



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

T E S I S

**ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTILOS DE VIDA
DE LOS ADOLESCENTES EN HUESO DE PUERCO,
CENTRO , TABASCO 2007**

PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

GUADALUPE GOMEZ DOMINGUEZ

VILLAHERMOSA, TABASCO

ENERO 2008



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.

**ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS
ADOLESCENTES EN HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA

DRA. GUADALUPE GOMEZ DOMINGUEZ

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL-ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA

UNAM
F. García Pedroza
DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

UNAM

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

UNAM

**ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS
ADOLESCENTES EN HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA

DRA. GUADALUPE GOMEZ DOMINGUEZ

DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

QUIM. SERGIO LEÓN RAMIREZ
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y ENSEÑANZA DE LA
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

DR. CARLOS GARCÍA LARA
JEFE JURISDICCIONAL JURISDICCION, # 04
CENTRO TABASCO



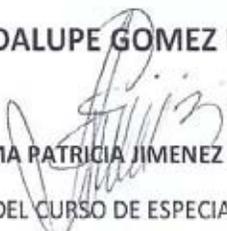
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

**ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS
ADOLESCENTES EN HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. GUADALUPE GOMEZ DOMINGUEZ


DRA. EMMA PATRICIA JIMENEZ HERNÁNDEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA

FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN CAAPS. GAVIOTAS CENTRO, TABASCO


MCSP CARLOS OSORIO AMEZQUITA

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

MAESTRO EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA

SECRETARIA DE SALUD

VILLAHERMOSA, TABASCO

ENERO 2008

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Son tantas personas a las cuales debo parte de este triunfo, de lograr alcanzar mi culminación académica, la cual es el anhelo de todos los que así lo deseamos.

Definitivamente, Dios, mi Señor, mi Guía, mi Proveedor, mi Fin Ultimo; sabes lo esencial que has sido en mi posición firme de alcanzar esta meta, esta alegría, que si pudiera hacerla material, la hiciera para entregártela, pero a través de esta meta, podré siempre de tu mano alcanzar otras que espero sean para tu Gloria.

A mis padres y hermanos por darme la estabilidad emocional, sentimental; para poder llegar hasta este logro, que definitivamente no hubiese podido ser realidad sin ustedes. GRACIAS por darme la posibilidad de que de mi boca salga esa palabra...FAMILIA. Esposo Carlos, Hijos Karla y Carlos , serán siempre mi inspiración para alcanzar mis metas, LES AMO.

A todos mis amigos pasados y presentes; pasados por ayudarme a crecer y madurar como persona y presentes por estar siempre conmigo apoyándome en todo las circunstancias posibles, también son parte de esta alegría, LOS RECUERDO.

A mi prima Luvia persona que fue mi apoyo durante este agradable y difícil periodo académico, y por seguir soportándome y siendo parte de mi vida, TE VALORO.

A LA DRA EMMA PATRCIA, que me permitió estar en su grupo de especialidad, así como todo su apoyo incondicional y depositar su confianza en mi. Admiro su calidad humana.

A mi asesor de tesis y esposo Dr. CARLOS, fuiste un pilar en los ánimos y desarrollo de esto, gracias a TI por ser el último escalón para poder alcanzar este sueño, este MI SUEÑO, que ahora es una realidad.

Para mi suegra y mis cuñados y cuñadas por desearme lo mejor.

A mis amigos por su amistad incondicional y sus oraciones

Y a todos aquellos, que han quedado en los recintos más escondidos de mi memoria, pero que fueron participes en cincelar a esta Lupita Gómez, GRACIAS.

Índice

1. INTRODUCCION.....	1
2. MARCO TEORICO	2
2.1 ANTECEDENTES DE ADOLESCENCIA	2
2.2 LOS AGENTES DEL CAMBIO	3
2.3 DEFINICION LA ADOLESCENCIA:	7
2.4 MARCO SOCIAL DEL ADOLESCENTE	8
2.5 EL MUNDO DEL ADOLESCENTE.	13
2.6 HABITOS DE VIDA Y CONSUMO DE LOS ADOLESCENTES.	17
2.7 ESTILOS DE VIDAS SALUDABLES EN AMÉRICA LATINA.....	33
2.8 ESTILOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES EN MEXICO	39
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	45
4. JUSTIFICACIÓN:.....	46
5. OBJETIVOS.....	47
OBJETIVO GENERAL	47
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	47
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	48
UNIVERSO:	48
RECOLECCION DE DATOS	48
7. RESULTADOS.....	49
8. DISCUSION.....	56
9. CONCLUSIONES.....	58
10. RECOMENDACIONES.....	60
11. BIBLIOGRAFIA.....	61
12. ANEXOS	64

I.- INTRODUCCION

El estilo de vida puede ser considerado como algo tan amplio que abarque cuestiones referentes a la casa en que uno vive, el coche o moto que conduce, la ropa que lleva, cómo distribuye su tiempo libre, qué actividades realiza. Todos estos hábitos que el adulto considera como parte de sí mismo, piezas de su puesta en la escena social, elementos que han ido configurando su ser social, han sido adquiridos a lo largo del proceso de socialización, y precisamente la etapa adolescente es una de las que adquiere mayor relevancia en este proceso. Mientras que cuando somos niños los padres ejercen gran influencia en la socialización de los estilos de vida, guiando la alimentación, la distribución del tiempo libre, la forma de vestir, cuando llega la adolescencia los jóvenes han de tomar varias decisiones por sí mismos. Los fines de semana en los que anteriormente los padres decidían sus actividades se han convertido en una puesta a prueba de su capacidad para tomar decisiones sobre aspectos relacionados con la distribución de su tiempo libre. Las relaciones con los pares van a cobrar gran importancia durante este periodo.

Algunas características de los estilos de vida de los adolescentes de la localidad de Hueso de puerco del Municipio de Centro, Tabasco, nos lleva a decidir guiar la salud a los adolescentes para un futuro de vida para ellos, su familia y comunidad.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ADOLESCENCIA

La forma actual de entender la adolescencia es un fenómeno reciente. Como período evolutivo estuvo englobada en la infancia hasta el siglo XVIII. Durante la Antigüedad existía una división teórica de toda la infancia y adolescencia recordada por Isidoro de Sevilla: infancia hasta los 7 años, puericia entre los 7 y los 14 años, adolescencia de 14 a 21 años, (en relación con un sistema basado en el número 7).

A comienzos del siglo XIV, Dante recogiendo una idea de Avicena, define la primera edad y la adolescencia (desde el nacimiento hasta los 25 años cumplidos). El término adolescente empleado por Dante (hasta la edad de 25 años) se sitúa más allá del concepto actual del crecimiento, refiriéndose al estado de dependencias sociales y económicas que caracterizan a esta edad.

Incluso más tarde tampoco despertó un interés especial como una etapa diferente hasta el período 1900-1920, en el que se reconoce la existencia de cambios drásticos en la pubertad y se acepta el término adolescente, apareciendo el concepto de “juventud” como lo entendemos hoy en día y cuya definición social se determina por un proceso biológico de maduración.

Con el concepto de adolescencia como período diferenciado, llegó también el intento de comprensión de sus características. Sólo entonces es cuando la Medicina se plantea el estudio de este grupo de edad.

El desarrollo de la Medicina del Adolescente como disciplina a lo largo de este siglo, ha estado condicionado por los cambios relacionados con la mortalidad y morbilidad infantil.

La Medicina del Adolescente como especialidad médica tiene su origen a principios de los 50 cuando Balaguer estableció la primera clínica para adolescentes en el Boston Children’s Hospital (EE.UU.). ¹

En 1966, en la American Academy of Pediatrics (AAP) aparece el Committee on Youth. Y en el 68, se forma la Society for Adolescent Medicine. La AAP cambió el nombre por el de Committee on Adolescence en 1970, y en 1978 se creó la Section on Adolescent Health, para proporcionar un círculo de trabajo sobre los problemas de la adolescencia.

Francia fue pionera en Europa al crear a inicio de los 80 en el Hospital de Bizet (París) una Sección de Adolescentes. En España la primera investigación sobre el consumo de drogas se realizó por el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica en 1966 y versó sobre el alcohol.²

2.2 LOS AGENTES DEL CAMBIO

En la base de gran parte del pensamiento médico contemporáneo se encuentra un cambio radical en la morbilidad. En la medida que las ciencias curativas han alcanzado un éxito creciente en el control de las eternas amenazas para la vida humana, el campo de la patología se ha modificado con la aparición de nuevas enfermedades y los interesados de la sanidad han mostrado una mayor impaciencia ante la gran cantidad de enfermedades evitables.

Estos cambios en los modos de enfermar han obligado a la Medicina a ampliar sus perspectivas. En lugar de buscar una conexión entre una enfermedad y su causa específica, ha sido necesario encontrar denominadores comunes en la experiencia vital de las personas que enferman, que puedan diferenciar sus historias de otras no afectadas de esa enfermedad.

En general, el estudio del modo en que las enfermedades afectan a los grupos humanos y de la forma en que dichos grupos reaccionan ante la enfermedad suministra un campo fundamental para la aplicación del conocimiento y de las técnicas de investigación en la epidemiología social.

En la actualidad se pueden entender algunos problemas de salud como social y no sólo como individual, de manera que para su solución se necesitan las llamadas "Políticas de Salud", que consisten en el apoyo que desde otros campos de la

promoción de la salud recibe la Sanidad. A finales de la década de los 70 se empezó a gestar un nuevo concepto de Salud Pública basado en el hecho constatado durante la clínica de que existen un gran número de muertes prematuras y de incapacidades que son prevenibles.

La Nueva Salud Pública, es un planteamiento que integra cambios ambientales, medidas preventivas personales y aspectos sociales de los problemas de salud que están causados por el estilo de vida. En este sentido, el “ambiente” se considera social y psicológico al igual que físico. Según esta nueva “filosofía” se intenta evitar el culpabilizar al paciente de su propia mala salud o de sus estilos de vida no saludables.

La Salud Pública así entendida, resulta ser una disciplina en cambio constante, por lo que su contenido y las diferentes áreas que comprende se amplían continuamente. En los últimos años se asiste a la aparición de un nuevo concepto que ha ido invadiendo el ámbito de la Asistencia Primaria, en lo que se refiere a Salud Pública: “La promoción de la salud” Podríamos definirlo como «el proceso que capacita a los individuos y a la comunidad para aumentar su control sobre los determinantes de su salud y por tanto mejorarla. La salud es un concepto positivo centrado en los recursos sociales y personales, así como en las propias capacidades físicas” Consecuentemente, las medidas preventivas deben ser generales, tendiendo a estimular a la gente a vivir más sanamente, dando un sentido más positivo a la salud, “años a la vida” y “vida a los años”

El interés creciente de todos estos temas generó una revisión por parte de la OMS que quedó expresada en: “La Estrategia Global de Salud para Todos en el año 2000”.

Uno de los conceptos más novedosos de la “promoción de la salud”, desarrollados por la OMS, proviene de la necesidad de la participación comunitaria en el análisis de los determinantes de salud. En ellos se hace un especial énfasis en dos aspectos: en un sentido, en los modos de vida saludables, que en cierto modo responsabilizan al sujeto de su buena o mala salud, pero también en la creación de ambientes más favorecedores de la propia salud. En este documento citado, la

OMS identifica como una de las metas principales para conseguir la salud para todos:

“La Promoción de estilos de vida dirigidos hacia la salud.”

En este apartado se recomienda:

El desarrollo de una conciencia individual sobre los riesgos para la salud y los cambios que se deberían realizar en la conducta de las personas para mejorarla. Estos cambios deberían realizarse en las primeras edades de la vida para obtener unos beneficios a largo plazo. Un enfoque multisectorial, donde deben quedar implicados todos los organismos que puedan influir en la mejora de las condiciones sociales y económicas que guardan una relación directa con la elección de un estilo de vida determinado.

La disminución de estilos dañinos para la salud mediante información y educación, aceptando que existen riesgos para la salud que generalmente son autoimpuestos, como el consumo de alcohol y tabaco, una nutrición desequilibrada o las enfermedades de transmisión sexual. Para esto resulta necesario un control y unas medidas eficaces. En los últimos 50 años se ha venido asistiendo a unos cambios sociológicos profundos derivados de la progresiva industrialización y de los avances tecnológicos que han producido una transformación de la ideología social y de nuestra manera de pensar. Se ha visto afectada la pauta de alimentación habitual, los lactantes abandonaron la lactancia natural por la artificial, entre los adolescentes es habitual la alimentación conocida como “comidas rápidas” sobre todo a base de hamburguesas y pizzas, han aparecido cambios en el núcleo familiar, la mujer se incorpora al trabajo y las relaciones sexuales cada vez son más frecuentes entre los adolescentes. El marketing y la publicidad, las diferentes manifestaciones de música moderna rock, heavy, rockabilly, hip-hop, la difusión de la generalización del consumo de tabaco y alcohol, la pornografía, los videojuegos y la televisión han impactado enormemente sobre nuestra sociedad cambiando nuestros hábitos, unas veces de forma positiva y otras negativamente.

Todos estos cambios sociales, han determinado un estilo de vida diferente, una nueva manera de vivir y de plantearse los momentos de ocio y nuevas pautas de comportamiento que se reflejan también en la conducta de los adolescentes.

Es evidente que el tipo de cambios que son necesarios en relación con la nutrición, el alcoholismo, la drogadicción y el tabaco, no dependen exclusivamente de elecciones individuales, sino que están influidos por las condiciones económicas, legislativas y culturales prevalentes.

La creación en España de la Sección de Adolescencia, ha servido para aumentar el interés no sólo de las tradicionales enfermedades y procesos que afectan a este grupo de edad, sino también para investigar un grupo de procesos que estaban pasando a ser identificados colectivamente como la “nueva morbilidad. Con este término, se incluye aquella patología que tiene su origen en causas sociales más que biológicas e incluyen situaciones como el abuso de medicamentos y sustancias perjudiciales para la salud, enfermedades de transmisión sexual, embarazo, problemas de salud mental como anorexia nerviosa o suicidio y comportamiento agresivo entre otras.

A pesar de que hace ya un siglo que Virchow declaró que “la medicina es una ciencia social”, hasta hace unas décadas no se ha iniciado el estudio de los factores sociales y su relación con las enfermedades.

Desde el punto de vista social, dos son los aspectos que interesan en el presente trabajo. En primer lugar, las enfermedades no son ni uniformes ni azarosas en su incidencia, sino que se observa que son más o menos comunes entre los distintos grupos sociales. El estudio de estas distribuciones de la enfermedad, según el conocimiento acerca de la estructura social y de los diferentes modos de vida que se imponen a la gente, proporciona con frecuencia las claves acerca de la naturaleza y causas de la enfermedad.

En segundo lugar, las personas tienden a actuar y a vivir desde la perspectiva de su propia subcultura, lo que significa que el estilo de vida y el comportamiento

social del individuo y su grupo puede influir en el desarrollo de pautas de conductas que guarden relación con algunas enfermedades.

En definitiva, se pretende estudiar al adolescente como persona, con sus posibles Influencias familiares sociales o culturales. El estudio por parte de la Salud Pública de la nueva morbilidad ya comentada, ha inducido a la elaboración de la presente tesis, con el ánimo de conocer más y mejor la adolescencia.

Por ello, el objetivo del presente ha sido el determinar los hábitos de vida de los adolescentes, así como el consumo de drogas legales e ilegales de dicha población, e igualmente averiguar las posibles relaciones entre los hábitos de vida con el consumo de sustancias nocivas para la salud.

2.3 DEFINICION LA ADOLESCENCIA:

Ante todo, cabe diferenciar dos términos a menudo usados indistintamente, pero que resultan claramente diferentes: adolescencia y pubertad.

La adolescencia abarca un período amplio y de límites imprecisos, que se inicia con los primeros cambios físicos (estirón prepuberal) y termina con el final del crecimiento.

