



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

TENDENCIA GENERACIONAL DE DIFERENTES PROCESOS
PSICOLÓGICOS EN ADOLESCENTES

TESIS
Que para obtener el grado de
DOCTORA EN PSICOLOGÍA
Presenta

NORMA COFFIN CABRERA

Jurado de Examen de Grado
Director: Dr. Arturo Silva Rodríguez
Comité: Dra. María Suárez Castillo
Dr. Samuel Jurado Cárdenas
Dra. Ana Luisa González-Celis Rangel
Dr. Ariel Vite Sierra
Dra. Claudia Lucy Saucedo Ramos
Dra. Shoshana Berenzon Gorn



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.

Agradecimientos

Dedico esta Tesis a la Memoria del Dr. Héctor E. Ayala Velázquez †, Quien me convenció para entrar al Doctorado, y que lamentablemente no pudo ver este trabajo. Gracias Héctor, pues desde que ingresé a tu primer equipo de trabajo como estudiante de Maestría, hasta el día de hoy, el hábito de trabajo y deseo de superación que poseo, es obra tuya. No es nada comparado a lo que tú tenías, pero es tu ejemplo y enseñanzas los que me han forjado como profesionista por más de 28 años. Te extraño y extrañaré siempre. Tu alumna desde antes, Norma Coffin (Normita, como me decías).

A Mis Padres:

Jorge Coffin †: Porque gracias a ti nunca he entendido la Psicología de Género, pues nunca la viví a tu lado; porque formaste a mis dos hermanos varones sin la palabra machismo en su vocabulario, ni en sus vidas. Porque ningún hombre de mi familia, siguiendo tu ejemplo, ha desdeñado el pensar o sentir de una mujer. Porque tú me metiste en la cabeza desde chiquita que iba a ser de la UNAM y que iba a tener un buen Doctorado. Me despido, ahora sí, de ti, con tu frase favorita: "MÉXICO, PUMAS, UNIVERSIDAD". Adiós.

Judith Coffin: La parte más difícil de mi Doctorado estuviste casi en la tumba. Ha sido tu agonía tan larga como mi Doctorado. Deseo que nos de tiempo de disfrutar juntas este logro que tantas desveladas nos costó, entre tu gravedad y mi trabajo. Siendo la mujer que hace más de 60 años estudiaste Ingeniería Química en la UNAM, cuando las mujeres sólo se casaban; siendo la mujer que nunca me enseñó a bajar la cabeza ante un hombre, ni ante nadie; siendo tan inteligente, como todavía lo eres, a tus 86 años y como 35 kilos de peso, te dedico este trabajo. Siendo tu única hija, tenía que ser un poquito, muy poquito, como tú.

Te veo al ratito, como siempre, en la casa, en tu camita donde has pasado mil noches.

Norma.

A Toño: mi amigo primero, por más de 30 años; te conocí a los 15 años, en Prepa. Me has acompañado como cuate, el mejor de los cuates, toda la vida. Otro logro, con tu apoyo y solidaridad. El "échale ganas", "ya te falta poco"; o el "ya vente a descansar, son las 3"; o "toma, tu boletito de avión para que vayas al Congreso,...y una lana; pero me traes mi playera de la Harley". Gracias, amor, por tu respeto, amor, solidaridad, por tu vida y por lo feliz que me has hecho, sin poder comprender todavía la diferencia de género a mi edad; gracias. Todo mi amor, admiración y respeto. Norma.

A mi Ángel: A Alex. Cuando empecé el Doctorado, tenías 9 añitos ¿Te acuerdas? Por ser la luz al final del túnel, cuando todo en mi vida ha estado oscuro; por acompañarme muchos desvelos, primero despierto y después dormidito en la alfombra a mis pies, con una cobijita y tu gatito. Porque la vida de mi mami cambió la tuya: dejaste la casita que tanto querías, a tus amiguitos, acabaste la Primaria, en fin...Ahora ya tienes 13 años, ya no me acompañas, pero pasaste muchos días de vacaciones sin vacaciones de verdad. Por todos estos años, hijito, mi más querido amiguito, te dedico este trabajo. Te quiero mucho.

A Arturo: por aceptarme cuando quedé sin Tutor; por confiarme tu trabajo. Por guiarme para que todo saliera mejor. Por compartir una relación difícil, pero sólida. Por compartir risas, tu saber. Porque el trabajo nos rescató. Por tu cariño y amistad. Por tu ejemplo. Por tu ser como eres. Por todo, te entrego este trabajo, esperando no defraudarte. Gracias Arturo, por haberte encontrado. Gracias por tus enseñanzas, que son para siempre. Norma.

A mis hermanos:

Ambos tan inteligentes, tan íntegros y tan queridos. Por ser buenos hombres que han formado buenos hombres; buenos hombres que han formado buenas mujeres. Porque son el mejor reflejo

de los valores universitarios. Porque tampoco me dejaron sentir desventaja alguna de género. Porque son parte de mí en lo esencial, aunque pensemos diferente.

A mis dos últimos tíos: José Coffin Y Salvador Cabrera: cada uno fiel representante de sendas razas, culturas y religiones. Gracias por darme lo mejor de cada una y su cariño.

A mis abuelas, nacidas en el s. XIX: una, miembro Fundadora de la Liga de Liberación de las Mujeres y la primera mujer que pisó los juzgados en México como intérprete. Otra, de las primeras mujeres que estudió en la Escuela Nacional Preparatoria y de las primeras mujeres que aprendió Telegrafía, además de ser de las primeras mujeres que manejó Harley para transportarse a sus trabajos, ya casada, con hijos, y sin necesidad de trabajar. Porque ojalá yo sea digna descendiente de ustedes. Porque son mis orígenes y mi raíz. Un humilde homenaje. Su nieta Norma.

Y así, siendo éstas las últimas dedicatorias que escribo en mi vida, no puedo dejar de recordar a Lula, la hijita que siempre hubiera querido tener: compañera de marchas, luchas y fútbol; compañera catedrática, alumna ejemplar, amiga incondicional, mujer inteligente. Mi cariño, respeto y admiración. A Mily: amiga desde siempre. Compañera de carrera, proveedora de trabajos hasta en Puebla, vecina de cubículo, a quien le choca mi humor negro. Ya te alcancé, aunque me faltó un Diplomado. A todas las mujeres de mi familia: Gracias por acompañarme. A Charly y Zaira, mis mejores amigos de vida. Norma.

To Judy, a dearest friend; to my nieces Suzanne and Jacquie: I write a few lines to you. We have shared lots of precious moments. This is another one. Thank-you for all your love. I love you, too. We will always be best friends, Norma.

A mis tutores: espero que vean reflejados sus consejos, trabajo y dedicación de tanto tiempo a esta investigación. Les prometí algo interesante. Espero haber cumplido. Por su profesionalismo y amistad. A Sam, quien siempre tuvo una frase amable y de aliento, además de muchos conocimientos. Hacías sencillo lo difícil; después de verte me quedaba tranquila; me sentía segura; despertaste en mí la curiosidad, las ganas de descubrir. Tienes ese don, de hacer que uno quiera seguir hasta el final. Me queda un gran recuerdo y experiencia al compartir este camino. A Ariel, mi tutor de Maestría, compañero de los primeros pininos con Héctor, amigo de muchos años. Y Ariel, tu fortaleza me ha levantado en momentos duros; eres todo un ejemplo de educación y caballerosidad. Eres de esas personas que dejan mucha huella; soy afortunada de haber cruzado tu vida con la mía. A Claudia, mi mejor amiga. Tu forma de ver la vida, aunada a tu inteligencia y conocimientos, me ha hecho sentir honrada de ser tu amiga, amiguita. Le diste sentido a lo que yo quería decir. Lograste que al final quedara muy contenta con mi trabajo. Me gusta gracias a ti. A Mar, gracias a ti acabé. Eres de esas personas que se convierte en imprescindible en una investigación; no concibo mi trabajo sin tus valiosas observaciones y ricas aportaciones, además de tu calidez y afecto. Siempre respetuosa y conocedora de lo que dices. Cada consejo era una cátedra. Me siento afortunada de haber contado contigo. A Ana Luisa: mi Maestra. Sin tu clase, esto no habría podido tener forma. Tu manera de enseñar, de ver lo que nadie veía, de hacer sugerencias nuevas cada vez; tu trato tan amable, tu sabiduría, tu amistad. Todo lleva a la grata experiencia de trabajar contigo. Este final te lo debo; y como decimos: te debo una...la más importante. Y a Shoshana, a quien conocí a través de sus publicaciones, durante mi Maestría. Desde entonces te quise conocer. Trabajar contigo ha sido de las experiencias más ricas desde Héctor. Y no sólo tu saber, señalando aquello que yo no veía, sino tu forma de decirlo. Hubiera querido tomar esa materia todo el Doctorado, y más. No quisiera decirte adiós; es de esos casos en que uno siempre quisiera decir hasta luego. Gracias Shoshana, siento no haber compartido por más tiempo tu enseñanza. Ojalá esto te haya gustado tanto como a mí.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1. Adolescencia y Procesos Psicológicos	5
1.1 Depresión	9
1.1.1 El Suicidio en adolescentes	13
1.2 Los miedos incontrolados: las fobias y la ansiedad	20
1.3 Intereses y conocimiento sexual	23
1.4 Hábitos de estudio	28
1.5 La familia	38
1.6 Adicciones	45
1.7 Agresión	58
1.8 Habilidades Sociales	64
1.8.1 Proceso de Socialización	66
1.8.2 Asertividad	68
Capítulo 2. Estudios de Tendencias y Problemas Sociales	71
2.1 ¿Qué es el estudio de tendencias?	71
2.2 Tendencias en Familia	75
2.2.1 Diferenciales Socioeconómicos de la nupcialidad	76
2.3 Explicación de las tendencias en el terreno de la criminalidad	76
2.3.1 Influencias de los compañeros y las drogas en el crimen	78
2.3.2 La familia y el crimen	80
2.4 Tendencias en el abuso de drogas	81
Capítulo 3. Método	85
3.1 Objetivos	85
3.2 Variables	85
3.2.1 Variables demográficas	86
3.3 Participantes	87
3.4 Tipo de Estudio	87
3.4.2 Tipo de Muestreo	88
3.5 Instrumentos	89
3.6 Procedimiento (1988, 1990, 1992)	90
3.6.1 Procedimiento (2004)	91
Capítulo 4. Resultados	93
4.1 Resultados de las cuatro generaciones	93
4.2 Tendencia generacional de los procesos de interés	95
4.2.1 Tendencia de los procesos por género	103
4.2.2 Correlaciones de la población por género	107
4.3 Representación gráfica de las tendencias	108
4.4 ANOVA de los resultados generacionales	109
4.5 Resultados de la generación 2004	113
4.5.1 Comparación con un modelo binomial	115
4.5.2 Distribución de los procesos por género	120
4.6 Correlaciones generales (2004)	124
4.6.1 Correlaciones por género (2004)	125
4.7 Niveles de depresión con el Inventario de Beck (2004)	126
4.8 Niveles de Ansiedad con el Inventario de Beck	127
Discusión y Conclusiones	129
Limitaciones y ventajas del estudio	146
Referencias	149

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la población por Región	93
Figura 2. Distribución de Medias y Desviaciones Generacionales	94
Figura 3. Hábitos de Estudio	96
Figura 4. Fobias	97
Figura 5. Depresión	98
Figura 6. Información Sexual	99
Figura 7. Adicción	100
Figura 8. Agresión	101
Figura 9. Habilidades Sociales	102
Figura 10. Conflictos Familiares	103
Figura 11. Hábitos de Estudio	103
Figura 12. Fobias	104
Figura 13. Depresión	104
Figura 14. Información Sexual	105
Figura 15. Adicción	105
Figura 16. Agresión	106
Figura 17. Habilidades Sociales	106
Figura 18. Conflictos Familiares	107
Figura 19. Tendencia generacional de todos los procesos	108
Figura 20. Población por región	113
Figura 21. Distribución de Medias y Desviaciones (2004)	114
Figura 22. Hábitos de Estudio	116
Figura 23. Fobias	116
Figura 24. Depresión	117
Figura 25. Información Sexual	117
Figura 26. Adicciones	118
Figura 27. Agresión	118
Figura 28. Habilidades Sociales	119
Figura 29. Conflictos Familiares	119
Figura 30. Hábitos de Estudio por Género	120
Figura 31. Fobias por Género	120
Figura 32. Depresión por Género	121
Figura 33. Información Sexual por Género	121
Figura 34. Adicciones por Género	122
Figura 35. Agresión por Género	122
Figura 36. Habilidades Sociales por Género	123
Figura 37. Conflictos Familiares por Género	123

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población de Aprobados en Secundaria por Grado (2005)	30
Tabla 2. Relación entre uso de drogas y actos antisociales (México 1991)	59
Tabla 3. Conductas Delictivas	60
Tabla 4. Variables seleccionadas y definiciones	86
Tabla 5. ANOVA Variables de interés (4 Generaciones)	109
Tabla 6. Porcentajes de Indicadores de Adicción por Región	111
Tabla 7. Frecuencia de consumo de las diferentes drogas encuestadas	112
Tabla 8. Correlaciones Generales Generación 2004.	124
Tabla 9. Correlaciones en Hombres Generación 2004	125
Tabla 10. Correlaciones en Mujeres Generación 2004	126
Tabla 11. Niveles de Depresión por Ciudad	127
Tabla 12. Niveles de Ansiedad por Ciudad	127

RESUMEN

El objetivo principal fue conocer la tendencia generacional que siguen determinados procesos psicológicos en el tiempo. Para esto, se aplicó una lista de chequeo que abarcó ocho procesos psicológicos (Hábitos de Estudio, Fobias, Depresión, Información Sexual, Adicción, Agresión, Asertividad y Conflictos Familiares), a cuatro generaciones de estudiantes (N=5693) de ambos sexos, pertenecientes a los tres grados de Secundaria, en los años de 1988, 1990, 1992 y 2004, en el Distrito Federal, Estado de México, Hermosillo, Matamoros, Cuernavaca y Aguascalientes. Los resultados se presentan, primero las tendencias generacionales de todos los procesos. Una vez llevado a cabo un análisis de reversión, se encontró una asociación entre la variable tiempo y los procesos de estudio. Enseguida se presentan los resultados para la generación del 2004, estableciendo un análisis comparativo a través de un modelo binomial estadístico, así como las correlaciones entre las variables, encontrando asociación entre algunos de los procesos para esta generación. Asimismo, se aplicaron a esta generación (2004) los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck en sus versiones mexicanas, mostrando sus resultados. La presente investigación aporta un conocimiento sobre las áreas en las que se debe intervenir, con el fin de implementar estrategias de prevención más eficaces con adolescentes. El presente estudio logra vincular algunas coincidencias entre la investigación cuantitativa y cualitativa, enriqueciendo el marco conceptual y empírico de la investigación sobre la adolescencia. Algunas consideraciones éticas fueron: los cuestionarios fueron contestados de manera colectiva, anónima y voluntaria; a los participantes se les proporcionó la forma de contactar a los investigadores responsables, así como direcciones locales de centros de atención psicológica donde podrían acudir, en caso de necesitarlo. Se hizo la entrega de los resultados a las diferentes escuelas de la muestra.

Palabras clave: tendencia generacional, procesos psicológicos, adolescencia

coffin@servidor.unam.mx

ABSTRACT

The goal of the present study was to know about the generational trends in time followed by different psychological processes. Therefore, in this study, a checklist which measures eight different psychological processes (Study Habits, Phobias, Depression, Sexual Information, Drug Abuse, Aggression, Assertion & Family Conflicts), was applied to four generations of high-school students (N=5693), both sexes, belonging to the three scholar grades, in the yrs. of 1988, 1990, 1992 & 2004, in the regions of: Mexico City, State of Mexico, Hermosillo, Matamoros, Cuernavaca and Aguascalientes. Results are presented as follows: first, results of the four generations' trends; once a reversion analysis was made, an association between the variable time and the processes was found. are presented. Then, results of generation 2004, by means of a statistical comparison at a binomial model, establishing the actual state of the interest processes. Likewise, Mexican versions on the Anxiety & Depression Beck's Inventories were applied to this generation, showing a presence of them in the sample. Correlations among processes were made, finding some associations for the 2004 generation. The main research contribution of this study was to provide knowledge of those areas in which efforts must be made in order to develop more efficient prevention strategies with adolescents. Also, it attains to

consolidate coincidences between quantitative and qualitative research findings, enriching the conceptual and empiric frames of Adolescence research. Some ethical considerations were: questionnaires were answered in an anonymous and volunteered way; phone numbers and e- mails of the principal researchers were delivered to participants, as long as local addresses of psychological centers to which they could attend, in case they needed. Results were delivered to Schools.

Keywords: generational trend, psychological processes, adolescence

INTRODUCCIÓN

La atención en todos los niveles de la población de adolescentes que asisten a las instituciones educativas es de suma importancia, puesto que esta población pasa por un período crítico en la vida del individuo, que juega un papel fundamental para su desarrollo futuro; es en esta etapa en donde se llevan a cabo múltiples reajustes a nivel biológico, social y psicológico, propiciando que el individuo entre en un nuevo rol de interacción con su medio ambiente, por lo que es necesario que las personas involucradas directamente en la educación de los adolescentes o sean responsables de su formación, tengan conocimiento amplio de dicho estado, para guiarlo hacia su integración efectiva a la sociedad.

El interés por estudiar a los jóvenes desde diferentes enfoques, ha sido el resultado de la importancia que ha cobrado el concepto de adolescencia a través del tiempo en la sociedad, debido a las principales transformaciones del rol ejercido. Históricamente, en las sociedades occidentales, durante los 1700s y 1800s, los niños varones se involucraban en labores productivas entre los 7 y 13 años de edad, mientras que las niñas cuidaban a los hermanos menores. Sin embargo, se vincula este interés a las transformaciones sociales que tuvieron lugar a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX.

Con la Revolución Industrial y su impacto en los avances tecnológicos, se favorece el mercado laboral. Los niños y jóvenes se insertan al trabajo en las fábricas, comenzando a percibir un salario, ampliando así sus acciones en la sociedad. Posteriormente, en la Primera Guerra Mundial, la población adulta masculina disminuye en las ciudades, propiciando que los adolescentes cubrieran este déficit de mano de obra. Esta inserción de cada vez más adolescentes en el trabajo, obliga a las familias de las clases media y alta a ver a la educación como el camino para forjarles un mejor futuro. Es así como al paso de los años, surgen más escuelas y se amplían los límites de edad en la educación escolar obligatoria, la cual en los países occidentales se encuentra entre los 16 y 18 años de edad, dando lugar a nuevas leyes que protegieran al niño del trabajo laboral, demandando una asistencia escolar universal y segregando a los adolescentes de los niños y los adultos.

Así, las medidas políticas y judiciales, con base en esta transformación paulatina pero decisiva de la adolescencia, debieron ser desarrolladas para regular los nuevos roles de los adolescentes en la sociedad, surgiendo nuevas leyes que controlarían su conducta, evitando aquellas infracciones que son fruto, entre otras causas, de los desajustes que se producían – y continúan produciéndose- entre las expectativas creadas, sobretodo de consumo y prestigio social, y las posibilidades reales de alcanzarlas por el camino que el propio sistema ha diseñado.

Según Silva, Aragón, Ramírez, Vega, Delgado, y Rodríguez (1993), existe un acuerdo general en cuanto a que en el adolescente se presentan problemas especiales de desajuste a la sociedad. Son muchos los factores del desarrollo del comportamiento que en esta etapa toman nuevos rumbos y cambios de dirección, algunos estimulados por las exigencias sociales y otros por la aparición de nuevas exigencias biológicas y emocionales. González (2001), menciona que para Mahler, en casi todos los aspectos de la personalidad, la adolescencia es una época de crisis; es el momento de un nuevo nacimiento: corporal y funcional por efecto biológico-sexual; emocional, no porque haya nuevas emociones, sino debido a que existen ahora nuevas intensidades; social y psicológica, pues se adquiere la identidad; y axiológica, ya que se consolidan y jerarquizan los valores.

De esta forma, emerge en la sociedad una responsabilidad sobre aquéllos que no tienen tantas posibilidades para adaptarse al nuevo sistema social y laboral, viviendo conflictos que requieren una respuesta diferenciada que se produce ante reacciones similares de los adultos, mediante la búsqueda de tratamientos preventivos y la realización de programas de reinserción, adaptación y tratamiento (Llorente y Sampayo, 1999).

A partir de la obligatoriedad de la enseñanza, la población escolarizada resulta idónea para poder determinar los factores que afectan el proceso de la adolescencia. Según Hernández (2000), la atención en todos los niveles de la población de adolescentes que asisten a las instituciones educativas es de suma importancia. Puesto que esta población pasa por un período crítico en la vida del individuo, es la escuela la que juega un papel fundamental para su desarrollo futuro, debido a que es en esta etapa en donde se llevan a cabo en el adolescente múltiples reajustes a nivel biológico, social y psicológico, los cuales propician que el individuo entre en un nuevo rol de interacción con su medio ambiente. Una estimación de la forma en que distribuye su tiempo el adolescente que asiste a la escuela, nos muestra la trascendencia de las instituciones educativas en la labor preventiva.

Los estudios sobre los adolescentes adquieren un papel preponderante cuando se analizan a la luz de la enorme proporción de la población de México formada por jóvenes. En el caso de nuestro país, en los últimos años, las condiciones económicas han originado que ambos padres trabajen, pasando cada vez menos tiempo con el hijo adolescente. Es así como la escuela ha adquirido un papel rector fundamental en la orientación y educación del adolescente. La cantidad de horas que los padres pasan con sus hijos, es casi igualado por el tiempo que el adolescente pasa en la escuela. Así, a finales del siglo XX, la escuela se convierte en un medio fundamental para prevenir y solucionar los problemas psicológicos

que aquejan al adolescente. Un adolescente que haya terminado la enseñanza media básica habrá pasado en promedio, 540 días que equivalen a 3240 horas de convivencia con sus maestros y compañeros. Esto refuerza el papel que juega el grupo social al que pertenece (otros adolescentes).

De esta forma, la adolescencia resulta ser una población importante para analizar las transformaciones en sus relaciones, su desarrollo de la identidad, su salud emocional y su conducta competente en los mundos escolar, laboral y de vida diaria que lo rodean.

Finalmente, la adolescencia es ahora vista con relación al contexto en que ocurre, siendo estudiada en términos de procesos transaccionales actuales, en los que esta persona cambiante interactúa con los contextos que lo rodean, por lo que se hace pertinente el estudio sistemático de esta etapa.

Antecedentes

El presente proyecto se deriva de un trabajo previo que formó parte del catálogo de investigaciones que se llevaron a cabo en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México en los años de 1988, 1990 y 1992, por Silva, Ramírez, Vega, Delgado y Rodríguez (1993), cuyo objetivo principal fue derivar estrategias de identificación de los trastornos psicológicos en los adolescentes, así como también realizar acciones encaminadas a brindar un servicio psicológico permanente a los adolescentes.

Para el estudio de esta población de adolescentes, la investigación previa partió de un eje llamado de DETECCIÓN Y PREPARACION, constituido por tres líneas generales de investigación:

1. Detección de problemas psicológicos presentes en la población de adolescentes;
2. Identificación de factores que influyen en la drogadicción de los adolescentes;
3. Evaluación de los conocimientos que poseía el adolescente sobre la conducta sexual, así como también identificar las actitudes que tenían los adolescentes hacia su conducta sexual y la actitud de los padres hacia la conducta sexual de sus hijos adolescentes.

De este modo, el objetivo que se persiguió en esta investigación previa, fue hacer una caracterización de algunos de los problemas psicológicos más frecuentes en el adolescente mexicano de Secundaria. Para llevar a cabo este conocimiento, se dividió el territorio nacional en cuatro regiones geográficas (Silva, Fierros, Ríos y Molina, 1993): Norte (Sonora); Centro (Aguascalientes); Zona Metropolitana (Estado de México y Distrito Federal); y Sur (Estado de Morelos), con 3696 estudiantes de Secundaria, en el que los procesos psicológicos evaluados fueron: 1) Hábitos de Estudio; 2) Fobias (miedos irracionales); 3)

Depresión (conductas de pensamientos depresivos ante la vida presente y futura); 4) Información sexual (conocimientos); 5) Adicción (conductas adictivas con inhalables, fármacos y varias sustancias); 6) Agresión (conductas de agresión); 7) Habilidades Sociales (conductas inadecuadas relacionadas con las habilidades sociales); y 8) Conflictos familiares (cómo perciben ser tratados por sus padres y relación familiar). Se llevó a cabo un análisis de estos datos, los cuales mostraron una variabilidad en su tendencia sobre el tiempo en estas tres generaciones, por lo que se consideró importante continuar con este estudio en el 2004, con el fin de conocer qué trayectoria habían seguido los procesos psicológicos antes mencionados, en los últimos dieciséis años.

Dado el costo y la importancia de los programas de prevención, así como el esfuerzo conjunto de especialistas y gobierno para implementar programas de intervención cada vez más efectivos, se considera prioritario conocer los cambios en algunos de estos procesos psicológicos y en los posibles factores que los determinan, mediante una comparación en el tiempo. Resulta importante darnos cuenta como investigadores, si no hemos dejado de lado otros factores que pudieran estar involucrados en la afectación o no de la eficacia de nuestras intervenciones. Es imprescindible enfrentarnos a la realidad del beneficio de las acciones encaminadas a la detención y, en el mejor de los casos, a la reversión de aquellos desórdenes psicosociales que se encuentran presentes en nuestros adolescentes, generaciones que en el futuro tomarán la responsabilidad de nuestra sociedad.

Para esto, se propuso la utilización de la misma metodología aplicada en la fase previa de investigación, añadiendo componentes cuya documentación nos indique su relevancia, con el fin de conocer incluso nuevas conductas adoptadas por los estudiantes actuales, así como la posibilidad de conocer qué factores podrían estar asociados a la posible trayectoria de la tendencia.

Es así como el objetivo de este estudio pretende aportar el conocimiento sobre la tendencia en el tiempo que siguen los ocho procesos antes mencionados con el fin de permitirnos identificar aquellos desórdenes psicológicos de los adolescentes que se mantienen vigentes en términos de su estabilidad y/o variabilidad.

En el presente trabajo se revisarán: un estado del arte de los Procesos Psicológicos observados (Capítulo 1.); una revisión de otros estudios de tendencias en desórdenes psicosociales (Capítulo 2); el Método de investigación empleado (Capítulo 3); los Resultados encontrados (capítulo 4), con respecto a la tendencia generacional y los obtenidos con la generación del 2004, que incluyó la aplicación de otros instrumentos con el fin de mostrar el estado actual de los procesos de interés, y la Discusión (Capítulo 5).

CAPITULO 1. ADOLESCENCIA Y PROCESOS PSICOLÓGICOS

Como hemos mencionado, la adolescencia se presenta como un período de transformaciones que implica numerosas experiencias nuevas. Los adolescentes se mueven en una situación marcada por la ambigüedad: por un lado buscan lo que imaginan como libertad de los adultos y por otro les gusta sentirse protegidos como niños. Su afán de individualismo es tan grande, que a menudo confunden la independencia de pensamiento con la aceptación sin límites de ideas que pueden llegar a ser muy perjudiciales, lo cual los convierte en el segmento poblacional más vulnerable a problemas de cualquier tipo.

Debido a la necesidad de contar con una definición operacional, la edad es el criterio demográfico aceptado para distinguir a los jóvenes, tradicionalmente utilizado como referente para las políticas de juventud. Desde 1985 la Naciones Unidas adoptaron como criterio normativo la edad entre los 15 y 24 años.

Actualmente, según estimaciones para el 2004, de acuerdo al Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2004), en América Latina viven alrededor de 149,5 millones de jóvenes de entre 15 y 29 años de edad y 103,1 millones de entre 15 y 24 años, que representan respectivamente el 27% y 19% de la población total. Esta situación impone desafíos académicos, gubernamentales y culturales de los mecanismos más eficaces para satisfacer sus necesidades.

En los países encuestados se observa una gran diferencia en los rangos de edad con los cuales se define la juventud: de 7 a 18 años (El Salvador); de 12 a 26 años (Colombia); de 12 a 35 años (Costa Rica); de 12 a 29 años (México); de 14 a 30 años (Argentina); de 15 a 24 años (Bolivia, Ecuador, Perú, República Dominicana); de 15 a 25 años (Guatemala); de 15 a 29 años (Chile, Cuba, Panamá, Paraguay); de 18 a 30 años (Nicaragua); menor de 25 años (Honduras).

Con base en las diferencias en el rango de edades, un problema por superar consiste en la creación de programas específicos de adolescencia y en la necesidad pendiente de resolver los desfases que dificultan la integración entre las políticas públicas de juventud y aquellas dirigidas a la adolescencia.

La Encuesta sobre los Programas Nacionales Orientados hacia la Juventud (CEPAL, 2004), respondido en el caso de México por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ, creado en 1999), tuvo por objeto analizar las directrices normativas, institucionales y programáticas de las políticas en ese campo. En los resultados se advierte la similitud de

los problemas que aquejan a la juventud de América Latina, pese a las diferencias culturales y al carácter multilingüe y multiétnico de las sociedades latinoamericanas. La pobreza, el deterioro de las condiciones de vida y la falta de acceso a oportunidades educativas y laborales parecen afectar a la gran mayoría de los jóvenes; e incluso, en los sectores más empobrecidos estas necesidades insatisfechas redundan en una mayor exclusión social y una falta de participación social y económica.

En cuanto a la perspectiva de los jóvenes latinoamericanos, en la encuesta se destacan los temas de identidad y los relativos a la familia y la afectividad. Los autores que han abordado el tema de la identidad juvenil suelen plantear la imposibilidad de definir su significado de manera concreta y estable. Cada época y sociedad impone a esta etapa de la vida fronteras culturales y sociales que asignan determinadas tareas y limitaciones a este segmento de la población (Levi y Schmitt, 1996).

En relación a los dos últimos, se aprecia la importancia de la familia, el noviazgo, las relaciones sexuales y la amistad, siendo la familia el ámbito donde expresaron su más alto aprecio y confianza, un lugar de negociación –no exento de reglas- para encontrar cariño, comprensión y apoyo. En relación con las prácticas, existe una presencia generalizada de las relaciones sexuales, la precocidad y el uso relativamente restringido de anticonceptivos. Por tanto, en el ejercicio de la sexualidad mostraron situaciones de riesgo (por ejemplo, la ausencia de uso de anticonceptivos y el riesgo de paternidad temprana y embarazo adolescente), que se transforman en un factor de quiebre en sus trayectorias escolares y laborales.

En las prácticas en la vida ciudadana, prefieren establecer nexos grupales con los amigos y pertenecer a organizaciones menos rígidas y contaminadas del proceso burocrático-político, como las deportivas, eclesiales y culturales, lo cual apunta a una reivindicación de la libertad frente a la tradición.

En el área de salud, de tipo institucional, está presente la baja cobertura y calidad de los servicios (Nicaragua), y en cuanto a riesgos afines, particularmente problemas de alcoholismo y drogadicción (Ecuador), y el aumento del virus de inmunodeficiencia humana (Panamá). En esta misma área, algunos países otorgan prioridad al embarazo adolescente y a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Chile).

Según la encuesta realizada, cabe destacar también los esfuerzos por poner en marcha programas de difusión de derechos y deberes de la población juvenil, así como de la ley de juventud (Argentina, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua y México). Otros temas de menor desarrollo son educación y conservación del medio ambiente (México, Cuba),

apoyo judicial a jóvenes (Guatemala, México) y prevención y control de la explotación sexual hacia niños, adolescentes y jóvenes.

Respecto de los programas sectoriales, todos los países encuestados están ejecutando programas de empleo, algunos particularmente centrados en la calificación e intermediación laboral (Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay), como una manera de responder a los altos niveles de desempleo que se registran en América Latina. Asimismo, todos los países cuentan con programas de juventud, tanto globales como sectoriales, pero muchas veces subsumidos en programas para adolescentes y niños, o con dificultades para responder a las necesidades heterogéneas de la población juvenil. En Costa Rica, Colombia, México y Nicaragua es visible una oferta de programas y proyectos más variada y selectiva hacia los jóvenes.

En relación con el difícil acceso a la vivienda que afecta a los jóvenes en América Latina, hay que destacar que sólo en México y Cuba existen programas universales que contienen disposiciones especiales relativas a los jóvenes.

Existen herramientas que contribuyen a superar los obstáculos que impone la alta rotación de los servicios orientados a la juventud y acumular información que permitan seguimientos a las experiencias desarrolladas. En México este tipo de instrumentos se ha usado para el fortalecimiento institucional de diferentes órganos gubernamentales de juventud. Tanto la Comisión de Asuntos de la Juventud como el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ), han realizado esfuerzos por sistematizar información en torno al marco jurídico de apoyo a los estratos jóvenes de población y dar forma a una visión global de la política de Estado destinada a atender los problemas y expectativas de este grupo.

Los mayores problemas registrados en los programas analizados son la focalización y cobertura, además de otros aspectos más puntuales, como el hecho de que los programas:

- Son temporales y su repetición cíclica depende de recursos presupuestarios que no siempre se otorgan.
- Están a cargo de organismos que no tienen asegurados su funcionamiento y continuidad, salvo cuando se trata de ministerios o institutos nacionales de juventud.
- Tienen un marcado sesgo sectorial y les falta coordinación con otras instituciones encargadas de los mismos temas.
- Carecen de adecuada difusión y tienen problemas de cobertura.

- No siempre responden a las necesidades reales de los jóvenes, dada la ausencia de diagnósticos o falta de información actualizada acerca de su situación.
- Carecen de monitoreo y evaluación e incluso los organismos oficiales de juventud desconocen información relevante y completa acerca del desarrollo y resultados de los programas.

No hay que perder de vista que el proceso de transición no es vivido de la misma forma por todos los jóvenes. Esta fase resulta especialmente perturbadora cuando es imprevisible, involuntaria, inhabitual y de una intensidad o magnitud muy elevadas. Ante las manifestaciones emocionales del adolescente conviene distinguir entre aquellas dificultades que conducen a una perturbación o desasosiego emocional, como la timidez o los sentimientos de inferioridad, y aquéllas que implican un tipo de comportamiento antisocial.

Con relación a esto, Llorente y Sampayo (1999), mencionan que Hopson elaboró una lista de puntos que representa, en forma de secuencia, las posibles reacciones durante esta transición:

1. Inmovilización: El adolescente tiene la sensación de estar abrumado, es incapaz de elaborar proyectos, comparar lo que le sucede a sí mismo y a los que le rodean
2. Minimización: Concede poca importancia a los cambios que él considera triviales.
3. Depresión: Suele producirse un rasgo frecuente de cambios físicos de la pubertad que puede ir acompañado de desasosiego y desánimo interior con comentarios autocríticos que pueden derivar en estados melancólicos.
4. Deseo de liberarse: Tiende a aceptar su realidad tal cual, sin tomar en cuenta el pasado, con un gran deseo de libertad e irresponsabilidad.
5. Poner y ponerse a prueba: comienzan a probarse a sí mismos en relación con nuevas circunstancias. Esto les lleva a nuevos comportamientos y estilos de vida, a veces extraños, lo cual proviene de la visión que poseen de los adultos, a los que también ponen a prueba, llegando a expresarse mediante manifestaciones de cólera e irritabilidad.
6. Búsqueda de significados: De forma paralela, hace su aparición un movimiento más gradual hacia la búsqueda de significados y comprensión de las diferencias en la existencia de las cosas, así como de las razones que explican esas diferencias.
7. Interiorización: Estos nuevos significados acaban formando parte del propio individuo y se integran en el repertorio psíquico y de comportamiento del joven adulto.

Asimismo, estos autores refieren que entre las reacciones afectivas del adolescente, la depresión es una de las más importantes. En los últimos tiempos, la

depresión ha aumentado entre los adolescentes, teniendo repercusión tanto en la ideación suicida, como en intentos fallidos o consumados del mismo. A continuación se mostrarán algunos de los conceptos y estudios relacionados al tema.

Como se mencionó anteriormente, los procesos de interés del presente estudio son: Hábitos de estudio, Fobias, Depresión, Información Sexual, Adicción, Agresión, Habilidades Sociales y Conflictos Familiares. En el presente capítulo revisaremos el estado del arte de cada uno.

1.1 Depresión

La Depresión es uno de los estados de ánimo que más preocupan. En las últimas décadas se han desarrollado cada vez más estudios con el fin de determinar los factores y circunstancias que la mantienen. Siendo un estado de ánimo presente en la fase de la adolescencia, dados los cambios hormonales a que están sujetos los jóvenes, Llorente y Sampayo (1999), refieren que en algunos adolescentes, los casi normales sentimientos de desánimo y desasosiego interior se hallan sustituidos por un talante depresivo más grave: cierta sensación de desamparo e impotencia que produce el efecto de que los acontecimientos están fuera de control. Algunos adolescentes llegan a plantearse incluso la posibilidad del suicidio. La forma más leve de depresión se presenta como una carencia de energía y bienestar físicos. Cuando es más grave, los adolescentes suelen mostrarse irritables y de mal carácter, y en los casos más agudos, duermen mal, pierden el apetito y están siempre desalentados, apáticos. Los adolescentes deprimidos se sienten desamparados, tristes, inútiles y, en ocasiones, les resulta difícil hacer frente a los retos que les plantea su existencia.

La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad (<http://www.redsaludmental.com>). Es una condición que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona. Aproximadamente, en México, 1 de cada 20 personas y el doble de mujeres que de hombres la padecen. Con respecto a la prevalencia, existen tasas de conductas violentas y de suicidio registradas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una cuarta parte de la población mundial sufrirá depresión en algún momento de su vida: “Para el año 2020, la depresión será la primera causa de baja laboral en los países desarrollados y la segunda enfermedad más fuerte en el mundo” o que “está relacionada con los cambios constantes de la sociedad, con la mayor competitividad y la desintegración familiar” (Velázquez, 1995). La incidencia de los cuadros depresivos se ha incrementado de 3 a 10 veces; cabe

mencionar que hasta el 50% de los pacientes depresivos no reciben tratamiento y en América Latina esta cifra se incrementa hasta el 80%. En hospitales generales, la prevalencia de la depresión es alta, pues se ha reportado desde un 66% hasta un 38% en pacientes que acuden a consulta. Se considera que actualmente uno de cada diez pacientes que llegan a consulta general, padece depresión. En Europa la prevalencia de la depresión es de 18%; en Estados Unidos de 14% y en América Latina encontramos: 9.8% en la República Dominicana; 11.7% en el Perú; 12% en Argentina; 1% en Brasil y 25% en Chile (Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

El último reporte del Instituto Nacional de Psiquiatría (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleisz, Villatoro, et al, 2003), con información obtenida de la Encuesta Nacional de Epidemiología, muestra que el episodio depresivo mayor se presenta en un 3.3%, el episodio depresivo menor en un 1.5%, el trastorno bipolar I en un 1.3%, el trastorno bipolar II en un 2.0%, superados por los trastornos de ansiedad que se presentan en un 14.3% y el uso de sustancias con un 9.2%.

Puesto que la adolescencia es una etapa en la que se presentan altas tasas de depresión, ligadas a altas tasas de ansiedad y agresión, la apatía de un adolescente depresivo se confunde en ocasiones con la pereza. Algunos de los aspectos que permiten detectar signos de depresión pueden ser: una actitud de infelicidad y desánimo; un cambio notable en los hábitos de la alimentación y sueño; un sentimiento de desamparo, disgusto y desesperanza; una incapacidad manifiesta para concentrarse, acompañada de un cambio frecuente de actividad e intereses; abandonar y olvidar a los amigos; y asumir algunos riesgos peligrosos como la conducción temeraria, acciones delictivas o consumo de drogas. De esta forma, la presencia de alguno (s) de estos signos puede confundirse con comportamientos propios de la edad, detectándose con dificultad. Así, los siguientes autores que realizaron sus estudios en Estados Unidos, reportan:

Dickson y MacLeod (2004), encontraron que la depresión asociada a la ansiedad en adolescentes estudiantes, generaba muy pocas expectativas con respecto al logro de metas, menos elaboración de planes positivos, mayor elaboración de planes de evitación, y menos específicos, mostrando que los aspectos motivacionales son importantes para el estudio de la depresión y la ansiedad en adolescentes.

En otros tres estudios sobre este tema, llevados a cabo por Hankin, Abramson, Miller y Haefel (2004), se encontró que la ansiedad y la depresión se asocian de manera importante al nivel de síntomas y eventos de vida. Se probaron factores etiológicos de los modelos cognitivos de la vulnerabilidad de la depresión y el estrés, con el fin de comparar

la predicción de la depresión comparada con la ansiedad. Los resultados mostraron que los eventos negativos fueron un factor general de riesgo para la ansiedad y la depresión. La vulnerabilidad cognitiva de la depresión, interactuó con los eventos negativos, en la predicción de futuras depresiones.

Asimismo, se demostró que existe una comorbilidad de la ansiedad con la depresión. Garnefski, Boon y Kraaij (2003), en un estudio con 138 estudiantes de Secundaria, en el cual se les pedía mediante un cuestionario que reportaran el peor evento negativo de su vida, se encontraron tres tipos de eventos negativos de vida: pérdida, amenaza de enfermedad y estrés. Aunque no se encontró una relación directa entre eventos de vida negativos y una sintomatología de depresión, sí la hubo entre la sintomatología depresiva, las estrategias cognitivas y la culpa, entre otras. Así, se sugiere que existe una relación entre la sintomatología depresiva y las estrategias de regulación cognitivo-emocional, a través de diferentes tipos de eventos de vida.

Con respecto a la vulnerabilidad hacia la depresión en adolescentes, Reinecke y Simons (2005), sostienen que un rango de factores, tales como la experiencia temprana, los patrones de interacción padre-hijo, los factores biológicos y los eventos de vida, han sido asociados al desarrollo de la depresión en esta etapa. Las relaciones entre la experiencia temprana, la inseguridad y la depresión posterior, pueden ser mediados por las fallas para desarrollar habilidades sociales adaptativas, la adquisición de creencias o esquemas maladaptativos, o los factores neuroquímicos (tales como la alteración de la respuesta hipotálamo-pituitaria-adrenalina a la respuesta al estrés, y cambios en los sistemas serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico).

Gutman y Sameroff (2004), realizaron un estudio cuyo objetivo fue examinar algunas variables sociales que influían en la depresión, en hombres y mujeres, desde la adolescencia hasta la adultez. Fue un estudio longitudinal de 372 familias, en el que se examinaron múltiples escenarios (familias, compañeros y vecindarios), encontrando que las variables relacionadas a la depresión eran diferentes por sexo, dependiendo del periodo de desarrollo en que se observaba. En hombres, la familia y los compañeros eran variables significativamente relacionadas al estado de la depresión, durante la transición hacia la adultez; en las mujeres, las variables contemporáneas a la adultez temprana, representaban mayor impacto en el nivel de la depresión (endógena).

Para tratar de conocer diferencias ligadas al sexo, Parker y Hadzi-Pavlovic (2004), desarrollaron un estudio en el que trataron de determinar si la preponderancia femenina en ciertos desórdenes de ansiedad marcaba una diferencia de género en la depresión.

Encontraron que había un patrón bietápico en la predisposición femenina para los desórdenes de depresión y ansiedad, con un inicio pre-puberto o en la temprana adolescencia, y después una atenuación en la adultez temprana, habiendo un resurgimiento en la adultez media. En el sexo femenino, la presencia de un desorden de ansiedad, aunada a la edad como una variable concomitante, contribuyeron al incremento de la probabilidad de un episodio inicial de depresión. La relación entre la presencia de depresión temporal en la adolescencia temprana, y los desórdenes de ansiedad fue demostrada. Los autores concluyen que los desórdenes de ansiedad asociados a la edad, se relacionan con la depresión; y que además, el sexo femenino es un predictor significativo de la depresión cuando se cuenta con los efectos de una ansiedad previa.

Se ha sostenido que los eventos de vida influyen en la depresión; a este respecto, Franko, Striegel-Moore, Brown, Barton, McMahon, Achreiber, Crawford et al (2004), sostienen que hay poco conocimiento sobre el grado en que los eventos negativos de vida predicen síntomas depresivos en grupos étnicamente diferentes, y para ello realizaron un estudio con 1300 mujeres adolescentes, blancas y de color, en 4 momentos diferentes, para buscar esta relación. Se evaluaron cinco categorías de eventos de vida a los 16 años de edad; los síntomas depresivos fueron medidos a los 18 y a los 21 años de edad. Las preguntas de interés incluían si la asociación continuaba a través del tiempo y si había ciertas categorías de eventos de vida que predijeran estos síntomas. Encontraron que el número total de eventos de vida negativos en el primer momento de la evaluación, fue un predictor de síntomas depresivos en los momentos 2 y 3 del estudio; no obstante, eventos de pérdidas interpersonales y otras adversidades, predijeron síntomas depresivos sólo en el momento 2, mientras que en el momento 3, sólo un trauma interpersonal fue un predictor significativo. No se encontraron diferencias étnicas, lo cual indica que la relación entre eventos de vida y síntomas depresivos parece ser la misma para ambos grupos de adolescentes. Sugieren que los eventos de vida negativos y algunos tipos específicos de estresores, incrementan la probabilidad de la aparición de síntomas de depresión en años futuros para ambos grupos étnicos.

Con respecto a la influencia del ambiente familiar en la depresión, Duggal, Carlson, Sroufe y Egeland (2001), reportaron una investigación en la que se estudiaron los antecedentes de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, mediante un estudio longitudinal de 168 jóvenes en riesgo, todos pertenecientes a familias de estatus socioeconómico bajo; se examinaron las relaciones entre los factores de contexto familiar, los síntomas depresivos maternos y los síntomas depresivos en la niñez y

adolescencia. Se observaron efectos acumulativos de la sintomatología depresiva materna, como la falta de apoyo emocional, abuso y estresores familiares. La sintomatología depresiva en la adolescencia, se asoció específicamente a la depresión materna y a una falta temprana de apoyo emocional. Más aún, emergió una diferencia con respecto al género: la sintomatología depresiva materna durante la adolescencia, se asoció fuertemente a la sintomatología para las mujeres, aunque para los hombres, el apoyo emocional temprano fue más importante.

Asimismo, otros factores circunscritos a características propias del adolescente fueron estudiados por Kyte, Goodyer y Sahakian (2005), quienes investigaron si el primer episodio mayor de depresión en la adolescencia se caracterizaba por dificultades selectivas en la flexibilidad de la atención, la inhibición conductual y la toma de decisiones. Estas funciones selectivas se compararon en adolescentes (N=30) con reciente episodio mayor de depresión (en el último año) y controles de la comunidad (N=49). Se utilizó una batería de pruebas computarizadas, contestadas por toda la población. Al comparar las muestras, los casos de depresión reciente mostraban un prejuicio hacia los estímulos negativos, con menos errores en las palabras tristes, siendo más exactos en sus respuestas hacia los ítems de tristeza. Asimismo, tomaban decisiones más rápidas al apostar más sus puntos disponibles, comparados con los controles, en una prueba de toma de decisiones. Estos resultados no fueron influidos por la edad, sexo, IQ, estado de ánimo reciente, severidad de la depresión, medicamento o comorbilidad. Así, los adolescentes con un episodio reciente de depresión mayor, mostraron más atención a estímulos tristes y más conductas impulsivas al tomar decisiones. Los autores sugieren que ciertos patrones de funciones neuropsicológicas pueden estar comprometidas ante un episodio mayor de depresión.

1.1.1 El suicidio en adolescentes

Una de las posibles consecuencias de la depresión es el suicidio. Antiguamente el suicidio era socialmente considerado como una falta grave, un crimen contra el Estado y algo que ameritara la represalia y la venganza de la sociedad que, en ocasiones, se manifestaba mediante excomulgar o negar al individuo los Santos Óleos, lo mismo que el sepelio en el Campo Santo. Hacia final del siglo XIX, corrió el rumor de que muchos suicidios eran debidos a las lecturas de novelas sentimentales. Tras la Primera Guerra Mundial y durante los años de la depresión económica mundial, los factores constitucionales y hereditarios fueron considerados responsables; desde entonces, con el surgimiento de la

influencia psicoanalítica, se buscó una motivación inconsciente profunda para explicar el suicidio. Después de 1900 los suicidios (como muchos otros males), fueron atribuidos a defectos en el sistema educativo; los suicidios de adolescentes vinculados a situaciones de fracaso escolar han llamado la atención en los últimos años (González, 2001).

La preocupación o los intentos suicidas pueden ser parte de una depresión, de cualquier psicosis o de un mecanismo (histriónico, como el llanto o los berrinches) para llamar la atención. No obstante, las amenazas de los adolescentes que no son dadas a las conductas de manipulación, deben ser tomadas en serio, sobretodo si se hallan presentes signos francos de depresión (tristeza, llanto, retraimiento, pérdida de interés en los estudios o en el trabajo, menosprecio, autculpa, insomnio, pérdida del apetito). Las siguientes evidencias de intento de suicidio de acuerdo a González- Forteza, Berenzon, Tello, Facio-Flores y Medina-Mora (1998), son mencionadas en orden ascendente de significación patológica: pensamientos vagos acerca del suicidio; pensamientos específicos acerca de cómo suicidarse; obtener los medios con los cuales suicidarse e intentos reales. Asimismo, menciona que Pfeffer, en 1982, establece que la adolescencia normal implica un remolino emocional. El comportamiento suicida entre preadolescentes y adolescentes puede entenderse como un espectro del continuo de conductas que incluye la conducta no suicida, las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio, existiendo dos tipos de actos suicidas: los que no son fatales y los que sí lo son, es decir, por una parte hay intentos de suicidio y por otra, el suicidio que lleva a la muerte. La intención de dañarse a uno mismo es crucial para definir una conducta suicida; dicha intención puede ser explícita o no, puede ser ambigua o indefinida también. El suicidio es mucho más común en la adolescencia propiamente dicha, la adolescencia tardía y la postadolescencia (es decir, de los 16 a los 24 años), que en edades más tempranas. Los padres son los primeros en darse cuenta de una amenaza o gesto de suicidio y son quienes deciden buscar ayuda profesional o no.

Las conductas suicidas se consideran como intentos menores (p. ej. arañarse las muñecas, ingerir unas cuantas aspirinas); los intentos reales de suicidio son actos graves que pueden resultar fatales (p. ej., empleo de armas de fuego; ingerir dosis excesivas de somníferos o venenos). Si estos actos se llevan a cabo en un momento y lugar en donde es poco probable ser descubierto rápidamente o sin avisar a alguien de antemano, aumenta el aspecto grave del intento.

Con respecto al género, Kaplan y Sadock, referidos por González- Forteza et al. (1998), mencionan que atendiendo al criterio de género, se ha visto que los adolescentes

varones se suicidan tres veces más que las mujeres, aunque las mujeres intentan suicidarse tres veces más que los hombres en Estados Unidos. Hacia el final de la adolescencia, el riesgo de suicidio aumenta drásticamente; en esta época el suicidio es la tercera causa de muerte sólo superada por la atribuida a accidentes. También es la segunda causa de muerte entre los estudiantes universitarios; la preadolescencia es la etapa en que el suicidio es menos frecuente. En los últimos decenios, según Pfeffer en 1982, el uso de armas de fuego se ha vuelto el método más común de suicidio entre los jóvenes. Las mujeres tienden a intentar el suicidio ingiriendo sustancias letales mientras que los varones usan con mayor frecuencia armas de fuego. Estas diferencias pueden explicar por qué el suicidio en adolescentes es mayor en varones que en mujeres. Asimismo, González- Forteza et al, refieren que Solomon y Match (1976), establecen que cuando se enfoca el nivel socioeconómico, se observa una relación directa entre el suicidio y la categoría social: mientras más elevada es la escala social, mayor es la susceptibilidad al suicidio.

Existe también un tipo controversial de suicidio conocido como suicidio encubierto en el cual el joven no se mata directamente, pero obliga a otro a matarlo mediante actos de delincuencia o desafío. Esto es más común entre jóvenes de minorías segregadas.

En cuanto al criterio de la creencia religiosa, los índices de suicidio entre las poblaciones católicas han sido inferiores en contraste con las poblaciones protestantes y judías. Quizá el grado de ortodoxia e integración en una religión, sean una medida más precisa de riesgo en esta categoría que la simple afiliación religiosa institucional. En lo referente al estado civil de las personas, se ha encontrado que el matrimonio, reforzado por los hijos, parece disminuir significativamente el riesgo de suicidio; las personas solteras que nunca se han casado registran un índice general de suicidios que casi duplica al de las personas casadas; en personas casadas alguna vez (viudos, divorciados) se observan índices mayores.

Con respecto al entorno familiar, se ha visto que los adolescentes con tendencias suicidas por lo general viven en un hogar desorganizado, están expuestos a conductas suicidas, tienen padres con problemas emocionales que están separados o no están en el hogar y, en algunos casos, han sufrido de abusos sexuales. La víctima se sentía rechazada por sus padres, tenía problemas de conducta con ellos; se ha podido establecer que con frecuencia los adolescentes que se suicidan ocuparon el lugar de paciente identificado en la familia, es decir, era el miembro al que se le culpa por los problemas de la familia. También se ha observado, de acuerdo a González- Forteza et al.

(1998), que el suicidio muchas veces coincide con la ruptura de un noviazgo o romance. Debido a que la intencionalidad es difícil de delimitar en niños y adolescentes, es útil considerar todo acto autodestructivo en éstos como suicida. La conducta suicida involucra un deseo de causar la muerte. El desarrollo de los conceptos relacionados con la muerte cursa un proceso largo y lento; en la niñez las nociones tempranas de la muerte son que ésta es reversible y es hasta la adolescencia cuando se empieza a entender verdaderamente que la muerte es definitiva, aunque para el joven adolescente la muerte es un acontecimiento ajeno, lejano y real.

