



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

UNIDAD ACADÉMICA
JURISDICCIÓN SANITARIA 06, CUNDUACAN, TABASCO.

**RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LAS ÁREAS
DE FUNCIONAMIENTO DE MAYOR RIESGO DE LA VIDA DE LOS
ADOLESCENTES.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. ALEJANDRA ANTONIETA AGUILAR CASTILLO

ASESOR DE TESIS: DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

VILLAHERMOSA, TABASCO. 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LAS ÁREAS
DE FUNCIONAMIENTO DE MAYOR RIESGO DE LA VIDA DE LOS
ADOLESCENTES.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ALEJANDRA ANTONIETA AGUILAR CASTILLO

A U T O R I Z A C I O N E S :

DRA. LEYSI ORAMAS DE LA CRUZ

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
VILLAHERMOSA, TABASCO.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

ASESOR DE TESIS
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

MCE. MIGUEL ANGEL LOPEZ ALEJANDRO

ASESOR DEL TEMA

DR. ESMELIN TRINIDAD VAZQUEZ

DIRECTOR DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

**RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LAS ÁREAS
DE FUNCIONAMIENTO DE MAYOR RIESGO DE LA VIDA DE LOS
ADOLESCENTES.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ALEJANDRA ANTONIETA AGUILAR CASTILLO

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	
I.MARCO TEORICO	1
1.1. Antecedentes históricos	1
1.2. Etapa de la adolescencia	4
1.3. Epidemiología	6
1.4. Cuestionario para detectar adolescentes con problemas de uso de drogas (POSIT)	8
1.5. Áreas de funcionamiento del adolescente	9
II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
III.JUSTIFICACION	23
IV.OBJETIVOS	25
Objetivo general	25
Objetivos específicos	25
V.METODOLOGÍA	26
5.1. Tipo de estudio	26
5.2. Diseño de estudio	26
5.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra	26
5.4. Criterios de Inclusión, exclusión y de eliminación	26
Criterios de Inclusión	26
Criterios de Exclusión	26
Criterios de Eliminación	26
5.5. Variables de Estudio	27

5.6. Método o procedimiento para captar la información	29
5.7. Consideraciones éticas	31
VI.RESULTADOS	33
VII.DISCUSION	39
VIII.CONCLUSION	43
RECOMENDACIONES	43
IX.BIBLIOGRAFIA	46
ANEXOS	55

INTRODUCCION

La adolescencia es esencialmente una época de cambios, trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto. En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. La persona joven rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo: de la familia, la escuela y la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje.¹

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) con datos del censo del 2010 se ubica en más de 21 millones.² A nivel nacional se estima que en el grupo de adolescentes entre los 12 y 17 años ya consumieron por primera vez al menos una copa completa de bebidas alcohólicas.³

Los adolescentes son particularmente vulnerables a sufrir daños en el desarrollo e integridad cuando consumen drogas y alcohol, los factores que pueden estar contribuyendo a incrementar el riesgo de consumo de alcohol a edades tempranas son múltiples es posible señalar que los riesgos de consumo de alcohol se agrupan en tres categorías: a) factores contextuales macro sistémicos que incluyen variables socio demográficas, biológicas, culturales y ambientales; b) factores sociales meso sistémicos que se refieren tanto al entorno próximo del adolescente, familia, escuela, grupo de amigos, como a la influencia mediática de la publicidad y los medios de comunicación y c) micro sistémicos como factores personales que comprenden cogniciones, habilidades, y otras variables personales relevantes.⁴

El contexto escolar constituye un importante escenario que en gran medida determina la eficacia de la educación en prevención del consumo de drogas. Los estudiantes interactúan en las clases y en cada una de las cuales posee su

propio entorno normativo, que fomenta o desalienta determinados comportamientos, tales como el uso, o no de sustancias tóxicas, que puede influir directamente en la salud y bienestar personal, así como en resultados académicos, por lo tanto, la escuela se presenta como el sitio idóneo para una labor educativa eficaz con fines preventivos.⁵

Actualmente en los adolescentes de las escuelas se observa un aumento en problemas de salud, los cuales requieren de atención médica, psicológica o incluso neuropsiquiatra. Resulta de interés como en esta etapa de la vida de los adolescentes, se está perdiendo su cualidad más significativa, que por sus características debía ser la más saludable. Toda esta realidad se refleja en el proceso de aprendizaje y salud, ocasionando serios problemas escolares a ellos como individuos, a la institución educativa; a las familias, a la sociedad y de paso a todas las instituciones relacionadas con la atención de estos. Probablemente el problema más notorio es el fracaso escolar, el cual resulta en deserción escolar y con ello problemas relacionados con la salud del adolescente, las familias y la sociedad.⁶

Es fundamental la información oportuna que ayude a la prevención, detección, e intervenciones en trastornos de la vida, con el fin de detectar señales de riesgo, y tomar las mejores decisiones al respecto, logrando prevenir que los alumnos se enfermen, fomentando una mejor calidad de vida y apoyándolos en tiempo determinantes para hacer prevalecer la salud.⁷

El consumo de sustancias de curso legal e ilegal en México constituye un creciente problema de salud pública, el cual muestra que hay una disminución de la edad de inicio del consumo, el incremento entre mujeres y el uso de dos o más de aquellas.⁸

En la literatura científica actual se destaca la importancia fundamental de determinados factores de riesgo frente al desarrollo de conductas violentas en

niños y adolescentes en general, que podrían contribuir en la explicación del tipo de comportamiento agresivo ejercido en el ámbito intrafamiliar y específicamente hacia los padres.⁹

Se han destacado variables que podemos agrupar en dos ámbitos principales: individual y familiar. Entre las variables individuales, numerosos estudios han observado una estrecha relación entre la conducta violenta del adolescente y la baja autoestima, sintomatología depresiva, malestar psicológico, sentimientos de soledad, la satisfacción vital, el auto concepto negativo; la carencia de habilidad empática, agresividad y consumo de drogas.¹⁰

I. MARCO TEORICO

Una de las etapas más relevantes y significativas en el desarrollo humano es la adolescencia: Su concepto no es uniforme, existiendo diferentes aproximaciones a lo largo de la historia, tal como se expone a continuación.

El origen del término adolescencia procede del latín “adolescere” que significa crecer o madurar.¹¹ Este primer significado da cuenta de una de sus principales características, el crecimiento o maduración respecto a la etapa anterior, la infancia. La maduración se produce a diferentes niveles y constituye una de las transformaciones más relevantes en el desarrollo humano. No obstante, a pesar de existir una serie de marcadores que señalan que el comienzo de la misma, su inicio y su finalización carecen de uniformidad. De esta forma, tanto la definición de adolescencia como el periodo que abarca se ven modificados en función a la sociedad y del momento histórico, dando lugar, en consecuencia, a distintas aproximaciones.

Todo ello hace necesario acercarse al concepto, desde sus antecedentes históricos hasta las perspectivas actuales, como el periodo de desarrollo comprendido entre la infancia y la época adulta que no siempre ha sido entendido de igual forma ni se le ha dado la categorización y valor que tiene hoy en día en nuestra sociedad.

1.1. Antecedentes históricos

A pesar de que el concepto adolescencia emerge en el siglo XIX, ya en la antigüedad los filósofos griegos mostraron un interés por el periodo situado entre la infancia y la edad adulta: por ejemplo, Platón y Aristóteles lo entendían como una época de pasiones y turbulencias durante el cual se accedía a la razón.¹²

Por otro lado, el imperio Romano, la pubertad llevaba implícita el reconocimiento de la capacidad para el desempeño de funciones civiles, por ello, a los 14 años se

abandonaban la indumentaria infantil y a los 16 se les permitía entrar al ejército u optar por una carrera política.

En la edad media, niños y adultos eran considerados como semejantes, entendiéndose al niño como un adulto en miniatura.¹³ La diferencia entre ambos era vista de un modo cuantitativo y no tanto cualitativo, partiendo de las creencias de que el esperma contenía un hombre adulto en miniatura (el homúnculo), tal como postuló Hartsoeker (1694). En consecuencia, los rudimentos conceptuales sobre la adolescencia como etapa diferenciada entre la infancia y la edad adulta desaparecieron en la edad media de manera que el paso de la infancia a la etapa adulta era directo.¹⁴

En el renacimiento, los avances e interés en la educación dieron lugar a nuevos programas escolares adaptando a la emergencia de las capacidades de la persona, permitiendo comprender y afrontar el desarrollo humano de forma distinta hasta ese momento.¹⁵

En el siglo XVIII, la corriente literaria del Romanticismo y, en especial, el movimiento alemán del Sturm und Drang (tormenta y drama) contribuyen de forma relevante a generar la idea de un nuevo período vital, la adolescencia, caracterizado por la exaltación y la rebelión, entremezclando la pasión y los cambios bruscos en el estado de ánimo.¹⁶

Las ideas y concepciones de esta misma corriente resultan especialmente interesantes puesto que han influido en la emergencia del concepto así como su estudio y conceptualización hasta el siglo XX.

Muy cercano en el tiempo a las concepciones Sturm und Drang y posiblemente influenciado por las mismas, Rousseau (1762) publica la novela pedagógica Emilio en la cual se señalan 5 etapas en el ciclo vital: infancia, niñez, niñez tardía, adolescencia, y adultez: Según Rousseau (1762), la adolescencia, o edad de la

razón, escenifica un segundo nacimiento y supone un periodo de crisis para la persona en el que predominan las pasiones y se producen constantes cambios de humor que hacen que el niño se torne indisciplinado.

No es hasta finales del siglo XIX cuando emerge la forma sistemática del concepto y estudio de la adolescencia, ligado a la industrialización, destacando las obras de Preyer (1882) o Hall (1904) ya en el siglo XX. La articulación del estatus adolescente, tal y como se entiende hoy en día, vino posibilitada por la revolución económica y el conjunto de transformaciones asociadas a la misma.¹⁷ Que se sintetizan en tres ámbitos: el jurídico, el familiar, y el educativo.

A nivel jurídico, se producen dos hechos fundamentales. Por un lado se modificaron las leyes sobre trabajo infantil. Por otro lado se promulgaron una serie de leyes relativa a la delincuencia juvenil lo cual supuso el reconocimiento de un estatus diferenciado, a nivel legal, entre adolescentes y adultos.

A nivel familiar, el hecho de que la educación obligatoria se extendiera en el tiempo y, por ende, que la incorporación al mercado laboral fuera más tardía.

En el ámbito educativo, a finales del siglo XIX, se establece en EEUU el final de la enseñanza obligatoria a los 16 años. Con la llegada de la revolución industrial, el desarrollo y ejercicio profesional requiere de unos conocimientos más especializados, lo cual genera que la educación se extienda tanto en tiempo como a sectores cada vez más amplios de la población. Esta capacitación y adiestramiento se lleva a cabo en las escuelas. De esta forma, frente a una rápida entrada en el mundo adulto, habitualmente relacionada con la incorporación al mundo laboral en épocas anteriores, se asiste a una prolongación de la formación educativa que dilata de forma progresiva y continua la etapa de la adolescencia.