La pubertad, es un período en la vida de la persona, que comienza con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando se adquiere plena capacidad reproductiva. Etimológicamente, el término adolescencia proviene del latín *adolescere*, que significa padecer, y *adolescente*, proviene del participio presente *adolescens*. El participio pasivo del mismo verbo *adultus* señala que el desarrollo y crecimiento han acabado.³

La adolescencia se refiere a un “proceso” más que a un “estado”, con un inicio y final poco precisos. Siguiendo las recomendaciones de los Comités de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, se define como “la etapa de la vida que abarca entre los 10 y los 19 años, ambos sexos incluidos, que se inicia con los primeros cambios físicos y morfológicos que preceden a la aparición de los caracteres sexuales secundarios y concluye con el termino del crecimiento y desarrollo global’. Concepto similar acepta la American Academy of Pediatrics:

“proceso psicosocial que comienza entre los 10 y los 13 años de edad con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina alrededor de los 20 años, cuando cesa el crecimiento somático y la maduración psicosocial. ⁴ En estos límites queda incluida la pubertad, que se extiende de los 10 a los 14-15 años. Lo característico de la adolescencia es que conlleva además de los cambios físicos y de desarrollo, unos procesos de maduración psicológicos y sociales.

Clásicamente se divide en tres períodos a la adolescencia: una primera etapa o “inicial” (entre 10-13 para la mujer, y 12-14 para el varón); una segunda etapa “intermedia” (13-16 años para la mujer y 14-17 para el varón); y una tercera “tardía”(16-18 años para la mujer, y 17-19 para el varón).

Ocasionalmente, se utiliza el término “juventud” para enmarcar el período pospuberal, entre 15-19 años y el que continúa hasta los 25 años.

2.4 MARCO SOCIAL DEL ADOLESCENTE

El hombre funciona como un “todo”, por eso en la adolescencia conviene no separar determinados factores que influyen por igual: biológico, psicológico y social. En realidad, se puede decir que el adolescente forma parte de un “ecosistema” en el que influyen decisivamente además de los factores antes citados, muchos otros, como el marketing y la publicidad, la música y la televisión. Reagrupando estos componentes que interaccionan entre si en el mundo del adolescente pueden verse más resaltados los aspectos individuales, ambientales y sociales

FACTORES DE SOCIALIZACION.

La socialización consiste en la aceptación de patrones de conducta, creencias y actitudes de los miembros de una sociedad.

FACTORES FAMILIARES.

Tradicionalmente, es en la familia donde se han enseñado “modelos” que permiten el desarrollo. El proceso de socialización y aprendizaje que comienza en la familia

resulta ser determinante en la adquisición de capacidades para tomar decisiones en cuanto a enfrentarse a problemas y resolverlos. En los últimos años, diversos trabajos han puesto de manifiesto la importancia del ambiente familiar así como la figura del padre y de la madre y la relación entre ellos y los hijos en la configuración de la personalidad de los niños. El modelo social que proporcionan los padres juega un papel determinante en el aprendizaje del consumo de drogas, tanto por la influencia directa que ejerce la familia sobre el desarrollo de la personalidad, como por el ambiente familiar que se crea sobre todo en torno al consumo de las drogas legales.^{2,5}

La influencia familiar es tan decisiva, que resulta ser un factor concluyente en el inicio del consumo y como se verá más adelante, a menor edad de inicio en el consumo, mayor resulta ser el riesgo de desarrollar pautas de abuso de sustancias. Así por ejemplo, el aprendizaje de la ingesta de alcohol se adquiere dentro de la propia familia y generalmente antes de los 13 años⁵. También el grado de autoestima se relaciona con el ambiente familiar, encontrando en la mayoría de los jóvenes involucrados en drogas duras una estructura de personalidad frágil, caracterizada principalmente por un nivel de autoestima bajo y signos elevados de depresión y apatía.⁵

Aparecen actitudes autodespreciativas que explican la adopción de comportamientos agresivos, actos delictivos y abuso de drogas. Entre los antecedentes familiares de drogadictos se ha encontrado el divorcio, muerte del padre, alcoholismo en un progenitor (64%) o en un familiar próximo (16%), y consumo de heroína o cannabis en otro miembro familiar (8%). El menor de los hijos (36%) y los primogénitos (28%) parecen ser los más afectados dentro de la prole familiar.

INTERACCION BARRIO-ADOLESCENTE: LOS AMIGOS.

Con la adolescencia, la importante influencia que ejercieron los padres en los primeros años de la vida, queda atrás; los amigos y el ambiente social ocupan en adelante el primer plano.

Cada contexto social tiene sus expectativas, sus estilos de vida, su estructura social diferenciada, el que un adolescente viva en uno u otro lugar determina en buena manera su personalidad y su futuro.

Se podría señalar que parte de la problemática de la adolescencia esta estrechamente unida a la historia de los barrios y sus territorios. La influencia de la “subcultura” del barrio sobre el adolescente es decisiva, ya que el grupo de iguales proporciona distintas funciones como son crear nuevas normas de conducta y también enseña los mecanismos necesarios para que se cumplan dichas normas.

Los amigos del grupo proporcionan información sobre las conductas que son apropiadas en diferentes situaciones ajenas a las enseñadas en la familia. En el barrio es donde los chicos y chicas aprenden los valores culturales de la calle y donde el grupo mantiene una serie de reglas respecto al consumo de drogas legales e ilegales que el miembro individual también adopta. En este sentido en la mayoría de los trabajos revisados los adolescentes que fuman, beben o consumen otra droga tienen amigos que también lo hacen. El uso de drogas es socialmente inducido y socialmente controlado por el grupo de iguales.

MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL.

La cultura juvenil esta marcada por los medios de comunicación: TV, radio, cine, discos, video..., que llenan una buena parte del tiempo libre. Entre todos los medios de comunicación de masas, por su importancia destaca la televisión que junto con la publicidad constituyen uno de los impactos sociales más importantes de este siglo. Más de 20 millones de personas ven la televisión en nuestro país diariamente y por un espacio de tiempo que alcanza las tres horas. Por la rapidez y su generalización la TV es el medio de información por excelencia, habiéndose convertido en la mayor fuente de información en nuestras vidas. La inmensa mayoría de la población accede al conocimiento del entorno a través de los medios de comunicación. Respecto al altísimo grado de influencia que determina la televisión, piénsese por ejemplo en la cantidad de modas y modismos en el

hablar que determinan algunos anuncios y series juveniles sobre nuestra juventud. El grado de influencia de la televisión guarda relación con la cantidad de tiempo que se pasa viéndola y del efecto acumulativo de lo que se ve. En la actualidad, la publicidad ha pasado a ser otro importante medio de comunicación de masas. La influencia sobre el telespectador se sitúa a dos niveles: por un lado de tipo conductual, favoreciendo la adquisición del producto; por otro a nivel cognitivo, haciendo deseable un producto y reforzando una gama de modelos y valores. El mecanismo de aprendizaje por el que se influye sobre el consumidor es fundamentalmente por “asociación” e “imitación de modelos”: a un objeto, persona o situación se le asocian determinados elementos de forma que aporten a los que vean el anuncio una imagen positiva. Curiosamente esta asociación no tiene por qué ser manifiesta, sino que suele ser latente. En general, en las campañas publicitarias se elude evocar connotaciones negativas, como puede ser el utilizar el nombre genérico de una bebida alcohólica (vino, ron, ginebra). Por otro lado se intenta asociar ciertos tipos de bebidas a determinados grupos sociales: combinados y adolescentes; vino de consumo de mesa y clases populares; alto nivel social y whisky; de esta manera el alcohol se convierte en un diferenciador social.

La mayoría de los anuncios de tabaco y alcohol se asocian con vida al aire libre, salud, naturaleza, juventud, diversión, sexo, tranquilidad, elegancia, distinción, poder y clase social entre otros. El principal peligro que produce la publicidad en lo referente a consumo de sustancias dañinas para la salud no es únicamente la compra directa de las mismas, sino la actitud “positiva” que genera hacia ellas, presentando imágenes de hombres y mujeres sanas, vigorosas, elegantes y prósperas incidiendo de forma indirecta sobre su compra y consumo.⁶ A esto se asocia la fuerte actitud tolerante que nuestra sociedad tiene ante alguna droga como el tabaco y sobre todo el alcohol; actitud transmitida fundamentalmente a través de la familia y de los amigos.

En un estudio realizado en España, por los anuncios se asociaban con recompensas donde la satisfacción sexual y el prestigio social alcanzaban

frecuencias del 23% y 13% respectivamente, alcanzándose el máximo en los anuncios de bebidas alcohólicas. Esta gratificación sexual alcanzada a través de las bebidas alcohólicas es fácil que sea aceptada entre algunos jóvenes debido a los fuertes impulsos sexuales que se desarrollan en esta edad.

Por otro lado, los chicos y chicas de un nivel socio-económico elevado de las sociedades occidentales desarrolladas disponen de una economía semejante a la de los adultos de los niveles socio-económicos más bajos, lo que les conviene en un mercado potencial dado su poder adquisitivo (Tojo, 1990), por lo que no es de extrañar que la industria dedique una especial atención a este grupo de edad.

Se ha comprobado que las marcas más conocidas entre la juventud son aquellas que patrocinaban eventos deportivos que se retransmitían a través de televisión ⁶

2.5 EL MUNDO DEL ADOLESCENTE.

El mundo que rodea al adolescente se caracteriza por poseer una cultura propia, donde están implicados un estilo de vida, un argot específico de los jóvenes y el uso de diferentes tipos de drogas legales o ilegales.

Como estilo de vida se entiende el conjunto de creencias, valores y comportamientos, que presenta un grupo social de una forma más o menos homogénea en relación a un medio social. El estilo de vida es una consecuencia de los estímulos que nos rodean de forma continua. Estos estímulos han variado de unas épocas a otras y están ligados a valores de ciertas situaciones culturales, sociales y económicas. Incluso en un mismo tiempo son diferentes de unas regiones a otras o entre una zona de una gran ciudad al otro extremo de la misma. En la actualidad el estilo de vida de los adolescentes guarda una relación directa con los medios de comunicación. La influencia de estos últimos y la cultura de la calle ha creado un argot específico de la juventud, que en muchos casos ha sido importado del mundo de la droga y se caracteriza por la incrementación de sufijos (ata, ota: bocata, drogota), empleo de oraciones entrecortadas cargadas de matices subjetivos (enrollarse, montarse, estar en...), el uso de apodosos y metáforas (camello, caballo, nieve, estar ciego, engancharse).

Por último, y referente al uso de drogas, varían de un adolescente a otro y de un momento a otro: se fuma ocasionalmente, más en grupos de amigos y se bebe sobre todo los fines de semana y también en el grupo de iguales. Sólo un pequeño porcentaje consume drogas ilegales, sobre todo ocasionalmente.

EL APRENDIZAJE SOCIAL Y LAS DROGAS.

Beber, fumar o consumir droga son un tipo de comportamiento y como tal se adquieren a través de procesos de aprendizaje en un intercambio continuo entre el individuo y su ambiente.

La adicción no es algo patológico o anormal sino un comportamiento social que se adquiere y desarrolla de modo natural. Dentro del ámbito de la Teoría del Aprendizaje destacan los trabajos que sobre Aprendizaje Social. La hipótesis fundamental del Aprendizaje Social establece que “todo fenómeno de aprendizaje resulta de experiencias que se producen sobre una base por medio de la observación de la conducta de otra persona y de las consecuencias que la conducta ha tenido para ella.

En resumen, la conducta que presentan los demás puede modificar mi conducta posterior. La teoría del aprendizaje social dice que las personas suelen elegir conductas cuyas consecuencias tienen un efecto recompensante inmediato y real en vez de escoger otras situaciones con efectos a largo plazo y poco gratificantes.

Esta teoría es aplicable al mundo de las drogas, donde el efecto es inmediato.

En la actualidad, se insiste mucho en el aprendizaje social respecto al consumo de drogas, donde la “imitación de modelos tiene mucho que ver junto con la publicidad.

El consumo de una sustancia puede ser el precio de admisión de un grupo social o pandilla, o utilizarse para disminuir los roces del contacto social.

Este proceso de aprendizaje es común para diferentes tipos de conductas, en especial para aquellas relacionadas con el consumo de drogas (legales o ilegales), una vez que se aprende una pauta comportamental, el individuo sólo tiene que sustituir una droga por otra. Conviene recordar que además de este aprendizaje social, los efectos farmacológicos de las drogas, determinan una buena parte de la dependencia. De lo anteriormente expuesto se desprende que existe una interacción entre tres variables para que una droga produzca dependencia: el tipo de consumo y las propiedades de la droga, la personalidad del consumidor, y el medio socio-cultural donde se mueve la persona.

Desde un punto de vista teórico, en el aprendizaje vicario o por imitación de modelos se distinguen hasta cuatro procesos bien diferenciados que pueden ser aplicados en el aprendizaje de sustancias.

PROCESOS DEL APRENDIZAJE:

Proceso inicial de atención

Desde la visión del aprendizaje social una presentación continuada de estímulos no determina la adquisición de una conducta ya que el observador puede no prestarles atención.

La adquisición de una conducta imitativa está relacionada fundamentalmente con una serie de variables de “control de la atención” , que determinan que estímulos se observan y cuales no. , Sexo, Edad , Prestigio social , Status socioeconómico Poder social, Factores emocionales.

Tipos de variables que intervienen en los procesos de atención.

En relación con el aprendizaje del consumo de drogas, el proceso de atención generalmente comienza en la adolescencia con el descubrimiento inicial y desarrollo de ciertas actitudes favorables al consumo de dicha sustancia, al mismo tiempo que se procura una reafirmación de la personalidad.

Es seguro que en esta fase tiene una gran influencia la publicidad y los patrones y modelos de imitación hacia los adultos. Así por ejemplo, el fumar y el beber

alcohol se asocia en nuestra sociedad a éxito, posición social y marcada personalidad.

Proceso de retención

Es una fase intermedia, donde parece asimilarse lo “aprendido” con anterioridad. El paso a la siguiente fase viene determinado por las características de la personalidad de la persona y el entorno en el que se mueve.

Proceso de experimentación o reproducción motora

Es la fase siguiente y se produce generalmente en el contexto social en que se desenvuelve el adolescente: con sus amigos y en los sitios comunes de reunión. Se produce de 2 a 3 años desde que el adolescente inicia el consumo y es independiente de la cantidad diaria y del tipo de droga que se use. El mayor riesgo se produce en aquellos que se iniciaron en el consumo en edades tempranas de la vida.

Consumo de drogas

Tras una fase de experimentación que varía según el tipo de droga el consumo se hace habitual. Así para el tabaco, esta fase es de 1-2 años. Este período es el más largo y en el caso del tabaco existe un grado diferente de dependencia nicotínica que es el que define el grado de drogodependencia.

La base para el consumo de Diferentes estudios confirman que seguido del abuso de alcohol y del una droga ilegal es “siempre” el consumo de una legal. Este inicio se realiza fundamentalmente con el tabaco, fumar (cannabis).

Cuando se asocia tabaco y alcohol y se aumenta su consumo, el siguiente paso es consumir marihuana. De aquí se pasa al consumo de heroína y opio, completando así el llamado fenómeno en “escalada”. Las primeras son drogas de

consumo social, se abusa de ellas fundamentalmente en grupo, con los amigos. De las últimas se abusa principalmente en solitario.

Casi 100% de los que consumen una droga ilegal consumen alcohol.

2.6 HABITOS DE VIDA Y CONSUMO DE LOS ADOLESCENTES.

El nivel de salud se ha relacionado con los modos de vida de la población y con determinadas situaciones culturales, sociales y económicas ⁷. El aumento de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre nuestra población es alarmante. Diferentes encuestas realizadas entre escolares alertan sobre la precocidad de la iniciación en estos consumos. Así mismo, y cada vez más, se reconoce determinados factores relacionados tanto con la personalidad de los implicados como con su entorno. Y así, se termina por encontrar una encrucijada donde se duda que fue primero, si los problemas personales y con el entorno ó el abuso de sustancias nocivas para la salud como origen de un tipo de comportamiento peculiar que acarrea problemas de personalidad.

En la revisión bibliográfica realizada, las citas en referencia a los adolescentes ha sido menor de lo esperado, sobre todo en lo que concierne a la población española y en muy pocos casos se encontró un estudio que abarcase la adolescencia propiamente dicha, sino determinados grupos de edades en escolares y generalmente de 15 años en adelante.

HÁBITOS DE VIDA.

El nivel de salud de la población guarda una relación directa con el estilo de vida ó modos de vida: nuestros hábitos dietéticos e higiénicos, el empleo del tiempo libre, la pauta de sueño, nuestras relaciones familiares y amistades son factores determinantes del comportamiento social y del consumismo.

Estos modos de vida están relacionados con el nivel socio-económico. El mayor poder adquisitivo implica un mayor y mejor acceso a los servicios, entre ellos los sanitarios. Posteriormente la investigación ha continuado, realizándose en la

actualidad a través de 18 países europeos, entre los que se encuentra España, habiéndose ampliado a Canadá en el estudio del año 1990.