La combinación de diferentes causas puede explicar el suicidio. Por un lado, suelen ser adolescentes tímidos e introvertidos que tienen dificultades de relación: creen que los adultos no les toman en cuenta y tienen pavor al ridículo. Viven los estudios y situaciones de aprendizaje como una prueba constante de confrontación con la realidad. A este cúmulo de causas internas, habría que añadir la falta de ayuda psicológica que ofrecen los centros escolares, la falta de preparación de los profesores para detectar, interpretar y relacionarse con los adolescentes, la presión hacia el éxito que reciben a través de las imágenes de adolescentes triunfadores que aparecen en los medios de comunicación, las situaciones familiares conflictivas que los hacen sentir presionados, culpables o faltos de apoyo. Todo esto les puede llevar a desarrollar fantasías acerca de su propia muerte, que implica terminar con todo, y sin embargo, sobrevivir "asistiendo" a su propio funeral, durante el cual pueden disfrutar la pena de padres, profesores y amigos. Un cierto sentimiento de heroísmo se representa en esta imagen de triunfo y reconocimiento final ante los que le rodean. Parece cierto que el intento de suicidio es un grito de socorro; muchos individuos que han amenazado con suicidarse han acabado poniendo en práctica su amenaza. La desorganización familiar es también un factor relacionado con el riesgo de suicidio. En las historias psicológicas de los adolescentes víctimas del suicidio se hallaron elementos de trastornos psiquiátricos entre los miembros de la familia, o bien tuvieron padres o hermanos con comportamientos suicidas; esto implica que la identificación es un factor importante.

De acuerdo a Kaplan y Saddock, referidos por González-Forteza et al, el suicidio es más común en las personas que presentan una historia del mismo (intento o real) en la familia y que están aisladas socialmente. Los intentos suicidas graves son altamente predictores de intentos futuros.

En un estudio de Osornio (1999,) en México, en el que participaron 60 adolescentes de sexo femenino, divididas en dos grupos de 30 cada uno, cuya edad

osciló entre 12 y los 19 años, divididos en dos grupos, uno con participantes que presentaban al menos un intento de suicidio, y el grupo B o control, sin ningún intento de suicidio; todos radicaban en el área metropolitana, y utilizando dos cuestionarios: a) Cuestionario de Datos Generales, elaborado expresamente para esta investigación, el cual mide las variables de Estructura Familiar, la percepción de Rechazo y las variables Atributivas y b) Escala para evaluar la Cohesión y la Adaptación Familiar (FACES II), se encontraron los siguientes resultados: a) Las adolescentes que han intentado suicidarse, han reincidido en un 56.2% es decir, que volvieron a intentarlo entre 1 y 8 veces más. b) Se sienten rechazadas y ajenas a sus amigos y/o familiares; lo que ha repercutido en su salud, su sentir y las acciones auto-destructivas que han llevado a cabo. c) Consideran que su intento de suicidio en una proporción considerable, se vincula con su problemática familiar. d) Personas cercanas a ellas, particularmente familiares han presentado conducta suicida.

Por otra parte, se encontró que las adolescentes con antecedentes de intento de suicidio, en su mayoría pertenecen a familias desintegradas. Aparentemente la madre funge como autoridad de la familia, en ocasiones una autoridad compartida con familiares o un nuevo cónyuge. Asimismo, las adolescentes con intento de suicidio, centran en ella sus necesidades afectivas y /o emocionales; de tal forma que las expectativas acerca de ella y su relación son bastantes y de diversa índole, caracterizándose por ser sumamente demandantes. Osornio (1999) reporta que es patente la falta de apoyo familiar, dato similar al referido por Kjelsberg y cols. (1998).

También se encontró, acorde con Kaplan, Pelcovitz, Salzinger, Mandel, Weiner, y Labruna (1999), una falta de cohesión en las familias de las adolescentes suicidas, porque pertenecen a familias "rígidamente desvinculadas", es decir, que se caracterizan por una muy alta independencia de los miembros de la familia, sus lazos familiares externos son abiertos, los internos son cerrados y los generacionales rígidos, demasiadas reglas no flexibles y coaliciones débiles utilizadas como escapatorias, tiempo separado de la familia al máximo (física y emocionalmente), amigos individuales y toma de decisiones también individuales. En cuanto a la adaptación, se caracterizaron por estilos pasivo-agresivos de interacción, con un líder autoritario, con negociaciones limitadas, pobre resolución de problemas, rigidez de roles y estereotipos.

Estos dos últimos aspectos, han sido reportados por Emerich (1988), con adolescentes que no han presentado intentos de suicidio, quienes a diferencia de las suicidas, se caracterizaron por pertenecer a familias amalgamadas en las que existe una alta dependencia entre los miembros de la familia, lazos externos cerrados, coaliciones madre-hijo, tiempo juntos al máximo, tiempo separados al mínimo y donde todas las decisiones personales y de relación se deben hacer junto con la familia. Con relación al factor adaptación, se obtuvo que en su mayoría, las adolescentes con intentos suicidas se clasificaron dentro de la tipología caótica, lo que significa que se caracterizan por tener estilos pasivo-agresivos, pobre resolución de conflictos (negociaciones sin fin), cambio dramático de roles, ausencia de un líder y muchas reglas implícitas y pocas explícitas.

Otros factores altamente significativos en relación con el suicidio son el alcoholismo, el abuso de drogas, la depresión, la esquizofrenia y otras enfermedades mentales.

Según González- Forteza et al. (1998), quizá la principal característica que distingue a la verdadera intención suicida de las amenazas de suicidio, es el aislamiento social (Seiden, 1969). Mientras haya alguien a quien el joven pueda recurrir en busca de ayuda o en quien pueda volcar su agresión, el suicidio es evitable; por el contrario, se convierte en una posibilidad cierta cuando el adolescente cree que no hay nadie a quien le importe si vive o muere. Un verdadero suicidio es el resultado final de un plan meticuloso que no ofrece oportunidad de sobrevivir, mientras que muchas de las amenazas o maniobras suicidas son intentos desesperados por comunicarse con los demás.

Teicher y Jacobs en 1966, referidos por González-Forteza et al, mencionan que antes que el adolescente intente suicidarse, sus conflictos sociales se intensifican, surgen problemas conductuales; sienten que sus padres no están enterados de sus problemas; se sienten frustrados y cierran la comunicación con sus padres; más tarde rompen también las relaciones sociales que les quedan; y si hay cercanía emocional, ésta sólo se da a través del romance; cuando surge al pérdida del romance, empieza la ruptura total con el mundo, hay una completa soledad y el adolescente podrá intentar suicidarse

Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez (1996), informan sobre la evolución del suicidio en México durante el periodo de 1970 a 1994. En 1970 hubo 554 defunciones por suicidio en toda la República Mexicana, para ambos sexos, y 2 603 en 1994. Durante este periodo la tasa de suicidios en ambo sexos pasó de 1.13 por 100 000 habitantes en 1970

a 2.89 por 100 000 en 1994, un aumento de 156%. Este aumento es más marcado para la población masculina, que vio su tasa incrementada en 169% durante este periodo, contra 98% para la población femenina. En términos de la mortalidad proporcional, el suicidio pasó de 0.11 al 0.62 de todas las defunciones. Los porcentajes de variación más elevados en la tasa de mortalidad por suicidio se observaron en las poblaciones de mayor edad (más de 65 años) y en la más joven (menor de 19 años). En 1994, los estados de Tlaxcala y México registraron las tasas más bajas, mientras que las más altas se reportaron en Tabasco y Campeche. La parte sureste del país muestra las tasas más elevadas y la zona centro es la de menor incidencia.

Así se concluye que el suicidio es un problema ascendente en México, que afecta en forma principal a los hombres de edad avanzada. Sin embargo, incrementos recientes en la población adolescente y adulta joven se han comprobado. Algunos datos de prevalencia del 2005 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), muestran que en México, el porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total, por sexo y grupos quinquenales de edad en el 2002 se presentan de la siguiente manera: Para la población Total, de 7.4 %; de 10 a 14 años, fue de 8.3 % para hombres y 10.1% para mujeres; de 15 a 19 años fue de 13.6% para hombres y 17.07% para mujeres.

En Estados Unidos, en un estudio reportado por Juon y Ensminger (1997), se examinó la prevalencia de conductas suicidas y su relación con la integración social, la depresión y la agresión/consumo de sustancias en 456 hombres y 496 mujeres afro-americanas, seguidos prospectivamente desde primer grado hasta la edad de 32 años, mediante auto reportes. Encontraron que los estados de depresión durante la vida adulta, el uso de cocaína en algún momento de sus vidas y el cambio constante de lugar, se asociaron a conductas suicidas para hombres y mujeres. Para los hombres, haber pertenecido a una familia con madre sola o sin madre a la edad de 6 años, la psicopatología en la niñez y no haberse casado, estaban relacionados a conductas suicidas. Las mujeres que reportaron niveles altos de conductas de asalto en la adolescencia, fueron más susceptibles de presentar intentos de suicidio. Los resultados sugieren que la integración social, la depresión y la agresión/uso de drogas son factores importantes de riesgo para las conductas suicidas en la población Afro-americana.

1.2 Los miedos incontrolados: las fobias y la ansiedad

El segundo proceso de interés en esta investigación es con respecto a las Fobias, establecido como un indicador de la ansiedad que presentan los adolescentes. Una dosis de temor pone a los adolescentes en el camino de la prudencia y les ayuda a afrontar situaciones de prueba, aunque rebasando cierto nivel, el miedo puede debilitar e incluso paralizar, como en los adolescentes que no pueden hacer frente a exámenes escritos y comienzan a fracasar a pesar de su buen historial académico.

Un análisis de los miedos de las personas en distintas edades indica que determinadas situaciones tienden a evocar preocupaciones en ciertas fases del desarrollo. Los adolescentes suelen sentir temor ante cosas intangibles y ante situaciones sociales. Los miedos incontrolados, denominados fobias, implican un terror intenso irracional ante la presencia de un objeto o una situación que con frecuencia, provoca pánico, como el temor a las alturas, espacios abiertos o cerrados, entre otros.

Con respecto a la prevalencia, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México del 2003, (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleisz, Villatoro et al, 2003), del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, reporta que por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad,(14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (09.2%) y trastornos afectivos (9.1%). Al analizar los trastornos individuales, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres fueron la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia).

De acuerdo a Ollendick (2004), algunas veces el miedo es un simple temor, pero en ocasiones, un miedo específico es la punta del iceberg de la ansiedad. La mayoría de los adolescentes con fobias específicas, pueden tener un desorden de ansiedad.

McPhee, King y Ollendick (2004), realizaron una investigación sobre la etiología de la fobia social en niños y adolescentes de Australia. Establecen que el desorden de ansiedad social es un problema sumamente estresante y que es esencial abordarlo como un fenómeno multicausal. Concluyen que las influencias genéticas, las características temperamentales (inhibición conductual) y la influencia de la relación padres-hijos, pueden jugar un papel importante en el mantenimiento y desarrollo de un desorden de ansiedad social. Otros factores como las relaciones con los compañeros, déficits de habilidades

sociales y experiencias traumáticas también contribuyen a su etiología. Así, este entendimiento puede facilitar la observación e intervención en niños que se encuentren bajo el riesgo de una ansiedad social severa.

También con respecto a la presencia de fobias, Bradley (2004) llevó a cabo un estudio para investigar las conductas y cogniciones, así como su asociación, en 129 adolescentes de 13 a 17 años de edad. Se basaron en entrevistas diagnósticas para clasificarlos con fobia social o no-ansiosos; se les aplicó un cuestionario de pensamientos de ansiedad para valorar sus cogniciones. Los resultados sugieren que hay diferencias significativas entre ambas categorías en las tasa subjetivas de ejecución conductual, aunque no hubo diferencias en las mediciones objetivas de dicha ejecución. Además, los resultados mostraron que hay una relación entre los pensamientos y las conductas. Específicamente, los pensamientos negativos (evaluación social negativa, evolución general negativa, comparación negativa, y emociones negativas) tendían a estar asociados positivamente con la ansiedad y el autoconcepto, y negativamente con las habilidades sociales. Los argumento positivos de afrontamiento, al ser relacionados con las tasas conductuales, tendían a estar asociados negativamente con la ansiedad y el autoconcepto, y positivamente asociados con las habilidades sociales.

González (2001) refiere, a través de la revisión de varias definiciones, que una fobia presenta cuatro componentes diferentes: el psicológico, el físico, el conductual y el social. El componente psicológico es la ansiedad, estado afectivo caracterizado por sentimientos de temor, inseguridad y desamparo (Freedman, 1975). La fobia es un terror irracional y persistente que se desarrolla con un objeto o situación que objetivamente no es fuente de peligro y que produce síntomas físicos (Guarner, 1978 y 1984). Las fobias se presentan principalmente en adolescentes aprehensivos que sufren una elevada angustia y con mayor frecuencia aparece socialmente en las mujeres (González, 1992). El síntoma primordial del trastorno fóbico es la reacción de ansiedad (conducta). Así, lo que sucede es que el adolescente sufre un acceso agudo de angustia ante algún estímulo ambiental que desata un impulso o una sensación que resulta amenazadora.

Los adolescentes fóbicos suelen manifestar dos tipos de ansiedad: un miedo general y un miedo situacional o anticipatorio. Los individuos fóbicos experimentan una diversidad de respuestas fisiológicas cuando se hallan expuestos al objeto o situación que temen: taquicardias, aumento de la transpiración y del ritmo respiratorio y sensación de malestar en el estómago, en forma de desaliento, fatiga y temblor. A veces esos sentimientos son graves y se transforman en pánico, pudiendo producir desvanecimiento.

En el comportamiento, la evitación es un factor central en el problema fóbico del adolescente. Esta conducta de evitación provoca un problema en su ajuste social, ya que la necesidad de evitación de un objeto o una situación plantea dificultades para el desarrollo de una vida personal y social normalizada.

En un estudio sobre la ansiedad generalizada en niños y adultos, realizado por Masi, Millepiedi, Mucci, Bertini y Milantoni (2004), llevaron a cabo un estudio bajo el supuesto de que los síntomas y comorbilidad del desorden de ansiedad eran descritos en función de la edad, género y otros fenómenos psicológicos con 157 participantes (97 hombres y 60 mujeres), de los cuales 50 eran niños y 107 adolescentes, cuyas edades fluctuaban entre los 7 y 18 años; todos presentaban un diagnóstico de desorden de ansiedad generalizado, basado en una información histórica y una entrevista clínica estructurada derivada del DSM-IV. Los resultados señalan la existencia de sentimientos de tensión, expectativas aprehensivas, auto-imagen negativa, necesidad de reafirmación, irritabilidad y trastornos físicos en más del 75% de los participantes. Sin embargo, las diferencias en la sintomatología por edad y género no fueron significativas. El desorden de depresión fue la comorbilidad más alta y frecuente, observándose presente en el 56% de los participantes. Los desórdenes de comorbilidad a la ansiedad se presentaron en el 75% de la población, y el 21% mostraban desórdenes de externalización. Los sujetos con una comorbilidad de depresión presentaron menos ansiedad; los que presentaban un desorden de ansiedad mostraban desorden de pánico, y los que presentaban desórdenes de externalización tenían las tasas más altas de desorden bipolar.

Con respecto a la morbilidad, Liebowitz (2004), estableció que el desorden de ansiedad social es un riesgo para la comorbilidad psiquiátrica, particularmente con la depresión severa y el abuso de sustancias.

Para evaluar la prevalencia y desarrollo de desórdenes psiquiátricos, Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold (2003) llevaron a cabo un estudio comunitario longitudinal desde los 9 a los 16 años, examinando una continuidad homotípica y heterotípica. La muestra representativa de la población fue de 1420 niños entre los 9 y 13 años de edad, evaluados anualmente por el DSM-IV, hasta la edad de los 16 años. Aunque la prevalencia de 3 meses de presencia para cualquier desorden arrojó un promedio de 13.3%, durante el periodo del estudio, el 36.7% de los participantes presentaron al menos un desorden psiquiátrico. Los niños con una historia de desorden psiquiátrico fueron tres veces más probables de presentar un diagnóstico negativo en etapas subsecuentes, que aquellos que no presentaban un desorden previo. La

probabilidad de aparición de un desorden previo fue alto en ambos sexos, siendo significativamente más alto entre las mujeres. La presencia continua del desorden fue significativa, excepto para fobias específicas. La transición de un diagnóstico al otro fue significativo, con respecto al paso de depresión a ansiedad y viceversa, así como de ansiedad y desorden conductual por el abuso de sustancias. El riesgo de tener cuando menos un desorden psiquiátrico a la edad de 16 años es mucho mayor que el supuesto. Una comorbilidad continua es más marcada en niñas que en niños.

1.3 Intereses y conocimiento sexual

Los intereses sexuales de los adolescentes se ponen de manifiesto siempre que se presenta una oportunidad para expresarlos y representan una gama muy amplia de temas que van más allá de lo meramente biológico. El conocimiento sexual no puede identificarse exclusivamente con los aspectos biológicos, ya que implica el conocimiento de nosotros mismos, de los demás (identidad juvenil de género, imagen corporal, auto estimulación, ciclo de repuesta sexual) de las relaciones interpersonales (enamoramamiento, amor, afectividad, orientación del deseo sexual) y de las instituciones (matrimonio, divorcio) en cada contexto histórico y geográfico concreto.

Según datos reportados por la Encuesta Nacional de Juventud, (2000), el conocimiento sexual no se obtiene como resultado de recibir información, ya que existe un proceso permanente de interpretación y deformación de ésta. Entre los once y los doce años, se puede acceder a un sistema de pensamiento mucho más amplio y coherente, que integra un mayor número de variables. La desvinculación de lo real permitirá acceder al campo de lo posible. Es por ello probable que los individuos comprendan el sentido convencional y arbitrario de las construcciones sexuales, es decir, que éstas derivan del acuerdo entre los integrantes de cada comunidad y que no están prefijadas biológicamente. Así, serán capaces de desvincular matrimonio de sexualidad, o diferenciar amor y sexualidad. Existen, sin embargo una serie de valoraciones socioculturales asociadas a las biológicas, cuya diferenciación es difícil para los adolescentes, lo cual caracterizará su pensamiento. El pensamiento formal no supone la desaparición de los errores conceptuales, mismos que estarán presentes en su pensamiento.

Además de estos errores conceptuales, el pensamiento adolescente pone de manifiesto creencias y valoraciones sexistas con respecto a la relación sexual que deben modificarse (virginidad y papel pasivo de la mujer en la sexualidad).

El comportamiento sexual en la adolescencia implica diferentes formas de manifestación, tanto auto eróticas (con su propio cuerpo), como alo eróticas (con los demás). La evolución de las conductas de auto estimulación o masturbación es importante. Éstas aumentan progresivamente con la edad, siendo mayor su incidencia entre los chicos que entre las chicas, probablemente por factores de represión en el caso de ellas. Así, por ejemplo, la edad de iniciación de la auto estimulación es fundamental entre los once y los catorce años en el caso de los varones y entre los doce y los quince en el caso de las mujeres.

Con frecuencia se habla de los riesgos de los adolescentes en el terreno sexual: embarazos no deseados, relaciones homosexuales, enfermedades de transmisión sexual, además de otros. Pero hablar de riesgos supone ubicarnos en una perspectiva represiva de la sexualidad humana. Ante todo, es imprescindible impartir una educación sexual sin hipocresía. Los embarazos no se evitan prohibiendo las relaciones sexuales, sino favoreciendo la utilización de métodos anticonceptivos adecuados. La homosexualidad es vivida como otro efecto no deseado de la sexualidad. En la adolescencia se puede vivir ya de manera plenamente consciente la orientación del deseo sexual. Hay que tomar conciencia de que las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA se evitan no prohibiendo las reacciones sexuales, sino con una educación sexual que proporcione información sobre las formas de contagio y el uso adecuado de preservativos y medidas de higiene sexual. No debemos olvidar que en la adolescencia se ama el riesgo y, aunque nos pongamos en contra de relaciones “peligrosas”, no impediremos su práctica, lo cual enfatiza la importancia de una educación sexual. (Flores y Núñez, 2003; Guzmán, 2001 CEPAL, 2004).

La adolescencia es una etapa de reafirmación personal en el terreno sexual frente a la autoridad de las personas adultas. La intransigencia adulta no resuelve ningún problema. Es importante saber con qué tanto conocimiento cuentan nuestros adolescentes para que una vivencia compartida de las inquietudes, necesidades y problemas contribuya a una salud sexual integral.

En México se ha demostrado que es necesario que los adolescentes reciban una adecuada información sexual, con el objeto de revertir problemas de salud sexual y otras enfermedades graves como el SIDA. Si bien nuestro país ha mostrado tradicionalmente tendencias conservadoras respecto a los aspectos sexuales, no podemos restarle importancia a aquellas consecuencias que una desinformación o una pobre información sexual puedan causar, sobretodo si consideramos que la edad de la iniciación sexual de

los adolescentes ha disminuido en las últimas décadas. Para el año 2000, la edad media de la primera relación sexual de los adolescentes fue de 16.1 años (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 1996 y 2000).

Un problema que se ha incrementado de manera alarmante en nuestra sociedad, como posible consecuencia de una falta de información sexual adecuada, es el caso de las madres adolescentes. Entre 1990 y 2002 ha disminuido poco el porcentaje de madres adolescentes. Para 1990, el porcentaje era de 18.0 en la población total, mientras que para 2002 fue de 17.2. En cuanto a la prevención del embarazo, según estimaciones del CONAPO, con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 1992 y 1997, el porcentaje de entre 15 y 19 años de mujeres que usan métodos anticonceptivos, fue de 36.4% en 1992 y 45.0% en 1997, porcentajes considerados bajos con respecto a los esfuerzos derivados para prevenir embarazos entre adolescentes.

En estudios recientes, reportados por el Centro de Estudios para América Latina (CEPAL, 2004), se ha profundizado el análisis de la fecundidad adolescente en la región, encontrando que: la reproducción entre las adolescentes ocurre cada vez más al margen del matrimonio, e incluso al margen de la unión, careciendo de una pareja estable; no hay signos de que la reproducción temprana provoque de manera generalizada procesos de emancipación, pues la mayoría de las madres adolescentes viven con sus padres o suegros; la reproducción temprana se asocia con deserción escolar, sin que favorezca el ingreso de las muchachas al mercado de trabajo; el embarazo parece ser una estrategia deliberada de las muchachas para ganar reconocimiento social, pudiendo formar parte de un patrón cultural relativamente aceptado; finalmente y tal vez lo más relevante, la fecundidad es mucho más alta entre los grupos marginados, ya que las probabilidades de ser madre durante la adolescencia son al menos cinco veces más elevadas entre las muchachas de estrato bajo, y sus efectos adversos en materia de movilidad social se dejan sentir tanto entre los adolescentes como sobre sus hijos (y los progenitores de los adolescentes).

La Encuesta Nacional de Juventud también reporta que un dato importante, si consideramos el incremento reciente en nuestro país de las enfermedades de transmisión sexual, es que si bien ha aumentado en los últimos cinco años el uso de algún método anticonceptivo en la iniciación sexual de los jóvenes, de todas las adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron una relación, únicamente 20 por ciento de las mujeres y alrededor de la mitad de los hombres hizo algo para no propiciar un embarazo en su primera relación sexual. Asimismo, el método utilizado con mayor frecuencia de ambos sexos en

su primera relación fue el condón, y en segundo término, las pastillas y en el caso femenino también el método del ritmo. Vemos que si bien el uso de algún preservativo ha aumentado entre los jóvenes en su primera relación sexual, sigue siendo muy reducido el uso de algún método en el primer encuentro sexual. Si a esto le añadimos el hecho de que muchos jóvenes no utilizan adecuadamente los métodos anticonceptivos, los resultados son aún más preocupantes, siendo que el determinante próximo más influyente en la reducción de la fertilidad, ha sido la contracepción, la cual es reponsable de reducir entre un 55% y un 70% el valor de la fecundidad total (Bay, del Popolo y Ferrando, 2003)

Con respecto a los problemas de salud, para 1998, la tasa de incidencia de enfermedades sexualmente transmisibles muestra que la candidiasis fue de 238.6 y de tricomoniasis de 142.1. (Tasa por 100 000 habitantes, estimación del CONAPO, 1998).

La distribución porcentual de las defunciones por Sida de 1989 a 1997, para la edad de 5 a 14 años fue de 0.8%; siendo de 0.5% para los hombres y 2.4% para las mujeres. Para la edad de 15 a 19 años fue de 1.0%, siendo de 0.9% para los hombres y 1.7% para las mujeres. (CONAPO, 1998).

Esta problemática de los adolescentes con respecto a su sexualidad y métodos de protección, nos hace ver su vulnerabilidad ante determinados factores de riesgo. Por todo esto, se considera que esta situación en los adolescentes debe ser revisada desde su fuente: conocimientos que se tienen sobre información sexual y otros factores psicológicos que puedan asociarse como la ansiedad, depresión. Paxton.(2002), estudió la influencia de la depresión, la familia y problemas de conducta en las conductas sexuales de riesgo en 1970 adolescentes afro-americanas, de 9o. y 11º. Grados. Encontró una relación entre el uso de alcohol, el uso de drogas, la delincuencia y la actividad sexual. En cuanto a la depresión y actividad sexual, encontró que la relación es escasa, aunque hay trabajos que reportan que no la hay. Y con respecto a la familia, se percibe una falta de apoyo familiar y una disfunción en la familia en las conductas sexuales de riesgo.

En otro estudio llevado a cabo por Stern, Fuentes-Zurita, Lozano-Treviño y Reysoo (2003), se observó cómo la construcción social y la expresión de la masculinidad entre los adolescentes y hombres jóvenes, se articulan con los riesgos para la salud sexual y reproductiva. El estudio se realizó en una zona "marginal" y otra "popular" de la Ciudad de México. Se llevaron a cabo 18 grupos focales y 18 entrevistas individuales a una muestra propositiva de varones de tres grupos de edad: 10 a 14, 15 a 19 y 20 a 24, encontrando que los jóvenes no están preparados para los aspectos relacionales y emocionales de las relaciones íntimas. Además, el gozo pleno de la sexualidad se encuentra obstaculizado

por la ausencia de espacios privados. Los autores reportan que hay poca comunicación sobre la sexualidad en las relaciones de pareja y que, consecuentemente, la utilización de medidas de protección se da en muy raras ocasiones, exponiéndose a ITS y al riesgo de transformarse en padres sin ser aún adultos.

La mayoría de los muchachos afirma que no utilizaron ningún método anticonceptivo durante su primera experiencia sexual. Por una parte dicen que no se preparan para ella, sino que ocurre y se ven sorprendidos por ella. Por otra parte, no piensan en ello. El uso del condón depende mucho de la pareja con la que tienen sexo. Ahora ya saben que las sexo-servidoras demandan el uso del condón. Con muchachas “fáciles” pueden pensar en protegerse de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y del VIH, aunque de hecho no lo hacen porque estas relaciones son en su mayor parte no planeadas, sino espontáneas. Con su novia hay un mayor respeto mutuo (también en términos de la negociación de la virginidad), y aparentemente no están usando anticonceptivos ni otras medidas preventivas, excepto la abstinencia y el *coitus interruptus*. Se tienen confianza mutuamente; “saben” que el otro “es limpio” (tiene prácticas higiénicas) y que si ocurre un embarazo él “va a responder” (se va a unir, va a responder por el hijo). Otra cuestión relacionada con esto es que la píldora anticonceptiva se encuentra rodeada de una amplia gama de mitos que ejercen influencia sobre su no utilización, y el dispositivo intrauterino sólo se provee en los servicios de salud, mencionando entre ellos la farmacia, los médicos particulares y las clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), aunque se sienten discriminados por estas instituciones debido a su edad. La escuela es en ambos sectores la principal fuente de información formal sobre sexualidad. Los jóvenes del estudio pertenecían a bandas y en ellas recibían información de qué es ser hombre de manera informal, de cómo “llegarle a la chava”, de cómo imponerse verbal y físicamente ante el otro, etcétera. El “mayor de la banda” da información y es ejemplo. También propicia el acercamiento a la pornografía (revistas y películas), que se convierte en una fuente informal de información muy importante, aun cuando hoy en día se vea matizada por la que les proporciona la escuela. En la banda es un rito, sobre todo en el contexto marginal, el hablar de las prácticas sexuales, pero se evidencia un vacío acerca de su intimidad, sus afectos; en fin, de lo que realmente les ocurre, lo cual sugiere condiciones precarias para pensar en una salud sexual. Empieza a aparecer este nuevo orden, más informado (mencionan nombres de infecciones de transmisión sexual (ITS), características secundarias de la pubertad, el nombre de algunos métodos anticonceptivos), pero que no alcanza a impactar las

prácticas en el nivel de propiciar una cultura de la salud en el auto-control y por ello en el auto-cuidado, por ejemplo, mediante el uso del condón. En la familia, aunque la madre es reportada como más cercana, ambos padres son señalados como fuente de consejos. Con la pareja, sobre todo en el sector popular, se empieza a hablar acerca de la sexualidad y a negociar el uso de anticonceptivos, aunque a veces parece que vuelcan sobre la mujer la responsabilidad de su uso.

Merzel, Vandevanter, Middlestad, Bleakley, Ledsky y Messeri (2004), examinaron factores de actitud y contextuales asociados a la ocurrencia de la salud sexual en adolescentes, durante su visita a un centro de Salud. Un total de 313 adolescentes de 11-21 años, contestaron un cuestionario sobre enfermedades de transmisión sexual y cuidados de salud. Los resultados obtenidos señalan que el 74% habían tocado al menos un tópico sexual en su última visita al centro de Salud, pero sólo el 32% habían discutido los tres tópicos sugeridos: control natal, conducta sexual y enfermedades de transmisión sexual. Las mujeres fueron más abiertas que los hombres para hablar sobre control natal. Pocos adolescentes iniciaron una discusión sobre un tema sexual. Aunque sí se mostró interés por la conducta sexual, la proporción fue muy por debajo de lo recomendado. Los autores sugieren una mayor inserción de los adolescentes con oportunidad de acercarse a estos centros y dialogar con los doctores, sin que la ausencia de uno de los padres se viera independientemente asociada a mayores probabilidades de discutir asuntos sexuales y de cuidado.

Con respecto a la actividad sexual de alto riesgo, Dunn, Bartee y Perko (2003), llevaron a cabo un estudio para conocer el perfil del consumo de alcohol entre adolescentes y la actividad sexual. Se examinaron diferentes patrones de consumo (en juergas, común y frecuente) y formas de actividad sexual (iniciación, uso de condón, varias parejas y embarazos). Los análisis mostraron que el consumo de alcohol en general, se asociaba a la práctica sexual de alto riesgo. Pero de los patrones de consumo, el alcohol que se consume en juergas está fuertemente asociado a la actividad sexual de alto riesgo, y este tipo de consumo origina muchos problemas conductuales y/o de salud.

1.4 Hábitos de Estudio.

La población de nivel Secundaria en México, ha aumentado considerablemente en los últimos años. Cada vez es más importante conocer las perspectivas de los alumnos sobre la escuela secundaria porque, siendo parte de la educación básica, este nivel se constituye como el puente entre continuar en la escuela o desertar.

Con respecto a la matrícula nacional, en 1988, cuando se encuesta a la primera generación de este estudio, la población reportada como matriculada por la Secretaría de Educación Pública (SEP), en el 2005, era de 4 355 334 estudiantes. Para 1990, era de 4 190 190; para 1992 fue de 4 160 692, y para 2002 de 5 480 202 alumnos. No obstante, los índices de deserción y reprobación son preocupantes. Diversos organismos se han dado a la tarea de llevar a cabo estadísticas que nos permitan entender esta problemática, como se presentan a continuación:

De acuerdo al CONAPO (2005), para el total del país, mientras el 91.8 por ciento de los niños y adolescentes (de 6 a 14 años) iban a la escuela en 2000, sólo 55.3 por ciento de los jóvenes de 15 a 17 años lo hacía, en tanto que apenas 22.3 por ciento del grupo 18 a 24 años se encontraba en esa misma situación. Este patrón se hace más marcado en el ámbito estatal: la brecha global de 12.8 puntos porcentuales que separa al Distrito Federal (69.8%) de Chiapas (57.0%), se reduce a 12.4 puntos en los niños y adolescentes (96.4 y 84.0%, respectivamente), pero se amplía a 26.8 puntos en los jóvenes de 15-17 años (73.1 y 46.3%) y a 21.2 puntos en el grupo 18-24 años (37.5 y 16.3%, respectivamente).

El Instituto Mexicano de la Juventud, en 2002, refiere que algunos motivos relacionados a la deserción escolar de los 12 a 14 años, en los Estados donde se llevó a cabo la investigación son:

En hombres, en Aguascalientes, el 5.4% porque no quiso o no le gustó estudiar, seguido por el 0.7% por tener que trabajar y el 0.2% por reprobado materia, año o semestre. En Mujeres, el 5.7% porque no quiso o no le gustó estudiar; el 0.9% porque la escuela le quedaba lejos y el 0.1% porque tenía dificultades para aprender.

En Hombres, en el Distrito Federal, el 3.4% porque no quiso o no le gustó estudiar; el 3.1% por cambiarse de domicilio y el 0.1% por tener dificultades para aprender. En Mujeres, el 1.1% por tener que trabajar; el 0.1% por reprobado materia, año o semestre y el 0.1% porque no quiso o no le gustó estudiar.

En el Estado de México, en Hombres, el 5.3% porque no quiso o no le gustó estudiar; el 1.2% por reprobado materia, año o semestre y el 0.4% porque sus papás ya no quisieron. En Mujeres, el 3.2% porque no quiso o no le gustó estudiar; el 2.2% por enfermedad propia; el 0.6% porque sus papás ya no quisieron y el 0.4% por tener que trabajar.

En Morelos, en Hombres, el 7.5% porque no quiso o no le gustó estudiar; el 1.3% por reprobado materia, año o semestre y el 1.1% por enfermedad propia. En Mujeres, el

4.0% porque no quiso o no le gustó estudiar; el 2.8% porque sus papás ya no quisieron; el 1.7% por tener que trabajar y el 0.9% por tener dificultades para aprender.

En Sonora, en Hombres, el 2.7% porque no quiso o no le gustó estudiar; el 1.4% por tener problemas de conducta; el 0.9% porque las escuelas estaban muy lejos y el 0.7% por reprobar materia, año o semestre. En Mujeres, el 1.2 % porque no quiso o no le gustó estudiar; el 0.6% por reprobar materia, año o semestre; el 0.4% por problemas de conducta y el 0.2% porque sus papás ya no quisieron.

En Tamaulipas, en Hombres, el 2.9% porque no quiso o no le gustó estudiar; el 1.2% por problemas de conducta; el 0.8% por reprobar materia, año o semestre; el 0.5% por tener que estudiar y el 0.4% porque las escuelas estaban muy lejos. En Mujeres, el 3.0% porque no quiso o no le gustó estudiar; el 1.0% por reprobar año, materia o semestre; el 0.8 % porque sus papás ya no quisieron; el 0.8% por cambiarse de domicilio; el 0.4% por dificultades para aprender; el 0.2% por tener que trabajar y el 0.2% por tener que migrar.

El resto de los estudiantes desertores, no reportaron los motivos principales de la deserción escolar, dados los porcentajes bajos de los motivos referidos; de éstos, el que no quieran o no les guste estudiar es el principal. Sin embargo, observamos que existen problemas de conducta, reprobación y dificultades para aprender. Llama la atención que con respecto a las mujeres, los padres ya no querían que estudiaran.

Con respecto a la República Mexicana, de acuerdo al INEGI, la tasa de reprobación para Secundaria en 1990 fue de 27.5; en 1992 fue de 26.3 y en 2002 19.7. El índice de Deserción fue de 7.3 en 1990; 6.5 en 1992 y 5.6 en 2002. Para 2003-2004 fue de 6.8. Para el ciclo 2004-5, de acuerdo al Instituto Nacional de Evaluación Educativa (INEE, 2005), los datos por grado se presentan de la siguiente manera:

Tabla 1. Población de Aprobados en Secundaria por Grado (2005)

2004-2005	Inscripción	Existentes	Aprobados
Total			
1º.	2 191 914	2 042 280	1 669 075
2º.	2 023 887	1 877 925	1 462 442
3º.	1 818 194	1 722 921	1 469 735

Fuente: Instituto de Evaluación Educativa (INEE), SEP (2005).

Estos datos nos permiten recordar que vivimos en una sociedad en la que el acceso al conocimiento, a la información y el desarrollo de las capacidades individuales y de una visión propia, pero flexible del mundo, parecen requisitos imprescindibles para

poder alcanzar un mínimo de calidad de vida. Esta sociedad ha dado a una de sus instituciones, la escuela, un papel y una responsabilidad importantes en el desarrollo de niños y jóvenes.

Como se mencionó al principio de este documento, es en la escuela donde los adolescentes pasan casi una tercera parte del día. Su paso por ella influye en su forma de relacionarse con el conocimiento y su capacidad para seguir aprendiendo. Además, del éxito depende la continuación de su formación profesional o universitaria. En este sentido, el interés primordial para la familia es poder conocer cómo pueden conectarse las características del desarrollo afectivo y cognitivo de sus hijos con las situaciones de enseñanza y aprendizaje en la escuela, a fin de comprender las posibles dificultades y problemas escolares que se les plantean.

Existen una serie de aspectos que de manera específica tienen que ver con las formas de aprender de los adolescentes, con sus estrategias de actuación, tanto en la escuela como en la familia. En especial, habrá que tenerse en cuenta que en la educación escolar, en general, y en la educación secundaria, en particular, lo que se lleva a cabo en la escuela es un proceso de reconversión y confrontación de la experiencia cognitiva del conocimiento privado del alumnado (con sus hipótesis verdaderas y falsas) con el conocimiento público representado por las disciplinas académicas que se imparten en la escuela. Por tanto, la forma en que la escuela organiza y presenta la información y organiza las tareas de aprendizaje, tiene una gran importancia. Para llevar a cabo esta readaptación se necesitan destrezas o estrategias cognitivas más complejas que la mera memorización, y que permitan el entendimiento y el análisis de la información.

Quiroz (2000), ha sido uno de los principales impulsores de la investigación en educación secundaria. Algunas de sus principales aportaciones permiten entender que la estructura curricular de la escuela secundaria es fragmentaria y coloca a los alumnos ante una gama de contenidos, materias y profesores no articulados entre sí, que los llevan a desarrollar estrategias de sobrevivencia, no siempre vinculadas con la apropiación del conocimiento, pero que les facilita cumplir con tareas, participar en el aula y pasar las materias. Por otro lado, el alto grado de especialización de algunos contenidos en las asignaturas también conduce a que los alumnos se apropien de la lógica de la actividad propia de cada materia y profesor, pero no de los contenidos escolares. Una de las conclusiones del autor, en lo que a los alumnos toca, es que los contenidos que se enseñan en la escuela secundaria no son pertinentes en los ámbitos extraescolares de la

mayoría de los estudiantes y que, por ello, su trascendencia queda limitada a su funcionalidad, a los sistemas de usos y expectativas del ámbito escolar.

En las cuestiones cognitivas del desarrollo de los adolescentes, no se deja de lado el papel de las vivencias afectivas y de las relaciones sociales, pues son imposibles de deslindar, pero se destacan, ya que por lo general, son objeto de menor interés para los padres de familia. Algunas familias no se dan cuenta del marco de complejidad en que se inscribe la relación de enseñanza y aprendizaje. El adolescente ha de llevar a cabo al menos los siguientes esfuerzos adaptativos:

- Ha de utilizar la percepción. Debe contar con algún marco intelectual, algunas señales de referencia que le permitan conectar con los nuevos conocimientos.
- Ha de poder utilizar formas de interpretación. Podrá cuestionar o buscar lo más significativo de lo que uno percibe, dentro de un contexto adecuado.
- Debe realizar una selección del lenguaje para poder responder a las exigencias.
- Debe ubicar diferentes símbolos; adaptarse a las diferentes representaciones de la información.
- Está en constante proceso de interacción social. Esto implica que tiene que contrastar sus conceptos e ideas desde una dimensión privada para verificarlos o reformularlos.
- La idea que tiene de sí mismo, su autoconocimiento, resultan relevantes para su aprendizaje.
- La seguridad en sí mismo es de capital importancia.

En el caso de los alumnos, su experiencia de ser estudiante es traducida en una configuración de significados y comportamientos. Los significados construidos por los alumnos son en gran medida responsables de sus formas de actuar, sentir y pensar. Valsiner (1979) autor que habla desde la perspectiva de la psicología cultural señala “la cultura colectiva se refiere a los significados compartidos, normas sociales y prácticas cotidianas integradas en un complejo heterogéneo. La cultura colectiva en la escuela se refiere a los significados compartidos por los alumnos. Y comprende tanto los aspectos materiales que conforman las condiciones de vida de los individuos, así como los usos específicos y significados de las prácticas sociales de las que forma parte, así como el vínculo indisoluble del individuo con la cultura solamente es comprensible por su participación en la producción y reproducción de la misma.”

Sandoval (1998), por su parte, llevó a cabo un estudio de tipo etnográfico en tres escuelas secundarias del Distrito Federal. Entre otros aspectos, destaca que la escuela

secundaria se caracteriza por el enciclopedismo y por la orientación ideológica a partir de la noción de adolescencia. Así, por un lado, los planes de estudio tienen un número excesivo de materias que se traduce en la acumulación de conocimientos; por el otro, la “escuela para adolescentes”, concebida así desde tiempo atrás, plantea la adolescencia en términos biológicos y psicológicos, al margen de contextos socioculturales específicos. La autora también analiza las estructuras de trabajo en el aula en aspectos como manejo del tiempo, jerarquías, revisión de cuadernos, exposición de temas, toma de la participación, y otros. Ello le permite ubicar a los alumnos en el contexto de trabajo y de interacciones en el aula, y no sólo a partir de sus opiniones sobre la escuela. Según Sandoval, los alumnos con los que realizó su investigación consideraban la entrada a la escuela como un espacio de superación personal y de encuentro con amistades. La frase de estudiar para “llegar a ser alguien en la vida” continuaba teniendo vigencia entre los alumnos y con ella veían a la escuela como un paso para obtener un documento que les permita continuar en la escuela. Por otro lado, también analizó la importancia de las amistades para los alumnos, las estrategias que desarrollaban para enfrentar las demandas de los profesores, su visión de las reglas de disciplina y algunos elementos de construcción de la identidad como alumnos de secundaria. La autora concluye que, si bien la escuela secundaria funciona teniendo como base la noción de adolescencia y con sus reglas del mundo de los adultos, los alumnos también le asignan un significado. La realidad cotidiana de la escuela es negociada entre los intereses de los alumnos y los de la escuela.

La utilización inadecuada de los materiales de enseñanza puede llevar a impedir la adquisición de estrategias de aprendizaje eficaces en adolescentes capacitados. Existe una diferencia entre el procesamiento de información automático y el controlado de manera consciente. El aprendizaje y la práctica a través de tareas consistentes producen al final un procesamiento automático y una actuación que no requiere una atención constante y consciente. Las tareas de aprendizaje que son inconsistentes, sin embargo, requieren una atención consciente, de forma que la actuación se pueda adaptar conforme varíen las tareas. Los adolescentes pueden estar automatizando sus concepciones erróneas e incluso sus estrategias de resolución inadecuadas. El automatismo y la consistencia disminuyen la atención consciente y la reflexión, lo cual puede llevar al adolescente a no saber relacionar cuando se encuentra con conocimientos nuevos.

Por lo general, la relación del adolescente con el conocimiento no es de carácter estereotipado. Los adolescentes tienen formas muy personales de enfrentarse con el

conocimiento y suelen ser inventivos y astutos. Las estrategias y procedimientos que poseen y utilizan permanecen en un estado de cambio personalizado que puede servir de explicación a las diferencias encontradas en el rendimiento académico de los adolescentes; en este sentido, una actividad o una secuencia de aprendizaje puede ser válida para un estudiante, pero nefasta para otro.

Esta observación explica muchos de los fracasos escolares de aquellos adolescentes sometidos a un sistema de enseñanza que le exige la realización de unas tareas que tienen muy poco que ver con lo que ellos pueden o están en disposición de realizar. Los procesos cognitivos y las motivaciones de los adolescentes suelen ser muy diferentes. Esto los lleva a reaccionar de forma muy distinta ante las exigencias planteadas por la enseñanza y los métodos utilizados. El papel de las estrategias de aprendizaje y solución de problemas resulta esencial. En este sentido, la experiencia familiar, escolar y social del adolescente en la secundaria, son de gran importancia a la hora de realizar este tipo de estudios.

En general, se considera que la conducta manifestada por el estudiante en clase y las respuestas a los exámenes y cuestionarios formales constituyen un criterio adecuado para evaluar la enseñanza. Es aquí donde los hábitos de estudio, como estrategias de aprendizaje, cobran importancia para la obtención de calificaciones adecuadas para un buen rendimiento escolar.

Considerando que el bajo rendimiento académico no es unicausal, sino por el contrario, se debe a una multiplicidad de factores que al unirse lo provocan, es posible acercarse a este problema y conocer si está relacionado con algunas variables específicas, pudiendo conocer su causa en factores de índole diversa.

Nieva (1999) llevó a cabo investigación en una escuela secundaria del Distrito Federal a través de un método etnográfico. Analizó las formas en que los alumnos se las arreglaban para cumplir con las demandas de los maestros en lo que se refiere a realización de tareas, ejercicios, exámenes y otras actividades. Así por ejemplo, observó que muchos alumnos no hacían en sus casas las tareas que corresponden a las materias ubicadas en las últimas horas, sino que las terminaban en el aula a lo largo de la mañana. En general los alumnos andaban a la caza de puntos, los cuales obtenían ya sea por acabar rápido un ejercicio, contestar bien las preguntas del maestro o por entregar la tarea a tiempo. Según la autora, a los alumnos en realidad no les interesaban los contenidos académicos, sino que buscaban obtener un buen puntaje o que los vieran como "cumplidos". Afirma que los alumnos estaban más interesados en acomodarse a la

lógica de la actividad que cada maestro propone, más que en alcanzar apropiaciones de sentido de los contenidos. Una de las principales conclusiones de la autora es que las estrategias de sobrevivencia frecuentemente se contraponen a la función esencial de la escuela que es el aprendizaje. La preocupación de los alumnos se centra en sobrevivir más que en aprender lo que se les enseña.

Por su parte, Rodríguez Colunga (1999), realizó un estudio etnográfico en dos escuelas secundarias del Distrito Federal, observando a los alumnos en materias duras y blandas. Seis alumnos fueron seleccionados para un estudio más a fondo tomando en cuenta la disciplina y el rendimiento escolar. La autora encontró que a los alumnos les agradaba que hubiera una buena comunicación con sus maestros, tanto en cuestiones de enseñanza como para tener alguien en quien confiar y contarle sus problemas personales. Los alumnos se reconocieron como adolescentes y así esperaban que los vieran sus maestros. No les agradaban los favoritismos y pedían justicia y respeto hacia ellos. En cuanto a las medidas disciplinarias, pensaban que eran necesarias para el control del grupo y que los castigos también lo eran, siempre y cuando fueran justos. Solicitaban que se hablara con ellos y los hicieran entender en lugar de regañarlos o castigarlos. Según los alumnos, era mejor que el maestro expusiera su clase y que no utilizara los dictados ya que eran aburridos, pero los maestros los usaban en general para controlar al grupo y los alumnos creían que sería mejor tener métodos activos de enseñanza. Por otro lado, sí aceptaban la validez de la enseñanza para “no ser ignorantes” y como parte de sus visiones de que la escuela es necesaria pero, en lo particular, no creían que los contenidos académicos que aprendían tuvieran alguna utilidad en su vida cotidiana. Así, Rodríguez también insiste en la idea de que para los alumnos no existe una articulación entre aprendizaje y evaluación, sino que la relación que prevalece se da entre cumplimiento-evaluación-aprobación. Se concluye con la sugerencia de que los maestros deberían promover aprendizajes significativos, más que la subordinación de los alumnos a la lógica de las evaluaciones.

Conclusiones similares obtuvo Santos del Real (1999), al analizar el valor que los estudiantes le dan a la escuela y al currículo, aunque su metodología de investigación fue distinta. En su caso la muestra fue de 233 alumnos de tercero de una secundaria del Distrito Federal, y se encontró un bajo desempeño en general, más marcado en los alumnos de extracción socioeconómica pobre. La autora dice que esto es una paradoja pues fueron estos alumnos quienes expresaron un mayor valor por la escuela. Ellos apreciaron la escuela como espacio en el que podrían aprender cosas valiosas para la

vida, pero esto no se reflejaba en su desempeño escolar. En contraste, los alumnos que dijeron no apreciar tanto la escuela, tuvieron un mejor desempeño y sostuvieron que sí continuarán estudiando ya que ven a la secundaria como un paso más.

Se ha encontrado que mientras las variables escolares resultan débiles y de poca consistencia para el aprovechamiento, las no relacionadas con la escuela, así como las características de los alumnos, son mecanismos importantes para predecirlo (López, 1994).

Así, Cabrera (2005), refiere que en el abordaje de la relación entre la familia y rendimiento escolar de los alumnos, los siguientes autores exponen en artículos cortos sus posturas sobre el tema: García (1997) analizó una población de 35 adolescentes a los que les aplicó una escala para medir la percepción que tenían de la relación de sus padres entre sí y con los hijos. Se encontró que no había una relación entre los problemas que los padres tenían y el desempeño escolar de los hijos, y se argumenta que ese resultado quizá derivó del hecho de que los padres tenían un buen nivel de escolaridad, lo cual minimizaba el efecto de la problemática de pareja sobre las ejecuciones escolares de los hijos. Por el contrario, Frías et al. (2001) sostienen que los problemas en la familia sí tienen un peso importante. Ellos aplicaron cuestionarios y escalas a alumnos de secundaria para medir habilidades sociales, violencia en la familia, consumo de alcohol y problemas familiares. Los autores afirman que los alumnos que van a la escuela tras convivir con padres que los maltratan, que se golpean entre sí, que esconden sus problemas tras las adicciones, se ven arrastrados a reproducir esas acciones en términos de conducta antisocial, lo cual inhibe su desempeño escolar.

En un tono similar, González, Corral, Frías, y Miranda (1999), llevaron a cabo un estudio con 500 alumnos de escuela secundaria, para lo cual se consultaron expedientes escolares y se aplicó un cuestionario para medir autoestima, relación con los padres, expresión de afecto, entre otros aspectos. Se encontró que un buen predictor de éxito escolar se expresa en aprobar cursos, apegarse a la disciplina escolar y asistir a clases. Por otro lado, los autores afirman que la familia tiene un papel importante como modelo académico y como promotora de autoestima positiva que ayuda a que el alumno se valore.

Resulta importante atender las experiencias escolares y sus efectos en la conducta del adolescente. En un estudio llevado a cabo con alumnas escolarizadas de los niveles de secundaria y medio superior por González-Forteza en 1998, las adolescentes que presentaron mayor ideación suicida en la muestra escolar cursaban la secundaria; se

caracterizaron por indicar que obtenían calificaciones bajas muy a menudo y percibir su desempeño escolar entre regular y malo, y por haber interrumpido sus estudios durante seis o más meses en el ciclo escolar anterior. En la muestra clínica, únicamente en lo que concierne al desempeño escolar, se identificó una diferencia significativa, y el puntaje de ideación suicida fue mayor entre quienes notificaron tener un desempeño de regular a malo. Asimismo, se establece que las características que pueden aumentar el riesgo de que se presente la ideación suicida entre las estudiantes son: cursar el nivel de secundaria, interrumpir los estudios por más de seis meses y considerar que su desempeño escolar es malo. El mayor riesgo asociado con la ideación suicida fue el de haber interrumpido los estudios por un lapso mayor a seis meses.

Con respecto a las diferencias entre las estudiantes que presentaron algunos síntomas de ideación suicida (presencia) y aquellas que presentaron todos los síntomas durante casi toda la semana (persistencia), nuevamente aparecen los siguientes factores que pueden aumentar el riesgo de la persistencia de la ideación suicida: cursar la secundaria, haber interrumpido los estudios por más de seis meses y percibir el desempeño escolar propio como malo.

Basándose en el fracaso escolar, Campos y Marturano (2005), realizaron un estudio enfocado a adolescentes que tenían una experiencia de fracaso escolar. Su propósito principal fue verificar si los niños con problemas académicos, pero juzgados por sus madres como interpersonalmente competentes, mostraban un mejor logro y ajuste posterior, cuando se compararan con otros en la misma población clínica. Participaron 48 adolescentes, entre 10 y 15 años. Se formaron tres grupos con base en los índices de habilidades interpersonales: Competente, vulnerable y de Referencia. En un seguimiento a los 2 años, después de ser dados de alta, fueron evaluados por diferentes pruebas de logro escolar, autoconcepto y autoeficacia. Al comparar los grupos, los adolescentes que fueron clasificados como interpersonalmente competentes en la niñez, tuvieron mejores resultados académicos, mejor auto percepción y mejores conductas. Los resultados sugieren, que en cuanto a adversidades escolares, los adolescentes con mejores recursos interpersonales, tienen una trayectoria de desarrollo más favorable.

Al estudiar las diferencias de género en los estudiantes, los recursos educacionales de sus padres y las diferentes estructuras familiares en las que vivían, Bacon y Deslandes, (2004), llevaron a cabo una investigación con 363 adolescentes de 1º. y 2º. Grados de Secundaria, en Québec. Encontraron que los adolescentes que vivían en una familia donde la madre la encabezaba y tenía mayor escolaridad, obtenían

mejores calificaciones que aquéllos que vivían en familias donde el padre era el jefe de familia. Los varones que reportaban a sus familias como no-tradicionales, reportaban calificaciones más bajas y menor acceso a recursos educacionales.

Con respecto al consumo de drogas en estudiantes, Ellickson, Tucker, Klein y Saner (2004), realizaron un estudio longitudinal para identificar las diferencias y similitudes en los factores de riesgo para el inicio del uso de marihuana con alumnos de 7º (N= 1955) y 10º grados (N=909). Los adolescentes llenaban un cuestionario anual que evaluaba problemas de conducta, influencias sociales y actitudes y conductas hacia la marihuana. Encontraron que los iniciadores tempranos tenían más probabilidades que los que iniciaban más tarde el consumo, de tener problemas relacionados al consumo, de utilizar drogas duras, de ser poli consumidores y de tener más bajas calificaciones cuando llegaran a 10º. Grado. Por edades, la iniciación podía predecirse por el uso de tabaco, acceso a ofrecimientos de marihuana y bajas calificaciones.