La adolescencia se convierte en una “manera de ser”, institucionalizándose; los hijos permanecen durante más tiempo en el hogar, se retrasa la edad del

matrimonio, y mucho de los padres desarrollan una actitud de protección ante la competitividad laboral y los factores de riesgo sociales. Es en este momento cuando aparecen leyes internacionales protectoras y se les reconoce como sujetos de derecho.¹⁸

1.2. Etapas de la adolescencia.

La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su

conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar.

La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.¹⁹

1.3. Epidemiología

Los jóvenes en América Latina representan un sector cada vez más numeroso. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) estimó en el año 2000 que la población adolescente de 10 a 19 años representa el 20% de la población total de la región, y más del 80% de ellos viven en zonas urbanas, teniendo un nivel mejor educativo, es decir, en 1970 la tasa de analfabetismo en adolescentes fue de 26% y en el 2000 del 12%.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportó para 2009 que México contaba con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad, de los cuales 6.3 son mujeres y 6.5 son hombres. Un dato inquietante es que el 55.2% de los adolescentes mexicanos son pobres, uno de cada 5 adolescentes tiene ingresos familiares y personales tan bajos que no le alcanza para la alimentación mínima requerida.

En 2008 casi 3 millones de adolescentes entre 12 y 17 años no asistían a la escuela, de los cuales el 48.6% correspondían a hombres y el 44.1% a mujeres, dejar la escuela lleva consigo el riesgo de continuar gran parte del aprendizaje en las calles. Con esto, las capacidades y oportunidades de los adolescentes se ven

reducidas, teniendo diversas implicaciones incluyendo la salud. Finalmente para el 2010 de acuerdo con las proyecciones de la población de México 2005-2050 del Consejo Nacional de Población (CONAPO) existen 108,396,211 millones de habitantes, de los cuales, 21.2 millones (20%) son adolescentes de 10 a 19 años.²⁰

Información de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 indica que el monto de la población joven de 15 a 29 años es de 29.9 millones, y aunque se observa un aumento respecto a 1990 (23.9 millones), su proporción con respecto al total disminuyó de 29.4% en 1990 a 24.9% en 2014; lo anterior se explica por un proceso de envejecimiento que se manifiesta en un aumento relativo de la población de mayor edad y en una menor participación porcentual de niños y jóvenes.²¹

La adolescencia es una etapa clave del desarrollo de las personas. Los rápidos cambios biológicos y psicosociales que se producen durante la segunda década afectan a todos los aspectos de la vida de los adolescentes. Esos cambios hacen que la adolescencia sea de por sí un periodo único en el ciclo de vida y un momento importante para sentar las bases de una buena salud en la edad adulta. Los cambios que tienen lugar en la adolescencia inciden en todas las enfermedades y comportamientos relacionados con la salud; son los causantes de la transición epidemiológica que se produce de las enfermedades infecciosas a las afecciones no transmisibles en la segunda década de vida. Al mismo tiempo, los problemas y los comportamientos relacionados con la salud durante la adolescencia – enfermedades crónicas y consumo de alcohol, por ejemplo – afectan al desarrollo físico y cognitivo. La evolución de las capacidades de los adolescentes afecta a cómo piensan estos sobre su salud y sobre su futuro y determina lo que influye en sus decisiones y acciones. Todo ello determina los tipos de intervenciones que son necesarias y la manera en que habría que llevar a cabo los programas pertinentes.

Algunos adolescentes están particularmente expuestos a padecer problemas de salud y de desarrollo debido a factores individuales y ambientales, como la marginación, la explotación y el hecho de vivir sin el apoyo de los padres. Los sistemas nacionales de información sanitaria pueden pasar por alto a esos adolescentes, lo que significa que algunas intervenciones prioritarias y a menudo algunos servicios no llegarían a ellos. Esos adolescentes pueden ser olvidados, pese a ser los que más ayuda necesitan.

A lo largo de los últimos 20 años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha respaldado la obtención y síntesis de pruebas científicas para la adopción de medidas relacionadas con la salud de los adolescentes, y ha utilizado esas pruebas para elaborar instrumentos de apoyo a políticas y programas destinados a afrontar muchos de los problemas y conductas que afectan a la salud de los adolescentes. Numerosos factores favorecen o menoscaban la salud de los adolescentes, y repercuten a muchos niveles:

- A nivel individual (por ejemplo, la edad, el sexo, los conocimientos, la preparación y la capacidad de acción).
- A nivel de las familias y los pares (en ese nivel es en el que la mayoría de los adolescentes tienen sus relaciones más cercanas).
- A nivel de las comunidades y en relación con las organizaciones que proporcionan servicios y oportunidades a los adolescentes, como las escuelas y los centros de salud, y de forma menos directa, en los adolescentes influyen las normas y prácticas culturales, los medios de difusión y los medios interactivos digitales, así como los determinantes sociales, incluidas las políticas y las decisiones políticas sobre la distribución de recursos y el poder y el ejercicio de los derechos humanos.²²

1.4. Cuestionario para detectar adolescentes con problemas de uso de drogas. (POSIT)

Para valorar la conducta problemática de uso de drogas en el adolescente se utilizó el cuestionario de tamizaje de problemas en adolescentes POSIT

(Instrumento de Tamizaje Orientado a Problemas). Este cuestionario fue desarrollado por el National Institute on Drug Abuse [NIDA] en 1991, para medir factores de riesgo personales e interpersonales. El instrumento original está conformada por 130 ítems y consta de las siguientes dimensiones: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencia. Este instrumento fue validado para adolescentes mexicanos por el Instituto Mexicano de Psiquiatría por Mariño et al., (1998). En esta validación se consideró las siete dimensiones del instrumento y se conformó por 81 reactivos, reportándose un buen nivel de confiabilidad ($\alpha=.90$). Por lo cual en el presente estudio se empleó esta versión modificada para población mexicana.²³

1.5. Áreas del funcionamiento del adolescente

Las problemáticas que en el área de la vida afectan a los adolescentes como es el uso y abuso de drogas, alcohol, constituye uno de los problemas de salud pública de nuestra época, que se presenta tanto a nivel nacional como internacional.

Este fenómeno de salud afecta, sin distinción de género, incidiendo principalmente en niños y adolescentes, de cualquier estrato social y de todas las regiones de nuestro país. En la población adolescente, se encontró que el consumo de alcohol aumentó significativamente en las tres prevalencias. De tal manera que el consumo alguna vez pasó de 35.6% a 42.9%, en el último año de 25.7% a 30.0% y en el último mes de 7.1% a 14.5%. Esta misma tendencia se observó en los hombres y en las mujeres, especialmente en el consumo del último mes ya que se incrementó en el caso de ellos de 11.5% a 17.4% y en ellas de 2.7% a 11.6%.

También se observó que de 2002 a 2011 el índice de adolescentes que consumen diario alcohol se mantuvo estable, el consumo consuetudinario disminuyó y el índice de dependientes registró un incremento significativo, que pasó de 2.1% a 4.1%, mientras que el consumo alto de 2008 a 2011 se mantuvo igual y el

consuetudinario disminuyó de 2.2% a 1%. Por sexo, se observaron las mismas tendencias en los hombres y en las mujeres.

De tal forma que el consumo diario se mantuvo con prevalencias muy bajas en ambos sexos, el consumo consuetudinario bajó y la dependencia en los hombres se duplicó (3.5% a 6.2%) y en las mujeres se triplicó (.6% a 2%).²⁴

Esta conducta muestra importantes variaciones regionales. Hay más bebedores en las regiones Centro (Guanajuato, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala) y Norcentral (Chihuahua, Coahuila y Durango) y menos en las regiones Centro Sur (Veracruz, Oaxaca, Michoacán y Guerrero) y Sur (Campeche, Quintana Roo, Chiapas, Tabasco, Yucatán).

En resumen, de 2008 a 2011 creció el número de bebedores; esta práctica tiene un inicio temprano, poco más de la mitad (55%) de la población que ha consumido alcohol, inició antes de los 17 años.²⁵

Con respecto al tabaquismo continúa siendo un grave problema de salud pública; especialmente entre los adolescentes adultos jóvenes y las mujeres con una tendencia al incremento en la frecuencia de consumo y la exposición al humo de tabaco.²⁶ Las enfermedades relacionadas con el consumo directo e indirecto de tabaco, como el infarto agudo del miocardio, las enfermedades cerebrovasculares, las respiratorias crónicas y el cáncer de pulmón continúan en nuestro país dentro de las diez primeras causas de mortalidad.²⁷

A nivel nacional en la población de 12 a 17 años (adolescentes) la prevalencia de fumadores activos es de 12.3% (1.7 millones de adolescentes fumadores), de 16.4% en hombres (1.1 millones) y de 8.1% en mujeres (539 mil). Los adolescentes fumadores son principalmente ocasionales (10.4%), siendo solo el 2% (263 mil adolescentes) los que fuman diariamente.

Los fumadores adolescentes activos que fuman diariamente inician su consumo en promedio a los 14.1 años. Los fumadores adolescentes diarios consumen en promedio 4.1 cigarrillos al día. Los adolescentes activos que fumaron en el mes previo a la entrevista (65 mil personas) fuman el primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de despertar son adictos a la nicotina, el 8.1% de los hombres (57 mil personas) y 3.8% de las mujeres (8 mil personas).²⁶

En referencia al consumo de otras drogas en adolescentes es bajo y no hay cambios en relación con el 2008. La marihuana es la droga de preferencia igual que en la población total; en este grupo hay 3.3 usuarios de marihuana por cada uno de cocaína (la media para la población total es de 2.4 usuarios de marihuana por cada uno de cocaína). Es importante notar que el consumo de marihuana, en los hombres adolescentes de 12 a 17 años, es similar al reportado en la población total de 12 a 65 años; no obstante el consumo de cocaína cuenta con 2.25 usuarios en la población total por cada uno en la población adolescente. En las mujeres adolescentes, consistentemente con lo observado en 2008, el consumo de marihuana y de cocaína es mayor al reportado por las mujeres adultas, lo que refleja su incorporación más reciente en el mercado de consumo. El consumo de marihuana en hombres adolescentes es 3.3 veces más frecuente que en las mujeres, pero el consumo de cocaína en hombres y mujeres adolescentes es similar.