Se revisan aquellas variables más características de este grupo de población en relación a sus hábitos de vida, analizando sobre todo los trabajos realizados a nivel nacional y en población adolescente, por ser estos datos los que comparativamente pueden resultar de más interés a la hora de estudiar a los adolescentes de Leganés y Pozuelo de Alarcón.

ACTIVIDAD DEPORTIVA.

Es una opinión extendida y popular que el ejercicio físico constituye una actividad beneficiosa para la salud, ofreciendo también una excelente oportunidad para las relaciones sociales.

El realizar ejercicio de una forma continuada se ha asociado con diferentes efectos beneficiosos para el organismo. Pérdida de peso, reducción del estrés, mejores hábitos dietéticos, disminución del consumo de tabaco, disminución del colesterol total, aumento de la fracción HDL-Colesterol, algunos efectos beneficiosos del ejercicio físico.

En la bibliografía revisada la actividad deportiva fuera del colegio, no ha sido una práctica frecuente, casi el 50 % no suele hacer deporte de manera organizada aumentando esta cifra en el medio rural, en el Informe de la Juventud en España se reseña una clara correlación entre edad y práctica deportiva, así entre 15-16 años y en días laborables hacen algún deporte el 27%, bajando al 14% entre los 17-19 años y al 8% entre los 20-24 años. Se puede afirmar que la práctica deportiva es más frecuente en los primeros años de la adolescencia, siendo menor en el sexo femenino y disminuyendo con la edad. El nivel socio-económico parece tener una influencia casi constante, encuentra que se practica más deporte en los hijos de técnicos (39%) que entre los de obreros (27%). manifiesta más práctica deportiva durante los días laborables y en el sexo masculino, datos que se confirman en casi todos los trabajos revisados

EMPLEO DEL TIEMPO LIBRE.

El empleo del tiempo libre está mediatizado por la cultura en que se vive y según el grupo y nivel socio-económico los jóvenes tienen ciertas variaciones en sus hobbies. El ocio y como emplean el tiempo libre, resulta ser uno de los apartados más característicos de la juventud. Los adolescentes mejor integrados socialmente parcelan el tiempo de ocio. Tienen un tiempo especial para ellos y sus amigos, en este tiempo “hacen cosas”, preferentemente estar con los amigos (91%), escuchar música (90%) y ver televisión (88%), esta última aumenta si los encuestados pertenecen al medio rural

PATRON DE SUEÑO.

Siendo la adolescencia una etapa del desarrollo en la que los cambios tanto físicos como psicológicos se producen constantemente, es fácil comprender que el descanso sea algo fundamental. Que no se realice correctamente puede interferir con la asistencia a clase, en la relación con la familia o con los amigos.

La alteración del patrón de sueño, es decir de “cuanto” y “cómo” se duerme, se ha relacionado con diversos trastornos psicológicos como bulimia, ansiedad y depresión, síndrome de hiperactividad o como un síntoma más de enfermedad crónica. Respecto al número de horas que duermen los adolescentes, encontramos poca variación de unos estudios a otros. Casi un tercio del día dedica la juventud española a dormir. La sensación de cansancio matinal y el deseo de continuar durmiendo se encuentran en el 12%. En general, los adolescentes españoles se levantan entre las 8h. y las 8.30h, pero uno de cada diez duerme menos de 6h. Los días laborables, cifra que aumenta si los padres están separados. Las chicas duermen entre 15' y 20' más que los chicos.

La relación entre los padres y el ambiente familiar parece interferir sobre el número de horas de sueño y en la dificultad para dormir.

SEXUALIDAD.

En los últimos años se encuentra una tendencia hacia una liberalización de las normas sexuales, realidad constatada por varios factores.

En primer lugar por un cambio en las actitudes hacia las cuestiones sexuales, en segundo lugar por un incremento de las relaciones prematrimoniales y finalmente por una participación más temprana en dichas actividades sexuales.

El equilibrio alcanzado entre actitudes sexuales personales y conducta sexual existente determinó su extensión a la adolescencia con un aumento de las relaciones prematrimoniales y un inicio de dichas relaciones más precoz que anteriores generaciones.

En Estados Unidos y Canadá el sexo femenino menor de 19 años aumentó su actividad sexual en la década de los 70 entre un 30% y un 50%. En España refiriéndose a una población entre 14 y 29 años a nivel nacional encuentra una media de edad de inicio para los primeros contactos de 13.4 años en el varón y de 14.4 años en la mujer. Para las relaciones sexuales completas el sexo masculino alcanza los 17.6 años y el femenino los 18.2 años de media. En una población escolar de Madrid, encuentra que el 13.5% de los adolescentes encuestados han mantenido relaciones sexuales completas. En este grupo la edad de inicio fue entre 12 y 15 años en un 33% y entre 15 y 18 años el 58.4%.

La anticipación en la edad de inicio de las relaciones sexuales junto con la desinformación general que sobre este tema tienen los adolescentes ha traído un aumento de las enfermedades de transmisión sexual y de embarazos en este grupo de edad.

Diversos factores se han relacionado con el inicio precoz de relaciones sexuales, así como con las diferentes tipos de obtención de la información sobre sexualidad, los más comúnmente encontrados han sido la clase social, el nivel de educación y las creencias religiosas.

La televisión es otra fuente de información sexual, habiendo contribuido notablemente en el aprendizaje y generalización de los comportamientos sexuales de la sociedad (Malo de Molina, 1992).

ESTILO DE VIDA Y MEDIOS DE COMUNICACION.

Del poder que los medios de comunicación (sobre todo la televisión) ejerce sobre la juventud, es necesario resaltar dos aspectos: su posible influencia (favorable o no), con la posible patología que de ella se derive, y el efecto que la publicidad pueda producir sobre la población adolescente ^{4,8}. En España los encuestados ven la televisión el 76%, dedicando su tiempo de ocio a estar con los amigos el 51 %, y después en un menor porcentaje y orden decreciente: leer, escuchar música y oír la radio. Estos resultados contrastan claramente con el mismo estudio realizado diez años antes, donde la televisión ocupaba el tercer lugar (88%), estando desplazada por estar con los amigos (91%) y oír música (90%) como los más frecuentes, con otros estudios de la época. Como se ve, los gustos han cambiado en la última década siguiendo la evolución del marco social.

La televisión puede representar una nueva forma de morbilidad, a la que debemos estar atentos para poder prevenir los trastornos asociados.

Diferentes estudios han asociado la televisión con la conducta agresiva, aumentando su influencia en caso de chicos inmaduros y cuando los padres no ejercen ningún tipo de control sobre las imágenes. Este aprendizaje de la agresividad parece explicarse por un efecto de estratificación mediante el cual se refuerzan actitudes con la exposición repetida.

En un estudio realizado por González Más se señala como una de las consecuencias del uso indiscriminado de este medio de comunicación, un empobrecimiento de la comunicación intrafamiliar de un 17%, mientras que en 1976 era del 6%. También se ha asociado a trastornos del sueño y del comportamiento, así como obesidad y epilepsia han desarrollado una perspectiva favorable de la televisión dada que ejerce sobre el aprendizaje del lenguaje.

Pero la televisión, junto con los vídeos musicales y la música de temas de rock ejercen una fuerte presión entre los adolescentes por su contenido publicitario sobre sexo, violencia, abuso de drogas, suicidios y conducta sexual⁸

HÁBITOS DIETÉTICOS.

Los hábitos alimenticios durante la infancia y adolescencia tienen una importancia fundamental, no sólo por el intento de mantener un buen estado nutritivo, sino por los efectos que estos hábitos pueden tener a lo largo de nuestra vida.

La arteriosclerosis, la obesidad, la hipertensión y la hiperlipidemia han sido de las enfermedades más relacionadas con los diferentes hábitos dietéticos. Se ha comprobado que las dietas altas en ácidos grasos saturados se asocian con valores de colesterol plasmático alto tanto en niños como en adolescentes, así como su correlación con el adulto.

Entre los adolescentes han adquirido una popularidad creciente en los últimos años las hamburguesas y tiendas de comidas rápidas. La problemática que plantean estos tipos de alimentación es de si los cambios en los hábitos dietéticos son compatibles con las necesidades que el adolescente tiene durante su desarrollo, pero también si suponen un riesgo para las enfermedades antes citadas y que guardan relación con el tipo de dieta.

Recientemente, diferentes estudios relacionados con este tipo de comidas han puesto de manifiesto las transgresiones dietéticas en cuanto a la composición de estos alimentos así como el contenido alarmante en grasas tanto de origen animal como derivadas del aceite usado para freír, exceso de iones (sal, iodo) o déficit de vitaminas y de hierro. En consecuencia, podemos afirmar que el consumo de este tipo de comidas preparadas, cuando se hace reiterativo, puede suponer una limitación en las variedades de la dieta, con un bajo aporte nutritivo y la estandarización de la ración individual, lo que no permite tener en cuenta los requerimientos nutritivos individuales.

Diferentes tipos de dieta pueden guardar relación con la obesidad, aunque la herencia parece tener también un papel importante, existen otros factores relacionados con ella, como un medio familiar que fomente la bulimia exagerada o la excesiva dedicación diaria a la televisión con la inactividad que acarrea y la

frecuente ingesta de frutos secos y similares que se ingieren mientras se disfruta del programa preferido.

Estos últimos factores, junto con el reconocimiento progresivo de que los problemas nutricionales más prevalentes en las sociedades occidentales se deben a un exceso de consumo y a desequilibrios en el aporte de la ración alimentaria más que a deficiencias en algunos nutrientes aislados, ha producido un interés creciente en racionalizar los hábitos dietéticos en la edad pediátrica en un intento de evitar aquellas enfermedades que a "priori" parecen guardar relación con estas transgresiones dietéticas. De aquí el interés que tiene el conocer los hábitos dietéticos de los adolescentes.

CONSUMO DE DROGAS.

El alcohol y el tabaco se consideran tan integrados en nuestra sociedad, que en pocas ocasiones son considerados como drogas (Prieto, 1987; Pere-Oriol Costa, 1988).

El consumo de drogas en nuestro país se ha extendido peligrosamente, como demuestra tanto los delitos por consumo como por tráfico y número de decomisos. En la Memoria del Plan Nacional Contra la Droga de 1988, se daban unas cifras alarmantes de consumidores Alcohol: 1.900.000 a 2.300.000, Cocaína: 60.000 a 80.000, Heroína: 80.000 a 125.000 Anfetaminas: 350.000 a 500.000 Inhalantes: 18.000 a 21.000 Cannabis: 1.200.000 a 1.800.000.

En general, el aspecto social ha marcado de tal forma el problema, que cuando se habla de drogas nadie piensa en fármacos, sino en lo que conocemos en la actualidad como "drogas de abuso". Se deben diferenciar las drogas admitidas socialmente: alcohol, tabaco y café, también llamadas institucionalizadas o legales; de las no institucionalizadas: derivados del cannabis, opiáceos, cocaína y drogas-medicamentos.

Hay que recordar la importancia social y económica que en cada cultura adquiere este tipo de sustancias, de tal forma que son los determinantes para que sean consideradas legales o no.

Revisando distintos países con diferentes culturas, encontramos por ejemplo que el opio y derivados a pesar de ser la droga más reprobada socialmente, son consumidos en alguna región septentrional de Tailandia, donde se comercializa para el exterior y para uso interno familiar, siendo admitida completamente en la vida social del país.

También en las regiones andinas de Perú, Colombia y Ecuador el consumo de coca está institucionalizado entre la población.

En los países árabes el alcohol está prohibido por el Corán; sin embargo, el consumo de hachís es algo que impregna la vida y la cultura de los musulmanes.

En cualquier caso y en cualquier país, se trate de la droga que se trate, siempre hay una constante:

“Quienes consumen drogas según las pautas socialmente admitidas actúan según las expectativas de grupo; quienes no se atienen a estas normas acaban por ser excluidos del grupo”.

De esta forma, cuando la droga esta “legalizada” e “integrada” socialmente, solamente se considera un problema en circunstancias extremas como puede ser poner en peligro la propia salud o en caso de incapacidad para el trabajo, por ejemplo un alcohólico. El estudio del consumo de las drogas a través de las culturas hace considerar diferentes elementos en juego: edad del consumidor, forma de consumo de la droga, y grado de aceptación cultural de un tipo de consumo.⁹

MARCO DE INFLUENCIAS EN EL CONSUMO DE DROGAS.

El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Drogas valoraba los aspectos sociológicos de la dependencia, haciendo especial

relevancia en la distinción entre “uso” y “abuso”, así como en los factores ambientales familiares y del entorno socio-cultural.

Desde entonces han sido múltiples los factores relacionados con el consumo de drogas como factores socio-familiares, ambientales y personales.

SOCIO-FAMILIARES:

Modelos y presión paternos, incomunicación, pasividad sobreprotección, autoritarismo, divorcio de los padres, amistades.

AMBIENTALES:

Publicidad, las drogas, ganancia económica fácil.

PERSONALES:

Baja autoestima, timidez, habilidad para manejar estrés, evasión de vivencias conflictivas, fracaso escolar.

En otros países diversos estudios demuestran influencias semejantes El factor económico, en contra de lo que pudiera parecer no influye directamente en el consumo de drogas, pero sí lo hace de manera indirecta mediante la creación de un ambiente marginador, (vida callejera en los suburbios, mala ocupación del ocio y del tiempo libre, paro, delincuencia. Los problemas económicos surgen después, una vez que se constituye el hábito.

El impacto que estos factores anteriores ejercen sobre el adolescente viene condicionado por los recursos personales que se adquirieron a lo largo del desarrollo y aprendizaje como persona, siendo estos recursos conocidos como habilidades de afrontamiento.

También se ha comprobado que “la puerta de entrada” que siguen los jóvenes en este hábito de abuso se inicia por el tabaco, y continúan después con alcohol; más tarde asocian los dos anteriores aumentando su consumo para terminar con

marihuana, en un pequeño porcentaje pasan a consumir drogas duras opiáceos y heroína.

Cuando una persona utiliza una droga es más probable que use después otra y pase al consumo múltiple. El uso de cocaína y heroína es raro cuando antes no se ha tomado alcohol, tabaco y marihuana.

En general, los adolescentes aceptan con más facilidad el uso y abuso de alcohol, tabaco y marihuana.

Cómo adquieren la droga para estas primeras experiencias varia principalmente con el tipo de droga. Los resultados obtenidos son casi constantes en todos los estudios, y se pueden dividir en dos grupos: el primero guarda una gran relación con el adolescente y su mundo escolar y social; el segundo grupo se da sobre todo en mayores de 18 años e implica una red clandestina de drogadicción donde se roza la delincuencia:

El tabaco y el alcohol guardan relación con festejos familiares o con amigos que suelen ser los proveedores iniciales. Los inhalantes se consumen fundamentalmente en el colegio y con los amigos en la calle.

El cannabis tiene una influencia escolar, pero sobre todo es una droga que se adquiere y se consume a través de los amigos”.

Las anfetaminas también guardan una relación de adquisición y consumo con los amigos del barrio. Los tranquilizantes y analgésicos guardan relación con el consumo de algún familiar en casa obtenido con receta médica. La coca se obtiene fundamentalmente a través del mercado ilegal del tráfico de drogas, se busca al traficante en lugares determinados de barrios o bares.

En los últimos años se ha comprobado que el inicio de algunas drogas se efectúa durante la adolescencia, sobre todo en lo referente al tabaco y alcohol en comparación con otro tipo de abuso más típico del adulto.

Los indicadores de abuso posterior de otras sustancias suelen ser el fumar para el sexo femenino y el consumo de marihuana para los chicos, ambos en edades tempranas. A pesar de la posible impresión catastrofista hasta aquí expuesta, en la mayoría de los trabajos revisados la población juvenil estudiada dice estar contenta y feliz, sin problemas importantes y con una perspectiva de futuro positiva. Solamente una minoría de los adolescentes reconoce tener problemas, sentimientos de inseguridad e insatisfacción.⁹

TABACO.

Diversos trabajos demuestran la influencia negativa que el fumar ejerce sobre la salud, el tabaco es el responsable directo de casi el 90% de todos los casos de cáncer de pulmón y de laringe, el 75% de las bronquitis crónicas y los enfisemas, así como del 25% de las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares.