1.5 La familia.

De acuerdo a Llorente y Sampayo (1999), en las últimas décadas del siglo XX se despertó un profundo interés por conocer y estudiar el comportamiento de los adolescentes en el seno familiar y las relaciones familiares. Se ha hablado de la independencia y la autonomía de los jóvenes. Por autonomía personal en los adolescentes se entiende la condición que tiene un joven para tomar decisiones responsables siguiendo criterios propios que le permitan desarrollar su propia maduración. Por independencia, el hecho de que los adolescentes no dependan, en ciertos aspectos, de los padres o de otros adultos. Ambas significan para los padres el final de una etapa de control y protección. Mencionan que existen investigaciones que tienden a abandonar la concepción que considera al adolescente como un ser problemático; los casos de marginación o inadaptación social de grupos de jóvenes son una realidad, pero no se puede considerar por ello que todos los adolescentes, por el hecho de serlo, sean conflictivos y representen un grupo generacional totalmente enfrentado a los adultos

Al principio, la autonomía es más una aspiración que un hecho. Para el adolescente es más un deseo. Necesita del apoyo de sus padres para lograrla. Es un aprendizaje y tarea conjunta, difícil de llevar a cabo. El adolescente ha estado unido al núcleo familiar y, para romper esos lazos, ha de diferenciarse de los padres. Respetar su identidad es una forma de favorecerla. Los lazos afectivos con los padres se relajan y son sustituidos por los de las amistades. Estas relaciones extrafamiliares también pueden

favorecer esta autonomía. El proceso que sigue el joven para desarrollarla es difícil, contradictorio y lleno de obstáculos que pueden ser librados de manera tranquila, pero que algunas veces se acompañan de conductas agresivas. Los padres deben apoyar a sus hijos a conseguir esta madurez y personalidad propias que les capacite para su inserción al mundo de los adultos.

Estos autores también sostienen que los padres representan los modelos de los adultos y el adolescente tenderá a reproducirlos fuera de la familia. Esta relación, el ambiente, las costumbres, y todo aquello que ha conocido el joven conviviendo con sus padres, le han permitido y enseñado a vivir de una forma determinada. Asimismo, el grado de identificación que el hijo pueda tener con los padres influirá enormemente a la hora de tomar sus decisiones. La relación afectiva paterno-filial que el joven haya experimentado desde su nacimiento fortalecerá este grado de identificación. Fisher (1995, citado en Molina, 2000) estudió la interacción de las familias con adolescentes con problemas y sin problemas, llegando a conclusiones concernientes a las relaciones y el funcionamiento familiar. Cuando un adolescente con problemas está involucrado, las familias evidenciaron la pérdida de reciprocidad de necesidades y tuvieron un gran desacuerdo acerca de las relaciones en la familia. Estas familias con adolescentes con problemas fueron sensiblemente diferentes a las familias sin problemas. Por lo tanto, la influencia de la familia en el desarrollo del adolescente es decisiva. Debe existir una disponibilidad de los padres para dejar entrar y salir a los adolescentes del sistema familiar, con el fin de que pueda ser atravesada la etapa sin ningún nivel alto de tensión, permitiendo con esto la maduración.

Los posibles conflictos generacionales son resultado de la evolución constante de la sociedad. Si la comunicación entre padres e hijos ha sido, previa a la adolescencia, fluida y respetuosa, entendiendo que el derecho al secreto y la intimidad es común a cualquier etapa de la vida, cuando el hijo llegue a la adolescencia mantendrá dicha comunicación apropiada, aunque la manera de establecerla sea diferente. Si esta comunicación es escasa, irrespetuosa o no ha existido, posiblemente ocurra una ruptura manifestada por un enfrentamiento verbal continuo, o por un silencio muy difícil de romper. No sólo cada cultura, sino cada época histórica tiene sus adolescentes, y no se pueden generalizar los valores, las inquietudes, los intereses o la conducta de los adolescentes de un tiempo histórico con otro.

Para el adolescente es muy importante poder explicar sus experiencias sin ser descalificado. Generalmente esta comunicación va acompañada de una crítica al mundo

de los adultos, el cual puede y debe cambiar. Analiza críticamente a “los otros” (los adultos) y pide cuentas. Los primeros en verse afectados son los padres; esta forma de comunicación pueden entenderla o mal aceptarla. El espíritu crítico que en ocasiones presenta el joven es tomada por muchos padres como una respuesta negativa o destructiva ante los valores, hechos o conductas que el adulto ha construido y considerado como correctos, sin entender el por qué de esta respuesta a veces mal formulada y agresiva.

Cabrera (2005), en un estudio derivado de la presente investigación, menciona que una parte fundamental de la vida de un individuo es la dinámica familiar y de aquí la importancia de las buenas relaciones familiares con los adolescentes, siendo esta la colección de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada uno de los miembros de la familia. Esto es: la forma en la que piensa, actúa, siente y se relaciona cada miembro de esa familia, afecta a cada uno de los miembros, de tal forma que favorece o entorpece el desarrollo de un clima de seguridad y afecto en cada uno de los integrantes.

Motrico, Fuentes y Bersabé (2001), por su parte, realizaron una investigación en España, cuyo objetivo consistió en analizar los conflictos entre padres e hijos/as y sus discrepancias en la percepción de los conflictos a lo largo de la adolescencia. La muestra estuvo compuesta por un total de 402 adolescentes (200 chicos y 202 chicas), de edades comprendidas entre los 12 y 17 años, y sus padres (31 padres, 119 madres y 108 ambos). Los resultados mostraron una baja frecuencia de conflictos entre padres e hijos. Los hijos/as coincidieron con sus padres y con sus madres en los principales motivos de discusión. Según la percepción de los hijos/as, los datos revelaron diferencias significativas en algunas de las causas de los conflictos teniendo en cuenta el sexo de los padres y del propio adolescente; y que, en determinados temas, los adolescentes de mayor edad (15-17 años) tenían más conflictos con ambos padres que los adolescentes de menor edad (12-14 años). En general, los adolescentes informaron que los motivos por los que se originan con más frecuencia los conflictos con sus padres y con sus madres eran, en primer lugar, la hora de llegar a casa, a continuación, el dinero y las compras, y en tercer lugar, las tareas de la casa. Sin embargo, los padres y las madres señalaron como temas de conflicto más frecuentes con sus hijos/as las tareas de la casa, las tareas del colegio y por ver la televisión. Es decir, el orden de importancia de las causas de conflicto varía.

Con respecto a la posible relación de la percepción del clima familiar y otros factores psicológicos, Muñoz-Rivas y Graña López (2001), en un estudio sobre factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes, reportan que en una muestra de 1.570 adolescentes de ambos sexos (54.4% hombres y 45.6% mujeres) de la Comunidad Autónoma de Madrid, los principales factores de riesgo familiares para explicar el consumo de drogas legales eran la ausencia de normas familiares sobre el uso de drogas, los conflictos entre los padres y el adolescente y el consumo de alcohol por parte del padre. En sentido opuesto, los factores de protección más importantes eran acostarse a una hora fija por la noche y tener una buena relación de vínculo con los padres.

Con respecto a la influencia de la familia en la conducta adictiva de los adolescentes, Ivandic (2001), determinó en dos comunidades de Zagreb, las características psicosociales comunes en la familia de un adicto, con 101 consumidores de heroína. Mediante entrevistas y cuestionarios encontró un alto porcentaje (55%) de sujetos que se había separado de sus padres antes de los 7 años; el 82% y el 41% de los sujetos, no habían tenido una experiencia emocional positiva de su padre y madre, respectivamente. Un alto porcentaje había sufrido abuso en su niñez, y el 42% tenía problemas de alcoholismo en la familia. El autor reporta una correlación estadísticamente significativa entre el alcoholismo en la familia y la violencia. La emigración de la familia, el divorcio de los padres y el conflicto entre ellos fueron reportados frecuentemente. El papel inapropiado del padre en la familia y la mala relación emocional del adicto con sus padres durante la niñez, evitaba toda relación emocional propicia. Así, concluyen que una motivación paternal inadecuada en la niñez del adicto, puede ser la razón para la subsecuente adicción a las drogas en la adolescencia.

Por otro lado, Mcdermott (2004), llevó a cabo un estudio para examinar la relación entre las prácticas paternas basadas en diferentes combinaciones y los patrones conductuales y emocionales de los adolescentes, así como el papel del temperamento y el género de los padres. Ésta se llevó a cabo con estudiantes de 12-18 años (n= 195), que cursaban Secundaria o Preparatoria en una escuela rural de Michigan. Las características del temperamento (humor, rigidez-flexibilidad e ingesta de alimento), tenían que ver con casi la mitad de la varianza sobre la conducta de los adolescentes; las prácticas paternas compartidas, contribuyeron en una pequeña pero significativa parte. La co-paternidad autoritaria se asoció a mejores logros de conducta en el ajuste de los adolescentes, que otra combinación paternal. El tener un padre autoritario, que se

esperaba fungiera como mecanismo protector, se asoció a un mejor ajuste en las niñas, pero a un mayor desajuste en los niños. Hubo asociaciones mezcladas para prácticas autoritarias de los padres y los logros de los adolescentes. Principalmente, las prácticas paternas permisivas y negligentes se asociaron a logros pobres de los adolescentes; los hallazgos confirmaron en general, que las prácticas paternas son importantes; no obstante, el temperamento de los adolescentes influye también en sus emociones.

Para determinar el potencial de los factores asociados con el control psicológico de los padres y las conductas de los adolescentes, reportadas por las madres, Crater (2004), encontró que los factores asociados fueron los síntomas depresivos maternos, conflicto entre padres y la conducta de los adolescentes. El control psicológico paternal fue evaluado con una escala, seleccionando madres con al menos un hijo adolescente. La muestra consistió en 71 madres (edad media de 44 años), la mayoría casadas (77%), y el 65% con un grado universitario. Existían diferencias étnicas (55% caucásicas; 28% asiáticas; 14% latinas; 1% afro-americanas y 2% de otras. Todas eran de clase socioeconómica media y media alta. Los adolescentes cuyas madres respondieron, tenían entre 13 y 17 años, con una media de edad de 14. El 62% de los adolescentes eran mujeres y 38% varones. El 98% de las madres reportaron a sus hijos como biológicos, y 2% eran madrastras. Tres adolescentes fueron reportados con diagnóstico de Trastornos de atención e hiperactividad (TDAH). Encontraron que el conflicto entre padres correlacionó significativamente con el control paternal psicológico; la relación entre las conductas de internalización y el control psicológico paternal fue significativamente mayor que la relación entre la externalización de la conducta y el control psicológico paternal. Los resultados indicaron que tanto la depresión, como el conflicto entre padres se relacionaron de manera significativa con el control psicológico. También se encontró que la relación entre las conductas de externalización y el control psicológico paternal, correlacionó más alto que la asociación entre las conductas de internalización y el control psicológico paternal.

Evaluando también problemas de conducta (como ansiedad/depresión y conducta delictiva), Pettit, Laird, Dodge, Bates y Criss (2001), entrevistaron a 440 madres y sus hijos de 13 años. Como se esperaba, en las familias que supervisaban a sus hijos, había pocas conductas delictivas. Sin embargo, la asociación entre el control psicológico y el ajuste era más compleja: altos niveles de control psicológico se asociaban a más problemas delictivos en las niñas y en adolescentes que tenían bajos niveles de problemas delictivos en la preadolescencia, así como para las niñas que presentaban más

ansiedad/depresión y para los adolescentes que presentaban niveles altos de ansiedad/depresión en la preadolescencia.

Goldstein, Davis-Kean y Eccles (2005), realizaron un estudio longitudinal para examinar las relaciones entre los adolescentes y sus familias, sus compañeros y problemas de conducta. Los participantes fueron 1357 adolescentes afro-americanos y europeos, entrevistados en 3 momentos: 7º. Grado (edad promedio de 12.7 años); verano posterior al 8º. Grado (edad promedio de 14.2 años) y 11º Grado (edad promedio de 17.1 años). En todos los grupos por raza y género, las características de las familias en 7º. Grado (percepciones de los jóvenes de autonomía y calidez), predijeron un contexto de riesgo con los compañeros durante 8º. grado. Asimismo, problemas de conducta en 7º., predecían problemas de conducta en 11º. grado, así como directa e indirectamente con los compañeros.

Sobre los efectos de vivir en una familia nuclear, con una madre soltera o separada o en familias con los padrastros, con respecto a la relación del adolescente y su madre, Walper, Kruse, Noack y Schwarz (2005), investigaron con 220 adolescentes de Alemania Oriental y 273 de Alemania Occidental. Estas muestras permitieron una comparación de procesos relevantes basadas en las condiciones contextuales. Aunque no se observó una asociación simple entre el tipo de familia y un sentimiento de inseguridad del adolescente, al probar modelos guía, se confirmó que el conflicto entre padres, la incapacidad de los mismos, la presión de la madre por colocarlo contra el padre, y los sentimientos del adolescente como atrapado en medio de la familia, afectan su relación con la madre. Estos resultados fueron semejantes en ambas regiones de la población.

Acerca de la integración de la familia y la integración con los compañeros entre adolescentes, el consumo de otras drogas y su influencia en el consumo de cannabis, Kohn y cols.(2004), analizaron los datos de 1998 del banco de datos de una encuesta tras-nacional que se lleva a cabo cada cuatro años en Bélgica, con adolescentes de habla francesa, quienes han reportado un incremento preocupante en el consumo de cannabis. Las variables investigadas fueron: la integración familiar, la relación con los compañeros y el hábito de consumo de drogas, tales como tabaco, alcohol, narcóticos, o cualquier otra diferente a la cannabis, como determinantes potenciales de uso experimental, uso común (al menos una vez al mes) y uso regular (al menos una vez a la semana). Aparte de los datos sociodemográficos, estos predictores se sometieron a un análisis variado y multivariado (regresión), con 744 estudiantes. Se encontró que el 30.2% de los

estudiantes reportaron haber probado cannabis y 50% de ellos la continuaban fumando al menos hasta el mes anterior. La edad, el ingreso familiar, la fuerte interacción con el grupo de compañeros, y el hábito de consumo de droga (por ejemplo, el uso de tabaco), estaban asociados con el uso experimental de cannabis. La edad, sexo, nacionalidad, integración familiar y la adicción a otras drogas, como la nicotina, determinaron un uso común y regular de cannabis. Los autores proponen que los programas preventivos favorezcan la integración familiar del adolescente, así como la prevención al uso de otras sustancias.

Por otra parte, son muchos los factores externos a la familia que contribuyen a la formación de la identidad del adolescente, pero hay que señalar que los padres tienen un papel importante en la adquisición del joven del concepto de sí mismo, con un grado de autoestima que le favorezca su desarrollo madurativo. La opinión de los padres sobre la forma de ser, tanto física como intelectual y emocional del joven influirá enormemente en su grado de autoestima.

El adolescente busca seguridad y la irá alcanzando a medida que adquiera la madurez intelectual y afectiva. Buscará el equilibrio entre seguridad e inseguridad, utilizando sus recursos personales. En este proceso, los padres podrán ayudarlo si ha existido una relación afectiva. Si los padres o el núcleo familiar se encuentra inmerso en la desorganización, la violencia o la falta de afecto y apoyo entre sus miembros, ésta se convertirá en el modelo a seguir; los padres convertirán al núcleo familiar en pretextos para las conductas de riesgo de los adolescentes, sembrando la inseguridad, la culpa, la frustración y el aislamiento, sustituyendo los modelos nucleares por otros en iguales o peores circunstancias.

Damon (1998) refiere que la literatura establece que dos posturas diferentes son relevantes para entender el desarrollo de los adolescentes en las familias. La primera se enfoca a las relaciones familiares y cómo cambian durante la adolescencia.; en estos estudios la calidad de las mismas son la variable dependiente predichas por el estatus púber del adolescente, discrepancias en las expectativas de los padres y los adolescentes o identidad paterna. En el segundo grupo de estudios, las relaciones familiares son vistas como contextos en los que el desarrollo individual del adolescente ocurre; aquí la calidad de las relaciones son variables independientes que predicen situaciones como el desarrollo de la identidad, desarrollo del ego, desarrollo moral y otros constructores de la personalidad, cognitivos o sociales. Las familias sirven como contextos para el desarrollo del adolescente.

Asimismo, Damon cita a Papini, Roggman y Anderson (1991), quienes encontraron que los lazos hacia ambos padres en general, declinaban como una función de la maduración, a excepción de la relación de la madre con el hijo varón, la cual tendía a ser más estrecha. Asimismo, una relación más estrecha con ambos padres predecía niveles menores de depresión y ansiedad social para ambos sexos en la adolescencia.

Hyoun, Capaldi y Stoolmiller (2003), reportan un estudio en el que se examinaron el curso de los síntomas depresivos en jóvenes desde la adolescencia temprana hasta la adultez, y su influencia de factores de riesgo paternos (síntomas depresivos, conductas antisociales, uso de drogas) y contextuales (ingreso familiar y transición marital de los padres), tanto en el nivel de síntomas depresivos en la adolescencia y a lo largo de 10 años, como el control de su conducta agresiva, presentada en la adolescencia. En promedio, los síntomas depresivos de los jóvenes tendieron a decrementar en la adultez. Con respecto a los factores de riesgo, el cambio del estado marital de los padres fue el predictor más importante para el nivel de síntomas depresivos en la adolescencia. La transición marital y el ingreso económico familiar, estuvieron relacionados significativamente a los cambios de síntomas depresivos. Hubo también un efecto de interacción de la depresión materna o paterna con los síntomas depresivos en la adolescencia, y en los cambios en el tiempo. Los síntomas depresivos de la madre se relacionaron a los síntomas depresivos del hijo varón, sólo cuando los síntomas depresivos del padre fueron realmente altos.

Podemos concluir que en general, el curso de las relaciones padre-hijo con respecto a la transición entre la infancia y la adolescencia, involucra un aumento de conflicto al inicio de esta última, declinando a medida que pasa el tiempo y se va alcanzando la madurez. Los adolescentes van adquiriendo la capacidad de entender las perspectivas convencionales de los padres al ir desarrollando ciertos cambios cognitivos, y los padres comienzan a ver en el hijo adolescente un incremento en su madurez física, habilidades cognitivas y prestancia para tomar decisiones, liberando poco a poco el control que solían ejercer en ellos.

1.6 Adicciones

Velázquez (1995), refiere que la historia de la conducta antisocial durante el siglo pasado, según algunos sociólogos (Taylor, Young y Walton, 1988), puede mostrar que los movimientos juveniles surgidos en la década de los sesentas, cuando se defendía la causa de libertad personal como un derecho, originó algo más que un choque

generacional: traspasó los límites de una actitud inconforme a una violencia contra la sociedad. Los jóvenes empezaron a asumir comportamientos delictivos tales como asaltos, uso de drogas y otros; su comportamiento pasó de ser parasocial a conductas antisociales cada vez más acentuadas, con la justificación de hacer valer su libertad. Es con uno de los movimientos más representativos de esta época, los "hippies", cuando el consumo de drogas se impone como una plataforma para expresar su "libertad" quebrantando tabúes culturales existentes.

Tavira y Noriega en 1984 determinaron a la conducta antisocial como propia de los grupos marginados dentro de nuestro país y en diferentes etapas históricas. Según Villafuerte (1987) referido por Casco y Natera (1991), estos niños y jóvenes crecen sintiéndose incapaces de enfrentar ciertas situaciones y buscan espacios compensatorios que reafirman su autovalía, como las "bandas", donde la vestimenta, música y consumo de drogas son modelos de identificación. La realización de actos ilícitos se manifiesta como expresión de su hostilidad y frustración. Así, el fenómeno de la Farmacodependencia es el reflejo de que algo va mal: las profundas alteraciones sociales que modifican el orden familiar, la nueva distribución de papeles, la acentuación de conflictos generacionales (Félix-Ortiz, 1998), y algunos otros factores que empujan hacia un vacío profundo a las presentes generaciones de jóvenes. Paralela a esto, Velásquez (1995), menciona que existe la disposición de la mayoría de los adolescentes a obtener satisfacciones inmediatas, disfrutar de la vida y rechazar a la sociedad de los adultos, aquéllos que perciben como incomprensibles, basándose en lo que sienten, perciben, ven y analizan. Entre las circunstancias sociales a las que se enfrenta el adolescente y que constituye una gran preocupación está el riesgo para el consumo de drogas. Existe la conciencia de que el tráfico y el consumo de estos productos constituyen uno de los más graves problemas por sus repercusiones sociales y de salud.

El estudio de las drogas y los fenómenos relacionados con su consumo revela que el problema no es reciente, si bien en los últimos años ha ido cobrando una importancia alarmante. Esto tiene relación tanto con el hecho de que socialmente se ha tomado conciencia de su gravedad y de su complejidad, como con la aparición de nuevas sustancias y formas de consumo. Un mejor conocimiento permite prevenir el consumo, frenando su desarrollo y consecuencias.

En un estudio de Sartor (2005), el objetivo fue identificar los patrones de consumo de alcohol en adolescentes hasta la adultez temprana, tratando de determinar cómo los factores de riesgo en la adolescencia y los logros psicosociales en la adultez, se asocian

diferencialmente con estos patrones. El estudio se basó en modelos de etiología del alcoholismo que reflejan una perspectiva de desarrollo integral, basados en la teoría del aprendizaje social. Un análisis de latencia de clase (LCA) se llevó a cabo con los datos de 245 adultos jóvenes que reportaban un consumo regular y que reportaban síntomas de desórdenes durante cada fase de consumo, desde su inicio hasta la edad de 23 años. Tres trayectorias emergieron de los datos: dos acerca de los problemas para la ingesta y una que no presenta problemas con el tomar. Las dos clases de problemas por consumo fueron diferenciadas por los factores de riesgo durante la niñez, ligados al alcoholismo antisocial, como el que las conductas problema se correlacionen al alcoholismo en los padres. La presencia de problemas por tomar según la edad, asociados al desarrollo (por ejemplo, desarrollo de las relaciones con los otros en la adultez temprana), estaba ligada a la naturaleza de las discapacidades psicosociales. Los cambios en los patrones del alcoholismo y las diferentes influencias indicaron cambios sutiles en la conducta de tomar. Los resultados de este estudio disminuyen la naturaleza heterogénea del alcoholismo y la importancia de considerar el contexto del desarrollo al conceptualizar los desórdenes relacionados al alcohol.

Con respecto a otras drogas, Sveckle, Dreher, Walter, Junglas y Lehmkuhl (2005), realizaron un estudio en Alemania, cuyo objetivo fue analizar la conducta agresiva de esquizofrénicos hacia otros y la influencia del abuso de sustancias antes, durante y después de su hospitalización. Analizaron a 21 adolescentes esquizofrénicos y compararon su conducta agresiva y consumo de sustancias, con la de 21 adolescentes con conductas antisociales. Las dos muestras se igualaron en edad, sexo e inteligencia. Los análisis se enfocaron hacia conductas agresivas a objetos o personas, así como a actos criminales y uso regular de drogas. Encontraron mucha menos agresividad entre pacientes psicóticos durante los periodos de hospitalización y posteriores, que en la muestra de adolescentes antisociales. Como pacientes, los adolescentes psicóticos corrían más riesgo de presentar conductas agresivas; pero debido al tratamiento adecuado la conducta ofensiva fue controlada. A largo plazo, hubo menores arrestos en la población de psicóticos. Sólo el consumo de drogas ilegales hizo que las conductas agresivas de los psicóticos hacia otros aumentaran.

En una investigación realizada en 1998, por Aseltine, Gore y Colten, se examinó en Inglaterra el papel de las relaciones sociales en el adolescente con la ocurrencia y co-ocurrencia de la depresión y el abuso de drogas, usando datos de una muestra comunitaria de 900 adolescentes. Los modelos de respuesta fueron estimados para

identificar el grado en que los factores de riesgo y protección en sus familias y con sus compañeros se unían diferencialmente a los síntomas depresivos, al abuso de sustancias y a su co-ocurrencia. Se contrastaron cuatro subgrupos de adolescentes: altos en los niveles de depresión y consumo; aquéllos que no presentaban ninguno de éstos; aquéllos que evidenciaban sólo altos niveles de depresión y por último, los que presentaban sólo altos niveles de abuso. El riesgo para los síntomas depresivos fue diferenciado por su asociación con el conflicto y la falta de apoyo de sus amigos. El abuso de sustancias se asoció a la presión negativa de sus compañeros, aunque éstos difirieron poco de los que no presentaban ningún problema. Mientras que la co-ocurrencia de la depresión y abuso de sustancias se asoció a más dificultades tanto con la familia, como con los compañeros, el riesgo más distintivo fue el que presentaba menor apoyo familiar.

Poikolainen (2002), establece que el riesgo a usar drogas se incrementa por un temperamento difícil en los adolescentes, agresividad, impulsividad, problemas de conducta, inteligencia pobre, deseo de festejar, unirse a malas compañías, padres que ejercen mal su papel (injustos, duros, indiferentes), así como al consumo de drogas en los padres. Asimismo, hay niveles de riesgo por otros factores, tales como las normas culturales, las actitudes y las modas, y la oportunidad de obtener drogas.

Para poder hablar de conducta adictiva se han de reunir ciertas condiciones:

- Una preocupación intensa y continua que lleva a la obtención o adquisición del objeto a que se es adicto. Esto afecta sus actos y pensamientos, convirtiéndose en el principal y más importante.
- Una actuación repetitiva, que le lleva a reproducir actos para obtener su objeto, existiendo una gran resistencia a cambiar la conducta, debido a una dependencia física y/o psicológica.
- Es probable que la persona recaiga de nuevo en estas conductas, a pesar de que haya decidido acabar con ello y de conocer los efectos y resultados negativos.

Existen patrones de conducta adictiva que en la sociedad se consideran correctos, y por lo tanto se aceptan e incluso favorecen, dentro de ciertos límites.

Algunas de las adicciones son: adicción al trabajo, a la comida, al sexo ya las drogas, entre otras. Las drogas son sustancias que se convierten en sustancias que una vez ingeridas de diferentes maneras, alteran la conducta del individuo. La Organización Mundial de la Salud (2001) define las drogas como una sustancia (natural o química) que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, vía intravenosa, vía intramuscular), es capaz de actuar sobre el cerebro y

producir un cambio en la conducta de las personas debido a que modifica el estado psíquico (experimentación de nuevas sensaciones) y a que tiene capacidad para generar dependencia. De manera específica, puede definirse como droga a cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones. (CONADIC, 1993; González, 2001).

Algunos de los factores de riesgo son la curiosidad y la presión social. Aquellas personas que una vez que han probado una sustancia (tabaco, alcohol, marihuana, pastillas, etcétera) continúan consumiéndola diariamente (aunque sea un producto legal) y durante un tiempo indefinido, podría suceder que no pudieran renunciar a ella, y si se ven obligadas a hacerlo, sientan molestias acompañadas de un deseo o necesidad por consumirlas. Este proceso indica que ese consumidor ha desarrollado dependencia a la droga. La falta de ella produce insatisfacción, pudiendo haber desarrollado una dependencia física. En esta dependencia, no sólo ciertas sensaciones psíquicas (ansiedad, depresión, nerviosismo, tensión) están presentes, sino también malestares físicos (síndrome de abstinencia).

La tolerancia se refiere a la adaptación del organismo a la droga, precisando de dosis cada vez mayores para producir los mismos efectos; es decir las mismas dosis cada vez tienen menos efectos.

Se habla de riesgo de uso cuando el consumo depende de varios factores:

- Características de la sustancia.
- Personalidad y características propias de cada organismo.
- Circunstancias socioculturales del ambiente.

Algunas formas de uso indican claramente abuso: Dependencia (hábito, necesidad de consumo); sobredosis (dosis de droga superiores a las que tolera el organismo); consumo en situación de riesgo (conducir un vehículo, consumir durante el embarazo); consumo de varias drogas juntas (bebidas alcohólicas más tranquilizantes).

Existen diversas clasificaciones de drogas:

Por su origen:

- a) Naturales: se obtienen directamente de la naturaleza (tabaco, marihuana)
- b) Sintéticas: elaboradas técnicamente, como las anfetaminas.
- c) Semisintéticas: Base natural, más un proceso de síntesis (heroína, cocaína)

Por sus efectos:

Las drogas actúan sobre el Sistema Nervioso Central de varias maneras:

a) Deprimiendo o disminuyendo la actividad cerebral, provocando relajación o sedación (alcohol, tranquilizantes como barbitúricos y benzodiazepinas, ansiolíticos, analgésicos mayores como el opio y sus derivados naturales y semisintéticos (morfina, codeína, heroína) y sintéticos (metadona).

b) Aumentando o estimulando la actividad cerebral, provocando euforia, mayor animación o vigilia, como los estimulantes mayores (cocaína, anfetaminas) y los estimulantes menores (cafeína, teína, nicotina).

c) Distorsionando la actividad cerebral como los alucinógenos (LSD, mescalina, hongos, peyote); derivados de cannabis (hachís); disolventes volátiles (colas); disolventes (acetona, tolueno, éter, thinner).

d) Anticolinérgicos: alcaloides de belladona.

Por su peligrosidad:

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado las drogas en grupos de mayor a menor peligrosidad:

a) Opio y derivados: morfina, heroína, metadona.

b) Barbitúricos y alcohol.

c) LSD, cannabis, mezcalina.

Por su situación social:

Este criterio las clasifica según su consideración en la sociedad:

a) Drogas legales o institucionalizadas. Son aquellas apoyadas por una cultura: No se les teme y, a veces, incluso no se consideran *drogas*. Es el caso del alcohol, tabaco, hojas de coca en algunos lugares de Latinoamérica, el opio en algunas culturas orientales.

b) Drogas ilegales o no institucionalizadas. Tienen mala consideración social e incluso están perseguidas (generalmente no se basan en razones de salud ni en que sean las más peligrosas).

De acuerdo a González (2001), la adolescencia es el periodo en que con más frecuencia se inicia el consumo de drogas. Es la etapa del desarrollo psicológico donde la persona es más sensible a las influencias del grupo social. Este proceso de confusión de identidad ante lo nuevo, lo desconocido, situaciones percibidas como amenazantes, ocurre en la adolescencia como un periodo de crisis evolutiva que implica confusión, ambivalencia y búsqueda. Esto hace que los adolescentes puedan presentar comportamientos anómalos, si se valoran desde la normativa social, encontrando según González, en el consumo de drogas, un instrumento con un sinnúmero de significados,

entre ellos el ser un vehículo de identificación con otros adolescentes, que al igual que él, están en una búsqueda de identidad. Es también una evasión de un mundo que percibe caótico, de una realidad que siente amenazante, es una fantasía y una forma de rebelarse ante los padres y el orden establecido.

Se ha partido del supuesto de que las drogas de inicio más precoz se consumen por primera vez durante la adolescencia como el alcohol y tabaco (drogas institucionalizadas) y los inhalables (grupos marginales). Aparentemente, otras drogas inician su consumo en etapas más tardías (cannabis, alucinógenos, heroína y cocaína; tranquilizantes, morfina). En cuanto al género, hay drogas que son más preferidas por los varones, como alcohol, inhalables, heroína, cocaína y morfina. Otras, al contrario, inciden más en las mujeres: analgésicos, tranquilizantes, somníferos y anfetaminas. Asimismo, se ha creído que la conducta de los adolescentes se guía básicamente por prácticas de oposición, imitación y de imitación-oposición.

Sólo podremos entender la adición en esta época de la vida si entendemos al adolescente y sus preocupaciones, tales como el que se siente inclinado por probar cosas nuevas y probarse, se siente angustiado porque se grupo lo acepte, siente miedo hacia lo desconocido y una necesidad de romper con la dependencia familiar.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud alude entre otras, las siguientes razones para explicar por qué los jóvenes y los adolescentes empiezan a consumir drogas:

- La curiosidad por los efectos y sensaciones que produce una droga.
- Se quieren tener experiencias distintas más agradables y novedosas, incluso de peligro.
- Sentirse mayor, independiente y autónomo ante los padres o adultos.
- Conseguir ser bien aceptado por el grupo de amigos, sentirse integrado e identificado.

Junto a estos factores, hemos de considerar hechos sociales que faciliten el contacto con las drogas:

- Hay drogas en la calle y en la casa; son muy accesibles.
- La tolerancia y el respaldo social para ciertas drogas: publicidad estática y dinámica, que propone modelos a imitar y experiencias a vivir con la ayuda de drogas y que puede responder a la búsqueda del adolescente.
- La posibilidad de conocer diversas culturas influye en el desarrollo de conductas adictivas.

Con relación a los factores ambientales que influyen en el adolescente, la familia y la escuela son fundamentales para el desarrollo de las actitudes.

1. Entre los factores familiares que pueden contribuir al consumo de drogas están:

- a) La ideología familiar: excesiva rigidez o excesiva flexibilidad.
- b) La propia estructura familiar: desorganización, falta de decisiones e iniciativas, falta de límites.
- c) Grado de unidad familiar: discusiones, enfrentamientos, conflictos.
- d) Tipo de relación familiar: desunión, falta de competencia en los padres.
- e) Tipo de comunicación familiar: mensajes contradictorios de los padres, falta de autoridad, no se comunican con los hijos.

f) Determinados patrones de consumos: abuso de alcohol, tabaco, otras sustancias.

2. Escolares:

- a) Ideología de la escuela: muy rígida o muy tolerante.
- b) Si hay o no información sobre temas de salud.
- c) Modelos de consumo: profesores que consumen habitualmente con los alumnos.
- d) Tipos de relaciones: es fácil o no relacionarse con amigos

3. Amistades.

- a) Tipo de relación: grupo bien integrado o no.
- b) Ideología del grupo: normas, respeto.
- c) Intereses del grupo: modelos a imitar, principios, valores.
- d) Base de la relación grupal: identificación, necesidad de apoyo, enriquecimiento individual.

4. Sociales:

- a) Normas sociales: control.
- b) Ideología dominante: culturas productoras o utilización cultural de algún producto.
- c) Actuaciones políticas: Actuación del gobierno.
- d) Actuaciones económicas: normas legales y permisividad.
- e) Presiones sociales: evitar la marginación.

3.7.1 Prevalencia

Considerando que el uso de drogas no es estático, sino que presenta aspectos cambiantes de acuerdo al país y al transcurrir del tiempo, hace que adquiera una gran prevalencia, y luego, de manera igualmente rápida puede cambiar la tendencia del uso por el de otras sustancias. A través de distintos momentos históricos, el comportamiento antisocial se ha relacionado con el consumo de drogas, así como los problemas asociados al uso de sustancias que se han incrementado sin tener un método efectivo para frenar este fenómeno. (SEP, 1993). Por lo tanto, conocer el devenir social y el conocimiento que existe sobre el fenómeno de la Farmacodependencia, permitirá elaborar acciones preventivas y de tratamiento que aporten resultados alentadores para el resto de la población (Torsa y Mayor, 1990). Cabe mencionar que las estrategias respecto a la prevención ó tratamiento en diferentes países son las mismas; lo que las hace distintas son las políticas de salud de cada país que enfrenta el problema. México es el país de Latinoamérica que más investigación ha hecho al respecto (CEPAL, 2004).

Rosovsky (2001) establece que el uso y abuso de sustancias que alteran el sistema nervioso, el estado de ánimo y la conducta, se ha convertido en un reto para casi todas las sociedades. Los niños y jóvenes son particularmente vulnerables a sufrir daños en su desarrollo e integridad cuando consumen tabaco, alcohol u otras drogas, sean lícitas ó ilícitas. La adicción a estas sustancias generalmente comienza con el uso experimental y recreacional en edades tempranas. Entre estudiantes, la edad más crítica para iniciar el hábito de fumar es entre los once y los catorce años. En cuanto al género, la proporción de varones que ha experimentado con drogas es superior a la de mujeres (10% y 7% respectivamente). En general los hombres utilizan con mayor frecuencia las drogas ilegales, mientras que las mujeres prefieren las drogas médicas. Así, la drogadicción es un problema presente y cotidiano en las sociedades, que debido a sus repercusiones en otros sectores sociales, convierte en un reto el tratar de prevenir su incidencia en otros individuos en etapas adolescentes.

Castro, García, Rojas y de la Serna (1988), establecen que así como existe un grupo minoritario de adolescentes que han delinquido y consumido drogas, y que requiere de medidas legales y rehabilitación, existe también otro grupo mayoritario de jóvenes, que viven con sus padres y asisten a la escuela, y que también está en riesgo de consumir drogas y realizar conductas antisociales.

Villatoro, Medina-Mora, Juárez, Rojas, Carreño y Berenzon, en 1998, encontraron que los hombres adolescentes que habían trabajado durante el año previo a la Encuesta

Nacional de Adicciones de 1998, que están expuestos dentro de la familia y que pertenecen a un grupo de pares en el que se consume, tienen un riesgo mayor de convertirse en usuarios y de tener depresión e ideación suicida, así como problemas relacionados con el consumo.

Castro, García, Rojas y de la Serna (1988), en un estudio con la población estudiantil del Colegio de Bachilleres presentan datos en cuanto a prevalencia de 12 drogas: tabaco, alcohol, marihuana, inhalantes, anfetaminas, tranquilizantes, alucinógenos, cocaína, heroína, opio y otros opiáceos. Las drogas de consumo, en orden de preferencia son: marihuana, anfetaminas, inhalables y tranquilizantes. Las drogas de consumo diario legales son tabaco (12.6%) y alcohol (3.5%). Respecto a las drogas ilegales, las cifras de consumo diario no llegan al 1%, siendo la marihuana y los inhalables las de mayor consumo (0.5 y 0.4 %) respectivamente. En relación a la prevalencia global, excluyendo el alcohol y el tabaco, se detectó una cifra de 13.6% de consumo, de la que el 11.3% corresponde a usuarios leves, 1.4% a moderados y 0.9% a excesivos. Con respecto a problemas asociados a consumo, entre los usuarios de alcohol se encontraban arrestos y problemas legales. No se encontró una relación predictiva entre la disponibilidad de la droga y el consumo. Los consumidores excesivos de alcohol presentaron un promedio significativamente mayor en problemas legales que los usuarios leves y moderados.

Berenzon, Medina-Mora, Carreño, Juárez, Villatoro y Rojas (1996), llevaron a cabo un estudio, en 1993, con 10 879 estudiantes de Educación Media y Media Superior del Distrito Federal, donde se encontró que el consumo de tabaco y alcohol eran los problemas más importantes. Casi la mitad había fumado tabaco alguna vez (48%), siendo la mayoría hombres, así como un incremento paulatino conforme aumenta la edad. Con respecto al alcohol casi tres cuartas partes de los estudiantes (74%) habían consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, y cerca del 25% en el último mes. En el consumo de otras sustancias, los estudiantes han experimentado más frecuentemente con solventes inhalables (4.82%); la marihuana es la segunda droga más usada (3.58%), y en tercer lugar la cocaína (1.66%). En el consumo del último mes, la marihuana ocupa el primer lugar (1.17%), seguida por los inhalantes (1.05%).

Casco, Natera, Ortiz y Mora (1991), establecen que las poblaciones de alto riesgo se ubican en el norte, el centro de la República Mexicana y principalmente en el Distrito Federal., por lo que los estudios epidemiológicos deben cobrar importancia en nuestro país.

Medina-Mora, Craviotto, Villatoro, Fleiz, Galván y Tapia (1998), aplican una encuesta a estudiantes de Secundaria de la Ciudad de México en 1997, cuyos resultados sugieren un aumento significativo en el uso de marihuana y cocaína entre los varones: la utilización de la marihuana creció de 2.2% en 1993 a 4.68% en el año previo al estudio. Respecto a la utilización de la cocaína, aumentó de 1% a 4.1% para el mismo período. Los inhalables no son ya la droga de mayor uso y su utilización disminuyó de 3.7% a 2.9%. La tasa de uso de drogas para hombre-mujer fue de 1-1.5. El 14% de los hombres y 9% de las mujeres reportó haber experimentado con drogas. Entre las mujeres, la tasa de uso para todas las drogas aumentó en este período y consumieron más inhalables en comparación con la cocaína. (CD SEP-IMP, 1999).

Ramos, Saldívar, Medina-Mora, Rojas y Villatoro en 1998, realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de abuso sexual en estudiantes de secundaria y preparatoria, hombres y mujeres, de todo el país, así como su relación con el consumo de drogas a través de un cuestionario autoaplicable. Los datos fueron obtenidos de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, llevada a cabo en noviembre y diciembre de 1991, en la que fueron encuestados un total de 61,779 alumnos, 51.8% hombres y 47.1% mujeres, con una media de edad de 14,4 años. La prevalencia de adolescentes víctimas de abuso sexual fue de 4.3%, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos. La prevalencia de agresores fue de 2.5%. Los adolescentes varones habían coaccionado sexualmente a otra persona en proporción significativamente mayor que las mujeres. Tanto las víctimas como los agresores de ambos sexos, reportaron un consumo de drogas significativamente mayor que los estudiantes sin estos antecedentes.

Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro y Juárez (2002), realizaron una encuesta en 2000, tomando en cuenta todas las Delegaciones del Distrito Federal, sobre consumo de Drogas entre la Comunidad Escolar. Se encuestaron a 10578 estudiantes de entre 12 y 22 años, con una media de 14.5 años, siendo el 49.8% hombres y el 50.2 % mujeres. Los niveles escolares fueron Secundaria, Bachillerato y Escuelas Técnicas. Se encontró que el abuso de alcohol (5 ó más copas por ocasión de consumo en el último mes se ha mantenido estable en los últimos 3 años (21.4%). Las Delegaciones más afectadas son Álvaro Obregón, Benito Juárez, Cuauhtémoc, G.A. Madero e Iztapalapa. Con respecto al consumo de Drogas, hay un incremento en el porcentaje total (del 12 al 14.7%). Los usuarios experimentales se han mantenido desde

1997. Las drogas de más consumo son: marihuana (8.3%), cocaína (7.4%) en hombres y tranquilizantes (5.8%) en mujeres. El consumo de inhalables se ha mantenido estable. Las Delegaciones más afectadas en el consumo de drogas son: G.A. Madero, Iztapalapa, Benito Juárez y Coyoacán. Los adolescentes que asisten a la escuela tienen porcentajes menores de consumo que los que estudian menos tiempo ó que dejaron de estudiar el año anterior. La cocaína conserva su pendiente ascendiente, aunque sigue en segundo lugar de preferencia, antecedida por la marihuana. Con respecto al alcohol, 1 de cada 5 se embriaga por lo menos una vez al mes. El consumo de tabaco ha disminuido. (Encuestas de Consumo, CD, 1999). Asimismo, al relacionar el consumo de sustancias con la asistencia a la escuela, se encontró que los adolescentes que se dedicaban a estudiar tenían menores porcentajes de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. El 18.8% de los adolescentes que asistieron regularmente a la escuela consume tabaco, en tanto que fuma 31.1% de los que no estudiaron durante el año pasado. En el caso de alcohol el 30.7% de los que no asistieron a la escuela el año anterior al estudio, tomaron excesivamente, mientras que sólo tomó el 19.5% de los que asistieron regularmente.

Peña- Corona, Feria y Medina (2000), establecen diferentes efectos en cuanto a la salud con respecto al consumo de alcohol: cirrosis hepática, aumento de presión sanguínea, patología en músculo cardiaco, y en mujeres riesgo específico de cáncer de mama, cirrosis y enfermedad vascular, lo cual hace que los datos de los registros de las instituciones de salud muestren que existe un grave problema de salud por el consumo de bebidas alcohólicas. Asimismo, el alto índice de bebidas alcohólicas han hecho que se incremente el índice de accidentes laborales, en vehículo de motor, así como los casos de violencia y lesiones, sobretudo en la población entre los 15 y 35 años de edad. Un estudio sobre economía estimó que en nuestro país, el 9.3% del peso total de la enfermedad se debe al consumo de bebidas con alcohol.

López Cervantes (2000,) establece que de entre los problemas de salud actuales y futuros en los países en desarrollo, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los más destacados por el consumo de alcohol son: depresión, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebro-vasculares y accidentes de tránsito (Programa de Acción: Adicciones, SSA, 1999).

La Encuesta Nacional de Adicciones del 2002 (CONADIC, INP, INEGI), muestra un incremento en el índice de consumo de alcohol de los adolescentes, de 27% en 1998, a 35% en 2002 entre los varones, y de 12% a 25% respectivamente en las mujeres. La

cantidad modal de consumo es de 3 a 4 copas para toda la población. Con respecto a otras drogas ilegales entre adolescentes, más de 200 mil adolescentes entre 12 y 17 años han usado drogas. De este grupo, sólo el 55.3% continúa usándolas en el último año, y de éstos, un 37% las ha usado en el mes previo a la encuesta. La edad promedio de inicio fue cerca de los 14 años. Sin considerar el tabaco y alcohol, la primera droga de uso fue la marihuana, seguida de los inhalables y en tercer lugar la cocaína. Por sexo, se observa que entre los adolescentes varones y mujeres, la marihuana ocupa el primer lugar de preferencia. En los varones los inhalables ocupan el segundo, seguidos por la cocaína y los estimulantes tipo anfetamínico, en tanto que los alucinógenos ocupan el último lugar. En las mujeres el orden de preferencias es la marihuana en primer lugar y el consumo de cocaína, estimulantes tipo anfetamínico y los disolventes ocupan del segundo al cuarto lugar. De esta manera el rendimiento académico, el alto grado de absentismo o faltar consistentemente a la escuela, no estudiar, el abandono escolar, y bajos índices de actividades extraescolares son considerados factores de riesgo ante el consumo de drogas sin olvidar como factor protector el asistir a la escuela. (López 1994; Medina-Mora 2001; Villatoro et al, 2002; Medina- Mora et al, 2003)

Con respecto a la recaída, Godley, Dennis, Godley y Funk (2004), realizaron un estudio sobre la trayectoria de la recaída en grupos de adolescentes dados de alta de un programa de atención, con 563 adolescentes de 12-18 años, asignados al azar a uno de cinco grupos establecidos por las intervenciones recibidas, en cuatro comunidades de Estados Unidos, y con seguimientos a los 3, 6, 9, 12 y 30 meses de su alta. Los criterios para su alta fueron: mediciones de su autoreporte sobre los días en que consumían alcohol u otras drogas (AOD); días de consumo de alcohol, días de consumo de cannabis, días de consumo pesado, días de uso de crack/cocaína, días de uso de opio/heroína, días AOD que interferían con sus responsabilidades y días en un ambiente controlado. Se encontró que los adolescentes pueden agruparse en 5 trayectorias de recaída a los 30 meses del seguimiento: a) bajo uso de AOD, con pocos días en un ambiente controlado; b) bajo uso de AOD con más días en un ambiente controlado; c) moderado/decrementado uso de AOD; d) incremento en el uso de AOD y e) uso consistente y alto de AOD. Asimismo, hubo una heterogeneidad considerable en las trayectorias de recaída, variando según: la respuesta inicial al tratamiento, la estabilidad (versus incremento/decremento) de la respuesta de consumo y su interacción con el tiempo en un ambiente controlado. La cannabis y el alcohol fueron las dos drogas principales de consumo, aunque los dos grupos con las trayectorias más pobres habían incrementado sus niveles de consumo de

cocaína, opio y otras sustancias a los 30 meses del seguimiento. Este estudio demostró la cronicidad del uso de sustancias entre los subgrupos de adolescentes y la importancia de estudiar patrones longitudinales más complejos.

Bukstein y Winters (2004), realizaron un estudio, cuyo objetivo fue buscar un nivel de uniformidad y consistencia en el tipo de datos recolectados o de las variables, que permitieran una comparación entre estudios transversales y facilitar un metanálisis de estudios de tratamiento con adolescentes. Encontraron que hay un pequeño número de logros reportados en tratamientos con adolescentes. Entre los diferentes estudios, hay una gran variabilidad de metodologías, incluyendo diferencias en cómo los logros o éxitos de los tratamientos son medidos. Hay diferencias en la precisión de la droga de consumo, diferencias en la medición de variables no asociadas al consumo, tales como el funcionamiento social y académico, pobres tasas de seguimiento y una falta de comparación entre grupos en muchos estudios. Concluyen que los investigadores interesados en los logros de los tratamientos con adolescentes, deben analizar un conjunto de variables centrales que sean relativamente consistentes, o al menos comparables, a través de los diferentes estudios.

1.7 Agresión

La Organización Mundial de la Salud (2001), desde una perspectiva amplia, define a la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico contra uno mismo, otra persona, contra un grupo o comunidad que tiene un alto grado de probabilidad de resultar en lesiones, muerte, daño psicológico, despojo o privación”.

De acuerdo con este organismo, la violencia es un problema de salud pública de gran magnitud ya que cada año, más de dos millones de personas mueren a consecuencia de heridas provocadas por los actos violentos siendo los jóvenes uno de los grupos más afectados. La agresión puede considerarse como los actos manifiestos de la violencia.

Con respecto a la Agresión y la adolescencia, Weiss, Moutappa, Chou, Nezami, Anderson, Palmer et al. (2005), establecen que la expresión del enojo se identifica como una hostilidad expresiva, caracterizada por la agresión física o verbal. Reportan que en otros estudios, se sugiere una relación positiva entre la vulnerabilidad al estrés, estrategias pobres de afrontamiento y la depresión. La teoría psicodinámica sugiere que el enojo llega a ser el corazón de la depresión. De acuerdo a los autores, existe evidencia de que los adolescentes depresivos presentan un alto riesgo de manifestar conductas hostiles y agresivas, ya que tienden a atender de manera selectiva los aspectos más

negativos de los eventos. Estos autores reportan que Calhoun (2001), establece que la hostilidad y la depresión frecuentemente se correlacionan; no obstante, reflejan diferentes constructos que pueden relacionarse de manera independiente a otras conductas no saludables, como el fumar tabaco.

Si observamos algunos datos sobre Agresión en México, encontramos que el porcentaje de muertes por homicidio con respecto al total de muertes violentas por sexo y grupos quinquenales de edad en el 2002 se presentan de la siguiente manera: En la población total fue de 19.2. De ese porcentaje, para la edad de 10 a 14 años fue de 9.7 y de 15 a 19 años fue de 22.6 para hombres. En el caso de las mujeres, el porcentaje en la población total fue de 11.2 de 10 a 14 años y de 14.5 de 15 a 19 años. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI, 2005).

De las Encuestas de Adicciones, los resultados de la Nacional de 1991 (Medina-Mora et al.), reportaron la relación entre violencia y drogas. En la muestra nacional de ese año, el 32.2% de estudiantes dijo haber cometido actos antisociales, cuya variedad y número fue mayor entre estudiantes usuarios de drogas que entre los que no las consumían. “Los tipos de actos más frecuentes y con diferencias significativas entre ambos grupos fueron los relacionados con el robo y la violencia. La venta de drogas no fue muy común en ningún grupo.” (Medina Mora et al, 2000)

Tabla 2. Relación entre uso de drogas y actos antisociales
México, 1991

ACTOS ANTISOCIALES	NO USUARIOS	USUARIOS
Tomar \$25 o menos	10.7%	22.6%
Tomar \$25 o más	4.4%	11.9%
Golpear a una persona	6.2%	24.0%
Participar en riñas	10.8%	35.0%
Golpear a un maestro	1.03%	5.0%
Vender marihuana	0.3%	2.7%
Vender otras drogas	0.3%	2.5%

Fuente: SEP-IMP. *Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, 1991*. México, 1993

Entre las variables relacionadas con la comisión de actos antisociales se encontraron: ser hombre y consumir alcohol y drogas. Entre estas últimas son los inhalables y la cocaína las drogas que ingieren los jóvenes que cometen este tipo de

actos. Los usuarios de cocaína cometen actos como: “vender drogas, dañar y golpear a alguien, forzar cerraduras, prender fuego a propósito, y obtener un objeto ajeno usando un cuchillo o pistola”. Aquellos estudiantes que usan drogas “para experimentar”, participan en riñas, prenden fuego a cosas ajenas, golpean al maestro, y usan cuchillo o pistola para robar. (Medina-Mora y cols., 1998)

La investigación co-financiada CIJ-SEP (1998), coordinada por Castro, Rojas y de la Serna (1988), se propuso como uno de sus objetivos conocer la relación del consumo de drogas con las conductas delictivas en una muestra representativa de estudiantes de los COBACH en el ciclo escolar 85-86. Para realizar esta medición se incluyó en el cuestionario una sección que indagó la frecuencia con la que el estudiante incurrió, en el último año, en alguno o algunos de entre nueve distintos tipos de actos antisociales o delictivos: “tomar un auto”, “golpear o dañar algo”, “vender marihuana”, “tomar \$10,000”, “tomar más de 10,000”, “golpear o herir a alguien”, “forzar una cerradura”, “vender drogas”, “tomar parte en riñas”; actos que los estudiantes cometen bajo los efectos de drogas como marihuana, inhalables y cocaína. Los resultados arrojados indican que es mayor el porcentaje de usuarios excesivos que cometen actos delictivos que el de no usuarios y en usuarios leves y moderados, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 3. Conductas Delictivas

	Tomar un auto	Golpear o dañar algo	Vender marihuana	Tomar \$10,000	Tomar más de 10,000	Golpear o herir a alguien	Forzar una cerradura	Vender drogas	Tomar parte en riñas	Total
No usuarios	1.8	2.4	-----	-----	-----	1.2	-----	-----	1.2	164
Leves	0.19	10.1	-----	1.7	0.7	7.9	1.2	0.2	14.3	405
Moderados	5.4	10.8	0.6	5.4	1.3	6.8	1.3	0.6	17.6	147
Excesivos	11.12	8.06	8.0	3.2	3.2	9.6	1.6	-----	30.6	62

778

Fuente: CIJ-SEP, 1988.

“Se encontró que los usuarios de marihuana, anfetaminas, cocaína e inhalables habían obtenido correlaciones significativas en la escala de delincuencia, mientras que el uso de heroína, de tranquilizantes y de sedantes NO se asoció significativamente con la escala de delincuencia.” (Castro, Pérez y de la Serna, 1988).

“El hecho delictivo más frecuente es la “participación en riñas”, seguido de “golpear o dañar algo ajeno, “golpear o herir a alguien” y “tomar un auto sin el permiso del dueño”, con un rango de porcentaje del 13.9% al 5.5%. [...] Los porcentajes de hechos delictivos en el grupo de los jóvenes que no usan droga, son muy pequeños. [...] “Tomando en

cuenta las dos variables, únicamente el 20.5% de la población del COBACH reporta no haber consumido nunca drogas, ni haber realizado actos delictivos en el último año.