Como se ha observado históricamente, los inhalables ocupan un lugar importante en las preferencias de este grupo de edad, la cual no se observa en la población total. En este grupo, el consumo de cocaína e Inhalables es muy similar, cuando en la población adulta el consumo de inhalables con fines de intoxicación es cinco veces menos frecuente que el consumo de cocaína. Las tendencias en los índices de consumo en los adolescentes siguen prevaleciendo más altas en la región norte del país.²⁸

La salud mental en los adolescentes es cambiante y transitorio y es ocasionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil pre y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelve el adolescente. En este sentido, el desarrollo del adolescente se ve afectado por situaciones internas o externas, generadoras de una respuesta o comportamiento positivo o negativo, es un periodo de gran confusión, tanto para el propio adolescente, como para los que los rodean, es una época difícil, donde los demás esperan del adolescente comportamientos que no sabe si va a poder cumplir, si quiere cumplir, o si sabe cumplir, y le produce mucha confusión. Por la misma inestabilidad emocional, por desconocimiento, temor, experimentar una nueva vivencia o falta de una toma de decisión adecuada y en ocasiones combinado con una baja autoestima, es una etapa donde una gran parte de ello, es muy susceptible de tomar conductas inadecuadas.²⁹

Dentro del área que corresponden a los problemas de salud mental. El suicidio es un problema de salud pública mundial y los adolescentes son los que presentan con mayor frecuencia esta problemática.

En lo estructural se identifican los problemas familiares como la causa del intento suicida; la depresión y la tristeza son síntomas previos al intento suicida. La tristeza y la soledad, salir del problema y suicidarse es lo que considera que siente, piensa y hace un adolescente previo al intento de suicidio. Los resultados ponderan la importancia de la familia para los programas de prevención de las conductas suicidas en adolescentes.

La conducta suicida se ha presentado con mayor frecuencia entre los 15 y 24 años de edad. Se ha convertido en la segunda y tercera causa de muerte para las mujeres y los hombres, respectivamente, en edades entre los 14 y 19 años. En promedio, la prevalencia de intento de suicidio en adolescentes mexicanos entre los 12 y 17 años es de 4.26%, 2.14% en hombres y 6.37% en mujeres.³⁰

El estudio del suicidio desde la teoría del consenso cultural puede ofrecer un modelo cognitivo, una lógica de pensamiento e interacciones construido por los propios participantes en torno a las conductas suicidas. Aplicando la teoría del consenso cultural se han estudiado los dominios culturales de la depresión y del suicidio en adolescentes. Adolescentes españoles consideran como causa de depresión los conflictos interpersonales con pares y con adultos.^{31,32} Adolescentes mexicanos sin antecedentes de conductas suicidas identificaron a los problemas familiares como la causa del intento de suicidio y se identificó a la depresión, la tristeza y la ansiedad como signos y síntomas previos al intento de suicidio.

Los problemas familiares son considerados por los adolescentes como la principal causa del intento de suicidio. Una estructura semántica semejante se observó en adolescentes sin antecedentes de conductas suicidas.³³

También, jóvenes hindús consideraron a la falta de apoyo, cuidado y ayuda de la familia ante problemas como una causa importante para el suicidio en jóvenes, especialmente en mujeres, por ser éstas dependientes de la familia.³⁴ Esta referencia, a los problemas familiares, pudiera ser por la deficiente satisfacción de las necesidades emocionales y afectivas de los adolescentes por las familias. Para el adolescente mexicano, la familia es la principal red de apoyo social para la subsistencia, las relaciones y los vínculos emocionales. Las modificaciones recientes de la estructura y la dinámica de la familia pueden estar generando estrés al intentar conciliar la necesidad de mantener los vínculos afectivos al interior de la familia y la demanda económica de autosuficiencia.³⁵

Respecto de los signos y síntomas de depresión, tristeza, desesperación, apartarse, quedarse callados. Estos pudieran configurar una respuesta emocional producida por no encontrar formas de comprender, enfrentar y resolver, lo que parece estar sucediendo en el núcleo familiar. Esta respuesta emocional parece estar construida culturalmente y posiblemente relacionadas con el constreñimiento

cultural de la expresión de sentimientos negativos en la familia.³³

Es importante mencionar que la familia, especialmente los padres, deben ser muy cuidadosos en todo lo que hagan para cumplir con sus funciones porque las consecuencias de una mala elección marcarán el futuro de los individuos; de hecho los patrones de interacción son básicos, ya que, como se mencionó anteriormente representan el ambiente en el que se desenvuelve la familia, especialmente los niños a lo largo de la vida, por lo que dejarán huellas imborrables. No debemos olvidarnos de que, como primer agente de socialización del niño, la familia es un contexto muy importante para la prevención de conductas problema.

Las elecciones que se hagan dentro de la familia para establecer la estructura de ésta, marcarán la vida de cada uno de los miembros; en ocasiones, las elecciones serán las correctas, pero en otras no; es por eso que es de vital importancia crear conciencia en las familias, para que se desenvuelvan en un ambiente de responsabilidad y de pleno compromiso en la formación de los hijos. Ya que la creación o el establecimiento de una familia no es un juego, específicamente lo que se refiere a la formación de los hijos. Todo esto ha sido analizado y la investigación indica que en la etapa adolescente la influencia de los padres y madres todavía es grande, perdurando de manera importante en los valores, actitudes y creencias de sus hijos. Ciertas variables familiares se encuentran detrás de la elección de un tipo de amigos u otro, y esta elección juega un papel clave en la implicación o no de conductas desviadas, por poner un ejemplo.³⁶

Es por esto que el ámbito familiar ha sido uno de los más estudiados para buscar factores de riesgo o factores de protección. No debemos olvidar que la familia es el contexto primario de socialización para el individuo, asimismo, constituye una fuente transmisora de valores y perspectivas del mundo e instaura las primeras normas de conducta. Por ello, la familia ha sido uno de los contextos centrales en la explicación de la conducta de los individuos.³⁶

Ruiz Garay 2015, demuestra en los resultados de factor de riesgo relacional que solo el 40% de los padres establecen las normas y el 61% de las madres establece las normas.³⁷ En similitud Moreira 2010, señala que hombres y mujeres tienen una relación afectiva similar con la madre, pero no así con el padre, los hombres manifiestan mantener una relación significativamente más afectuosa con su padre ($f=2.53$), siendo los varones que manifiestan recibir más apoyo de los padres ($f=2.17$). Las mujeres sienten más afecto hacia sus amistades ($f=3.70$)³⁸. Así también se encuentra en estos estudios que un 81% los padres discuten con frecuencia, al 84% de adolescentes le desagrada estar en casa por los problemas, en 61% se impone el que más grita en la familia y en el 52% todos deciden las normas.³⁷

En la actualidad, gran parte de la vida social de los adolescentes transcurre en el ámbito de los grupos y, muy especialmente, en el de los grupos de amigos. Prueba de ello, es que el tiempo que los jóvenes comparten con sus amigos se incrementa notablemente en la adolescencia, al igual que el número y el tipo de actividades que comparten con ellos.³⁸

Ruiz Garay 2015, demuestra en los resultados que en lo que respecta a las actitudes de sus amigos son inadecuadas en un 33%, siendo que más del 10% de ellos pertenecen a pandillas, otros 20% alteran el orden en donde se encuentran.³⁷ Así también se encuentran diferencias significativas en cuanto a la utilización de violencia física para enfrentarse a los conflictos grupales, siendo los hombres los que la utilizan con mayor frecuencia ($f=2.55$). Se encuentra diferencia significativa en la implicación de actividades desviadas que causan daño a otros, siendo los hombres los que indican realizar en mayor medida conductas de agresión y robo ($f=1.93$).³⁸

Respecto al nivel educativo, la escuela representa un espacio en que el alumno pasa una gran parte de su tiempo, lo que ofrece a las autoridades una gran

oportunidad para articular y desarrollar programas de prevención y de intervención, en que los docentes puedan tomar en cuenta las capacidades de los estudiantes, así como sus potencialidades y necesidades. Al partir de esta perspectiva, la formación escolar adquiere ahora otros matices, ya no únicamente centrados en contenidos teóricos y vinculados a una asignatura, sino, más bien ligados al desarrollo íntegro de los mismos, que tome en consideración el aspecto social, familiar, individual y desde luego que escolar.³⁹

La encuesta intercensal 2015 de la INEGI, refiere que el 3.2 % de la población de 6 a 14 años de edad no asisten a la escuela identificando por las siguientes problemáticas falta de interés o aptitud para la escuela, faltas de recurso económico, trabajo, motivos familiares, entre otros. Un factor importante lo constituye el estrés académico, siendo un importante tópico en la investigación e intervención psico-educativa en las últimas décadas por su elevada prevalencia en las distintas etapas del sistema educativo, por su relación con la obtención de resultados académicos deficientes y con el abandono de los estudios, recientes trabajos destacan que las mujeres muestran valores superiores al estrés académico, mientras que los varones lo hacen en otros estresores⁴⁰. Por otro lado, mención especial merecen los trabajos centrados en las transiciones entre etapas educativas, donde se constata la existencia de elevados niveles de estrés⁴¹ y que las mujeres muestran valores superiores frente a los varones.⁴²

Según los resultados del artículo análisis del estrés académico en la adolescencia concluye que las principales fuentes de estrés académico en esta etapa se relacionan con la sobrecarga académica y la realización de exámenes, así como con las preocupaciones por el futuro académico. Las dimensiones relativas a realización de tareas y estudio, así como con las relaciones interpersonales con compañeros, profesores y padres presentan niveles promedio menores.⁴³

En lo que se refiere al área de funcionamiento del interés laboral, el trabajo en los adolescentes se considera esencialmente una estrategia de sobrevivencia frente a

la pobreza, lo cual impide al adolescente que en su horizonte personal pueda tener esperanza de un mejoramiento de condiciones de vida, a la vez que genera una expectativa de reproducción y agravamiento de la situación de pobreza en la que se encuentra el y su familia. Se trata, en suma, de un factor estructural en que se encuentra inmersa una parte importante de la población. El aumento del adolescente trabajando en ventas ambulantes, mendigando e incluso delinquiendo en las calles de las principales ciudades de nuestro país, sin duda ha provocado que desde décadas atrás se promuevan políticas públicas de erradicación del trabajo.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2.5 millones de niñas y niños y adolescentes de 5 a 17 años trabajan a pesar de los esfuerzos realizados, en los últimos años para reducir la tasa de trabajo infantil. Siendo la tasa de ocupación el 26.6% de 10 a 17 años, según la INEGI. Enfatizando que de los que trabajan el 43.1% no asisten a la escuela, y solo el 6% asisten. Y en Tabasco el 27.2 % de la población de adolescentes que trabajan no asisten a la escuela, siendo el 7.1% los que realizan actividades en el hogar y no asisten a la escuela.⁴⁴

Con respecto al área de funcionamiento de conducta agresiva delictiva, la violencia constituye un problema de salud pública, con grave impacto en la esfera física-psico-emocional. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) identifica factores de riesgo de violencia en diversos contextos, desde las características individuales, pasando por el seno familiar, hasta las políticas del país. Los factores de riesgo individual y social están presentes con mayor proporción en las adolescentes, con la necesidad de intervenir en el seno familiar para prevenir la violencia.³⁷

Se puede hablar de las escuelas, espacios recreativos, laborales, religiosos, judiciales y los medios de comunicación, como el internet, la televisión y los carteles publicitarios; los cuales tienen una influencia decisiva en la generación de

actitudes y en la legitimación de conductas violentas en la sociedad, especialmente entre los niños y adolescentes, quienes son testigos y reproductores de modelos relacionales, sobre todo ante la carencia de una red familiar y social de apoyo.