En lo referente a la infancia y adolescencia, en los últimos años se han descrito diversas patologías asociadas al tabaco o al riesgo del fumador pasivo aunque los primeros avisos datan de 1974, cuando el Comité de la Juventud de la Academia Americana de Pediatría llamaba la atención sobre la escalada de consumo de tabaco y sus peligros entre los adolescentes americanos.

El tabaco es una droga por su capacidad para crear tolerancia, dependencia física y sobre todo psicológica. Los efectos farmacológicos de la nicotina, quedan demostrados en el síndrome de privación en los que dejan de fumar. La supresión del fumar en los adictos produce un cuadro característico por privación de la nicotina que se asemeja a la de drogas como la heroína, la cocaína y el alcohol. La única diferencia es que sus efectos son más sutiles y carece de formas de intoxicación socialmente molestas. Este cuadro de privación consiste en unas manifestaciones físicas como disminución de la frecuencia cardiaca y de la tensión arterial, junto con trastornos psicológicos, tales como ansiedad, hostilidad, irritabilidad y agresividad. El consumo guarda una relación directa con la publicidad de ahí que las compañías tabaqueras dirijan sus campañas publicitarias hacia los jóvenes utilizando los medios de comunicación

impresos o hablados. Incluso en algunos casos patrocinando competiciones deportivas, o anuncios donde se asocia al tabaco con grandes aventuras al aire libre, o con el éxito social.¹⁰

La publicidad es tan importante para la industria tabaquera, que sin el reclutamiento de nuevos adeptos, la industria del tabaco se hundiría en menos de diez años. La OMS calcula que un 90% de los nuevos fumadores son adolescentes y que unos 5.000 chicos comienzan a fumar cada día en todo el mundo. El inicio del consumo de tabaco se realiza cada vez con más antelación, realizándose en la actualidad entre 11 y 12 años.

ALCOHOL.

En las dos últimas décadas se ha experimentado un cambio cualitativo importantísimo en el consumo de las bebidas alcohólicas. Tradicionalmente la producción era artesanal y fundamentalmente de vino, el consumo se realizaba en pequeñas cantidades, en las grandes solemnidades y se bebía alcohol con una graduación baja (de 100 a 130). En la actualidad se consumen alcoholes de 300 y 450 de forma masiva, debido fundamentalmente al desarrollo de una industria económica potente con unos intereses financieros muy particulares.

Esto ha motivado que el alcohol haya pasado a ser un objeto más de consumo, implicando gravemente a los jóvenes. Dos causas parecen tener una influencia directa sobre este problema. Una de ellas proviene de que el alcohol continúa sin ser considerado como una droga; la otra se basa en la creencia de que el aumento en el consumo de otras drogas ha hecho disminuir el consumo alcohólico.

Es la droga más extendida se estima en más de 10.000 las muertes/año que de una u otra forma están relacionadas con el alcohol.

El grado de prevalencia de alcoholismo varía de un país a otro y de una región a otra dentro de un mismo país. Incluso se puede afirmar que no se bebe la misma bebida ni en la misma cantidad en los barrios más ricos económicamente que en los suburbios de las grandes poblaciones.

Los resultados de múltiples estudios demuestran que el alcohol es un factor importante como causa de problemas entre los adultos y adolescentes. También está implicado en las causas de muerte violenta en este grupo de población, dado que entre un 30 y 50% de los accidentes de tráfico guardan relación con la ingesta de alcohol desproporcionada. Esta proporción aumenta en los fines de semana en la noche del sábado al domingo el 60% de los fallecidos por accidente de tráfico son menores de 25 años.

El inicio de la ingesta de alcohol se ha ido realizando de una forma más temprana; en los últimos diez años se ha demostrado una reducción paulatina en la edad de inicio, algo que se comprueba en la mayoría de las encuestas revisadas. En la actualidad varía entre los 12 y 14 años, según diferentes provincias que citan edades de inicio entre 9.6 y 11.4 años. En general, los chicos se inician en el consumo un año antes que las chicas, haciéndolo estas más como un acto social. En el caso de los que se iniciaron antes, el consumo aumenta también con la edad. La importancia de la edad en el inicio del consumo en el alcohol, ya ha sido puesta de relieve en la literatura internacional hace algunos años.

DROGAS-MEDICAMENTO.

Los primeros estudios en población datan del Japón de la posguerra mundial, donde se encontró que un millón y medio de personas entre 13 y 30 años consumían anfetaminas. Con posterioridad se extendió su consumo a Estados Unidos, siendo las anfetaminas y los barbitúricos las más comunes.

Su consumo más extendido entre el sexo femenino adulto ha intentado ser explicado.

Al ser considerado las drogas-medicamento como un sustituto del alcohol entre las mujeres, debido a que está considerado socialmente el alcoholismo femenino.

Los antecedentes psiquiátricos personales, la sensación de infelicidad, frustración y desesperanza parecen estar entre los antecedentes que se encuentran entre los consumidores habituales, sobre todo los que abusan de los tranquilizantes.

El consumo más difundido es el de los tranquilizantes, que entre los 12 y 20 años dicen haberlo tomado alguna vez entre el 5-13%. Entre adultos, el consumo de hipnóticos es del 10% y el de anfetaminas varía entre 2.9% y 11%, según los estudios analizados.

Probablemente existe un paralelismo entre consumo familiar y consumo en la población juvenil. Como con otras drogas, el aprendizaje de patrones de conducta en uno de los padres, junto con la disponibilidad que supone el tener el medicamento en casa “a mano” hace que su hábito entre la población adolescente esté en aumento. El abuso de pastillas para “dormir” y para los “nervios” se ha encontrado aumentado entre familias con niveles económicos bajos, hijos de padres separados o cuando las relaciones entre los progenitores no eran buenas

DROGAS NO INSTITUCIONALIZADAS.

El aumento del consumo de drogas es un hecho constatado en otros países, la droga no legalizada consumida con más frecuencia en nuestro medio es el cannabis o marihuana.

INHALANTES.

Las sustancias a las que los chicos recurren para inhalar podrían resultar interminables de enumerar. Están excluidas de este grupo las drogas no volátiles, aunque se inhalen (cocaína, heroína) y el éter.

En cuanto a las drogas inhalantes, suelen ser las primeras sustancias psicótropas utilizadas por los niños y consumidas dentro de una actividad de grupo. En todos los casos, aunque la dependencia física suele ser mínima, la tolerancia y la dependencia psíquica convierten al inhalador en un verdadero toxicómano.

Se distinguen diferentes grupos de sustancias: pegamentos y adhesivos hidrocarburos aromáticos y acetona, disolventes puros quitamanchas, acetonas), gases (cargas de mecheros con butano o propano, gases propulsores (en forma líquida en los aerosoles), carburantes mezcla de hidrocarburos saturados y aromáticos.

A primera vista puede resultar engorroso relacionar los compuestos químicos con los productos de consumo casero habituales, aunque se encuentran en: colas, pegamentos, disolventes de pintura, combustibles, abrillantadores para el calzado, espuma para extintores de incendios y antitranspirantes, entre otros.

Parece ser que su consumo guarda bastante relación con patrones culturales de determinadas aéreas desfavorecidas socialmente. Se trata generalmente de chicos entre 12 y 15 años.¹⁰

2.7 ESTILOS DE VIDAS SALUDABLES EN AMÉRICA LATINA

La salud de los adolescentes y jóvenes es clave para el avance social, económico y político de los países de América Latina en el decenio y para asegurar a la Región éxito, desarrollo y competencia tecnológica en el próximo siglo. La situación actual y las perspectivas futuras de los jóvenes de la década esta condicionada por cuatro tendencias recientes que afectan a los países de la Región:

La grave crisis económica por la que atraviesan, que implica una pérdida de capital, y la necesidad de reestructuración económica y de desarrollo de la competencia tecnológica y la competitividad internacional.

El resurgimiento de los sistemas democráticos; la continuación de la tendencia a largo plazo de mejorar los niveles educativos de cada cohorte sucesiva de jóvenes, y los cambios de las instituciones y los valores culturales resultantes de la globalización e integración de las comunicaciones y el transporte.

La Organización Mundial de la Salud define como población adolescente al grupo 10-19 años de edad; como juventud al grupo 15-24 y como gente joven a la cohorte de 10- 24 años¹¹. Por las diferencias en las diversas etapas de desarrollo y en consecuencia por las distintas necesidades y percepciones, es conveniente subdividir el grupo 10-19 años en los subgrupos 10-14 (adolescencia temprana) y 15-19 (adolescencia tardía) y juventud propiamente dicha al grupo 20-24 años. En América Latina y el Caribe no todas las leyes políticas definen el término “adolescente”. Sólo Brasil, Colombia, México y Panamá definen legalmente a los adolescentes como aquellas personas entre 12 y 18 años de edad.¹¹

Estos períodos tienen límites poco definidos y su duración está condicionada por factores no sólo biológicos sino de índole política, cultural, social, psíquica, económica y de equidad o inequidad de género, aspectos íntimamente relacionados con las condiciones socioculturales en que ocurren. Lo que sucede en esta edad, de forma a cómo los niños y niñas desarrollarán su vida como hombres y mujeres, no sólo en relación con la salud, sino también con su integración social y económica. Es de vital importancia dar prioridad a este grupo en todas las estrategias de desarrollo de la población, lo que contribuirá en el largo plazo a la reducción de la pobreza y al desarrollo sostenible.

Situación general de la población de menor edad en América Latina

La edad promedio en la mayoría de los países en América Latina es inferior a 19 años. En la región, los y las adolescentes representan un promedio de 21.7%, con cifras menores al 20% sólo en Argentina, Chile y Uruguay. La gente joven representa el 30% de la población total (148 millones). Existen alrededor de 40 millones de niños y adolescentes que viven en condiciones de marginalidad social e indigencia. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, en el

continente americano, 200 millones de habitantes tienen entre 10 y 25 años, de los cuales el 71% vive en América latina y el Caribe. Se estima que el 75% de esta población vive en zonas urbanas. Una fuerte migración de esta población a las zonas urbanas en busca de mayores posibilidades de educación y empleo, situación que sobrecarga los servicios sociales y de hecho disminuye las posibilidades de obtener trabajo remunerado. Gran parte de los jóvenes de ingresos bajos vive en zonas marginales con escasos servicios sociales (médicos, escuelas, saneamiento, recreaciones sanas para el empleo del tiempo libre), en condiciones que propician el desempleo y la violencia.

EDUCACIÓN

Se estima que 10 años de escolaridad o más constituye una educación adecuada para potenciar y asegurar la superación de la pobreza. Según informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en ALC el nivel de escolaridad oscila entre 80% en Chile y 46% en Honduras, con grandes diferencias entre las clases sociales y entre adolescentes urbanos y rurales. El analfabetismo en nuestra región afecta más a las mujeres y aún más a aquellas que viven en las zonas rurales. En Bolivia y Perú el analfabetismo llega a 8.3% y 10.2% respectivamente, de las mujeres, frente a 3.7% y 3.5% de los hombres. Se sabe que existe una relación inversa entre educación y probabilidad de comenzar una vida sexual activa temprana. Los indicadores y estudios demuestran que las posibilidades de educación para la mujer adolescente representan factores decisivos en su desarrollo. El nivel de educación es la variable que más influye en la mayoría de los resultados negativos en salud, como la gestación no deseada/no planeada, el consumo de drogas y la violencia, factores que perpetúan el ciclo de pobreza y la marginación social de la mujer.

SITUACIÓN DE LA SALUD

Morbilidad y Mortalidad: La salud de los jóvenes en nuestros países fue por largo tiempo ignorada ya que el indicador principal de salud utilizado por planificadores de salud y demógrafos fue la tasa de mortalidad, baja en los y las adolescentes en

comparación con las de otros grupos de edad. En América Latina, las tasas de mortalidad para este grupo son cuatro veces más altas que en los países desarrollados. La información epidemiológica es escasa y los datos no están desagregados por grupos de edad quinquenales ni por sexo.

Los principales problemas de salud en los y las adolescentes y jóvenes son las enfermedades parasitarias e infecciosas. La tuberculosis pulmonar, particularmente agresiva en la adolescencia, ha tenido un enorme incremento en la última década como consecuencia del SIDA; según los cálculos, la Tuberculosis pulmonar puede ser tan importante como causa de morbimortalidad entre las jóvenes como la mortalidad materna. La muerte por enfermedades infecciosas predomina en países como Guatemala, mientras que en otros como Colombia que ha presentado cambios en su transición epidemiológica los accidentes y la violencia constituyen las causas mayores. En la región, las principales causas de muerte del grupo 10-14 años son los accidentes y la violencia, tumores malignos y enfermedades infecciosas, mientras que en el grupo 15-19 son accidentes, homicidios, suicidios, tumores malignos y complicaciones del embarazo¹².

El mayor problema nutricional que enfrentan nuestros adolescentes es la anemia, principalmente en las zonas rurales pobres, por su asociación a parasitosis intestinales. Es igualmente frecuente en niñas que en niños en la adolescencia temprana (10-14 años), pero en la adolescencia tardía (15-19 años), la frecuencia es casi del doble en las niñas, como expresión de un mayor requerimiento de hierro por las pérdidas menstruales. Esto tiene consecuencias adversas posteriores durante la gestación.

En las últimas décadas, se ha producido un incremento de todas las formas de violencia en la región, constituyéndose en una de las preocupaciones más graves en materia de salud pública. En 1996, el 28% de las muertes por homicidio ocurrió en adolescentes de entre 10 y 19 años. En 10 países de la región, el homicidio ocupa el segundo lugar entre las principales causas de muerte del grupo 15-24. El suicidio es motivo de preocupación especialmente en Argentina, México, Venezuela, Brasil y Trinidad y Tobago. El homicidio lo es en Colombia, Brasil,

México y Panamá. Estimaciones de la OPS indican que entre 4 y 7% del gasto nacional se destina a las víctimas de la violencia.

La Organización Mundial de la Salud estima que por cada niño/a adolescente que muere de algún traumatismo, quedan 15 afectados gravemente y 30 o 40 con secuelas físicas y/o psicológicas. Colombia, El Salvador y Brasil son los países más afectados por la violencia. Por las condiciones sociopolíticas de la región, las víctimas producto del involucramiento de los adolescentes en movimientos de guerrillas y las muertes ocurridas por la explosión de minas abandonadas se han convertido en un problema de salud. Por otra parte, ciertos comportamientos y estilos de vida no saludables se inician usualmente en esta época de la vida, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas dañinas a corto o largo plazo. El consumo del alcohol ha aumentado desde la década de 1980. El consumo de tabaco en adolescentes entre 15 y 19 años alcanza a 57% en Perú y 41% en Cuba, comparado con 28% en Estados Unidos. El consumo de cocaína está aumentando, sobre todo entre adolescentes y jóvenes en condiciones de marginalidad y pobreza.

Políticas, planes y programas de salud para la población de menor edad en América Latina.

Sólo recientemente nuestros países comienzan a buscar vías para dar solución a los problemas sociales, de salud y de derechos de los y las adolescentes y jóvenes. En un análisis de las políticas y la legislación vigentes en el tema de adolescentes en América Latina realizado en 1997 en colaboración con la Universidad George Washington¹³, se demostró que la mayoría de los países carece de políticas públicas de juventud. De los 30 países encuestados, ocho refieren tener políticas explícitas de salud de los y las adolescentes, cinco están en el proceso de diseñarlas y en 17 no existen. La legislación está enfocada a los sectores de educación, trabajo, salud y justicia, en la mayoría de los casos carentes de un enfoque de desarrollo humano. El 75% de los líderes entrevistados considera que la legislación es inadecuada y está desactualizada.

Varios países han realizado reformas educacionales introduciendo como obligatoria la educación sexual en diversos niveles de enseñanza (Panamá, Colombia, Cuba, Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, entre otros). Algunos países han establecido de gobierno a gobierno de la niñez y la adolescencia (Panamá, Colombia, República Dominicana, entre otros).

Hasta la fecha, 26 países de la región han establecido programas nacionales de salud integral de adolescentes, la mayoría incluidos en otros programas ministeriales salud materno infantil, salud mental. Y sólo un 40% aproximadamente cuenta con los recursos humanos y financieros para su implementación. La calidad de estos programas es en general deficiente debido, entre otros factores, a que los y las adolescentes no han sido participes de su elaboración. Menos del 50% de los países tiene un diagnóstico de situación nacional de los y las adolescentes y 46% de éstos no está actualizado. Sólo el 57% tiene normas de atención y sólo el 25% ha realizado alguna forma de seguimiento/evaluación.