Los actos delictivos, desde este punto de vista, resultan los problemas más fuertemente asociados con el consumo de drogas, con serias implicaciones personales, sociales y legales para el consumidor.” (Castro, Rojas y de la Serna, 1988).

Ramos-Lira, Saldívar, Medina-Mora, Rojas y Villatoro. (1998), llevaron a cabo un estudio que se basó en los datos de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, 1991, en la que participaron 61,779 alumnos, de los cuales el 51.8% fueron hombres y el 47.1% mujeres. La investigación tuvo como población de estudio a estudiantes de nivel medio y medio superior a nivel nacional; los autores definen la violencia sexual como “...actos que van desde el manoseo hasta las relaciones sexuales, desde incidentes aislados hasta el abuso crónico, y abarca las relaciones sexuales entre adolescentes, así como los ataques violentos de los adultos hacia los niños.” Advierten que hasta ese entonces (1998) no había en México estudios que indicaran la prevalencia e incidencia del problema. Los existentes lo abordaban de manera muy general. El problema, sin embargo, tanto por sus dimensiones, como por sus consecuencias, debe ser atendido urgentemente. Y dan algunos datos para fundamentar esta exigencia: “Entre 1979 y 1990, un menor de cinco años fue asesinado cada dos días. La violación fue el principal medio de homicidio en las niñas, y el uso de arma de fuego e instrumentos punzocortantes en los niños.” En 1994, por ejemplo, de las denuncias realizadas en agencias especializadas en delitos sexuales, se reportaron 47% por violación, 27% por abuso sexual; 6.3% por tentativa de violación y 2.5% por estupro. “En 7 de cada 10 casos el agresor era conocido por la víctima; de éstos, casi 35% era un familiar. Uno de cada tres agresores familiares era el padre o el padrastro.” El 90% de las víctimas fueron mujeres, 14% de tenía entre 0 y 6 años de edad; 14% entre 7 y 12, de 13 a 17 el 27% y de 18 a 24 el 23% (Ramos-Lira et al., 1998)

Los hallazgos de este estudio muestran que “la prevalencia de adolescentes víctimas de abuso sexual fue de 4.3% y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos. La prevalencia de agresores fue de 2.5%; los adolescentes varones habían coaccionado sexualmente a otra persona en proporción significativamente mayor que las mujeres. Éstas sufrieron el abuso a edades menores en un porcentaje significativamente más alto que los hombres. Asimismo, notificaron una proporción más elevada de abusos por parte de familiares, mientras que los hombres mencionaron principalmente a los amigos como los agresores más frecuentes. Tanto las víctimas como

los agresores de ambos sexos, reportaron un consumo de drogas significativamente mayor que los estudiantes sin estos antecedentes. “[...] 32.2% de los agresores-víctimas (aquéllos que habían sufrido y realizado alguna agresión sexual) habían consumido drogas alguna vez en su vida, en comparación con el 8.2% de quienes no habían sufrido ni ejecutado abuso sexual alguno.”

De acuerdo a Serfaty, Casanueva, Zavala, Andrade, Bofia-Boggero, Leal, et al. (2001), autores argentinos, los problemas de salud que afectan más frecuentemente en la actualidad a los adolescentes y jóvenes en Latinoamérica pertenecen al área psicosocial; entre ellos, un aspecto que se observa con creciente preocupación es el aumento de la violencia (asaltos, robos a mano armada, atentados contra la propiedad, peleas, homicidios y suicidios), especialmente en los grandes centros urbanos, constituyendo un problema que requiere urgente atención.

Así, los autores mencionan que en Argentina, del total de muertes producidas en adolescentes varones, cerca de la mitad corresponde a causas vinculadas con hechos de violencia (accidentes, suicidio, homicidio y agresiones), siendo mucho menor entre las mujeres. Estos autores llevaron a cabo un estudio para determinar en 522 adolescentes y jóvenes de 10 a 21 años de edad de ambos sexos (58,8% varones y el 41,2% mujeres), asistidos en las dependencias del Consejo Nacional del Menor y la Familia, la frecuencia de adolescentes con conductas violentas y su asociación con antecedentes: personales, familiares y del entorno. Se encontró que del total de los examinados, 111 (21,3%) habían tenido conductas violentas en el último año. Dentro de este grupo se detectó un predominio en el sexo masculino 81,8% sobre el femenino 18,9%. Entre éstos, los desórdenes psíquicos diagnosticados frecuentemente fueron los trastornos de conducta, destacando los trastornos disociales (que cuestionan y se oponen a la autoridad), los disociales desafiantes y los disociales familiares (conductas transgresoras a nivel familiar).

Los consumos de sustancias tóxicas, entre los adolescentes violentos del presente estudio fueron muy superiores a los encontrados en anteriores estudios de la Ciudad de Buenos Aires, 72,9%, versus 44,8% para el tabaco; 20,7% versus 11% de marihuana, y 14,4% versus 5% de cocaína respectivamente. Los varones con conductas violentas consumían el doble o más, de sustancias tóxicas que la población general de esa edad, influyendo en las conductas violentas al disminuir la autocrítica y aumentar la

impulsividad. En las mujeres se detectó una asociación significativa entre aquellas con actos violentos y la depresión leve, la distimia, los trastornos de conducta disociales desafiantes, antecedentes de abuso sexual y con consumo de tabaco. El antecedente de abuso sexual, encontrado significativo en las mujeres violentas, se entendería como una formación de la personalidad en una situación de violencia (el abuso). Asimismo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los varones con conductas violentas y con conductas autodestructivas: intentos de suicidio y que tenían marcas en el cuerpo, no detectándose esta asociación entre las mujeres examinadas. Uno de cada cinco de los adolescentes examinados había tenido conductas violentas en el último mes. Los adolescentes del presente estudio tienen frecuentemente escasa contención familiar y esta situación hace que se encuentren más expuestos a las situaciones de violencia. El antecedente de violencia familiar entre los varones violentos, fue significativo. El diagnóstico psicopatológico femenino que predomina en las adolescentes violentas es el trastorno de conducta desafiante, caracterizado por la presencia marcada de desobediencia, conductas de provocación, y la ausencia de otros trastornos que violen la ley o los derechos de otros.

Esta delimitación configura una tendencia marcada a provocar a los otros y a deprimirse simultáneamente, sin llegar a constituir un delito. Es decir, provocan la agresividad en los demás, sufriendo luego las consecuencias: es una conducta agresiva que genera, si encuentra eco, una conducta más violenta aún.

Laird, Pettit, Dodge y Bates (2005), llevaron a cabo un estudio con 384 niños y niñas afroamericanos (AA) y europeo-americanos (EA). Se encontró que los niños AA eran menos aceptados por sus compañeros y reportaban las tasas de conductas delictivas más altas; las niñas EA eran las más aceptadas por sus compañeras y presentaban el nivel más bajo de conductas delictivas. Así, determinaron que existe un riesgo asociado a la baja preferencia social y al alto involucramiento antisocial con los compañeros para la subsiguiente delincuencia.

Isaia (2005), realizó un estudio, en el que se menciona que por primera vez se evaluaban múltiples formas de agresión (física, psicológica y relacional), permitiendo su comparación en la adolescencia. Fueron 337 los participantes, estudiantes de Secundaria y Preparatoria, de grados 9º. a 12º. El promedio de edad fue de 15.96 años y el 86.6% fueron caucásicos. 43% eran hombres y 57% mujeres. Se encontró que los patrones de apego eran determinantes para la agresión física y relacional ejercida por las niñas. La

ansiedad no se relacionaba a la agresión por parte de los hombres ni de las mujeres. La auto-confianza era un predictor de agresión por parte de las niñas, aunque no de los niños. Aquéllos que manifestaban una necesidad fuerte de control interpersonal y ser dominantes, eran más agresivos con sus compañeros. Este estudio muestra que la predicción de la agresión en alguna de sus formas está ligada al sexo, y que en ambos sexos la agresión puede manifestarse de manera similar por diferentes razones.

1.8 Habilidades Sociales

La mayor parte del tiempo las personas están en continua interacción con los demás; la dirección de nuestra vida está determinada en gran medida por la riqueza de nuestras habilidades sociales.

Cuando se habla de habilidades decimos que una persona es capaz de ejecutar una conducta; si hablamos de habilidades sociales decimos que la persona es capaz de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables, entendiendo favorable como contrario a la destrucción o aniquilación. Su relación conjunta con el término social nos revela una impronta de acciones de uno con los demás y de los demás para con uno.

De acuerdo a Sanz de Acedo, Sanz de Acedo e Iriarte (2000), la enseñanza de las habilidades sociales es una necesidad prioritaria en nuestra sociedad actual. Los individuos, para relacionarse eficazmente con sus semejantes, deben disponer de un alto nivel de competencia social. Las habilidades sociales correlacionan con un buen rendimiento escolar. Proponen que definitivamente, el sistema educativo además de preocuparse por el desarrollo de las capacidades cognitivas, debe dirigir sus inquietudes al desarrollo adecuado de las habilidades sociales.

Al respecto, Smokowsky, Mann, Reynolds y Fraser (2004), realizaron una investigación longitudinal para determinar factores de protección para los logros académicos, sociales y de salud mental en 1539 adolescentes. Se llevó a cabo un modelo ecológico que contenía información acerca de las características de su infancia, procesos familiares, participación en programas de intervención durante la niñez e indicadores de competencia y problemas que predijeran depresión, delincuencia juvenil y que completaran sus estudios en la adolescencia tardía. Los análisis mostraron que el riesgo familiar acumulado desde el nacimiento hasta los 12 años, predecía de manera significativa problemas con cortes juveniles y el que no completaran sus estudios. La

intervención temprana en preescolar presentaba el rango más amplio de protección en los tres logros esperados. En las niñas, el que participaran en intervenciones preescolares, mostraran una conducta de timidez o de ansiedad y tener promedios altos en Secundaria, predecía los niveles más bajos de problemas con la corte, mientras que la conducta impulsiva en Secundaria incrementaba la probabilidad de problemas legales. De aquí que establecen que la intervención preescolar, el que posean adecuadas habilidades sociales, el ajuste escolar y la conducta tímida o de ansiedad en Secundaria, eran factores de protección contra la depresión en esta etapa, mientras que el ser mujer y tener altas calificaciones en Primaria, estaban asociados a una alta depresión en la adolescencia.

Martínez Negreira y Sanz Martínez (2001) refieren que las Habilidades Sociales (H.S) han sido tratadas por numerosos autores en diferentes escuelas; uno de los máximos exponentes es Solter, quien en 1949 introdujo el término basado en la necesidad de aumentar la expresividad de los individuos. Desde esa fecha a la actualidad han surgido disímiles criterios que distan más o menos del primero, sin embargo mencionan que se mantiene la esencia, donde se encuentran exponentes como Wolpe (1958), Alberti & Emmens (1978), Linehan (1984), Phillips (1985), Curran (1985), Argyle & Kedon (1987) y finalmente Caballo (1987), quien emite un criterio con el cual la mayor parte de los investigadores trabajan en la actualidad el tema.

Para abordar el constructo habilidad social es muy importante tener en cuenta la definición de interacción social; la diferencia entre intercambio e interacción estriba en que el primero se refiere a un trueque entre objetos y personas mientras que el segundo se refiere a una acción mutua o de reciprocidad. Dicho de otro modo, la acción se desarrolla entre varias personas, lo cual da la posibilidad de una retroalimentación; así, la noción de habilidad social entra en el ámbito de lo recíproco y en el continuo de la acción del uno sobre el otro y de éste sobre aquél. La interacción fundamenta la respuesta del otro en una combinación de la acción iniciada; de manera que la habilidad social no termina sin la acción del otro; es decir, la habilidad social supone beneficios para ambos implicados (Cabrera, 2005).

Es importante señalar que las sociedades de hoy en día no se basan en principios simples para ser interpretadas, por lo que estos patrones que hoy facilitan la interpretación mañana pudieran no facilitarlo. Además, el hombre está inmerso en un

proceso de adaptarse-desadaptarse-readaptarse continuamente. Precisamente por ser capaz de adaptarse y readaptarse pudiéramos decir que posee la habilidad. Las habilidades sociales reciben hoy una importancia capital, debido a las exigencias sociales y la complejidad en que se desenvuelven los seres humanos. Asimismo, los contactos que realizan las personas no son del todo significativos. Resulta claro que la habilidad social está supeditada más al resultado que se obtiene, que al factor que la provoca.

Raga y Rodríguez (2001), realizaron un estudio para conocer la influencia que puede tener la práctica del deporte en adolescentes, en la adquisición de habilidades sociales. Seleccionaron una muestra de 1136 sujetos en Gijón, entre los que había deportistas y no deportistas. Reportan en los resultados que el deporte facilita la adquisición de ciertas habilidades sociales, sobretodo en niños, más que en niñas.

De acuerdo a estos autores, se puede decir que una conducta socialmente habilidosa o las habilidades sociales son una capacidad inherente al hombre, donde ejecuta una conducta social de intercambio con resultados favorables para ambos implicados, lo cual favorece el proceso de socialización.

1.8.1 Proceso de Socialización.

De acuerdo a Martínez (1984), el proceso de socialización se va dando a través de un complejo proceso de interacciones de variables personales, ambientales y culturales. La familia es el grupo social básico donde se producen los primeros intercambios de conductas sociales y afectivas, valores y creencias, que tienen una influencia muy decisiva en el comportamiento social. Los padres son los primeros modelos significativos de conducta social afectiva y los hermanos constituyen un sistema primario para aprender las relaciones con sus padres. Por otro lado, los padres transmiten ciertas normas y valores respecto a la conducta social, ya sea a través de información, refuerzo, castigo o sanciones, comportamiento y modelamiento de conductas interpersonales; por eso la familia es el primer eslabón para el aprendizaje de las habilidades sociales.

Así, el proceso de socialización se lleva en primer lugar por la familia, quien inicia el proceso para la formación de habilidades sociales, pero lo continúa la escuela, que enfatiza y obliga a desarrollar habilidades más complejas y específicas; simultáneamente a esto, actúa el propio desarrollo de las etapas de la vida de un individuo, lo cual le va

proporcionado ciertas exigencias, donde ocupa un lugar importante las relaciones que se establecen con el grupo de amigos y docentes.

La incorporación del niño al sistema escolar (segundo eslabón) le permite y obliga a desarrollar ciertas habilidades sociales más complejas y extendidas. El niño debe adaptarse a otras exigencias sociales: diferentes contextos, nuevas reglas y necesidades de un espectro más amplio de comportamiento social. Este es un período crítico respecto a la habilidad social, ya que en éste, las mayores exigencias pueden llevar al niño a presentar dificultades que antes no habían sido detectadas.

El tercer eslabón es la relación con el grupo específicamente en la relación con los pares, que siendo una parte significativa del contexto escolar, representa otro agente importante de socialización en el niño. La interacción con sus iguales afecta el desarrollo de su conducta social, proporcionándole al niño muchas posibilidades de aprender normas sociales y las claves para diferenciar entre comportamiento adecuado e inadecuado en el ámbito social. Por último, la amistad contribuye a la socialización del niño a través de su impacto en la formación de la imagen de sí. La pertenencia a un grupo de pares, fuera de las fronteras familiares, le ayuda a desarrollar su propia identidad e individualidad y a ensayar patrones nuevos de conducta en un círculo más cerrado (Martínez, 1984).

Al comienzo de la adolescencia el joven ya tiene una autoconciencia y se reconoce a sí mismo y a los demás como expuestos a la opinión pública, la cual enjuicia la pertenencia y la adecuación social. Esta autoconciencia de sí mismo parece ser un rasgo generalizado del entrenamiento de la socialización. Los niños deben ser enseñados a que los demás observen su apariencia y sus maneras de comportarse socialmente, debido a la carencia de la habilidad cognitiva que presentan.

El período de la adolescencia es la etapa en que el individuo debe encausar múltiples tareas que implican relaciones interpersonales diferentes a las de la infancia, debiendo desarrollar habilidades para resolver problemas de manera independiente. Los adolescentes deben de hacer amigos, amigas, compañeros y compañeras, aprender a conversar con sus coetáneos y semejantes, deben participar en diferentes grupos de actividades que no poseen un vínculo directo con la actividad docente, aprender

comportamientos heterosexuales y por sobre todas las cosas sentirse identificados e integrarse al grupo.

Según Cabrera (2005), muchos problemas psicológicos son originados por la gran dificultad a la hora de relacionarse con los demás, o lo que es lo mismo por deficiencias en la asertividad, como componente de las habilidades sociales. Debido a los intercambios sociales, se presentan acontecimientos que requieren de la utilización de la asertividad, la cual facilita la adaptación y aceptación a los cambios de la vida, ya que ésta permitirá resolver y evitar complicaciones.

Acerca del riesgo de problemas colindantes de relación y estrategias inefectivas de afrontamiento, Young, Chadwick, Oliver, Heptinstall, Taylor y Sonouga-Barke (2005), investigaron mediante un estudio longitudinal con niñas adolescentes de 14-16 años, quienes habían sido calificadas como hiperactivas o con problemas de conducta, o ambas, por sus padres y/o maestros a la edad de 6 y 7 años, encontrando que la hiperactividad en la infancia era un factor de riesgo para las relaciones inapropiadas durante la adolescencia, ya fuera con sus compañeros y con el sexo opuesto, no así con los padres. Estos hallazgos fueron independientes a la existencia de algún problema de conducta. Las que lo presentaban, reportaban aplicar estrategias específicas de afrontamiento que resultaban inefectivas. De aquí que la intervención en habilidades sociales y solución de problemas se consideraron pertinentes para prevenir problemas de relación en esta población.

1.8.2 Asertividad

Un indicador de las habilidades sociales, asociado al no consumo de drogas, a la no agresión y a otros mecanismos favorables para el desarrollo de los adolescentes, es la asertividad.

Según Martínez y Sanz (2001), la asertividad es un acto que no genera ansiedad, es espontánea, segura pero implica cierto riesgo social ya que puede no tomar en cuenta la opinión del otro; el mostrarse asertivo de manera adecuada facilita el reforzamiento social, y por tanto la asertividad es como un potencializador del desarrollo del individuo, favoreciendo una adecuada formación del autoconcepto y la valoración de sí mismo.

Cabrera (2005), establece que uno de los componentes de la comunicación clara y abierta es la asertividad. Actuar asertivamente significa tener la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de

una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa. Ser asertivo no es ser agradable al otro, es triunfar en el respeto mutuo.

La asertividad implica también control emocional, saber decir y escuchar, ser positivo y la expresión no verbal de los mensajes. La conducta asertiva requiere el manejo armonioso de estos elementos con el fin de lograr una comunicación satisfactoria permanente.

Existen diferentes definiciones de asertividad, como la de Beauchamp, (1985) que nos dice que “es el conjunto de principios y derechos que hacen un modelo de vida personal enfocado a lograr el éxito en la comunicación humana. Su esencia radica en la habilidad para transmitir y recibir mensajes haciéndolo de forma honesta, profundamente respetuosa, directa y oportuna”. Para Stephen (1995), la asertividad se inserta como el primer hábito social; facilita el ser proactivo, el ser responsable de nuestro propio destino y de nuestras respuestas ante cualesquier estímulos de éxito o fracaso que nos planteen el medio; la asertividad permite que enviemos aquellos mensajes que en realidad queremos mandar y que enfatizan nuestro respeto a otros.

Asimismo, Cabrera (2005) refiere a los siguientes estudios:

Bellack y Hersen (2002) dicen que la asertividad es la habilidad de un individuo para expresar sentimientos tanto positivos como negativos en una gran variedad de contextos interpersonales, disminuyendo posibles conflictos. Asimismo, Carl Rogers (1997) nos dice que, es la fuerza que permite considerar importantes a quienes se comunican con nosotros, y en mantener con las personas una comunicación correcta, exacta y respetuosa.

Otro autor que define la asertividad es Caballo (1991) y nos dice: La conducta asertiva es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

García (2003), quien define a la asertividad como: La habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atentar contra los demás. Negociando con ellos su cumplimiento.

Cabrera (2005) también menciona que la asertividad trata de "La habilidad de relación en un contacto positivo, entendido como el llegar a convivir fácil y cómodamente

con los otros; implica abrirse, expresarse, compartir y evitar problemas. Es crear espacio en nuestras vidas para encontrarse con los otros, es estar presentes, si no estamos presentes se deterioran poco a poco nuestras relaciones con los demás y nos ponemos en riesgo de perder contacto".

Así pues, se puede afirmar que la asertividad se considera necesaria para evitar los procesos de agresión y adicción entre los adolescentes, así como el establecimiento de habilidades sociales que favorezcan su ajuste y adaptación.

Hemos revisado hasta aquí la importancia de los procesos de interés del presente estudio, así como su posible relación, misma que se pretendió demostrar en la presente investigación. A continuación daremos paso a una revisión de diferentes estudios de tendencias en adolescentes.

CAPÍTULO 2. ESTUDIOS DE TENDENCIAS EN PROBLEMAS SOCIALES

2.1 ¿Qué es el estudio de tendencias?

Las estadísticas en Economía se han llevado a cabo por muchos años en países industrializados. A partir de la Segunda Guerra Mundial, se han efectuado incontables esfuerzos hacia la estandarización de medidas económicas que muestren la tendencia de diversos fenómenos (por ej. el desempleo). Sin embargo, se ha puesto muy poca atención a los datos transnacionales históricos con respecto a problemas sociales y psicosociales.

Asimismo, es una tradición en la investigación del campo de la Salud arrojar estadísticas, y aunque esto presenta sus limitaciones (por ejemplo, una tasa de mortalidad no representa la calidad de vida), el estudio de tendencias y patrones en desórdenes psicosociales son una forma de entender las causas de la Salud social y psicológica. En parte, como consecuencia de esto, el potencial de los estudios de tendencias en el tiempo es un método de investigación que raramente se ha explotado por los científicos conductuales y que permiten observar los cambios que puedan registrarse en una población a través del tiempo, con el fin de replantear la pertinencia de ciertas estrategias de prevención primaria e intervención.

Una ventaja del estudio de tendencias es que permite probar diferentes condiciones distribuidas en el tiempo, a fin de determinar la existencia de diferencias en la variabilidad de las condiciones espaciadas (Singleton, 1993).

Rutter y Smith (1995), en una compilación de diferentes investigaciones de tendencias con jóvenes, establecen que los desórdenes psicosociales que nos preocupan como investigadores de la Salud, son aquéllos que tienden a aumentar en frecuencia durante la adolescencia. El crimen, el suicidio y la conducta suicida, la depresión, los trastornos de alimentación y el abuso de drogas son sólo algunos de los desórdenes comunes que involucran un mal funcionamiento de los individuos en su ambiente social. En general, los estudios se han enfocado a los factores individuales (incluido el proceso de desarrollo individual) y las condiciones y estructuras sociales.

Los desórdenes psicosociales se han definido de un modo claramente restrictivo. En contraste, un amplio rango de cambios sociales y económicos pueden considerarse como posible explicación de la tendencia seguida por los desórdenes. Rutter & Smith mencionan que entre estos cambios tenemos:

- El cambio en el patrón de la adolescencia;
- El incremento en la esperanza de vida;

- La reducción a largo plazo en la proporción de gente joven en la población;
- El crecimiento económico en el estilo de vida común, sobretodo entre 1950 y 1973;
- El incremento en la salud, vivienda y otras condiciones de vida;
- Fluctuaciones en los niveles de desempleo;
- Incremento en la inestabilidad familiar;
- Cambios estructurales en el funcionamiento de la familia;
- Aumento en el campo laboral de las mujeres, sobretodo de aquéllas con hijos pequeños;
- Aumento de los medios de comunicación masiva
- Fluctuaciones en la migración internacional
- Cambios complejos de los conceptos morales y valores.

Rutter y Caprara (1995), mencionan que debemos tomar en cuenta que existen diferencias individuales que afectan la vulnerabilidad hacia el desarrollo de algún desorden. No obstante, para el estudio de tendencias, los cambios en las circunstancias sociales tales como el desempleo, la pubertad temprana, el divorcio de los padres y eventos estresantes de vida, aumentan la probabilidad de impactar a grupos que ya son vulnerables. Rutter y Rutter en 1990, señalan que en otros estudios (Rutter, 1979; Kolvin et al., 1990; Emery; 1982), se ha demostrado cómo los factores de riesgo psicosocial tienden a derivarse por determinados factores: la combinación de adversidades y tensiones que ocurren al mismo tiempo; la asociación entre una tensión común y una adversidad previa; la acumulación de tensiones y adversidades en el tiempo. Esto demuestra que hay dos razones por las que el cambio social debe considerarse: primero, la suma de un factor de riesgo extra puede desencadenar un efecto mayor del que causaría de manera aislada; y segundo, la proliferación en la población de riesgos adicionales derivados del cambio social, pueden influir al grado que múltiples adversidades se incrementen.

Así, los cambios en las circunstancias de vida que se han llevado a cabo en la sociedad en años recientes, han ocasionado un aumento en el nivel de los desórdenes psicosociales entre la gente joven. De aquí que en esta investigación, el estudio de tendencias permitirá darnos cuenta de la tendencia estimada de los desórdenes psicológicos de nuestros adolescentes.

El estudio de tendencias y patrones en desórdenes psicosociales es una forma de entender la salud social y psicológica. En el estudio de tendencias sobre el tiempo histórico, lo que se pretende es hacerse preguntas como resultado de las observaciones.

Esto contrasta a la investigación tradicional en adolescencia, la cual se ha concentrado en establecer las diferencias individuales y de desarrollo.

Existe la posibilidad de que los cambios en las circunstancias de vida que se han llevado a cabo en la sociedad en los últimos años, tengan un efecto en el incremento del nivel de los desórdenes psicológicos en los jóvenes; esto equivale a probar diferentes clases de hipótesis causales. De esta forma, refieren a Dooley y Catalana (1980), quienes suponen que la causa opera creando un aumento en el nivel de riesgo global, más que en determinar si un individuo es más afectado que otro por el problema psicosocial en cuestión. Por otro lado, los mecanismos involucrados en las diferencias inter-individuales son similares a aquéllos involucrados en los cambios de los niveles de la conducta problema sobre el tiempo. Estos mecanismos serán diferentes cuando el cambio de las variables sociales tienda a operar, sin que haya una variación individual a través de la población como un todo. Por ejemplo: la disponibilidad de alcohol es de menor importancia para determinar si una persona, más que otra, llega a ser alcohólica. Sin embargo, a nivel de comunidad, la disponibilidad de alcohol (influida por el precio y la licencia para venderla), hace una gran diferencia en los niveles globales de consumo, e indirectamente, en la tasa de alcoholismo (Royal Collage of Psychiatrists, 1979).

Rutter y Caprara (1995), en cuanto a la variabilidad, mencionan que si se encuentra que la tasa de cualquier desorden se ha incrementado con respecto al tiempo, queda implicado que los individuos que eran "normales" en una época anterior, ahora puedan mostrar un desorden. Esto puede deberse a que un nuevo factor de riesgo ha emergido, a que un factor de riesgo previo, ya existente, se ha hecho más frecuente o más poderoso, o debido al cambio de las circunstancias, que han hecho que los individuos sean más vulnerables aún en el mismo nivel de factores de riesgo. Para llevar a cabo cualquier intento por describir los múltiples mecanismos que pudieran concebirse como involucrados, es necesario preguntarnos cuáles son probablemente los más operativos; necesitamos considerar lo que se conoce como los procesos involucrados en un desarrollo anormal; el conocimiento sobre las diferencias individuales y el funcionamiento individual podría informar al estudio de tendencias en el tiempo y si posible, su asociación con el cambio social.

Por otro lado, estos autores señalan que la personalidad involucra un componente substancial genético, mostrando una fuerte estabilidad temporal y no influida por componentes ambientales. Esto se ha creído a tal grado, que los aspectos de la personalidad han sido irrelevantes para los efectos en tendencias seculares. No obstante,

aparentemente los rasgos conductuales constituyen sólo un aspecto de la personalidad (Pervin, 1990; Rutter, 1987), y las características individuales de varias clases influyen en el desarrollo, de modo que tienen una relevancia potencial para el estudio de tendencias en el tiempo de desórdenes psicosociales (Caprara, 1992; Caprara y Van Heck, 1992; Engfer et al. en prensa).

Asimismo, de acuerdo a Rutter y Caprara (1995), el hallazgo empírico, ya sea de la estabilidad normativa (durante el tiempo, la gente tiende a retener su lugar en un rango de la población, con respecto a un rasgo), o la estabilidad estacional (la tendencia a mostrar un patrón similar en el tiempo), no nos dice nada sobre la naturaleza del rasgo o los mecanismos involucrados en el mismo (Asendorpf, 1992; Caprara y Van Heck, primera cita; Rutter y Rutter, 1993; Sampson y Laub, 1992). En particular, el hallazgo no informa sobre el potencial del cambio en el nivel del rasgo, con o sin alteraciones de las condiciones sociales. Es muy posible que haya mayores cambios en el nivel, a pesar de las altas correlaciones en el tiempo. Por ejemplo, la conducta antisocial muestra una enorme estabilidad en el tiempo (Olweus, 1979; Farrington, 1989; Huesmann et al., 1984), pero a pesar de ello, hay una caída masiva en el nivel de actividades criminales en la adultez temprana.

Aún así, el encontrar la estabilidad normativa, no nos habla acerca de su origen. Algunas veces existe la suposición equivocada de que la continuidad es mejor, debe ser lo esperado, y que sólo la discontinuidad y el cambio deben explicarse. Nada más equivocado; el total proceso de la maduración biológica involucra cambio, y a medida que el proceso es afectado por nuevas experiencias, éstas también traerán cambios.

Los autores señalan que Asendorpf (1992), sugirió la posibilidad de que cuando menos tres mecanismos diferentes contribuyen a la estabilidad: primero, para conservar sus características de personalidad, los niños seleccionan y moldean sus ambientes de manera que se acentúen sus rasgos; segundo, la estabilidad de la personalidad se logra por la consistencia en la forma en que los niños son percibidos por personas importantes como referentes; hay mucha literatura que subraya lo rápido que se establecen las reputaciones, mostrando sus efectos al moldear las relaciones interpersonales, y estabilizando o favoreciendo ciertas características conductuales individuales (Brophy, 1983; Caprara y Zimbardo, 1994; Dodge y Crack, 1990; Dweck y Legget, 1988; Hymel et al., 1990; Engfer et al., en prensa); y tercero, hay una substancial tendencia en los ambientes psicosociales de los individuos por permanecer relativamente constantes en lo

general, a pesar de las diferencias detalladas de los rasgos individuales con respecto al tiempo.

Así, existe la probabilidad de que los niños que comienzan sus vidas en desventaja y adversidad tengan más experiencias negativas en la adultez. Casp y Elder (1988), citados por Rutter y Smith expresaron que los estilos personales de conducta son mantenidos a través de una “continuidad acumulativa” (La progresiva acumulación de consecuencias de su propia conducta), y una “continuidad interactiva” (evocar el mantenimiento de la conducta de otros durante una interacción social recíproca).

2.2 Tendencias en Familia.

Entre algunas de las tendencias referentes a determinados factores, podemos observar, que en México, de acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2000), en las tendencias en la separación o divorcio existe una propensión creciente a la ruptura de las uniones. En los 90's, aparece un incremento considerable en la tasa de divorcios en la población en general. Aquéllos que eran niños en esa época, son ahora adolescentes que forman parte de familias unipaternales, o de hogares con segundas parejas.

Algunos datos muestran que entre 1970 y 1997, el porcentaje de mujeres y hombres separados o divorciados se duplicó, para ubicarse en 3.6 y 8.2 por ciento en este último año. El mayor riesgo de separación se produce durante el primer año de convivencia, cuando ocurren 9.4% de las separaciones del poco más del 30 por ciento de las separaciones que suceden entre el primero y quinto año después de la unión, y después de este periodo desciende el riesgo de separación (CONAPO, 1999).

La edad temprana a la unión está estrechamente asociada al riesgo de ruptura y conforme aumenta la edad de la mujer disminuye este riesgo, con una marcada velocidad de descenso antes de los 22 años. En México, las adolescentes que contraen matrimonio o viven en unión libre conforman una población de alto riesgo para la ruptura de la relación, principalmente entre el primer y segundo años de unión.

Con respecto al tipo de unión, las consensuales son más inestables que otros tipos de unión formal: 29.3 por ciento de las primeras se disuelven en el primer año de convivencia frente a 11.9 por ciento en los matrimonios sólo civiles y 9.7 por ciento en aquellos de tipo civil y religioso.

Entre los factores que se encuentran asociados al incremento en la ruptura de uniones, se menciona el notable aumento en los niveles educativos de las mujeres y su mayor participación económica, lo que aumentó el costo de oportunidad de los

matrimonios o la maternidad precoz y la dedicación exclusiva a las tareas domésticas. Desde una perspectiva cultural, se menciona un cambio en el sistema de valores que otorga prioridad a los proyectos personales y al individualismo, por lo que el casarse o tener hijos empieza a dejar de ser un aspecto central en la vida de las mujeres.

En algunos países, la disolución del matrimonio por separación o divorcio se ha constituido en la variable demográfica con mayores posibilidades de modificar la estructura familiar (Goldani, 1993).

2.2.1 Diferenciales socioeconómicos de la nupcialidad

De acuerdo al CONAPO en 1999, en México la nupcialidad está estrechamente asociada a la permanencia escolar entre los 15 a 19 y 20 a 24 años de edad, así como al nivel de escolaridad. Entre 1992 y 1996, las mujeres con primaria incompleta se unieron, en promedio, a los 19.6 años; las que terminaron la Secundaria lo hicieron a los 21.3 años, y aquellas con preparatoria o más a los 22.9 años. En este mismo periodo, sólo 3.4 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años que asistían a la escuela se unieron, en tanto que el valor correspondiente para las que no asistían fue de 32.4 %.

La mayor participación de las mujeres en la actividad económica es otro de los factores que ha tenido profundas consecuencias en los patrones de nupcialidad. En promedio, las mujeres económicamente activas han postergado su primera unión en cerca de 3.6 años entre 1972-1976 y 1992-1996, mientras que las mujeres inactivas sólo la postergaron 1.9 años.

Así, si observamos que a menor escolaridad, hay más uniones de pareja entre jóvenes, y a que a menor edad hay más riesgo de separación, la deficiente eficiencia terminal y la baja permanencia escolar, colocan a los adolescentes en una situación de formación de familias con bajo pronóstico de duración. Esto hace que los adolescentes sean una población que merezca nuestra atención con el fin de elevar su escolaridad, postergando el que asuman compromisos que les demanden el ejercicio prematuro de roles adultos.

2.3 Explicación de las tendencias en el terreno de la criminalidad.

En todos los países industrializados, excepto Japón, ha habido un gran incremento en el nivel de crimen registrado desde la Segunda guerra Mundial. Crímenes como asesinato y fraude financiero son cometidos por adultos. Robo, asalto y daño en propiedad son cometidos mayormente por adolescentes, siendo la edad pico para el fraude los 19 años.

Existen dos campos de investigación sobre crimen y desorden conductual: Psicología y Sociología. Últimamente, algunos autores han tratado de aplicar la Economía en estos campos (Smith, 1995).

Los psicólogos se han preocupado por entender por qué algunos individuos están predispuestos hacia la conducta criminal o de desorden, mientras que otros no lo están. En menor grado, también se han interesado en los cambios de la conducta del mismo individuo durante su vida, describiendo patrones de conducta criminal y cómo esta predisposición se distribuye entre grupos sociales y culturales, comparando las características personales y psicológicas de los ofensores y no ofensores mediante el estudio del proceso del desarrollo individual que conlleva a la conducta normal o criminal.

En contraste, el centro de interés de los sociólogos radica en los grupos sociales, en estructuras sociales mayores y en las instituciones. Tratan de demostrar cómo el crimen puede ser causado por las dinámicas sociales del grupo de adolescentes debido a la inequidad de clases, edad o grupos étnicos, a la estigmatización de los efectos del sistema de justicia criminal o al fracaso de los procesos de control social formal e informal.

La principal contribución de la Economía aplicada a las ciencias sociales, es que enfoca el crimen como resultado de una selección racional, aunque en una versión más realista, estas decisiones son hechas con base en una información parcial, culposa y quizá mal orientada.

Estos tres enfoques sobre el crimen no han sido integrados exitosamente; las tendencias en el tiempo no han sido una preocupación para los investigadores de los tres campos (Psicología, Sociología y Economía); así, diferentes niveles de explicación son necesarios, integrando una teoría que abarque las diferentes aproximaciones. De aquí que el análisis de las tendencias deba especificar las posibles causas y mecanismos involucrados en la psicología individual, las interacciones personales, las estructuras sociales y sus significados y la selección racional. Debe tratar de establecer mecanismos causales específicos.

Según Smith (1995), la evidencia de las tendencias en los siglos XIX y XX muestra una curva en U, con altas tasas de crimen y desórdenes a principios del siglo XIX, especialmente en las grandes ciudades, decayendo en la segunda mitad de este siglo y a principios del siglo XX, seguida por un importante aumento después de la Segunda Guerra Mundial. Las tendencias históricas no pueden explicarse fácilmente por los grandes cambios sociales o la industrialización y urbanización de las sociedades. Por ello, es mejor concentrarse en los cambios recientes.

La INTERPOL (Policía Internacional, con sede en Inglaterra), ha reportado tasas de estadísticas de crimen registrado en muchos países que muestran su tendencia desde 1950. Por ejemplo, llama la atención que Japón es de los países que menos crímenes presentan sobre el tiempo. Siendo un país tan moderno, económicamente avanzado, con más densidad poblacional y también bajo un sistema de Democracia, como Estados Unidos, el desempleo es mucho más bajo, la distribución de la riqueza es más equitativa, existen menos manchas de pobreza y presentan menores problemas familiares, lo cual redunde en una menor tasa de criminalidad. Encontramos también que no hay “ghettos” –áreas ocupadas por minorías sujetas a la discriminación-, ya que sólo 0.5% de la población no es étnicamente japonesa. Las sentencias para los criminales son menos duras en Japón que en los Estados Unidos. No obstante, las probabilidades de atrapar y castigar a un delincuente son mucho más altas en Japón. Sin embargo, aunque la adquisición de armas en Japón es mucho más controlada, las caricaturas para adultos son mucho más violentas que en Estados Unidos. Cabe resaltar, no obstante, que la tasa de suicidio entre sus jóvenes es considerada como alta.

Científicamente es imposible determinar si estas diferencias sociales son responsables de las diferentes tasas de crimen; puede suponerse que el crimen, como algo impulsivo, es inhibido en Japón por mecanismos particulares en fuerza y extensión. En primer lugar, los japoneses están sujetos a un gran número de reglas que delimitan lo que es propio, demostrando un excelente orden. En segundo lugar, los japoneses están inmersos en grupos tejidos tan cerrados que inhiben la conducta mediante controles sociales informales. En tercer lugar, sienten un gran orgullo al ejecutar de manera apropiada los roles que se esperan de ellos.

2.3.1 Influencia de los compañeros y las drogas en el crimen

Smith (1995), menciona que Suyherland y Creeesey (1978), encontraron que la gente llega a ser criminal debido a la compañía que les influencia por varios años; también menciona que Sampson y Laub (1993) después de establecer comparaciones distintas, encontraron que la unión con hermanos delincuentes en adolescentes, no influía tanto como la unión con pares delincuentes. Asimismo, Smith (1995), menciona que se han encontrado fuertes evidencias de una relación entre el desempleo y la inestabilidad en el empleo y la delincuencia. En un estudio de econometría sobre la tendencia del crimen en Inglaterra y Gales Dickinson (1993), referido por Smith, ha argumentado que desde 1971 ha habido una relación entre las fluctuaciones a corto plazo en las tasas de crimen y las tasas de

desempleo, específicamente entre las tasas de desempleo de jóvenes varones menores a 25 años, y el número de convictos entre 1977 y 1990.

Con respecto a la edad, Smith en 1995, reporta que Field (1990), mostró en otro estudio econométrico que hay una relación entre el crecimiento del crimen y el incremento de jóvenes en la población, consistente con la hipótesis de una relación directa.

Por otro lado, las tendencias a largo plazo muestran una relación entre el crecimiento económico y el crimen; esto puede deberse a que el incremento de la producción signifique que hay más cosas que robar; la proliferación de consumibles a partir de la Segunda Guerra Mundial, pudo haber aumentado las oportunidades para robar. En sus estudios econométricos en Inglaterra y Gales, Field encontró una relación inversa entre el aumento de crimen sobre la propiedad y el crecimiento del consumo en tendencias de tiempo cortas, pero no había relación en tendencias largas. Encontró también una relación positiva entre el aumento de violencia personal y sexual con el consumo de drogas.

Smith (1995), confirma que hay una fuerte asociación entre el consumo de alcohol y el crimen violento; otros autores mencionan una asociación entre el consumo de drogas ilegales y un amplio rango de conducta criminal y delincuente (Hore, 1990; Evans, 1990; Gordon, 1990; Fagan, 1990; Chaiken y Chaiken, 1990). Los criminales que consumen múltiples drogas persistente y frecuentemente, delinquen a tasas más altas y por más tiempo, que aquéllos que no consumen tantas drogas ni tantas veces; éstos delinquen durante el periodo de abstinencia.

Chaiken y Chaiken, referidos por Smith, sostienen que la relación entre las drogas, la delincuencia y la edad establece diferencias. Cerca de la mitad de los adolescentes son delincuentes antes de usar drogas, mientras que la otra mitad lo hacen de manera concurrente o posterior. Esto haría pensar que la prevención de la delincuencia sería más efectiva que la prevención al consumo de drogas entre adolescentes. Al parecer, el consumo de otras drogas diferentes a la heroína y quizá la cocaína, no parecen relacionarse a delitos graves. Asimismo, los adolescentes que usan drogas y cometen robos u otros delitos, pueden continuar consumiendo drogas en su vida adulta, pero al dejar la adolescencia, dejan de delinquir. Reportan también que la mitad de los delincuentes convictos nunca consumieron drogas ilegales. Sampson y Laub, referidos por Smith (1995), encontraron que los delincuentes reportan haber consumido grandes cantidades de alcohol antes de los 20 años, a diferencia de los no criminales.

En México, Juárez, Villatoro, Gutiérrez, Fleiz y Medina-Mora (2005), reportan que la conducta antisocial se ha incrementado en los últimos años, en especial la delincuencia.

Así por ejemplo, el número de menores puestos a disposición del Consejo de Menores, aumentó de 2623 en 1999 a 3506 en el 2003; presentándose también infracciones más graves. En este trabajo se analiza la evolución del comportamiento antisocial dentro del contexto de las encuestas con población estudiantil en la Ciudad de México, llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y la Secretaría de Educación Pública en los años 1997, 2000 y 2003. En estos estudios se analizan el consumo de drogas y otras conductas problemáticas en adolescentes, en las que se ha observado que tienen relación entre sí y comparten factores que aumentan su probabilidad de ocurrencia. Se analizaron tres muestras probabilísticas de estudiantes; una de 10 173 en 1997; otra de 10 578 en 2000; y la tercera de 10 659 en 2003. Estos estudiantes representaron a las 16 delegaciones de la Ciudad de México. Reportan que hubo un aumento en el número de estudiantes que incurrió en cualquiera de las conductas antisociales, entre 1997 y 2000; de dichas conductas las que más aumentaron fueron las relacionadas con el factor violencia y robos. Entre 2000 y 2003, hubo más estudiantes que cometieron cualquier comportamiento antisocial, nuevamente las conductas del factor violencia y robos fueron las que más jóvenes llevaron a cabo. En el factor actos antisociales más graves, se observó un aumento menor aunque significativo, así como un mayor incremento en las mediciones de 2000 y 2003. Los autores concluyen que tales conductas no se asocian únicamente con factores de desventaja y marginación; las nuevas formas de relacionarse de los adolescentes han favorecido el incurrir en conductas de riesgo a diferentes niveles, que incluyen la sexualidad en situaciones de riesgo, el consumo de sustancias, el robo y la violencia, aspectos que afectan a los adolescentes de todos los estratos socioeconómicos

2.3.2 La familia y el crimen

La estructura y el funcionamiento familiar inadecuados son la principal causa de la delincuencia, mientras que el ingreso y la vivienda tienen una influencia indirecta en la familia; en teoría, según manifiestan Sampson y Laub, referidos por Smith (1995), los procesos familiares bajo un control social informal son un aspecto importante: en mayor detalle supervisan, unen y disciplinan. Estos autores argumentan que los logros exitosos de estos procesos familiares se basan en la integración familiar. Se ha demostrado que la falta de supervisión, la amenaza, el daño o la errática disciplina, así como el rechazo de los padres llevan al adolescente hacia la delincuencia, demostrando así que existen fuertes relaciones entre el funcionamiento familiar y la delincuencia.

Aparentemente, no existe una información confiable sobre la tendencia en el tiempo de la calidad de la paternidad; debe estudiarse si los cambios en la estructura familiar están asociados a una pobre ejecución de los padres.

Se ha visto con respecto al abuso de alcohol y drogas, según Smith (1995), que el exceso de alcohol está ligado al fracaso marital, al fracaso por mantener un trabajo y cómo a su vez, ambos influyen en el posible inicio de la criminalidad; existen también un gran número de datos que apoyan la influencia directa del alcohol en actos específicos de violencia y existen estudios que muestran cómo la tendencia al uso de drogas ha aumentado a partir de la Segunda Guerra Mundial en la mayoría de los países.

2.4 Tendencias en el abuso de drogas: Impacto de los cambios sociales en el abuso de drogas.

Silbereisen, Robins y Rutter (1995), afirman que durante la Segunda Guerra Mundial, el alcohol era escaso y el uso de drogas ilegales era prácticamente nulo; en general quienes las consumían eran músicos o artistas y gente asociada a la Medicina.

Al finalizar la Segunda Guerra, hubo un incremento dramático en la mayoría de los países occidentales. Las anfetaminas usadas por los soldados, se volvieron favoritas para las mujeres que deseaban perder peso. A finales de los 50's, la marihuana se volvió popular entre las ciudades mayoritariamente negras de Estados Unidos, progresando el uso de las anfetaminas y varias formas de narcóticos, principalmente obtenidos por las medicinas para la tos que no eran controladas. En las últimas décadas de los 60's, el uso de drogas ilícitas se extiende hacia las clases medias, continuando su proliferación hasta los 80's; a partir de esta década, en los países industrializados se ha visto un decremento de alcohol y otras drogas, aunque esto no es significativo e incluso parece aumentar en ciertas áreas.

En los países en desarrollo, en los que este abuso va en aumento, la disponibilidad de alcohol se ha incrementado notablemente. Si juntamos todos los países, el aumento desde los 60's ha sido del 150%.

Entre 1980 y 1990, el consumo de alcohol en Latinoamérica tuvo un incremento del 27%. Aún así, Europa sigue siendo el continente que más alcohol consume.

Para 1992, hubo 15 países de Europa cuyo consumo por año en la población general fue de al menos 8 litros de alcohol por cabeza. De acuerdo a la OMS (1992), el consumo permaneció estable o declinó desde los principios de los 80's en dos terceras partes de Europa; en la otra tercera parte aumentó particularmente en Europa Central y Oriental.

Para medir la tendencia en el consumo de alcohol, es suficiente reportar los datos de producción de alcohol, así como las estadísticas de importación y exportación; aunque no son muy precisas, permiten una reflexión de las tendencias de consumo a través del tiempo en cada país. Una desventaja es que no pueden identificarse las tendencias históricas del consumo entre jóvenes y mayores.

En teoría, estudios epidemiológicos repetidos con datos retrospectivos sobre la prevalencia de alcohol, proporcionan la mejor evaluación de tendencias en problemas de alcohol, aunque desgraciadamente, pocos países cuentan con estos datos. Afortunadamente, México es uno de ellos mediante las aplicaciones diferentes de la Encuesta Nacional de Adicciones.

En las tendencias sobre abuso de drogas, muchos de los datos relevantes se refieren a los niveles de uso, que tienen una asociación indirecta con los problemas del uso. Por un lado tenemos el uso experimental o recreacional de drogas, tan ocasional y en tan poca cantidad, que no causa problemas, no importa por cuánto tiempo las consuma. Si esto procede a un uso regular o duro, quizá no ocasione problemas, pero pone al consumidor en una situación de riesgo para desarrollarlos. Los problemas por el uso se definen como aquellos que causan dificultades ocasionales, pero sobre los cuales el consumidor todavía tiene control. Finalmente tenemos la dependencia, donde hay una dificultad para dejar de tomarlas y puede pasar un largo periodo de tiempo experimentando problemas físicos, emocionales o sociales después de la reducción o cese del uso. Así, las poblaciones con las mismas proporciones de abstemios y consumidores experimentales pueden tener diferentes trayectorias futuras hacia los problemas relacionados al uso, dependiendo de sus historias previas (Ver. Fig. 10.1).

En nuestro país se han llevado a cabo algunos estudios de tendencia en adolescentes escolarizados, principalmente en el campo de las Adicciones (Berenzon, S., Medina-Mora, M.E., Carreño, S., Juárez, F., Villatoro, J., Rojas, E., 1996; Castro, 1987; Castro, M. E., Rojas, E., García G., de la Serna, J. 1988) No obstante, aún no hemos conceptualizado el estudio de tendencias como una herramienta de investigación que nos permita sugerir los cambios y factores de riesgo a que se van enfrentando las diferentes generaciones de adolescentes. Todos los vivimos, pero no los hemos seguido. Esto hace que la brecha generacional permanezca a través del tiempo, y se mantenga a pesar de los avances en el conocimiento de los fenómenos psicológicos.

De acuerdo a Galván, Ortiz, Soriano y Casanova (2005), las tendencias sobre consumo de drogas en nuestro país han registrado importantes variaciones en los últimos

25 años. Entre lo más destacado de estas tendencias está el consumo elevado y estable de la marihuana; el incremento del uso de cocaína junto con una disminución en el consumo de inhalables y, recientemente, un incremento en el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico. Estos autores presentaron las principales tendencias del consumo de drogas en la ciudad de México, de acuerdo al Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID), establecido desde 1986 y coordinado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, utilizando la información recopilada por el SRID a partir de 1986 hasta la evaluación de junio de 2003. Esta base de datos consta de 16,377 casos estudiados; el análisis de las tendencias de consumo de drogas observadas por el SRID durante el periodo 1986-2003 muestra lo siguiente: El consumo de marihuana y de los inhalables registraron el nivel más alto de todas las drogas hasta aproximadamente el segundo semestre de 1997. En los años subsecuentes se observa una tendencia a la baja en el consumo de estas sustancias, particularmente de los inhalables. La tendencia del uso de cocaína ha presentado cambios significativos. El incremento más importante en sus niveles de uso se observó entre los años de 1993 a 1997, y al final de este periodo el uso de esta droga fue documentado por 40 usuarios de cada 100. Para el siguiente año, esta proporción ascendió a 63 lo que significó nuevamente un aumento de más de 50%. Desde este año a la fecha la tendencia se encuentra alrededor de dicho nivel con un comportamiento estable. El consumo de alucinógenos ha mantenido bajos índices durante los quince años de evaluación del SRID. Aproximadamente 5 de cada 100 casos documenta semestralmente su uso. Los sedantes y tranquilizantes presentaron el incremento más significativo en el primer semestre de 1993, y se registró su uso en 28 de cada 100 casos; desde entonces se ha observado una disminución del consumo. El consumo de estimulantes ha presentado una tendencia muy irregular a lo largo de las evaluaciones. En lo que respecta al consumo de heroína, se observa desde las primeras evaluaciones un porcentaje bajo de uso, sólo uno de cada 100 casos. Concluyen diciendo que lo más destacado en relación con las tendencias sobre consumo de sustancias adictivas es el incremento del uso de cocaína a principios de los años noventa. Es importante destacar, que el incremento en el consumo de esta droga probablemente esté asociado con la gran disponibilidad que existe actualmente en el país de dicha sustancia y sus derivados. Las tendencias de consumo de drogas documentadas por el SRID coinciden con las documentadas por las encuestas en población general y escolar donde se destaca que la marihuana, la cocaína y los inhalables son las drogas de mayor uso entre la población mexicana.

Hasta aquí, hemos revisado algunos de los procesos psicológicos por los que atraviesa la población adolescente.

Así, en el presente estudio se pretende dar cuenta de la tendencia seguida por los procesos psicológicos de interés: de Hábitos de Estudio, Fobias, Depresión, Información Sexual, Adicción, Agresión, Habilidades Sociales y percepción de Conflictos Familiares., en las generaciones de 1988, 1990, 1992 y 2004.

CAPÍTULO 3. MÉTODO

En este capítulo se presenta la metodología empleada en el presente estudio.

3.1 Objetivos

Los objetivos generales del presente estudio fueron:

1. Conocer la tendencia seguida por los ocho procesos psicológicos de interés, en cuatro generaciones de estudiantes de Secundaria en diferentes ciudades del país.
2. Conocer el estado de la generación del 2004, de dichos procesos psicológicos, además de los obtenidos mediante los instrumentos de Beck sobre depresión y ansiedad con estudiantes de Secundaria de diferentes ciudades del país.

Objetivos Específicos:

- 1.1 Determinar qué procesos psicológicos se presentan con mayor variabilidad generacional.
- 2.1 Determinar la prevalencia, de acuerdo a la región geográfica, de los procesos de ansiedad y depresión en la generación del 2004, partiendo de la aplicación de los cuestionarios aplicados de Beck, lo cual también permitirá en un futuro, la validación estadística de la lista de chequeo original (Silva, 1993).

3.2 Variables

A continuación se presentan las variables de estudio (véase Tabla 4), siendo los reactivos referidos, los correspondientes al instrumento aplicado a todas las generaciones (Anexo 1). Cabe mencionar que en la generación última (2004), existen reactivos aumentados en el área de Adicciones, con base en la Encuesta Nacional de Adicciones (Anexo 2).