La verticalidad de la familia, la rigidez en sus relaciones, la adhesión a roles de género tradicionales, las creencias en torno a la obediencia y el respeto, la disciplina y el valor del castigo, así como la autonomía de los miembros, son elementos que predisponen a la familia a relaciones violentas.⁴⁵ La Violencia escolar es una conducta que ha trascendido a través del tiempo debido a que ha sido considerada, “un problema con el que los niños crecen naturalmente”, “algo inofensivo” o que “es una broma o un juego” contribuyendo a la falta de reconocimiento⁴⁶ y al incremento de la frecuencia y la probabilidad de adquirir otras conductas de riesgo.⁴⁷ México se posiciona en el primer lugar a nivel internacional, afectando a cerca de 18 millones 782 mil estudiantes, los cuales son víctimas de acoso, insultos o amenazas con armas, violencia física, fotografías o videos vergonzosos difundidos a través de las redes sociales.⁴⁸

Respecto a esto la Dirección General de Prevención del delito de la Procuraduría General de la República señaló en el 2011, que uno de cada seis casos de victimización y acoso escolar terminaría en suicidio o intento de suicidio.⁴⁹ Fungir como víctima o agresor en la escuela se ha asociado con baja autoestima, actitudes negativas hacia si mismos o hacia otros, deterioro en la concentración mental, pérdida de habilidades para afrontar conflictos, pérdida de interés por los estudios, lo que puede conducir a la deserción escolar, trastornos emocionales, problemas psicosomáticos, depresión, ansiedad, fobia social, situaciones que predisponen a conductas más peligrosas como portación y uso de armas dentro y fuera de la escuela, delitos, integración a pandillas, uso de drogas ilícitas y un mayor índice de criminalidad en el futuro.^{47,50} Algunos autores señalan que las agresiones, la victimización y el percibir un ambiente hostil en el aula ejerce una importante influencia sobre el desarrollo de otras conductas de riesgo en los

adolescentes, entre las que se destaca el inicio y el mantenimiento del consumo de alcohol, el cual, a edades tempranas, puede dar origen a una serie de trastornos de la conducta y de la personalidad, induciendo un cambio negativo en los adolescentes.⁵⁰⁻⁵² Diversos estudios revelan sobre la violencia en jóvenes, que las víctimas de violencia han sido testigos de violencia entre los padres, en la familia de origen o fuera de ella, favoreciendo la realización de actos violentos por parte de los adolescentes y adultos jóvenes.⁵³ Para reducir el impacto de la violencia es necesario intervenir en la etapa adolescente, dado que comienzan a desvincularse de la familia y priorizan sus relaciones con los pares.⁵⁴ La prevención de la violencia es un asunto que compete a todos, a la familia y a la sociedad en general, por las grandes repercusiones que ocasiona en las víctimas.⁵⁵ Su mayor repercusión es generada en el seno familiar, afectando en igual medida a la socialización y aprendizaje de los niños, quienes pueden desarrollar baja autoestima e incapacidad para confiar y amar a otros.⁵⁶

Dentro de los resultados encontrados por otros autores,⁵⁷ se encuentra que tanto el “factor social” como el “individual” se encuentran presentes como riesgos potenciales de violencia de género de las adolescentes. Dentro de estos factores de riesgo individual los que predominan son el consumo de alcohol en reuniones, las decisiones las toma el hombre, el consumo de cigarro. En los factores de riesgo social los que prevalecieron fueron; el que los amigos participan en pandillas; situación que se ve también en el vecindario.

En los factores de riesgo relacional se encontró que las adolescentes refieren que sus padres discuten con frecuencia y que, en general, en casa se impone el que más grita, frente al hecho de que todos deciden las normas en casa. Se identifica también que hay presencia de consumo de alcohol de parte del padre. Los adolescentes consideran que las actitudes de sus amigos son inadecuadas, ya que muchos pertenecen a pandillas y otros alteran el orden donde se encuentran; además de reaccionar con violencia ante los problemas y/o dificultades del día a día.^{57, 58}

Según López 2015, se observó que casi la mitad de los estudiantes (42.2%) se vieron involucrados en situaciones de violencia en los últimos 2 meses, la proporción de estudiantes que refirieron ser víctimas de agresiones fue de 12.4%, lo que resulto ser similar a la de agresores de 11.9%,⁵⁸ de acuerdo a la literatura el número de estudiantes que fungen como agresores, en la mayoría de las ocasiones es significativamente menor comparado con el grupo que sufren los ataques.^{47,59, 60} Esto revela un panorama en el que la proporción de estudiantes que solían ser no participes o víctimas de la violencia escolar podrían estar adquiriendo y/o cambiando los roles, reproduciendo las conductas que previamente los afectaban, en contra de otros compañeros.⁵⁸

Referente a esto se menciona que ser agresor conlleva ganancias sociales e instrumentales como popularidad y demostrar valentía entre sus compañeros, reafirmando su masculinidad y ganando respeto, lo cual podría resultar atractivo para los adolescentes.⁶¹ También se encontró que a mayor violencia escolar en los estudiantes, existe un mayor consumo de alcohol, estos resultados coinciden con los estudios de otros autores, lo que podría significar que los estudiantes estén utilizando el consumo de alcohol como un modo de afrontamiento poco saludable a la violencia escolar.^{47, 62,63}

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la etapa de adolescencia ocurren cambios importantes, reflejados en la esfera biopsicosocial del individuo, los cuales causan tensiones que alteran, de alguna manera, su ingreso a la sociedad donde se desarrolla. Las características familiares como estructura, comunicación, participación familiar, afectividad, respeto a normas éticas y morales, contribuyen al desarrollo de la salud integral del adolescente, pero también ofrecen el terreno propicio para la adopción de conductas inadecuadas por este.

Así también es importante mencionar que existen factores individuales relacionados con problemas en la adolescencia, entre los que se destaca la edad y la precocidad del inicio, la personalidad; así como la búsqueda de sensaciones, baja autoestima, rebeldía, baja tolerancia a la frustración, factores cognitivos (conocimientos, actitudes, creencias y expectativas) y problemas conductuales.

Entonces la adolescencia se convierte en una etapa evolutiva con mayor riesgo de inicio del consumo de drogas; por sus características evolutivas, como la búsqueda de identidad personal e independencia, alejamiento de los valores familiares y énfasis en la necesidad de aceptación por el grupo de iguales a ellos. Es importante mencionar además que la adolescencia va acompañada del estrés que implica hacer frente a una serie de retos y nuevas obligaciones que coinciden con cambios biológicos y físicos de la pubertad y con fluctuaciones en el funcionamiento emocional, cognitivo y social. Lo anterior constituye sin duda fuentes de estrés que en ocasiones trae como consecuencia depresión y otras emociones negativas.

Es también importante mencionar las expectativas del adolescente respecto a sus logros académicos y estos pueden actuar como potenciadores o inhibidores del consumo de drogas. Los amigos y el consumo de drogas pueden favorecer la presencia de problemas en los adolescentes, ya que las influencias sociales impactan en mayor medida en los adolescentes psicológicamente más

vulnerables con déficits en habilidades sociales o académicas y con deficiencias o problemas psicológicos como la baja autoestima, ansiedad, depresión y estrés. Por todo lo anterior entre más factores de riesgo incidan en un adolescente, mayor es la probabilidad de que se implique en problemas en diferentes aspectos de su vida. Es por eso que se planteó la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la relación que existe entre los factores sociodemográficos y las áreas de funcionamiento de mayor riesgo de la vida de los adolescentes, estudiantes de secundaria de la escuela Profesor Antonio De Dios Guarda de la Ranchería Piedra 2da, del municipio de Cunduacán, Tabasco.?

III. JUSTIFICACIÓN

La población joven es un grupo de edad importante que comprende el 21.3% de la población total de nuestro país, para el 2010 (12.8 millones de adolescente entre 10 y 19 años); de los cuales 6.3 son mujeres y 6.5 son hombres. Entre el 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años. Y para el estado de Tabasco, actualmente en este grupo de edad existen un total de 437,983 adolescentes y de estos 218,150 (49.8%) son hombres, y 219,833 (50.19%) son mujeres; en el municipio de Cunduacán existen un total de 25,463 adolescentes y de estos 12,681 (49.8%) son hombres, 12,782 (50.19%) son mujeres, según la encuesta intercensal 2015, INEGI.

El gran peso demográfico de las y los jóvenes no es la única razón por lo que ameritan atención, mas allá de las consideraciones de naturaleza cuantitativa, hay otras razones que nos hacen pensar que esta generación habrá de jugar un papel relevante en el fortalecimiento de una nueva cultura demográfica entre la población Mexicana en los años por venir.

Dado que la adolescencia es una etapa vulnerable y pese a los logros durante los últimos años, hay mucho problemas y desafíos que amenazan las posibilidades de desarrollo saludable en este grupo de población, también están predispuestos a la aparición de conductas de riesgo tales como el abuso de sustancias adictivas, inicio precoz de actividad sexual, problemas de alimentación, violencia, entre otras; que se traducen en accidentes de tránsito, infecciones de transmisión sexual, depresión y suicidio.

Las adicciones y el consumo abusivo de drogas legales e ilegales constituyen un problema significativo de las sociedades contemporáneas. El consumo de sustancias de curso legal e ilegal en México constituye un creciente problema de salud pública, el cual muestra que hay una disminución de la edad de inicio del consumo, el incremento entre mujeres y el uso de dos o más de aquellas.⁶⁴

Dichas conductas de riesgo en adolescentes escolares determinan un deterioro considerable en la salud y desarrollo integral de éstos, afectando su calidad de vida, la de sus familias, dificultando su inserción en la sociedad y restando la posibilidad de acceder con igualdad de oportunidades al contexto educativo.⁶⁵

Por lo anterior se considera relevante la realización de este trabajo de investigación ya que se espera que con los resultados, se pueda detectar riesgos que son prevenibles en la población adolescente vulnerable, en las diversas áreas de sus vidas, todo esto para sustentar intervenciones que atiendan las necesidades individuales, familiares y sociales de esta población; que les permitan a ellos desarrollar sus capacidades de respuesta y crecer en un ambiente relativamente sano.

IV. OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer la relación que existe entre los factores sociodemográficos y las áreas de funcionamiento de mayor riesgo de la vida de los adolescentes.