Se han centrado en los ministerios de salud y la intersectorial da con otros ministerios educación, justicia, trabajo es deficiente o nula.

Se centran en conductas problemáticas disminución del embarazo, e intervienen cuando ya los problemas están arraigados. La promoción de salud, la creación de hábitos saludables y de autocuidado y la prevención de enfermedades es escasa o nula.

En general, se centran sólo en el adolescente, sin tener en cuenta su entorno, la familia, la comunidad, la escuela.^{12,13}

2.8 ESTILOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES EN MEXICO

En un estudio realizado en México sobre la transición epidemiológica de las y los adolescentes en México los resultados que se estudiaron fueron.

Aspectos demográficos y económicos en México la población de este grupo de edad se ha incrementado considerablemente a partir de la segunda mitad del siglo XX en números absolutos. En 1950, la población total de México era cerca de 25.7 millones de personas y la población adolescente y joven era de casi ocho millones, la cual representaba alrededor de 31% de la población total (22% la población adolescente y 9% la población joven).¹⁴

De acuerdo con el censo 2000, en México 21.3% de la población es adolescente. Viven 29.7 millones de adolescentes y jóvenes (20.7 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad; 9 millones de jóvenes de 20 a 24 años de edad). En cuanto a la proporción de adolescentes en el resto de la población hay poca variación de 1950 a la fecha; para este año los adolescentes representaban 22.23% de la población total; en 1980 fue de 25%, y en el año 2000 el incremento en números absolutos fué de casi 25%. Esto significa que si en 1950 había alrededor de ocho millones de adolescentes y jóvenes, para el año 2000 tenemos cerca de 30 millones 70% adolescentes y 30% jóvenes.¹⁵⁻¹⁶

La población de adolescentes se concentra en medianas y grandes urbes, encontrando que 57% de ellos se encuentra en ocho entidades de la República Mexicana con áreas urbanas más densas poblacional. En otro enfoque, 49.9% de jóvenes se encuentran en siete de las 32 entidades federativas del país. La juventud en México es predominantemente urbana (localidades >2500 habitantes) en donde se ubica 60.8% del total, proporción más alta que la población total.

Las y los adolescentes incrementan en número absoluto continuamente, sin embargo, su proporción con respecto al total de la población tiende a la baja, debido a la disminución de la tasa de fecundidad, así como al efecto del crecimiento económico y de los programas de planificación familiar y de la

migración continua de la población desde poblaciones menores de 15 000 habitantes hacia zonas urbanas en la búsqueda de mejores oportunidades sociales y económicas.

El reto social que implica este panorama demográfico es el de garantizar la satisfacción de las necesidades básicas de esta población, y crear las condiciones suficientes para el desarrollo de sus capacidades y planes de vida para el futuro.¹⁷

ESTRUCTURA FAMILIAR

En México entre 35 a 40% de adolescentes viven en hogares de extrema pobreza. La gran mayoría viven en familias con madre y padre y 26.6% han salido del hogar paterno. Entre adolescentes de 15 a 19 años de edad, 1.5% son jefes de familia (hombres 2.3% y mujeres 0.7%). El 63.9%, del total de jóvenes en este mismo grupo de edad viven en hogares nucleares y en hogares extensos, 33.2%; de los hogares extensos, 30 de cada 100 son monoparentales y, de las familias nucleares, son monoparentales solamente 14%.

En cuanto al estado civil de las y los adolescentes, existen más mujeres solteras menores de 14 años de edad en áreas urbanas (95%), que en áreas rurales (77%). Entre adolescentes de 10 a 15 años de edad 99% son solteros y en los de 16 a 20 años de edad, hasta uno de cada 10 se encuentran ya en unión; entre las mujeres este porcentaje aumenta hasta tres veces más con relación a los hombres, en este mismo grupo de edad.^{17, 18, 19}

ESCOLARIDAD

En México 97% de las y los adolescentes saben leer y escribir, la población general ha incrementado su nivel de instrucción y la brecha entre hombres y mujeres es nula, no así entre adolescentes indígenas en los cuales el analfabetismo puede llegar a 9% entre las mujeres. El problema de la asistencia a la escuela es la necesidad de preparación más especializada en los centros de trabajo.¹⁸⁻¹⁹

En México solamente 53% de la población menor de 19 años de edad asiste a la escuela; de los jóvenes de 10 años de edad acude 95%, pero de los mayores de 15 años de edad solamente 17%. En México, cuando los adolescentes cumplen 19 años de edad, han abandonado la escuela cerca de 89% de ellos.¹⁸⁻¹⁹

EMPLEO

En la actualidad los adolescentes forman una parte importante de la población económicamente activa. Cada año se agregan al mercado de trabajo personas menores de 20 años de edad y para el año 2000 los hombres menores de 19 años de edad que participan ya en el campo laboral son cerca de 44% del total de ellos y las mujeres 24% de ellas, en total 35.8. De la población económicamente inactiva de adolescentes 56% se dedica a estudiar, a labores domésticas 22%; entre las mujeres que no estudian 32.7% se dedican a labores del hogar, mientras que de los hombres lo hacen solamente 1.1%.

LA SALUD DEL ADOLESCENTES

Sexualidad y reproducción

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, la edad promedio de la iniciación de la vida sexual activa es de 15.4 años; para el área rural 13.8% y para el área urbana 16.7%. Existe una correlación directa entre el promedio de escolaridad y el inicio de la vida sexual activa. Como resultado de estas prácticas, ocurren más de 25,000 embarazos anuales en madres menores de 19 años de edad, que terminan en aborto y constituyen cerca de 10% del total de los embarazos.²⁰

El uso de método anticonceptivos, en general, se ha incrementado hasta en 22% o más, sin embargo, entre jóvenes y adolescentes estas cifras son menores y con prevalencia del uso del preservativo. La diferencia entre área rural y urbana en ocasiones es hasta de 20 puntos porcentuales, sobre todo en estados como Oaxaca y Guerrero; la demanda insatisfecha en el área urbana es hasta de 8% y en el área rural hasta de 22.2%.

Existe una correlación estrecha entre la tasa de fecundidad y la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos Guerrero 3.2 de tasa de fertilidad versus 52% uso de anticonceptivos; Baja California, 2.1 de fertilidad versus 77% de uso de anticonceptivos.

Entre la población adolescente se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 000 nacimientos en madres de menos de 19 años de edad, lo que representa 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 x mil mujeres de ese grupo de edad. A pesar de que durante los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en poco más de 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un desafío prioritario en salud reproductiva.²⁰

Adicionalmente, la demanda insatisfecha entre las mujeres unidas de 15 a 19 años de edad es la más alta de todos los grupos etáreos y representa más del doble del valor estimado para el resto de las mujeres.

ADICCIONES

Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, 10% de las y los adolescentes fuman y, de acuerdo con datos del Consejo Nacional Contra las Adicciones, actualmente se registran 122 defunciones diarias en la población en general, relacionadas con el consumo de tabaco. Existen 14 millones de fumadores, de los cuales más de 70% se iniciaron antes de los 14 años de edad, y el universo de fumadores pasivos es de 48 millones de personas. El 75% de los estudiantes empezaron a fumar antes de los 15 años de edad, siendo el promedio

de 13 años para los hombres y 14 años para las mujeres. El 9% de los hombres y 4% de las mujeres empezaron a fumar antes de los 11 años de edad.^{21, 24,25}

El consumo de drogas ilegales también es común. Se calcula que alrededor de 4% de los hombres de entre 12 y 17 años de edad han probado alguna droga en su vida. Las drogas consumidas con mayor frecuencia son los inhalables y la marihuana y, en menor proporción, la cocaína y las pastillas psicotrópicas. El 40% de la población reporta que en su familia se consumen alcohol y otras drogas. En el bachillerato, 7% de la población reportó haber fumado marihuana en los seis meses anteriores y 2% ya había probado la cocaína.²¹⁻²⁹

NUTRICIÓN

Las necesidades de nutrimentos durante la adolescencia se incrementan por existir aumento de la tasa de crecimiento y cambios en la composición corporal, que son diferentes para cada sexo. La Encuesta Nacional de Nutrición 1999 arroja los siguientes resultados, de acuerdo con los grupos de edad estudiados y que incluyen a la población adolescente: en el grupo escolar 5-11 años de edad existe una elevada prevalencia de sobrepeso en la población. Una de cada cinco personas de este grupo poblacional presentan sobrepeso u obesidad, los que se presentan con mayor frecuencia en las zonas urbanas. Otro problema importante en este grupo de edad es la anemia, con una prevalencia en el ámbito nacional similar a la de sobrepeso y obesidad. Se encontraron consumos dietéticos deficientes de vitamina A y zinc, y consumos adecuados o elevados de proteínas y ácido fólico. Los resultados de las determinaciones de micronutrimentos indican deficiencias importantes de hierro, vitaminas A y zinc, y consumos adecuados o elevados de proteínas y ácido fólico.^{22, 23, 25, 26,27}

Los resultados de las determinaciones de micro nutrimentos indican deficiencias importantes de hierro, vitamina E, vitamina C, zinc y vitamina A, y en menor medida, de ácido fólico. En resumen, en este grupo de población los principales

problemas de nutrición son el sobrepeso, la anemia y la deficiencia de varios micronutrientes.

En el grupo de mujeres en edad fértil (12 a 49 años de edad) que incluye a la población adolescente menor de 19 años de edad, los hallazgos de la encuesta mostraron prevalencias elevadas de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil. Otro problema importante fue la prevalencia de anemia. Se encontraron consumos dietéticos deficientes de zinc, vitamina A, hierro, folato y vitamina C.

Los resultados de las determinaciones bioquímicas de micronutrientes indican deficiencias importantes de hierro, zinc y vitaminas E y C y, en menor medida, deficiencia de ácido fólico. No se encontró deficiencia importante de vitamina A.^{28,}

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la investigación de los antecedentes surgen múltiples interrogantes, para fines de este estudio solo contemplaremos lo siguiente:

¿Cuales son los riesgos de estilos de vida de los adolescentes en la localidad de hueso puerco municipio del centro?

4.- JUSTIFICACIÓN:

Durante el periodo de la adolescencia caracterizado por profundos cambios biológicos y físicos, por avances en el desarrollo cognitivo y por un conjunto de expectativas sociales cambiantes, los jóvenes van a tener que tomar una serie de decisiones conductuales que va a afectar su salud tanto a corto como a largo plazo. Son momentos en los que los adolescentes van a encontrarse con nuevas situaciones que les ofrecerán la posibilidad de tomar bebidas alcohólicas, de fumar, de consumir drogas no institucionalizadas, así como de llevar a cabo otras conductas de riesgo tales como tener relaciones sexuales. También durante este periodo la alimentación y el estar físicamente activos pueden experimentar cambios que pueden afectar la salud de los adolescentes

A nivel estatal no se ha realizado ningún estudio que sustente los estilos de vida en los adolescentes motivo por el cual se hace esta investigación en la localidad de Hueso de Puerco municipio del Centro, Tabasco.

OBJETIVO GENERAL

Describir las condiciones de los adolescentes en cuanto a los estilos de vida

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.-Describir algunas características de los estilo de vida del adolescente.

1.1.- Deportes y actividad física,

1.2.- Alcoholismo

1.3.- Tabaquismo

1.4.- Cannabis

6.- MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio, transversal y descriptivo, a través de cuestionarios, se incluyeron los adolescentes de entre los 15 a 18 años de edad, de la telesecundaria Ignacio Manuel Altamirano perteneciente a la localidad Hueso de puerco Centro Tabasco, se excluyeron a los jóvenes que no estudian en la telesecundaria y se eliminaron a los jóvenes no nativos de la localidad.

UNIVERSO:

80 Estudiantes entre 15 y 16 años, que se corresponde con el periodo de la primera adolescencia, y otro formado por estudiantes entre 17 y 18 años, que se corresponde con la media adolescente de la telesecundaria de Hueso de Puerco municipio del centro durante el periodo Enero- Diciembre 2007 que reúnan los criterios de algunas características del estilos de vida

RECOLECCION DE DATOS

La información que se recolecto es base de un cuestionario dirigidos a los jóvenes que son nativos de hueso de puerco, con variables independientes edad sexo y en donde se analizaron las frecuencias a través del software de los programas de Excel y SPSS versión 11.5

7.- RESULTADOS

DEPORTE

HOMBRES

15-16 años

En la primera adolescencia, un porcentaje alto de los jóvenes practican deporte de forma moderada y alta.

En el otro extremo encontramos que el 40.00% de los chicos practican más el deporte y el 10 % practican muy poco. (Figura 1). En este periodo de la adolescencia la frecuencia de práctica de deporte se mantiene estable

17 -18 años:

A los 17 y 18 años la práctica deportiva de mayor frecuencia, es la alta y moderada con 42 y 21 % respectivamente a la vez que disminuye el porcentaje de los que realizan una práctica deportiva (Figura 2). Por lo tanto, nuestros datos son acordes con la literatura: en los adolescentes de hueso de puercos también se observa una tendencia a reducir la práctica de deporte con la edad. Figura 2. Práctica de deporte en chicos de 16 a 17 años

MUJERES

15-16 años:

En el grupo de las chicas la situación es algo diferente. La mayor parte de las chicas entre 15 y 16 años, son sedentarias (60.0%) A diferencia de lo que pasaba con los chicos de esta edad, con el paso de los años se produce una disminución en la frecuencia de práctica deportiva (Figura 3).

17 -18 años:

En la adolescencia media no se observa una disminución significativa de la práctica deportiva con la edad. Este resultado puede deberse a que en general las mujeres son poco activas físicamente, pero aquellas que practican deporte se mantienen fieles durante los dos años siguientes. De hecho, alrededor del 62.50% de las chicas entre 17 y 18 años son sedentarias y el 24% presenta una práctica deportiva de baja frecuencia. Tan sólo el 12.5% de las chicas practica deporte con asiduidad (práctica moderada y alta). (Figura 4)

ACTIVIDAD FÍSICA

HOMBRES

15-16 años:

Por lo que respecta a la actividad física, en la Figura 5 podemos observar que con

la edad disminuye el porcentaje de los que realizan actividad física con una frecuencia alta, mientras que aumenta considerablemente el porcentaje de hombres que realizan actividad física con baja frecuencia. Al igual que la práctica de deporte, un porcentaje alto de los chicos participan en actividades físicas asiduamente. El 50.0% de los chicos tiene una frecuencia de participación en actividades físicas, o bien alta, o bien moderada.

16-17 años:

A los 16 y 17 años la tónica de práctica de actividad física es similar que a los 15 años, con la diferencia que aumenta el número de sujetos sedentarios y disminuyen los que practican con frecuencia alta y moderada. Sin embargo, aunque se observa esta disminución, es significativa (Figura 6). Alrededor del 57.14% de los chicos, o bien son sedentarios, o bien participan con baja frecuencia en actividades físicas. Este porcentaje es superior al que aparece en la primera adolescencia.

MUJERES

15-16 años:

En general, las chicas en la primera adolescencia están más interesadas por la Participación en actividades físicas que por la práctica deportiva. Así pues, el porcentaje de sedentarias es igual en comparación con el deporte y el de las que

practican con una frecuencia alta es mayor. No obstante, al igual que en la práctica deportiva, entre los 15 y los 16 años se produce un descenso en la participación en actividades físicas (Figura 7).

16 -17 años:

Como hemos visto en el apartado anterior, a medida que avanza la adolescencia

Las mujeres reducen su participación en actividades físicas. Así, podemos ver cómo el 62.5 % de las chicas entre 16 y 17 años realizan poca o ninguna actividad física en su tiempo libre. Únicamente alrededor del 12.5% de las chicas en la adolescencia media realizan actividades físicas de forma moderada o alta (a la semana) (Figura 8).

ALCOHOL

HOMBRES

15-16 años:

El consumo de cerveza y de licores y combinados aumenta significativamente con la edad.

Al analizar la frecuencia, observamos que con la edad disminuye el porcentaje de chicos que nunca se han emborrachado, y aumenta el de los que lo han hecho 1 vez o más con el 25% (Figura 9).

17 -18 años:

Durante la adolescencia media, encontramos que la frecuencia de consumo de Cerveza y de licores o combinados sigue aumentando significativamente a medida

que avanza la edad.

También aumenta significativamente el número de veces en que se emborrachan a estas edades principalmente en el de 2 veces y 4 a 10 veces con 28.57% respectivamente (Figura 10).