Tabla 4. Variables seleccionadas y definiciones

Constructo	Hábitos de Estudio	Fobias	Depresión	Información Sexual	Adicción	Agresión	Habilidades Sociales	Conflictos Familiares
Definición Conceptual	Conductas que permiten un mejor desempeño académico	Miedos irracionales ante determinados estímulos	Conductas, pensamientos y/o sentimientos depresivos	Conocimientos adecuados sobre conducta sexual	Consumo de drogas que alteren la conducta.	Conductas físicas o verbales que pongan en riesgo la seguridad propia o de terceros	Conductas adecuadas que permitan mejores relaciones interpersonales	Percepción del individuo sobre su ambiente y relaciones familiares
Definición Operacional	Número de Conductas presentes adecuadas de estudio	Número de conductas presentes de miedo	Número de conductas depresivas presentes	Número de Respuestas correctas	Número de respuestas de consumo de drogas legales o ilegales	Número de conductas agresivas presentes	Conductas adecuadas de relación presentes	Conductas que perciben conflictos familiares
Indicadores	Reactivos 14 a 23	Reactivos 24 a 33.	Reactivos 34 a 43	Reactivos 44 a 53	Reactivos 54 a 63	Reactivos 64 a 73	Reactivos 74 a 83	Reactivos 84 a 93
Códigos	Frecuentemente Algunas Veces Nunca	Frecuentemente Algunas Veces Nunca	Frecuentemente Algunas Veces Nunca	Frecuentemente Algunas Veces Nunca	Frecuentemente Algunas Veces Nunca	Frecuentemente Algunas Veces Nunca	Frecuentemente Algunas Veces Nunca	Frecuentemente Algunas Veces Nunca

3.2.1 Variables demográficas:

Ciudad de aplicación

Secundaria:

Tipo de Secundaria:

Turno:

Sexo:

Grado:

Edad en años cumplidos

¿Con quién vives?

El estado civil de tus padres es:

¿Cuántos hermanos tienes?

¿Qué lugar ocupas por edad entre tus hermanos?

¿Quién sostiene los gastos de tu casa?

¿Qué religión profesas?

3.3 Participantes

Las unidades de análisis fueron los grupos de los tres grados de Secundaria en cada escuela, correspondientes al turno matutino o vespertino, según el caso. Con respecto al estudio antecedente, en 1988 el total de participantes fue de 1288; para 1990, la muestra fue de 1228 participantes y para 1992, fue de 1180, dando en total 3696 participantes. En el 2004, La muestra total fue de N= 1893 estudiantes, siendo 876 hombres (46.3%) y 988 mujeres (52.2%), con sólo valores perdidos de 1.5%, contemplados en los diferentes grupos de las escuelas y cuyas edades en todos los casos fueron de 12 a 16 años cumplidos. La muestra total de las cuatro generaciones fue de N=5589 alumnos. El nivel socioeconómico dependió del estrato público o privado de las escuelas, oscilando entre las clases socioeconómicas baja, media o alta. Se tomaron ambos sexos de manera indistinta, según se encontraron repartidos en la muestra.

3.4. Tipo de Estudio:

El presente estudio está basado en un análisis de tendencias (Keppel ,1991). Según Singleton (1993), las ventajas de utilizar el estudio de tendencias, es que por un lado se conocerá la tendencia en el tiempo que siguen los procesos psicológicos, así como sus interacciones y variabilidad; en caso de no obtenerse los resultados deseados (aumento o decremento en la tendencia de los procesos, de tal forma que conlleven al bienestar de la población), esta investigación pueda servir de base para la elaboración de programas de prevención y tratamiento más eficaces. Por otro lado, el tratamiento estadístico de los resultados permitirá concluir cuáles son algunos de los factores que están asociados a esta tendencia, así como el estado actual de los mismos.

Con respecto al uso de cuestionarios autoaplicados, que son del tipo de instrumentos que se usaron en este estudio, algunas de sus ventajas es que resultan ser más baratos para el acercamiento poblacional, no requieren de entrevistadores o supervisores, ya que sólo requieren de una o dos personas adicionales al investigador, y no requieren de lugares especiales de aplicación; aunque requieren de cierto tiempo, es menor al requerido por la entrevista individual; se puede contar con muestras amplias de población y la dispersión geográfica no es un problema. Por otro lado, se espera facilitar la disposición de los participantes.

Entre sus limitaciones, encontramos:

1. La selección de la población, la cual puede ser afectada por la decisión de diversas autoridades para la aplicación del cuestionario.

2. La veracidad y precisión de las respuestas, ya que la información solicitada puede provocar desconfianza de los participantes hacia la confidencialidad.
3. La selección de las áreas encuestadas, ya que pueden excluirse otras no menos importantes para la explicación de la tendencia generacional de los procesos psicológicos.
4. La falta de un acercamiento personalizado por parte de los investigadores, que pudieran identificar y controlar otras variables extrañas presentes.
5. Puede haber preguntas que dejen sin contestar.

Por otro lado, la tendencia lineal es la manera matemática más simple de describir un conjunto de datos en una línea recta; se conoce como la “mejor forma”, ya que minimiza las discrepancias entre la línea y los datos actuales. Significa que la curva se eleva o cae a la misma tasa que el grado de la variable independiente. Es simplemente una extensión de las pruebas y comparaciones con respecto a los grados de libertad. Se comienza con un conjunto de coeficientes, que en este caso reflejan una tendencia lineal, se determina el grado en que estos coeficientes describen la relación entre las medias de nuestro estudio, y se prueba la significancia de esta relación.

Lo primero es escoger los espacios entre tiempos; un espacio igual entre intervalos puede mostrarnos pocos cambios. Espacios no iguales no desperdician ninguno de los intervalos, dado que pueden mostrar un cambio precipitado.

El siguiente paso debiera ser establecer el número de intervalos. Se debe incluir un número suficiente de intervalos: 5 a 7, por ejemplo. Cuando un experimento incluye pocos intervalos, podremos detectar tendencias bajas. Con 3 intervalos, por ejemplo, no podremos detectar una función establecida entre condiciones. Es importante el número de intervalos para poder convencerse y convencer a los demás de que hay una tendencia no enmascarada por el número de intervalos. En el presente estudio existen 4 intervalos; no obstante el espacio entre ellos no es igual para todos, existiendo un espaciado de hasta 12 años entre el tercero y el cuarto. Esto implica que el número de puntos considerados en esta investigación cae dentro del rango de los mínimos aceptables para conocer la tendencia con respecto al tiempo, que siguen los procesos. Cabe resaltar que la última aplicación, realizada después de doce años, puede ser un indicador del efecto sustentado en la tendencia con el paso del tiempo.

3.4.1 Tipo de Muestreo:

La muestra que conformaron las escuelas seleccionadas en todas las generaciones, fue una muestra no-probabilística, ya que el estudio se llevó a cabo basado en las escuelas

que permitieron la aplicación del cuestionario en 1988; esta selección no probabilística se mantuvo para las generaciones subsecuentes. Sin embargo, en todos los casos se sortearon los grupos de cada grado a los cuales se les aplicó el instrumento.

La muestra total de las 4 generaciones fue de 5632, 2788 hombres y 2844 mujeres, todos estudiantes cuyas edades fluctuaban entre los 11 y 16 años de edad. Las regiones fueron seleccionadas aleatoriamente: Distrito Federal, Estado de México, Sonora (Hermosillo), Tamaulipas (Matamoros), Aguascalientes (Aguascalientes) y Morelos (Cuernavaca). Las escuelas seleccionadas, fueron una muestra no probabilística, ya que se llevó a cabo en 26 escuelas que permitieron la aplicación del cuestionario. La muestra de los grupos de Secundaria a quienes se aplicaron los instrumentos fue probabilística por conglomerados, ya que se sortearon los grupos de cada grado a los cuales se les aplicó el instrumento.

Los criterios de inclusión fueron: la edad en años cumplidos (11 a 15), que el alumno estuviera oficialmente inscrito en el ciclo escolar correspondiente de 1º, 2º ó 3er grado de Secundaria y que deseara participar en la aplicación del instrumento.

Los criterios de exclusión del estudio fueron: aquellos estudiantes que no se encontraban inscritos, que no cumplieran con el criterio de edad, que se encontraran bajo los efectos de cualquier medicamento o droga, o que manifestaran no desear colaborar con la investigación. No hubo alumnos excluidos.

3.5 Instrumentos:

La recolección de datos se llevó a cabo por aplicadores capacitados, mediante una lista de chequeo auto-administrada (ver Anexo 1), utilizada en las generaciones de 1988, 1990 y 1992. (Silva, 1993), cuyo alpha fue moderado (0.6588); para el presente estudio, en la generación del 2004 (Ver anexo 2), se incluyeron preguntas de la Encuesta Nacional de Adicciones (reactivos 64 a 69), con el fin de incluir constructos validados y ampliamente conocidos, a diferencia de la lista de chequeo original, elevando el alpha a 0.7277 para el estudio piloto; cabe destacar que en todas las generaciones se administró un cuadernillo y hoja de respuestas a cada estudiante, aunque lo contestaron de manera grupal, de acuerdo al grupo al que pertenecían. No hubo límite de tiempo para responder y las instrucciones aparecieron impresas al principio de cada cuadernillo.

La lista de chequeo mencionada, contiene los ocho procesos ya definidos. Cada proceso de estudio contiene 10 reactivos o indicadores. Para la generación del 2004, en el proceso de Información Sexual se utilizaron jueces para la calificación de las

respuestas abiertas: dos Médicos las calificaron, dando una confiabilidad de 97%. No hubo límite de tiempo para responderlo. De acuerdo a Silva, Ramírez, Vega, Delgado y Rodríguez (1993), la manera en que respondieron los individuos a los diferentes reactivos del cuestionario, se tomó como un índice global de respuesta, el cual se utilizó para diferenciar a los sujetos en distintos grupos sobre la base de determinado trastorno. De esta manera se evitó la necesidad de comparar la ejecución de los individuos respecto al grupo normativo del que provenían. Se consideró a los 80 reactivos base del cuestionario original (10 reactivos por las 8 áreas que conforman los procesos psicológicos antes mencionados), como una muestra del continuo conductual de los adolescentes, que se volverá a presentar cuando se den las mismas condiciones ambientales. La taxonomía utilizada para crear las áreas evaluadas se construyó intuitiva y apriorísticamente, debido al hecho de que no existen en México estudios epidemiológicos de algunos de los trastornos psicológicos de interés. Además, en la práctica psicológica, no existen indicadores claros y confiables que puedan ser clasificados como pertenecientes a un determinado desorden. (Silva, 1993). El error se estableció en .5 y la precisión en .95. El alpha general (índice de correlación entre los reactivos de cada escala), fue moderado (0.7277) para las tres primeras generaciones. Se llevó a cabo un estudio piloto con 167 alumnos de dos secundarias públicas: una en el Estado de México y otra en el Distrito Federal, con el fin de probar la claridad y pertinencia de los reactivos aumentados de la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), no habiendo necesidad de hacer cambios en los mismos. Asimismo, el alpha en esta nueva versión aumentó a 0.7277. Con el fin de obtener información adicional que permita en un futuro validar estadísticamente la lista de chequeo original, en la generación del 2004 se aplicaron también el Inventario de Depresión de Beck para la Ciudad de México (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998), cuya confiabilidad por consistencia interna obtenida fue de: alfa de Cronbach de 0.87, $p < .0001$ y validez concurrente con la Escala de Zung de $r = 0.70$, $p < .0001$ y la Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001), con una alta consistencia interna (alpha de 0.84 en estudiantes) y validez convergente positiva y moderada, $p < 0.05$.

3.6 Procedimiento (1988, 1990, 1992):

Se solicitó un listado de las Secundarias registradas en las Delegaciones locales de cada ciudad del país, seleccionando las ciudades de manera aleatoria, con base en la

zonificación regional respectiva (Norte, Centro y Sur). De estas ciudades se seleccionaron las escuelas, bajo el criterio de aquéllas en que se permitió la aplicación del cuestionario (muestra no probabilística). Los grupos a que se aplicó el cuestionario (uno de cada grado de Secundaria), fueron seleccionados por el método aleatorio simple (muestra probabilística), explicando a los alumnos que la participación era voluntaria y anónima, incluyendo instrucciones impresas en el cuestionario. Los participantes debían estar inscritos en el ciclo escolar correspondiente y no estar bajo el efecto de ningún fármaco o droga legal o ilegal.

3.6.1 Procedimiento (2004):

Se aplicaron los tres cuestionarios en las mismas escuelas de las generaciones anteriores; no hubo casos en que no se permitiera la aplicación, o no se encontrara la escuela requerida. Asimismo, se sortearon los grupos, seleccionando uno de cada grado.

Se diseñaron hojas de respuesta con el fin de facilitar la contestación a los cuestionarios. Se leyeron las instrucciones, impresas en los cuestionarios, en voz alta a los alumnos, resolviendo dudas. Se les explicó a los estudiantes lo valioso de su participación, la cual era voluntaria, anónima y confidencial, así como la importancia de que contestaran el cuestionario completo, sin que anotaran su nombre ni grupo en ninguna hoja de respuesta ni de los cuestionarios. Se les solicitó a todos usar lápiz, proveyendo de los mismos a quienes carecían y se les instó a depositar su cuestionario una vez llenado en una caja, escogiendo ellos el lugar de colocación del mismo, explicándoles que esto era con el fin de garantizar el anonimato. Ningún alumno se negó a contestarlo.

Antes de la distribución de los cuestionarios, se les entregó un listado de Centros de ayuda psicológica locales, así como la manera de contactar a los investigadores, en caso de requerirlo. No se estableció contacto posterior con los investigadores, aunque en Matamoros se regresó a impartir Talleres de Sexualidad, a solicitud de las Secundarias. De esta forma, al facilitar la participación voluntaria, garantizar el anonimato, explicarles la importancia del estudio, darles a conocer lugares en su localidad donde podían acudir a solicitar ayuda psicológica y la forma de contactar a los investigadores responsables, se cuidó de guardar los criterios éticos necesarios para la realización de esta investigación.

Para capacitar a los aplicadores se les impartieron dos sesiones donde se les presentó el proyecto y se les aplicaron los instrumentos con el fin de que los conocieran, llevando a cabo otra sesión para discutir las dudas que habían tenido al contestarlo. Se

tomaron tiempos de respuesta, tomando en cuenta los tiempos que ocupaban para formular dudas. Posteriormente se dedicó otra sesión para que los aplicadores fueran interrogados entre ellos y se discutía la forma de responder a los alumnos, retroalimentando la forma de aplicar los instrumentos y resolver dudas. Se utilizó otra sesión donde se les planteaba situaciones hipotéticas para que ellos respondieran la forma de solucionar problemas que pudieran enfrentar, por ejemplo: si eran más alumnos que el número de copias que llevaban; si no todos querían contestar, si no tenían todos lápices, si los profesores solicitaban estar presentes durante la aplicación, entre otros. En otra sesión más se les habló sobre las consideraciones éticas de la investigación (participación voluntaria, confidencialidad y entrega de resultados a las escuelas). Una sesión más fue empleada para que los aplicadores investigaran los lugares contactados en cada ciudad, donde los alumnos podrían acudir para orientación psicológica en caso de solicitarlo. En otra sesión debieron llevar las citas hechas con los directores de los planteles y los requisitos que pedían, realizándose dos sesiones más para elaborar cartas de presentación institucionales, contacto con las delegaciones locales de la SEP, y fotocopiado de material, así como otros materiales necesarios como lápices.

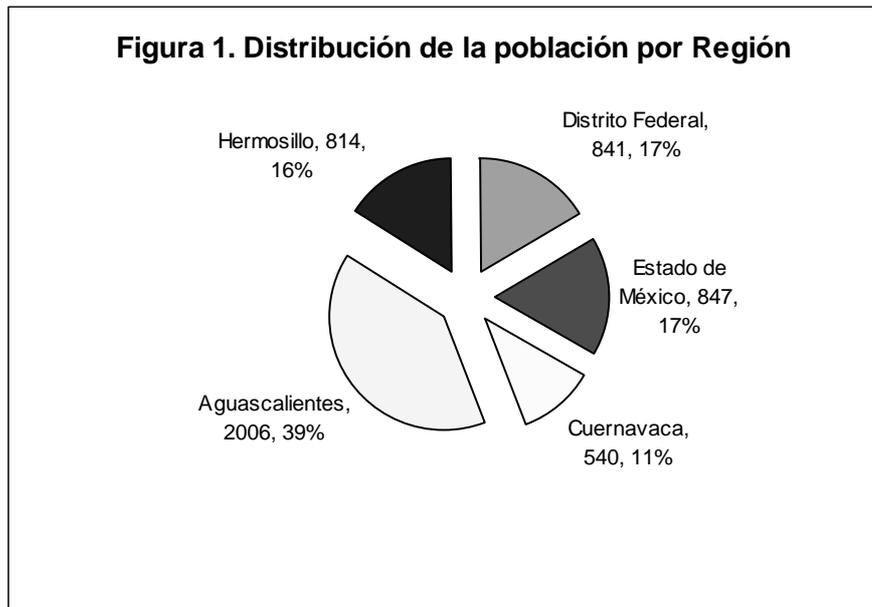
Se les entregaron copias de cuestionarios y otros materiales, así como el pago de transporte y viáticos con el fin de facilitarles la tarea.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados obtenidos mediante el SPSS (12.0); primero se presentan los resultados de las tendencias de las cuatro generaciones (1988, 1990, 1992 y 2004) y posteriormente lo concerniente a la Generación del 2004, tomando en cuenta que en esta generación se aplicó el cuestionario original con reactivos aumentados en el área de Adicción (anexo 2), el cuestionario de Depresión y el cuestionario de Ansiedad, ambos de Beck, en sus versiones validadas para población mexicana.

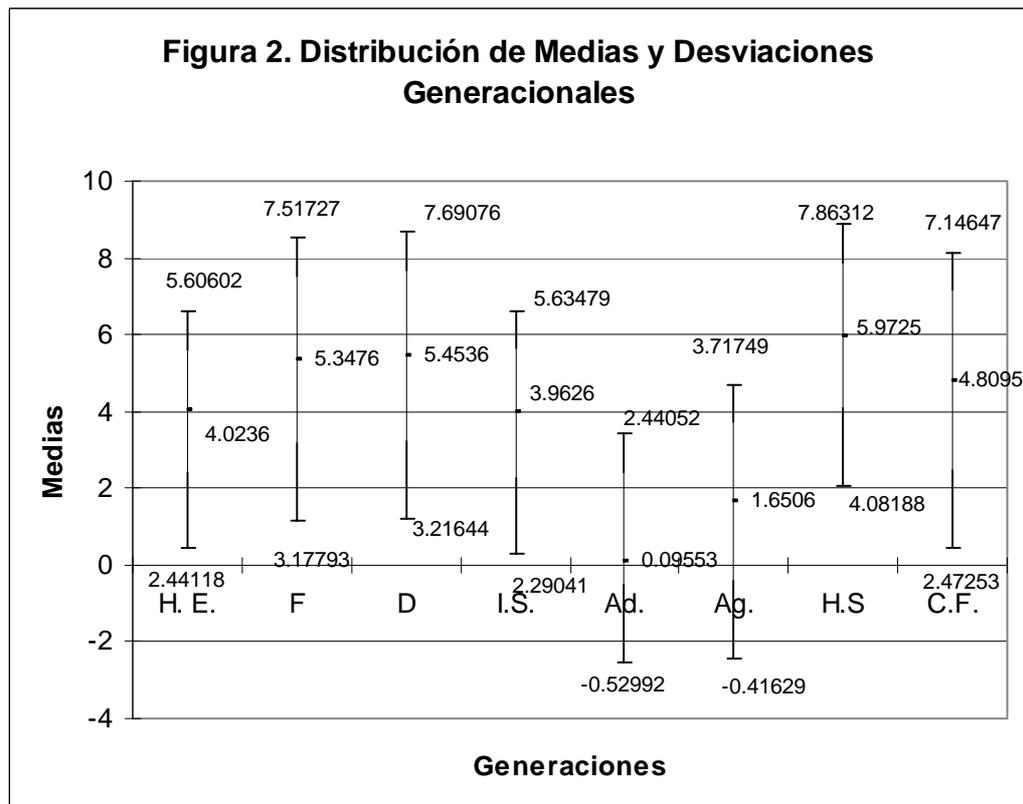
4.1 Resultados de las cuatro generaciones

La muestra de todas las generaciones fue de N= 5693, siendo 2737 hombres (48.5%) y 2841 (50.4%) mujeres, (con valores perdidos de .6%), cuyas edades fluctuaban entre 12 y 16 años.



Por región, (véase figura 1), en el Distrito Federal se encontró el 16.8% de la muestra total N= (841, de los cuales 416 eran hombres y 425 mujeres); en el Estado de México (Tlalnepantla), el 16.7% (N= 847, de los cuales 470 eran hombres y 377 mujeres); en Cuernavaca el 10.8% (N= 540, de los cuales 188 eran hombres y 352 mujeres); en Aguascalientes el 39.4% (N= 2006, de los cuales 1017 eran hombres y 989 mujeres) y en Hermosillo el 16.3% (N= 814, de los cuales 421 eran hombres y 393 mujeres).

Con base en la lista de chequeo de Silva (1993), en la figura 2 se muestran los rangos con \pm la desviación estándar de las cuatro generaciones; es decir, los intervalos entre los que se encontraba la población en cada proceso, donde Hábitos de Estudio es (HE), Fobias (F), Depresión (D), Información Sexual (I), Adicción (A), Agresión (Ag), Habilidades Sociales (HS) y Conflictos Familiares (CF).



En todas las generaciones, los resultados muestran que para Hábitos de Estudio, en la población se presentan en promedio 4.0236 indicadores con un rango de \pm la desviación estándar ($s = 1.58242$), que va de 2.44118 a 5.60602; este proceso se considera bajo (menos de 5 indicadores presentes en promedio); en Fobias, la media fue de 5.3476 ($s = 2.16967$), siendo el rango de entre 3.17793 y 7.51727, lo cual implica que existen fobias en la población a través del tiempo y nos lleva a pensar que la ansiedad se mantiene presente entre generaciones; para la Depresión, la media es de 5.4536 indicadores ($s = 2.23716$), siendo el rango de entre 3.21644 y 7.69076, similares a los valores de la ansiedad que pueden originar las fobias; esto puede significar que la

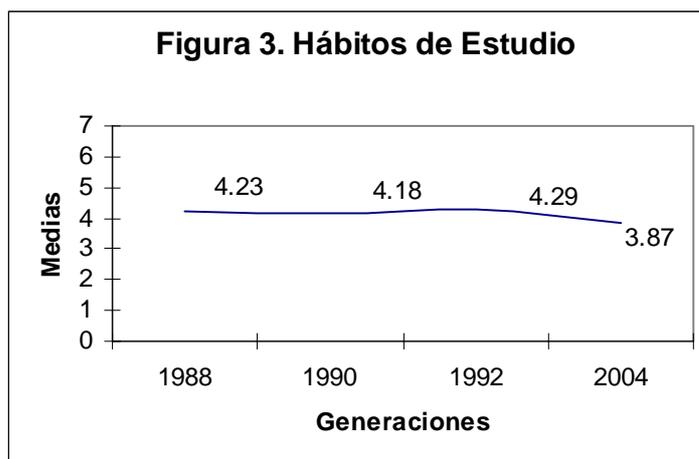
población presenta también indicadores importantes de Depresión a través de las generaciones (más de 5 indicadores presentes). Con respecto a Información Sexual, la media es de 3.9626 ($s= 1.67219$), el rango va de 2.29041 a 5.63479, lo cual muestra bajo el nivel información sexual que poseen. Para el proceso de Adicción, la media fue de 0.09553 ($s = 1.48522$), siendo el rango de entre -0.5247 y 2.44052. En este proceso, los niveles (más del 50%), son preocupantes y marcan el riesgo de consumir más drogas con el tiempo. Con respecto a la Agresión, la media es de 1.6506 ($s= 2.06689$), cuyo rango \pm la desviación estándar, se encuentra entre -0.41629 y 3.71749; nuevamente, aunque los niveles son inferiores al 50% de indicadores, de manera alarmante podemos observar cómo nuestros adolescentes van siendo más agresivos al paso de los años; por otro lado, la media para las Habilidades Sociales es de 5.9725 ($s = 1.89062$), con un rango \pm de la desviación estándar de 4.08188 a 7.86312 ; esto quiere decir que si bien las habilidades sociales han aumentado a través de los años, este incremento no ha sido suficiente para detener los niveles de agresión y adicción que manifiestan los adolescentes. Con respecto a la percepción de Conflictos Familiares, la media es de 4.8095 con una desviación estándar de $s= 2.33697$, y el rango se presenta entre 2.47253 y 7.14647.

4.2 Tendencia generacional de los procesos de interés

Si observamos las gráficas de tendencias, para las generaciones de 1988, 1990, 1992 y 2004 ($N = 5693$), en cada proceso encontramos cierto incremento o decremento de la tendencia a través del tiempo en las variables de interés.

Como se puede observar, la tendencia de Hábitos de Estudio, Fobias, Depresión, Habilidades Sociales, y Conflictos Familiares, ha decrementado al paso del tiempo. Para Información Sexual, Adicción y Agresión, la curva muestra un incremento al paso del tiempo.

Con respecto a las tendencias de cada proceso, y tomando en cuenta que cada uno posee 10 indicadores, más del 50% de presencia será tomado como índice alto. Así, podemos observar que en la figura 3, Hábitos de Estudio, la tendencia tiende a disminuir. Aparentemente, la curva presenta estabilidad en las tres primeras generaciones, mostrando un decremento en la última generación.

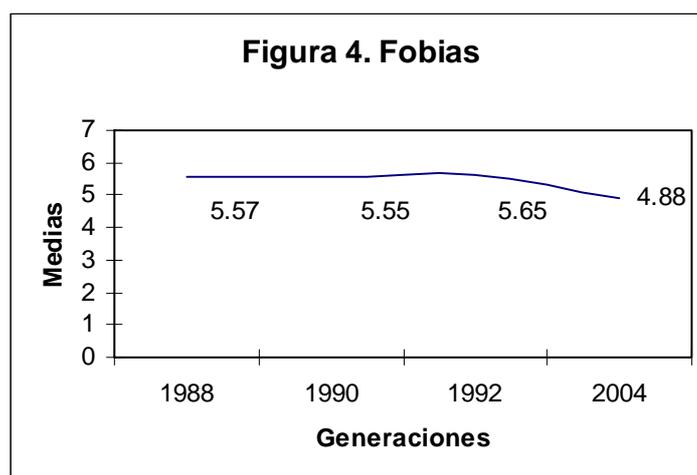


Al realizar un análisis más fino con respecto a los indicadores de cada proceso, en Hábitos de Estudio se encontró que el 53.8% de alumnos encuestados reporta hacer su tarea frecuentemente, pero el 42.4% reporta hacerla algunas veces, lo cual es relevante para la afirmación del conocimiento adquirido en clase. Asimismo, la mayoría, el 59.6%, reporta que estudia antes de un examen y el 18.8% sólo cuando le dicen; únicamente el 14.6% reporta hacerlo diario, lo cual debe repercutir necesariamente en la secuencia y complejidad progresiva del material. El 83.6% estudia en su casa, pero sólo el 6.8% acude a la biblioteca, lo cual debe tomarse en cuenta para la adquisición de habilidades de consulta e investigación necesarias en este nivel y niveles posteriores de estudio. Con respecto a las formas de estudio, el 7.9% reporta estudiar en lugares inadecuados (parque y camión), y el 35.7% adopta posturas inadecuadas (acostado); sólo el 62.7% reporta estudiar sentado. En cuanto a la asistencia, el 87.7% reporta asistir de manera constante a la escuela, aunque el 11.3% reportan hacerlo de manera irregular. Con respecto a las habilidades cognitivas para el aprendizaje, sólo el 25.1% reporta no tener dificultad para expresar sus pensamientos, mientras que el 9.7% reporta tenerlas frecuentemente. El 37.1% reporta no hacer otras actividades cuando estudia, mientras que el 58.5% reporta ver t.v., comer u oír música mientras estudia. En cuanto a las estrategias de aprendizaje, el 29.2% memoriza y el 34.3% lee varias veces, lo cual es necesario para memorizar. Sólo el 31.8% reporta estudiar razonando. Con respecto a las actividades durante la clase, el 77.6% toma apuntes y el 13.9% memoriza.

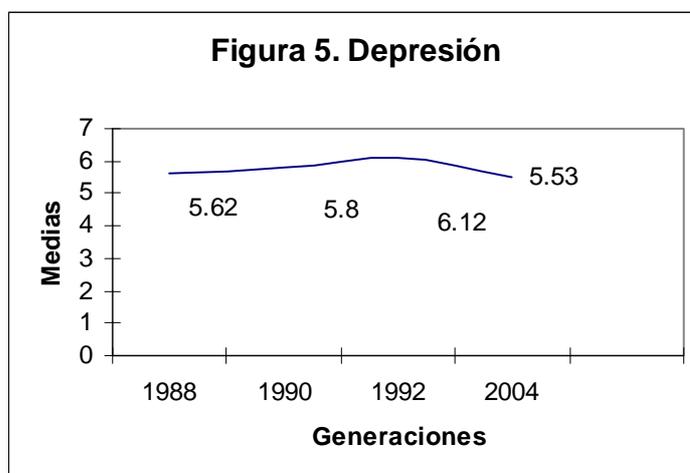
Sin embargo, el 30.9% reporta sus apuntes como material utilizado para estudiar; el 5.8% reporta usar libros sobre la materia, el 37.3% el uso de libros y apuntes y el 2.6% reporta no estudiar. Asimismo, los niveles de deserción y reprobación en el nivel básico Secundaria cambian de acuerdo a la zona geográfica a la que pertenecen. Así, por

ejemplo (véase Cap. I), el 2.7 % de los estudiantes varones y el 1.2% de las niñas de Sonora ya no quisieron o no les gustó estudiar. Esto podría significar que si a los estudiantes se les dificulta el estudio, no les gustará hacerlo (SEP; 2005). Esto podría significar que si a los estudiantes se les dificulta el estudio, no les gustará hacerlo. Así, al observar los datos generacionales en Hábitos de Estudio, se observa cómo se siguen presentando habilidades de estudio inadecuados a través del tiempo (véase figura 3), los cuales son necesarios para la superación académica; al no observarse una tendencia favorable, esto podría explicar los índices reportados de reprobación por la SEP (2002) que se mantienen sin cambio a través del tiempo.

Con respecto a las Fobias (véase figura 4), éstas también muestran un decremento en la tendencia seguida por las diferentes generaciones, habiendo mostrado una estabilidad en los años anteriores. El fenómeno de las Fobias en adolescentes en los últimos años ha disminuido.



Con respecto al proceso de Depresión (Figura 5), aunque la tendencia tiende a disminuir, las medias muestran un índice alto (más del 50%) de presencia en la población a través del tiempo.



Si analizamos los indicadores que en la lista de chequeo corresponden a este proceso, los resultados de las cuatro generaciones muestran que sólo el 31.2% reporta que Nunca siente que el futuro carece de interés. El 14.6 lo reporta como frecuentemente y el 51.1% como algunas veces. Esto significa que casi el 15% se encuentra en riesgo de mostrar este indicador de depresión de manera importante. Otro de los indicadores de presencia de depresión, referente a sentirse solos, señala como Nunca al 39.5% de la población y al 9.2% como Frecuentemente; esto se debe interpretar como que casi el 10% se encuentra en alto riesgo de desarrollar un mayor nivel de depresión. Sin embargo, otro de los indicadores, que podría tomarse como un factor de protección señala que el 27.5% busca a alguien Frecuentemente, el 52% algunas veces y el 18.8% lo reporta como Nunca. Es decir, casi el 60% de la población total se sienten solos, pero el 79.5% busca a alguien, lo cual puede detener a la población en riesgo. Con respecto a si la vida carece de interés, el 42.7% lo reporta como Nunca; el 11.1% como frecuentemente y el 43.8% como algunas veces. Esta falta de expectativas está presente en más de la mitad de la población.

Ante el indicador de si “piensas que nadie cuida de ti”, el 42.2% lo piensa; de éstos, lo piensa frecuentemente el 10.2%. Corresponde con los resultados antes mencionados de sentirse solos frecuentemente (9.2%). Es decir, el 10% está en riesgo de desarrollar niveles importantes de depresión.

Asimismo, el 67% se siente decepcionado, de los cuales también cerca del 10% lo reportan como frecuentemente.

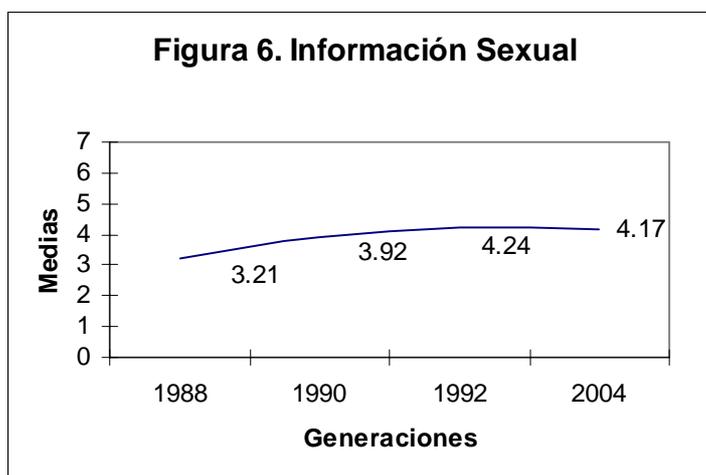
Con respecto a la presencia de dos de los indicadores más claros de depresión: accesos de llanto e insomnio, los reportan el 74.2% y el 51.3% respectivamente. Como

Frecuentemente, lo reportan de manera respectiva el 14.7% y el 8.9%. Nuevamente, poblaciones alrededor del 10% muestran claros indicadores de depresión.

Los deseos suicidas, como otro indicador de la lista de chequeo, se reportan en el 25.6% de la población, siendo frecuentes en el 5.5% de la población.

Se puede observar que aunque ha habido un decremento en la tendencia, las medias de Depresión se han mantenido estables a través del tiempo; la depresión como estado de ánimo presente en los adolescentes no se ha visto afectada por las diversas condiciones sociales; los adolescentes siguen siendo una población en riesgo.

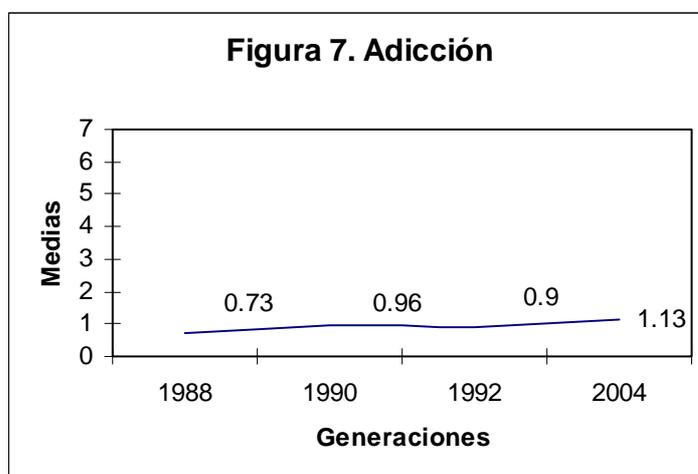
Para el proceso de Información Sexual (véase figura 6), la curva de la tendencia muestra una estabilidad al paso del tiempo; no obstante, las medias muestran que los conocimientos sexuales que poseen los adolescentes no se han incrementado de manera importante con el tiempo.



En el análisis por indicadores, la información sexual, obtenida mediante la lista de chequeo aplicada, muestran que el 47.9% respondieron de manera incorrecta y el 43.1% de manera correcta, el ítem correspondiente a ejemplos del aparato reproductor masculino. Con respecto al aparato reproductor femenino, el 38.3% respondieron de manera incorrecta y el 54.4% correcta. Aún cuando hay mayor conocimiento del segundo, los niveles globales de aserción son bajos. El 74% sabe lo que es la masturbación y casi el 40% reporta nunca leer libros serios sobre el sexo. Por otro lado, casi el 90% toma la función del sexo como fisiológica y natural. El 78.1% reporta que la eyaculación tiene como función el placer y la reproducción, y el 86.1% que la ovulación tiene como función la reproducción. El 43.2% hace preguntas sobre el sexo a sus padres, el 9% a sus maestros; el 25.2% a sus amigos y el 10.9% a otros. El 65.2% reportan que los padres les dan información sobre el sexo (sólo el 14.1% lo reportan como frecuentemente), y el

32.1% como Nunca. Con respecto a ejemplos de anticonceptivos, el 43.7% contestó de manera incorrecta y el 40.3% de manera correcta. Estos índices son preocupantes, en tanto que una gran parte de los adolescentes encuestados están en desconocimiento, a pesar de la información proporcionada en los materiales educativos con los cuales se trabaja esta área; es también importante resaltar que sólo el 9% acude a sus maestros para hacer preguntas, como se mencionó anteriormente.

Con respecto al proceso de Adicción, en la Figura 7, si bien las medias no muestran un consumo elevado, sí se observa un aumento en la tendencia sobre el tiempo a este consumo; en las generaciones anteriores se observa cierta estabilidad;



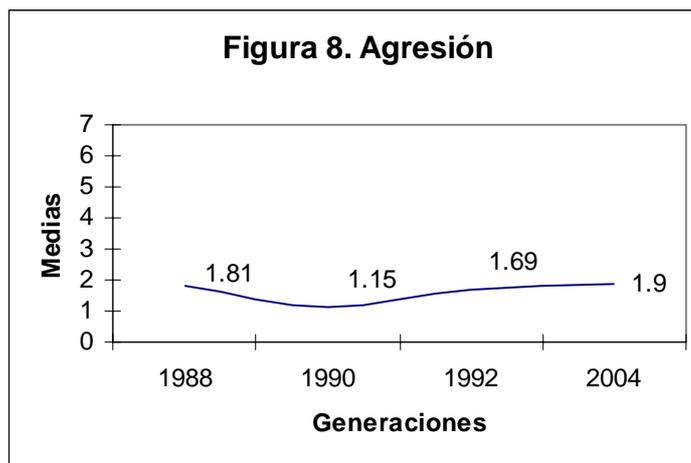
No obstante, puede observarse que al paso de los años, en que se han incrementado también las campañas de prevención, no ha habido los efectos esperados en la reversión de este proceso.

Con base en un análisis más fino de las respuestas, las tendencias de consumo se reportan como sigue en porcentajes: el 2.3 ha inhalado thinner frecuentemente y el 7.8 algunas veces; ha fumado marihuana frecuentemente el 1.1 y algunas veces el 4.2; ha ingerido tranquilizantes, sin prescripción médica de manera frecuente el 1.4 y algunas veces el 10.4; ha tomado refresco de cola con pastillas el 1.1 frecuentemente y el 7.9 algunas veces; reporta ingestión de excitantes o estimulantes el 1.5 frecuentemente y el 9.6 algunas veces; ingiere alcohol frecuentemente el 1.2 y algunas veces el 11.1; inhala tóxicos frecuentemente el 1.7 y algunas veces el 9.8%; reporta beber para sentirse bien el 2.2 de manera frecuente y el 6.0 algunas veces; inhala cemento frecuentemente el 1.2 y

algunas veces el 2.7; fuma cigarrillos (tabaco) el 2.3 frecuentemente y el 10.6 algunas veces.

Si bien es alto el porcentaje de alumnos que reportan nunca consumir drogas, en todas se reporta más del 1% de consumo frecuente. En uso experimental los porcentajes oscilan entre el 2.7 y el 11.1. Estos son los sujetos que se encuentran en riesgo de aumentar su consumo o de probar más drogas. Al paso del tiempo, las drogas de preferencia como consumo frecuente son thinner y tabaco; le siguen inhalables tóxicos, excitantes o estimulantes y tranquilizantes; después alcohol, inhalar cemento, y por último marihuana.

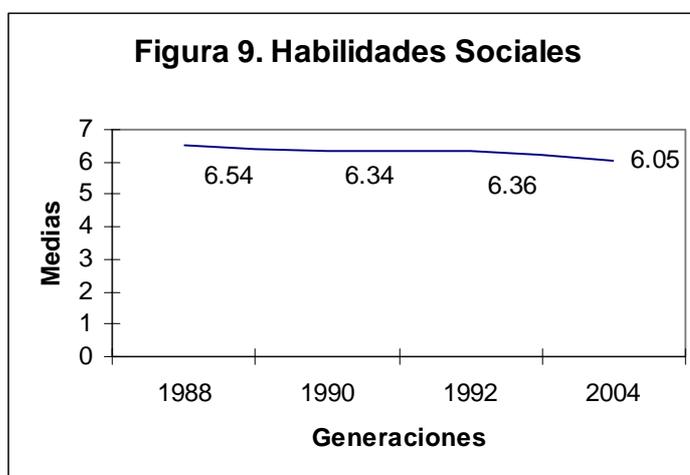
Con respecto a la Agresión, si bien las medias no señalan una presencia importante en la población, la tendencia presenta una variabilidad con respecto a la segunda y tercera generaciones, registrando una curva ascendente hasta el 2004. Los adolescentes de ahora se presentan como más agresivos que en años anteriores. (véase figura 8).



En un análisis más detallado de los indicadores reportados en este proceso, en la lista de chequeo aplicada, se muestra en porcentajes, que el 1.0 reporta problemas frecuentes con la policía y el 7.7 algunas veces; el 1.7% reporta formar grupos para agredir frecuentemente y el 13.5 algunas veces; el 3.0 reporta agredir por venganza frecuentemente y el 25.7 algunas veces; el 1.7 agrede frecuentemente a personas solas y el 18.6 algunas veces; el 3.2 toma cosas ajenas de manera frecuente y el 21.4 algunas veces; el 2.1 agrede en grupo a otros grupos frecuentemente y el 17.6 algunas veces; el 1.1 agrede con arma de manera frecuente y el 5.2 algunas veces; agreden en grupo a personas solas frecuentemente el 1.4 y algunas veces el 7.9; el 2.5 reportan “agredir solo

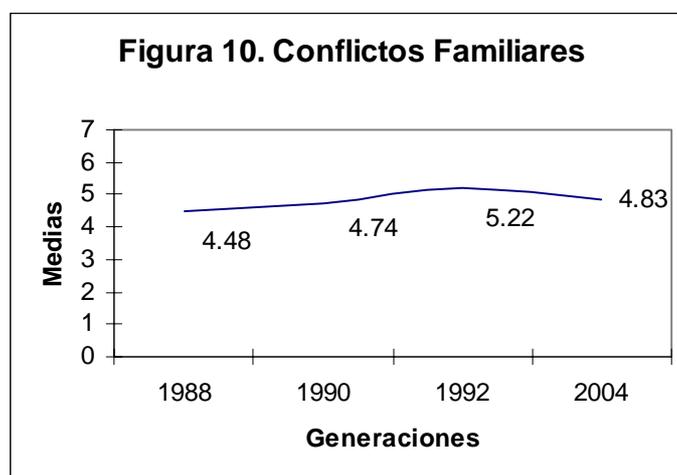
a otras personas” frecuentemente y el 21.3 algunas veces; manifiestan problemas legales por agredir el 1.7 frecuentemente y el 6.9 algunas veces. Es importante resaltar que así como la tendencia de la Agresión tiende a aumentar, la tendencia de las habilidades sociales (a continuación), tiende a disminuir.

Las Habilidades Sociales, en la Figura 9, se muestran medias altas, aunque en la última generación la tendencia ha disminuido; esto podría representar una correspondencia inversa con el aumento en la tendencia de la Agresión.



Los indicadores de habilidades sociales se presentan, en porcentajes, en el presente estudio, con base en la lista de chequeo aplicada, de la siguiente manera: nunca siente que está equivocado: el 38.6, frecuentemente el 3.5 y algunas veces el 55.3; expresa siempre su opinión: frecuentemente el 28.4, algunas veces el 62.7 y nunca sólo el 7.7; reporta que nunca tiene temor a presentarse en público: el 12.1, frecuentemente el 28.3 y algunas veces el 59.6; a la pregunta sobre qué hace con sus amigos, el 20.7 escucha, el 8.5 deja que lo bromeen y el 68.5 se integra; agradece cumplidos: frecuentemente el 28.6, algunas veces el 60.0 y nunca el 9.8; en cuanto a problemas para hacer nuevos amigos, sólo el 7.3 lo reporta como frecuentemente, el 59.7 algunas veces y el 33.1 como nunca; vuelve a hacer una petición, de manera frecuente el 10.1, algunas veces el 61.7 y nunca el 24.0; con respecto a hacer amigos en lugares nuevos, el 61.1 lo reporta frecuentemente, el 33.1 algunas veces y el 5.2 nunca; negar una petición lo reportan 26.8 frecuentemente, 34.2 algunas veces y 14.3 nunca; concerniente a manifestar que se les está ofendiendo, el 32.3 lo hace frecuentemente, el 35.7 algunas veces y el 8.4 nunca.

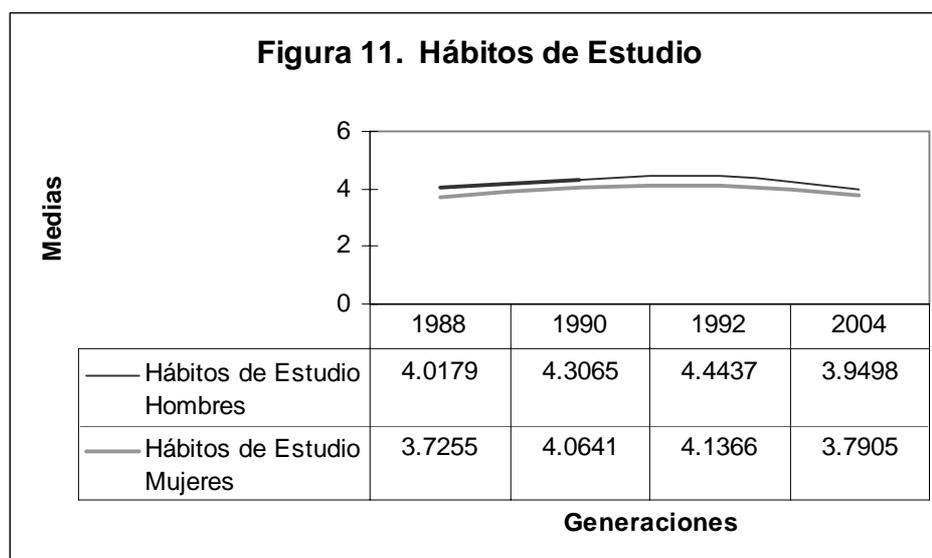
Los Conflictos Familiares, aún cuando no presentan una gran variabilidad, muestran un aumento en la tendencia de las tres primeras generaciones; no obstante la tendencia tiende a disminuir para la última generación (véase Figura 10).



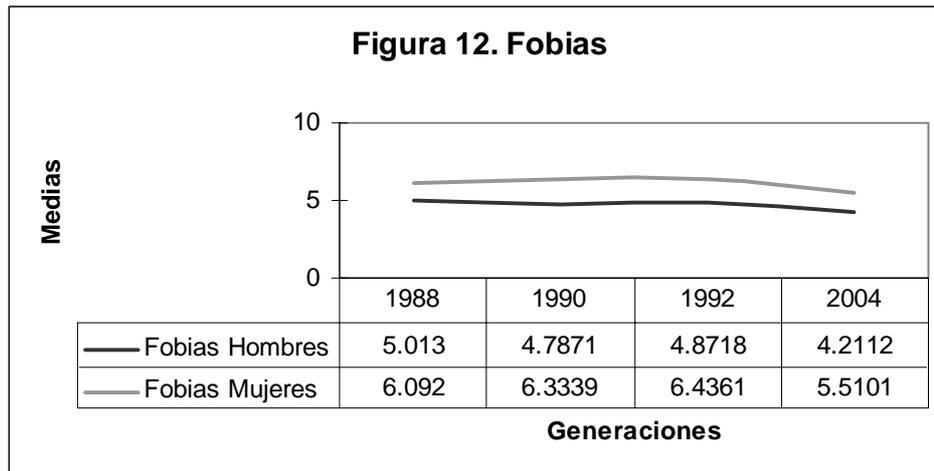
4.2.1 Tendencia de los procesos por género

Para el presente estudio se consideró relevante tratar de establecer las posibles diferencias en cada proceso con base en la variable Sexo. A continuación se presentan los hallazgos a este respecto.

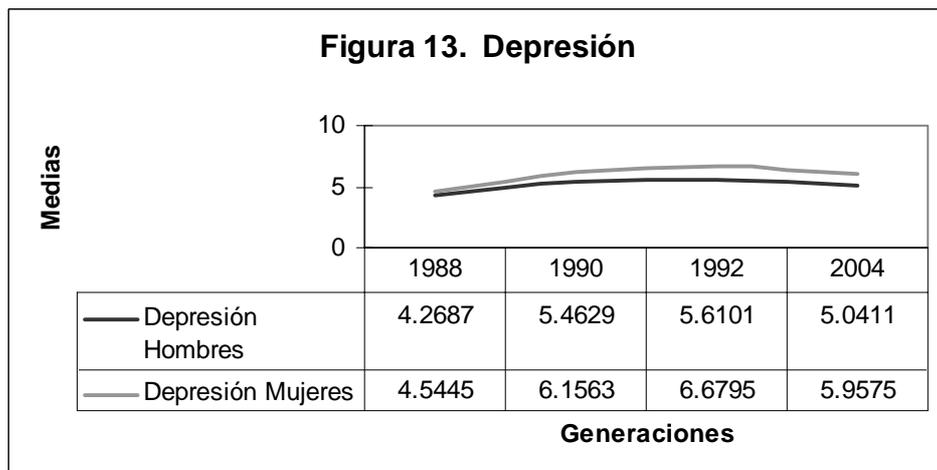
Como puede observarse en la Figura 11, en las mujeres se presentan menos indicadores inadecuados de hábitos de estudio que en los hombres en todas las generaciones; estos hábitos inadecuados han disminuido con el tiempo, lo que significa que con el paso del tiempo, ambos sexos han tenido mejores hábitos de estudio.



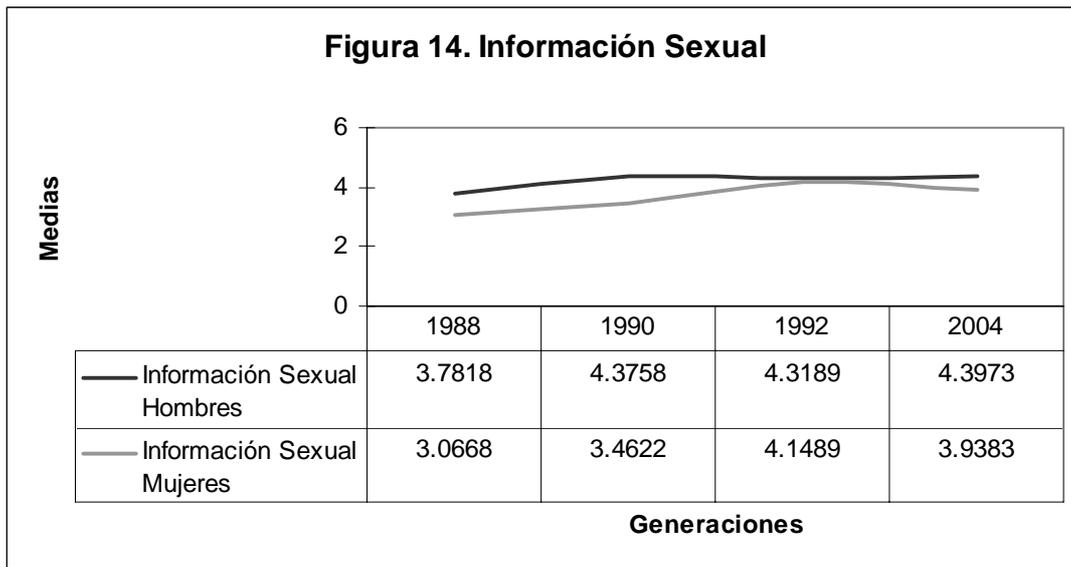
Con respecto a la presencia de Fobias, en la figura 12, podemos observar que hay mayor presencia de fobias entre las mujeres. No obstante, en ambos ha habido una disminución de indicadores en su tendencia sobre el tiempo.



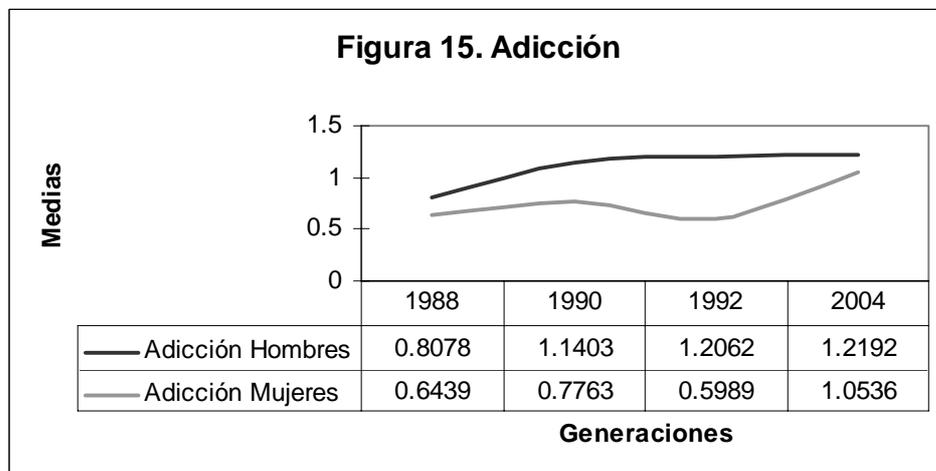
Si bien la Depresión ha aumentado con respecto a la primera generación (véase figura 13), en los hombres la tendencia muestra menor variabilidad; y aunque en las mujeres las medias son mayores, en ambos sexos tiende a disminuir, pero no como sería lo deseado. La tendencia en el tiempo muestra muy poco decremento entre la tercera y cuarta generaciones, a pesar de haber un lapso de 12 años entre ellas.