Objetivos Específicos:

1. Determinar las áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes que presentan mayor riesgo.
2. Conocer las características sociodemográficas de los adolescentes con riesgo de adicciones.
3. Identificar el riesgo en el área de funcionamiento uso- abuso de sustancias adictivas de los adolescentes.
4. Identificar el riesgo en el área de funcionamiento de salud mental de los adolescentes.
5. Identificar el riesgo en el área de funcionamiento de las relaciones familiares.
6. Identificar el riesgo en el área de funcionamiento de las relaciones con amigos.
7. Identificar el riesgo en el área de funcionamiento del nivel educativo de los adolescentes.
8. Identificar el riesgo en el área de funcionamiento de interés laboral de los adolescentes.
9. Identificar el riesgo en el área de funcionamiento de conducta agresiva/delinuencia de los adolescentes.
10. Identificar el riesgo global de presentar adicciones de los adolescentes.

V. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio.

Es un estudio descriptivo, observacional y transversal.

5.2 Diseño del Estudio

Población, lugar y tiempo de estudio.

La población con la que se realizó el estudio son **269** adolescentes de la escuela secundaria Antonio De Dios Guarda de la ranchería Piedra 2da. Sección del municipio de Cunduacán, Tabasco. Este estudio se realizó a partir del 11 de Enero del 2016 al 25 de Enero de 2016.

5.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra

Se tomó al total de estudiantes de la secundaria.

La muestra incluye al total de los alumnos que son un total de 269. Los cuales participaron de manera voluntaria, previo consentimiento informado (apéndice).

5.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación

Criterios de Inclusión.

Todos los adolescentes de ambos géneros.

Con edades de 11 a 16 años.

Con asistencia a la escuela.

Con autorización de los padres de familia.

Criterios de Exclusión.

Estudiantes que presenten enfermedades mentales.

Los alumnos que no asistieron a la escuela.

Alumnos que no presentaron el consentimiento informado.

Criterios de Eliminación.

Alumnos que entregaron el cuestionario inconcluso.

5.5 Variables de Estudio

Variable	Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Nivel de Medición	Indicadores	ITEM S
Género	Independiente	Está directamente relacionado con la biología y la identidad sexual de los seres vivos	Característica físicas	Cualitativa Continua	Masculin o Femenina	FS.
Edad	Independiente	Tiempo transcurrido a partir de la fecha de nacimiento de un individuo.	Años de edad reportados	Cuantitativa Continua	Años de edad reportados	FS
Escolaridad	Independiente	Es el número de años que un alumno, asiste a la escuela o a cualquier enseñanza	Grado máximo de estudios obtenido por una persona	Cualitativa Ordinal	1er grado 2do. Grado 3er. Grado secundaria.	FS
POSIT	Dependiente	Instrumento de tamizaje para identificar áreas en las cuales posiblemente existe riesgo de presentar problemas relacionados con el uso/abuso de drogas: uso y abuso de sustancias, relaciones familiares, relaciones amigos, nivel educativo, interés laboral, salud mental y conducta agresiva o delictiva.	Posibles problemas en los adolescentes en las diferentes áreas del funcionamiento de su vida.	Cualitativa nominal	Menor de 33 sin riesgo. Mayor de 34 riesgo global	POSIT
Uso – Abuso de Sustancias	Dependiente	Uso: Entendemos por uso aquel tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno. Abuso: Entendemos por abuso aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno.	Área de funcionamiento: uso/abuso de sustancias	Cualitativa nominal	Menor a 0 sin riesgo. Mayor a 1 con riesgo.	POSIT
Salud Mental	I Dependiente	La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.	Área de funcionamiento: salud mental.	Cualitativa nominal	Menor a 0 sin riesgo. Mayor a 5 con riesgo.	POSIT
Familia	Dependiente	Es un conjunto de personas que conviven	Área de funcionamiento:	Cualitativa nominal	Menor a 0 sin riesgo.	POSIT

		bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar.	en la familia.		Mayor a 3 con riesgo.	
Amistad	Dependiente	La amistad se define como una relación afectiva entre dos personas, sean del mismo sexo u opuestos. Este valor ético es uno de los más extendidos, pues la mayoría de nosotros tenemos al menos un amigo. En la vida de una persona existen diferentes tipos de amistades, que se diferencian por el grado de compromiso entre los amigos.	Áreas de funcionamiento: con los amigos.	Cualitativa nominal	Menor a 0 sin riesgo. Mayor a 1 con riesgo.	POSIT
Nivel Educativo	Dependiente	Nivel educativo es el grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una Institución educativa formalizada.	Áreas de funcionamiento: en e grado de aprendizaje.	Cualitativa nominal	Menor a 0 sin riesgo. Mayor a 5 con riesgo.	POSIT
Interés Laboral	Dependiente	Se refiere a la atención que se da a una actividad de carácter laboral, a la cual se le atribuye un valor y se le otorga mayor importancia entre otras. Es la inclinación y la motivación para realizar cierta actividad ocupacional, es decir, es la atracción que se mantiene por un campo laboral.	áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias	Cualitativa nominal	Menor a 0 sin riesgo. Mayor a 3 con riesgo.	POSIT
Conducta Agresiva-Delictiva	Dependiente	La agresión es un comportamiento que es dirigido por un organismo hacia un blanco, que resulta con algún daño, es un acto destinado a lastimar al otro.		Cualitativa nominal	Menor a 0 sin riesgo. Mayor a 5 con riesgo	POSIT

5.6 Método o procedimiento para captar la información

Para llevar a cabo esta investigación se aplicó un cuestionario para medir los factores sociodemográficos (FS) (**ANEXO 1**) y posterior se aplica un instrumento llamado POSIT (The Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers), (Instrumento de Proyección Orientada para Adolescentes), el cual consiste en un cuestionario de 81 reactivos y evalúa diversas áreas del funcionamiento de la vida del adolescente, con las siguientes 7 áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias con 17 reactivos, salud mental con 16 reactivos, relaciones familiares con 10 reactivos, relaciones con amigos con 7 reactivos, nivel educativo con 14 reactivos, interés laboral con 5 reactivos y conducta agresiva/delictiva con 14 reactivos. La calificación de este cuestionario se obtiene de 81 reactivos dicotómicos los cuales son de 3 tipos: Reactivos generales que contribuyen con un punto al total de riesgo del área funcional, reactivos relacionados con la edad, que son tomados en cuenta para la calificación final únicamente si el adolescente es menor o mayor de 16 años y reactivos “Red Flags (Banderas Rojas)” que su sola presencia indica riesgo.

La valoración de las 7 áreas de funcionamiento en la vida de los adolescentes se calificó con base a los criterios del instrumento; donde uso/abuso de sustancias consta de 17 reactivos (2,17,21,25,33,38,41,46,47,48,54,56,57,58,62,65,68) y de los cuales todos son considerados “red flags”, es decir su sola presencia de alguno de ellos representaba un punto para la suma total de estas preguntas y un valor de 17, para el área de salud mental se consideran 16 reactivos (5,6,8,10,15,23,28,40,43,55,60,63,66,75,76,80) de los cuales la presencia de más de cinco respuestas positivas se la da un valor de 5 puntos, en el área de las relaciones familiares se consideran 10 reactivos (4,14,20,22,32,39,45,52,70,71) de los cuales la presencia de más tres respuestas positivas se la da un valor de 3 puntos, en el área de las relaciones con amigos se consideran 7 reactivos (3,13,19,29,67,73,77) de los cuales la presencia de todos son considerados “red flags”, es decir su sola presencia de alguno de ellos representaba un punto para la suma total de estas preguntas y un valor de 7, en nivel educativo se consideran 16 reactivos (7,8,12,15,18,26,34,40,42,61,66,69,72,74,79,80) de los cuales la

presencia de más de cinco respuestas positivas se le da un valor de 5 puntos, en el área de interés laboral se consideran 6 reactivos (16,27,36,44,51,78) de los cuales la presencia de más de tres respuestas positivas se le da un valor de 3 puntos y para el área de conducta agresiva/delincuencia se consideran 14 reactivos (1,9,11,24,30,31,35,37,49,50,53,59,64,81) de los cuales la presencia de más de cinco respuestas positivas se le da un valor de 5 puntos; representando una suma de 45 puntos que corresponde a los valores dados para cada área de funcionamiento. Para fines de este estudio se seleccionó esta escuela por los índices de delincuencia que existen según reportes de las autoridades municipales, ya que por información de ellas es una de las comunidades más conflictivas del municipio. La técnica aplicada para la recolección de datos es entrevista directa. A todos los estudiantes se les explica que se aplicará un cuestionario y la forma del llenado, previo al consentimiento informado (anexo 2), se enfatiza en algunos cambios de los términos del cuestionario por palabras sencillas o acorde al vocabulario de los jóvenes adolescentes; entre estos cambios se modificaron términos como los siguientes: Arrogante por “alzado”, dificultades por “problemas”, frustrado “por no poder hacer algo”, nervioso por “alterado, inquieto o intranquilo”, mal genio por “mal carácter o enojón”, pierdes el hilo del pensamiento por “te quedas ido o se te va el avión”, dificultades en tus relaciones por “problemas”, razón por “motivo”, tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena por “saben tus padres o tutores”, están por “se ponen”, manejarte a ti por “tratarte” o “educarte”, autorización por “permiso”, estúpido por “tonto” y nerviosa por “inquieta”. Se les da un tiempo de una hora para su aplicación y se le garantiza a los estudiantes la confiabilidad de la protección de sus datos de dichos instrumentos, agradeciéndoles su participación en el estudio de investigación. Los datos obtenidos se analizarán en el paquete SPSS para las variables cuantitativas, análisis estadístico, frecuencia y porcentaje.

5.7 Consideraciones Éticas

El presente estudio se respalda con lo estipulado en la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud, (Secretaría de Salud, 1987). En donde establece que para el desarrollo de investigación en salud se tendrán que tomar en cuenta aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de los alumnos. Para el estudio se tomara en cuenta lo determinado en el Título segundo, de los Aspectos Éticos de los Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 13, que menciona el respeto a la, protección de los derechos y bienestar. Para cumplir con lo anterior mencionado, la dignidad de la persona se cumplirá llamándole al estudiante por su nombre, y respetando la decisión de entrar o no al estudio y de abandonar en cualquier momento que así lo decida, en caso de aceptar y llevar a cabo los procedimientos necesarios, se brindara atención profesional en cuanto a lo técnico, se resguardara y se protegerá la información obtenida así como los resultados de investigación solo se confirmaran al mismo participante. De acuerdo al Artículo 14, en sus fracciones V, VI, VII y VIII, se solicitara el consentimiento informado por escrito de los participantes (Anexo) De acuerdo al artículo 17, Fracción I y II, el estudio se considera de riesgo mínimo, debido a que la recolecta de información fue de lápiz y papel. Respecto al Artículo 21, Fracción I, II, VI, VIII y XI, se le brindo información clara y completa al participante sobre los objetivos de la investigación, los procedimientos a realizar y en caso de aceptar participar en el estudio, se garantizara que recibirá respuestas adecuadas a sus dudas. Los procedimientos se apegaran al Artículo 114 realizados por profesional de salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del participante del estudio. Se contó con la aprobación y autorización de las Comisiones de Investigación, Ética de la Jurisdicción Sanitaria 06 de Cunduacán.