MUJERES

15 -16 años:

Al igual que en el caso de los chicos, el consumo de cerveza y de licores y combinados aumenta significativamente con la edad. Así, podemos ver que el 100% nunca consumen cerveza ni licores, ni llegan a la embriaguez

(Figura11).

17 -18 años:

La frecuencia de consumo de cerveza y licores o combinados se mantiene estable para las chicas entre los 17 y los 18 años. A pesar de ello, aumenta significativamente el número de veces en que se emborrachan durante estas

edades principalmente las de 1 vez con el 18.75% y con leve descenso de 2 a 3 veces con el 12.5 % respectivamente. Figura 12. Frecuencia de embriaguez en chicas de 16 a 17 años

TABACO

HOMBRE

15 -16 años:

En la Figura 13 podemos observar claramente como los hombres en este grupo de edad son en su mayoría no fumadores 50%

Podría decirse que alrededor de los 15 años un porcentaje importante de los chicos empieza a fumar. Del mismo modo que aumenta el porcentaje de adolescentes fumadores con la edad, la frecuencia del consumo va en aumento del 15 % al menos 1 vez por semana al 35% de una vez por semana o más

Figura 13.

17 -18 años:

La frecuencia de consumo de tabaco se mantiene estable en los chicos durante la adolescencia media (17 años). A estas edades, el 35.71 % de los chicos no fuman y alrededor del 21.43 % fuman a diario.

(Figura 14).

MUJERES

15 -16 años:

Al igual que en el caso de los hombres, las mujeres son en su mayoría no

Fumadoras 83.3% y el 10% al menos una vez por semana y disminuye al 6.67% una vez por semana o más, a diferencia que en el de los hombre hay una disminución en la frecuencia de fumar de una vez por semana o mas del 28.33%

(Figura 15).

17 -18 años:

Si bien la frecuencia de consumo de tabaco se mantiene estable en las chicas durante la adolescencia media, sí que se produce un aumento significativo del número de cigarrillos que fuman a la semana. Esta diferencia es bien marcada a los 17 años, edad en la que se produce un incremento importante en el número de cigarros que fuman. (Figura 16)

CONSUMO DE CANNABIS

HOMBRES

• 15-16 años:

Casi la totalidad de los de los hombres en este grupo de edad no han probado el cannabis (marihuana/hachís). Sin embargo, han probado el 5% Por lo que puede ser indicativo de que a los 15 años es una edad clave en el inicio del consumo de estas sustancias (Figura 17).

17-18 años:

A estas edades se produce un ligero aumento en la experimentación con la marihuana y el hachís. El 7.14% de los hombres han probado estas sustancias (Figura 18).

MUJERES

15-16 años:

El 100% de este grupo de edad ninguna mujer ha probado el cannabis, aunque en las literaturas a partir de los 15 años de edad si han probado esta droga.

(Figura 19).

Experimentación con el cannabis en chicas de 15 a 16 años

17-18 años:

Al igual que los chicos, a esta edad se produce un ligero aumento en la experimentación con el cannabis. Aproximadamente el 6% de las mujeres de estas edades ha probado estas sustancias, y de éstas lo han hecho 1 a 2 veces

(Figura 20).

8.- DISCUSION

En relación al deporte y las actividades deportivas, en las bibliografías revisadas las actividades deportivas fuera de las escuelas, no ha sido una práctica frecuente, mas del 50% no suelen hacer deportes de manera organizadas, y en el presente estudio no difiere con la literatura, en donde se puede afirmar que las actividades deportivas es mas frecuentemente en los primeros años de la adolescencia, siendo menos frecuentes en la mujeres y van disminuyendo conforme pase la edad.

Alcohol, en resultados de múltiples estudios se demuestra que el alcohol es un factor muy importante como causas de problemas entre los adultos y los adolescentes, a diferencias de años anteriores el alcohol actualmente se empiezan a edades tempranas, en el presente estudio se demuestra que en los jóvenes principalmente en los hombres se inicia el consumo de alcohol unos años antes que las mujeres, haciéndolo como un acto social, y conformen pasan las edades el consumo continúan en forma ascendente. Lo que contribuye a estos resultados es que hay disfunciones en las familias como un factor primordial para su inicio en el alcohol.

TABAQUISMO

En relación a esta dependencia, en la literatura menciona que la mayoría de los jóvenes de ambos sexos inician a fumar a partir de los 11 años, con mayor predominio del sexo masculino, en los resultados obtenidos en la investigación no difiere, en el grupo que inicia a fumar es a partir de los 15 años, con predominio del sexo masculino, y la importancia en que las mujeres ya habitúan la practica de fumar, no importante si es de zona urbana o rural.

CANNABIS.

El uso de droga no legalizables antiguamente y actualmente en las grandes ciudades era la adicción al cannabis, en las literaturas revisadas esta droga continua siendo una adicción muy importante, reportando que la mayoría de los jóvenes de 15 años en adelante ya consumían estas sustancias, aunque actualmente otras drogas como la cocaína y la morfina han venido sustituyendo a esta droga, la mariguana es factible conseguirla en cualquier medio, en el presente estudio el grupo de edad que tiene una mayor proporción de adicción a la mariguana es el de 17 años, de edad, con mayor frecuencia en el sexo masculino, lo que este resultado no difiere de la literatura a pesar de ser el estudio en una zona rural .

9.- CONCLUSIONES

En esta investigación hemos presentado algunas de las características de los estilos de vida de los adolescentes de la localidad de Hueso de Puerco perteneciendo al Municipio del centro del Estado de Tabasco de edades comprendidas entre los 15 y los 18 años. En esta etapa de la vida se adquieren algunos hábitos que luego continúan a lo largo del ciclo vital, marcando un estilo de vida que favorece o dificulta la salud. Son momentos en los que los adolescentes realizan sus salidas y reuniones sociales con sus semejantes con independencia de los padres y en los que tienen que tomar sus propias decisiones ante conductas tales como el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y prácticas los deportes y actividad física.

Del conjunto de variables de estilos de vida analizadas en nuestra investigación,

en este trabajo hemos recogido las características de la práctica de deporte y actividad física, el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Los datos han sido presentados recogiendo en primer lugar lo que acontece a los 15 y 16 años, lo que hemos considerado la primera adolescencia, para pasar posteriormente a analizar lo que pasa a los 17 y 18 años. En todos los casos hemos analizado la situación en el grupo de hombres y en el grupo de mujeres.

En cuanto a estar activos físicamente, hemos estudiado la práctica de deporte y actividad física extraescolar en los hombres y en las mujeres. En ambos casos los hombres realizan significativamente mayor actividad que las mujeres. En la práctica deportiva no se observa abandono deportivo en el caso de los hombres de los 15 a los 17 años, sin embargo a los 18 años esta situación cambia, observándose un mayor número de adolescentes que son sedentarios o que tienen una práctica baja. En el caso de las mujeres el abandono se produce claramente desde el inicio de la adolescencia y continúa hasta los 18 años. En la práctica de la actividad física, en los hombres se va produciendo un ligero abandono a medida que pasan los años y en el grupo de las chicas este abandono se produce más claramente a los 17 y 18 años. Cabe

señalar que las mujeres muestran menos interés por la práctica de actividad física que por el deporte y que en el grupo de los chicos esto es diferente.

Respecto al consumo de alcohol, hemos observado que tanto los hombres como las mujeres a los 15 y 16 años no beben prácticamente ni cerveza ni combinados y que a los 17 y 18 años la situación cambia y sigue aumentando a medida que avanza la edad, más en el caso de los chicos que en el de las chicas.

En cuanto al consumo de tabaco, éste también presenta una tónica similar al alcohol, observándose un gran cambio de los 17 hasta los 18 años.

Por lo que se refiere al consumo de cannabis, éste es prácticamente inexistente en los adolescentes de 15 a 16 años, sin embargo, a los 17 años ya lo han probado cerca del 13 % de los hombres y mujeres, y este porcentaje aumenta en los años posteriores. De ahí que considero que hay que continuar analizando su implicación en la socialización de los estilos de vida saludables de cara a analizar su posible contribución en los programas de prevención de la salud y de socialización de los estilos de vida saludables.

10. - RECOMENDACIONES.

1.- Seguir con las investigaciones de los estilos de vida saludables en relaciones a sexualidad, alimentación y accidente ya que estos son problemas de salud publica que se tienen que retomar de inmediato para disminuir la morbimortalidad en los adolescentes.

2.- Promover la educación más en los factores influyentes como la actividad física, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco y drogas para evitar alteraciones subsecuentes que dañen a la población de edad productiva.

3.- Construir parques recreativos en coordinación con el ayuntamiento del municipio del centro para el desarrollo de las actividades físicas y del deporte en los jóvenes para evitar consumo de factores que influyan sobre su salud.

4.- Involucrar a la secretaria de educación publica a reforzar los temas de estilos saludables en salud a los adolescentes o incluirlos en materia de educación para el nivel de secundaria.

5.- Promover un centro de atención especializado al adolescente en coordinación con el DIF Estatal, para aperturas de talleres recreativos en los adolescentes para evitar daños a la salud.

11. - BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aro le, Wold E, kannas I: Health behaviour in schoolchildren. A WHO cross-national survey: A presentation of philosophy, methods ant selected results of the first survey. Health Promanan: an international journal. Ed. Oxford University Press.2001; 1:17-33.
- 2.- A Juriaguerra J: Manual de psiquiatría infantil. Cap XXV:869-932. 40 ed. Toray-Masson. 2002.
- 3.- Almenará Barrios J, Ruiz Jiménez M^a, Rodríguez Martín A: El hábito de tabaco en la población juvenil gaditana. As Esp Pediatr 2002; 32(4):333-335.
- 4.- Americam Academy And Pediatrics. Country Andn Children Adolescent Health 4987- 1988: Limites de edad de la Pediatría. Pediatrics (cd. esp.): 2003; 25:330.
- 5.-Alvarez Fj, Queipo O, Del Rio Mc: Patterns of Drug Use by Young People in the Rural Community of Spain. British Journal of Addiction 2002; 84:647-652.
- 6.-Alvira Martin F: Cambios en el consumo de bebidas alcohólicas en España. Revista Español de Investigaciones Sociológicas. Reis 2000; 34:11-130.
- 7.-Americam Academy Qn Pediatric. Commfitee Qn Adolescence: Ingestión y abuso del alcohol: un problema pediátrico. Pediatrics (ed esp) 1987-19
- 8.-American Academy Of Pediatrics. Committee And Comunications: Impact of rock lyries and music videos on children and youth. Pediatrics 2001; 83:314-315.
- 9.- American Academy Of Pediatrics. Comite De La Juventud: Nuevos conocimientos sobre los adolescentes fumadores. Pediatrics (cd esp) 2002; 1(4):317.318.
- 10.- American Academy Of Pediatrics. Committe Andn Genetics And Environmental Hazarus: The environmental consequences of tobacco smoking implications for public policies that affect the health of children. Pediatrics 2001; 70:314-315.

11. - Medical Termination of Pregnancy MTP Law, (May 5, 2000).
- 12.- Organización Panamericana de la Salud). Proyecto de Desarrollo y Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en América Latina y el Caribe. 1997-2000 OPS, OMS.
13. - Rodriguez Garcia, R y Russell j.s. The Legislative and Policy Environment for Adolescents Health in Latin America and the Caribbean, Washington, D.C. 2000
- 14.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. VII Censo General de Población y Vivienda 1950. Resumen General. México, D.F.: INEGI, 1952.
- 15.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. VIII Censo General de Población y Vivienda 1960. Resumen General. México, D.F.: INEGI, 1952.
- 16.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. X Censo General de Población y Vivienda 1980. Resumen General. México, D.F.: INEGI, 1952.
- 17.- Consejo Nacional de Población. Programa Nacional de Población 2001-2006. México, D.F.: Conapo, diciembre 2001.
- 18.- Consejo Nacional de Población. Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico. México, D.F.: CONAPO, 2002.
- 19.- Encuesta Nacional de Juventud 2000. Resultados Generales. México, D.F.: Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de la Juventud, agosto 2002.
- 20.- Dirección General de Salud Reproductiva. La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes. México, D.F.: SSA-DGSR, 2000.
- 21.- Consejo Nacional contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones. 1998. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2000

- 22.- Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, González de Cossío T, Hernández-Prado B, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Nutrición 2000. Instituto Nacional de Salud Pública. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2001.
- 23.- Guadarrama-Rico. Familias mediáticas, una aproximación a las transformaciones de la clase media. En: Maldonado-Reynoso MP, ed. Horizontes comunicativos en México. Estudios Críticos. México, D.F.: Asociación Mexicana de Investigadores Comunicadores, 2002.
- 24.- Omram AR. The epidemiologic transition theory a preliminary. J Trop Pediatrics 1983; 29:305-316.
- 25.- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Programa de Acción para la Atención a la Salud de la Adolescencia. En: Secretaría de Salud. Definiendo las prioridades de salud para las adolescentes. México, D.F.: SSA-CENSIA, 2002.
- 26.- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Vivir juntos, en mundos separados. Hombres y mujeres en tiempos de cambio. Estado de la población mundial. Nueva York (NY): FNUAP, 2000.
- 27.- Burth M. ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? Washington, D.C.: Fundación W. K. Kellogg – OPS, 2003.
28. Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Secretaría de Salud, México, D.F.: 2001.
- 29.- Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. Programa Nacional para la Prevención y Control de Accidentes. 2001-2006. México, D.F.: SSA, 2002.
- 30.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Daños a la salud. Tabulados Básicos y por Entidad. México, D.F. INEGI, 2000.

12.- ANEXOS

FRECUENCIA EN PRACTICAS DE DEPORTE HOMBRES DE 15 A 16 AÑOS DE EDAD
HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

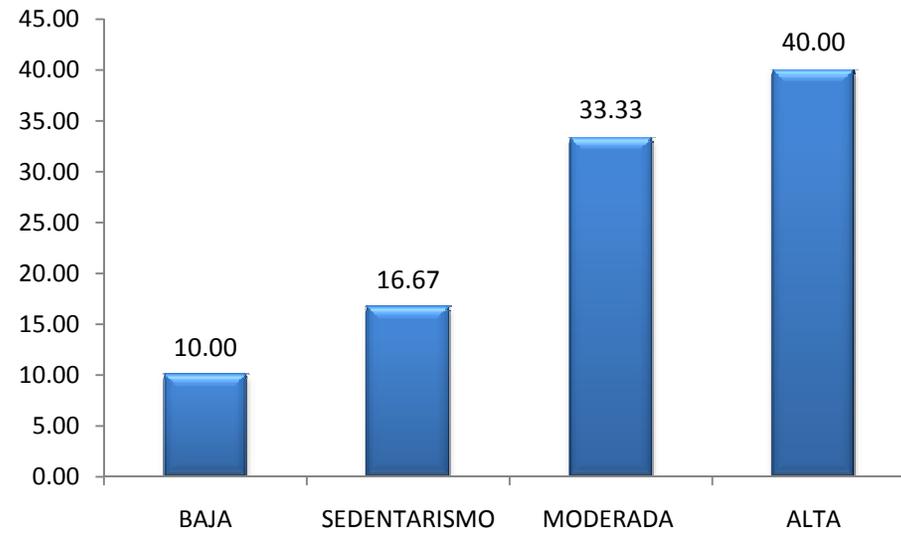


Figura 1

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA EN PRACTICAS DE DEPORTE HOMBRES DE 17 A 18 AÑOS DE EDAD
HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