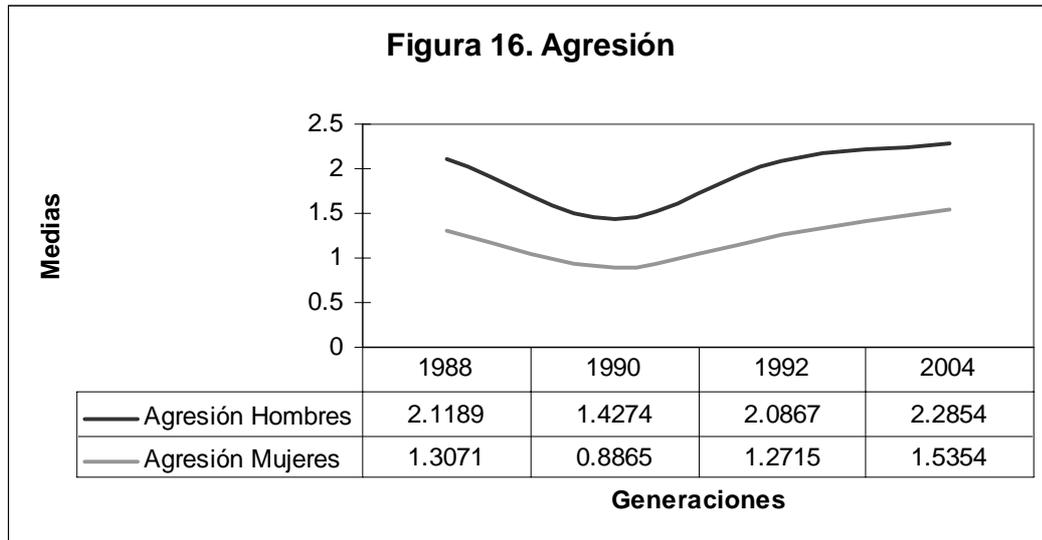
Con respecto a la Información Sexual (véase figura 14), ha habido un ligero decremento en la información inadecuada en ambos sexos, mostrando que en las mujeres el conocimiento sexual es mayor. No obstante, en ambos sexos la información sexual no ha mejorado sustancialmente con respecto al tiempo, como para detener o revertir los problemas de enfermedades y contagios sexuales a que pueden estar expuestos.



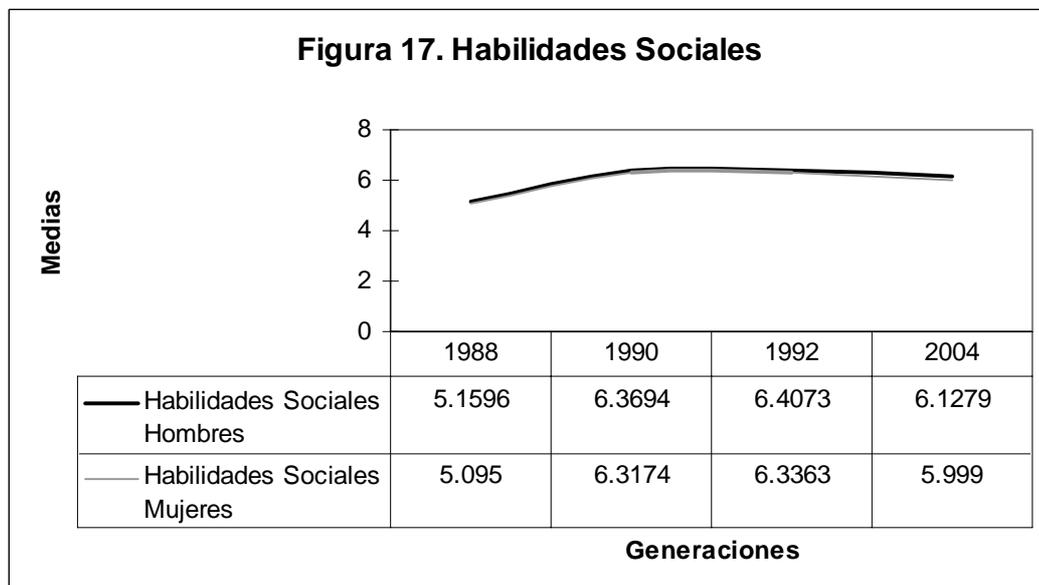
El proceso de Adicción en hombres y mujeres (véase figura 15), muestra una tendencia de variabilidad, sobretudo en las mujeres, aunque a partir de los 90's la tendencia aumenta considerablemente; entre las mujeres se observa que la tendencia de aumento es importante.



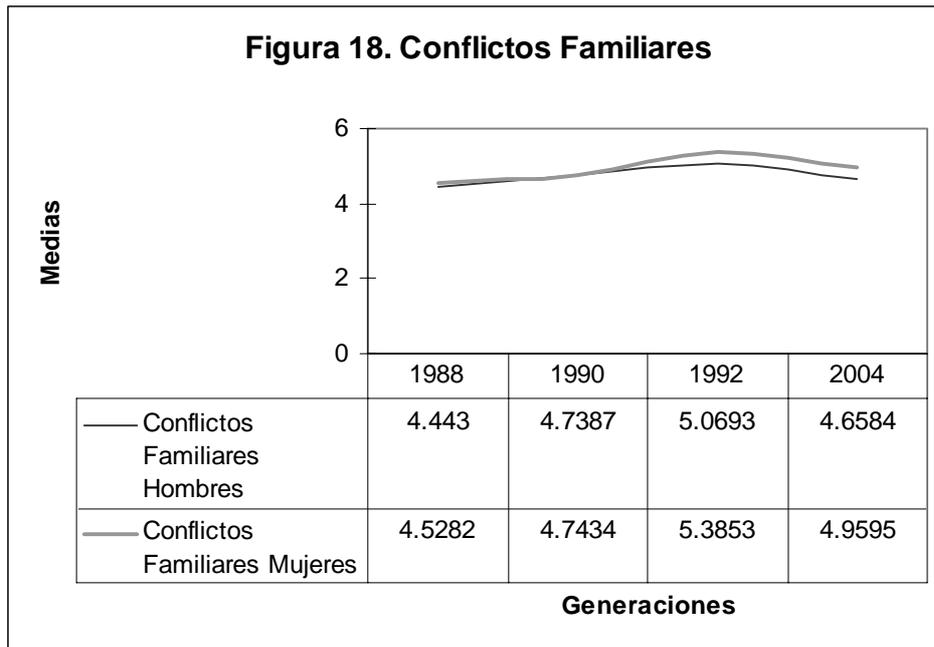
En el proceso de Agresión, encontramos una variabilidad en la tendencia de ambos sexos, decrementando de manera importante en las dos primeras generaciones, con un aumento importante en la tendencia de las últimas dos generaciones (véase figura 16).



La tendencia de conductas inadecuadas de Habilidades Sociales, sigue manteniéndose alta, tanto en hombres como en mujeres (véase figura 17); esta tendencia muestra cierto decremento para las últimas dos generaciones, lo cual indica que al paso del tiempo, no ha habido un incremento en conductas adecuadas de este proceso, tan necesario para la detención o reversión de otros procesos que constituyen desórdenes psicológicos entre los adolescentes, tales como las adicciones y la agresión.



Para el proceso de Conflictos Familiares, en los hombres (véase figura 18), la tendencia indica una disminución de su percepción; y aunque en ambos sexos se observa una disminución con respecto a la última generación, existe una mayor percepción de conflictos en sus familias, por parte de las mujeres que en los hombres. La tendencia no muestra mucha variabilidad entre generaciones.



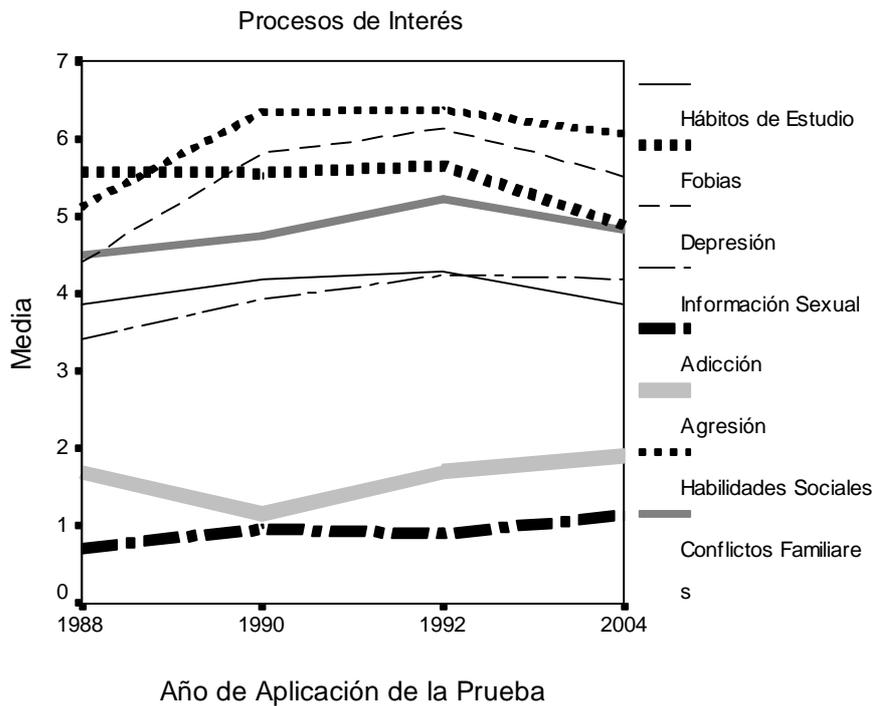
4.2.2 Correlaciones de la población por género

Una vez que se obtuvieron los datos con respecto a las tendencias de los procesos, se decidió realizar correlaciones estadísticas con todas las generaciones, obteniendo que todos los procesos correlacionaron de manera significativa, ya que la muestra es grande. Por esta razón, se decidió realizar correlaciones con respecto a la variable sexo, encontrando que en las mujeres, la ansiedad, como un componente de las Fobias, puede ser un factor asociado a la Depresión y a las Habilidades Sociales de manera importante. Asimismo, la Depresión está asociada a la Adicción, la Agresión, las Habilidades Sociales y la percepción de Conflictos Familiares. En general, las mujeres presentan un efecto encadenado importante entre la Depresión, la Ansiedad, la adicción, la Agresión y la percepción de Conflictos Familiares. En los Hombres, nuevamente todos los procesos correlacionaron entre sí.

4.3 Representación gráfica de las tendencias

Si se observan las tendencias de todos los procesos a través de las diferentes generaciones, se puede observar lo siguiente (véase figura 19):

Figura 19. Tendencia generacional de todos los procesos



El proceso de Adicción tiende a aumentar de manera considerable: en 1988, la media era de 0.73; aumenta en 1990 a 0.96, decae en 1992 (0.9) y en 2004 aumenta a 1.13, rebasando el nivel de la primera generación. Agresión tiene una media inicial en 1988 de 1.81; en 1990 disminuye a 1.15, en 1992 aumenta a 1.69, aumentando en 2004 a 1.90; el nivel se mantiene alto. Las Fobias presentan un aumento considerable de la primera generación (de 5.57) a 5.55 en 1990 y 5.65 para 1992; decae en 2004 a 4.88. La Depresión en 1988 es de poco más de 5.62; en 1990 es de casi 5.80; en 1992 es de 6.12 y para 2004 es de 5.53; es decir, con los años, las diferentes generaciones muestran un aumento constante en las primeras generaciones, y aunque en el 2004 disminuye, es mínimo.

Es importante resaltar que las Habilidades Sociales, necesarias para el control de la Agresión y el no consumo de drogas, muestra muy poca variabilidad con respecto de sus medias, iniciando con una media de 6.54 en 1988, disminuyendo en 1990 a 6.34, aumentando en 1992 a 6.36, y aunque en 2004 decae (6.05) a menos del nivel inicial de la primera generación, todavía falta mucho para que adquieran un nivel importante.

Con respecto a la Información Sexual, en la primera generación, la media es de poco más de 3.21; para 1990 aumenta la tendencia a una media de 3.92; para 1992 es de 4.24 y en 2004 disminuye a 4.17 a 1, lo cual demuestra que con el paso del tiempo, aunque la tendencia del conocimiento sexual adecuado disminuye.

En Hábitos de estudio, no encontramos mucha variabilidad, manteniéndose con una media de 4.23, 4.18 y 4.29 en las tres primeras generaciones; aunque en la cuarta la media es de 3.87, los hábitos inadecuados de estudio tienden a disminuir pero no lo suficiente como para afectar posiblemente su rendimiento académico de manera contundente.

La percepción de Conflictos Familiares son de 4.5 y 4.74 para las primeras dos generaciones; para 1992 aumenta a 5.22, y aunque decae para 2004 a 4.83, no disminuye su nivel inicial.

4.4 ANOVA de los resultados generacionales

Asimismo, se llevó a cabo un ANOVA para ver las diferencias significativas de cada proceso en todas las generaciones.

Tabla 5. ANOVA Variables de interés (4 Generaciones)

	Grados de libertad	F	Significancia
Hábitos de Estudio	3	27.078	.0001
Fobias	3	47.480	.0001
Depresión	3	150.467	.0001
Información Sexual	3	72.655	.0001
Adicción	3	21.293	.0001
Agresión	3	33.854	.0001
Habilidades Sociales	3	128.558	.0001
Conflictos Familiares	3	20.930	.0001

Como puede observarse en la tabla 5, existen diferencias significativas en todos los procesos para las cuatro generaciones, debido al gran tamaño de la muestra generacional.

Con el fin de conocer en qué años se encontraban estas diferencias significativas, se llevó a cabo una prueba Post-Hoc (Tukey), encontrando las siguientes diferencias:

Estadísticamente, las diferencias por años (ANOVA) se presentan como sigue: En Hábitos de Estudio hay diferencias significativas entre 1988 y 1990 y 1992; entre 1990 y 2004 y entre 1992 y 2004 ($F_{(3,5638)} = 27.078$); $p < .0001$. En Fobias, existe diferencia entre 1988 y 2004; 1990 y 2004; y 1992 y 2004 ($F_{(3,5638)} = 47.480$); $p < .0001$). Para Depresión, se observaron diferencias significativas entre todas las generaciones ($F_{(3,5638)} = 150.467$); $p < .0001$). En Información Sexual existen diferencias entre 1988 y 1990, 1992 y 2004; entre 1990 y 1992; y 2004; no así entre 1992 y 2004. ($F_{(3,5638)} = 72.665$); $p < .0001$). Para Adicción, hubo diferencias entre 1988 y las demás generaciones; entre 1990 y 2004; y 1992 y 2004 ($F_{(3, 5638)} = 21.293$); $p < .0001$). En Agresión, las diferencias se encontraron entre 1988 y 1990 y entre 1988 y 2004; entre 1990 con todas las generaciones; y entre 1992 y 2004 ($F_{(3,5638)} = 33.854$); $p < .0001$). Para Habilidades Sociales, las diferencias se dieron entre 1988 con todos; 1990 y 1992 con 2004 ($F_{(3,5638)} = 128.558$); $p < .0001$). En Conflictos Familiares hubo diferencias entre 1988 y 1992 con todas las generaciones, menos entre 1990 y 2004 ($F_{(3,5638)} = 20.930$); $p < .0001$).

En la prueba post-hoc de Tuckey, no se encontraron diferencias significativas entre generaciones.

En la variable sexo, se observaron diferencias objetivas entre hombres y mujeres, especialmente en los procesos de Fobias (figuras 27 y 28); Adicción (Figuras 33 y 34), Agresión (Véanse Figuras 35 y 36) e Información Sexual (Figuras 31 y 32). Sin embargo, al aplicar la prueba t, sólo hubo diferencias estadísticamente significativas en el proceso de Información Sexual ($t_{(5356)} = 5.015$); $p < 0.0001$).

Una vez encontrada la significancia de las F, se aplicó una regresión lineal simple; si seguimos la pendiente de las líneas, vemos que a través del tiempo, el coeficiente de determinación cuadrada en Hábitos de Estudio es $Rsq = .617$; para Fobias $Rsq = .578$; para Depresión $Rsq = .649$; para Información Sexual $Rsq = .596$; para Adicción $Rsq = .637$; para Agresión $Rsq = .620$; para Habilidades Sociales $Rsq = .645$; para Conflictos Familiares $Rsq = .621$. Como puede observarse, los valores obtenidos oscilan entre .578 y .649, no tan alejados del valor 1.00; esto significa que existe una asociación entre la variable paso del tiempo y la tendencia de los procesos; no obstante, esto también depende de otros factores que pudieran estar asociados, además del paso del tiempo, por ejemplo: si en adicciones, surge una droga nueva que abarate los costos y tenga más disponibilidad, es probable que la tendencia de adicciones aumente de manera abrupta a partir de este surgimiento. En este estudio, el valor más alto se presenta en Depresión, seguida por Habilidades Sociales, Adicción y Agresión. Sin embargo, el coeficiente de

determinación del proceso de Habilidades Sociales no es en realidad tan superior a los otros tres, lo cual implica que el aumento en la tendencia de este proceso no es lo suficientemente robusto como para convertirse en un factor de protección al paso del tiempo. Otra mala noticia es que el proceso de información sexual mantiene uno de los valores más bajos, lo cual no predice un aumento sustancial al paso del tiempo.

Con el fin de determinar con todas las generaciones, el estado que guarda uno de los procesos importantes en el estudio de adolescentes, Adicciones, se presentan por Región, los porcentajes de participantes que consumen y no consumen drogas, basados en los indicadores reportados.

Tabla 6. Porcentajes de Indicadores de Adicción por Región

Región	Cero indicadores	Un indicador	Dos indicadores
Aguascalientes	49.8%	25.2%	11.6%
Matamoros	53.6%	22.0%	10.9%
Estado de México	47.1%	28.0%	13.9%
Cuernavaca	50.7%	26.5%	12.0%
Distrito Federal	62.9%	20.8%	9.5%
Hermosillo	60.4%	18.6%	9.8%

Como puede observarse en la Tabla 22, los porcentajes de no consumo fueron más altos para las muestras del Distrito Federal y Hermosillo.

Por porcentajes de indicadores presentes de consumo en todas las ciudades del estudio, los porcentajes más altos se encuentran, para uno y dos indicadores en el Estado de México y Cuernavaca.

Por frecuencia de consumo, (véase Tabla 23), se encontró lo siguiente en las cuatro generaciones:

Tabla 7. Frecuencia de consumo de las diferentes drogas encuestadas

Droga	Frecuentemente % participantes	Algunas Veces % participantes	Nunca % Participantes
Thinner	2.3	7.9	89.7
Marihuana	1.1	4.2	94.1
Tranquilizantes	1.4	7.9	87.6
Cola con pastillas	1.1	7.9	90.6
Excitantes o estimulantes	1.5	9.6	87.6
Alcohol	1.2	11.1	87.1
Tóxicos	1.7	9.8	87.8
Beber para sentirse bien	2.2	6.0	91.1
Cemento	1.2	2.7	95.3
Cigarrillos	2.3	13.8	83.9

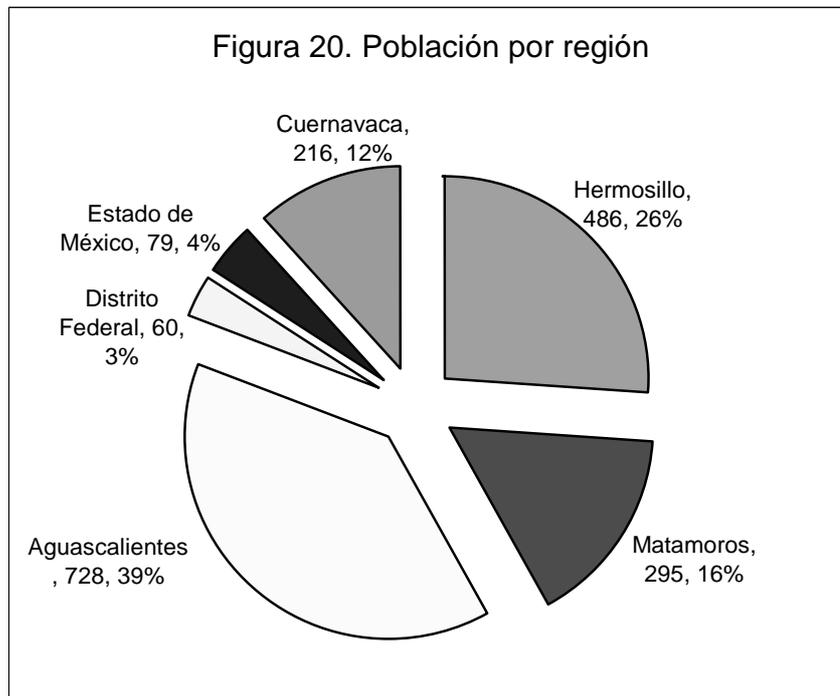
Si bien los porcentajes aún son mayores en el rubro de Nunca (abstinencia), el consumo de todas las drogas encuestadas aparece en las cuatro generaciones, tanto de manera frecuente como algunas veces. Se puede observar que los porcentajes de consumidores en algunas veces son mayores a los porcentajes en frecuentemente; esto podría significar que predomina el uso experimental, siendo esta población la que está en riesgo de convertirse en usuarios consuetudinarios. Las drogas de mayor preferencia ocasional son tabaco y alcohol, mientras que las de mayor preferencia entre los consumidores consuetudinarios son tabaco, alcohol y thinner. Dado que estos datos son los recabados en todas las generaciones, es probable que el alto consumo en el pasado de inhalantes, sea mayor entre los consuetudinarios. Actualmente, la droga de preferencia puede ser otra, debido al paso del tiempo, la disponibilidad, el bajo costo o la producción de nuevas drogas.

En resumen, la tendencia de los procesos de Hábitos de Estudio, Fobias, Depresión, Información Sexual, Habilidades Sociales y la percepción de Conflictos Familiares han disminuido con el tiempo; la tendencia de los procesos de Adicción y Agresión ha aumentado. Es importante destacar que mientras que el aumento en las tendencias de algunos procesos es deseable, en otros resulta ser preocupante, debiéndose convertir en el foco de atención de los investigadores, gobierno y sociedad.

4.5 Resultados de la generación 2004

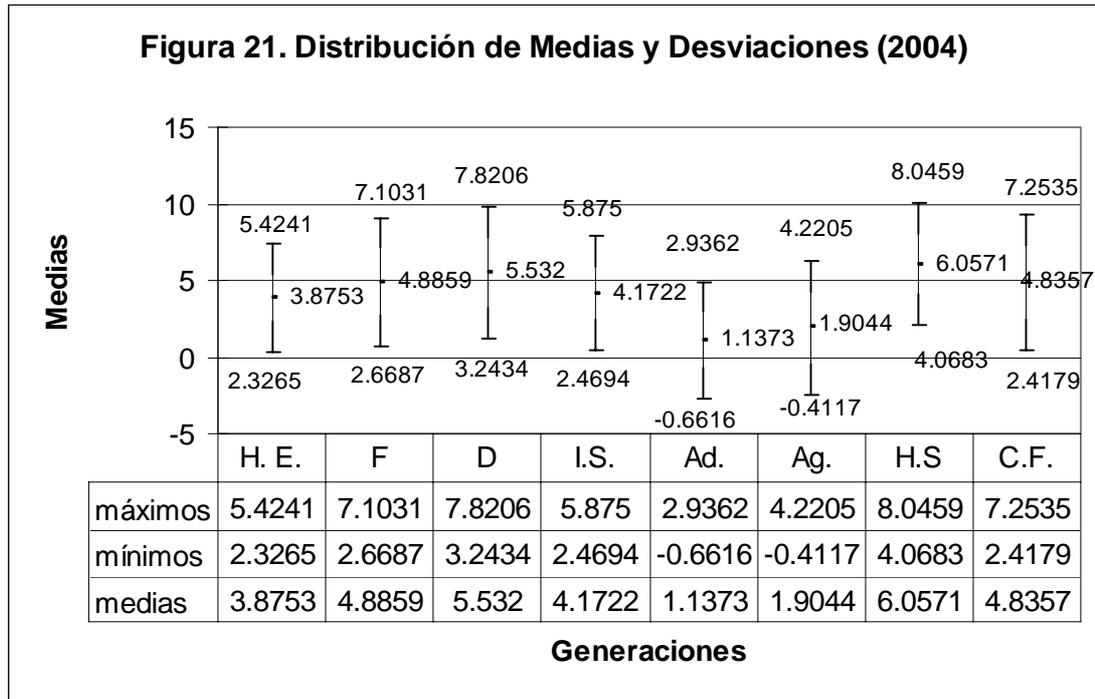
A continuación, se presentan los resultados obtenidos con la generación del 2004, con el fin de conocer el estado actual de los procesos de interés del estudio, en adolescentes escolarizados. Cabe mencionar que a esta generación se le aplicó la lista de chequeo de Silva (1993), con rectivos aumentados de la ENA (2002), así como los cuestionarios de Depresión y Ansiedad de Beck, en sus versiones para población mexicana.

En esta generación, la distribución de la muestra fue de N=1893, siendo 876 hombres (46.3%) y 988 mujeres (46.3%), con valores perdidos de 1.5%.



Como puede observarse en la figura 20, por región, los adolescentes pertenecen a la ciudades de Hermosillo (26.3%) N= 486, de los cuales 244 eran hombres y 242 mujeres; Matamoros (15.9%) N= 295, de los cuales 133 eran hombres y 162 mujeres; Aguascalientes (38.5%) N= 728, de los cuales 347 eran hombres y 381 mujeres; Distrito Federal (3.4%) N= 60, de los cuales 23 eran hombres y 37 mujeres; Estado de México (4.2%) N= 79, de los cuales 41 eran hombres y 38 mujeres, y Cuernavaca (11.8%) N= 216, de los cuales, 88 eran hombres y 128 mujeres. Cabe recordar que las unidades de análisis fueron los grupos (uno de cada grado de Secundaria), no el número de participantes; en todas las escuelas se seleccionó un grupo de cada grado.

Con respecto al cuestionario aplicado en la generación del 2004, en la figura 21 se muestran los rangos con \pm la desviación estándar; es decir, los intervalos entre los que se encontraba la mayoría de la población en cada proceso, donde Hábitos de Estudio es (HE), Fobias (F), Depresión (D), Información Sexual (I), Adicción (A), Agresión (Ag), Habilidades Sociales (HS) y Conflictos Familiares (CF).



Podemos observar que para Hábitos de Estudio, la media fue de 3.8753 ($s = 1,54881$) lo que implica que son pocos sus hábitos de estudio adecuados, si además consideramos que el rango de \pm la desviación estándar fue de 2.3265 a 5.4241 indicadores.

En Fobias, la media de la población se presenta en 4.8859 indicadores con un rango de \pm la desviación estándar ($s = 2.1724$), que va de 2.6687 a 7.1031.

Para Depresión, la media de indicadores en la muestra fue de 5.5320 y la desviación estándar de 2.28855; así, el rango va de 3.2434 a 7.8206; esta variable se encuentra presente de manera importante en la población.

Con respecto a la Información Sexual que poseen, la media de indicadores inadecuados fue de 4.1722, con una desviación estándar de 1.70279; esto demuestra que la población no cuenta con suficientes conocimientos de conducta sexual, ya que el rango de \pm la desviación estándar va de 2.4694 a 5.875.

Para Adicciones, la media fue de 1.1373 ($s = 1.79$); el rango va de -0.6616 a 2.9362; en esta población, el 54.3% mostró cero indicadores de consumo, lo cual refleja de manera preocupante que el restante 45.7% presenta al menos el consumo de una droga.

Con respecto a la Agresión, la media de la población fue de 1.9044, ($s = 2.31615$); el rango con \pm la desviación estándar va de -0.4117 a 4.2205.

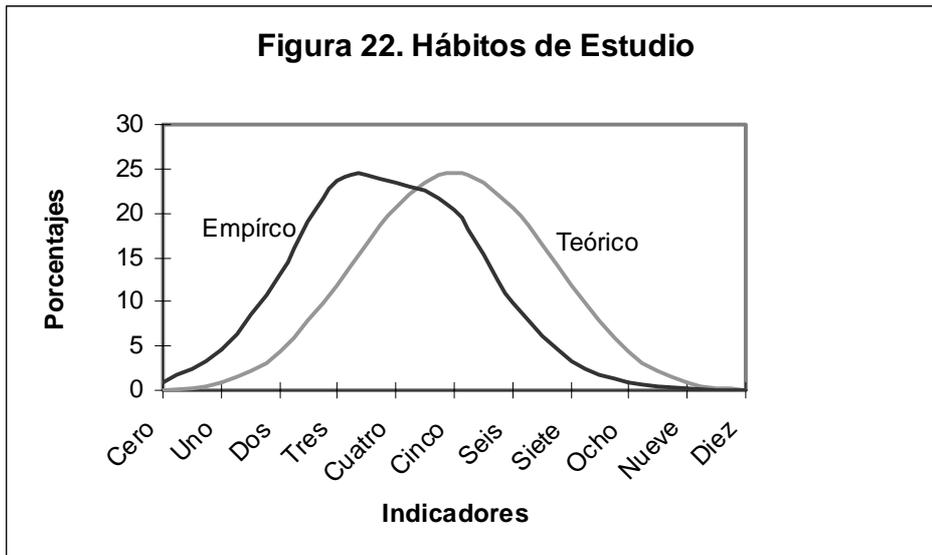
En Habilidades Sociales, la media fue de 6.0571 ($s = 1.98885$); el rango de \pm la desviación estándar fue de 4.0683 a 8.0459. Debemos observar que este proceso no se encuentra alto, lo cual puede relacionarse a la presencia de agresión y al consumo de drogas en la muestra.

Con respecto a la percepción de Conflictos Familiares, la media fue de 4.8357 ($s = 2.41777$). El rango va de 2.4179 a 7.2535, lo cual señala que la mitad de la población encuestada reporta percibir conflictos familiares.

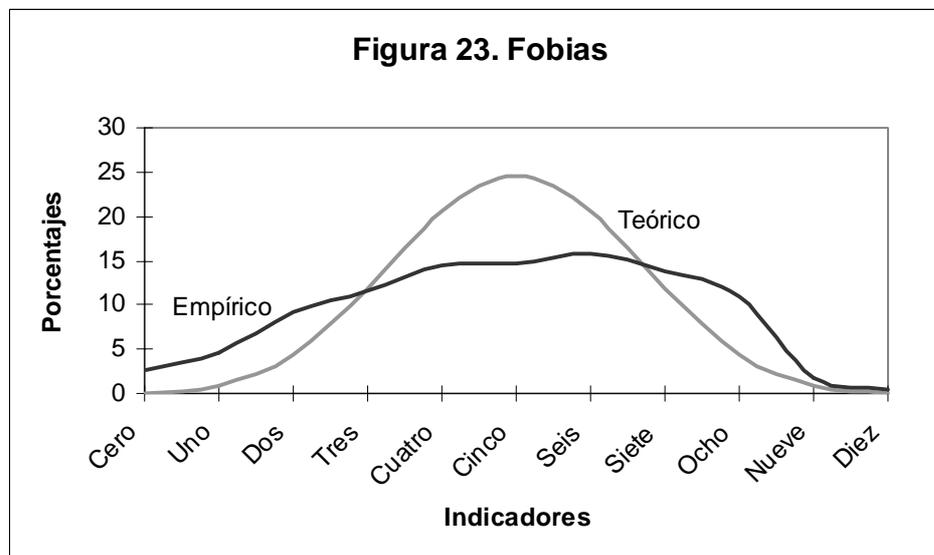
4.5.1 Comparación con un modelo binomial

Para un análisis comparativo de los datos, se decidió construir la distribución teórica estadística que se esperaría conocer en caso de que se presentara significativamente el problema en la población estudiada. La forma de construirlo consistió en calcular la distribución binomial, debido a que se partió de la suposición de que la detección de problemas en los procesos de interés, a través de las conductas o indicadores (10 para cada proceso), conduce a sólo uno de dos resultados mutuamente excluyentes, es decir, la conducta adecuada está o no presente, además de que la probabilidad de que un participante tuviera una conducta adecuada era p , con $p = 0.5$ y la probabilidad de no presentar esa conducta fue $(1-p)$, que se definió como q . Una vez establecidas estas suposiciones se procedió a la construcción de una distribución binomial, (Silva, 1992), encontrándose los siguientes resultados:

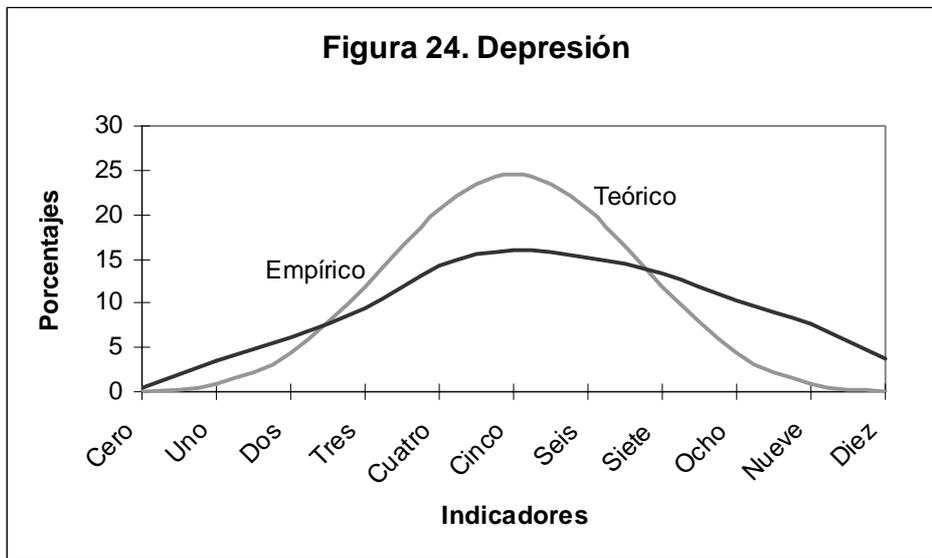
Para Hábitos de Estudio, los datos de la población presentan un sesgo a la izquierda con respecto al modelo teórico; esto indica que una proporción considerable de los adolescentes se ubican en los valores bajos de la distribución, por lo que sus hábitos de estudio son deficientes (véase figura 22).



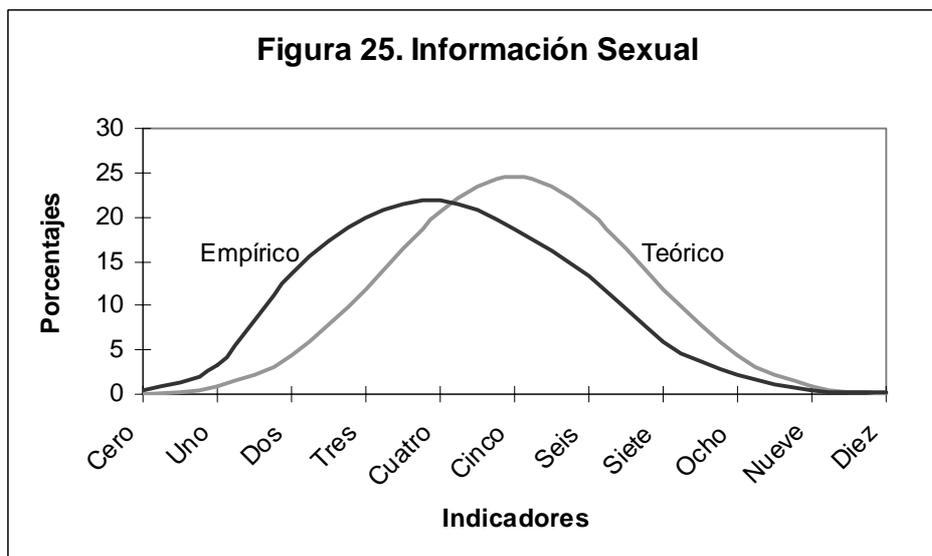
El sesgo en Fobias en el modelo empírico, en comparación con el modelo teórico, presenta una distribución dispersa. De esta forma, podemos observar que existen pocos indicadores de una distribución normal de fobias; es decir las fobias están presentes en toda la población (véase figura 23).



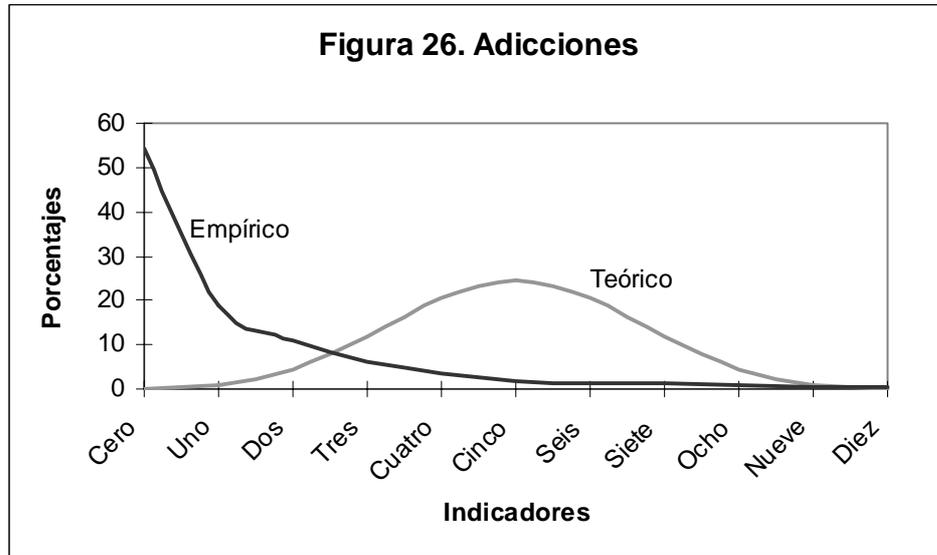
Con respecto a la Depresión, el modelo empírico muestra un sesgo a la derecha, (véase figura 24), por lo que el número de indicadores altos está arriba de lo normal; la mayoría de la población muestra Depresión.



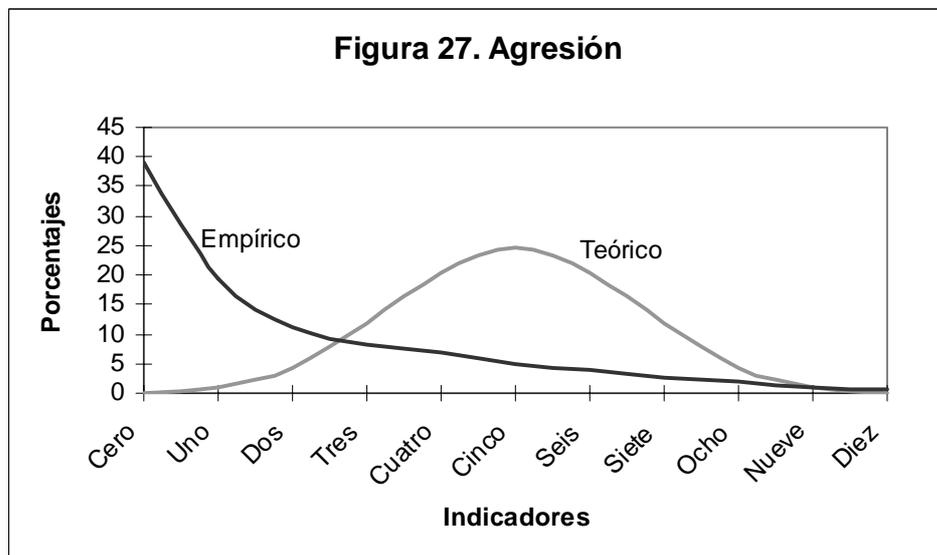
En la Figura 25, correspondiente al proceso de Información Sexual, también se registraron los indicadores, que muestran un sesgo a la izquierda, que se interpreta como predominio de información inadecuada en esta población, con respecto al modelo teórico.



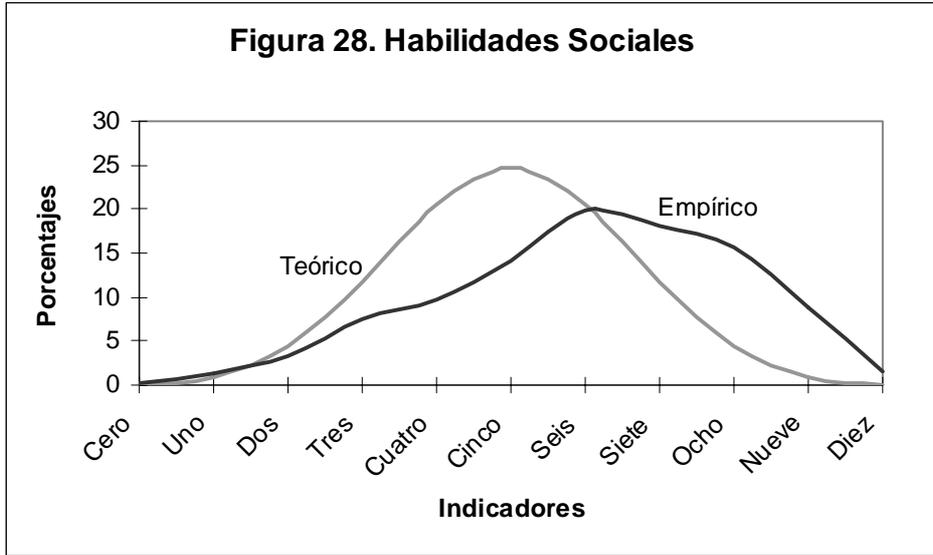
En la figura 26 se observa la curva de Adicciones, la cual se presenta decreciente exponencial con respecto al modelo teórico. Sin embargo, debemos resaltar que un alto porcentaje, más del 48% de los 1864 participantes, presentan un indicador, es decir, presentan el consumo de al menos una droga.



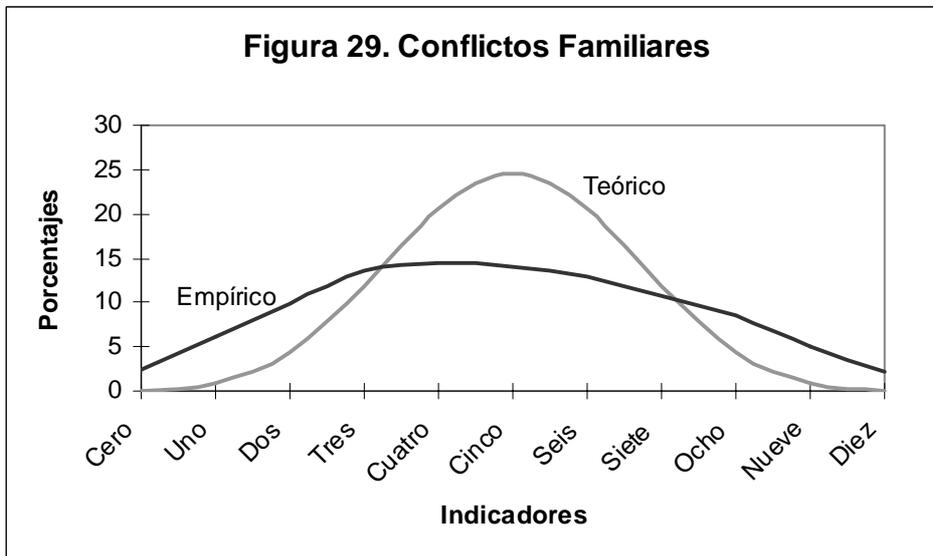
Con respecto a la Agresión, la distribución empírica, como en Adicciones, presenta una curva decreciente exponencial, resaltando que casi el 60% de los participantes presenta cuando menos un indicador de agresión (véase Figura 27).



Para Habilidades Sociales, el modelo empírico presenta un sesgo hacia la derecha con respecto del modelo teórico; dado que se registraron las conductas inadecuadas, existen menos conductas de habilidades sociales inadecuadas en la población (véase figura 28).

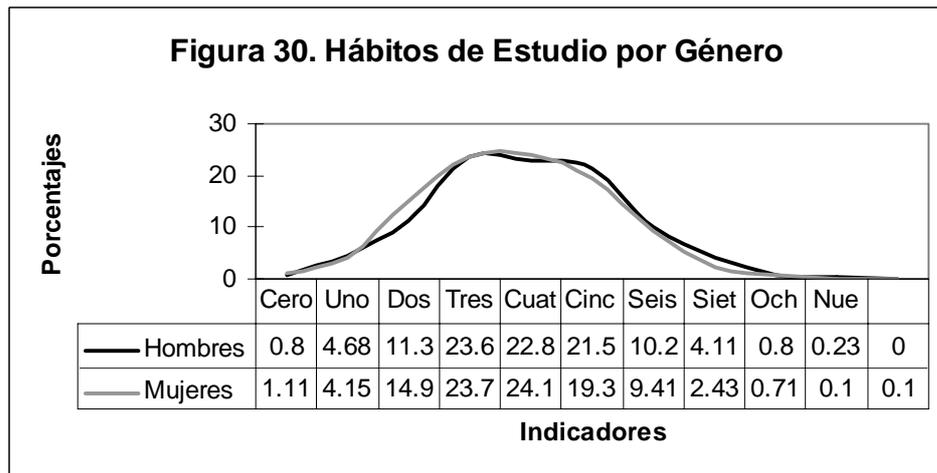


En el proceso de Conflictos Familiares, la curva del modelo empírico muestra una dispersión generalizada de indicadores, con respecto al modelo teórico. Es decir, la percepción de conflictos familiares está presente en la mayoría de la población. (véase figura 29).

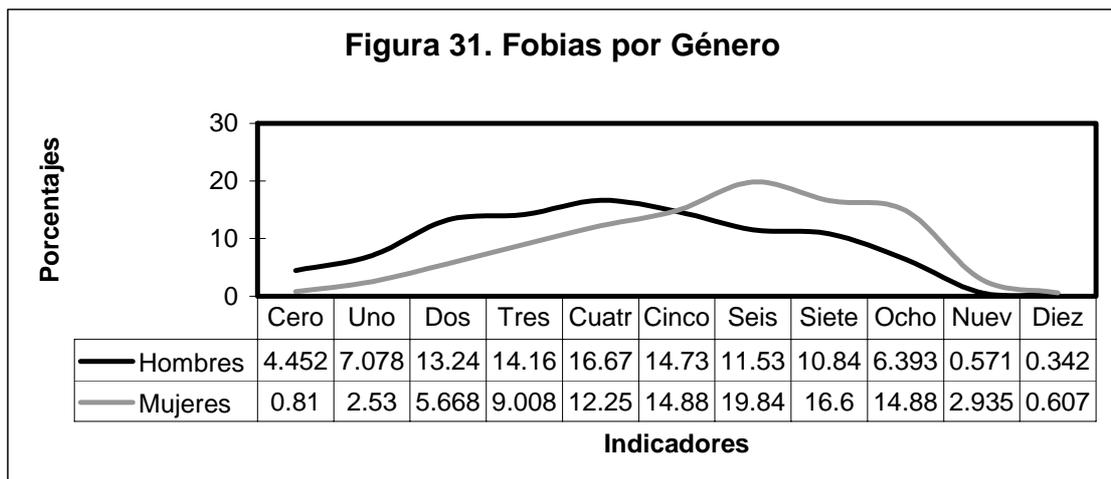


4.5.2 Distribución de los procesos por Género

Por otro lado, al llevar a cabo comparaciones con respecto a la variable Sexo, en la figura 30 podemos observar que para Hábitos de Estudio se encuentra una diferencia, la cual resultó ser estadísticamente significativa ($t_{(1862)}=2.236$; $p<0.05$), al aplicar la prueba t de student.

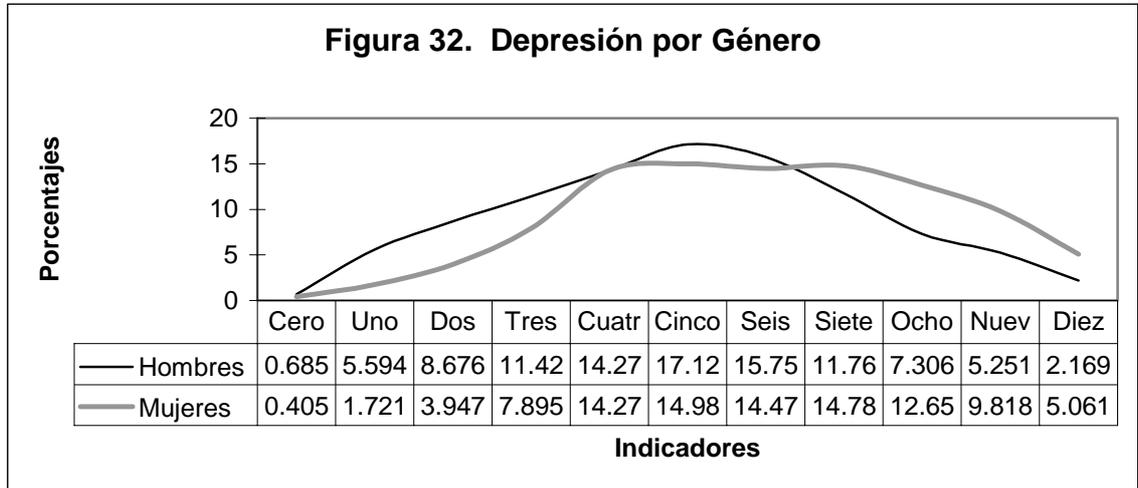


En Fobias, la curva que representa a las mujeres, muestra un sesgo hacia la derecha (véase figura 31); es decir, presentan más indicadores de fobias que los hombres ($t_{(1862)}= -13.209$; $p<.0001$).

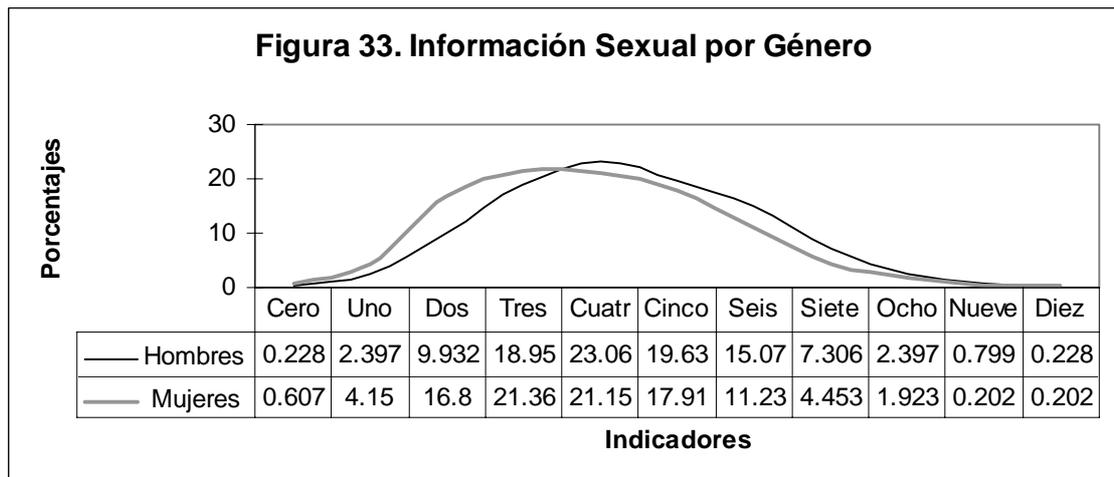


Para el proceso de Depresión (véase figura 32), la curva que representa a las mujeres presenta un sesgo a la derecha con respecto a la curva de los hombres; esto

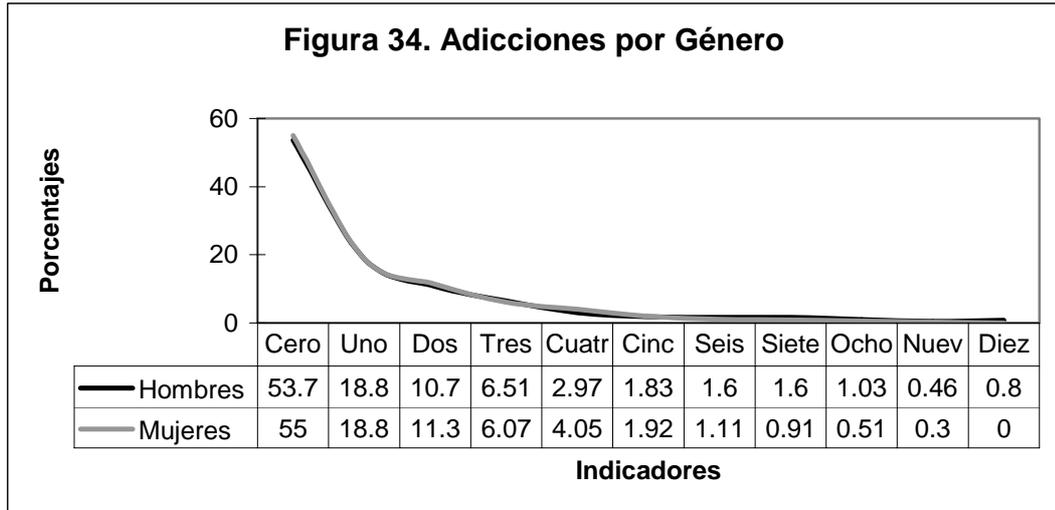
significa que la depresión está presente en la mayoría de la población femenina, existiendo entre ambos sexos una diferencia estadística significativa ($t_{(1862)} = -8.787$; $p < .0001$).



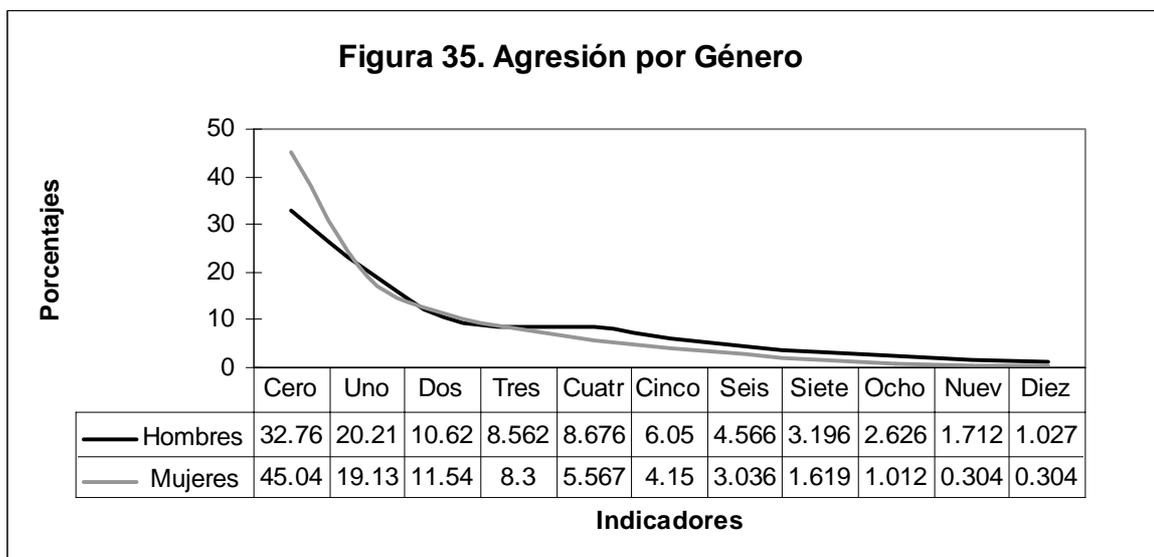
Para Información Sexual, la curva que representa la población femenina, presenta un ligero sesgo a la izquierda con respecto a la curva de los hombres (véase figura 33). Esto significa que las mujeres poseen menos conocimientos sobre conducta sexual. La curva de los hombres se acerca a una distribución normal, aunque no idónea para convertirse en un factor de protección. Al aplicar la prueba t, se encontraron diferencias significativas entre sexos ($t_{(1862)} = 5.899$; $p < .0001$).