El estudio se llevó a cabo cuando se autorizó por la Institución escolar acordada. Del Artículo 16, Fracción VIII, se protegió la privacidad de los estudiantes llevando a cabo la recolección de datos en las oficinas del C.A.P.A (Centro de Atención Primaria en Adicciones). La información se resguardo en un lugar asignado por el autor principal del estudio, esto permanecerá durante un período de 5 años y al término del lapso mencionado, serán destruidos.

Los resultados encontrados se presentaron de forma general y no de manera individual. De acuerdo al artículo 17, Fracción I y II, el estudio se considera de riesgo mínimo, debido a que la recolecta de información fue de lápiz y papel. Respecto al Artículo 21, Fracción I, II, VI, VIII y XI, se le brindo información clara y completa al participante sobre los objetivos de la investigación, los procedimientos a realizar y en caso de aceptar participar en el estudio, se garantizara que recibirá respuestas adecuadas a sus dudas. El participante tendrá la libertad de retirarse en cualquier momento que así lo decidiera.

VI. RESULTADOS

Tabla 1.

Genero	F	%
Fem.	126	46,8
Masc.	143	53,2
Total	269	100,0

FUENTE: Factores socioeconómicos. n: 269

En la tabla 1, se muestra que el 53.2 % de los estudiantes encuestados corresponden al género masculino el cual predomina.

Tabla 2.

Edad	F	%
11-13	185	68,8
14-16	84	31,2
Total	269	100,0

FUENTE: Factores socioeconómicos. n: 269

En la tabla 2, se observa que las edades predominantes fueron de 11 a 13 años el cual representa el 68.8% de la población estudiantil.

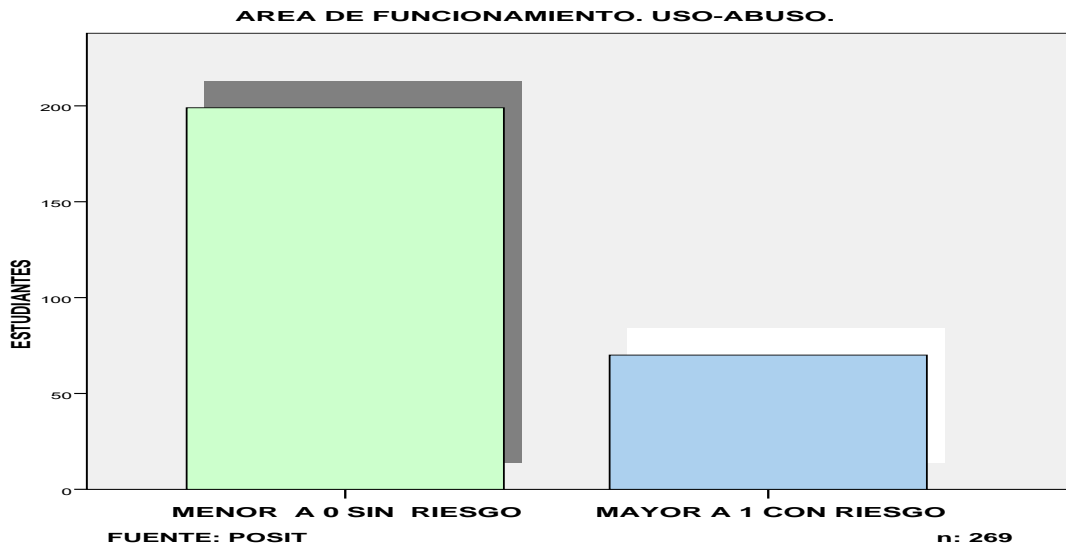
Tabla 3.

Escolaridad	F	%
Primero	94	34,9
Segundo	85	31,6
Tercero	90	33,5
Total	269	100,0

FUENTE: Factores socioeconómicos. n: 269

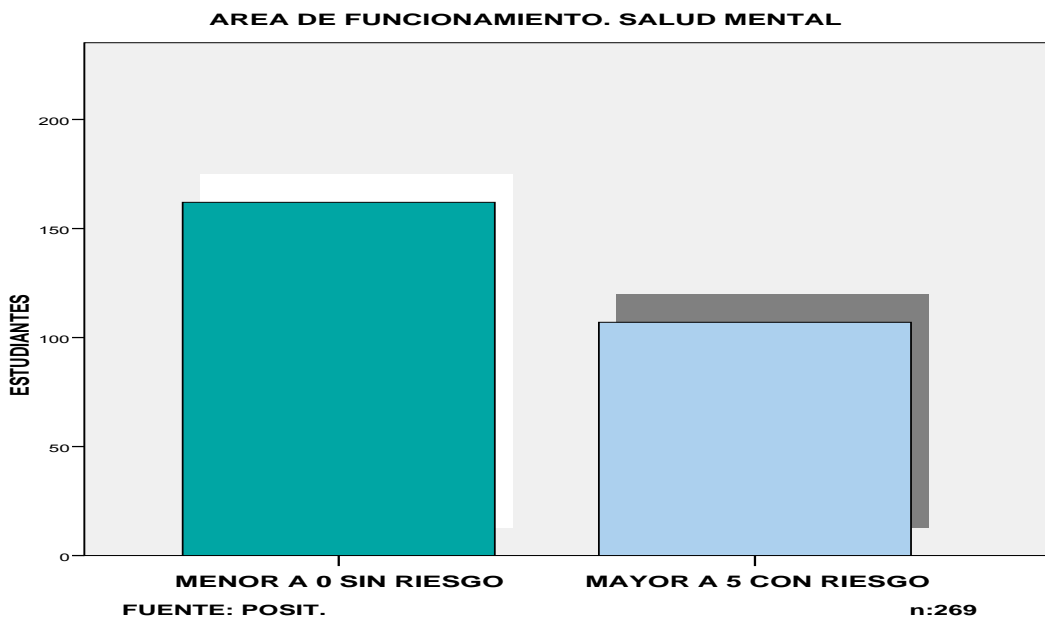
En la tabla 3, se muestra que el 34.9% de los estudiantes encuestados, cursan el primer año de secundaria.

GRAFICA 1.



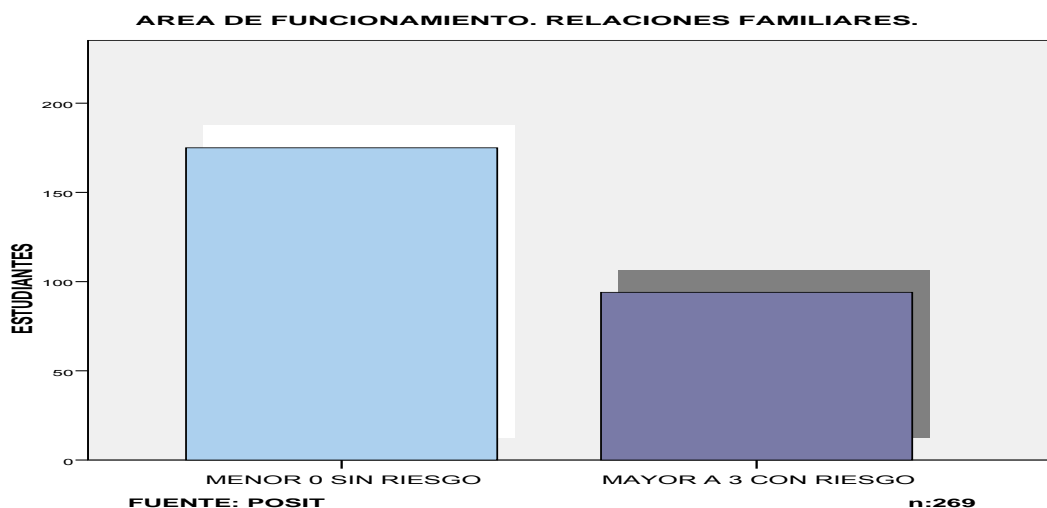
En la gráfica 1, se observa que el área de funcionamiento uso-abuso, 70 de los estudiantes tiene riesgo en esta área, la cual representa el 26% de la población estudiada.

GRAFICA 2.



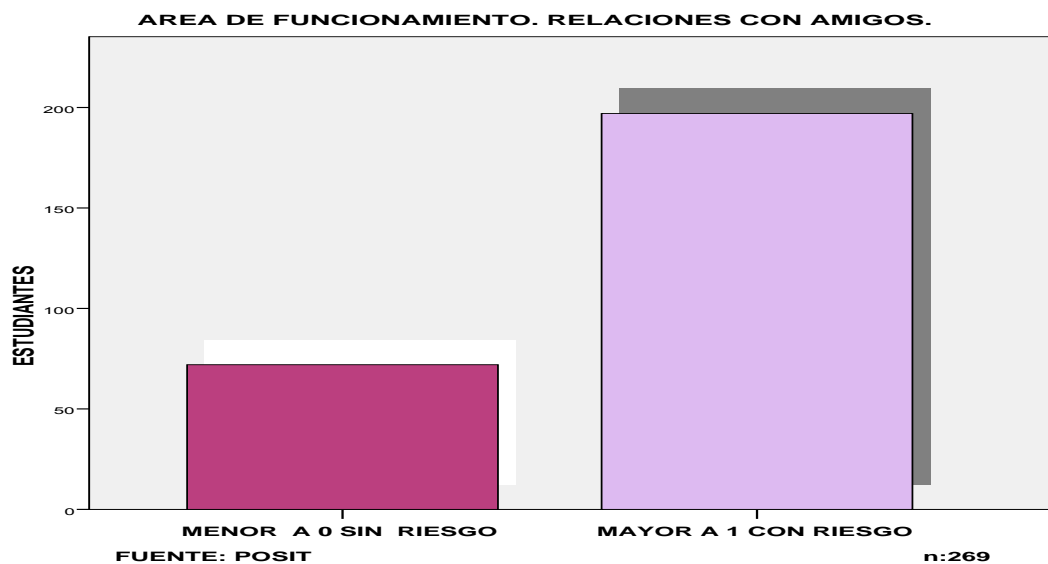
En esta gráfica 2, se demuestra que el área de funcionamiento en salud mental 107 estudiantes presentan riesgo, lo cual representan el 39.8%.

GRAFICA 3.



En la gráfica 3, se muestra que 94 alumnos se encuentran en riesgo en esta área de funcionamiento, lo cual representan el 34.9% de la población total.

