por

los diversos fenómenos sociales.

A través de ambos períodos de la adolescencia se manifiestan las necesidades de expresión de la sexualidad, de ser aceptado por sus iguales y de experimentación de conductas riesgosas (Allen-Meaers: 1991). Durante ésta época los fenómenos psico-biológicos de la pubertad interactúan con fuerzas socio-culturales: clases sociales, agrupaciones, influencia familiar, escuela, comunidad, grupo étnico, religión y medios de comunicación. Estas influencias pueden actuar de una manera sinérgica, pero con mayor frecuencia aparecen como fuerzas opuestas que provocan toda clase de conflictos.

En la base de todos estos cambios se encuentran factores biológicos de maduración. Por razones todavía no muy comprendidas atribuidas a factores externos (luz del sol, exposición a feromonas del sexo opuesto) o factores internos (factores genéticos), se desata un verdadera tormenta bioquímica dentro de todo el organismo adolescente. Las sustancias responsables de estos hechos son las hormonas, particularmente los estrógenos y la testosterona.

La presencia de la testosterona, presente en cantidades diferentes de acuerdo con el sexo, produce cambios estructurales, y de humor. La testosterona favorece el aumento de la masa muscular, el desarrollo de la velloidad facial, y la voz grave. Desde hace mucho se considera que la presencia de esta hormona en el organismo es la responsable del deseo sexual.

Por otra parte, los estrógenos, atenúan el deseo sexual y son los responsables del peculiar depósito de lípidos en las diversas zonas del organismo que otorga a la mujer una forma distintiva y atrayente para el género masculino.(Smith:1987)

En los insectos principalmente, pero también en varios animales superiores se han encontrado otro tipo de sustancias: las feromonas, que son principalmente sustancias que funcionan como un mensaje de disponibilidad sexual. En los seres humanos no se han aislado en forma químicamente pura, pero varios estudios hablan de su existencia. De acuerdo con éstos estudios dichas sustancias estarían presentes en las secreciones externas de los organismos fértiles y serían captadas por el órgano vomeronasal, en la *región posterior* de la cavidad nasal (Cunningham, 1996).

### **Las grandes tareas del adolescente**

Smith (Smith, 1987) considera que, durante este período de la vida, el adolescente tiene que lograr cuatro metas muy importantes para su futuro: (1) obtener una imagen propia estable, una identidad, (2) adaptarse a un papel sexual adulto, (3)

independizarse de la unidad familiar y (4) elegir una vocación o una profesión.

### *El establecimiento de la identidad*

El desarrollo de la personalidad es un proceso secuencial que discurre, desde la completa dependencia propia de la infancia hasta la autosuficiencia y la habilidad de ejercer autocontrol, característicos de la adultez. La búsqueda y formación de una identidad separada de las figuras paternas es la tarea más ardua y difícil de la adolescencia, por esta razón algunos autores tipifican a la adolescencia como "el estadio del desarrollo que busca la propia identidad" (SEP:1992)

La maduración psicosocial del adolescente es también un proceso que puede afectarse por los factores socioculturales propios de los grandes ambientes ciudadanos. La inteligencia y la facultad cognitiva conllevan la comprensión y la habilidad para juzgar el resultado de las conductas riesgosas y la predicción de los resultados posibles: relaciones sexuales no protegidas con embarazo y enfermedades venéreas; uso de drogas con dependencia, etc. (SEP:1992)

Los cambios que ocurren durante el desarrollo cognitivo proporcionan la base para una peculiar visión del mundo. Aunque muchos adolescentes son capaces de utilizar el pensamiento abstracto en la planeación de sus actos otros, para desesperación de sus padres y maestros, son incapaces de relacionar sus acciones con resultados a largo plazo. El pensamiento de estos adolescentes es egocéntrico, la influencia paternal declina y aumenta la confianza en sus iguales de quienes espera ansiosamente la aceptación que lleva a la participación en las actividades grupales, incluso cuando éstas entran en conflicto con los valores y costumbres familiares. (Gordon, 1996). El mismo autor señala otras características del pensamiento adolescente: la búsqueda de relaciones afectivas profundas con otros adolescentes, la predisposición a tomar riesgos, etc. También son importantes, el género, puesto que la maduración ocurre primero en las jóvenes, la familia, los pares (amigos) que adquieren mayor influencia en los adolescentes que provienen de familias disfuncionales y, por último ciertos eventos de la vida, como el divorcio de los padres, las enfermedades, los cambios de domicilio, etc.

El desarrollo moral también ocurre en estadios secuenciales que progresan desde lo más simple hacia lo más complejo. Durante el curso de este desarrollo el individuo le adjudica un significado moral a sus actos y elabora una escala de valores personal a la que trata de adaptar sus hechos.

*Adaptación a un papel sexual adulto*

Desde hace tiempo se sabe que la primera infancia, entre los 3 y los 4 años de edad, es el período más crítico para la identificación sexual, pero éste resulta terminado hasta la adolescencia. Aunque algunas personas piensan que esta identificación tiene un determinante genético expresado en el hipotálamo, la opinión dominante consiste en que dicha identificación es “el resultado de una combinación de condicionamiento y reforzamiento por la forma en que los padres tratan al hijo y por los modelos del papel social que ellos, u otros adultos importantes proporcionan para su emulación”(Smith, 1987).

Alguna vez Sigmund Freud afirmó que uno de sus descubrimientos más importantes era el que los niños poseían una sexualidad. La sexualidad adolescente nunca se ha negado, aunque en muchas culturas se considera conveniente reprimirla. Expresiones de esta sexualidad son la masturbación (un fenómeno casi universal), la experimentación heterosexual (novios y parejas), así como la experimentación homosexual, que la mayoría de las veces no tiene mayor trascendencia.

Aunque las mujeres maduran más pronto que los varones, son éstos los que presentan mayor actividad sexual por dos razones fundamentales: la mayor cantidad de testosterona (la hormona del deseo) en sus sistemas y porque la actividad sexual del varón goza de mayor aceptación social.

La mayoría de los adolescentes aprenden a aceptar su sexualidad y a regularla; pero esta meta puede no cumplirse por exceso o por defecto. En el primero de los casos se expresaría en conductas sexuales riesgosas, como la promiscuidad y el sexo sin protección que podrían producir enfermedades de transmisión sexual o embarazos.

Cabe aclarar que los embarazos a temprana edad no son un problema patológico; de hecho constituyen una estrategia biológica para la supervivencia de la especie en los casos en que el entorno es desfavorable, por esta razón las mujeres pobres se embarazan a edad más temprana y con mayor frecuencia que las mujeres de buena posición económica. Desde el punto de vista individual a una adolescente puede atraerle tener un hijo que le permita escapar de un hogar desdichado y lograr su independencia anhelada terminando con un período de escuela falto de atractivo o en el que fracasa; muchas de las chicas embarazadas en edad temprana presentan un desempeño escolar deficiente (Gordon,1996).

Si la chica tiene razones como las señaladas arriba, se volverá ciega y sorda ante las razones en contra de los embarazos en las jóvenes y resultará preñada.



### *Establecer y mantener su independencia*

A los 15 años la mayoría de los adolescentes dan signos de emancipación de sus padres, si bien estos signos se emiten en un lenguaje difícil de comprender por los adultos. El adolescente se aleja de su familia y se afilia a otros grupos sociales: religiosos, deportivos, políticos o simplemente pandillas. Los “pares” (amigos) adquieren una importancia desmesurada que los padres simplemente no pueden comprender y la comunicación padres-hijo se deteriora y, en ocasiones, se rompe.

El establecimiento de la independencia hace comprensible el deseo de los jóvenes por un automóvil, en los estratos económicos en los que la familia se puede permitir el lujo. Ya que las destrezas motoras, cognitivas y conductuales del adolescente no han madurado por completo, se producen numerosos accidentes automovilísticos, que son la principal causa de morbilidad en los países desarrollados.

Una de las respuestas frecuentes de los padres ante la independencia de los adolescentes consiste en el establecimiento de controles más rígidos y límites más estrictos. Ante esta conducta indeseada de los padres el afectado puede responder con rebeldía (los rebeldes sin causa) o con sometimiento y depresión. Cuando la depresión se presenta en determinadas condiciones neurobiológicas puede presentarse otro fenómeno frecuente, pero difícil de explicar: el suicidio o el intento de suicidio.

La tasa de suicidios en los adolescentes es bastante alta, particularmente en aquellos países en los que se espera mucho de los jóvenes. Los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujercitas, pero los varones son más eficientes y suelen lograr su cometido con mayor frecuencia.

### *El despertar de la vocación y la elección de profesión*

De acuerdo con científicos de la talla de Piaget, en la frontera entre la niñez y la adolescencia se encuentra un cambio en la cualidad del pensamiento: de concreto pasa a ser abstracto, de tomar en cuenta un solo hecho ahora toma en cuenta muchos y, si los niños piensan preferentemente en el tiempo presente, los adolescentes “viven” cada vez más en el futuro. (Smith, 1987).

La presión social en las sociedades “postmodernistas” de la actualidad requieren de una extrema eficiencia de los individuos y, para lograr ésta se requiere mejor preparación y empezar desde más temprano. Por eso el adolescente tiene que elegir una actividad o profesión futura, que es una decisión vital muy importante, en una edad en la que, por lo general, carece de la información pertinente.

Por otra parte, no debería olvidarse que la adolescencia es una etapa de "prueba de papeles" en los que se presentan grandes vacilaciones y cambios frecuentes de objetivo. La elección de una actividad futura es una más de las causas de problemas en los adolescentes.

### **Factores de riesgo durante la adolescencia.**

Muchas personas se inclinan a considerar a esta etapa del ciclo vital como "el período más sano de la vida" porque la mortalidad y la morbilidad en efecto, son mínimas (Harris, 1996); pero este criterio no toma en cuenta la evolución funcional del estado de salud ni los efectos que puedan ocurrir en etapas posteriores de la vida, a consecuencia de las conductas iniciadas durante la adolescencia. (Irwin: 1993)

### **Morbilidad y mortalidad durante la adolescencia**

Las causas principales de defunción en los adolescentes son traumáticas; en los países desarrollados se deben a accidentes automovilísticos, en otros países riñas y violencia. Los suicidios (violencia contra uno mismo) aumentan a partir de los 14 años de edad. Otras causas de defunción no traumática en los adolescentes son neoplasias malignas y enfermedades cardiovasculares.

Resulta difícil obtener datos exactos sobre la morbilidad adolescente, porque muchas veces, los jóvenes no acuden al médico confiando en su fortaleza física. En un consultorio adolescente, dentro del primer nivel de atención, usualmente se encuentran enfermedades del tracto respiratorio superior, trastornos gastrointestinales y emocionales. En algunas localidades se aprecian trastornos específicos y endémicos, como la varicela en la Escuela Secundaria 131.

Los adolescentes que son encausados hacia el segundo nivel de atención presentan problemas de bajo aprovechamiento escolar, obesidad, trastornos de la conducta, del crecimiento y metabólicos; crisis epilépticas, enfermedades infecciosas diversas y retraso mental.

### **Trastornos de conducta durante la adolescencia**

La conducta del adolescente es notable por su oscilación. Con frecuencia se presentan episodios de depresión al lado de otras reacciones emocionales agudas relacionadas con algún suceso grave o de escasa importancia, como la muerte de un familiar, el desprecio de un amigo o un desengaño amoroso.

La conducta antisocial de los adolescentes va en aumento y constituye uno de los más graves problemas de salud en el fin del milenio. Al tratar de comprender el por qué

ocurre este fenómeno es necesario plantear algunas preguntas interesantes:

¿Por qué algunos adolescentes empiezan a desviarse del camino que los mayores han diseñado para ellos?. Existen teorías al respecto (Petroitis, 1995); entre las que pueden citarse:

1. *La teoría de la vinculación social*, que explica que los vínculos que existen hacia las instituciones como la familia y la escuela son factores protectores contra las conductas desviadas, mientras que la falta o distorsión de estos vínculos son factores de riesgo.
2. *La teoría del aprendizaje social*, propone que el crimen y la conducta delincuente se aprenden mediante interacciones con otras personas, principalmente dentro de los llamados “grupos primarios” que incluye a los familiares, grupos de iguales (pares) y pandillas (DuRant: 1994). Esta teoría reconoce que la gente joven es especialmente vulnerable a los modelos sociales y presiones de la familia y los grupos de pares (la pandilla, los amigos), enfatizando el rol de estos grupos para formar modelos que seguir.
3. *La teoría de la conducta problemática*, se fija en la predisposición como el factor clave de la conducta desviacionista o no conformista de un joven determinado. (Saner:1996)

Dados los cambios físicos propios del desarrollo, la necesidad de independencia y de pertenencia a un grupo social, el adolescente es altamente vulnerable a muchas presiones del entorno social. De acuerdo con la teoría del aprendizaje social, se aprende a actuar y reaccionar a los diversos estímulos que proporciona la vida a través del reforzamiento que se obtiene del entorno en el que se actúa. En estos ambientes se observa a ciertos personajes que sirven de modelos: los padres, los amigos, las figuras públicas tal como las presentan los medios de comunicación, etc. Los adolescentes que sufren baja estima y falta de confianza en sí mismo pueden elegir modelos inadecuados que lo lleven a conductas de riesgo, como la actividad sexual prematura, delincuencia, abuso de drogas, etc. El postulado básico de la teoría del aprendizaje social consiste en que, cada individuo, desarrolla una especie de mapa mental cognitivo que es una representación interna del entorno al que adapta su conducta. Esta teoría coloca un especial énfasis en los roles (papeles, guiones o personajes) captados por la observación e internalizados y representados por procesos simbólicos autorregulatorios.

Sin embargo, parece ser el entorno social el factor que ejerce mayor influencia en las decisiones finales que se toman al terminar la adolescencia. A fin de cuentas la

conducta se determina por las interacciones y transacciones entre las necesidades de una persona y las características del ambiente. El entorno social es capaz de imponer restricciones e influencias determinísticas sobre la conducta individual y se define como el agregado de condiciones externas e influencias que afectan y determinan la vida y el desarrollo, en este caso, de los jóvenes. Los adolescentes se desenvuelven en entornos diferentes: hogar, escuela, comunidad, grupos culturales, pandillas, etc. (Allen Meares: 1994). Distintos entornos pueden favorecer la adquisición y el desarrollo de conductas prosociales, o antisociales si privan al adolescente de las habilidades necesarias y de la información que requiere para imitar, desarrollar y satisfacer cada una de las necesidades de la juventud. Los jóvenes que se desarrollan en ambientes desfavorables, carecen de los satisfactores necesarios para cubrir sus requerimientos bio-psico-sociales y se encuentran en riesgo de presentar los eventos que son el objeto del presente estudio.

En las grandes urbes sus muchos habitantes presentan numerosos estilos de vida que comparten una característica: privar al adolescente de la atención de los adultos y ésta es una de las causas por las que los jóvenes se sienten solos. Por otra parte, las recurrentes crisis económicas requieren la plena dedicación al trabajo de los mayores a fin de encontrar los medios para la subsistencia.

Cualquiera que sea la causa, el adolescente se encuentra solo y la compañía de sus iguales es la solución natural de sus problemas. Nacen así las "pandillas", grupos organizados que realizan diversas actividades que influirán poderosamente en el porvenir de sus miembros en forma positiva o negativa. Entre las necesidades del adolescente, destaca la necesidad de reconocimiento, (Berne: 1965). Para satisfacer esta necesidad, el joven necesita ser reconocido y aceptado, no solamente por sus iguales (pares), sino también por todo su grupo social.

Las mayor parte de la morbilidad en la adolescencia tiene su origen en el consumo de drogas, la actividad sexual y los accidentes (Irwin: 1993), en tanto que las mayores tasas de mortalidad en los adolescentes se presentan a consecuencia de actos traumáticos: accidentes, suicidio y homicidio. Los varones superan a las mujeres en el riesgo en proporción 2 a 1.

Los riesgos a los que se atribuye la mayor parte de la morbilidad y la mortalidad en los adolescentes pueden clasificarse en cuatro grupos:

1. Factores demográficos. Los factores considerados en este epígrafe incluyen el género (masculino), el tipo de familia (desintegrada: no vive con sus padres biológicos), bajo ingreso familiar (en los estratos mas pobres de la población), bajo

estrato sociocultural (familia con escasa cultura y baja clase social) y alta movilidad (la familia se ha mudado dos o mas veces en los últimos cuatro años) (Saner: 1996).

DuRant y col agregan: estado civil ( los solteros son mas vulnerables), afiliación religiosa (la religiosidad puede actuar como un factor protector), si viven con familiares (es mayor la vulnerabilidad cuando se vive solo), el orden de nacimiento (primogénito, el mas joven, hijo único o hijo intermedio) y quién es el cabeza de la familia (padre, padrastro, abuelo, madre, abuela, tía o vive solo) (DuRant: 1994)

2. Eventos negativos en el curso vital. Para medir este factor se toman en cuenta los acontecimientos ocurridos durante los últimos dos años en la vida familiar: separación o divorcio de los padres, nuevo matrimonio, muertes en la familia o pérdida de los ingresos familiares. (Saner:1996)

3. Conductas riesgosas. Se incluyen los factores siguientes: involucramiento con drogas prohibidas (usarlas precozmente o venderlas), delitos mayores no violentos (incendio, entrar en un automóvil o en una casa sin permiso del dueño), salirse de la escuela, delitos menores (apuestas, desorden público, llamadas obscenas), empleo de más de 30 horas a la semana.