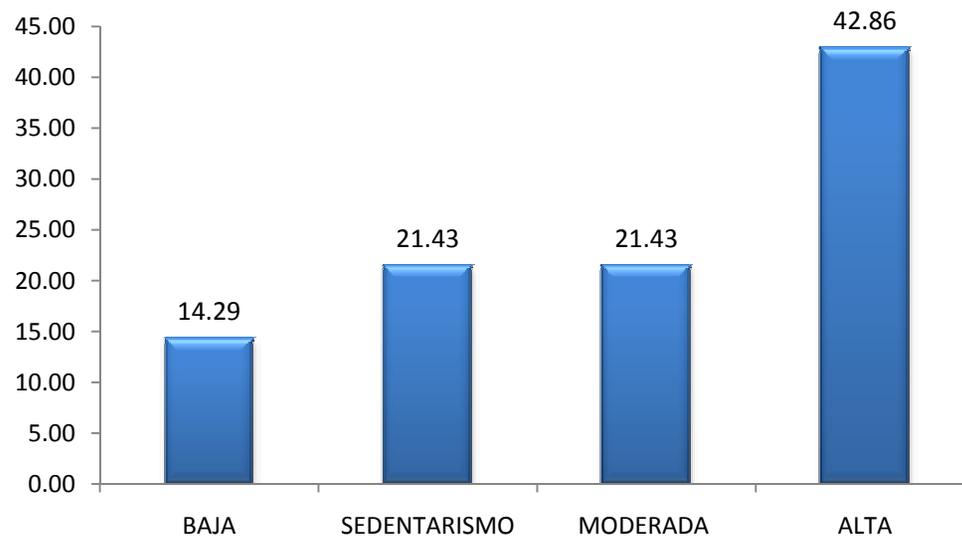


Figura 2

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA EN PRACTICAS DE DEPORTE MUJERES DE 15 A 16 AÑOS DE EDAD
HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

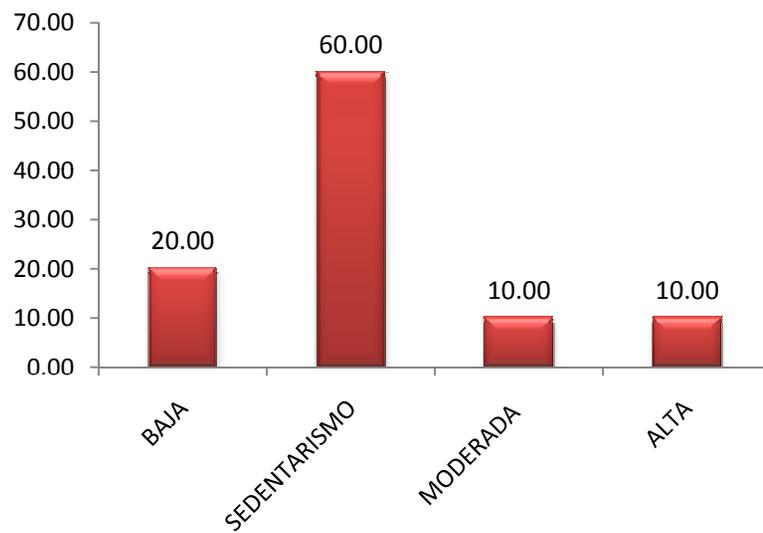


Figura 3

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA EN PRACTICAS DE DEPORTE MUJERES DE 17 A 18 AÑOS DE EDAD HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

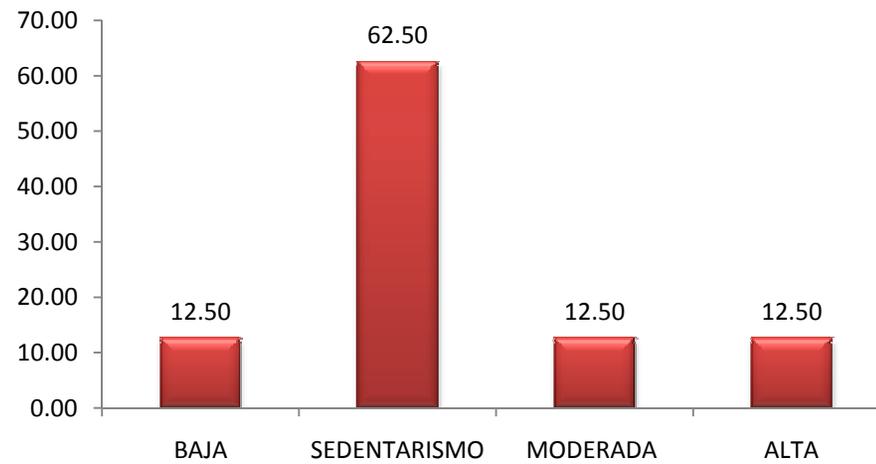


Figura 4

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA EN ACTIVIDAD FISICA HOMBRES DE 15 A 16 AÑOS DE EDAD
HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

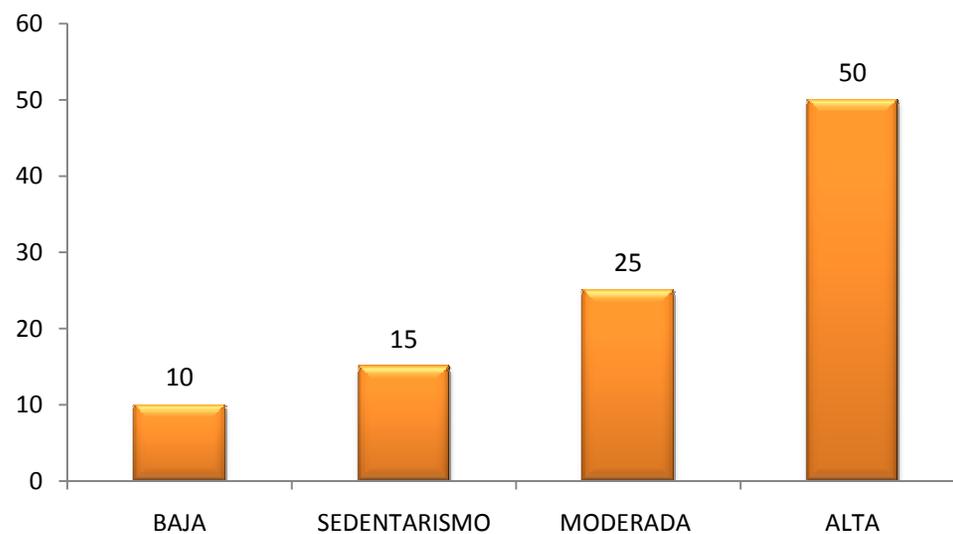


Figura 5

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA EN ACTIVIDAD FISICA HOMBRES DE 17 A 18 AÑOS DE EDAD HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

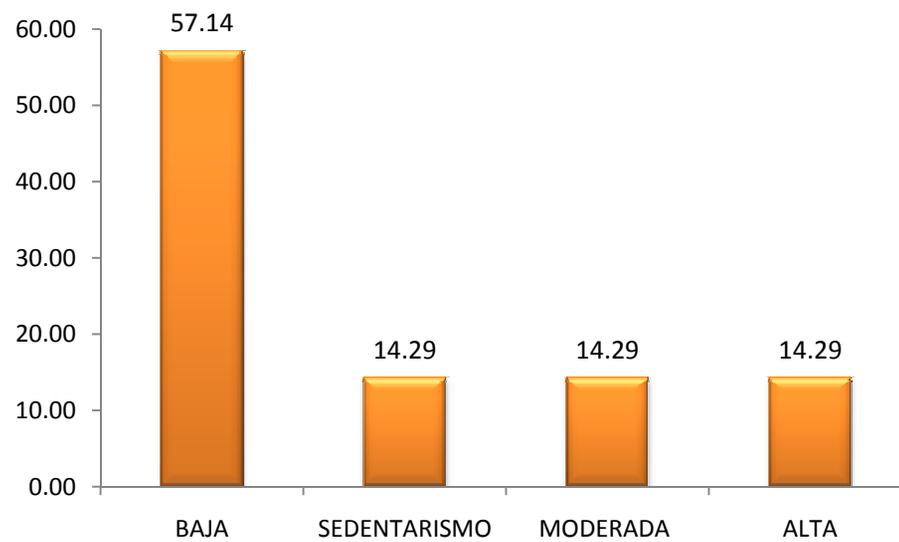


Figura 6

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA EN ACTIVIDAD FISICA MUJERES DE 15 A 16 AÑOS DE EDAD
HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

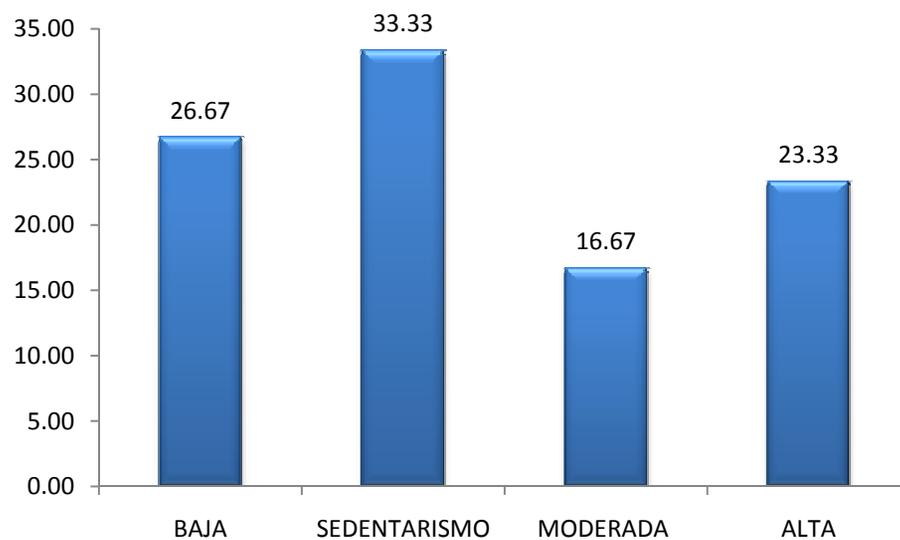


Figura 7

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA EN ACTIVIDAD FISICA MUJERES DE 17 A 18 AÑOS DE EDAD HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

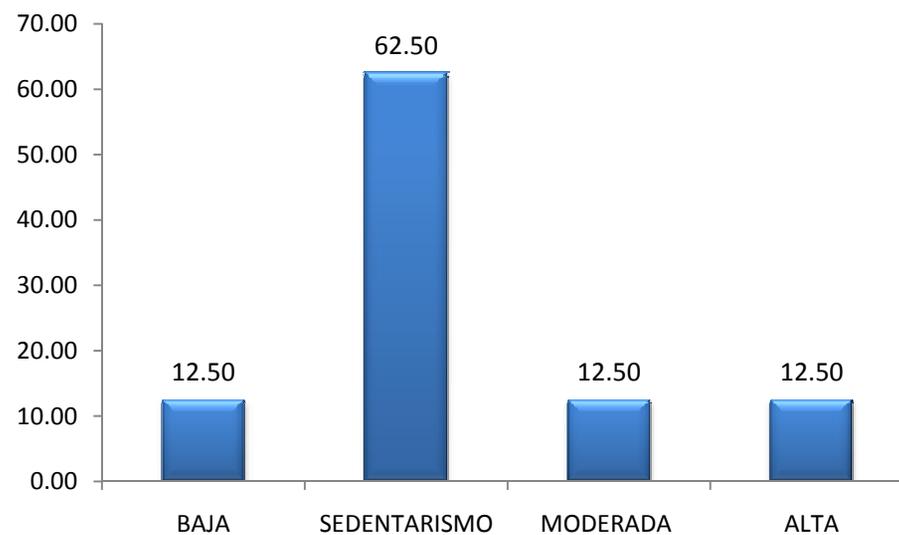


Figura 8

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ HOMBRES DE 15 A 16 AÑOS DE EDAD HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

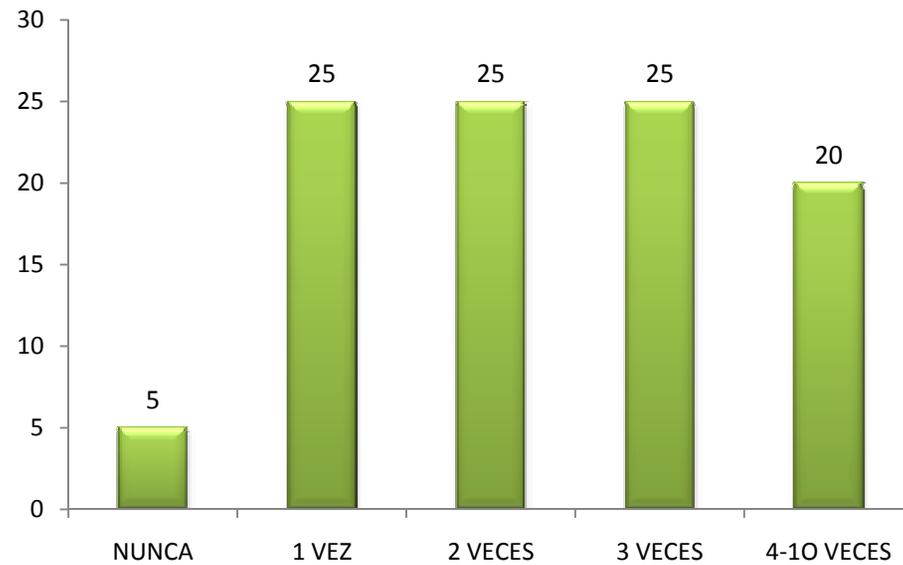


Figura 9

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ HOMBRES DE 17 A 18 AÑOS DE EDAD HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

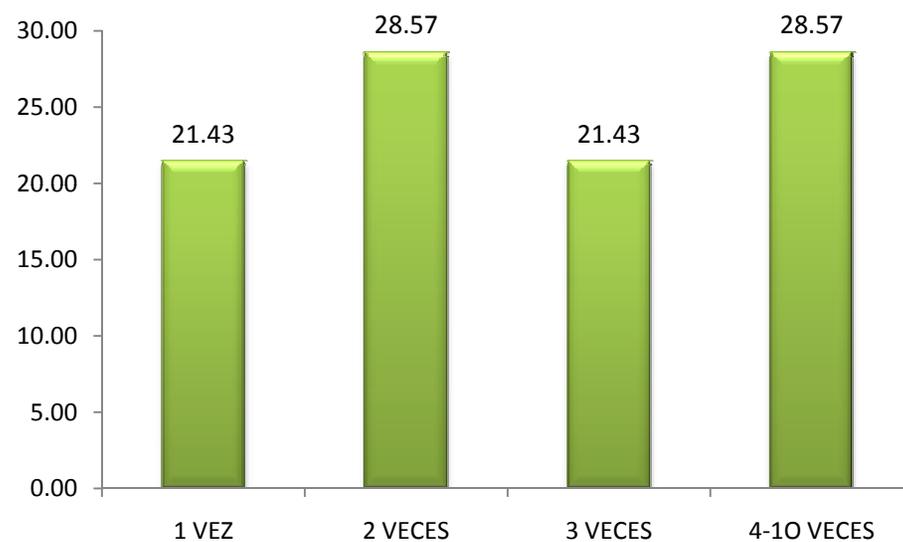


Figura 10

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ MUJERES DE 15 A 16 AÑOS DE EDAD HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

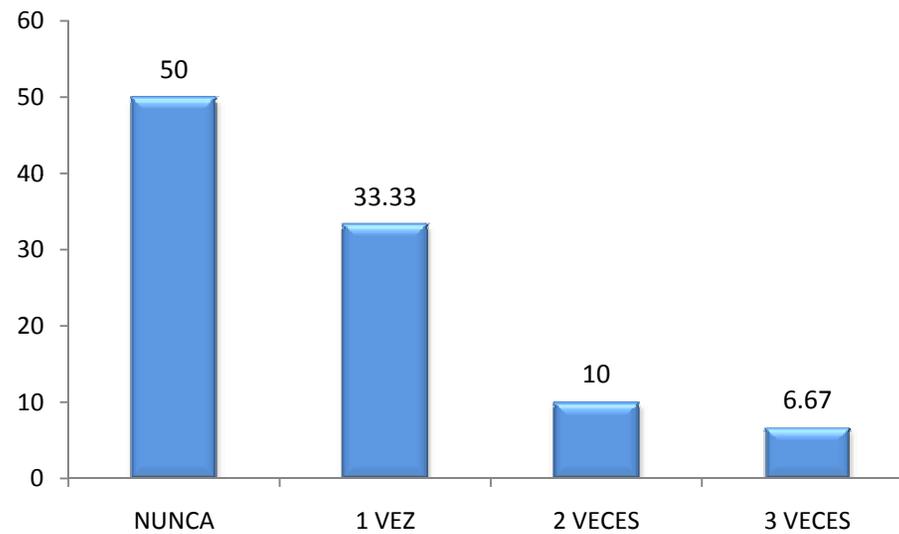


Figura 11

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ MUJERES DE 17 A 18 AÑOS DE EDAD HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