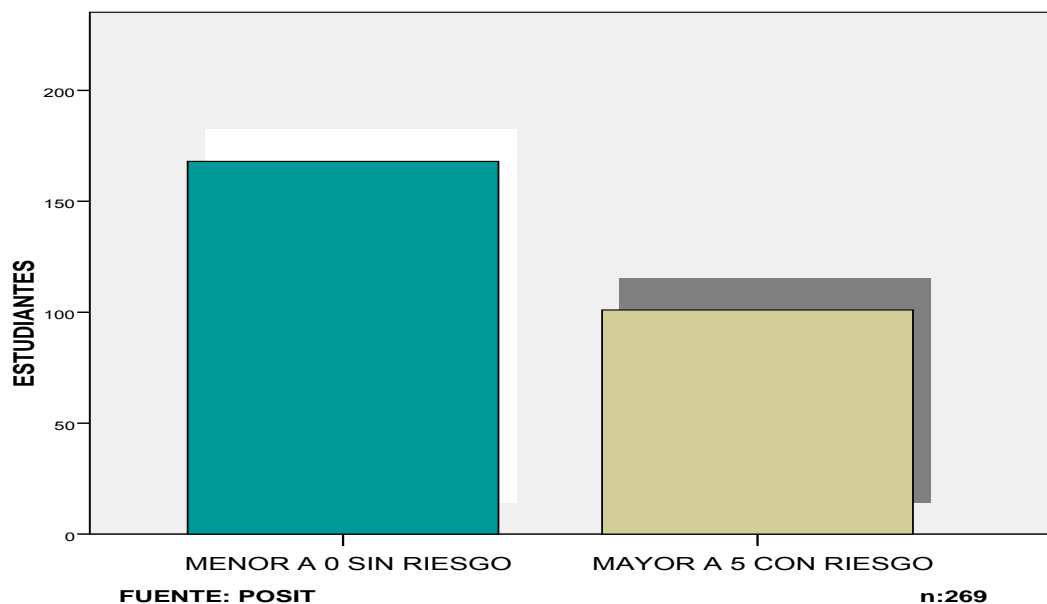
GRAFICA 4.



En la gráfica 4, se muestra que 197 alumnos presentan riesgo en el área de funcionamiento en relaciones con amigo lo cual representa el 73.2% de la población estudiada.

GRAFICA 5.

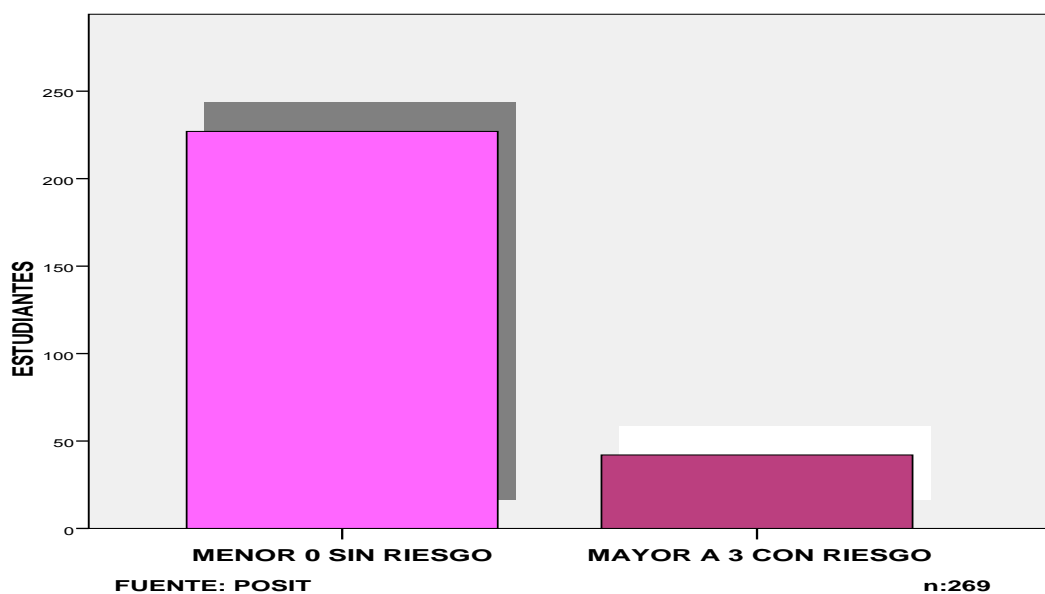
AREA DE FUNCIONAMIENTO. NIVEL EDUCATIVO.



En la gráfica 5, se observa que 101 estudiantes tiene riesgo en el área de funcionamiento en el nivel educativo, representando el 37.5% de los alumnos estudiados.

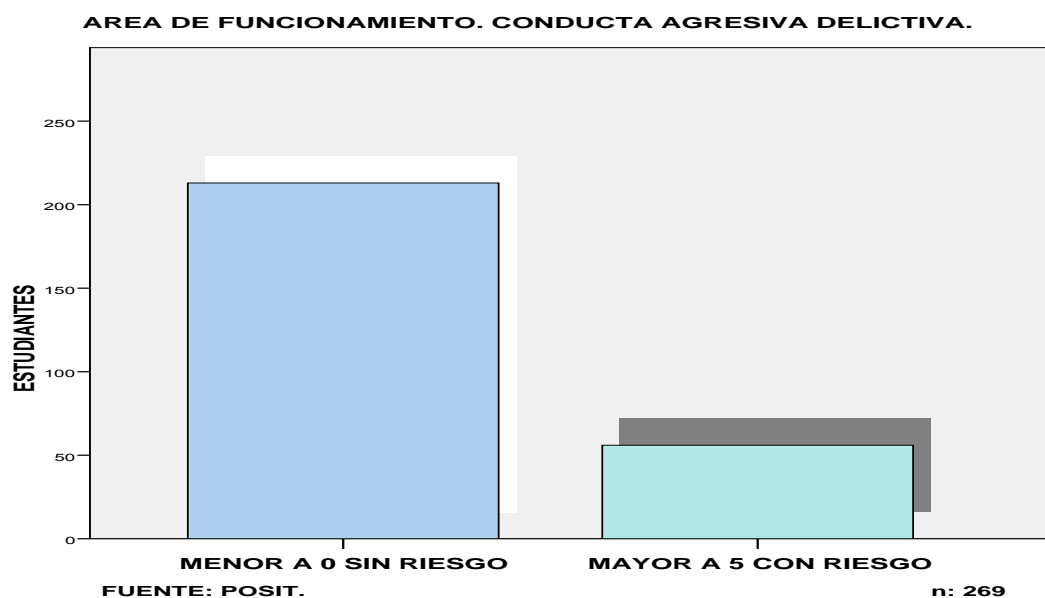
GRAFICA 6

AREA DE FUNCIONAMIENTO. INTERES LABORAL.



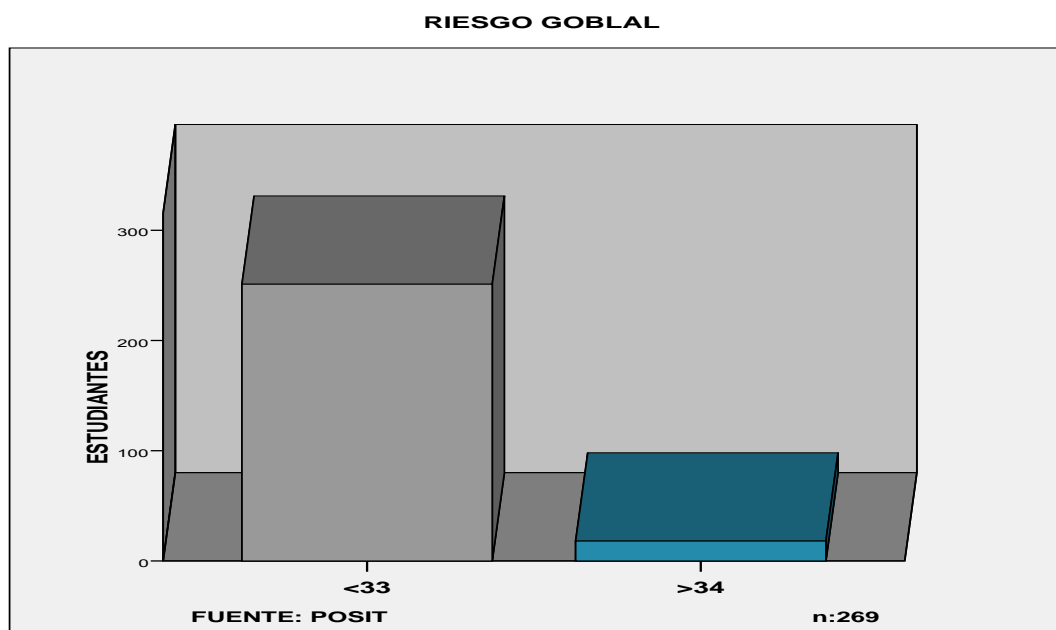
En la gráfica 6, se muestra que 42 estudiantes tienen riesgo en el área de funcionamiento de interés laboral la cual representa el 15.65 de la población.

GRAFICA 7.



En esta grafica 7, se muestra que el área de funcionamiento, conducta agresiva delictiva 56 alumnos, presentan riesgo en esta área representando el 20.8% de la población total.

GRAFICA 8.



La grafica 8, muestra que 18 estudiantes del total de la población estudiada presentan riesgo global de presentar problemas relacionados con el uso- abuso de drogas, lo cual representa el 6.7 % de la población.

Tabla 4.

GENERO	USO-ABUSO	SALUD MENTAL	RELACIONES CON AMIGOS	INTERES LABORAL
	.059	.049	.045	.000

Significancia ≤ 0.05 ; correlación de Pearson.

FUENTE: POSIT

n: 269

En la tabla 4. De acuerdo a los factores sociodemográficos se encuentra una relación estadísticamente significativa en estas áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes, predominando el área de interés laboral en la variable género ($X^2 = .000$, $p = \leq 0.05$).

Tabla 5.

EDAD	USO-ABUSO	RELACIONES CON AMIGOS	NIVEL EDUCATIVO	INTERES LABORAL
	.015	.000	.000	.004

Significancia ≤ 0.05 ; correlación de Pearson.

FUENTE: POSIT

n: 269

En la tabla 5. Se encuentra relación estadísticamente significativa en estas áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes. De acuerdo al factor sociodemográfico edad, prevalece el área de nivel educativo y relaciones con amigos ($X^2 = .000$, $p = \leq 0.05$).

Tabla 6.

ESCOLARIDAD	RELACIONES FAMILIARES	RELACIONES CON AMIGOS	NIVEL EDUCATIVO
	.001	.001	.000

Significancia ≤ 0.05 ; correlación de Pearson.

FUENTE: POSIT

n: 269

En la tabla 6. Existe relación estadísticamente significativa en estas tres áreas de la vida de los adolescentes. Predominando el área de funcionamiento de nivel educativo, respecto al factor sociodemográfico escolaridad ($X^2 = .000$, $p = \leq 0.05$).

VII.DISCUSION

Según los resultados de esta investigación los adolescentes que predominan según el género, fueron los del género masculino. Según la UNICEF México cuenta con un total de 12.8 millones de adolescentes, de los cuales 6.3 son mujeres y 6.5 son hombres. En lo que respecta a la edad el 68.8% se encuentra en los rangos de 11 a 13 años y 31.2% en las edades de 14 a 16 años, según el CONAPO existen 108, 396, 211 millones de habitantes y de los cuales 21.2 millones (20%) son adolescentes de 10 a 19 años de edad.