4. Factores ambientales. Aquí se aprecian variantes como la percepción alta de uso de drogas en los padres o amigos (grandes fumadores, uso de marihuana, alcohólicos), orientación académica negativa (malas calificaciones), actitudes e intenciones negativas sobre la escuela y los padres, baja religiosidad (escasa importancia e influencia de la religión en la vida cotidiana), escaso cariño y apoyo de los padres y escaso sentido de las conexiones y apoyo de los padres. (Saner: 1996).

### **Lesiones intencionadas y no intencionadas.**

Los adolescentes tienden a ser bruscos y a tener una intensa actividad física, pero carecen de la destreza necesaria para evitar lesionarse y/o lesionar a sus compañeros. Los juegos, accidentes en vehículos de motor, riñas y ataques de violencia son los responsables de gran parte de la mortalidad y la morbilidad que se presentan a esa edad.

La violencia consiste en el uso intencional de la fuerza física contra otra persona o contra uno mismo que, con frecuencia puede resultar en daño o muerte. La violencia incluye actos suicidas y violencia interpersonal como la violación, asalto, abuso de niños o abuso de los mayores sobre los más pequeños. La violencia fatal resulta en suicidios y homicidios. (DuRant 1994)

El término violencia ha sido utilizado para designar dos componentes: conductas (que

producen daños) y desenlaces ( las lesiones resultantes y otros daños). Se suele usar el término para referirse a una particular clase de conducta que produce daño. Por consenso, la comunidad internacional de salud pública se refiere a los daños provocados por actos violentos como "daños intencionales" (Rosemberg:1992)

### *Amplitud del problema*

La amplitud del problema se encara de maneras diversas de acuerdo con el autor:

La tasa de homicidios es tomada en cuenta lo mismo por DuRant que por Cotten

El número de crímenes cometidos contra los adolescentes de acuerdo a la encuesta nacional de crímenes se ha considerado en diversos países como Canadá y los Estados Unidos de América. Ultimamente también ha surgido ese interés en México. (López: 1997). Los resultados en éste último país pueden consultarse en las tablas que se encuentran en el capítulo anexo: Gráficas y Tablas.

### *Medidas de la violencia*

Saner estableció seis tipos de conducta violenta:

1. Peleas entre pandillas
2. Uso de la fuerza para adueñarse de dinero u objetos de otras personas.
3. Portar un arma oculta.
4. Atacar a alguien con la idea de lastimarlo seriamente o matarlo.
5. Golpear o amenazar a alguien de la familia
6. Golpear o amenazar a alguien fuera de la familia.

Con estos tres ítemes se construyó una escala de violencia de la manera siguiente:

GRADO I: Violencia difusa ("any violence", de acuerdo con Saner) que consiste en presentar positivo uno de los factores de riesgo.

GRADO II: Violencia relacional ("Molestar persistentemente"), que consiste en golpear tres o mas veces durante el año pasado a miembros de la familia o amigos.

GRADO III: Violencia predatoria ("Violencia seria") consiste en responder positivamente a los cuatro primeros tipos de conducta violenta: peleas entre pandillas, portar un arma oculta, usar la fuerza para adueñarse de lo ajeno y atacar a alguien para lastimarlo seriamente o matarlo.

Saner operacionalizó en escalas sus factores de riesgo que luego utilizó como variables dicotómicas en su análisis estableciendo puntos de corte diseñados para asegurarse de la baja prevalencia de un factor de riesgo predeterminado. Después se crearon escalas ordinales que contaron el número de factores de riesgo para cada uno de los encuestados. DuRant creó una escala de siete puntos a partir de los que construyó una “escala de violencia” que iba de cero a siete. Este equipo de investigadores también se ocupó de la victimización y la exposición a la violencia. Para medir la violencia doméstica elaboró una escala que puede señalar desde un conflicto familiar de baja intensidad hasta el conflicto familiar muy intenso. (Durant, 1994). Cotten, para un análisis de regresión logística, construyó variantes dicotómicas: participante en peleas escolares (0 = no, 1 = sí), escuela. (0 = escuela A, 1 = escuela B), género (0 = masculino, 1 = femenino), edad (edad en años cumplidos), pobreza (0 = no, 1 = sí). Este investigador utilizó la razón de momios como los intervalos de confianza (95%). Los registros escolares por suspensión por peleas fueron modelados de la misma manera. (Cotten:1994)

#### *Prevalencia de las conductas violentas*

Los resultados obtenidos en éstos estudios (en particular el de Saner), muestran que, un poco más de la mitad de la población encuestada (el 53%) se habían involucrado en, al menos un tipo de conducta violenta en los últimos doce meses, y casi la cuarta parte golpeaban a amigos y familiares. También, uno de cada cuatro encuestados (el 23%) se había involucrado en al menos un tipo de violencia predatoria

Los varones se encontraron involucrados en mayor grado que las muchachas en actividades violentas, (la razón fue entre 2 y 5 veces más frecuente en los varones); pero los eslabones entre el género y la violencia fueron más estables; considerando las formas más predatorias de las conductas violentas la proporción se mantuvo estable: uno de tres varones y una de diez muchachas.

#### *Importancia de los factores de riesgo encontrados*

Se ha podido determinar la importancia que, como predictores tienen los diversos factores de riesgo, los que a continuación se detallan:

1. Las suspensiones por peleas entre alumnos; no resultan muy útiles, porque dependen en mucho, de las autoridades de la institución quienes pueden tener distintas políticas: castigar mas a los estudiantes pobres u otros sesgos.
2. El género es un buen predictor de la violencia. El involucramiento en las peleas escolares es más frecuente en los varones (47% en el estudio de Cotten) que en las

adolescentes (26% en el mismo estudio).

3. La edad también fue un buen predictor en el estudio conducido por Cotten que encontró que, con el aumento de la edad, los niños mostraban conductas agresivas con mayor frecuencia y variabilidad..

Diversos investigadores han elaborado una escala de violencia en la que aparecen actos como riñas, golpear personas, golpear o dañar cosas y presenciar escenas violentas en la familia.

### **Abuso de sustancias tóxicas**

El uso de drogas entre los adolescentes y adultos jóvenes ha llegado a ser un riesgo de salud cada vez mayor que no solamente preocupa a los enterados, sino a los gobiernos y al público en general. Contrariamente a la creencia de algunas personas no enteradas, los adolescentes que usan drogas no están necesariamente enajenados o en rebelión, ni necesariamente perturbados emocionalmente (aunque pueden estarlo). Muchos de ellos son simplemente "buscadores de emociones", otros toman drogas con el fin de "demostrar su valor", algunos mas para aliviar su soledad, para experimentar una emoción o, en última instancia, para buscar el significado de la vida.

Generalmente se considera que el alcohol y el tabaco no forman parte del problema de las drogas; esta opinión no puede sostenerse ya que ambos presentan las mismas características de dependencia, tolerancia y abstinencia características de las otras drogas.

Nuestra cultura divide a las drogas en legales (aparentemente inocuas) e ilegales (que probablemente producen mayor daño). En realidad no existe una base lógica para tolerar unas y prohibir las otras. Fumar tabaco conlleva un aumento del riesgo de mas enfermedades mortales que probablemente cualesquiera de las otras drogas y la embriaguez, aparte del riesgo de cirrosis, es una de las causas mas importantes de conducta antisocial, superior a la que se le adjudica a la marihuana.

El uso del alcohol constituye un verdadero problema en la mayoría de los países del mundo, aunque suele soslayarse con frecuencia. El alcohólico es un personaje visto con simpatía (es cómico), en ocasiones con desprecio (es un vicioso), o con preocupación (es un enfermo). Ninguno de estos enfoques ha sido capaz de detener el aumento alarmante en el número de alcohólicos que empiezan a beber en edades mas tempranas.



Tampoco, hasta épocas recientes, se había considerado al tabaco como una droga peligrosa; los actores y actrices de los filmes de la primera mitad del siglo regularmente fumaban y se relacionaban entre ellos pidiendo fuego para encender un cigarrillo. Todas esas imágenes presentaban al espectador una apariencia de sofisticación o virilidad y fumar era una de las características distintivas de la adultez y sus privilegios.

La publicación de diversos informes científicos adversos al tabaco ha desatado una verdadera persecución contra los adictos a los que se ha llegado a segregar en los lugares públicos como restaurantes, espectáculos, escuelas y otros. ¡Pero la gente sigue fumando! Mas aún, ¡muchos jóvenes aprenden a fumar todos los días! Es evidente que las necesidades que satisface el tabaco: imagen, relajación, bienestar, etc. siguen vigentes en esta época.

Un subproducto de nuestra tecnología consiste en la utilización de los pegamentos y otras sustancias volátiles como drogas. La utilización de estos productos químicos se debe a que, de inmediato, producen una sensación de euforia: animación e hilaridad; dosis mayores provocan confusión: lenguaje torpe, marcha inestable y pérdida de contacto con la realidad. Todas estas propiedades hacen que el consumo de la sustancia sea altamente deseable para los adolescentes mas pobres de la gran ciudad, que forman la legión de adictos.

La marihuana era, durante la primera mitad del siglo, una costumbre de las clases humildes del país hasta que la redescubrieron los hippies y otras subculturas durante el sexto decenio del siglo. Desde esa época el consumo de la droga experimentó un ascenso en el consumo que se ha mantenido constante porque, al decir de los usuarios, es un buen ansiolítico que además proporciona una distorsión sensorial que permite al consumidor sentirse creador y liberarse del hambre. Algunas personas sostienen que la marihuana es una de las drogas con menor potencial dañino y han llegado a buscar su legalización, pero los partidarios de la prohibición responden con horrorizada indignación, por lo que el debate no se ha conducido con racionalidad.

Existen otras drogas de abuso como la cocaína y las anfetaminas, que producen euforia, son mas caras y se consiguen con algo mas de dificultad (el precio es importante para estos adolescentes pobres). Sin embargo son utilizadas por esta población escolar con escasa frecuencia. Las anfetaminas se denominan con el apodo de "Roches" sin que se sepa, si existe, la relación con la compañía farmacéutica.

A partir del decenio de los setentas, en los EE UU se incrementó el consumo de sustancias de abuso; la marihuana, cocaína y otras sustancias peligrosas formaron

parte de un nuevo estilo de vida. El poder económico del consumidor estadounidense provocó el florecimiento de una poderosa industria ilegal destinada a proveer de drogas a los adictos de ese país. Pronto este estilo de vida arraigó también en México, afectando sobre todo a los adolescentes. Los trabajos de muchos investigadores mexicanos han permitido cuantificar el enorme problema que el abuso de sustancias tóxicas produce en los mexicanos. (Tapia: 1992)

El Centro de Información en Farmacodependencia (DIES) del Instituto Mexicano de Psiquiatría en una comunicación de junio de 1996 informó que tiende a aumentar en consumo de benzodiazepinas, antidepresivos, anfetaminas y sobre todo, de la cocaína. La marihuana y los inhalables no manifestaron cambios significativos en sus tendencias. (López: 1997)

Un estudio ordenado por el Gobierno de los Estados Unidos y publicado en la internet (US Government Office of Technology Assessment: 1994), plantea muchas de las preguntas que a todos nos agradaría contestar: ¿Usan las personas en primer lugar una sustancia ( e. g., alcohol o tabaco) y solamente después usan otra ( e. g., cocaína o heroína)? ¿Son estas etapas en el primer uso de las diferentes sustancias similares a través de otras culturas? ¿El uso de una sustancia (e.g. marihuana) aumenta directamente las probabilidades del uso posterior de otra sustancia ( e. g., heroína)? O, ¿ésta progresión es provocada en mayor grado por otros factores mediadores, tales como múltiples problemas de comportamiento? Si así, podrían estos otros problemas contribuir a uso posterior de ciertas sustancias hasta en ausencia del uso de las sustancias usadas con anterioridad?

La pregunta básica planteada por la fuente antecitada, consiste en determinar si existen etapas caracterizables en la iniciación del uso de diferentes sustancias; éste tópico se ha estado estudiando en los Estados Unidos así como en Israel y Francia. Aunque los resultados de los diferentes estudios presentan variaciones, al parecer sí existe una secuencia que se presenta con mucha frecuencia: en ésta, se empieza usando alcohol y cigarrillos, a continuación se pasa a usuario de marihuana y, por último, se usan otras drogas ilícitas. Se han encontrado variaciones dentro de esta secuencia básica de acuerdo al sexo, grupos raciales y étnicos y culturas diferentes. La idea fundamental de que, el uso de algunas sustancias aumenta la probabilidad de usar otras, ha llevado a varias hipótesis como las siguientes:

#### *La hipótesis del escalón*

En su forma más extrema, esta hipótesis llamada "de escalón", afirma que el uso de marihuana frecuentemente o casi siempre lleva a la comisión de crímenes violentos,

así como al uso de otras sustancias ilícitas y mas peligrosas. Esta hipótesis nunca se ha demostrado. Una versión temprana de la hipótesis del escalón apareció al empezar el siglo actual, cuando se presumió una progresión de tabaco a alcohol y posteriormente al consumo de la morfina. Esta supuesta evolución se utilizó como argumento para prohibir tanto al alcohol como al tabaco. Los críticos de la hipótesis adujeron que no existía ninguna evidencia significativa de que el uso de estas sustancias provocara la progresión de una a la otra; más bien, algunas personas son más propensas al uso de muchas sustancias. También, el considerar al consumo de la marihuana como un crimen puede haber provocado algunos usuarios de marihuana cambiaran a otras sustancias de abuso a través del contacto con la subcultura de usuarios ilícitos .

#### *La hipótesis del umbral*

Más recientemente, se ha expuesto una hipótesis más moderada, la hipótesis de entrada o de umbral. (US Government Office of Technology Assessment: 1994)

La asunción básica de esta hipótesis consiste en que, el uso de las “sustancias seguras” aumenta un poco las posibilidades de progresión al uso de otras drogas. Por ejemplo, la misma fuente cita un estudio longitudinal en hombres que habían utilizado tanto alcohol como cigarros a los 15 años de edad, quienes presentaron un riesgo mayor en 52% de utilizar marihuana, comparándolos con hombres que nunca habían consumido alcohol o cigarros hasta los 25 años de edad. En las mujeres, aumentó la probabilidad de consumir marihuana entre las usuarias de alcohol y tabaco en 46 % comparadas con las abstemias. Igualmente, para la siguiente etapa, los hombres que habían fumado marihuana a los 15 años de edad presentaron un 68% de mayor oportunidad de iniciar el uso de otras sustancias ilícitas, comparados con aquellos que nunca fumaron marihuana. En las mujeres, se incrementó la probabilidad al 53 %.

#### *Uso Temprano y Frecuente*

Una versión aun más restringida, que puede aumentar nuestra capacidad de predecir, sugiere que el uso temprano y frecuente aumenta la probabilidad de cambiarse a niveles posteriores en la secuencia. Por ejemplo, algunos investigadores han informado que, el uso temprano de sustancias se asocia con el uso problemático posterior.

#### *No usar una Sustancia en una Etapa Anterior*

Otra hipótesis propone que la evitación del uso de una sustancia en una edad temprana reduce las oportunidades de uso posterior de otras sustancias. Un estudio longitudinal ha encontrado que las posibilidades de que una persona que nunca haya

utilizado marihuana llegue al nivel de utilización de otras sustancias ilícitas es muy baja. Este hallazgo corrobora las conclusiones que se habían alcanzado con anterioridad con base en un estudio transversal. (US Government Office of Technology Assessment: 1994)

Existe una verdadera avalancha de trabajos sobre el tema del inicio de las dependencias que ocurre, en forma regular, durante la adolescencia. En México son particularmente notables por su frecuencia y extensión, los trabajos de la investigadora María Elena Medina Mora, del Instituto Mexicano de Psicoanálisis, coautora de la importante y básica "Encuesta Nacional de Adicciones" efectuada en 1991. En estos trabajos se encuentran numerosas variables identificadas como "factores de riesgo" para la dependencia como son: el género (masculino), la edad (máximo entre 15 y 17 años), conducta de los padres, tipo de familia, presión de los pares (pares aquí significa "compañeros"), disponibilidad de la sustancia que piensa usarse, etc.

En 1991 se reportan datos de 0.75% para uso de las anfetaminas como promedio nacional; este promedio fue de 0.88 para los inhalables y 0.39 para la marihuana en estudiantes que asisten a la secundaria y el bachillerato. (Medina Mora; 1991)

### **Comportamiento sexual**

Los adolescentes inician ahora las relaciones sexuales a edad más temprana que las generaciones inmediatamente anteriores a ellos, unos investigadores (Cunningham y Boulton, 1996) citan la opinión de que "la mayoría de los adolescentes, independientemente de su cultura, son sexualmente activos antes de los veinte años, aunque sus padres sean reacios a admitirlo".

La llegada del fin de siglo, la epidemia del SIDA, el aumento en la violencia sexual y la preñez de las adolescentes, son eventos que nos han vuelto conscientes de la sexualidad adolescente, que se tendía a minimizar. El embarazo en las jóvenes de corta edad es un fenómeno derivado del comportamiento sexual de los adolescentes.