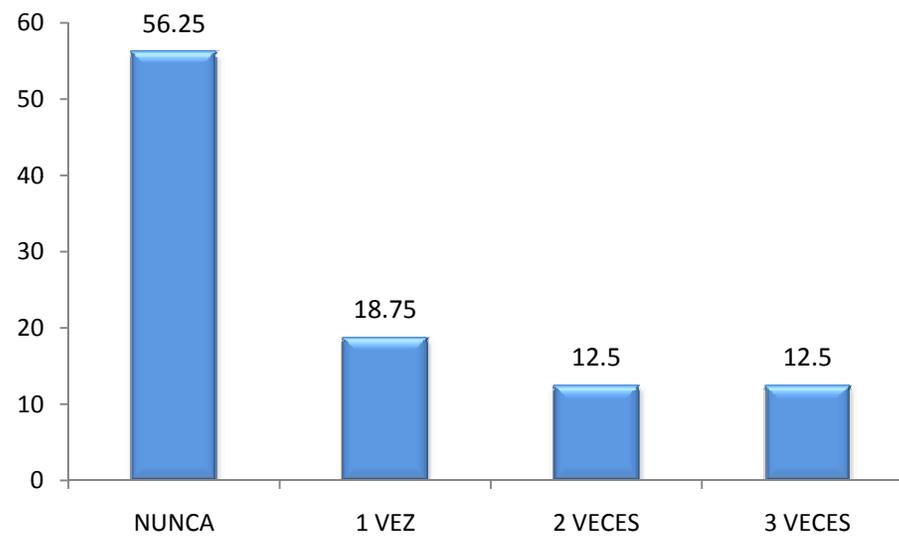


Figura 12

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO HOMBRES DE 15 A 16 AÑOS DE EDAD
HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

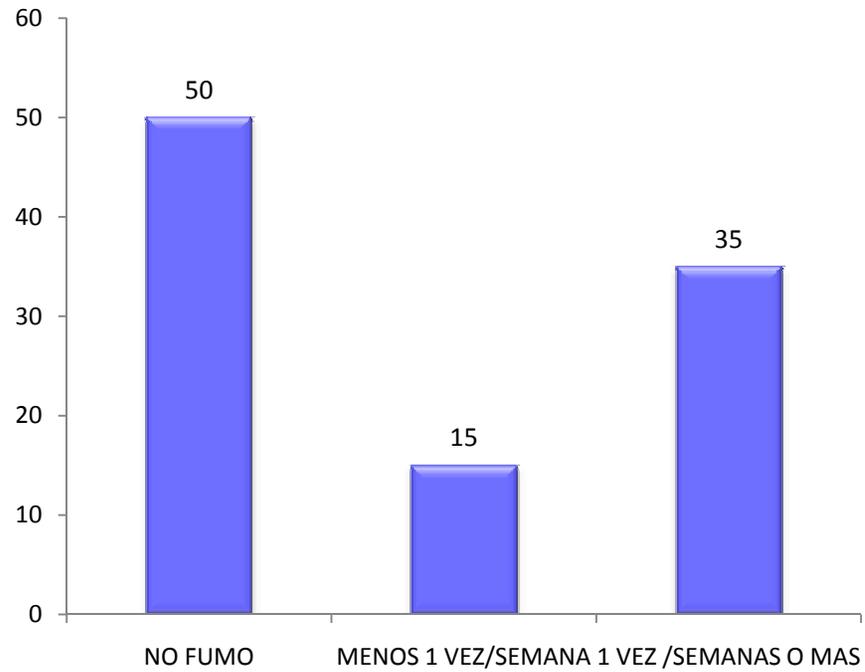


Figura 13

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO HOMBRES DE 17 A 18 AÑOS DE EDAD
HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

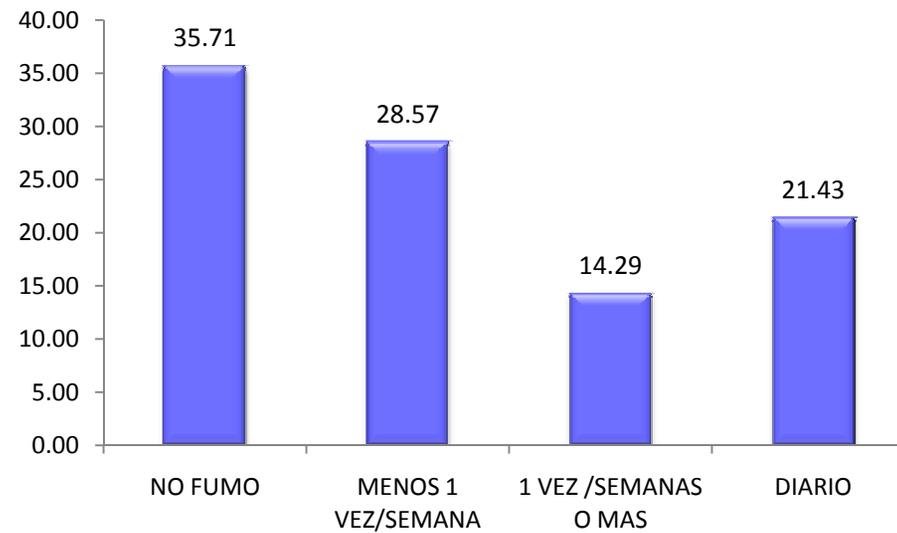


Figura 14

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO MUJERES DE 15 A 16 AÑOS DE EDAD
HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

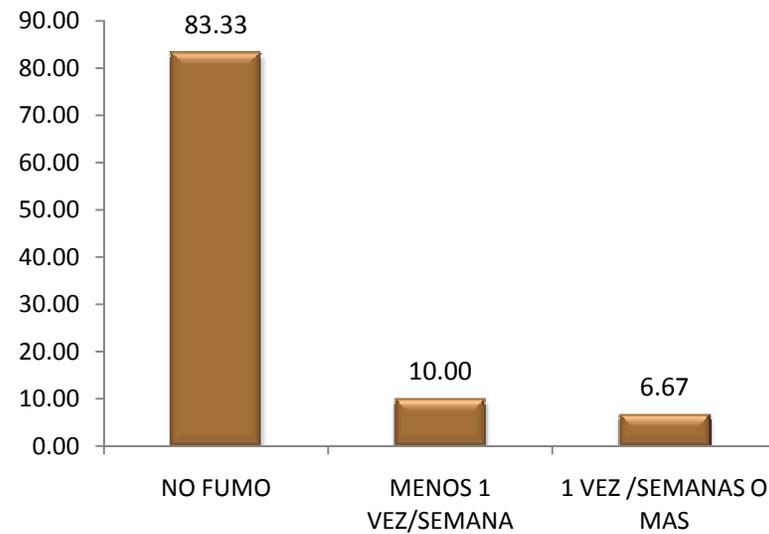


Figura 15

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO MUJERES DE 17 A 18 AÑOS DE EDAD
HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

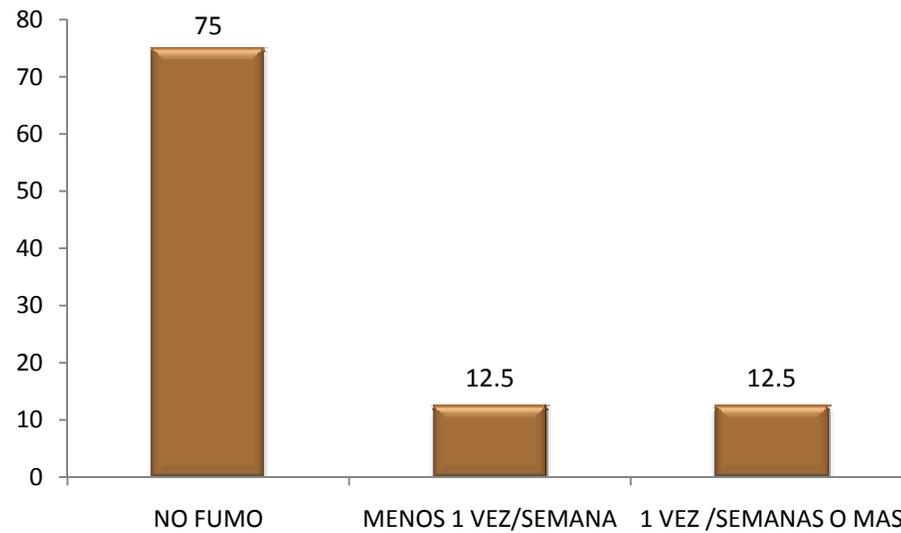


Figura 16

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA DE EXPERIMENTACION CON CANNABIS HOMBRES DE 15 A 16 AÑOS DE EDAD
HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

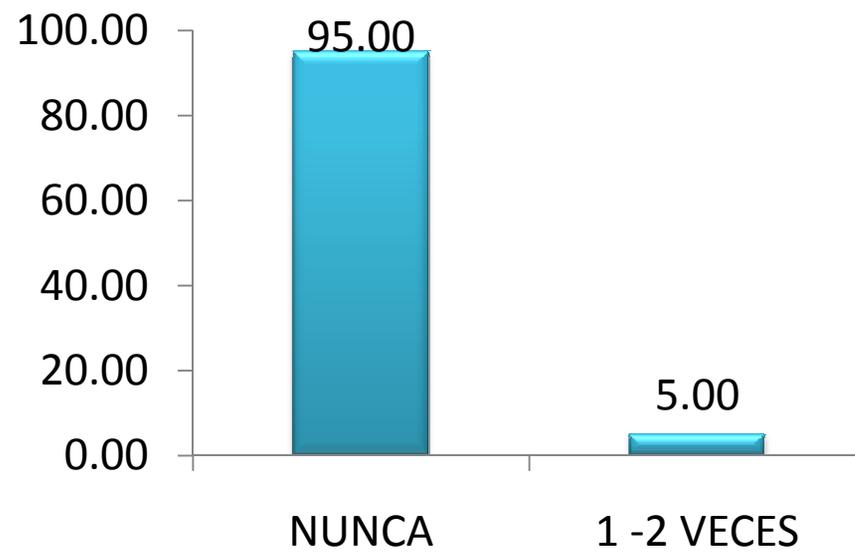


Figura 17

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA DE EXPERIMENTACION CON CANNABIS HOMBRES DE 17 A 18 AÑOS DE EDAD
HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

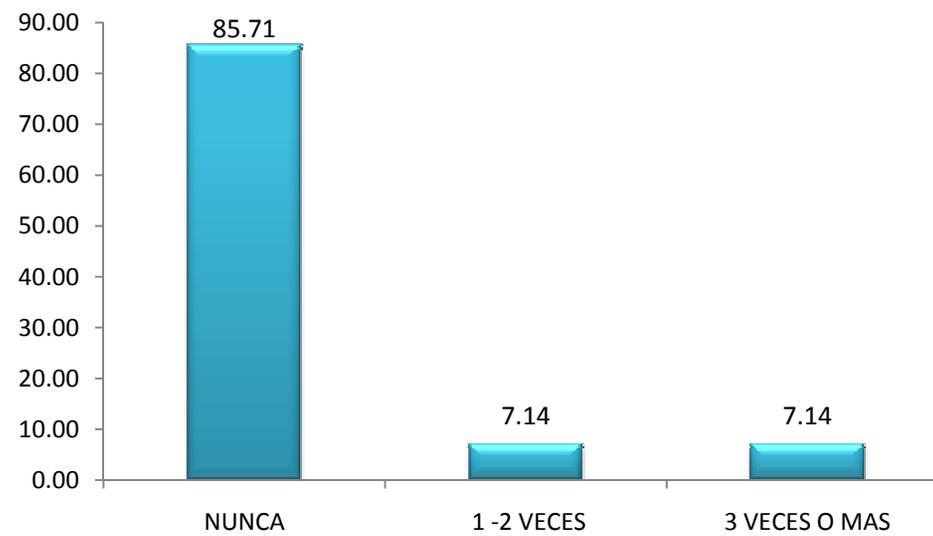


Figura 18

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA DE EXPERIMENTACION CON CANNABIS MUJERES DE 15 A 16 AÑOS DE EDAD
HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

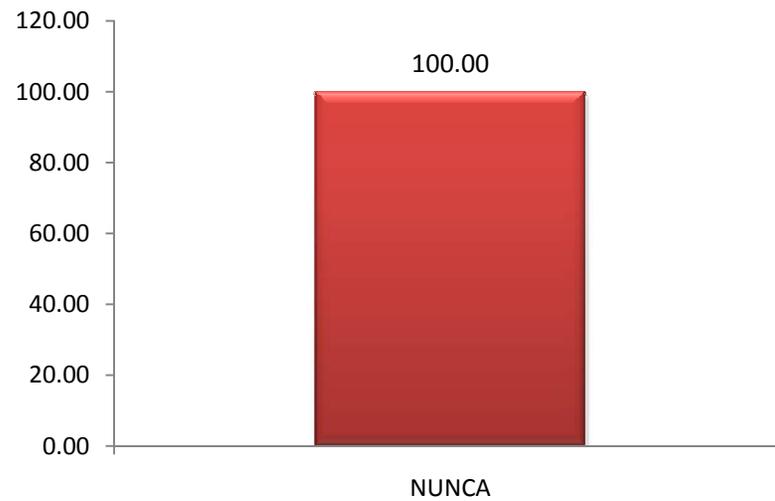


Figura 19

Fuente: Cuestionario

FRECUENCIA DE EXPERIMENTACION CON CANNABIS MUJERES DE 17 A 168AÑOS DE EDAD
HUESO DE PUERCO, CENTRO TABASCO 2007

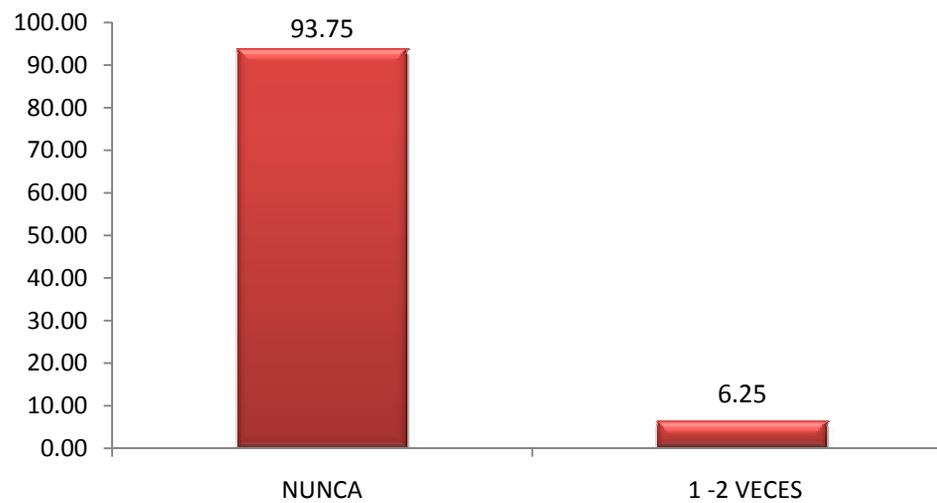


Figura 20

Fuente: Cuestionario

FORMATO ÚNICO DE CONSENTIMIENTO

Título del proyecto

Algunas de las características de los estilos de vida de los adolescente en Hueso de Puerco, Centro, Tabasco 2007.

Investigadores a cargo del proyecto:

GUADALUPE GOMEZ DOMINGUEZ

Yo José Martínez Hernández Certifico que he sido informado por GUADALUPE GOMEZ DOMINGUEZ responsable del proyecto de investigación llevado a cabo en la telesecundaria Ignacio Manuel Altamirano de la localidad Hueso de Puerco, Centro de la Ciudad de Villahermosa, Tabasco, México. He sido informado acerca del procedimiento que se llevará, así como el tiempo que esto requiere. Entendiendo las posibles molestias y los beneficios del mismo, así como para el responsable del proyecto. Entiendo que tengo derecho a realizar preguntas acerca de la investigación y me han informado que los datos del presente son confiables.

Por medio de la presente doy mi libre consentimiento para que la Escuela Telesecundaria Ignacio Manuel Altamirano forme parte del proyecto de investigación “Algunas de las características de los estilos de vida de los adolescente en Hueso de Puerco, Centro, Tabasco 2007.”

”

Firma del representante legalmente autorizado.

Villahermosa, Tabasco. 3 de Enero de 2007

Consideraciones éticas

De acuerdo con el artículo 17 del “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud” publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, el estudio será una investigación sin riesgo, sin embargo, se solicitara el consentimiento del representante legal de la Telesecundaria Ignacio Manuel Altamirano de la localidad de Hueso de Puerco centro, Tabasco