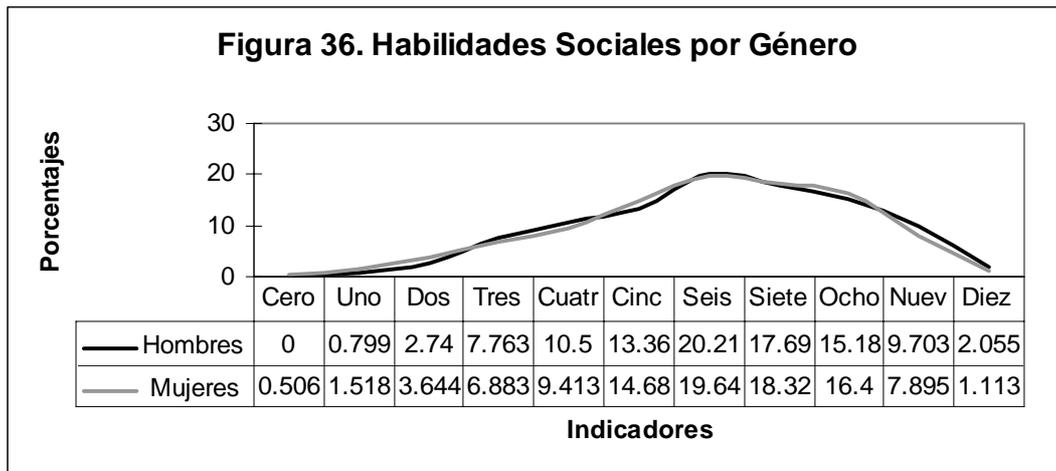
En Adicciones, ambas curvas presentan una tendencia decreciente exponencial, como se observa en la figura 34, lo cual significa que aunque la mayoría no presenta consumo, la curva indica una tendencia al consumo. Casi el 48% de los participantes consume al menos una droga. Se encontraron diferencias estadísticas significativas entre sexos: ($t_{(1862)}= 1.995$; $p<0.05$), aunque puede observarse que las chicas consumen casi tanto como los varones.



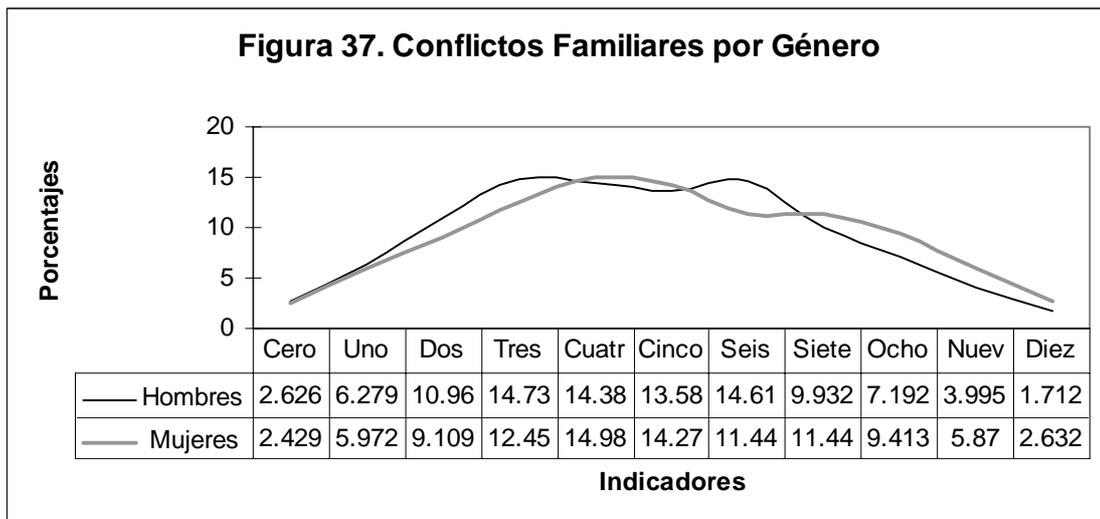
En cuanto a la Agresión reportada (véase Figura 35), la curva presenta un sesgo decreciente exponencial para ambos sexos. No obstante, las mujeres presentan menos indicadores de este proceso, mientras que la curvatura de los hombres señala más indicadores presentes ($t_{(1862)} 7.119$; $p< .0001$).



En la figura 36, el sesgo indica la presencia de más indicadores de habilidades sociales que en una distribución normal, no habiendo diferencia entre sexos ($t = (1.862) = 1.398$; $p > 0.05$). No se manifiestan las habilidades sociales como suficientes para ser un factor de protección a otros desórdenes, tales como las conductas agresivas, de conflicto o adictivas.



En el proceso correspondiente a la percepción de Conflictos Familiares, en la figura 37, ambos sexos reportan igualdad aparente de indicadores y no hay diferencia significativa entre sexos ($t_{(1862)} = -2.711$; $p > 0.05$),



En general, se puede observar con respecto al género, que las diferencias significativas estadísticas se presentan en todos los procesos, excepto en el de habilidades sociales. Asimismo, y contrario a las creencias populares, las adolescentes presentan casi tanto consumo de drogas y conductas agresivas que los varones; reportan más fobias y mayor percepción de conflictos familiares, así como menor información sexual que los hombres.

4.6 Correlaciones generales (2004).

Una vez comparados los datos de esta generación con un modelo teórico binomial, y encontrando que los resultados señalaban diferencias interesantes en la distribución de los procesos en la muestra de estudio, se pensó en la importancia de conocer la posible asociación entre los diferentes procesos, llevando a cabo correlaciones, primero con la población en general (véase Tabla 8), y luego de acuerdo a la variable Sexo (véanse Tablas 9 y 10).

Tabla 8. Correlaciones Generales Generación 2004.

	Hábitos Estudio	Fobias	Depresión	Inf. Sexual	Adicción	Agresión	Habilidades Sociales	Conflictos Familiares
Hábitos de Estudio		.057(*)	.195(**)	.119(**)	.247(**)	.247(**)	.139(**)	.239(**)
Fobias			.451(**)	.069(**)			.291(**)	.176(**)
Depresión				.086(**)	.223(**)	.194(**)	.305(**)	.444(**)
Inf. Sexual					.153(**)	.127(**)	.195(**)	.163(**)
Adicción						.517(**)	.087(**)	.310(**)
Agresión							.062(**)	.284(**)
Habilidades Sociales								.356(**)
Conflictos Familiares	.239(**)	.176(**)	.444(**)	.163(**)	.310(**)	.284(**)	.356(**)	

** Correlación significativa al nivel 0.01 (2 colas)

* Correlación significativa al nivel 0.05 (2 colas)

Como puede observarse, en las correlaciones para la población en general ($p < .01$), Hábitos de Estudio correlacionó de manera significativa ($r = .057$) con todos los procesos; Fobias correlacionó ($r = .451$) con Depresión, con Información Sexual ($r = .069$), Habilidades Sociales ($r = .291$) y Conflictos Familiares ($r = .176$). La Depresión correlacionó de manera significativa con Información Sexual ($r = .086$), con Adicción ($r = .223$), Agresión ($r = .194$), con Habilidades Sociales ($r = .305$) y con Conflictos Familiares ($r = .444$). Información Sexual correlacionó con Adicción ($r = -.153$); con Agresión ($r = .127$), con Asertividad y con Conflictos Familiares ($r = .163$). Adicción correlacionó con Agresión ($r =$

.517); con Asertividad ($r=.087$) y Conflictos Familiares ($r=.310$). Agresión correlacionó con Habilidades Sociales ($r=.062$) y con Conflictos Familiares ($r=.284$).

Como puede verse, en la población en general existe un efecto relacional o de interconexión entre los procesos de Habilidades Sociales, Adicción, Agresión y la percepción de Conflictos Familiares.

4.6.1 Correlaciones por género (2004)

Por sexo, en las Correlaciones en hombres de la generación 2004, se encontró, de acuerdo a la siguiente tabla que:

Tabla 9. Correlaciones en Hombres Generación 2004

	Hábitos de Estudio	Fobias	Depresión	Información Sexual	Adicción	Agresión	Asertividad	Conflictos Familiares
Hábitos de Estudio		.085(*)	.214(**)	.145(**)	.247(**)	.244(**)	.156(**)	.238(**)
Fobias			.436(**)	.122(**)	.093(**)		.322(**)	.202(**)
Depresión				.132(**)	.255(**)	.248(**)	.332(**)	.424(**)
Información Sexual					.206(**)	.120(**)	.182(**)	.195(**)
Adicción						.522(**)	.084(*)	.329(**)
Agresión								.298(**)
Asertividad								.396(**)
Conflictos Familiares	.238(**)	.202(**)	.424(**)	.195(**)	.329(**)	.298(**)	.396(**)	

* Correlación significativa al nivel 0.05 (2-colas).

** Correlación significativa al nivel 0.01 (2-colas).

A Sexo = Masculino

El proceso de Hábitos de Estudio correlacionó de manera significativa ($p < 0.05$ y $p < 0.01$) con todos los procesos. Fobias correlacionó de manera significativa ($p < 0.01$) con Depresión ($r = .436$); con Información Sexual ($r = .122$); con Adicción ($r = .093$); con Habilidades Sociales ($r = .322$) y con Conflictos Familiares ($r = .202$). Depresión correlacionó ($p < 0.01$) con Información Sexual ($r = .132$); con Adicción ($r = .255$); con Agresión ($r = .248$), Asertividad ($r = .332$) y Conflictos Familiares ($r = .424$). Información Sexual, correlacionó ($p < 0.01$) con Adicción ($r = .206$); con Agresión ($r = .120$); con Asertividad ($r = .182$) y con Conflictos Familiares ($r = .195$). Adicción correlacionó ($p < 0.01$) con Agresión ($r = .522$); con Asertividad ($p < 0.05$) ($r = .084$) y Conflictos Familiares ($r = .329$). Agresión correlacionó ($p < 0.01$) con Conflictos Familiares ($r = .145$). Habilidades Sociales correlacionó ($p < 0.01$) con Conflictos Familiares ($r = .298$).

Así, en Hombres se encontró un efecto relacional entre la Ansiedad y la Depresión de manera importante con la Adicción, Agresión y la percepción de Conflictos Familiares.

Al correlacionar las variables de estudio en Mujeres, observamos:

Tabla 10. Correlaciones en Mujeres Generación 2004

	Hábitos de Estudio	Fobias	Depresión	Información Sexual	Adicción	Agresión	Asertividad	Conflictos Familiares
Hábitos de Estudio		.078(*)	.210(**)	.082(*)	.247(**)	.217(**)	.131(**)	.235(**)
Fobias			.406(**)	.123(**)			.315(**)	.142(**)
Depresión				.104(**)	.221(**)	.224(**)	.315(**)	.459(**)
Información Sexual					.080(*)	.089(**)	.194(**)	.149(**)
Adicción						.513(**)	.085(**)	.296(**)
Agresión							.068(*)	.294(**)
Asertividad								.344(**)
Conflictos Familiares	.235(**)	.142(**)	.459(**)	.149(*)	.296(**)	.294(**)	.344(**)	

* Correlación significativa al nivel 0.05 (2-colas).

** Correlación significativa al nivel 0.01 (2-colas).

A Sexo = Femenino

En este grupo podemos observar que Hábitos de Estudio correlacionó ($p < 0.01$; $p < 0.05$) con todos los procesos. Fobias correlacionó ($p < 0.01$) con Depresión ($r = .406$); con Información Sexual ($r = .23$); con Asertividad ($r = .315$) y con Conflictos Familiares ($r = .142$). Depresión correlacionó ($p < 0.01$) con Información Sexual ($r = .104$); con Adicción ($r = .221$); con Agresión ($r = .224$); con Habilidades Sociales ($r = .315$) y Conflictos Familiares ($r = .459$). Información Sexual correlacionó ($p < 0.05$) con Adicción ($r = .080$) y ($p < 0.01$); con Agresión ($r = .089$); con Asertividad ($r = .194$) y con Conflictos Familiares ($r = .149$). Adicción correlacionó ($p < 0.01$) con Agresión ($r = .513$); con Habilidades Sociales ($r = .085$) y Conflictos Familiares ($r = .296$). Agresión correlacionó ($p < 0.05$) con Habilidades Sociales ($r = .068$) y ($p < 0.01$) con Conflictos Familiares ($r = .294$). Asertividad correlacionó ($p < 0.01$) con Conflictos Familiares ($r = .344$).

En general, las mujeres presentan un efecto de interconexión importante entre la Depresión, la Ansiedad, la adicción, la Agresión y la percepción de Conflictos Familiares.

4.7 Niveles de depresión con el Inventario de Beck (2004)

Con respecto al Inventario de Depresión de Beck, los niveles de Depresión obtenidos utilizando los puntos de corte usados en la validación del instrumento en México por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998), en el sexo masculino se encontró que el 56.3% de la población presentan una depresión mínima; el 18.3% leve, el 14.8% moderada y el 10.6 % severa. En la mujeres se observó que el 51.7% presentan una depresión mínima, 23.2% leve, 14.9% moderada y el 10.2% severa. Esto comprueba que la mayoría de la población presenta Depresión.

Por regiones, se observa en la siguiente tabla, la distribución de los niveles por ciudad.

Tabla 11. Niveles de Depresión por Ciudad

Ciudades	Niveles %			
	Normal	Leve	Moderada	Severa
Ciudad de México	51.9	23.1	9.6	15.4
Estado de México	49.3	10.4	28.4	11.9
Cuernavaca	47.6	22.5	19.3	10.7
Aguascalientes	54.0	22.5	12.0	11.5
Matamoros	46.2	20.3	21.7	11.8
Hermosillo	62.8	19.6	11.2	6.4

Podemos observar que Hermosillo presenta el nivel más alto de depresión mínima, mientras que el Distrito Federal y Estado de México presentan los niveles más altos de depresión severa, seguida por Matamoros. Dado que las unidades de análisis son los grupos, la distribución no es afectada por el número de participantes en cada región.

4.8 Niveles de ansiedad con el inventario de Beck (2004)

Con respecto a los niveles de Ansiedad reportados a través del Inventario de Beck, y con los mismos puntos de corte de su validación para la población mexicana (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001), se encontró que en el sexo Masculino, el 33.2% reportan un nivel de ansiedad mínima; el 40.4% leve, el 22.1% moderada y el 4.3% severa. En Mujeres, los niveles reportados se presentan así: 25.8% mínima; 43.8% leve; 23.9% moderada y 6.5% severa. La Ansiedad está presente en una muestra importante de la población.

Asimismo, por regiones, se observa la siguiente distribución:

Tabla 12. Niveles de Ansiedad por Ciudad

Ciudades	Niveles %			
	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Ciudad de México	40.7	33.9	20.3	5.1
Estado de México	26.6	39.1	23.4	10.9
Cuernavaca	30.4	36.8	27.9	4.4
Aguascalientes	25.5	45.4	23.6	5.5
Matamoros	22.3	47.0	23.1	7.7
Hermosillo	36.4	38.7	20.5	4.4

Como puede verse, la Ciudad de México presenta los niveles más altos de ansiedad mínima, mientras que el Estado de México presenta los niveles más altos de Ansiedad severa, seguida por Matamoros.

Estos datos muestran el estado actual (2004) de los procesos psicológicos de estudio, encontrando que debe hacerse más investigación que explique los efectos relacionales, en aquellas áreas que inciden de manera directa en los desórdenes psicosociales de los adolescentes, y que son preocupantes: hábitos de estudio (considerando el bajo promedio logrado en Español y Matemáticas en 2006, de acuerdo al INEE, SEP); información sexual (considerada deficiente, lo cual explica el aumento en embarazos en adolescentes y en enfermedades de transmisión sexual); adicción y agresión (que muestran un aumento alarmante de acuerdo a los últimos datos publicados en la Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

Deben surgir acciones preventivas eficaces en el campo de la salud, como producto de la investigación, así como estrategias de intervención que permitan detener o al menos revertir estos desórdenes; debe investigarse más sobre la eficacia de tratamientos ya existentes, con el fin de garantizar un beneficio hacia el usuario, así como analizar la pertinencia de programas impulsados por el estado, como reformas educativas, aumento en penas contra el delito, etc., y sus consecuencias.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este apartado, en principio se hará un recuento sobre algunas situaciones en América Latina y México sobre aspectos y datos de las áreas de Salud y Educación, con el fin de llevar a contexto los hallazgos de la presente investigación, ya que el objetivo general de este estudio fue observar la tendencia seguida por los procesos de Hábitos de estudio, Fobias, Depresión, Información Sexual, Adicción, Agresión, Habilidades Sociales y la percepción de Conflictos Familiares en adolescentes, en cuatro generaciones de estudiantes de secundaria, abriendo la discusión para cada uno de estos procesos, retomando los análisis más finos por indicadores, presentados en los resultados y algunas posturas derivadas de otras investigaciones, así como datos que validan socialmente dichos hallazgos (CEPAL, 2004).

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2004), de la información recogida en las encuestas socio-demográficas aplicadas por los distintos países, surge un panorama bastante heterogéneo en cuanto a la capacidad de respuesta de los gobiernos frente a los problemas de la juventud. Los principales aportes de la encuesta aplicada por la CEPAL (2004) serán también considerados en la presente discusión.

A partir del Año Internacional de la Juventud de 1985, se ha intensificado la gestión pública orientada hacia el mundo juvenil. Este esfuerzo remanifiesta la existencia de organismos oficiales de juventud en todos los países latinoamericanos, y el interés por incorporar los mandatos internacionales en materia de juventud a los marcos constitucionales, logrando aprobar leyes de juventud y avanzar hacia la consolidación de políticas nacionales que permiten individualizar jurídica y socialmente al joven como sujeto de derechos.

Tres son las principales preocupaciones que expresan las autoridades de América Latina con respecto a la juventud: el desempleo y la calidad del empleo; los problemas vinculados al ámbito de la educación y el acceso a la salud y riesgos afines.

Las autoridades gubernamentales identifican como causas de los problemas en el ámbito específico de educación y salud la ausencia de capacitación y formación técnico-profesional y el escaso acceso a servicios de salud y prevención. Con respecto a los temas relativos a la educación, ésta tiene un alto valor social y se reconoce como generadora de oportunidades en la vida adulta y como espacio de sociabilidad y convivencia. No obstante, la educación está despertando grandes expectativas que no

logran cumplirse en el ámbito laboral. La prolongación de estudios y la importancia que adquieren los niveles universitarios, en la minoría que los alcanza, responde a las mayores exigencias de escolarización, al tiempo que se incrementan las dificultades de inserción en el mercado laboral, restringiendo aún más a los estudiantes con menor calificación. La falta de oportunidades de trabajo es el asunto que se identifica como prioritario.

Entre las causas de los principales problemas de la Juventud, en México, de acuerdo a la CEPAL (2004), encontramos entre las condiciones económicas y de empleo: crisis económicas y/o políticas de ajuste, precariedad, alto desempleo y desarticulación entre el sistema educativo y el mercado de trabajo. Las causas de problemas en educación, capacitación y formación están vinculadas a la falta de capacitación técnico-vocacional y a la falta de innovación del personal y material docente; en general, en México se encuentra una baja calidad educativa; las causas de problemas en salud son: la falta de prevención y limitado acceso a servicios de salud.

Uno de los principales temas considerados en los cambios legislativos en México hasta el 2003, con respecto a la juventud, encontramos su institucionalidad (con la creación del Instituto Nacional de la Juventud en 1999), la Ley general de Juventud y la discriminación. No se han tomado en cuenta temas relacionados a la educación, empleo, salud y familia de los jóvenes.

La Encuesta sobre los Programas Nacionales Orientados hacia la Juventud (CEPAL, 2004), respondido en el caso de México por el Instituto Mexicano de la Juventud (creado en 1999), señala que los programas educativos constituyen la segunda prioridad gubernamental, especialmente en lo que respecta a becas y financiamiento de estudios (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Perú); -cabe destacar que aunque no se menciona, México ha hecho grandes esfuerzos en este tema- así como en la difusión de nuevas tecnologías (Chile, Colombia, Cuba) y educación sexual (México, Nicaragua y Panamá). No obstante, el gasto público social en educación y salud como porcentaje del PIB en México fue de 2.6 para 1990/91; 3.8 para 1994-1995; 3.8 para 1998/99; 4.1 para 2000/01, dicho lo cual, falta una política de estado en México más comprometida con la educación, ya que para este último periodo, en Argentina el PIB destinado a Educación y Salud fue de 5.0; en Bolivia, del 6.5; en Costa Rica del 5.0; en Honduras del 5.8; en Nicaragua del 6.1, en Panamá del 6,0, y en Venezuela del 5.0.

Con respecto a la matrícula, de acuerdo a la SEP, en México, a finales del ciclo 2001-2002, el total nacional de inscripción en nivel secundaria fue de 5 553 794 alumnos;

de éstos, los existentes fueron 5 240 194 alumnos, siendo aprobados 4 206 813. Por grado, el total nacional de primer grado fue de 2 055 754; los existentes fueron 1 922 752 y los aprobados 1 547 250. En segundo, la inscripción nacional total fue de 1 867 920; los existentes fueron 1 756 538 y los aprobados fueron 1 343 281. Para tercer grado, la inscripción total fue de 1 630 120; los existentes fueron 1 560 904 y los aprobados 1 316 282. Asimismo, la asistencia escolar en áreas urbanas, ambos sexos, de 13 a 19 años fue de 62.7% en 1992 y de 68.9% en 2002 (CEPAL, 2004).

Por sexo, los niños en zonas urbanas y rurales respectivamente representaban para 1989, el 58,1 y 58,6; para 1994, el 56,1 y 63,5; para 1998, el 55,5 y 62,6; para 2002, el 44,3 y 61,2. Las niñas representaban para 1989 62,7 y 59,8; para 1994, 58,8 y 66,7; para 1998 54,9 y 62,0; para 2002 40,0 y 58,3. Cabe resaltar que el mayor porcentaje de la población escolarizada fue para las mujeres hasta 1998, tanto en zonas urbanas como rurales.

La clasificación para México de los jóvenes según su situación a lo largo del ciclo escolar, con base en el total nacional (2002) en porcentajes, es la siguiente: no ingresaron al sistema educativo 2,6 (1,7 hombres y 3,5 mujeres); desertores al inicio del ciclo secundario 20,6 (21,0 hombres y 20,2 mujeres); desertores al término del ciclo secundario 2,4 (1,8 hombres y 3,0 mujeres); subtotal desertores 39,5 (40,2 hombres y 38,9 mujeres); estudiantes muy retrasados 5,3 (6,0 hombres y 4,7 mujeres); estudiantes poco retrasados 7,3 (8,6 hombres y 6,1 mujeres); estudiantes al día 32,9 (32,0 hombres y 33,8 mujeres); egresados 12,3 (11,6 hombres y 13,0 mujeres); subtotal estudiantes y egresados 57,8 (58,2 hombres y 57,6 mujeres).

Con respecto al primer proceso de interés del presente trabajo, concerniente a los Hábitos de Estudio reportados por la muestra total de las cuatro generaciones, se observa que no ha existido un cambio favorable a través del tiempo. Es necesario tomar en cuenta los datos que se presentan arriba, ya que en la investigación realizada, lo que se puede discutir es si los niveles de deserción o bajo aprovechamiento pueden estar relacionados, o expresan el vínculo con la problemática de hábitos de estudio de los alumnos en la escuela Secundaria en el 2004-2005 (véase Tabla 1). Cabe resaltar que uno de los hallazgos de la presente investigación, con respecto a la educación, demuestra que la tendencia mostrada indica un decremento a través del tiempo en los hábitos de estudio adecuados (véase figura 3).

Con respecto a la deserción, los investigadores que han hecho estudios sobre la deserción escolar han intentado problematizarla desde distintos lugares: los que siguen

un corte cuantitativo afirman que los que desertan viven en zonas rurales, tienen problemas económicos, las familias dejan de apoyar a los hijos, es decir, dan tendencias que hablan de los perfiles sociodemográficos de los alumnos que desertan (Santos, 1999). Otros investigan qué pasa en las propias escuelas, encontrando que los que desertan del nivel secundaria tienen que ver con la propia organización de la escuela y los elementos del currículum, con los cuales los chicos no se pueden contactar, por ejemplo, encuentran que son muchas materias desvinculadas entre sí (Quiroz, 2000) y no aprenden realmente, sino que entran en un proceso de memorización; carecen de un método enciclopédico del conocimiento, aunado a que el tipo de material utilizado también influye (Sandoval, 1998). Los que investigan desde un corte cualitativo, afirman que en estas etapas, lo que está de por medio son también los procesos de elaboración de identidad, sexualidad, la presión del grupo de iguales, los intereses que los muchachos pueden ir generando en relación a culturas juveniles, lo cual va ocasionando también el desinterés por la escuela (Rodríguez Colunga, 1999) .

En cuanto al bajo aprovechamiento, los resultados del Programa para la Evaluación Internacional de Estudiantes (Program for International Students Assessment, PISA, 2003), revelan que entre 89 y 94 por ciento de los estudiantes de telesecundaria no pueden realizar las tareas básicas en lectura y matemáticas. En matemáticas México obtuvo un promedio de 385 puntos en 2003, inferior al promedio reportado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que fue de 500 puntos. Y sólo 0.4% de los estudiantes obtuvo un nivel de competencia elevado en matemáticas (niveles 5 y 6), mientras que 65.9% de los estudiantes evaluados registró un nivel de competencia insuficiente (nivel 1 o inferior).

Por otra parte, sólo 4.8% de los estudiantes mexicanos es considerado competente en lectura que es equivalente a los niveles 4 y 5 de la OCDE. En contraste 52% se sitúa en niveles de competencia insuficiente (nivel 1 o inferior). En México sólo el 58% de los jóvenes de 15 años de edad asiste a la escuela. Mejorar la calidad de la educación también implica que todos los jóvenes de 15 años asistan a la escuela. La secundaria y la educación media corresponden a las cohortes más numerosas que deberá atender actualmente el sistema educativo. Más de 20% de cada cohorte no termina la secundaria, ni siquiera tres o cuatro años después de lo estipulado. El reto más fuerte es garantizar la cobertura universal de la secundaria.

Dentro de este conjunto de discusiones que hay acerca de los alumnos de secundaria, en la presente investigación, y de acuerdo a los resultados que ya se

mencionaron, con respecto a que el 53.8% de alumnos encuestados reporta hacer su tarea frecuentemente, pero el 42.4% reporta hacerla algunas veces, se muestra un desinterés por vincularse con los objetivos de la institución, ya que a través de las tareas se pretende afianzar los conocimientos impartidos durante la clase; este 42% muestra que la tarea es una obligación que como oficio del estudiante, no la están realizando, desvinculándose del terreno de lo escolar (Nieva, 1999).

Si retomamos que la mayoría estudia antes de un examen (59%), el 18% sólo cuando le dicen, el 14% lo hace diario, y esto se compara con los altos índices de reprobación, se refleja un desempeño pobre vinculado a la reprobación. No obstante, aunque el 59% reporta que sí estudia, y si consideramos que el examen no es la única vía de evaluación (tareas, apuntes, trabajos, elaboración de esquemas), estos datos no reflejan el vínculo con los altos niveles de reprobación. El hecho de que el 83.6% estudia en su casa, pero sólo el 6.8% acude a la biblioteca, demuestra que hay una sub-utilización de los centros de documentación, aunque las escuelas, en su mayoría cuentan con ellos. Las escuelas pueden no estar fomentando el uso de bibliotecas, sustituyéndolas por el uso de las monografías e Internet. Es decir, no sólo es que el alumno no adquiera el hábito o no cumpla con las tareas, sino que tampoco la escuela cuenta con estructuras de participación mediante las cuales el alumno se involucre con la aportación del conocimiento. Es posible que el 83% que reporta estudiar en su casa se deba al uso de monografías, Internet, y otros materiales que consiguen en la papelería. Con respecto a las actividades durante la clase, el 77.6% toma apuntes y el 13.9% memoriza. Es probable, con base en los elementos curriculares, que tomar apuntes sea por medio de dictados o copia del pizarrón, como una práctica escolar a cumplir, sin la didáctica de abstracción y concreción.

Si se habla del bajo rendimiento académico o de condiciones que puedan propiciar la deserción escolar, al observar los datos de esta investigación en lo relativo a hábitos de estudio, puede darse una desvinculación entre el conocimiento que se le ofrece al adolescente en la secundaria con sus intereses particulares, sus vivencias dentro de esta etapa de su vida, que se refleja en que no acuden a centros de documentación; aunque estudian antes de un examen, no se fomenta un estudio diario, ya que un alto número de estudiantes reconoce no realizar tareas. Esto puede gestar también el bajo rendimiento escolar y a futuro, la deserción escolar.

No debemos responsabilizar sólo al alumno, sino a la función de la escuela como tal y probablemente al papel que represente la familia en el proceso.

Con respecto a la díada escuela-alumno, se deben proponer nuevas formas de organización de las escuelas, en las que se pidan condiciones distintas de trabajar, no sólo proponer un aprendizaje memorístico, ya que en este estudio se observa que sólo el 31% reporta estudiar razonando. Se deben desarrollar nuevas formas de enseñanza de los profesores, ya que fomentan la memorización dentro de las aulas mediante pedir repuestas cortas y exactas: datos, fechas, cifras, nombres, pero no respuestas derivadas del razonamiento, así como estrategias que ayuden a los estudiantes en este nivel a consolidar sus estudios; es importante, ya que en el caso de seguir con sus estudios, estos índices de reprobación y deserción se van repitiendo en los siguientes niveles de Educación Media y Superior, ocasionando una baja eficiencia terminal en esos niveles.

En esta investigación, con datos cuantitativos se validan hallazgos de la investigación cualitativa (Nieva, 1999, Quiroz, 2000, Santos del Real, 1999, entre otros), lo cual aporta una riqueza en el entrecruce de investigaciones. Asimismo, se está cuestionando lo que se entiende por deserción, reprobación, y las propias respuestas que los participantes están diciendo. No es ubicar al adolescente o alumno en aislado (falta de hábitos de estudio), sino que esto va aparejado con la reforma de la enseñanza. No es sólo que el alumno está cadenciado, o que las escuelas deban tener más talleres de hábitos de estudio, sino que es un conjunto de condiciones estructurales en las cuales se forman como adolescentes, con intereses propios tan fuertes que los presionan a desvincularse de la escuela, (sexualidad, ansiedad), pero la escuela pone su parte mediante la falta de estrategias de enseñanza convenientes, no olvidando a la familia (González, Corral, Frías y Miranda, 1999), y a factores como el currículo.

Todos estos elementos que se han mencionado, en relación a los datos obtenidos es en este estudio y las investigaciones que se vinculan, indican que este un tema que sigue siendo álgido a través del tiempo; de hecho, en los debates actuales sobre el cambio de la escuela secundaria, se sigue pensando en cómo los planes de estudio deben tener una vinculación entre materias o que se trabaje por áreas, o que los maestros continúen formándose, pero sin embargo, se sigue reconociendo que son de los temas más polémicos. No es fácil hacer propuestas, uno podría pensar que de este estudio se recomienda que entonces los adolescentes tengan mejores hábitos de estudio a través de la escuela, mediante talleres, cursos o insistencia de los maestros. Hay que reconocer que esto último se está intentando a través de indicaciones de subrayar, esquematizar, etc, ya que los cuadernos siguen un patrón sistematizado, pero la estructura general de la

escuela va más allá de este tipo de propuestas. Este estudio permite continuar la discusión sobre el tema.

Es importante fortalecer esta condición de estrategias de estudio, ya que en el caso de seguir con sus estudios, estos índices de reprobación y deserción se van repitiendo en los siguientes niveles de Educación Media y Superior, ocasionando una baja eficiencia terminal en esos niveles.

Por otro lado, se ha visto que existe una interconexión entre el bajo rendimiento, la reprobación recurrente, la ansiedad y la depresión. De acuerdo a la SEP (2005), esto podría ser otro factor que afecte los altos niveles de deserción en secundaria.

Campos y Marturano reportaron en 2005, que a los adolescentes con fracaso escolar, con quienes se trabajó sobre sus habilidades interpersonales, a los 2 años mostraban mejores resultados académicos, mejor autopercepción y mejores conductas. Por otro lado, el modelo familiar no tradicional, de acuerdo a Bacon (2004), estaba relacionado a calificaciones más bajas. Esto podría señalar, como se encontró en el estudio, que los alumnos con bajas calificaciones, podrían reportar conflictos familiares y poca atención por parte de los padres. Asimismo, el consumo de drogas puede estar asociado a bajas calificaciones.

Es por esto que la sola actualización y modificación de los programas de estudio no es suficiente; se requiere de proponer otras estrategias, como talleres de métodos de estudio reconocidos que mejoren, tanto dichos hábitos y el desarrollo de habilidades necesarias, como la búsqueda de información e investigación sobre los temas curriculares (asistencia a bibliotecas, por ejemplo), tomando en cuenta las características y problemáticas propias del adolescente. Asimismo una verdadera reforma educativa dirigida hacia la forma de enseñar y evaluar del maestro, la vinculación entre materias y contenidos, así como su aplicación a la vida real, y el desarrollo de nuevos materiales educativos. A veces el origen de los problemas psicológicos es más fácil de detectar a tiempo, en este caso, con la implementación de talleres de cómo estudiar, así como la disponibilidad y el uso de materiales de apoyo. Mucho se ha hablado al respecto de que en la educación básica el problema no es de cobertura, sino de calidad.

Con respecto a las Fobias, como otro proceso de interés de esta investigación, cuyo componente característico es precisamente la ansiedad, también se encuentran presentes en la población, a través de las diferentes generaciones. Al aplicar a la generación del 2004 el cuestionario de Ansiedad de Beck, validado por Jurado et al. en 1998 para la población mexicana, encontramos que la Ansiedad en su nivel mínimo oscila

entre el 22.3% y el 40.7% en las diferentes muestras por región (véase Tabla 11). Esto confirmaría la presencia de ansiedad en la muestras de todas las ciudades (véase Tabla 12). Es importante destacar que uno de los componentes que se interpretan como factor de riesgo para el consumo de drogas y otros desórdenes, es la ansiedad.

Las fobias generan ansiedad y depresión, como lo señala Ollendick (2004), por lo que no es extraño que en esta muestra también se identificaran indicadores de depresión, corroborado por el instrumento de Depresión de Beck, en la generación del 2004 y la tendencia de las Fobias en todas las generaciones.

En el presente estudio, al comparar las Fobias con un modelo teórico binomial mostrado en los resultados de la generación del 2004, puede observarse cómo la ansiedad está presente en la mayoría de la población. Respecto a la presencia de fobias en la muestra, como lo afirman Miltner et al. (2004), la ansiedad es un factor que probablemente tenga influencia en el rendimiento escolar.

Con respecto a las fobias reportadas en este estudio, el 9.1% reporta de manera frecuente el temor a situaciones novedosas, y el 62% lo reporta como algunas veces. Sólo el 27.8% reporta nunca sentirlo. Asimismo, el 75% reporta miedo a los exámenes. Ambas condiciones son importantes para ser promovido, ya que las experiencias de aprendizaje son situaciones novedosas, y uno de los componentes de la evaluación es la aplicación de exámenes. Así, si observamos la tendencia que guardan las Fobias en el tiempo (figura 4), ésta es similar a la que guarda el proceso de la Depresión; se puede concluir que estos procesos son importantes para la estabilidad emocional de los adolescentes, permitiendo que desarrollen factores de protección para otros desórdenes.

De acuerdo a Dickson y McLeod (2004), la presencia de estos estados anímicos generan en los estudiantes pocas expectativas de logros académicos; por tanto, los datos permiten sugerir que en alumnos que presentan un fracaso recurrente en el ámbito escolar, es probable la presencia de fobias, ansiedad, y depresión, lo cual se demuestra en las correlaciones llevadas a cabo con esta población. En consecuencia, tendrían que desarrollarse programas de intervención dirigidos a enfrentar o resolver otros factores de riesgo, como la ansiedad y depresión, además de intervenir en las estrategias de estudio.

Con respecto al indicador del cuestionario, que hace referencia al temor reportado que sienten los alumnos ante los exámenes, se observa que los exámenes siguen utilizándose como medios muy estrechamente vinculados con el control de la conducta y con la clasificación de los estudiantes. Un examen no se aplica con el objeto de sondear, monitorear, identificar qué tanto se ha aprendido, sino como una forma muchas veces de

regular la conducta de los alumnos. Un elemento que debía tomarse como parte de una estrategia de enseñanza, les genera una tensión. Ambas situaciones pueden influir de manera directa el rendimiento escolar, ya que las experiencias de aprendizaje y evaluación son novedosas y permanentes (Sandoval, 1998).

Si tomamos en cuenta que la presencia de Ansiedad y Depresión son factores de riesgo para esta población, se puede concluir que se encontró un efecto relacional entre la Ansiedad y Depresión de manera importante con la Adicción, Agresión y percepción de Conflictos Familiares.

Otro de los procesos relevantes de la presente investigación es la Depresión. Con base en los resultados encontrados, a través del análisis realizado a los indicadores del cuestionario aplicado en este estudio, se podría concluir que el 10% de la población presentó niveles importantes de depresión, y la mitad reportó ideación suicida.

Por otro lado, al aplicar el cuestionario validado de Beck a la generación del 2004, se confirma la presencia de la Depresión de manera importante en la población, ya que basados en los puntos de corte del instrumento, en general la mitad de la población presentó una depresión mínima (véase Tabla 11), siendo que los porcentajes para la categoría de depresión severa oscilan de 6.4% a 15.4% en las diferentes ciudades y de 10.4% para el total de la población, lo cual nos permite pensar que la depresión se encuentra presente de manera importante en esta generación. Asimismo, en la población total de esta generación, el 14.7% presenta depresión moderada, es decir, este porcentaje se encuentra en riesgo de desarrollar una depresión severa. También se encontró que en los hombres, la Depresión se correlaciona de manera positiva con la Adicción, la Agresión, las Habilidades Sociales y la percepción de Conflictos Familiares, lo cual sugiere la existencia de un efecto relacional o de una interconexión de estas variables. Asimismo, en las Mujeres, la ansiedad que las Fobias contienen puede ser un factor asociado a la Depresión y a las Habilidades Sociales de manera importante. La Depresión está asociada a la Adicción, la Agresión, las Habilidades Sociales y la percepción de Conflictos Familiares.

Para Dickson y McLeod (2004), así como para Garnefski, Boon y Kraaji (2003), la depresión y la ansiedad son posibles condicionantes del consumo de drogas. Asimismo, Liebowitz (2004), establece que el desorden de ansiedad social es un factor de riesgo para el consumo de drogas. En este estudio de tendencias generacionales, basado en la lista de chequeo, el 48% de los estudiantes ingieren al menos una droga, como se verá más adelante: considerando los resultados en su conjunto, se puede afirmar que se

conjugan una serie de factores; esto es, si presentan fobias, ansiedad y pensamientos negativos (Bradley, 2004), así como vulnerabilidad al estrés, pobres estrategias de afrontamiento, agresión y depresión (Weiis, Mouttapa, Chou, Nezami, Johnson, Palmer et al, 2005), se afecta el rendimiento académico y parte de su vida. Esto llama la atención para implementar en los estudiantes estrategias de afrontamiento que disminuyan el estrés, la depresión y la ansiedad, así como el desarrollo e incremento de las habilidades sociales, sobretodo en aquéllos que presentan un fracaso escolar. Masi, Millepiedi, Mucci, Poli, Bertini y Milantoni (2004), encuentran una comorbilidad entre la ansiedad, depresión y consumo de drogas, reiterando los efectos relacionales que se analizaron en la presente investigación.

Los estudios de comorbilidad comprueban la gran necesidad de fortalecer los factores de protección de nuestros adolescentes, mejorando su estado de ánimo y disminuyendo los factores de riesgo para desarrollar desórdenes psicosociales.

Asimismo, Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angould (2003), encontraron mayor ansiedad entre mujeres que entre hombres, lo cual fue ratificado en el presente estudio.

En la presente investigación, la información sexual fue otro de los procesos de interés. Como se mencionó anteriormente, en el capítulo 1, el incremento de las cifras de embarazo entre adolescentes en los últimos años, así como la transmisión de enfermedades sexuales han cobrado importancia. En esta investigación, la media de indicadores inadecuados fue de 4.17; faltaría el 6 restante de conocimientos para revertir o detener los problemas de salud a los que se encuentran expuestos los adolescentes, lo cual representa que la información sexual reportada en la muestra, no es un factor de protección, lo cual podría explicar cómo, a pesar de las campañas de prevención e información sexual, las enfermedades de transmisión sexual sigan en aumento. Así, la adquisición de un conocimiento sexual adecuado no se ha desarrollado generacionalmente de manera correspondiente a las prácticas sexuales de nuestros adolescentes. Nuevamente, esto podría explicar los índices mostrados por CONAPO (2005) con respecto a los problemas de salud sexual y embarazos no deseados entre los adolescentes.

La evidencia más reciente proporcionada por censos y encuestas especializadas, disponible en ([http:// www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)), sugiere que la fecundidad adolescente aumentó en los últimos años en la mayoría de los países, en particular entre las menores de 18 años. Esta es una tendencia preocupante, porque la maternidad adolescente reviste adversidades bien documentadas para progenitores (y sus familias, en particular los

padres de las adolescentes) e hijos (Flores y Núñez, 2003; CEPAL, 2002). Es un hecho que la sociedad, los gobiernos y los padres consideran la maternidad adolescente como un problema (Guzmán, 2001). Esto cobra importancia, ya que en el presente estudio, el 43.7% contestó de manera incorrecta y sólo el 40.3% de manera correcta lo referente a la contracepción, lo cual demuestra un riesgo para nuestros adolescentes. Esto es importante, ya que de acuerdo a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2004), con el descenso de la fecundidad, las tasas por edades han bajado enormemente en todas las edades, salvo aquélla que acontece antes de los 20 años (fecundidad adolescente), lo que se evidencia en una correlación más débil entre esta fecundidad y la total, en particular en América Latina.

Esta mutación valórica se deriva del proceso de modernización social y económica que experimentó la región, así como a la actuación de distintos canales simbólicos, en particular la escuela, y los medios de comunicación masivos, que diseminaron ideales tendientes a una reproducción acotada, ya vigente por entonces en países desarrollados.

En las estimaciones empíricas se observa también la resistencia al descenso de la fecundidad adolescente; se reconoce un aumento de la tasa específica de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad, de 82 a 84 por 1 000 a comienzos de 1990.

Desde la perspectiva demográfica, existen al menos dos condiciones para explicar la reproducción durante la adolescencia en América Latina: la primera radica en que en esta edad, es comparativamente alta, como promedio regional, y la segunda en que su trayectoria desciende mucho menos que en las otras edades, y por ende aumenta su participación dentro de la fecundidad total, o se incrementa en términos absolutos.

Hay fuertes motivos sociales para preocuparse por la fecundidad adolescente. En primer lugar, porque afecta más intensamente a los grupos pobres (usando como relación de pobreza la escolaridad). En segundo lugar, porque se relaciona con adversidades que pueden ser mitigadas sólo en parte, debido a la situación socioeconómica de los adolescentes. Esta persistencia de riesgos demográficos se explica por una combinación compleja de comportamientos tradicionales (unión y embarazo temprano en el caso de la fecundidad adolescente en los grupos pobres) con fenómenos clásicos de exclusión y patrones culturales: carencia de información sexual, falta de acceso a medios anticonceptivos en el caso de la fecundidad no planeada (CEPAL, 2001), sesgos culturales en las relaciones sexuales y otros factores vinculados a la cultura juvenil. En México, la evolución en porcentajes de la proporción de madres de 15 a 19 años en 1990 y 2000 respectivamente, fue la siguiente: De 15 años: 1.4 y 1.8; de 16 años: 3.8 y 4.8; de

17 años: 8.6 y 10.7; de 18 años: 16.1 y 18.2; de 19 años: 24.2 y 26.2. En total: de 5.8 a 7.6.

Es claro que reducir la fecundidad adolescente, y en general, promover una iniciación nupcial y reproductiva más tardía son objetivos pertinentes de las políticas de juventud en Latinoamérica. Y dentro de esto, cabe subrayar la falta de oportunidades y de opciones como ente social, que afecta a una fracción significativa de los jóvenes latinoamericanos durante la adolescencia. De este modo, la reproducción temprana no sólo es causa, sino también consecuencia de la exclusión. Inversamente, la postergación de la maternidad y paternidad es una consecuencia de las buenas opciones educacionales y laborales. Esta estrategia, sin embargo, opera a largo plazo y el problema debe ser enfrentado con premura.

Con respecto a las adversidades que entraña la fecundidad adolescente, una parte se vincula a la salud madre-hijo, pues embarazos a edades tempranas acarrear mayores complejidades. Otro tipo de adversidad cuyo impacto social es más difundido, se relacionan con el desempeño social y económico de tres generaciones: progenitores adolescentes, sus hijos y sus padres.

Para los progenitores adolescentes, las opciones de seguir acumulando logros, sobretodo educativos, se restringen debido a las exigencias de tiempo, dedicación y recursos que demanda la crianza de un hijo, a lo que se añaden mecanismos de discriminación y exclusión de las estudiantes embarazadas.

El descenso de la fecundidad juvenil es una oportunidad para que los jóvenes puedan destinar más tiempo a su formación, maduración o adquisición de experiencia en diferentes ámbitos de vida. Las obligaciones que entrañan la maternidad/paternidad compiten con opciones alternativas como la permanencia en el sistema escolar, la inserción laboral (sobretodo en las mujeres) y la acumulación de activos o simplemente la maduración psicosocial.

Con respecto al financiamiento, cabe señalar la ausencia de información sistematizada en algunos países (CEPAL, 2004). Muchos de estos programas no han sido creados por ley y por lo tanto son temporales: requieren de la ayuda internacional y de aportes provenientes de la empresa privada, lo que tampoco contribuye a su continuidad. De acuerdo al CEPAL, en México el origen de los recursos destinados a los programas orientados hacia la juventud son el presupuesto nacional y los bancos.

Los esfuerzos por diversificar la oferta especializada a los jóvenes en materia de salud se aprecian en las estrategias por ampliar el acceso a los servicios de salud en casi

todos los países, a las que se añaden acciones orientadas a responder problemas vinculados a la embarazo adolescente y enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Panamá), el VIH (República Dominicana y Panamá) y la prevención, apoyo y control de la drogadicción (Chile, Colombia, México, Nicaragua, República Dominicana). Programas integrales de salud adolescente y de infancia existen en Chile, Costa Rica, Cuba, Perú y República Dominicana; programas específicamente orientados a la salud mental de los jóvenes sólo se registran en Colombia.

No obstante, si a la escasa información sexual que poseen nuestros adolescentes, mostrada en este estudio, añadimos la falta de datos concretos en México y que el gasto público social en salud como porcentaje del PIB fue de 3.0 para 1990/91; de 2.4 para 1994/95; 1.9 para 1998/99; 1.9 para 2000/01, estamos ante una constante situación de riesgo psicosocial en este tema, ya que las campañas de prevención en estas condiciones, no pueden arrojar los resultados esperados.

En cuanto a las Adicciones (figura 7) el presente estudio muestra que la tendencia ha aumentado, y de acuerdo a la ENA (2002), la tendencia ha seguido la producción de nuevas drogas. Esto nos hace reflexionar acerca de que la población adolescente ha estado por años en contacto con las drogas, sin que se haya podido detener ni mucho menos revertir este fenómeno; la industria de las drogas ilegales ha originado nuevas sustancias, habiendo mayor cantidad de drogas ilegales con mayor disponibilidad, incluso abaratando los costos en perjuicio de la salud del consumidor. Es de esperarse que al desarrollarse esta industria, los patrones de consumo y drogas de preferencia cambien y sigan aumentando, disminuyéndose la edad de consumo.

Se debe de propiciar que los programas de atención a consumidores sean más generalizados, más rápidos y eficaces con el objeto de detener esta tendencia. La prevención primaria debe abarcar a poblaciones escolares de menor edad, ya que en nuestro país el narcomenudeo se ha insertado en poblaciones de educación primaria de manera alarmante. Los adultos responsables de nuestros adolescentes deben desarrollar cada vez papeles más activos para afrontar esta situación. Podría mencionarse que el factor protector más efectivo contra el consumo de drogas es la nutrición afectiva de los padres, así como la información; es por esto que se deben implementar esfuerzos de investigación que prioricen la prevención en todos sus niveles. Más aún cuando se revisan los factores asociados a este problema, como lo son las habilidades sociales, cuya movilidad en este estudio muestra que la tendencia observada (figura 9), no se ha

desarrollado como debería esperarse para revertir la Agresión, la Adicción y los Conflictos Familiares (véase figura 10).

A este respecto, y de acuerdo a los hallazgos de este estudio, los adolescentes consumen más drogas, son más agresivos con el tiempo (figuras 7 y 8) y los conflictos familiares han aumentado en la misma proporción; de acuerdo a CONAPO, a partir de los 90's, las tasas de divorcio se han disparado; esto podría explicar el que los adolescentes con un solo padre sean menos atendidos, y por lo mismo haya mayores conflictos, presentando conductas no adecuadas.

Por sexo, el proceso de Adicción en hombres (véase figura 15), muestra una tendencia que aunque no es menor, es estable a partir de los 90's. Entre las mujeres se observa una gran variabilidad, mostrando una tendencia de aumento preocupante, sobretodo a partir de los 90's, cuando aparecen drogas nuevas como las metanfetaminas; puede concluirse que al surgimiento de éstas, las mujeres puedan considerarla como la droga de preferencia. Esto confirma que al surgimiento de nuevas drogas, los patrones de consumo cambien.

Llama la atención que el reactivo "beber para sentirse bien", que podría equivaler a quitarse un malestar, está en segundo lugar, después del thinner y tabaco. Es decir, reportan el consumo de alcohol con un propósito no festivo. Dado que el alcohol es un depresor, los adolescentes encuestados que lo consumen podrían hacerlo con el fin de disminuir la ansiedad u otro estado psicológico asociado a ésta. Los adolescentes que reportan consumo experimental y que superan a los consuetudinarios, se encuentran en riesgo de convertirse en consumidores frecuentes.

En esta muestra, las drogas de preferencia fueron el alcohol, el tabaco y los tranquilizantes; es probable que al preferir experimentar con drogas depresoras (alcohol y tranquilizantes), se deba al patrón de ansiedad reportado a través de las fobias, ya que reportan también el uso de alcohol para sentirse bien. No obstante, la siguiente droga de preferencia son los inhalables tóxicos y los excitantes o estimulantes, incompatibles con estados de ánimo depresivos. Sigue la preferencia por refresco de cola y pastillas, la marihuana (depresora) es la siguiente en orden de preferencia y el thinner. En un estudio del Centro de Integración Juvenil, que sigue la tendencia del consumo de drogas de 1990 a 2001, muestra cómo a partir de 1994, con el surgimiento de las metanfetaminas, su uso aumenta de manera importante (del 30 al 50% de consumo). Podría concluirse con este estudio, que los excitantes forman parte de las drogas de preferencia a través del tiempo (CIJ, 2002).

Es importante resaltar que casi la mitad (véase figura 26, modelo empírico) de los adolescentes encuestados en el 2004, reportan al menos un indicador de consumo, lo cual nos lleva a reflexionar en el sentido de que, a pesar de las campañas de prevención, las medidas legales y la información proporcionada en los currícula educativos sobre este tema, los adolescentes siguen consumiendo drogas de manera importante. Probablemente aspectos como la identificación con los pares, la identidad que busca el adolescente, el sentido de independencia y otros factores asociados a la cultura juvenil, así como la ansiedad presente como estado emocional y situaciones familiares, minimizan los efectos de los factores de protección hacia el consumo de drogas (habilidades sociales, afrontamiento y asertividad).

Si retomamos el hecho de la presencia de Ansiedad y Depresión en esta población, consideradas como factores de riesgo, se puede explicar el efecto relacional encontrado en la presente investigación entre la Adicción, la Agresión y la percepción de Conflictos Familiares.

Con respecto al proceso de Agresión, presenta la misma tendencia que las adicciones. La media fue de 1.90 y sólo el 39.2% de la población no reportó indicadores de agresión, lo cual muestra que la Agresión se reporta en el 60% de la población.

El incremento de ésta a través del tiempo, es significativo, mientras que la tendencia de las Habilidades Sociales, como se verá a continuación, va en decremento para ambos sexos.

Con base en el 2.1% que frecuentemente agrede en grupo a otros grupos, y el 17.6 que lo hace algunas veces, se puede decir que esto concuerda con ciertas características del adolescente, tales como el unirse a grupos de pares, probar su independencia, tratar de imitar estilos de conducta de adultos ejerciendo el dominio, así como planear en pandillas actos que aseguren su supremacía; por otro lado, aunque existen reportes de agredir con arma y a personas solas, estos no son la mayoría, por lo que se puede decir que no se detecta una agresión dirigida que haga pensar en una población predominantemente agresiva. Se puede concluir que en general, sí encontramos presencia de indicadores de agresión, medidos a través de los reactivos, incluidos robos, agresiones a otras personas y grupos, así como problemas legales, y que aunque hay que tomar en cuenta que muchas de estas conductas tienen que ver con concepciones propias del adolescente ante la autoridad, rebeldía e identidad, deben implementarse factores de protección y desarrollar de manera apropiada las habilidades

sociales con que cuentan, con el fin de prevenir problemas legales asociados a la agresión.