Al parecer existe una tendencia mundial de aceleración en la aparición de la menarca mientras que, en el mundo occidental se han liberalizado las restricciones sexuales y existe la posibilidad del acceso a los anticonceptivos. Estos factores han favorecido la iniciación temprana de las relaciones sexuales a una edad en la que los jóvenes carecen de la madurez física, emocional y social para afrontar las consecuencias de la misma. La edad promedio para la menarca en el país oscila entre 12.6 y 13.7 años (García Baltazar: 1992). En las comunidades desnutridas la aparición es más tardía. La

edad en la que la mujer inicia su vida sexual en México, varía de acuerdo con las fuentes; García Baltazar cita dos estudios: uno en jóvenes universitarios y otro en dos delegaciones del Distrito Federal. En el primer caso la iniciación promedio de la vida sexual activa fue de 19 años y en el segundo de 17 años. El mismo investigador afirma que, cuatro años después de la menarca, el 66% de las muchachas han iniciado su actividad sexual, mientras que, para Cunnigham y Boulton (Cunnigham y Boulton, 1996) de este fenómeno depende la clasificación de la adolescencia en temprana y tardía y afirman que, dos años después de la misma comienza la edad reproductiva óptima. Anticipándose a la objeción de que existen niñas que menstrúan desde los nueve años o antes, afirman que, si bien desde el punto de vista médico una niña de once años embarazada no sufriría problemas, el producto tendría una masa corporal muy pequeña (menor a 2,500 g) y que, la mortalidad infantil, se encuentra en relación directa con el bajo peso al nacer.

Estos autores efectuaron una revisión bibliográfica sobre el fenómeno citado de la aparición temprana de la menarca y citan un estudio de 1985 que atribuye el evento al aumento en la exposición a las feromonas masculinas que es el resultado de que la mujer de nuestros tiempos salga a trabajar, mientras que los varones aumentan su presencia en el hogar debido al acortamiento de sus horarios de trabajo.

Medina Mora da como promedio 17.3 años en las mujeres y a los 18.7 en varones del área metropolitana. Susan Pick (Pick de Weiss: 1994) dice que las mujeres empiezan a los 16 años. En todos estos estudios (excepto el de Langille efectuado en Canadá) los hombres son más precoces con edades promedio entre los 15 y los 17 años.

Se calculó que, durante el año de 1997 se presentaron 500,000 nacimientos en mujeres menores de 20 años (10 al 12% del total de partos). La mortalidad materna en este grupo es de 3.4 defunciones por 10,000 nacidos vivos (6% mayor que en el grupo de 20-24 años); la mayoría de estas madres jóvenes desconocían cómo utilizar los anticonceptivos. De hecho, sólo el 36% de la población adolescente sexualmente activa utiliza medios para evitar la concepción, los que, enumerados de acuerdo con su popularidad son: hormonales, dispositivo intrauterino, ritmo, coito interrumpido, óvulos y condón. (López: 1997).

Los eventos que se observan en México son diferentes a los que se observan en otros países:

a) Tubman (Tubman: 1996) encontró en una población Estadounidense que el 67.4% de su población tenía experiencia sexual: la proporción era mayor en los varones que en las muchachas (66% de los varones y 60% de las jóvenes).

b) Weidenberger (Weidenberger:1996) estudia una población adolescente afiliada a una comunidad religiosa fundamentalista (los adventistas del séptimo día). En esta población, el 21.6% era sexualmente activa (24.3 de varones por 19.6% de niñas). En alumnos del grado 9 (equivalente a tercero de secundaria) sus resultados fueron de 18.9% de varones y 10% de niñas, 13.8% global.

c) Langille estudia una población canadiense entre los 13 y los 15 años de edad (Langille:1994), en ellos encuentra que el 40 % de su población era sexualmente activa.

d) En el mismo estudio se afirma que, el 26% de jóvenes del noveno grado en Canadá han tenido experiencia sexual.

E) También se refiere a un estudio realizado en 1992 que afirma que el 39.6% de los jóvenes del noveno grado, poseen experiencia sexual. (Langille:1994)

¿A que se debe esta disparidad en los resultados?. Un estudio de Aneshensel cita una interesante explicación puesto que evaluó las diferencias étnicas en la primera ocurrencia de eventos relacionados con la fertilidad entre las poblaciones adolescentes femeninas blancas no hispánicas y las de origen méxico-americano. La población méxico.americana, nacida en México, presenta la más baja tasa de intercurso sexual temprano, pero la más alta tasa de nacimientos tempranos, la causa de este evento radica en que, una vez que estas chicas tienen vida sexual activa es más probable que se embaracen y permitan que el embarazo llegue a su término. Por otra parte, las mujeres de raza blanca, pero no de ascendencia hispánica presentan la tasa más alta de actividad sexual precoz, pero la más baja tasa de nacimientos tempranos; esto sucede porque estas jóvenes recurren con mayor frecuencia a la interrupción del embarazo. La población méxico-americana nacida en los Estados Unidos, presenta cifras intermedias entre los otros dos grupos; el inicio de la actividad sexual se retarda, pero esta demora no se convierte en embarazos y nacimientos tempranos. El matrimonio temprano entre los méxico-americanos nacidos en México explica gran parte de la diferencia étnica en fertilidad temprana (Aneshensel: 1990).

Otros factores de riesgo que se han señalado en los diversos estudios sobre el tema son: la decisión de las jóvenes de tener un hijo como un factor estabilizador de su curso vital, el trasfondo cultural y la presión de los pares (amigas).

### **Estado actual del conocimiento**

Al parecer, el resultado de todos estos estudios muestra coincidencias notables: cuando existen factores de riesgo para uno de los eventos señalados, también se

presenta riesgo para otro de los mismos. Es más probable que consuma alcohol quien fuma que quien no lo hace y el violento consumirá drogas con mayor frecuencia que el no violento. (Langille:1994).

Otros autores hablan de que esta asociación entre los diversos problemas puede conceptuarse como un "síndrome de desviación generalizada" (Tubman :1996). Weinbender (Weinbender,1996) atribuye este concepto a Jesser (1975) quien sugiere que la aparición de una o mas de estas conductas (consumo de drogas, violencia, actividad sexual), predice la aparición de las otras conductas en el término de un año.

En realidad existe una preocupación mundial sobre estos temas que se expresa en los numerosos artículos y libros que existen sobre el tema.

La controversia que existe en la actualidad se centra en si la marihuana es el eslabón débil que debe romperse para interrumpir la secuencia que lleva a mayores males. La mayoría de los investigadores está de acuerdo en que fumar marihuana es uno de los pasos hacia el consumo de drogas "fuertes", pero tal paso no es obligado y si lográramos erradicar el consumo de marihuana, no por eso dejarían de consumirse otras drogas más potentes.

Otra controversia se refiere al embarazo en las adolescentes. En muchos casos las jovencitas desean embarazarse como una forma de evadir un mal hogar o un pobre desempeño académico y la labor de la persona que quiera prevenir este problema consiste en la presentación de alternativas más deseables que la maternidad temprana. En muchas ocasiones la adolescente no desea formar una pareja estable con el padre de su hijo y el matrimonio no resuelve el problema, más bien lo agrava. En nuestro país, el Consejo Nacional de Población señala que "la tasa de fecundidad ha pasado de cerca de 150 a 74 en los últimos 20 años", sin embargo permaneces muy altos porque se ha incrementado la población adolescente y porque ha disminuido la fecundidad de las mujeres de mayor edad. (Stern, 1998)

El estado mexicano ha establecido la política de posponer, en lo posible, los embarazos en las mujeres de escasa edad. La aplicación de esta política corresponde a la Dirección General de Salud Reproductiva de la SSA, institución que ha implementado el programa de "Atención a la Salud Integral y Reproductiva para Adolescentes". El IMSS ha diseñado y aplicado un programa propio: el "Programa Coordinado de atención al Adolescente". Los otros servicios de salud del país no han permanecido al margen aunque no han desarrollado programas específicos.

Sin embargo, los responsables de estos programas señalan que: "los adolescentes

(ellos y ellas), no suelen identificar a las instituciones de salud como lugares para buscar consejería sobre sexualidad y elección de pareja” (Stern:1998).

De hecho la preñez no es más que una de las manifestaciones de la sexualidad adolescente que es un fenómeno normal de la existencia y que, si hablamos de prevención es solamente porque en nuestra sociedad el embarazo temprano presenta desventajas tanto para la madre como para el niño.

La violencia, en cambio constituye un problema al que no se le encuentra solución al menos por el momento. Constituye un innegable progreso la aplicación del enfoque de riesgos a la solución del problema (Rosemberg,1992) pero este enfoque todavía no ha dado frutos porque sólo hace poco tiempo que se empezó a emplear y antes se consideraba que era un problema de policía y represión, cuando no de solucionar los problemas con una mayor violencia.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conociendo las amenazas que se ciernen sobre los adolescentes, los encargados de protegerlos: servicios de salud, autoridades escolares y los mismos padres de familia tienen, no solamente el derecho, sino también la obligación de preguntarse si un adolescente o un grupo de ellos se encuentra en mayor peligro de incurrir en estos tipos de conducta riesgosa.

Con el objeto de satisfacer esta necesidad, es necesario responderse a las preguntas siguientes:

¿De qué manera es posible conocer dentro de una población escolar, la magnitud de la subpoblación más vulnerable para el uso de drogas, presentar conducta violenta o involucrarse en conductas sexuales riesgosas?

¿Cuáles son los factores de riesgo que pesan con mayor intensidad en la decisión de los adolescentes para involucrarse en conductas riesgosas?

Una vez que estas preguntas se respondan será posible encontrar el eslabón más débil, susceptible de romperse, y proteger a la población en riesgo.

### Objetivos de la investigación

#### Objetivo general:

Identificar los subgrupos poblacionales con mayor riesgo de presentar conductas violentas, adicción a las drogas y embarazos tempranos, dentro de una población de adolescentes.

#### Objetivos específicos

- (1) Identificar y jerarquizar los factores de riesgo para el uso de las diversas drogas y sustancias de adicción en la población encuestada y jerarquizarlos de acuerdo a su importancia
- (2) Identificar y jerarquizar los factores de riesgo para el inicio temprano de la actividad sexual.
- (3) Identificar y jerarquizar los factores de riesgo que, para el uso de la violencia, se encuentre presentes en la población encuestada.

### Justificación

Al promediar el año de 1997, la población total de la República Mexicana se calculó

en 91.1 millones de personas (López 1997). De este número tan grande, el 23.2% corresponde a personas en el segundo decenio de la vida, es decir 25.4 millones de personas. Este grupo poblacional corresponde a la adolescencia y la primera juventud.

Estas etapas de la vida son de gran trascendencia para el ciclo vital humano; durante estos años toman forma definitiva muchas de las características del adulto, particularmente las referidas a su estilo de vida que determinarán el desgaste del organismo y las enfermedades que lo aquejarán.

La información disponible sobre estos problemas también se ha agigantado. De la pobre información disponible hace tan sólo 20 años, se ha pasado a una avalancha de artículos y comunicaciones tan abundantes que ya resulta una hazaña catalogarlos y probablemente sea imposible encontrarlos, revisarlos y sistematizarlos en su totalidad.

Estos conocimientos nuevos no han mejorado los sistemas de salud a los que pueden acudir la mayoría de los adolescentes. Con la excepción de los más modernos y caros, los sistemas mexicanos de salud no fueron diseñados para enfrentar los complejos problemas bio-psico-sociales finiseculares que presenta el proceso salud-enfermedad en las grandes metrópolis del presente que han crecido desordenadamente y, debido a las muchas crisis económicas que ha padecido el país, carecen de los recursos necesarios para cumplir con eficacia sus funciones.

## METODOLOGÍA

### Población

La población objeto de estudio son los adolescentes que asistían a la Escuela Secundaria 131. "Belisario Domínguez", durante el ciclo escolar 1996-1997 en ambos turnos. N= 1194.

La Escuela "Belisario Domínguez", se encuentra situada en la intersección de las calles 1-E y 28-A, de la colonia San José de la Escalera, en la Delegación Gustavo A. Madero, del Distrito Federal. Su población está compuesta por familias de la clase media y, en forma principal, por personas de muy bajos ingresos: obreros, artesanos, comerciantes en pequeño, empleados, etc.

Existe una iglesia, un mercado, varias escuelas primarias y una escuela secundaria, que es el objeto de este estudio.

La escuela secundaria tiene 27 años de edad y una larga y honorable trayectoria con alumnos que la han prestigiado. Conforme la población ha envejecido las familias tienen menos niños y disminuye la inscripción. Los alumnos inscritos pueden caracterizarse de varias maneras: son pobres, son bruscos en su forma de intimar y resolver sus diferencias. Presentan muchas carencias. En nuestra muestra, 71 de 245 alumnos carecían de padre (el 29%).

La composición escolar de la población escolar de la Escuela Secundaria 131, en ambos turnos se resume en la tabla 4 y se expresa en la gráfica 1

Puede apreciarse en ésta gráfica que la población total de la escuela comprende 4 subpoblaciones, la mayor de ellas es la de mujeres que asisten al turno matutino, mientras que la mas pequeña son las mujeres del turno vespertino. El turno matutino tiene mas alumnos y es el preferido por la población, en el caso de poder elegir.

### Diseño de la investigación

El Diseño de investigación consistió en un estudio observacional, transversal y analítico de casos y controles en el cual se consideraron como casos quienes presentaban factores de riesgo y controles quienes carecían de dichas características.

Es un estudio observacional, porque se limita a contemplar lo que ocurre sin intervenir en el desarrollo de los hechos; transversal porque ocurre en un solo momento y analítico ya que relaciona variables independientes como sexo, edad, escolaridad, turno y exposición con variables dependientes como son: el consumo de

drogas, el uso de la violencia y la paternidad temprana. En las ciencias sociales y el estudio de la conducta humana es muy difícil, y quizá no muy ético, aislar una sola variable para aplicar el método experimental.

La fundamentación de la propiedad de este diseño se encuentra en los libros de Rothman quien establece que: "El tipo de estudio propio para la identificación de los factores de riesgo es el estudio de casos y controles puesto que compara tasas de ataque entre los casos (expuestos a los factores de riesgo), contra los controles (no expuestos a los mismos)"(Rothman: 1987). Un estudio con la misma metodología, pero enfocado únicamente a la investigación de la conducta sexual fue el efectuado por Weinbender (Weinbender:1996) sobre la actividad sexual en adolescentes adventistas del séptimo día. Todas las variables se expresan en un cuadrado de contingencias de cuatro celdillas, en función de expuestos-no expuestos (al factor de riesgo) *contra* enfermos-no enfermos.

La significación estadística se establece mediante la prueba de chi cuadrada *fundamentalmente* ya que este estadígrafo es apropiado para demostrar que las diferencias entre dos grupos definidos en forma nominal no se deben al azar. Se emplea la prueba exacta de Fisher cuando en alguna de las casillas aparecieron valores menores a 5, como lo requiere chi cuadrada. En el caso de comparar la relación entre dos variantes ordinales, se aplica también el coeficiente de correlación de Spearman.

La regla de decisión es que se rechaza  $H_0$  cuando  $p \leq 0.05$ .

### **Diseño y tamaño de la muestra**

Se decidió utilizar una muestra por cuotas en la que se estuvieran representados los turnos y grados existentes en la escuela. Como en cada turno existen dieciocho grupos (seis grupos por cada grado), se determinó conservar la simetría encuestando a seis grupos por turno, dos por cada grado escolar. La determinación de cual sería el grupo examinado se dejó al azar.

El tamaño de la muestra se determinó por medio de la fórmula  $[n=N/(1+Ne^2)]$ ; donde  $n$  = cantidad de alumnos muestreados,  $N$  = total de la población y  $e$  = error que estamos dispuestos a tolerar. De acuerdo con éste cálculo y tomando en cuenta la población de ambas escuelas, la población encuestada deberá ser entre 165 y 180, lo que equivale a seis grupos de cada turno. En el estudio la muestra fue de  $n= 321$  en vista de que se encuestaron grupos completos.

El criterio de inclusión consistió en ser alumno de la Escuela Secundaria 131 en cualquiera de sus turnos y pertenecer a uno de los grupos sorteados para el muestreo,

que en este caso fue aleatorio. Cada grado en cada uno de los turnos estuvo representado por dos grupos para cada grado, por lo que, en esta parte, la muestra fue por cuotas.

Se excluyeron del estudio a los alumnos que voluntariamente no quisieron resolver el cuestionario o a quienes lo resolvieron en forma incompleta, particularmente en quienes no se pudieron identificar el género, la edad y otros datos esenciales.

Puede observarse en la antecitada gráfica 1 que, de las subpoblaciones encontradas predominan las de 13-14 años en ambos turnos, seguidos por los de 15-16 años. Son raros los casos de más de 16 años aunque se encuentra un caso de 19 años. Algunos de los niños de primer año tienen entre 11 y 12 años.

### Unidad de investigación

Se encuestó a una muestra de los alumnos de la escuela secundaria 131 entre 12 y 19 años de edad, que asisten a cualquiera de los turnos y que voluntariamente se prestaron a responder la encuesta. Se excluyeron de la muestra a las encuestas que no fueron respondidas o les faltaron datos importantes como el género y la edad. El turno y el grupo no fueron causa de eliminación, porque su conocimiento no dependía de la respuesta del alumno, sino del número de folio.

Los grupos de estudio (casos y controles) se ajustaron con cada una de las variables dependientes (tabaquismo, etilismo, adicciones, violencia y actividad sexual), pues quienes presenten estas conductas serán considerados casos y quienes no los presenten serán los controles.

### Hipótesis

Las hipótesis son, en último análisis, dudas lógicas sujetas a comprobación. Cuando se presenta un fenómeno en el universo, los seres humanos buscan de momento establecer la causa o causas que lo originan, es decir, hipotetizan. El carácter de las hipótesis dependerá de la formación de quien las formule. En este trabajo se plantean hipótesis que pueden ser sometidas a comprobación, coherentes con los conocimientos proporcionados por las disciplinas científicas y con poder explicatorio o predictivo; las hipótesis que reúnen estas características se denominan "*hipótesis científicas*".

La premisa fundamental, consiste en la ausencia del azar, o del destino en la presentación de un fenómeno tal como una conducta de riesgo. Si existen factores que la provoca su aparición es posible destacarlos y modificarlos. Los seres humanos

pueden considerarse como unidades biopsicosociales, esto es, que las condiciones sociales producen impactos en la biología de la misma manera que ésta influye en la conformación de las sociedades humanas.

Dentro de esta línea de trabajo se considera que todo fenómeno en el universo es producto de muchas causas y sólo se presenta cuando ocurren varias condiciones. Para explicarse el que unos seres humanos consuman alcohol y otros no lo hagan se han invocado diversas explicaciones con énfasis diversos: biológicos (un gene del alcohólico), psicológicos (fijación a la etapa oral del desarrollo) y sociales (los que se toman en este estudio).

Las consideraciones anteriores son necesarias para comprender el por qué aún no se aclara el misterio de la conducta humana ya que solo comprendemos algunos de sus determinantes.

La mayoría de las hipótesis sobre este tipo de conductas han emanado de estudios anteriores y pueden enumerarse de la manera siguiente:

Favorecen las conductas riesgosas:

1. El género masculino.
2. La familia desintegrada.
3. La pobreza o bajo ingreso familiar.
4. Bajo estrato sociocultural.
5. Conductas riesgosas preexistentes.
6. Percepción de conductas riesgosas en padres, pares (amigos), profesores y sociedad.
7. Orientación académica negativa.

Todas estas hipótesis fueron presupuestas en el estudio e investigadas para buscar su confirmación o desecharse en esta población.

Ya que el estudio es de carácter exploratorio, se espera que los parámetros de la muestra sean semejantes a los obtenidos en estudios similares en poblaciones parecidas. De esta consideración se deriva la hipótesis general del trabajo: La población en riesgo se encontrará entre el 10 y el 15% de los encuestados.

## Variables

En esta encuesta existen varias preguntas encaminadas a descubrir las adicciones del encuestado. Para el tabaquismo se considerará positivo si el encuestado responde que ha fumado más de un cigarrillo el último mes. Se considerará positivo el etilismo cuando se responda que, durante el último mes se ha embriagado o ha bebido más de una vez con los amigos. También si ha tenido uno de los problemas del alcohólico que se preguntan en el reactivo once. En cuanto a las drogas, sólo se considerará positiva la respuesta cuando se responda que se han usado en el último mes o mas de una vez. Las variables dependientes, definidas a nivel conceptual y operacional, son las siguientes:

- . **Fumar:** Definido conceptualmente como consumir cigarrillos. Operacionalmente esta variante se construyó en una escala ordinal con tres grados: abstemio (el que nunca fumó), experimentador, (el que probó con el tabaco, pero no persistió en su intento) y habitual, el que consumió cigarrillos mas de una vez a la semana durante el último mes. Todo esto fue explorado en el reactivo 7 del instrumento.
- . **Etilismo:** Conceptualmente consiste en la ingestión de bebidas alcohólicas. Operacionalmente construimos una variable ordinal cuan cinco grados: abstemio, quien nunca ha bebido ni una copa; bebedor habitual, quien bebe alcohol como una forma de socializar durante ciertos eventos; bebedor habitual, quien bebe repetidamente fuera del ambiente familiar y alcohólico, quien presenta problemas debido a su ingesta de alcohol. Todo esto durante los últimos seis meses y explorado en los reactivos 9 y 11 del instrumento.
- . **Consumo de drogas ilícitas.** Las drogas ilícitas son aquellas que prohíben nuestros códigos, quienes solamente consideran lícitas la cafeína, la nicotina y el etanol. Operacionalmente nuestra variable contiene tres categorías: quienes utilizaron marihuana, inhalantes u otra de las drogas prohibidas más de una vez en los últimos seis meses y quienes no lo hicieron. Reactivos 13, 14 de la encuesta. Consideramos dentro de la categoría de adictos a quienes las han probado dentro del último mes y/o en forma repetida. Reactivo 15
- . **Violencia:** Conceptualmente violencia significa causar daño a alguien por medio de la fuerza física. Operacionalmente utilizamos preguntas sobre riñas escolares y portación de armas. Con las respuestas construimos una variante con los grados siguientes: No violentos, quienes ni se pelean, ni portan armas. Violencia “difusa” a quienes se pelean “uno contra uno”, violencia seria,

participar en otros tipos de riñas y violencia predatoria: la portación de armas.

Actividad sexual: Conceptualmente la consideraremos como la penetración del pene dentro de la vagina independientemente de la existencia de eyaculación. No consideramos en el estudio otras formas de actividad sexual, como el sexo oral, la masturbación, el coito anal y el coito femoral, por su escasa importancia en la concepción. Operacionalmente, la escala completa de actividad sexual, de acuerdo con el estudio canadiense es: 0: virgen; 1: actividades precoitales sin penetración, 2: Un solo acto sexual. 3. Varios actos sexuales y 4. Varios actos sexuales con diversas personas. Haber consumado una relación sexual completa durante el último mes. La actividad sexual se considera en el reactivo 21

Género (sexo): constituye un elemento personal del rol masculino, capaz de preñar a una mujer o femenino, capaz de ser preñada por un varón. El género se investiga en la pregunta 1.

Edad: el número de años transcurrido desde el nacimiento; en nuestra muestra se encuentran edades entre los 11 a los 19 años. El sexo se inquiriere en la pregunta 2.

Grado escolar: 1º, 2º o 3º de secundaria. El grado se averigua de acuerdo al número de folio

Turno: matutino o vespertino. El matutino funciona de las 7:30 hs a las 13:00 hs y el vespertino de las 14 hs a las 20:10 hs. El turno se averigua también por el número de folio.

Bajo rendimiento académico: Corresponde al primer cuartil de una curva de distribución normal del promedio de promedio de calificaciones. En otros estudios, y en nuestra muestra, el primer cuartil llega al siete de calificación. El rendimiento académico se pregunta en el reactivo 6.

Estructura familiar: se refiere a la organización e integrantes de la familia en donde vive el adolescente. Particularmente en su liderazgo que tradicionalmente se atribuye al padre. Operacionalmente consideramos como "familia integrada" a aquella en la que existe una pareja que convive bajo el mismo techo con el encuestado. Esta situación se pregunta en el reactivo 4

Sostén económico de la familia: quien aporta el dinero necesario para los gastos de la familia. Puede ser uno de los miembros de la pareja o solamente



uno de ellos. En pocos casos ninguno de los dos está ocupado.

Operacionalmente construimos una variante con dos categorías: empleados y desempleados. Vease el reactivo 5

**Violencia intrafamiliar:** El término *violencia* ha sido utilizado para designar dos componentes: conductas (que producen daños) y desenlaces (como las mismas lesiones). Se suele usar el término para referirse a una particular clase de conducta que produce daño. En el seno de una familia pueden producirse diversos tipos de violencia, pero en este estudio solamente se estudia a la violencia física dentro de la familia. (Violencia física intrafamiliar).

Operacionalmente se investiga con varias preguntas: si el alumno es castigado a golpes, con que frecuencia e instrumentos. (Reactivo 18), si el padre es golpeador (reactivo 19) y si el alumno es golpeado por un ebrio (reactivo 20). Sumando estos resultados obtenemos un índice de exposición a la violencia que comprende cuatro categorías: desde 0 (no expuestos a violencia) hasta 3 (severamente violentados).

**Presión de los pares:** Conceptualmente nos referimos a grupos de amigos involucrados en conductas riesgosas. Amigos que fuman, ingieren alcohol, consumen drogas e inducen a los integrantes del grupo, o a los aspirantes a serlo, a comprometerse como integrantes del grupo incurriendo en las mismas conductas. Operacionalmente manejamos este rubro preguntando cuantos forman el núcleo de amigos (reactivo 3) y posteriormente preguntando cuandos de ellos fuman (reactivo 8), beben (reactivo 10) y han experimentado con drogas ilegales (reactivo 14). Las variables que resultan solamente tienen dos categorías. Cuando los amigos presentan conductas riesgosas se considera que existe presión de los pares.

## Instrumento

Se aplicó un instrumento de 27 ítems para recolectar la información a 12 grupos escolares de la escuela antecitada de dos grupos de cada grado escolar elegidos al azar. Los cuestionarios fueron aplicados por alumnos de la carrera de Medicina de la ENEP Iztacala con edad de 19 años en el curso de un día normal de labores. El instrumento se estructuró a partir de reactivos tomados de otros estudios encaminados a discriminar los estudiantes que usan drogas legales (tabaco y alcohol) o ilegales (marihuana y solventes), que presentan conductas violentas o inician precozmente su actividad sexual. También se investiga en el instrumento las conductas del círculo interno de los estudiantes (amigos y familiares) en cuanto al uso

de drogas legales y violencia intrafamiliar.

El antecesor del instrumento se aplicó durante el estudio piloto, solamente contenía 20 reactivos, la mayoría de los cuales se preservaron en la misma forma. Algunos reactivos se eliminaron porque no proporcionaron información útil y otros se añadieron, considerando que nos proporcionarían información útil que no habíamos tomado en cuenta: estos reactivos fueron la composición de la familia, su situación laboral, las calificaciones, los problemas atribuibles al alcohol y el uso de drogas ilegales por los amigos.

### **Validez y confiabilidad**

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en el que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados. (Hernández Sampieri:1991). La validez se refiere al grado en el que un instrumento mide la variable que pretende medir.

Durante el año de 1996, se efectuó un estudio piloto en la misma población tratando de afinar el instrumento que se utilizaría en la investigación. Los resultados fueron presentados en el 2º Seminario Internacional sobre Formación Ambiental, Valores y Corrupción. UNAM, Iztacala y publicados, (Lara Ruiz:1997), en las memorias del evento.

Los resultados publicados difirieron un poco de los obtenidos en esta encuesta. (Ver anexos para comparar los datos obtenidos en ambos estudios). No se produjeron casos en los que un alumno resolviera el mismo cuestionario porque en el estudio piloto se utilizaron los alumnos que terminaban su ciclo secundario. Como solamente respondieron esta encuesta alumnos de tercer año, el procedimiento de selección de los sujetos para el estudio piloto presentaba cierto sesgo hacia la mayor edad cuando lo comparamos con la muestra actual.

### **Procedimiento**

Se elaboró un instrumento de investigación que se aplicó a grupos completos de alumnos de la escuela secundaria 131 "Belisario Domínguez" Este instrumento fue anónimo y aplicado por encuestadores jóvenes, alumnos de la escuela de medicina de la UNAM, Campus Iztacala.

Como el instrumento contiene ciertas preguntas personales e íntimas los encuestados gozaron de libertad de contestarlo o no; aclarando perfectamente que la contestación no les acarreará ningún tipo de problemas ya que es anónima. Quienes no desearan

contestar la encuesta tenían la alternativa de salir del aula o devolverla la hoja sin contestarla. Al reunir las hojas de respuesta se empacaron en un sobre cerrado en el que se anotó turno, grado y grupo. Posteriormente se foliaron las hojas siguiendo el orden: turno matutino, grado y grupo. A continuación se revisaron todas las hojas y se eliminaron las no contestadas. Posteriormente se eliminaron también a las que les faltaba especificar el género y la edad. Con las encuestas restantes se capturaron sus datos en un archivo del programa SPSS para Windows. Versión 6. Mediante este programa se calcularon los elementos descriptivos de cada variable y se calcularon los estadígrafos necesarios para establecer la significancia de los datos obtenidos. Por medio del programa MathCad se calculó el riesgo relativo y la razón de momios para cada uno de los factores de riesgo que se suponía podrían tener influencia en la presentación de las conductas riesgosas: adicciones, violencia e iniciación sexual. La razón de momios obtenida para cada factor de riesgo se tabuló y graficó para demostrar su influencia.

La citada encuesta se aplicó en doce grupos al azar entre los tres grados que asisten a la ya citada escuela en la fecha citada. El aplicador fue un estudiante (femenino, de 18 años de edad) de 3/er semestre de la carrera de médico-cirujano.

Para medir el riesgo se aplicó la metodología prescrita en (OPS: 1986).

1. Se formaron cuadrados de contingencias que relacionaban la conducta riesgosa (presente o ausente) con la presencia o ausencia del factor de riesgo
2. Se practicó la prueba de Chi cuadrada para correlacionar estadísticamente las variables y determinar su significancia.
3. Se calculó la Razón de Momios (RM). Esta medida compara la tasa de ataque de una enfermedad (en este caso una conducta riesgosa) en un grupo de personas expuestas a un factor de riesgo contra las no expuestas. Los valores cercanos a uno no tienen significación, pero conforme el valor se eleva aumenta el riesgo. Por ejemplo, en este estudio, la razón de momios para ser violento de acuerdo al género es de 2, lo que significa que un varón tiene el doble de riesgo de presentar una conducta violenta que una mujer.
4. Los resultados se ordenaron y graficaron.
5. Los resultados se interpretaron.

## RESULTADOS

Los resultados del estudio se expresan en la tabla 9 en la que aparecen las frecuencias de las conductas riesgosas observadas en la muestra.

Y, al interpretar los valores podemos listar el estado de los problemas que confronta esta población de jóvenes:

1. Por su frecuencia, el primer problema es la violencia, particularmente en los varones quienes llegan a alcanzar hasta el 28% de sujetos con tendencia a la violencia.
2. Existe una diferencia notable en la presencia de sujetos adictos a las drogas ilícitas: de 10% en el turno vespertino y solamente de 4% en el matutino.
3. Con respecto a las drogas legales, el alcohol y la nicotina, mantienen cifras muy parecidas y existen algunos grupos con prevalencia de 18% (fumadores en el turno vespertino y bebedores en el grupo de mas edad.
4. La experimentación y consumo de drogas aumenta con la edad.
5. La experiencia sexual es similar en ambos turnos, es más temprana en el sexo masculino y aumenta con la edad. Las cifras obtenidas están muy por debajo de cualesquiera otras investigaciones en otros países.
6. El tabaco es todavía un problema grave, puesto que el 24% de los alumnos de mas edad fuman.

La gráfica 2 nos señala los problemas que se presentan comparando la frecuencia de presentación en ambos turnos..

El examen de ésta gráfica revela que los problemas que afrontan ambos turnos son similares, a excepción del problema de consumo de drogas ilegales, que es mucho mayor en el turno vespertino. Los alumnos "de la tarde", beben mas alcohol, consumen mas tabaco y son un poco más precoces en iniciar sus actividades sexuales. Los alumnos "de la mañana" son un poco mas violentos.

Se examinaron sistemáticamente para cada conducta riesgosa los siguientes factores de riesgo convirtiéndolos a variantes con dos valores para construir tablas de contingencia, de cuatro casillas (dos por dos). De estas manera se pudo utilizar chi cuadrada (ó el método exacto de Fisher) para determinar la significancia, rechazándose la hipótesis nula, que significaría la ausencia de diferencia entre las dos contingencias examinadas, en el caso de que  $p \leq 0.05$ . Cuando los resultados fueron significativos, es decir que las diferencias entre los "casos y los controles" sólo

podrían deberse al azar en el 5% de los casos o menos, se determinó la razón de momios (Odds ratio) un estadígrafo que al comparar por cociente las incidencias entre “casos y controles” posibilita la atribución de un valor para cada uno de estos riesgos.

Los riesgos valorados fueron:

1. Turno.
2. Género.
3. Edad.
4. Calificaciones.
5. Exposición a la violencia.
6. Disponibilidad de drogas ilegales
7. *Integridad de la familia*
8. Situación laboral de la familia (quien sostiene a la familia).

Al efectuar esta labor sistemática se efectuaron 40 cruces de variables. Los resultados significativos ya se dieron a conocer en la tabla anterior

Algunos resultados notables fueron:

El mayor de los riesgos para esta población consiste en la disponibilidad de drogas que se relaciona con todas las conductas riesgosas..

La exposición a la violencia se relaciona con beber, usar drogas y ser violento.

El género fue un buen predictor en cuanto al tabaquismo y la violencia.

El turno se relacionó con la disponibilidad de drogas ilegales, que es mas importante en el turno vespertino.

Malos predictores fueron las calificaciones, la integración de la familia y la situación laboral de la misma.