En cuanto al proceso de Habilidades Sociales, es importante destacar que se consideran necesarias como factor de protección ante las Adicciones, la Ansiedad y la presencia de Conflictos Familiares; por lo que deben establecerse mecanismos que permitan el desarrollo favorable de las mismas. Aunado a esto, una característica propia de la Adolescencia es la rebeldía, abarcando la no aceptación de autoridades, por lo que es importante contener la manifestación de conductas no asertivas y agresivas. En el presente estudio, la Agresión se mostró asociada a las Habilidades Sociales y los Conflictos Familiares, encontrándose también estadísticamente relacionada con Adicción. Como puede verse, en la población en general existe un efecto relacional entre las Habilidades Sociales, la Adicción, la Agresión y los Conflictos Familiares.

De los indicadores reportados, podemos concluir que los procesos de socialización son adecuados en la población, no así los indicadores de asertividad. Un componente de las habilidades sociales que, como se menciona al principio de este apartado, es importante como factor de protección para la agresión y la adicción es la asertividad. En el presente estudio se ve cómo a través de las generaciones, siguen existiendo problemas en los adolescentes para expresar su opinión, ya que sólo el 3.5 lo hace frecuentemente, así como el negar una petición (48.5%) y manifestar que se les está ofendiendo (44.1%); por otro lado, la falta de claridad en sus habilidades cognitivas que favorecen la asertividad, más de la tercera parte de la población nunca siente que está equivocado (38.6%), lo cual podría obstaculizar sus relaciones con autoridades y pares.

Acerca de la percepción de Conflictos Familiares, otro de los procesos de interés, la tendencia muestra un aumento con respecto al tiempo; no obstante que en la última generación la tendencia sigue un decremento, la tendencia de los procesos considerados como asociados con los Conflictos familiares (como Agresión, Adicciones y Hábitos de Estudio) ha aumentado. Es de esperarse que de seguir así, este aumento en su tendencia repercuta directamente en las relaciones familiares.

Es probable que circunstancias propias de la dinámica familiar con respecto a las mujeres adolescentes pudieran estar afectando las interacciones familiares en esta etapa de la Adolescencia. En la presente investigación se observa un efecto relacional de la percepción de los conflictos familiares con las conductas asociadas a la realidad de género en los adolescentes (permisos para salir, hora de llegada a casa, etc). A este respecto, Motrico et al. (2001), reportaron que el principal motivo por el que se originan

con más frecuencia los conflictos con los padres es la hora de llegar a casa. En esta investigación, se observa cómo las mujeres perciben más conflicto familiar que los varones adolescentes. Culturalmente, puede ser que la hora de llegar a casa sea una de las principales causas de estos enfrentamientos entre nuestras adolescentes y sus padres. Asimismo, Muñoz-Rivas y Grana-López (2001), sostienen que uno de los principales factores de riesgo familiares para el consumo de drogas en adolescentes era la ausencia de normas familiares, los conflictos entre padres y el consumo de alcohol en uno de los padres. Este efecto interconectado entre los conflictos familiares y la adicción fue encontrado en la presente investigación. Cuando revisamos las tendencias por sexo, es importante resaltar cómo en los diferentes procesos las tendencias son similares. Llama la atención cómo la Depresión también está presente en hombres de manera importante; no se observan diferencias radicales en la tendencia de la información sexual, aunque es mayor en hombres; al paso de los años, no ha incrementado como sería recomendable. El proceso de Adicción en hombres (véase figura 15), muestra una tendencia que aunque no es menor, es estable a partir de los 90's. Entre las mujeres se observa una gran variabilidad, mostrando una tendencia de aumento preocupante, sobretodo a partir de los 90's, cuando aparecen drogas nuevas como las metanfetaminas; puede concluirse que al surgimiento de éstas, las mujeres pueden considerarla como la droga de preferencia. Esto confirma que al surgimiento de nuevas drogas, los patrones de consumo cambian. Con respecto a la Agresión, el incremento de ésta con el tiempo, es significativo, mientras que la tendencia de las Habilidades Sociales va en decremento para ambos sexos.

La tendencia de la percepción de los Conflictos Familiares ha aumentado con respecto al tiempo; no obstante que en la última generación la tendencia muestra un decremento, la tendencia de los procesos considerados como asociados con los Conflictos familiares (como Agresión, Adicciones y Hábitos de Estudio) ha aumentado. Es de esperarse que de seguir así, este aumento en su tendencia repercuta directamente en las relaciones familiares.

La presente investigación fue un intento por demostrar el estado actual y la tendencia generacional seguida por los diferentes procesos psicológicos de interés. Numerosas investigaciones se han realizado en todos estos procesos en los últimos años; asimismo, muchas se han llevado a cabo con adolescentes. Sin embargo, este estudio tuvo como objetivo seguir ocho procesos diferentes a lo largo de 16 años, con cuatro generaciones diferentes. Es de gran importancia observar cómo a pesar de tantas

investigaciones, programas de asistencia y esfuerzos por combatir los desórdenes ante los que nuestros adolescentes son vulnerables, no hemos logrado incrementar habilidades de protección o decrementar los niveles de riesgo en nuestros niños.

Limitaciones y ventajas del estudio

Con base en la presente investigación, los resultados señalan algunas problemáticas a las que se enfrentan nuestros adolescentes. No obstante, cabe mencionar que algunas de las limitaciones del presente estudio fueron: por un lado, la no planeación de un estudio generacional desde el inicio; el empleo de una lista de chequeo cuyo objetivo era sólo conocer la presencia o ausencia de conductas en diferentes áreas, sin un propósito generacional; y aunque las muestras fueron replicativas, las regiones fueron seleccionadas de manera no probabilística desde la primera generación; la conformación posterior de un marco teórico sólido y el espaciamiento irregular de intervalos de observación, entre otras.

Sin embargo, algunas de las ventajas de este estudio son que los criterios de confidencialidad y anonimato fueron permanentes; la próxima entrega de los resultados de este estudio a las diferentes escuelas fueron garantizados; la adición de preguntas de la Encuesta Nacional de Adicciones a la versión de 2004 permitieron el incremento del alpha del cuestionario original; la aplicación de otros instrumentos validados en la última generación permiten un acercamiento metodológico robusto; la elaboración de un marco teórico antecedente permite la sistematización metodológica, entre otras. El objetivo de conocer la tendencia generacional de los ocho procesos de interés fue alcanzado.

Si se retoma el análisis de reversión, debemos enfatizar que es importante que las posibles acciones e intervenciones sugeridas con base en los resultados, nos permitan enfrentar los desórdenes psicosociales de los adolescentes, con acciones preventivas más eficaces para el mejor logro de su ajuste y metas.

Ya que uno de los objetivos de los estudios de tendencias consiste en derivar preguntas una vez concluidos, se deben cuestionar los modelos de conducta observados en nuestros jóvenes que tienden a presentar al consumo de alcohol, al tabaquismo, a la práctica de relaciones sexuales y a la agresión como un estilo de vida asociado al éxito, a la aceptación social y al ingreso a la etapa adulta.

Las campañas de prevención primaria deben revisar cuál es la información que realmente puedan cambiar patrones de aprendizaje que contrarresten los mensajes publicitarios.

¿Qué medidas deben tomarse para fomentar conductas sanas que eviten desórdenes sociales? ¿Qué papel debemos desempeñar los adultos responsables en la formación de los jóvenes? ¿Qué habilidades debemos desarrollar en nuestros jóvenes para que solos desarrollen mecanismos de protección que disminuyan las situaciones de riesgo y vulnerabilidad a que están expuestos?

¿Qué tanto influye la falta de cobertura educacional media superior y superior en nuestros adolescentes de secundaria, para que sus metas educativas sean reales y planeadas? ¿Cómo se debe enfocar una verdadera reforma educativa? ¿Qué intervenciones preventivas se deben implementar en las escuelas, entorno esencial de los adolescentes?

¿Cómo debemos abordar las diferencias de género, de tal suerte que las mujeres jóvenes aprendan conductas que les permitan elegir, basadas en el conocimiento y no en la experiencia fallida, su adaptación al medio que les rodea?

¿Qué estrategias de aprendizaje debemos desarrollar en los hombres adolescentes para evitar desórdenes psicosociales que los lleven a desarrollar estilos de vida arriesgados?

Si los adolescentes perciben claramente sus opciones a futuro, como una fuente de progreso, entonces sus expectativas los motivarán a continuar. Es posible que debamos desarrollar habilidades de planeación, de afrontamiento, de solución de problemas y concientización de su realidad para su mejor ajuste al medio que los rodea, en detrimento de estados de ánimo depresivos y ansiosos basados en la desilusión y la desesperanza.

En cuanto al género, cabe destacar que contrario a lo que se supone, las adolescentes presentan casi tanto consumo de drogas y conductas agresivas como los hombres adolescentes; reportan más fobias, menos información sexual que los hombres y su percepción de conflictos familiares es mayor que la de ellos; esto puede ser debido a que en esta edad, los varones comienzan a gozar de más libertades que las mujeres, lo cual puede ocasionar mayores conflictos entre las mujeres y sus familias. Podría concluirse, con base en la lista de chequeo de Silva (1993), que las mujeres de la muestra reportaron mayor presencia de fobias, mayor depresión, menor información sexual, menos habilidades sociales y menos agresión, aunque perciben más conflictos en sus familias. De acuerdo a la CONAPO, a partir de 1997 se duplica el número de divorcios y en el presente estudio, ya en la última generación existe un decremento en esta percepción. Es posible que el modelo familiar basado en un solo padre, evite la

confrontación con los hijos adolescentes, disminuyendo su percepción de los conflictos familiares; pero así como esto puede ocurrir, la falta de atención en las familias unipaternal es puede ser un factor de riesgo para ciertos desórdenes.

El presente estudio representa una aportación sistematizada y metodológica que aporta un conocimiento histórico en diferentes áreas psicológicas con respecto a los adolescentes escolarizados en nuestro país. Señala hacia donde podrían otras investigaciones desarrollarse, con el fin de nutrir el conocimiento de aquellos factores psicológicos, emocionales y sociales que han influido en el desarrollo de nuestros jóvenes generacionalmente. Se abren diferentes posibilidades de intervención, haciendo necesaria la implementación de una política de estado que atienda la presencia y mantenimiento de los desórdenes y problemáticas a las que se han enfrentado los adolescentes a lo largo de décadas. Los psicólogos de la salud debemos unir esfuerzos, priorizando de manera urgente e impostergable acciones que nos acerquen más a la realidad que viven los jóvenes, apostando a la salud mental como el objetivo final de nuestro trabajo.

REFERENCIAS

- Aseltine, R.; Gore, S.; Colten, M. E. (1988). The co-occurrence of depression and substance abuse in late adolescence. *Development and Psychopathology*, 10, (3), 549-570.
- Bacon, A.; Deslandes, R. (2004). Caracteristiques familiales, ressources educatives et reussite scolaire au niveau secondaire. *Revue Quebecoise de Psychologie*, 25, (2), 181-201.
- Bay, G., Del Popolo, F. y Ferrando, D. (2003) Determinantes próximos de la Fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos. Serie Población y Desarrollo, No. 43 (LC/L.1953-P), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de la Naciones Unidas, No. De venta: S.03.II.G.121. Santiago de Chile.
- Berenzon, S., Medina-Mora, M.E., Carreño, S., Juárez, F., Villatoro, J., Rojas, E. (1996). Las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior en el Distrito Federal, 1993. *Salud Mental*. México, 19 (1), 1-5, marzo.
- Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública*. México. 38, pp. 197-206.
- Bradley, L. (2004). The cognitive and behavioral differences between adolescents with social phobia and their non-anxious peers. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 65(3-B), 15-38. US: Univ Microfilms International.
- Bukstein, O., Winters, K., (2004) Salient variables for treatment research of adolescent alcohol and other substance use disorders. *Addiction*. Blackwell Publishing, United Kingdom, 99 (suppl 2) November.
- Cabrera, M. (2005). *Algunos Fenómenos Psicológicos en Estudiantes de Nivel Secundaria*. Tesis Profesional de Licenciatura en Psicología, FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Campos, M.; Marturano, E. (2003). Competencia interpessoal, problemas escolares e a transição da meninice a adolescencia. *Cadernos de Psicologia e Educacao Paidei*, 13

(25), pp. 73-84. Disponible en: <http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/revista.htm>

Caprara, G., Rutter, M., (1995). *Individual Development and Social Change. Psychosocial Disorders in Young people: Time Trends and Their Causes*. John Wiley & Sons, England.

Casco, M., Natera, G., Ortiz, A.; Mora. J. (1991). Características del consumo de heroína y otros opiáceos en México. *Salud Mental*, México, 14 (4), pp. 33-43, Diciembre.

Castro, M-E. (1987). El uso de drogas entre los estudiantes. Resultados de una investigación llevada a cabo durante el periodo de 1975-1985. *Salud Mental*, México, 10 (4), 30-38. Diciembre.

Castro, M. E., García M., Rojas, E., de la Serna, J. (1988) Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes mexicanos. *Salud Mental*, México, 2, Marzo-Abril.

Castro, M. E., Pérez, M. A., de la Serna, J. (1988). Costo social del uso de marihuana vinculado a la realización de actos antisociales en la población estudiantil. *Revista Mexicana de Psicología*, México, 6, (1).

Castro, M. E., Rojas, E., de la Serna, J. (1988) Estudio epidemiológico sobre el uso de drogas y problemas asociados entre la población estudiantil que asiste a los colegios de bachilleres. *Salud Mental*, México, 11 (1), pp. 35-47. Marzo.

Castro, M. E., Rojas, E., García G., de la Serna, J. (1988). Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencia en los últimos diez años. *Salud Mental*, México, 9 (4), pp. 80-85.

Coffin, N. (1999). *Relación entre Apoyo Social, Farmacodependencia y Rendimiento Escolar en Estudiantes Universitarios*. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

CONAPO, *La situación demográfica de México*, 2000. Consejo Nacional de Población, México, 2000.

- Costello, E. J.; Mustillo, S.; Erkanli, Al.; Keeler, G.; Angold, A. (2003) Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60 (8), pp. 837-844. Disponible en: <http://archpsyc.ama-assn.org/>
- Crater, E. (2004) Relationships between paternal psychological control, paternal factors, and adolescent behaviors as reported by mothers. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 65 (4-B), pp. 20-90. United States.
- Damon, W.; Eisenberg, N. (1998). *Handbook of Child Psychology*. Ed. John Wiley & Sons, New York.
- Dickson, J., Mac Leod, A. (2004). Approach and Avoidance Goals and Plans: Their Relationship to Anxiety and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, pp. 415-432.
- Duggal, S.; Carlson, E.A; Sroufe, L. A.; Egeland, Byron. (2001) Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 13 (1), pp. 143-164.
- Dunn, M. S.; Bartee, R. T.; Perko, M. A. (2003) Self-reported alcohol use and sexual behaviors of adolescents. *Psychological Reports*, 92 (1), pp. 339-348.
- Ellickson, Ph.; Tucker,J.; Klein, D.; Saner, H.. (2004). Antecedents and outcomes of marijuana use initiation during adolescence. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 39 (5), pp. 976.
- Flores, C. y Núñez, J. (2003). Teenage childbearing in Latin American Countries. Critical Decision at a critical Age, *Adolescents and Young Adults in Latin America*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Washington, D.C.
- Franko, D.; Striegel-Moore, R.; Brown, K.; Barton, B.; McMahon, R.; Schreiber, G; Crawford, P.; Daniels, S. (2004). Expanding our understanding of the relationship between negative life events and depressive symptoms in black and white adolescent girls. *Psychological Medicine*, 34 (7), pp. 1319-1330.

- Galván, J., Ortiz, A., Soriano, A., Casanova, L. (2005). Tendencias del Uso de Drogas en la Ciudad de México (1986-2003). Sistema de Reporte de Información sobre Drogas. Salud Mental, México, 28 (3), pp. 51-59.
- García, B. A. (2002). *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México*. Tesis Profesional de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Garnefski, N., Boon, S. y Kraaij, V. (2003). Relationships Between Cognitive Strategies of Adolescents and Depressive Symptomatology Across Different Types of Life Event. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, pp. 401-408.
- Garza, F. y Vega, A. (1983). *La juventud y las drogas: Guía para jóvenes, padres y maestros*. Ed. Trillas, México.
- Garza, F., de la Vega, B. Zúñiga, V. (1987). *La cultura del menor infractor*. Ed. Trillas. México.
- Godley, S. H.; Dennis, M.; Godley, M.; Funk, R. (2004). Thirty-month relapse trajectory cluster groups among adolescents discharged from out-patient treatment. *Addiction*, 99 (Suppl2), pp. 129-139. Blackwell Publishing, United Kingdom.
- Goldstein, S.; Davis-Kean, P.; Eccles, J. (2005). Parents, Peers, and Problem Behavior: A Longitudinal Investigation of the Impact of Relationship Perceptions and Characteristics on the Development of Adolescent Problem Behavior. *Developmental Psychology*, 41 (2), pp. 401-413.
- González, D., Corral, V., Frías, M., y Miranda, J.A. (1999). *Relaciones entre variables de apoyo familiar, esfuerzo académicos y rendimiento escolar en estudiantes de secundaria: un modelo estructural, en V Congreso Nacional de Investigación Educativa, Memoria Electrónica*. Aguascalientes: Consejo Mexicano de Investigación Educativa.
- González, J. (2001). *Psicopatología de la Adolescencia*. Ed. El Manual Moderno. México.

González- Forteza, C.; Berenzon, S.; Tello Granados, A.M.; Facio-Flores, D.; Medina-Mora, M. E. (1998) Ideación Suicida y Características Asociadas en Mujeres Adolescentes. *Salud Pública*, 40, pp. 430-437. México.

Guilford, J. P., Fruchter, B. (1984) *Estadística Aplicada a la Educación*. Ed. Calypso, S.A., México.

Gutman, L. M.; Sameroff, A. J. (2004) Continuities in depression from adolescence to young adulthood: Contrasting ecological influences. *Development and Psychopathology*, 16 (4), pp. 967-984.

Guzmán, J. (2001). *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva en Adolescentes de América Latina y el Caribe*. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). México, D.F.

Hankin, B., Abramson, L., Miller, N. y Haefffel, G. (2004). Cognitive Vulnerability-Stress Theories of Depression: Examining Affective Specificity in the Prediction of Depression Versus Anxiety in Three Prospective Studies. *Cognitive Therapy and Research*, 28, pp. 309-345.

Hernández, G. A. (2000). *Importancia del Grupo Familiar en la adquisición y reincidencia de la conducta transgresora de menores infractores*. Reporte de investigación para obtener el grado de Licenciatura. FES Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.

<http://www.basica.sep.gob.mx> (recuperado el 3 de octubre de 2006)

<http://www.inp.edu.mx> (recuperado el 6 de agosto de 2005)

<http://www.sep.gob.mx> (recuperado el 3 de enero de 2003)

<http://www.ssa.gob.mx> (recuperado el 7 de marzo de 2005)

<http://www.redsaludmental.com/depresión> (recuperado el 18 de mayo de 2004)

Hyoun K.; Capaldi, D.; Stoolmiller, M. (2003). Depressive symptoms across adolescence and young adulthood in men: Predictions from paternal and contextual risk factors. *Development and Psychopathology*, 15 (2), pp. 469-495. Cambridge, England.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2005).

Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1997, (INEGI), Encuesta Nacional Demográfica 1997, INEGI, México. Disponible en: [http:// www.inp.edu.mx](http://www.inp.edu.mx)

Isaia, Amy Elyse. (2005). Exploring the dynamics of dating aggression among high school students. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65 (11-B), 2005, pp. 6048.

Ivandic, J. (2001) Psychosocial characteristics of drug addicts' families. *Serbo-croatian Socijalna Psihijatri*, 29 (3) Sep. pp 111-119.

Jóvenes Mexicanos del Siglo XXI. (2002) *Encuesta Nacional de Juventud 2000*. Instituto Mexicano de la Juventud. México.

Juárez, F., Villatoro, J., Gutiérrez, M. L., Fleiz, C., Medina-Mora, M. E. (2005). Tendencias de la Conducta Antisocial en Estudiantes del Distrito Federal: Mediciones 1997-2003. *Salud Mental*, 28 (3), pp. 60-68.

Juon, Hee-Soon; Ensminger, Margaret E (1997). Childhood, adolescent, and young adult predictors of suicidal behaviors: A prospective study of African Americans. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (5), pp. 553-563.

Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., Varela, R. (1998). La Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), Junio.

Kaplan, S., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Mandel, F., Weiner M., Labruna, V. (1999) Adolescent physical abuse and risk for suicidal behaviors. *Journal of Interpersonal Violence*, 14 (9), pp. 976-988.

Keppel, G. (1991). *Design and Análisis. A Researcher's Handbook*. Prentice-Hall, Inc. United States of America.

Kohn, Laurence; Kittel, France; Piette, Danielle (2004). Peer, family integration and other determinants of cannabis use among teenagers. *International Journal of Adolescent Medicine & Health*, 16 (4), pp. 359-370. Freund Publishing House, Israel.

Kyte, Z.; Goodyer, I.; Sahakian, B. (2005). Selected executive skills in adolescents with recent first episode major depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (9), pp. 995-1005.

Laird, R.; Pettit, G.; Dodge, K.; Bates, J. (2005). Peer relationship **antecedents** of delinquent behavior in late **adolescence**: Is there evidence of demographic group differences in developmental processes? *Development and Psychopathology*, 17 (1), pp. 127-144. London. United Kingdom.

Leffert, N. Petersen, A. (1995). *Patterns of Development during Adolescence. Psychosocial Disorders in Young People time trends and their Causes*. John Wiley & Sons, England.

Levi, G. y Schmitt, J.C. (1996) *Historia de los Jóvenes. I. De la antigüedad a la edad moderna y II. La edad contemporánea*. Santillana/Taurus, Madrid.

Liebowitz, Michael R. (2004). Social anxiety disorder: Importance and awareness of treatment. *Primary Care Psychiatry*, 9 (3), pp. 97-104. Libra Pharm, United Kingdom.

Llorente, V.; Sampayo, C. (1999). Enciclopedia Océano Multimedia. México. Ed. Océano.

López Cervantes, M. (2000). Un enfoque de salud pública. *Cuadernos FISAC*. Octubre, Año 1, 1, (8).

- López - Lugo, E. (1994). *Relación entre la autopercepción del rendimiento académico y el consumo de drogas en estudiantes de educación media superior*. Tesis de Maestría en Psicología Educativa. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, pp.77-83.
- Martínez, R. Y. (1984). *La prevención de la farmacodependencia en la escuela*. Órgano informativo de los Centros de Integración Juvenil, 1, pp. 29-32.
- Martínez, N.D; Sanz, M.Y. (2001) Trabajo de diploma, *Entrenamiento en Habilidades Sociales aplicada a jóvenes tímidos*. Universidad de Oriente. CUBA, 2001,pp. 13-15.
- Masi, G.; Millepiedi, S.; Mucci, M.; Poli, P.; Bertini, N.; Milantoni, L. (2004) Generalized Anxiety Disorder in Referred Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (6), pp. 752-760. Lippincott Williams & Wilkins, US
- MacPhee, A.; King, N.; Ollendick, T. (2004). Etiology of Social Anxiety Disorder in Children and Youth-. *Behaviour Change*, 21 (3), pp. 162-172. Australian Academic Press, Australia.
- Mcdermott, S.M. (2004). The relationship between coparenting and adolescent emotional and behavioral outcomes. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 65 (4-B), pp. 2102. US: Univ Microfilms International.
- Medina-Mora, M.E. (1988). Aspectos epidemiológicos del uso de sustancias inhalables en la República Mexicana. *Salud Mental*, 10 (4), pp. 11-19.
- Medina-Mora, M.E. (2001). El Consumo del alcohol: estimaciones basadas en el autorreporte y comparaciones internacionales. *Cuadernos FISAC*. Año 2, 1 (011).
- Medina-Mora, M. E., Cravioto, M., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván, C., Tapia-Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Pública*, 45, (4). México.

- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar, S. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, (4). México.
- Menkes, C., y Suárez, L. (2003). *Sexualidad y embarazo adolescente en México*. Papeles de Población. No. 35. CIEAP/UAEM. Enero/Marzo. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México, Cuernavaca, Morelos.
- Merzel, C.; Vandevanter, N.; Middlestad, S.; Bleakley, A.; Ledsy, R.; Messeri, P. (2004). Attitudinal and contextual factors associated with discussion of sexual issues during adolescent health visits. *Journal of Adolescent Health*, 35 (2), pp. 108-115.
- Miltner, W. H. R., Krieschel, S., Hecht, H., Trippe, R. y Weiss, T. (2004). Eye Movements and Behavioral Responses to Threatening and Nonthreatening Stimuli During Visual Search in Phobic and Nonphobic Subjects. *Emotion*, 4, pp. 323-339. American Psychological Association, United States.
- Motrico, E., Fuentes, M.J. y Bersabé, R. (2001). Discrepancias en la percepción de los conflictos entre padres e hijos/as a lo largo de la adolescencia. *Anales de Psicología*, 17 (1), pp. 1-13. Universidad de Málaga. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España).
- Muñoz-Rivas, M. y José Luis Graña, J. L. (2001) Universidad Complutense de Madrid. *Psicothema*, 13, (1), pp. 87-94
- Natera, G., Ortiz, A., Casco, M., Mora, J. (1991). Características del consumo de heroína y otros opiáceos en México. *Salud Mental*, 14 (4), pp. 33-43.
- Nieva, N.L. (1999). *Estrategias de sobrevivencia de los alumnos en la escuela secundaria*. Tesis de Maestría en Ciencias de la Educación: Instituto Superior de Ciencias de la Educación del Estado de México, División Académica Ecatepec. Estado de México.

- Ollendick, Thomas H (2004). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. Child Study Center, Department of Psychology, Virginia Polytechnic Institute and State University, pp. 175-197. London: Oxford University Press.
- Ortíz, A., Rodríguez, E., Galván, J., Unikel, C., González, L. (1996). Aportes Metodológicos al estudio de las adicciones. Estado Actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19 (Supl. 1), pp. 1-7 Abril.
- Osornio, C. Leticia (1999). *Caracterización psicológica de los adolescentes suicidas*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. México, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pagano, R. (1999). *Estadística para las Ciencias del Comportamiento Internacional*. Thomson Editores. Quinta Edición.
- Parker, G; Hadzi-Pavlovic, D. (2004). Is the female preponderance in major depression secondary to a gender difference in specific anxiety disorders? *Psychological Medicine*, 34 (3), pp. 461-470.
- Paxton, K. (2002). Sexual risk behavior and african-american adolescents: The influence of depression, family, and problem behaviors". (2002) *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (9-B), pp. 4206.
- Peña-Corona, Fera, C., Medina, A. (2000). El consumo moderado de bebidas con alcohol y la salud. *Cuadernos FISAC*, Año 1, (008).
- Pettit, G.; Laird, R.; Dodge, K.; Bates, J.; Criss, M. (2001). Antecedents and behavior-problem outcomes of paternal monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Development*, 72 (2), pp. 583-598.
- Poikolainen, Kari. (2002). Antecedents of substance use in adolescence. *Current Opinion in Psychiatry*, 15 (3), pp. 241-245.

Programa de Acción: Adicciones (1999) *Alcoholismo*. Secretaría de Salud. México.

Programa de Acción: Adicciones (1999) *Farmacodependencia*. Secretaría de Salud. México.

Quiroz, R. (2000). *Las condiciones de posibilidad de aprendizaje de los adolescentes en la educación secundaria*. Tesis de Doctorado en Ciencias, Especialidad en Investigaciones Educativas. México: Departamento de Investigaciones Educativas, CINVESTAV, IPN.

Raga, Díaz, J., Rodríguez G. R. (2001). Influencia de la Práctica de Deporte para la adquisición de Habilidades Sociales en los Adolescentes. *Aula Abierta*, 78, pp. 29-45. España.

Ramos, L., Saldívar, Medina -Mora, M.E. Rojas; Villatoro, J. (1998). Prevalencia de abuso sexual entre estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública de México*, SSA, México, 40 (3).

Reinecke, M.; Simons, A. (2005). Vulnerability to Depression Among Adolescents: Implications for Cognitive-Behavioral Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12 (2), pp. 166-176.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (2).

Rodríguez Colunga, F. (1999). *Perspectivas de los alumnos de educación secundaria en el proceso escolar*, en VI Congreso Nacional de Investigación Educativa. Memoria Electrónica. Aguascalientes: Consejo Mexicano de Investigación Educativa.

Rojas, J y Díaz, V. (1974). Relaciones entre medios colectivos e interpersonales de comunicación y algunos aspectos de la farmacodependencia en una población de alumnos de enseñanza media en el Distrito Federal. México: *Cuadernos Científicos CEMEF*.

Rosovsky, H., (2001). Relación entre tragos y riesgos: evidencias y recomendaciones. México: *Cuadernos FISAC*. Noviembre. Año 2, 1, (011).

Rutter, M., Smith, D. J. (1995). *Psychosocial Disorders in Young People. Psychosocial Disorders in Young People. Time trends and their causes.* John Wiley & Sons, England.

Sandoval, E. (1998). *Escuela secundaria: institución, relaciones y saberes.* Tesis de Doctorado en Pedagogía. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Santos del Real, Annette (1999). *Valoraciones de los jóvenes sobre el currículo de secundaria, en VI Congreso Nacional de Investigación Educativa.* Memoria Electrónica. Aguascalientes: Consejo Mexicano de Investigación Educativa.

Sanz de Acedo, M.L., Sanz de Acedo, M.T., Iriarte, M.D. (2000). *Revista de Ciencias de la Educación.* No. 182. Abril- Junio. Universidad Pública de Navarra, España.

Sartor, C. E. (2005) Drinking trajectories from adolescence to young adulthood. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65(12-B), pp. 6673.

(SEP) Secretaría de Educación Pública [http:// www.sep.gob.mx](http://www.sep.gob.mx)

2001, 13, (1), pp. 87-94 Copyright © 2001 *Psicothema*

Serfaty, E. M., Casanueva, E., Zavala, M. G. , Andrade, J. H., Boffi-Boggero, H. J., Leal, N. A., Masautis, A. E., Foglia, V. L. (2001). Violencia y riesgos asociados en adolescentes. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* Año XII, 10, (3).

Sevecke, K.; Dreher, J.; Walger, P.; Junglas, J.; Lehmkuhl, G. (2005). Aggressive behaviour and substance abuse among schizophrenic adolescents compared to antisocial adolescents - A follow-up study. *Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33 (2), pp.105-112.

Silbereisen, R., Robins, L., Rutter, M. (1995). *Concepts and Data on the Impact of Social Change of Alcohol and Drug Abuse. Psychosocial Disorders in Young People. Psychosocial Disorders in Young People. Time Trends and their Cases.* John Wiley & Sons, England.

- Silva, A. (1992). *Métodos Cuantitativos en Psicología*. México, Trillas.
- Silva, A., Aragón, L.E., Ramírez, J., Vega, E., Delgado, V. y Rodríguez, G. (1993). Los problemas psicológicos de los jóvenes del centro del país. Un estudio epidemiológico. *Psiquiatría*, 9, pp. 197-211.
- Silva, A., Fierros, L. E., Ríos, R., Molina, C. (1993). Estudio Preliminar del perfil psicológico del Adolescente: Caso Hermosillo, Sonora. *Salud y Sociedad*, 2 (1) México.
- Silva, A., Ramírez, O., Vega, E., Delgado, R., Rodríguez, G. (1993). Aguascalientes: Los problemas Psicológicos de sus jóvenes. *Psiquiatría*, 10, pp. 195-213. México.
- Singleton, R., Straits, B., Millar, M. (1993). *Approaches to Social Research*. New Cork: Oxford University Press.
- Smith, D., (1995). Living Conditions in the Twentieth Century. *Psychosocial Disorders in Young People. Time Trends and their Causes*. John Wiley & Sons, England.
- Smokowski, Paul R; Mann, Emily A; Reynolds, Arthur J; Fraser, Mark W. (2004) Childhood risk and protective factors and late adolescent adjustment in inner city minority youth. *Children and Youth Services Review*, 26 (1), pp. 63-91.
- Stern C.; Fuentes-Zurita, C., Lozano-Treviño L.R.; Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública*, 45 supl 1, pp. S34-S43.
- Taylor, I., Young, T., Walton, P. (1988) *Criminología Crítica*. Ed. Siglo XXI. México.
- Torsa y Mayor, M. (1990). *Ámbitos y Aplicaciones de la Psicología Motivacional*. Ed, Descleé de Brauer. España. Universidad Complutense de Madrid. Universidad de Málaga. Copyright 2001: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

- Valsiner, J. (1979) *¿Qué tienen de "natural" los contextos naturales? Construcción cultural del desarrollo humano (y su estudio) Infancia y Aprendizaje*. Tesis Universidad North Carolina en Chapel Hill. USA.
- Vega, F. L. y García, M. H. (1984). *Bases esenciales de la salud pública*. México: La Prensa Médica.
- Velázquez, E. (1995). *La Técnica de Solución de Problemas como Método de Prevención de la Conducta Antisocial. El uso de drogas en Adolescentes*. Reporte de Investigación para obtener grado de Licenciatura en Psicología. FES Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Juárez, F., Rojas, E., Carreño, S., Berenzon, S. (1998) Drug use patterns among high school students of Mexico. *Addiction*, 93 (10), pp.1577-1588.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P. y Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000. *Salud Mental*, 25 (1). México.
- Walper, S.; Kruse, J.; Noack, P.; Schwarz, B. (2004). Paternal Separation and Adolescents Felt Insecurity with Mothers: Effects of Financial Hardship, Interpaternal Conflict, and Maternal Parenting in East and West Germany. *Marriage & Family Review*, 36 (3-4), pp. 115-145. Haworth Press, United States.
- Weiss, J., Mouttapa, M., Chou, Ch., Nezami, E., Johnson, A., Palmer, P., Cen, S., Gallagher, P., Rittolson, A., Azen, S. y Unger, J. (2005). Hostility, depressive symptoms, and smoking in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 28, pp. 49-62.
- Young, Susan; Chadwick, Oliver; Heptinstall, Ellen; Taylor, Eric; Sonuga-Barke, Edmund J. S. (2005). The adolescent outcome of hyperactive girls: Self-reported interpersonal relationships and coping mechanism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14 (5), 245-253.

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO ORIGINAL (Silva y cols. 1993)

Con este cuestionario pretendemos saber qué es lo que piensan los jóvenes de tu edad, por lo que te pedimos que lo contestes con la mayor sinceridad posible, pues de lo contrario éste no tendrá validez. Para garantizar el anonimato de tu información, no es necesario que pongas tu nombre.

De las alternativas que se te dan, escoge la que más se acerque a tu manera de pensar, marcando con una X el número que corresponda.

Lugar de origen _____ Secundaria: _____

Tipo de secundaria	Turno	Sexo
1. Pública	1. Matutino	1. Masculino
2. Privada	2. Vespertino	2. Femenino

Grado: _____ Edad en años cumplidos: _____

Promedio general: _____

- | | | |
|--|------------------|----------|
| 8. ¿Con quién vives? | 1 2 3 4 | |
| 1) Padres hermanos | 2) Hermanos | |
| 3) Familiares | 4) Otros | |
| 9. ¿El estado civil de tus padres es? | 1 2 3 4 | |
| 1) Casados | 2) Unión libre | |
| 3) Divorciados | 4) Viudo (a) | |
| 10. ¿Cuántos hermanos tienes? | | |
| 11. ¿Qué lugar ocupas por edad entre tus hermanos?
En orden descendente (del mayor al menor): | | |
| 12. ¿Quién sostiene los gastos de tu casa? | 1 2 3 4 | |
| 1) Tu padre | 2) Tu madre | |
| 3) Ambos | 3) Otros | |
| 13. ¿Qué religión profesas? | 1 2 3 4 | |
| 1) Católica | 2) Protestante | |
| 3) Mormona | 4) Otra, ¿Cuál? | |
| 14. ¿Realizas tus tareas y trabajos que te asignan en la escuela? | 1 2 3 4 | |
| 1) Frecuentemente | 2) Algunas veces | 3) Nunca |
| 15. ¿En dónde estudias? | 1 2 3 4 | |
| 1) En el camión | 2) En la casa | |
| 3) En la biblioteca | 4) En el parque | |

16. ¿Cuándo estudias, lo haces? 1 2 3 4
 1) Acostado 2) Recostado
 3) Sentado 4) Otros, ¿Cuál?
17. ¿Tienes dificultad para expresar tus pensamientos por escrito? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
18. ¿Tu asistencia a clases es? 1 2 3
 1) Constante 2) Irregular
 3) Otro
19. ¿Cuándo acostumbras estudiar? 1 2 3 4
 1) Antes de examen 2) Sólo cuando me dicen que lo haga
 3) Diario 4) Otro, ¿Cuál?
20. ¿Cuando estás estudiando, ¿realizas alguna otra actividad? 1 2 3 4
 1) Comer 2) Oír música
 3) Ver televisión 4) Solo estudio
21. ¿Cómo acostumbras estudiar? 1 2 3 4
 1) Memorizando 2) Leyendo muchas veces lo mismo
 3) Razonando 4) Otro, ¿Cuál?
22. Durante las clases: 1 2 3
 1) Tomas apuntes 2) Memorizas 3) Otro, ¿Cuál?
23. ¿Cuando vas a presentar un examen, en que materiales estudias? 1 2 3 4
 1) Tus apuntes 2) Libros sobre la materia
 3) Apuntes y libros sobre la materia 4) No estudio
24. ¿Te causa temor estar cerca de aguas profundas? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
25. ¿Tienes miedo a algún animal en especial? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
26. ¿Si permaneces mucho tiempo en un lugar cerrado, sientes miedo? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
27. ¿Te causa miedo ser tocado por otros? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
28. ¿Cuando estás en el último piso de un edificio muy alto, sientes miedo? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
29. ¿Te causa temor enfrentarte a situaciones novedosas ó indefinidas? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

30. ¿Tienes temor a estar solo? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
31. ¿Cuando vas a presentar algún examen académico, sientes miedo? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
32. ¿Cuando asistes a un lugar donde hay mucha gente, cómo te sientes? 1 2 3
 1) Bien 2) Mal 3) Te es indiferente
33. ¿Si permaneces mucho tiempo en lugares abiertos, te sientes? 1 2 3
 1) Bien 2) Mal 3) Te es indiferente
- a) Me siento calmado. 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
- b) Me siento seguro 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
- c) Estoy tenso 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
- d) Me siento ansioso 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
- e) Me siento nervioso 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
- f) Me siento "a punto de explotar" 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
- g) Me siento bien 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
- h) Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
- i) Me preocupo demasiado por cosas sin importancia 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
- f) Soy feliz 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
34. ¿Cuando estás deprimido buscas a alguien que te levante el ánimo? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
35. ¿Sientes que el futuro carece de interés? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

36. ¿Te sientes sola(o)?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
- a) ¿Te sientes triste?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
37. ¿Piensas que la vida carece de interés?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
38. ¿Piensas que nadie cuida de tí?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
39. ¿Has sentido que vas a tener un ataque de pánico?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
40. ¿Te sientes decepcionado cuando la gente no hace lo que tú quieres?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
41. ¿Tienes accesos de llanto o deseos de llorar?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
42. ¿No puedes dormir en las noches?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
- a) ¿Te despiertas con frecuencia durante las noches ó tienes pesadillas?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
- b) ¿Duermes más que antes?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
43. ¿Crees que no vale la pena vivir?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
- a) ¿Has deseado poner fin a tu vida?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
44. ¿Sabes qué es la masturbación? 1 2 3
 1) Autoestimulación 2) Eyacular 3) Llegar al orgasmo
45. Menciona al menos tres ejemplos del aparato reproductor masculino
 1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____
46. ¿Lees libros que traten temas sobre el sexo en forma seria y no los textos pornográficos?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
47. Menciona al menos tres órganos del aparato reproductor femenino

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____
48. ¿Consideras que el sexo es una función?
 1) Fisiológica natural 2) Pecaminosa 3) Inmoral 1 2 3
49. ¿La eyaculación del hombre tiene como función?
 1) Placer y reproducción 2) La competencia 3) La superioridad 1 2 3
50. ¿La ovulación en la mujer tiene como función?
 1) La reproducción 2) La competencia 3) La superioridad 1 2 3
51. Menciona al menos tres anticonceptivos que conozcas
 1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____
52. ¿Tus padres te dan informes sobre sexualidad?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
53. ¿Cuando tienes dudas acerca de cuestiones sexuales con
 quién las consultas? 1 2 3 4
 1) Padres o algún familiar 2) Maestros
 3) Amigos o conocidos 4) No le pregunto a nadie
54. ¿Has inhalado thinner?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
55. ¿Has fumado marihuana?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
56. ¿Has ingerido tranquilizantes sin prescripción médica?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
57. ¿Has tomado refrescos de cola con pastillas?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
58. ¿Has ingerido excitantes o estimulantes sin prescripción
 médica? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
59. ¿Acostumbras ingerir alcohol?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
60. ¿Has inhalado alguna sustancia tóxica?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
61. ¿Te has dado cuenta que necesitas beber para sentirte
 bien? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

62. ¿Has inhalado cemento? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
63. ¿Fumas cigarrillos? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
- a) ¿Has tomado, usado ó probado cocaína? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
- b) ¿Has usado alguna vez cocaína "crack"? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
- c) ¿Has tomado ó probado alucinógenos, como hongos, peyote, mezcalina, LSD, etc? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
- d) ¿Has tomado, usado ó probado sedantes, sin que un médico te lo recetara? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
- e) ¿Has tomado, usado ó probado heroína? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
- f) ¿Has consumido "tachas"? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
64. ¿Has tenido problemas con la policía? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
65. ¿Has formado grupos para agredir? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
66. ¿Has agredido a alguien por venganza? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
67. ¿Has agredido a personas solas? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
68. ¿Te han llamado la atención por tomar cosas ajenas? 1) frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
69. ¿Has agredido en grupo a otros grupos? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
70. ¿Has utilizado algún tipo de armas cuando agredes? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
71. ¿Has agredido en grupo a personas solas? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
72. ¿Has agredido tú solo a otras personas? 1 2 3

- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
73. ¿Has tenido problemas legales por agredir? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
74. ¿Sientes que eres equivocado? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
75. ¿Estás siempre dispuesto(a) a expresar tu opinión? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
76. ¿Te pones nervioso al presentarte en público? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
77. ¿Qué haces cuando estás con tus amigos? 1 2 3
 1) Te dedicas a escuchar 2) Dejas que te hagan bromas
 3) Te integras
78. ¿Cuando te hacen un cumplido sabes qué decir? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
79. ¿Te cuesta trabajo entablar una conversación con alguien? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
80. ¿Si la petición inicial de algo que tu quieres es rechazada, la pides para una ocasión posterior? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
81. ¿Te gusta hacer amigos cuando vas a lugares nuevos? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
82. ¿Si un amigo te hace una petición que consideras no razonable, eres capaz de negarte a hacerla? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
83. ¿Cuando sientes que un amigo te esta ofendiendo se lo haces saber? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
84. ¿Cuando estás discutiendo con tus padres te dejan decir lo que piensas? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
85. ¿Cuando comes con tus padres estos se la pasan discutiendo? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
86. ¿Tus padres te subestiman o te hacen menos? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
87. ¿Tus padres son autoritarios y dominantes cuando hablas con ellos? 1 2 3

- 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
88. ¿Cuando estás en problemas tus padres te ayudan? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
89. ¿Generalmente cuando tus padres te castigan están siendo justos?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
90. ¿Tus padres y tú realizan actividades juntos? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
91. ¿Tus padres y tú tienen grandes discusiones por cosas insignificantes?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
92. ¿Las pláticas que tienen tus padres y tú son improductivas?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
93. ¿Cuando discutes con tus padres, ellos te ofenden con palabras inadecuadas?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3

**ANEXO 2. CUESTIONARIO APLICADO A LA GENERACIÓN DEL 2004.
RECUERDA NO ESCRIBIR SOBRE ESTE CUADERNILLO**

INTRODUCCIÓN

Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando en diferentes lugares de tu ciudad. Lee con cuidado el cuadernillo y anota tus respuestas en las Hojas de Respuesta. Por favor, no hagas anotaciones en el cuadernillo.

Para que este estudio sea provechoso es muy importante que contestes a todas las preguntas con el mayor cuidado y sinceridad posible. Todas las respuestas son **estrictamente confidenciales y ninguna persona podrá ser identificada**. Es por esto que no preguntamos tu nombre y te pedimos que no lo anotes en ninguna hoja. Muchos jóvenes han contestado el cuestionario y les ha gustado cooperar con nosotros, esperamos que a ti también te guste.

Con este cuestionario pretendemos saber qué es lo que piensan los jóvenes de tu edad, por lo que te pedimos que lo contestes con la mayor sinceridad posible, pues de lo contrario éste no tendrá validez. Para garantizar el anonimato de tu información, insistimos en que no es necesario que pongas tu nombre.

Asimismo, es totalmente voluntaria tu participación.

INSTRUCCIONES

Esto NO es un examen, NO hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor contesta con cuidado.

Para cada pregunta, busca la respuesta que para tí sea la mejor. En **todas** las preguntas **deberás elegir sólo una opción**. En algunas te pedimos que escribas tu respuesta en las líneas correspondientes.

De las alternativas que se te dan, escoge la que más se acerque a tu manera de pensar, marcando con una X o el número que corresponda en las Hojas de Respuestas.

EJEMPLO.

- a) ¿Acostumbas cocinar tus propios alimentos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) nunca 1 2 3

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

DATOS SOCODEMOGRÁFICOS

Lugar de origen _____ Secundaria: _____

Tipo de secundaria	Turno	Sexo
1. Pública	1. Matutino	1. Masculino
2. Privada	2. Vespertino	2. Femenino

Grado: _____ Edad en años cumplidos: _____

Promedio general: _____

- | | | | | | |
|--|-----------------|---|---|---|---|
| 8. ¿Con quién vives? | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Padres hermanos | 2) Hermanos | | | | |
| 3) Familiares | 4) Otros | | | | |
| 9. ¿El estado civil de tus padres es? | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Casados | 2) Unión libre | | | | |
| 3) Divorciados | 4) Viudo (a) | | | | |
| 10. ¿Cuántos hermanos tienes? _____ | | | | | |
| 11. ¿Qué lugar ocupas por edad entre tus hermanos?
En orden descendente (del mayor al menor): | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) El primero | 2) El segundo | | | | |
| 3) El tercero | 4) Otro ¿Cuál? | | | | |
| 12. ¿Quién sostiene los gastos de tu casa? | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Tu padre | 2) Tu madre | | | | |
| 3) Ambos | 4) Otros | | | | |
| 13. ¿Qué religión profesas? | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Católica | 2) Protestante | | | | |
| 3) Mormona | 4) Otra, ¿Cuál? | | | | |

HÁBITOS DE ESTUDIO

- | | | | | | |
|---|------------------|----------|---|---|---|
| 14. ¿Realizas tus tareas y trabajos que te asignan en la escuela? | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Frecuentemente | 2) Algunas veces | 3) Nunca | | | |
| 15. ¿En dónde estudias? | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) En el camión | 2) En la casa | | | | |
| 3) En la biblioteca | 4) En el parque | | | | |

16. ¿Cuándo estudias, lo haces? 1 2 3 4
 1) Acostado 2) Recostado
 3) Sentado 4) Otros, ¿Cuál?
17. ¿Tienes dificultad para expresar tus pensamientos por escrito? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
18. ¿Tu asistencia a clases es? 1 2 3
 1) Constante 2) Irregular
 3) Otro
19. ¿Cuándo acostumbras estudiar? 1 2 3 4
 1) Antes de examen 2) Sólo cuando me dicen que lo haga
 3) Diario 4) Otro, ¿Cuál?
20. ¿Cuando estás estudiando, ¿realizas alguna otra actividad? 1 2 3 4
 1) Comer 2) Oír música
 3) Ver televisión 4) Solo estudio
21. ¿Cómo acostumbras estudiar? 1 2 3 4
 1) Memorizando 2) Leyendo muchas veces lo mismo
 3) Razonando 4) Otro, ¿Cuál?
22. Durante las clases: 1 2 3
 1) Tomas apuntes 2) Memorizas 3) Otro, ¿Cuál?
23. ¿Cuando vas a presentar un examen, en que materiales estudias? 1 2 3 4
 1) Tus apuntes 2) Libros sobre la materia
 3) Apuntes y libros sobre la materia 4) No estudio

FOBIAS

24. ¿Te causa temor estar cerca de aguas profundas? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
25. ¿Tienes miedo a algún animal en especial? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
26. ¿Si permaneces mucho tiempo en un lugar cerrado, sientes miedo? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
27. ¿Te causa miedo ser tocado por otros? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
28. ¿Cuando estás en el último piso de un edificio muy alto, sientes miedo? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

29. ¿Te causa temor enfrentarte a situaciones novedosas ó indefinidas? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
30. ¿Tienes temor a estar solo? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
31. ¿Cuando vas a presentar algún examen académico, sientes miedo? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
32. ¿Cuando asistes a un lugar donde hay mucha gente, cómo te sientes? 1 2 3
 1) Bien 2) Mal 3) Te es indiferente
33. ¿Si permaneces mucho tiempo en lugares abiertos, te sientes? 1 2 3
 1) Bien 2) Mal 3) Te es indiferente

ESTADO DE ÁNIMO

34. ¿Cuando estás deprimido buscas a alguien que te levante el ánimo? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
35. ¿Sientes que el futuro carece de interés? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
36. ¿Te sientes sola(o)? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
37. ¿Piensas que la vida carece de interés? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
38. ¿Piensas que nadie cuida de tí? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
39. ¿Has sentido que vas a tener un ataque de pánico? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
40. ¿Te sientes decepcionado cuando la gente no hace lo que tú quieres? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
41. ¿Tienes accesos de llanto o deseos de llorar? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
42. ¿No puedes dormir en las noches? 1 2 3
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

43. ¿Has deseado poner fin a tu vida? 1 2 3
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

INFORMACIÓN SEXUAL

44. ¿Sabes qué es la masturbación? 1 2 3
1) Autoestimulación 2) Eyacular 3) Llegar al orgasmo
45. Menciona al menos tres ejemplos del aparato reproductor masculino
1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
46. ¿Lees libros que traten temas sobre el sexo en forma seria y no los textos pornográficos? 1 2 3
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
47. Menciona al menos tres órganos del aparato reproductor femenino
1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
48. ¿Consideras que el sexo es una función? 1 2 3
1) Fisiológica natural 2) Pecaminosa 3) Inmoral
49. ¿La eyaculación del hombre tiene como función? 1 2 3
1) Placer y reproducción 2) La competencia 3) La superioridad
50. ¿La ovulación en la mujer tiene como función? 1 2 3
1) La reproducción 2) La competencia 3) La superioridad
51. Menciona al menos tres anticonceptivos que conozcas
1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
52. ¿Tus padres te dan informes sobre sexualidad? 1 2 3
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
53. ¿Cuando tienes dudas acerca de cuestiones sexuales con quién las consultas? 1 2 3 4
1) Padres o algún familiar 2) Maestros
3) Amigos o conocidos 4) No le pregunto a nadie

DROGAS

54. ¿Has tomado refrescos de cola con pastillas? 1 2 3
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca

55. ¿Has inhalado alguna sustancia tóxica?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
56. ¿Has inhalado thinner?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
57. ¿Has inhalado cemento?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
58. ¿Acostumbas ingerir alcohol?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
59. ¿Te has dado cuenta que necesitas beber para sentirte bien?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
60. ¿Fumas cigarrillos?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
61. ¿Has fumado marihuana?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
62. ¿Has ingerido excitantes o estimulantes sin prescripción médica?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
63. ¿Has tomado, usado ó probado cocaína?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
64. ¿Has usado alguna vez cocaína "crack"?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
65. ¿Has consumido "tachas"?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
66. ¿Has tomado ó probado alucinógenos, como hongos, peyote, mezcalina, LSD, etc?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
67. ¿Has tomado, usado ó probado heroína?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
68. ¿Has ingerido tranquilizantes sin prescripción médica?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
69. ¿Has tomado, usado ó probado sedantes, sin que un médico te lo recetara?
 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3

AGRESIÓN

70. ¿Has tenido problemas con la policía? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
71. ¿Has formado grupos para agredir? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
72. ¿Has agredido a alguien por venganza? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
73. ¿Has agredido a personas solas? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
74. ¿Te han llamado la atención por tomar cosas ajenas? 1) frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
75. ¿Has agredido en grupo a otros grupos? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
76. ¿Has utilizado algún tipo de armas cuando agredes? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
77. ¿Has agredido en grupo a personas solas? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
78. ¿Has agredido tú solo a otras personas? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
79. ¿Has tenido problemas legales por agredir? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3

HABILIDADES SOCIALES

80. ¿Sientes que eres equivocado? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
81. ¿Estás siempre dispuesto(a) a expresar tu opinión? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
82. ¿Te pones nervioso al presentarte en público? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
83. ¿Qué haces cuando estás con tus amigos?
1) Te dedicas a escuchar 2) Dejas que te hagan bromas
3) Te integras 1 2 3
84. ¿Cuando te hacen un cumplido sabes qué decir? 1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3

85. ¿Te cuesta trabajo entablar una conversación con alguien?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
86. ¿Si la petición inicial de algo que tu quieres es rechazada, la pides para una ocasión posterior?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
87. ¿Te gusta hacer amigos cuando vas a lugares nuevos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
88. ¿Si un amigo te hace una petición que consideras no razonable, eres capaz de negarte a hacerla?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
89. ¿Cuando sientes que un amigo te esta ofendiendo se lo haces saber?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
90. ¿Cuando estás discutiendo con tus padres te dejan decir lo que piensas?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3

FAMILIA

91. ¿Cuando comes con tus padres, estos se la pasan discutiendo?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
92. ¿Tus padres te subestiman o te hacen menos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
93. ¿Tus padres son autoritarios y dominantes cuando hablas con ellos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
94. ¿Cuando estás en problemas tus padres te ayudan?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
95. ¿Generalmente cuando tus padres te castigan están siendo justos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca
96. ¿Tus padres y tú realizan actividades juntos?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
97. ¿Tus padres y tú tienen grandes discusiones por cosas insignificantes?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3

98. ¿Las pláticas que tienen tus padres y tú son improductivas?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3
99. ¿Cuando discutes con tus padres, ellos te ofenden con palabras inadecuadas?
1) Frecuentemente 2) Algunas veces 3) Nunca 1 2 3

N^o cuenta: 7255459-1

coffin@servidor.onam.mx

tel. 58 241267