### **El tabaquismo**

Fumar es una habilidad que cuesta trabajo aprender, los primeros intentos de fumar en los niños y los adolescentes se caracterizan por el rechazo violento del organismo al aerosol tabáquico; en consecuencia, el aprendiz de este hábito requiere de una

motivación para persistir en el intento y aprender a fumar. Esta motivación la obtiene de sus pares o de su familia. Los varones aprecian el fumar como una señal de virilidad y adultez, mientras que las niñas lo miran como sofisticación. Estos valores son propios del adolescente y, en efecto, una gran proporción de fumadores empieza en estos años.

En nuestra población, 162 casos (el 50.5%) de la población fueron abstemios, 113 (35.4%) habían experimentado con el tabaco, pero solamente 44 (13.8%) lo usaban regularmente. Diferencialmente el turno matutino fuma 3% menos que el vespertino, los varones 8% mas que las mujeres y el número de fumadores se incrementa con la edad.

¿Qué factor de riesgo pesa mas para que un joven fume?. Entre los factores generales fumar se relaciona con el género (masculino), el aumento en edad y la disponibilidad de drogas ilegales. Particularmente se consideró que el hecho de que algunas personas significativas para el joven fumen aumenta la probabilidad de aparición de esta conducta riesgosa. En este sentido se encontró significancia entre la madre fumadora, ( $p=0.02$ ) y para los amigos del escolar, ( $p=0.003$ ), la presión de los pares.

Mas adelante se evidenciarán otras relaciones.

### **El alcoholismo**

Tomar bebidas alcohólicas es una forma de socialización aprobada por nuestra cultura quien reprueba únicamente el "exceso", sin llegar a definir a éste. El adolescente toma una decisión en un momento desconocido de su adolescencia: beber o no beber. Es posible distinguir ya en este momento a cuatro poblaciones adolescentes distintas: los abstemios, los bebedores sociales, los bebedores habituales y los adictos. Los abstemios virtualmente nunca toman una copa de alcohol, los bebedores sociales lo hacen únicamente durante las ocasiones en que socializan con otros bebedores; los bebedores habituales lo hacen aunque no existan estas ocasiones, los adictos tienen problemas debidos al alcohol. Entre los factores generales examinados sólo tiene significancia la exposición a la violencia.

De los factores de riesgo examinados particularmente para el alcohol en esta muestra sólo fue significativo uno de ellos: la presión de los pares, mediante el procedimiento de la chi cuadrada, encontramos significativo a este factor con  $p=0.004$

### **El uso de drogas ilegales**

La gráfica muestra los ofrecimientos de drogas detectados en la encuesta para los

alumnos de la escuela secundaria. Como se aprecia en la misma, la mas ofrecida es la marihuana, seguida de los inhalables (drogas de los mas pobres). Sorpresivamente aparecen la cocaína, una droga cara y los "Roches", que son anfetaminas.

Con razón, o sin ella, la ley considera a algunas drogas mas peligrosas que otras y prohíbe su uso, pero en todos los países, muchos de los gobernados hacen caso omiso del mandato legal y esta rebeldía se inicia en la adolescencia. En este grupo de adolescentes suelen aparecer como drogas "recreativas", pero no legales la marihuana, los solventes industriales, las "roches" (estimulantes) y la cocaína. Como ocurre con el alcohol y el tabaco existen abstemios, experimentadores y adictos.

Las drogas se consumen sólo si es posible obtenerlas; la oferta de drogas ilegales en las escuelas es mayor en el turno matutino que en el vespertino, pero la diferencia no es estadísticamente significativa. Lo mismo ocurre con el género y la edad.

¿A quienes se les ofrecen drogas?. Básicamente entre los expuestos a la violencia y entre quienes ya presentan otras conductas riesgosas. A la luz de los resultados en esta muestra, la disponibilidad y uso de las drogas ilegales constituyen los mejores predictores de la aparición de las otras conductas riesgosas. El alumno que fuma, bebe o muestra precocidad sexual corre el mayor riesgo de que se le ofrezcan drogas ilegales que acepta la mayor parte de las veces y se muestra en la gráfica 4.

La marihuana y los solventes inhalables son los favoritos de los adictos de esta escuela, la cocaína (una droga cara) es utilizada con poca frecuencia, así como los "Roches" (anfetaminas). La presencia de otras drogas en ésta población sería excepcional.

### La violencia

La violencia consiste en el uso intencional de la fuerza física contra otra persona o contra uno mismo que, con frecuencia puede resultar en daño o muerte. La violencia incluye actos suicidas y violencia interpersonal como la violación, asalto, abuso de niños o abuso de los mayores sobre los mas pequeños. La violencia fatal resulta en suicidios y homicidios.

El término *violencia* ha sido utilizado para designar dos componentes: conductas (que producen daños) y desenlaces (como las mismas lesiones). Se suele usar el término para referirse a una particular clase de conducta que produce daño. Por consenso, la comunidad internacional de salud pública se refiere a los daños provocados por actos violentos como "daños intencionales" (Rosemberg:1992)

Como un resultado del estudio piloto se predecía que los estudiantes del turno vespertino serían mas violentos que sus contrapartes del turno matutino, pero no ocurrió así. De los predictores citados en otros estudios (Samper: 1966) muchas fueron tomados en cuenta en este estudio, pero no resultaron relevantes algunos de ellos como la familia desintegrada, bajo ingreso familiar y malas calificaciones. De hecho, el mal desempeño académico podría considerarse como un indicador de la probabilidad de conductas riesgosas, pero en este tipo de poblaciones, probablemente sea un hecho común, como resultado del deterioro del sistema educativo mexicano.

En cambio la violencia apareció asociada, y con mucha fuerza, al resto de las conductas riesgosas.

### **Conducta sexual riesgosa.**

Es un hecho desafortunado el que, en nuestra especie, se madure primeramente en el sentido biológico, que en el psíquico y social. Los seres humanos pueden tener relaciones sexuales y engendrar hijos en un momento en el cual no han madurado psíquicamente (no saben atenderlos y cuidarlos) y por otro parte su situación económica no les permite establecerse como una familia.

En los primeros tiempos de la existencia de la especie era una ventaja que una mujer pariese joven y siguiese haciéndolo puesto que muchos de éstos niños morirían antes de alcanzar la adultez. Ahora las condiciones sociales han cambiado y la maternidad temprana es mas bien una desventaja; pero la exposición del hecho permite establecer con firmeza que no se explora un hecho patológico, que las relaciones sexuales tempranas han ocurrido en otro tiempo y en otras sociedades sin que fueran objeto de escarnio o escándalo.

¿Por qué una mujer decide iniciar tempranamente su actividad sexual?. Como en todas las conductas riesgosas es necesario tomar en cuenta factores biológicos (fundamentalmente hormonales), psicológicos y sociales. El estudio tomó en cuenta principalmente a éstos últimos, aunque sin perder de vista la existencia de los primeros. Esto es, que los factores sociales por sí mismos no pueden explicar todo lo que ocurre.

Las orientaciones provenientes de la salud pública y de la conducta sexual de riesgo han contribuido al conocimiento actual sobre la prevalencia, correlaciones, predictores y consecuencias de la actividad sexual de los adolescentes. Las encuestas públicas de investigación que se han efectuado recientemente han documentado algunas tendencias históricas acerca del incremento en la prevalencia del coito



premarital, temprana edad del primer coito, gran número de parejas durante la adolescencia e inconsistente o ineficiente uso de los anticonceptivos. Conforme a estas tendencias se ha apreciado el aumento en la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual, hasta del 25%, en los adolescentes sexualmente activos que son especialmente graves entre las mujeres porque presentan consecuencias más graves: enfermedades inflamatorias pélvicas, esterilidad, embarazo ectópico, etc. Esta situación es más grave en las jóvenes del medio urbano y de la clase pobre puesto que existe mayor probabilidad de encontrar un compañero sexual con SIDA, mayor disponibilidad de drogas ilícitas y la subutilización de los servicios de salud.

Se han formulado diversos cuerpos de teoría psicosocial sobre las conductas riesgosas de los adolescentes que tratan de explicar la conducta sexual dentro del contexto del desarrollo del adolescente. Una de esas posiciones arguye que muchos de los riesgos tomados por el adolescente son conductas adaptativas volitivas (por ejemplo: seleccionan conductas relacionadas a la edad de la experimentación normativa y el aprendizaje). La expresión de estas conductas se encuentra influenciada por los cambios en la biología (la pubertad) y en el entorno social (grupos de amigos, costumbres y rituales escolares). A estos factores se deben agregar las tareas propias de la edad (autonomía, búsqueda de la identidad propia, maestría). Es importante conocer que existe una inadecuada apreciación de los riesgos a corto y a largo plazo debida a la inexperiencia y la falta de conocimientos.

La otra posición citada con frecuencia aduce que la conducta riesgosa del adolescente es parte de un síndrome de desviación generalizado. Todavía es posible encontrar una tercera posición que enfatiza el significado de los factores de predisposición (por ejemplo: la búsqueda de sensaciones, el egocentrismo adolescente, etc) que influyen la aparición de estas conductas de riesgo que, por otra parte, son moderadas por un amplio espectro de influencias ambientales y sociales (por ejemplo: la estructura de la familia). Resulta difícil apoyarse en un enfoque único para explicar la totalidad del problema, pero en caso de hacerlo, los resultados obtenidos en este estudio apoyan la teoría del síndrome de desviación generalizado.

Un estudio de Aneshensel y cols. (Aneshensel: 1990). realizado con mexicanos establece la importancia de los factores sociales en la conducta sexual. Este grupo de investigadores evalúan las diferencias étnicas en la primera ocurrencia de eventos relacionados con la fertilidad entre las poblaciones adolescentes femeninas blancas no hispánicas y las de origen méxico-americano. Una muestra comunitaria que incluyó 1,023 adolescentes femeninas de 13 a 19 años de edad fue entrevistada en 1984-85; 874 de ellas (85.4 por ciento) fueron reentrevistadas aproximadamente dos años

después. La población mexicano-americana, nacida en México presentó la más baja tasa de intercurso sexual temprano, pero la más alta tasa de nacimientos tempranos porque es mas probable que las chicas se embaracen en cuanto inician su actividad sexual y, en este caso, es difícil que recurran al aborto. Las poblaciones blancas no-hispánicas tienen la más alta tasa de actividad sexual temprana, pero la más baja tasa de nacimientos tempranos porque cuando estas adolescentes se embarazan suelen recurrir al aborto con frecuencia.

Entre estos dos extremos se encuentra la población mexicano-americana nacida en los Estados Unidos y, como era de esperarse, al adoptar los rasgos culturales de su nuevo país sin poder cambiar por completo las propias costumbres, presentan cifras intermedias entre los otros dos grupos. Inician mas tardíamente su actividad sexual, pero en caso de embarazo recurren con mas frecuencia al aborto o bien a un matrimonio temprano.

Otro estudio muy interesante es el efectuado por un grupo de investigadores pertenecientes a un grupo religioso fundamentalista: los "Adventistas del séptimo día". (Weidenberger: 1995). En esta población, regida fundamentalmente por los guías religiosos se obtuvieron resultados peculiares, mas bajos que en otros estudios, el 21.6% de ésta población era sexualmente activa (24.3 de varones por 19.6% de niñas). En el grado 9 (aproximadamente el tercero de secundaria) sus resultados fueron de 18.9% de varones y 10% de niñas, 13.8% global. Este estudio es de interés tanto porque son las cifras mas bajas entre las reportadas en todos los estudios y también porque son las que guardan la mayor semejanza con las cifras obtenidas en este estudio.

Comparadas las cifras de Weidenberger con las nuestras encontramos que el 21% de su población (del grado 9) era sexualmente activa. En nuestro estudio se obtuvo el 23%. Un factor poderoso, y probablemente el mismo, explica el hecho: la religiosidad.

De los factores estudiados en este estudio solamente cabe aclarar que la violencia tiene que ver con la actividad sexual precoz.

### **El Síndrome de desviación generalizada o de conducta problemática.**

Una posición citada con frecuencia y apoyada por varios investigadores, aduce que la conducta riesgosa del adolescente es parte de un síndrome de desviación generalizado. Los vínculos que existen entre la actividad sexual, el uso de las

sustancias y la delincuencia (que también se han encontrado en este estudio), han sido interpretadas como evidencia de la existencia del "síndrome de conducta problemática" que es significativo en el desarrollo y aparece entre los adolescentes a consecuencia de su deseo de adquirir el estatus del adulto prematuramente.

En la tabla 10 se aprecian que todas las conductas riesgosas se relacionan entre sí:

El cuadro de arriba demuestra que, la aparición de una conducta riesgosa, predispone a la aparición de otras, por lo que puede hablarse, en efecto, de un síndrome. La etiología del mismo aún no puede aclararse; pero podemos estar seguros de que, en la misma, aparecerán componentes bio-psico-sociales. Puede existir o no, un gene que predisponga al alcoholismo, pero no cabe duda de que en el mismo interviene la formación de la personalidad, llevada a cabo por la sociedad que presenta varios estilos de vida que se transforman lentamente en el curso de los siglos.

En este trabajo no se intenta elucidar la etiología del síndrome, solamente a detectarlo. Como básicamente existen cinco preguntas sobre las conductas riesgosas y en el instrumento se hace un corte que permite en cada caso, distinguir entre "sí y no". Si existe más de un "sí", podrá incluirse dentro del síndrome y conforme aumenta el número de respuestas afirmativas (máximo: cinco), mayor será el peligro que corre el adolescente de presentar alguna de las consecuencias de su conducta. En este sentido se elaboró un índice de riesgos que es simplemente la suma de los "sí".

El 38% de la muestra no presenta ningún factor de riesgo, el 16% sólo una conducta riesgosa. Dentro del síndrome se considerarían 29 casos: con 2 factores presentes se encuentran 17 alumnos, con 3 factores 13 sujetos y con 4 conductas riesgosas 9 alumnos. Nadie llegó a presentar cinco factores de riesgo.

## Conclusión y recomendaciones

No es posible ignorar las relaciones que existen entre las conductas riesgosas; la conclusión inequívoca es que, en esta muestra, se presentan los fenómenos relacionados con el llamado síndrome de desviación generalizado (conducta problemática), que no es sino una forma de adaptación a la terrible realidad en que viven y estimulan poderosamente su deseo de crecer y obtener los privilegios y los placeres supuestos del adulto. Crecer rápidamente para dejar atrás la situación de indefensión y obediencia a los deseos, muchas veces arbitrarios, de padres, maestros y el mundo en general.

Cabe aclarar que, el presente estudio no pretendió aclarar toda la problemática de las conductas riesgosas, se limitó únicamente a los aspectos negativos: los “factores de riesgo”, que facilitan la adquisición de éstas conductas indeseables. Se excluyeron deliberadamente los “factores protectores” que son, con mucho, los más poderosos. ¿Qué importa incurrir en un riesgo si no existe un mañana? Y para muchos de estos jóvenes el mañana es sólo una ilusión inalcanzable, entonces poco importa destruirse (drogas) o destruir a los demás (violencia). Alcancemos los placeres que ofrece la vida de inmediato (sexo). El adolescente que incurre en conductas riesgosas es incapaz de percibir que sus actos tengan trascendencia. La Familia, la Escuela, la Iglesia y el Estado son las entidades responsables de proporcionar este sentido de trascendencia, de crear, transmitir y perpetuar los ideales y los valores por los cuales tiene sentido vivir, luchar e incluso morir.

Es, dentro de este contexto, que vale la pena efectuar estudios como el presente. De la población que asiste a esta escuela, con abrumadoras desventajas con respecto a otras zonas urbanas en esta misma ciudad y en otras agrupaciones cosmopolitas, la mayoría de estos jóvenes crecerán y cumplirán su ciclo y su misión en la vida esquivando los peligros de la adolescencia. En realidad el “índice de riesgo”, la medida que se adoptó para cuantificar las conductas riesgosas señala aproximadamente al 11% de esta población escolar en serio riesgo de conservar secuelas del tormentoso período de la adolescencia. Es, en este segmento de la población, que deben concentrarse los medios de prevención: los esfuerzos de médicos, maestros, psicólogos, gobernantes y todos aquellos con el poder de decisión suficiente para rectificar el curso de una, o de muchas, vidas.

En este sentido, la primera recomendación de este trabajo consiste en el diseño de instrumentos, como el aplicado en este estudio, para detectar la magnitud del problema. Y estos instrumentos deben aplicarse sistemáticamente como se aplica un

termómetro durante el curso de una enfermedad infecciosa, para monitorear el curso de la misma. Cada año escolar debería aplicarse un estudio como el presente.

Como se ha visto, existen diferencias en los resultados obtenidos en el estudio piloto y en el presente aún cuando se han utilizado las mismas preguntas. Esta variabilidad cabe atribuirla no solamente a la dinámica cambiante de la población escolar, sino también al sesgo de selección en que se incurrió durante el estudio piloto, ya éste se aplicó únicamente a los alumnos de tercer año que abandonarían la escuela y, por lo tanto no responderían otra vez el cuestionario. En semejante muestra de alumnos mayores se enfatizaron no solamente los factores de riesgo, sino también los “casos”.

Todos los factores de riesgo que aquí se estudiaron han sido considerados en otros estudios, lo variable es su peso. El género de los encuestados siempre considerará de mayor riesgo al sexo masculino para la comisión de actos violentos, involucramiento precoz en actividades sexuales y consumo de drogas. Pero de un grupo a otro variará la fuerza de este factor. Por ello es necesario la periodicidad del monitoreo, porque podrá detectarse a tiempo el factor de mayor peso e intervenir en el eslabón más débil del proceso en el momento preciso.

En cuanto a los servicios de salud disponibles para la atención de los adolescentes sucede lo mismo que en el resto de la población nacional: coexisten varios sistemas de salud patrocinados por diversas instituciones gubernamentales (SEP, ISSSTE, SSA, IMSS) y privadas, pero estas instituciones no se coordinan entre sí, de tal manera que se aprecian grupos poblacionales sobreprotegidos al lado de otros grupos que no cuentan con protección. Los usuarios de un sistema de salud no necesariamente son informados de su pertenencia al mismo, de tal manera que dichos servicios, con frecuencia, son subutilizados porque los adolescentes, sus padres y maestros no saben que existen o como acceder a ellos.

Por otra parte el Modelo Médico predominante en el país tiene una orientación biologicista, que reduce los problemas al ámbito biológico. Dentro de esta perspectiva es difícil considerar a los problemas de conducta riesgosa como “enfermedades”, puesto que a la fecha, no se ha encontrado un sustrato biológico para ellas. En consecuencia, dentro de esta orientación, a nuestros médicos no se les enseña a enfrentar estos problemas y carecen de la preparación necesaria para solucionarlos.

El señalamiento anterior es explicable a la luz de los diversos contextos ideológicos que pueden invocarse para ubicar a éstas conductas. Dentro de una ideología conservadora, el consumo de drogas es simplemente un vicio, una deformación moral que hay que castigar y no es un problema de los servicios de salud, sino de la policía.

Lo propio ocurre con la actividad sexual que, desde el punto de vista conservador, debe ser monógama y dentro del matrimonio sin importar que la ideología choque con la realidad. Este tipo de personas se muestran reacias a combatir las enfermedades venéreas, la información sexual y en general todo lo que evite el “castigo” de las conductas sexuales calificados por ellos de pecaminosas.

No es posible implantar, con posibilidades reales de éxito, soluciones para los problemas de conducta que sean rechazados por la población, de manera que el primer paso tiene que darse en dirección a la Educación. Una población educada es menos proclive a presentar conductas de riesgo y aprobará las medidas que tiendan a erradicarlas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Allen-Meares, (1991): Educating adolescents on the dangers of premature childbearing and drug use: a focus on prevention. *Child and adolescent social work*. Vol 8. Num 4.
- Aneshensel, CS. Becerra RM. Fielder EP. Schuler RH. (1990) Onset of fertility-related events during adolescence: a prospective comparison of Mexican American and non-Hispanic White females. *American Journal of Public Health*. 80(8):959-63, 1990 Aug.
- Aristos. (1981). *Diccionario Ilustrado de la Lengua Española*. Editorial Sopena. Barcelona España.
- Bailey, Susan L y cols (1997): *Characteristics of students who brings weapons to school*. *Journal of adolescent health*; 20:261-270.
- Bain, Jennifer E. y Brown, Robert T (1996): *Adolescents as witnesses to violence*. *Journal of adolescent health*;19:83-85.
- Berstein, Jack M y cols (1996): *Guns in young hands: a survey of human teenagers' attitudes and behaviors related to handgun violence*. *The Journal of Trauma: Injury, Infection and Critical Care*;41-5:794-798.
- Bickett, Laura B y cols (1996): *Atributional styles of aggressive boys and their mothers*. *Journal of abnormal child psychology*;24-4:457-472
- Boyle; Raymond G (1997): *The role of social influences and tobacco availability on adolescent smokeless tobacco use*. *Journal of adolescent health* 20: 279-285.
- Berne, Eric: (1971) **JUEGOS EN QUE PARTICIPAMOS**. Ed. Diana. México, 1972
- Castro-Sariñana, M.E.y cols (1990): *Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y atención primaria dentro del Plantel Escolar*. *Salud Publica Mex* ;32:298-308
- Castro-Sariñana, M.E. y cols (1988) *Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes mexicanos*. *Salud Pública Mex.*; 30:216-226
- Cotten, Niki U, et al(1994): *Agression and fighting behavior among african-american adolescents: individual and family factors*. *Am J Public Health*;84:618-622
- Covington, Deborah L (1997): *Improving detection of violence among pregnant adolescents*. *Journal of adolescent health*;21:18-24.
- Cunnigham y Boulton: (1996): *Black teenage pregnancy in South Africa: some considerations*. *Adolescence*, Vol. 31 No.123.
- Denton, Andrew D y col. (1994) *Unintended and Unwanted Pregnancy in Halifax: the rate and associated factors*. *Revue canadiense de santé publique*: 85-4:234-237
- Dirección General de Educación Secundaria(1993): **SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE**. Departamento de servicios educativos de la S.E.P. México.
- Donaldson, Stewart I (1995): *Peer influence on adolescent drug use: a perspective from the trenches of experimental evaluation research*. *American Psychologist*. September 1995. 801-

- DuRant, R. et al (1994): **Factors associated with the use of violence among urban black adolescents.** Am J Public Health;84:612-617
- DuRant, R et al (1996): **Comparaison of two violence prevention curricula for middle school adolescent.** Journal of adolescent health;19:111-117.
- DuRant, R. et al (1997): **Factors associated with aggressive and delinquent behaviors among patients attending an adolescent medicine clinic.** Journal of adolescent health;21:303-308
- Durkin, Maurcen S y cols (1996): **Epidemiology and prevention of severe assault and gun injuries to children in a urban community.** The Journal of Trauma: Injury, Infection and Critical Care;41-4:667-673.
- Eyre, Stephen L y col.(1997): **Adolescent sexual strategies.** Journal of adolescent health; 20: 286-293.
- Fergusson, David M. y cols (1996): **The short-term consequences of early onset Cannabis use.** Journal of abnormal child psychology; 24-4:499-512.
- Ferrán Aranaz, Magdalena.(1996): **SPSS PARA WINDOWS. PROGRAMACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.** McGraw-Hill. México.
- García-Baltazar, J. y col (1992): **Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México.** Salud Pública de México; 35: 682-691
- García G., Ma. de Lourdes ed (1990): **ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y SIDA. CLINICA, LABORATORIO, PSICOLOGIA Y SOCIOLOGIA.** Secretaría de Salud. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. México
- Gernstein, L. et al (1993): **Psychological and sociological discriminants of violent and non violent serious juvenile offenders.** Journal of Addictions and offender counseling. Vol 14(1) 2-13
- González Angeles, Rosa Ma.(1992) **Fecundidad y nupcialidad. La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud.** Dirección General de Salud Materno Infantil. México
- Gordon, Courtney P.(1996) **Adolescent decision making; a broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy.** Adolescence. Vol 123, No 123
- Graeme Hawthorne (1996): **Preteenage drug use in Australia: the key predictors and school-based drug education.** Journal of adolescent health 20: 384-395
- Harris, Mary B y Knight-Bohnhoff, Kelly (1996): **Gender and aggression.** Sex Roles; 35: 1/2.
- Hausman, Alice y col. (1996): **Evaluation of comprehensive violence prevention education: effects on student behavior.** Journal of adolescent health; 19:104-110
- Hawkins, J. David y cols (1995): **Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention.** Psychological Bulletin 112-1: 64-105
- Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y Baptista Lucio Pilar:(1991)



**METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.** McGraw Hila Interamericana. México

- Hijar-Medina, Martha C (1990); **Mortalidad por lesiones accidentales e intencionales en el Distrito Federal de 1970 a 1986.** Salud Pública de México; 32-4:395-404
- Irwin, Ch. E (1993): **Problemas sanitarios del adolescente. HARRISON: PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA.** Mc. Graw Hill. México
- Jenkins, Jeanne E (1996): **The influence of peer affiliation and student activietis on adolescent drug involvement.** Adolescence; 31-122: 297-306
- Jomphe Hill, Adèle y cols (1997): **Predicting the stages of smoking acquisition according to the theory of planned behaviour.** Journal of adolescent health 21: 107-115.
- Langille B, D. et al (1994): **Prevalence of High Sexual Behaviour in adolescents attending school in a county in Nova Scotia.** Canadian Journal of Public Health. Jul-aug.
- Laniado-Laborín y col. (1993): **Efectividad de un programa de prevención de tabaquismo en escolares mexicanos.** Salud Pública de México. 35: 403-408.
- Lara Ruiz, Luis H (1997): **Factores de riesgo para el adolescente en drogas, violencia y sexo.** Memorias precongreso del 2º Seminario Internacional sobre Formación Ambiental, Valores y Corrupción. UNAM, Iztacala. México. Pp 28-31
- Lodico, Mark A y col. (1996) **Childhood sexual abuse and coercitive sex among school based adolescents in a Midwestern State.** Journal of adolescent health 18:211-217.
- López,Guadalupe (1997): **Salud sexual y reproductiva de los adolescentes.** La Jornada, 3 de marzo de 1997. México,D.F
- Malik, Shaista (1997): **Community and dating violence among adolescents: perpetration and victimization.** Journal of adolescent health;21:291-302
- Mainous III, Arch G (1996): **Substance use among adolescents: fulfilling a need state.** Adolescence; 31-124: 807-815.
- Mayoral Rivera, Amparo (1992): **Mujer adolescente. La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud.** Dirección General de Salud Materno Infantil. México
- Medina-Mora,M.E. y col (1992): **Encuesta Nacional Sobre Uso de Drogas en Comunidad Escolar.** Instituto Mexicano de Psiquiatría y Secretaría de Educación Pública.
- Medina-Mora,M.E. y col (1994): **La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil.** Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría..
- Miller, Kim S y col. (1997): **Adolescent Heterosexual experience: a new typology.** Journal of adolescent health. 20: 179-186.
- Murray, David M (1990): **Planning for the apropiate analysis in school-based drug use prevention studies.** Journal of consulting and clinical psychology 58: 4: 458-468.

*Factores de Riesgo en los Adolescentes...*

- O'Connor, Gerald T (1986): **Identificación y control de factores de riesgo.** Mundo Médico. Julio 1986.
- O'Keefe, Maura (1997): **Adolescents' exposure to community and school violence: prevalence and behavioral correlates.** Journal of adolescent health; 20: 368-376
- OPS: **MANUAL SOBRE EL ENFOQUE DE RIESGO EN LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL** (1986) . Serie Paltex para ejecutores de programas de salud. OPS. México.
- Osofsky, Joy D.(1995): **The effects of exposure to violence on young children.** American Psychologist. Vol 50 No. 9 :782-788
- Parker, Keith D et al (1995): **Predictors of Alcohol and Drug use: A multi-ethnic comparison.** The Journal of social psychology, 135(5): 581-590.
- Petratis, John y col (1995): **Rewiewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle.** Psychological Bulletin 117-1:67-86
- Pick de Weiss, S. (1994): **Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes.** Salud Mental, 17: 1
- Reza Najem, G. (1997): **Patterns of smoking among inner-city teenagers: smoking has a pediatric age of onset.** Journal of adolescent health 20: 226-231.
- Rosenthal, Susan L y col.(1997): **Heterosexual romantic relations and sexual behaviors on young adolescent girls.** Journal of adolescent health 21: 238-243.
- Rothman, Kenneth J.(1987): **EPIDEMIOLOGÍA MODERNA.** Ediciones Diaz de Santos. Madrid.
- Saner, Hilary & Ellickson, P (1996): **Concurrent Risk Factors for Adolescent Violence.** Journal of adolescent health; 19:94-103
- Secretaría de Educación Pública (1992): **MANUAL DE MEDICINA ESCOLAR.** Departamento de Servicios Educativos de la S.E.P. México, D.F.
- Secretaría de Educación Pública (1992): **GUIA PROGRAMÁTICA DE MEDICINA ESCOLAR.** Departamento de servicios educativos de la S.E.P.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (1995): **EL PERFIL DE SALUD. MEXICO 1995.** Secretaría de Salubridad. México.
- Shrier, Lydia A (1996): **The association of sexual risk behaviours and problem drug behaviours in high school students.** Journal of adolescent health 20: 377-383
- Single, Eric W y col (1995): **The 1993 General Social Survey: Alcohol use in Canada.** Canadian Journal of Public Health. Nov-dec 1995: 397-401.
- Singer, Mark I (1995): **Adolescents exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma.** JAMA;273-6:477-482.
- Smith, David W y Bierman, Edwin L (1987): **LAS EDADES BIOLÓGICAS DEL HOMBRE.** Ed. Interamericana. México

- Tapia-Conyer R, Cravioto Patricia, De la Rosa Blanca y Vélez Roberto (1995): **Risk factors for inhalant abuse in juvenile offenders: the case of México.** *Addiction* 90, 43-49
- Tapia-Conyer R, Medina-Mora ME, Sepúlveda J, De la Fuente R, Kumate J.(1990). **La encuesta nacional de Adicciones en México.** *Salud Pública de México.* 32(5): 507-522
- Tapia-Conyer R, y cols.(1994) **LAS ADICCIONES: DIMENSIÓN, IMPACTO Y PERSPECTIVAS.** El Manual Moderno. México.
- Thompson, Ross A y Wilcox, Brian L (1995): **Child Maltreatment Research.** *American Psychologist.* Sept 1995: 789-793.
- Tubman, Jonathan G y col (1996): **Cumulative sexual intercourse patterns among middle adolescents: problems behavior precursors and concurrent health risk behaviors.** *Journal of adolescents Health;* 18,182-191.
- Turz, Anne (1997): **Problems in conceptualizing adolescent risk behaviors: international comparisons.** *Journal of adolescent health* 21: 116-127
- US Government Office of Technology Assessment (1994) : **Technologies for understanding and preventing substance abuse and addiction.** Internet. Cliff Schaffer's Home Page
- Vanderschmid,F et al (1993): **Risk among inner-city young teens: the prevalence of sexual activity, violence, drugs and smoking.** *Journal of Adolescent Health.* Vol 14(4): 282-288.
- Weinbender et al (1995): **Lifestyle and risk of premature sexual activity in a high school population of seventh-day adventist; valuegenesis 1989.** *Adolescence* Vol 31 No 122.
- Weishew,N, et al (1993): **Variables predicting students problem behaviour:** *Journal of Educational Research;* Sept-oct. Vol 87(1) 5-17
- Werner J., Marck el al (1996): **Concurrent and Prospective Screening for Problem Drinking Among College Students.** *Journal of adolescent health* 1996; 18: 276-28
- Zelaya, Elmer y col.(1997): **Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua.** *Journal of adolescent health* 21: 39-46

## **ANEXOS**

Este documento contiene los siguientes anexos:

1. Carta de consentimiento de los padres de familia.
2. Encuesta para los alumnos.
3. Gráficos y tablas

**(Carta de Consentimiento de Padres de Familia).**

**ASUNTO:** Se autoriza participación en encuesta de investigación

México, D.F. \_\_\_\_\_ de 199 .

**C. DIRECTOR DE LA ESCUELA SECUNDARIA DIURNA 131  
"BELISARIO DOMÍNGUEZ"  
P R E S E N T E:**

Por medio de la presente me permito comunicarle mi consentimiento para que mi tutelado (a) \_\_\_\_\_, inscrito en el grupo \_\_\_\_\_ de esa escuela, responda un cuestionario que ha sido diseñado para conocer la situación actual del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilícitas en éstas escuelas secundarias. La misma encuesta averiguará acerca de la violencia y la actividad sexual en jóvenes.

Quedo informado que las respuestas al cuestionario serán confidenciales y no se podrá identificar al respondente por lo que, el investigador no conocerá la respuesta individual, ni podrá comunicarla a las autoridades escolares o a los padres.

**A t e n t a m e n t e.**

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Padre de familia o Tutor)

Encuesta para alumnos

ENCUESTA PARA ALUMNOS

**INSTRUCCIONES:** Este cuestionario fue diseñado por investigadores de la UNAM para conocer los problemas de los jóvenes de tu edad; en consecuencia si contestas las siguientes preguntas con la verdad nos ayudarás mucho. Las preguntas son muy personales y **NO ESTAS OBLIGADO A CONTESTARLAS**, en caso de hacerlo **NADIE PUEDE SABER QUIEN CONTESTÓ ESTA HOJA** y tus respuestas serán **CONFIDENCIALES**.

1. Tu sexo es:

- a) Femenino
- b) Masculino

2. ¿Cuántos años cumplidos tienes? \_\_\_\_\_

3. Escribe el número de los amigos que siempre están contigo \_\_\_\_\_

4. Viven contigo:

- a) Tu papá y tu mamá
- b) Vives con tu mamá y su pareja de ella.
- c) Vives con tu papá y su pareja de él
- d) Vives con tu mamá y ella no tiene pareja.
- e) Vives con tu papá y él no tiene pareja
- f) Vives con otros familiares.

5. La situación laboral de tu familia

- a) tu papá y tu mamá trabajan
- b) solo tu papá trabaja
- c) solo tu mamá trabaja
- d) ni tu papá ni tu mamá trabajan.

6. Tu último promedio de calificaciones fue \_\_\_\_\_ (escribelo, pero en caso que no te acuerdes trata de recordar una de las dos opciones):

- a) de siete o mas grande
- b) de 6.99 o mas chico

7 ¿Has fumado durante el último mes?

- a) nunca en toda mi vida
- b) probé un cigarrillo pero hace mas de un mes y no he vuelto a hacerlo nunca.
- c) he fumado durante el último mes mas de un cigarrillo

8 ¿Has visto fumar a alguna de las personas relacionadas contigo? (En esta pregunta puedes marcar una respuesta o mas)

- a) ¿Cuántos de tus mejores amigos \_\_\_\_\_?
- b) ¿Cuántos de tus hermanos? \_\_\_\_\_.
- c) ¿Cuántos otros parientes? \_\_\_\_\_

e) ¿Fuma tu mamá? \_\_\_\_\_

d) ¿Fuma tu papá?: \_\_\_\_\_

e) ¿Cuántos de tus profesores fuman? \_\_\_\_\_

9. Durante el último mes ¿Que tan frecuentemente has tomado bebidas alcohólicas?. (Puedes contestar mas de una de las respuestas)

- a) ni una sola vez
- b) alguna vez en fiestas con tus familiares
- c) alguna vez con tus amigos.
- d) mas de una vez con tus amigos
- e) te has embriagado mas de una vez.

10. ¿Has visto embriagado a alguna de las personas relacionadas contigo?. (En esta pregunta puedes responder a una o mas respuestas)

- a) tus mejores amigos. ¿Cuántos? \_\_\_\_\_
- b) a tus termanos. ¿Cuántos? \_\_\_\_\_
- c) a tu papá
- d) a tu mamá.
- e) otros parientes. ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

11. ¿Has tenido alguno de estos problemas por beber:

- a) faltar a clases
- b) despertar sin acordarte lo que pasó la noche anterior
- c) pelearte estando borracho
- d) no llegar a tu casa por estar tomando
- e) nada de lo anterior

12 Te han ofrecido a probar alguna de las sustancias siguientes?. (Puedes contestar mas de una opción)

- a) marihuana
- b) thinner, agurrás o cemento
- c) pastillas roches
- d) ¿otra droga?. Escribe su nombre si es así \_\_\_\_\_

13. ¿Has probado alguna de las sustancias siguientes? (Puedes contestar mas de una opción)

- a) marihuana
- b) thinner o cemento

- c) pastillas "roches"  
d) ¿otra droga?. Escribe su nombre:

14 ¿Algunos de tus amigos han probado marihuana, thinner, cemento u otras drogas?  
A) ninguno de mis amigos

- b) Han probado marihuana. ¿cuántos de tus amigos? \_\_\_\_\_  
c) Han usado cemento o thinner. ¿cuántos de tus amigos? \_\_\_\_\_  
d) Has probado otras drogas. ¿Cuáles drogas? \_\_\_\_\_  
¿cuántos de tus amigos) \_\_\_\_\_

15. En el caso de haber usado alguna de estas sustancias:

- a) las has probado mas de una vez  
b) hace menos de un mes que las usaste.

16. Durante el último año ¿Has tomado parte en riñas o peleas? (Puedes contestar mas de una opción)

- a) nunca  
b) si, uno contra uno.  
c) si, uno contra dos o mas.  
d) si, grupos contra grupos.

17. ¿Has traído un arma a la escuela?

- a) nunca.  
b) una punta  
c) una cadena  
d) una pistola  
e) otra: escríbela \_\_\_\_\_

18) ¿Te golpean en tu casa?

- a) nunca  
b) algunas veces.  
c) muy seguido  
d) utilizan el puño cerrado o un objeto para golpearte  
e) algunas veces, al castigarte, te han lastimado y has necesitado ver a un médico.

19. ¿Tu papá golpea a tu mamá?

- a) nunca  
b) a veces  
c) con frecuencia  
d) no solamente a ella, sino a toda la familia

20 ¿Te ha golpeado uno de tus familiares en estado de ebriedad?

- a) no  
b) si  
21. ¿Has tenido relaciones sexuales?.

- a) nunca  
b) nunca pero has llegado muy cerca de hacerlo  
c) solo una vez  
d) mas de una vez  
e) una o mas veces en el último mes.

Si has contestado que nunca has tenido relaciones

sexuales aquí termina el cuestionario, entrégalo y **MUCHAS GRACIAS POR COLABORAR..**

Si has sostenido relaciones sexuales, por favor responde a las preguntas siguientes.

22. ¿A que edad tuviste tu primera relación sexual?  
\_\_\_\_\_ años

23. Tu primera relación sexual fue:

- a) porque tu quisiste  
b) porque te obligaron

24. Esa primera ocasión tu pareja fue (Puedes responder mas de una opción)

- a) de tu misma edad  
b) mayor que tu por lo menos dos años  
c) menor que tu por lo menos dos años  
d) de tu mismo sexo  
e) del sexo opuesto.

25. Durante la última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿tu pareja y tu hicieron algo para prevenir el embarazo?

- a) nada  
b) usaron preservativo  
c) usaron otro: escríbelo \_\_\_\_\_

26. En caso de no usar ningún método de prevenir el embarazo fue porque:

- a) no sabías que de esa relación pudiera resultar un embarazo.  
b) no sabías que los embarazos se pueden evitar  
c) no tenías forma de conseguir un preservativo, pastillas o inyecciones  
d) el acontecimiento fue inesperado y no pensaste en prevenir un embarazo  
e) no te importaba el embarazo..

27. ¿Has tenido molestias como...?

- A) ardor al orinar  
b) flujo amarillento (si eres mujer)  
c) un grano en el pene (si eres varón)  
d) ninguno de los anteriores

Esto es todo **MUCHAS GRACIAS** por tu colaboración porque nos sirve para entender los problemas de las personas iguales a ti.

28. Escribe tu opinión sobre el cuestionario que has resuelto. \_\_\_\_\_

¿Hay algo que debió preguntarse y no se hizo?:

<b>TABLAS Y GRÁFICOS</b> .....	<b>59</b>
<b>Parte I. Tablas</b> .....	<b>59</b>
<b>Tabla 1:</b> .....	<b>59</b>
Tipos de delitos cometidos por menores en el D.F. entre los años 1995 y 1997.....	<b>59</b>
<b>Tabla 2.</b> .....	<b>60</b>
Delitos cometidos por menores en el D.F. entre los años de 1995 y 1997 de acuerdo a sus edades .....	<b>60</b>
<b>Tabla 3.</b> .....	<b>61</b>
Inhalantes mas consumidos en el D.F. en 1996 .....	<b>61</b>
<b>Tabla 4</b> .....	<b>62</b>
Población de la Escuela Secundaria 131 en el año escolar 1996-1997 en ambos turnos. ....	<b>62</b>
<b>Tabla 5</b> .....	<b>63</b>
Composición de la muestra de la investigación. ....	<b>63</b>
<b>Tabla 6.</b> .....	<b>64</b>
Cuadro de operalización de variables .....	<b>64</b>
<b>Tabla 7</b> .....	<b>69</b>
Resultados del estudio expresados en frecuencias. ....	<b>69</b>
<b>Tabla 8</b> .....	<b>70</b>
Resultados del estudio expresados en porcentajes .....	<b>70</b>
<b>Tabla 9</b> .....	<b>71</b>
Resultados generales. Razón de momios de las conductas de riesgo. ...	<b>71</b>
<b>Tabla 10</b> .....	<b>72</b>
Relación de las conductas de riesgo entre sí. ....	<b>72</b>
.....	<b>72</b>
<b>Parte II. Gráficos</b> .....	<b>73</b>
<b>Gráfico 1</b> .....	<b>73</b>
Población escolar de la escuela secundaria 131 por turnos, grupos y sexos .....	<b>73</b>
<b>Gráfico 2</b> .....	<b>74</b>
Comparación de los problemas comunes a ambos turnos. ....	<b>74</b>
<b>Gráfico 3</b> .....	<b>75</b>
Composición etaria de la muestra. ....	<b>75</b>
<b>Gráfico 4</b> .....	<b>76</b>
Oferta de Drogas en la Escucuela Secundaria 131 .....	<b>76</b>
<b>Gráfico 5</b> .....	<b>77</b>
Alumnos en relación con el alcohol .....	<b>77</b>



## TABLAS Y GRÁFICOS.

### Parte I. Tablas.

Tabla 1:

Tipos de delitos cometidos por menores en el D.F. entre los años 1995 y 1997.

La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal publicó una estadística de los delitos cometidos por menores en el Distrito Federal entre los años 1995 y 1997. Tal estadística es la siguiente:

Año	1995		1996		1997	
	Cantidad	Promedio diario	Cantidad	Promedio diario	Cantidad	Promedio diario
Homicidios	29	0.08	71	0.19	48	0.13
Delitos sexuales	62	0.17	104	0.28	84	0.23
Robos	1739	4.76	3152	8.61	3113	8.53
Lesiones	471	1.29	704	1.92	678	1.86
Otros delitos	1014	2.78	1554	4.25	1953	5.35
Denuncia de hechos	77	0.21	347	0.95	245	0.67
Total	3382	9.29	5932	16.21	6121	16.77

**Tabla 2.**

**Delitos cometidos por menores en el D.F. entre los años de 1995 y 1997 de acuerdo a sus edades**

	1995		1996		1997	
	Cantidad	Promedio diario	Cantidad	Promedio diario	Cantidad	Promedio diario
7 años	1	0.00	10	0.03	13	0.04
8 años	3	0.01	6	0.02	11	0.03
9 años	2	0.01	14	0.04	11	0.03
10 años	17	0.05	42	0.11	21	0.06
11 años	21	0.06	49	0.13	60	0.16
12 años	47	0.13	87	0.24	114	0.31
13 años	112	0.31	227	0.62	216	0.59
14 años	260	0.71	441	1.20	527	1.44
15 años	540	1.48	886	2.42	894	2.45
16 años	827	2.27	1555	4.25	1602	4.39
17 años	1143	3.13	2034	5.56	1951	5.35
Total	2973	8.15	5351	14.62	5420	14.85

**Tabla 3.**

**Inhalantes mas consumidos en el D.F. en 1996**

En el área metropolitana, los inhalantes más consumidos hasta junio de 1996 de acuerdo con el DIES son:

Nombre	%
Activo, Solvente	35.5
Gasolina	0.7
Pegamento	18.4
Thiner	27.0
Tricloroetileno	16.3
Otros	1.4
No específica	0.7
Total	100.0

**Tabla 4**

**Población de la Escuela Secundaria 131 en el año escolar 1996-1997 en ambos turnos.**

	MATUTINO			VESPERTINO			GRAN TOTAL
	HOM	MUJ	TOT	HOM	MUJ	TOT	
<b>PRIMERO</b>	109	132	241	83	54	137	378
<b>SEGUNDO</b>	117	114	231	99	65	164	395
<b>TERCERO</b>	96	122	218	74	71	145	363
<b>TOTAL</b>	322	368	690	256	190	446	1136

**Tabla 5****Composición de la muestra de la investigación.**

Clasificados por turno, sexo y edad.

Puede considerarse una muestra con varios grupos relacionados que se integró de la manera siguiente:

<b>COMPOSICION DE LA MUESTRA</b>							
<b>EDADES</b>	<b>MATUTINO</b>			<b>VESPERTINO</b>			<b>GRANDES TOTALES</b>
	<b>HOM</b>	<b>MUJ</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOM</b>	<b>MUJ</b>	<b>TOTALES</b>	
<b>11</b>	1	1	2	0	0	0	<b>2</b>
<b>12</b>	13	18	31	3	3	6	<b>37</b>
<b>13</b>	24	38	62	21	14	35	<b>97</b>
<b>14</b>	34	36	70	28	13	41	<b>111</b>
<b>15</b>	12	17	29	8	16	24	<b>53</b>
<b>16</b>	1	2	3	5	10	15	<b>18</b>
<b>17</b>	1		1	1		1	<b>2</b>
<b>18</b>			0			0	<b>0</b>
<b>19</b>		1	1			0	<b>1</b>
	<b>86</b>	<b>113</b>	<b>199</b>	<b>66</b>	<b>56</b>	<b>122</b>	<b>321</b>

Tabla 6.

Cuadro de operalización de variables

Las variables consideradas se especifican en el siguiente cuadro de operacionalización de variables.

CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES				
VARIABLES	INDICADOR	INDICE	SUBINDICE	REACTIVO
Riesgo	Fumar	¿Fuma el sujeto?	Nunca	7 ¿Has fumado durante el último mes? a) nunca en toda mi vida b) probé un cigarrillo pero hace mas de un mes y no he vuelto a hacerlo nunca. c) he fumado durante el último mes mas de un cigarrillo
			Ha experimentado con el tabaco	
			Fuma regularmente	
		¿Fuman sus amigos?	NO	8 ¿ Has visto fumar a alguna de las personas relacionadas contigo? (En esta pregunta puedes marcar una respuesta o mas) a) ¿Cuántos de tus mejores amigos b) ¿Cuántos de tus hermanos?.. c) ¿Cuántos otros parientes? c) ¿Fuma tu mamá? d) ¿Fuma tu papá? e) ¿Cuántos de tus profesores fuman?
		¿Fuma su padre?		
		¿Fuma su madre?		
		¿Fuman sus profesores?		
	¿Fuman sus familiares?			
	¿Fuma su turno escolar			
	¿Fuma su grupo escolar?	SI	Otros cuestionarios. Cuadro de contingencias	
	Alcoholismo	¿Cuál es el uso del alcohol en el sujeto?	Ninguno	9. Durante el último mes ¿Que tan frecuentemente has tomado bebidas alcohólicas?. (Puedes contestar mas de una de las respuestas) a) ni una sola vez b) alguna vez en fiestas con tus familiares c) alguna vez con tus amigos d) mas de una vez con tus amigos e) te has emborragado mas de una vez 11 ¿Has tenido alguno de estos problemas por beber a) faltar a clases b) despertar sin acordarte lo que pasó la noche anterior c) pelearte estando borracho d) no llegar a tu casa por estar tomando e) nada de lo anterior
			Bebedor social	
			Bebedor habitual	
			Presenta problemas debidos al alcohol	

		¿Beben sus amigos?	NO	<p>10. ¿Has visto embriagado a alguna de las personas relacionadas contigo?. (En esta pregunta puedes responder a una o más respuestas)</p> <p>a) tus mejores amigos. ¿Cuántos?</p> <p>b) a tus hermanos. ¿Cuántos?</p> <p>c) a tu papá:</p> <p>d) a tu mamá:</p> <p>e) otros parientes. ¿Cuántos?</p>
		¿Bebe su padre?		
		¿Bebe su madre?		
		¿Beben sus familiares		
		¿Bebe el grupo escolar?		
		¿Bebe el turno escolar?	SI	<p>Otros cuestionarios</p> <p>Cuadro de contingencias</p>
Fármaco-dependencia	¿Cuál es el uso de drogas propio del sujeto?		Ninguno	<p>12. ¿Te han ofrecido a probar alguna de las sustancias siguientes?. (Puedes contestar mas de una opción)</p> <p>a) marihuana</p> <p>b) thinner, aguarrás o cemento</p> <p>c) pastillas roches</p> <p>d) ¿otra droga?. Escribe su nombre si es así: _____</p>
			Dispone	<p>13. ¿Has probado alguna de las sustancias siguientes? (Puedes contestar mas de una opción)</p> <p>a) marihuana</p> <p>b) thinner o cemento</p> <p>c) pastillas "roches"</p> <p>d) ¿otra droga?. Escribe su nombre _____</p>
			Ha experimentado	<p>15. En el caso de haber usado alguna de estas sustancias</p> <p>a) las has probado mas de una vez</p> <p>b) hace menos de un mes que las usaste</p>
			Consume	

	¿Cuál es el uso de drogas de sus amigos	Disponen	14 ¿ Algunos de tus amigos han probado marihuana, thinner, cemento u otras drogas? A) ninguno de mis amigos  b) Han probado marihuana. ¿cuántos de tus amigos? _____
		Consumen	c) Han usado cemento o thinner. ¿cuántos de tus amigos? _____ d) Has probado otras drogas. ¿Cuáles drogas? _____ _____ (cuántos de tus amigos) _____
	¿Cuál es el uso de drogas en su grupo escolar?	Disponen	Otros cuestionarios  Cuadro de contingencias
		Consumen	
	¿Cuál es el uso de drogas en su turno escolar	Disponen	
		Consumen	
Violencia	¿Es violento el adolescente?	No violento	16. Durante el último año ¿Has tomado parte en riñas o peleas? (Puedes contestar mas de una opción)  a) nunca b) sí, uno contra uno c) sí, uno contra dos o mas d) sí, grupos contra grupos
		Violencia leve	17 ¿Has traído un arma a la escuela? a) nunca. b) una punta c) una cadena d) una pistola e) otra. escríbela _____
		Violencia grave	



		¿Es violenta su familia?	No violenta	18) ¿Te golpean en tu casa? a) nunca b) algunas veces. c) muy seguido d) utilizan el puño cerrado o un objeto para golpearte e) algunas veces, al castigarte, te han lastimado y has necesitado ver a un médico
			Violenta	19. ¿Tu papá golpea a tu mamá? a) nunca b) a veces c) con frecuencia d) no solamente a ella, sino a toda la familia
	Sexo	¿Cuál es la actividad sexual del adolescente	Ninguna	21. ¿Has tenido relaciones sexuales? a) nunca b) nunca pero has llegado muy cerca de hacerlo c) solo una vez d) mas de una vez e) una o mas veces en el último mes.
			Caricias	
Una sola vez				
Mas de una vez				
	¿Cuál es la actividad sexual en su grupo?	No activos	Otros cuestionarios Cuadro de contingencias	
	¿Cuál es la actividad sexual en su turno?	y activos		
Adolescente	Edad	Variables demográficas	De 11 a 19 años	2. ¿Cuántos años cumplidos tienes?
	Género		Masculino o femenino	1. Tu sexo es: a) Femenino. b) Masculino:
	Amigos		Número de amigos	3. Escribe el número de los amigos que siempre están contigo
	Turno		Matutino o vespertino	De acuerdo al número de folio
	Grado		De 1° a 3°	
	Grupo		De A hasta F	
	Calificaciones	Rendimiento académico	Bajo	6. Tu último promedio de calificaciones fue__ (escríbelo, pero en caso que no te acuerdes trata de recordar una de las dos opciones) a) de siete o mas grande b) de 6.99 o mas chico

	Integración de la familia	Tipo de familia	Intacta	<p>4. Vives contigo:</p> <p>a) Tu papá y tu mamá.</p> <p>b) Vives con tu mamá y su pareja de ella.</p> <p>c) Vives con tu papá y su pareja de él:</p> <p>d) Vives con tu mamá y ella no tiene pareja.</p> <p>e) Vives con tu papá y él no tiene pareja.</p> <p>f) Vives con otros familiares.</p>
			Padrastra o madrastra	
			Uniparental	
			Otra	
	Estado laboral de la familia	Sostenimiento de la familia	Padre	<p>5. La situación laboral de tu familia</p> <p>a) tu papá y tu mamá trabajan.</p> <p>b) solo tu papá trabaja</p> <p>c) solo tu mamá trabaja</p> <p>d) ni tu papá ni tu mamá trabajan</p>
			Padre y madre	
			Madre	
			Otros	
	Sujeto a la violencia		Nunca	<p>18) ¿Te golpean en tu casa?</p> <p>a) nunca</p> <p>b) algunas veces</p> <p>c) muy seguido</p> <p>d) utilizan el puño cerrado o un objeto para golpearte</p> <p>e) algunas veces, al castigarte, te han lastimado y has necesitado ver a un médico</p> <p>19) ¿Tu papá golpea a tu mamá?</p> <p>a) nunca</p> <p>b) a veces</p> <p>c) con frecuencia</p> <p>d) no solamente a ella, sino a toda la familia</p> <p>20) ¿Te ha golpeado uno de tus familiares en estado de ebriedad?</p> <p>a) no</p> <p>b) si</p>
			Testigo	
			Sujeto a la violencia	
			Sujeto a gran violencia	

Tabla 7

Resultados del estudio expresados en frecuencias.

Los resultados del estudio se expresan con precisión en la que aparecen las frecuencias de las conductas riesgosas observadas en la muestra.

POBLACIÓN EN RIESGO EXPRESADA EN LAS FRECUENCIAS A LA ENCUESTA					
FACTORES	FUMAR	ALCOHOL	DROGAS	VIOLENCIA	ACTIVIDAD SEXUAL
DEMOGRAFICOS					
TURNO MATUTINO	25	28	7	43	17
TURNO VESPERTINO	19	18	12	25	13
MASCULINO	27	24	10	43	19
FEMENINO	17	22	9	25	11
12 AÑOS	4	3	1	5	2
13 AÑOS	11	11	3	23	6
14 AÑOS	11	19	8	25	11
15 AÑOS	15	10	4	9	10
16 AÑOS	3	3	2	6	1
17 AÑOS	0	0	1	0	0

**Tabla 8**

**Resultados del estudio expresados en porcentajes**

La misma tabla será mas elocuente si expresamos sus valores en porcentajes.

	<b>FUMAR</b>	<b>BEBER</b>	<b>DROGAS</b>	<b>VIOLENCIA</b>	<b>SEXO</b>
<b>MATUTINO</b>	0.13	0.14	0.04	0.22	0.09
<b>VESPERTINO</b>	0.16	0.15	0.10	0.20	0.11
<b>MASCULINO</b>	0.18	0.16	0.07	0.25	0.13
<b>FEMENINO</b>	0.10	0.13	0.05	0.15	0.07
<b>12 O MENOS</b>	0.10	0.08	0.03	0.13	0.05
<b>13</b>	0.11	0.11	0.03	0.24	0.06
<b>14</b>	0.10	0.17	0.07	0.23	0.10
<b>15 O MAS</b>	0.24	0.18	0.09	0.20	0.15

Y, al interpretar los valores podemos listar el estado de los problemas que confronta esta población de jóvenes:

Tabla 9

Resultados generales. Razón de momios de las conductas de riesgo.

Los resultados generales se exhiben en la tabla siguiente:

FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES				
N	Factor de riesgo para...	Conducta riesgosa	Significancia	OR (RAZON DE MOMIOS)
1	Fumar	Disponibilidad de drogas ilegales	p=0.0000001	13.6
2	Exposición a violencia	Uso de drogas ilegales	p=0.000001	11.57
3	Violencia	Uso de drogas ilegales	p=0.000001	11
4	Consumo de alcohol	Disponibilidad de drogas ilegales	p=0.000001	9.8
5	Fumar	Consumo de drogas ilegales	p=0.000001	9
6	Beber	Consumo de drogas ilegales	p=0.003	7.2
7	Fumar	Consumo de alcohol	p=0.003	7.2
8	Consumo de drogas ilegales	Iniciación precoz de actividad sexual	p=0.005	4.4
9	Disponibilidad de drogas ilegales	Iniciación precoz de actividad sexual	p=0.007	4.22
10	Consumo de alcohol	Iniciación precoz de actividad sexual	p=0.0063	3.8
11	Fumar	Iniciación precoz de actividad sexual	p=0.001	3.8
12	Disponibilidad de drogas ilegales	Violencia	p=0.007	3.8
13	Fumar	Violencia	p=0.00098	3.2
14	Disponibilidad de drogas ilegales	Uso de drogas ilegales	p=0.04	2.84
15	Edad	Fumar	p=0.006	2.64
16	Exposición a violencia	Consumo de alcohol	p=0.006	2.61
17	Violencia	Iniciación precoz de actividad sexual	p=0.006	2.5
18	Consumo de alcohol	Violencia	p=0.005	2.4
19	Sexo masculino	Violencia	p=0.02	2
20	Sexo masculino	Fumar	p=0.04	1.9
21	Madre fumadora	Fumar	p=0.03	1.3

**Tabla 10****Relación de las conductas de riesgo entre sí.**

En la tabla siguiente se aprecian que todas las conductas riesgosas se relacionan entre sí:

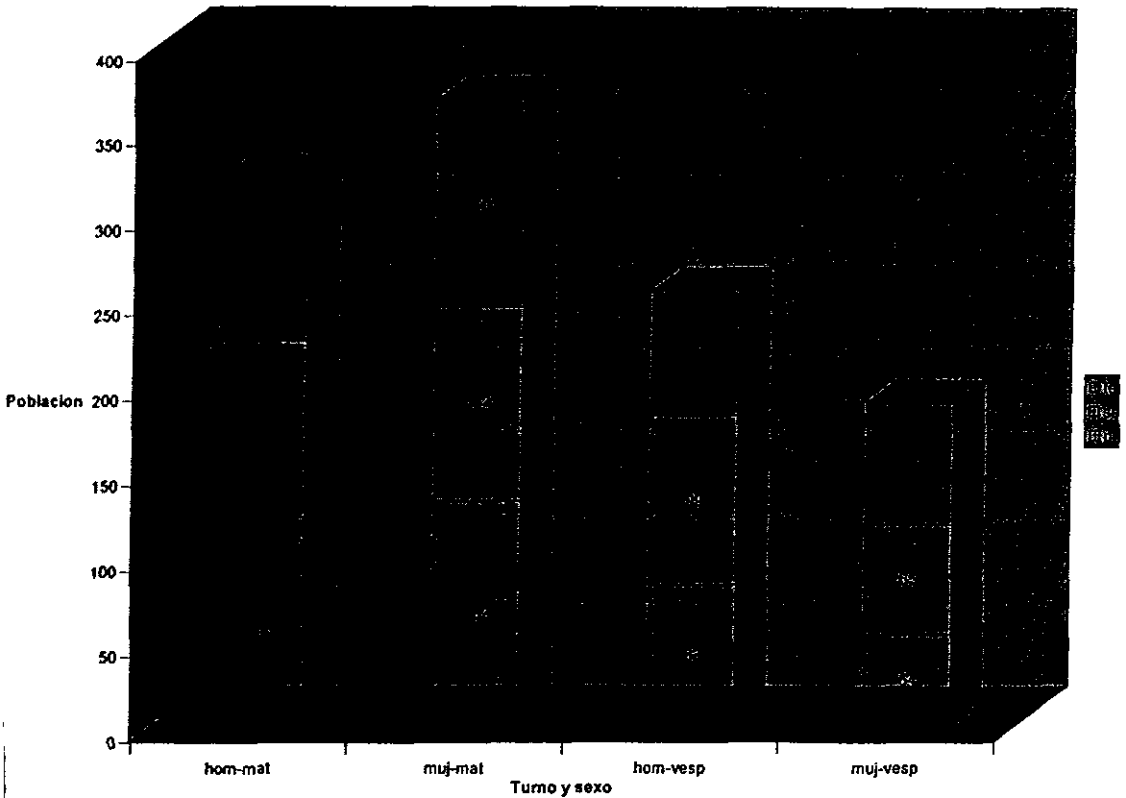
<b>INTERRELACION DE LAS CONDUCTAS DESVIADAS.</b>			
<b>FACTOR de RIESGO</b>	<b>relacionado con CONDUCTA DE RIESGO</b>	<b>SIGNIFICANCIA</b>	<b>RAZON DE MOMIOS</b>
VIOLENCIA	TABAQUISMO	$p=0.00098$	3.2
VIOLENCIA	ALCOHOLISMO	$p=0.005$	2.4
VIOLENCIA	FARMACODEPENDENCIA	$p=0.000001$	11
VIOLENCIA	SEXUALIDAD PRECOZ	$p=0.002$	2.5
TABAQUISMO	ALCOHOLISMO	$p=0.0001$	7.2
TABAQUISMO	FARMACODEPENDENCIA	$p=0.0001$	9
TABAQUISMO	SEXUALIDAD PRECOZ	$p=0.001$	3.8
ALCOHOLISMO	FARMACODEPENDENCIA	$p=0.0003$	7.2
ALCOHOLISMO	SEXUALIDAD PRECOZ	$p=0.00063$	3.9
FARMACODEPENDENCIA	SEXUALIDAD PRECOZ	$p=0.005$	4.4

## Parte II. Gráficos

Gráfico 1

Población escolar de la escuela secundaria 131 por turnos, grados y sexos

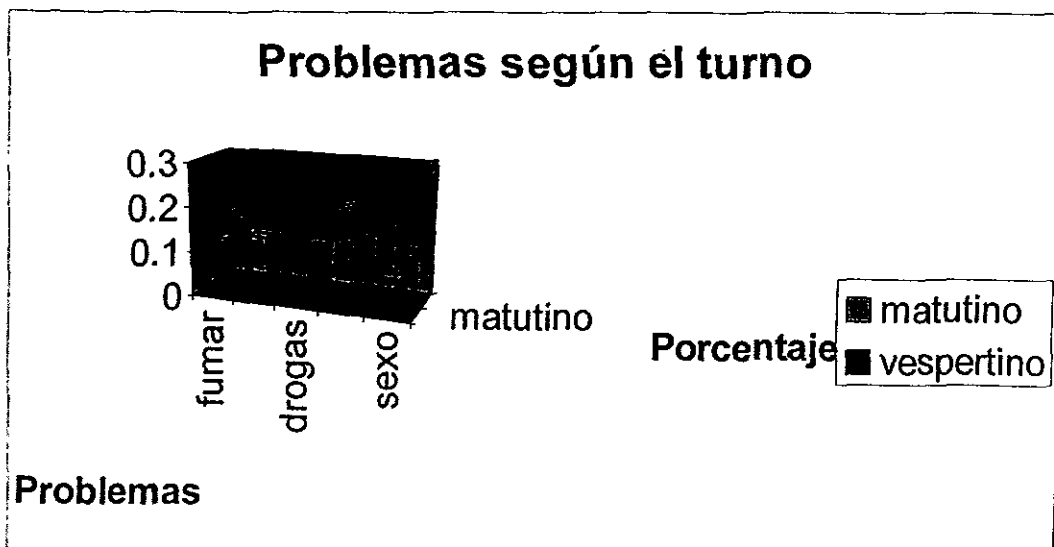
Población de la Escuela Secundaria 131



Dentro de la población escolar de la Escuela Secundaria 131 predomina la subpoblación de mujeres del turno matutino.

Gráfico 2

Comparación de los problemas comunes a ambos turnos.



Los problemas son muy similares en magnitud, con la excepción de las drogas, un problema mas grave en el turno vespertino.

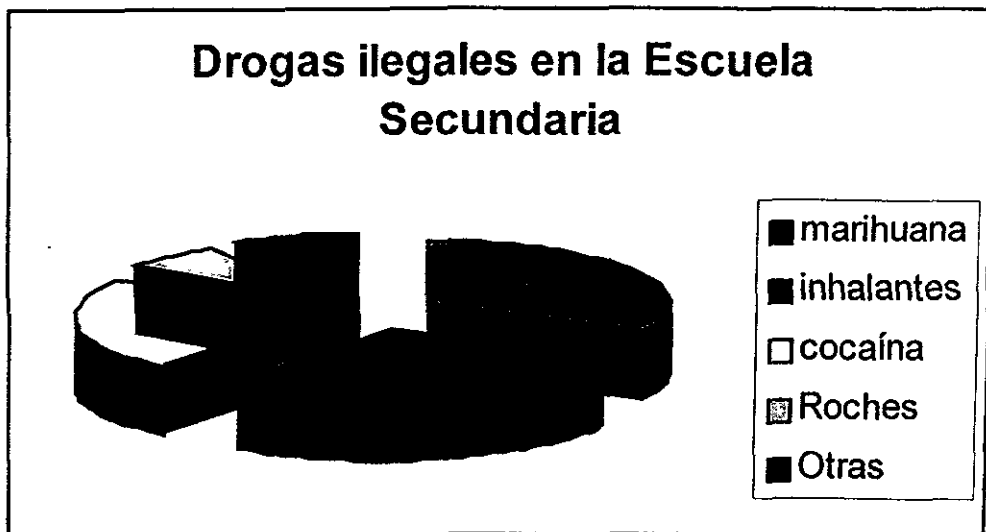


### Gráfico 3

#### Composición etaria de la muestra.



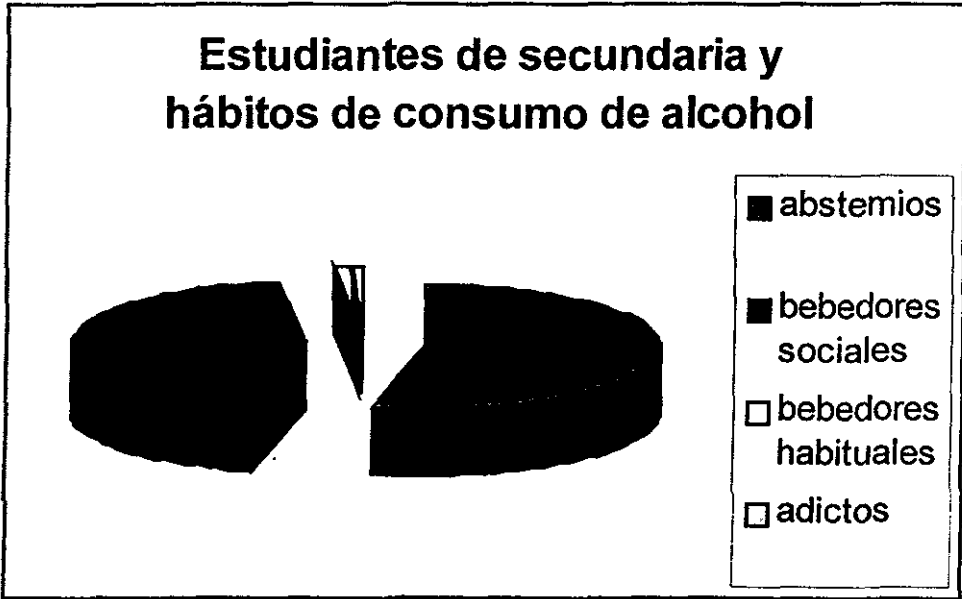
La muestra distribuida de acuerdo con su edad y el turno al que asisten. Predominan las mujeres del turno matutino entre 13 y 14 años



La marihuana y los inhalantes son las drogas que mes se ofrecen a los escolares

**Gráfico 5**

**Alumnos en relación con el alcohol**



La mayoría de los estudiantes, en cuanto al consumo de alcohol, son abstemios (53%); otra gran parte de ellos ha experimentado en el alcohol en reuniones sociales con la familia (44%). Pocos de ellos beben habitualmente (0.9%) o pueden considerarse adictos (0.9%)