En lo que se refiere a la escolaridad el 34.9% corresponde al primer grado de nivel secundaria, con respecto esto se observa mayor población estudiantil por el hecho del nuevo ingreso a este nivel.

En lo que se refiere a las áreas del funcionamiento de la vida de los adolescentes se encuentra que el 26% tiene riesgo en el área de uso- abuso de drogas; lo cual coincide con las ENAS ya que en la población adolescente se ha incrementado el consumo de drogas en ellas.

En el caso del consumo de alcohol en el último mes en los hombres se incrementó de 11.5% a 17.4% y en ellas 2.7% a 11.6%, estas prácticas con un inicio en edades tempranas, con un 55% de la población adolescente que consume alcohol antes de los 17 años. En el consumo de tabaco a nivel nacional la prevalencia de fumadores activos es de 12.3% que corresponde a 1.7 millones de adolescentes fumadores en edades de 12 a 17 años. En cuanto al consumo de las drogas en los adolescentes no hay cambios. En el consumo de marihuana en hombres adolescentes es de 3.3 veces más frecuente que en mujeres y el consumo de cocaína en hombres y mujeres es similar. Los inhalables ocupan un lugar importante en los adolescentes; con respecto a los adultos donde el consumo de estos es cinco veces menos frecuente que el consumo de cocaína. El consumo de sustancias adictivas en los adolescente probablemente se deba a que es una edad muy vulnerable donde intervienen

factores individuales, familiares y sociales que contribuyen a este riesgo, afectando al adolescente como ser, y que trae consigo problemas que afectan a su vida diaria; es decir a nivel biopsicosocial, entre estos problemas menciono aquellos que afectan la dinámica familiar y que trae consigo desintegración de la misma, violencia intrafamiliar, así como aquellos de índole social como son la delincuencia, violencia, accidentes automovilísticos, entre otros.

Al analizar la variable del área de funcionamiento de salud mental, se encuentra que el 39.8% de los adolescentes tienen mayor riesgo. Según García 2011, identificaron a la depresión, la tristeza y la ansiedad como signos y síntomas previos al intento de suicidio. Borges 2011, reporta la prevalencia de intento de suicidio en adolescente mexicanos de 12 a 17 años, que es de 4.26%, 2.14% en hombres y 6.37% en mujeres. De esto entonces el resultado del estudio con lo antes mencionado, nos indica que los adolescentes presentan problemas de salud mental. Esto puede ocurrir por los cambios físicos, emocionales, ambientales e influencia de la sociedad en los adolescentes con problemas de baja autoestima, que puede llevar a estos a tomar conductas inadecuadas.

En cuanto a la variable de relaciones familiares se encuentra que el 34.9% de la población tiene riesgo en esta área de funcionamiento, que es similar a lo encontrado en el estudio de Ruíz Gary 2015, donde 81% de los padres discuten con frecuencia, al 84% de los adolescentes le desagrada estar en casa por los problemas. Lo anterior difiere con lo encontrado según Ruíz Gary 2015, esto se debe a que los adolescentes no perciben apoyo de sus familias y no logran una comunicación asertiva y efectiva con sus padres.

En el área de funcionamiento en las relaciones con amigos, se encuentra que el 73.2% de los adolescentes presentan mayor riesgo en esta área, lo anterior no coincide con los datos del estudio de Ruíz Gary 2015, donde se muestra que en rubro de las actividades de sus amigos estas son inadecuadas en un 33%, así como que el 10% pertenece a pandillas y 20% de estos alteran el orden. Al

analizar estos datos encontrados se observa que los adolescentes están posiblemente influenciados por sus amigos, los cuales presentan factores de riesgo o problemas en las áreas de funcionamiento de sus vidas.

En lo que respecta a la variable en el área de funcionamiento de nivel educativo, se encontró que el 37.5% de los adolescente presenta riesgo, en comparación con la encuesta intercensal 2015, menciona que el 3.2% de los adolescente en Tabasco, no asisten a la escuela. Por lo cual es importante identificar esta área ya que de esto depende que los adolescentes dejen de asistir a la escuela y sea la escuela un factor protector de los adolescentes.

En cuanto a la variable de interés laboral el 15.65% de la población se encuentran con riesgo, todo esto a pesar de los esfuerzos de las instituciones que vigila que el adolescente no realice actividades de índole laboral. La INEGI reporta que de los adolescente que trabajan el 43.1% realizan actividades en el hogar y no asisten a la escuela, y que de los adolescentes que asisten a la escuela el 6% trabajan. En los resultados obtenidos de esta investigación, esta área de funcionamiento presenta relación significativa con las variables sociodemográficas género y edad. Por los porcentajes presentados; nos revela que el trabajo en los adolescentes representa un riesgo importante para la culminación de sus estudios, por lo cual es imperante erradicar el trabajo en los adolescentes, ya que esto representa para ellos violaciones a sus derechos, además de poner en riesgo su integridad física, emocional, social y moral.

En el área de funcionamiento de conducta agresiva delictiva se encuentra que el 20.8 % de la población estudiada presenta riesgo. Dato que es de importancia ya que México se posiciona en el primer lugar a nivel internacional, afectando a cerca de 18 millones 782 mil estudiantes, los cuales son víctimas de acoso, insultos o amenazas con armas, violencia física, fotografías o videos vergonzosos difundidos a través de las redes sociales. Se encuentra que las víctimas de violencia han sido testigos de violencia entre los padres, en la familia de origen o fuera de ella,

favoreciendo la realización de actos violentos por parte de los adolescentes y adultos jóvenes. En otros estudios se observó que casi la mitad de los estudiantes (42.2%) se vieron involucrados en situaciones de violencia en los últimos 2 meses, la proporción de estudiantes que refirieron ser víctimas de agresiones fue de 12.4%, lo que resulto ser similar a la de agresores de 11.9%. También se encontró que a mayor violencia escolar en los estudiantes, existe un mayor consumo de alcohol, estos resultados coinciden con los estudios de otros autores, lo que podría significar que los estudiantes estén utilizando el consumo de alcohol como un modo de afrontamiento poco saludable a la violencia escolar. Lo anterior probablemente se deba a diversos factores presentes en la adolescencia, entre los que destacan la impulsividad de estos, conductas violentas aprendidas en el hogar, la influencia de amigos con conductas delictivas o violentas, así como los cambios emocionales propios de la edad.

VIII. CONCLUSION

Las principales áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes, en las que se observa cambios estadísticamente significativos fueron; en cuanto a género, el área del interés laboral; en lo que corresponde a edad fue el nivel educativo y relaciones con amigos; así como en escolaridad, el nivel educativo.

Las características sociodemográficas de los adolescentes con riesgo de adicciones estuvo presente el género masculino, la edad que predominó fue de 11 a 13 años de edad, siendo estos los del primer grado de educación media básica.

En todas las áreas de funcionamiento; uso-abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencia se encontró que prevalece el riesgo, así también en la presencia de riesgo global en los estudiantes.

RECOMENDACIONES

Al finalizar la revisión de esta investigación, con base a los resultados del presente estudio, se recomienda en el futuro lo siguiente:

- Realizar actividades de prevención en toda la población con el fin de identificar de manera temprana factores de riesgo en los adolescentes y disminuir los problemas asociados a las diferentes áreas de funcionamiento del adolescente e identificar factores individuales, sociales y familiares que puedan llevar a diversos problemas de la vida de los adolescentes.

- Realizar actividades de prevención a adolescentes donde se les fortalezca a estos sobre habilidades para la vida, así como sensibilización a estos en el fenómeno de las adicciones donde se refuerce el hecho de que las adicciones son un problema de salud y destacar en ellos la importancia de prevenir dicho fenómeno. Así como fomentar estilos de vida saludable.

- Fomentar en los jóvenes la participación ciudadana, donde los jóvenes estén capacitados en diversas estrategias que lleven a la prevención de problemas en las diferentes áreas de funcionamiento de la vida del adolescente. Lo anterior con el fin de formar jóvenes promotores de salud que ayuden a identificar problemas de salud en ellos y ser un primer contacto de referencia alguna institución de salud. Además de que estos jóvenes promotores de salud multipliquen la información a la mayor cantidad de adolescentes, promover en los adolescentes la salud mental, a través de pláticas y capacitaciones donde se les hable a los jóvenes sobre ansiedad, suicidio y depresión, así como identificación de problemas a temprana edad, con el objetivo de disminuir estos riesgos.

- Promover en los adolescentes la importancia que tiene el diseñar un proyecto de vida a través de talleres, que vaya enfocado a la expectativa que tienen en su futuro profesional o en su futuro personal, así como identificar aquellos factores que pueden reforzar tal proyecto e identificar aquellos que pueden truncarlo.

- Realizar con los padres de familia de estos adolescentes talleres de orientación que vayan dirigidos a reforzar la comunicación asertiva entre los que integran la familia y mejorar la comunicación y relaciones entre los que la conforman. Así también fomentar a través de estos talleres en los padres de familia o tutores el que se involucren más en las actividades de sus hijos, así como conocer las amistades de sus hijos y hacer actividades que permitan conocer a estos amigos y sus familias. Es también importante otorgar a padres talleres de orientación preventiva donde se les hable a estos sobre temas como la adolescencia, factores de riesgo y factores de protección en los adolescentes y reforzamiento de valores.

- Establecer en los adolescentes talleres que vayan dirigidos a destacar la importancia de habilidades para la vida, donde se describan las habilidades de comunicación y asertividad, las habilidades del pensamiento y las habilidades para el manejo de las emociones. Todo esto para fortalecer a los adolescentes de

herramientas que les ayuden a responder ante la adversidad de determinadas situaciones y controlar la impulsividad como respuesta inmediata.

- Identificar en forma temprana a aquellos adolescentes que comienzan a experimentar con el consumo de drogas con el fin de establecer un plan terapéutico para lograr la abstinencia, y así reducir el número de jóvenes que se ven atrapados en el fenómeno del consumo de sustancias adictivas, así como tener una red de referencia donde se canalicen aquellos adolescentes que tiene un problema de dependencia con el consumo de drogas.

- Realizar intervenciones de acción terapéutica con personal calificado en salud, de forma breve para identificar y otorgar tratamiento específico aquellos que tengan algún problema en algún área de su vida. Así como dar referencia oportuna aquel que requiera de atención especializada.

- Se recomienda que este tipo de investigación sea de aplicación en otras instituciones educativas, y que se aplique el instrumento llamado POSIT (The Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers), (Instrumento de Proyección Orientada para Adolescentes) y que evalúa diversas áreas del funcionamiento de la vida del adolescente, y que de manera sencilla engloba las situaciones que nos puedan indicar que los adolescentes presentan un riesgo para problemas.

- Es importante además que se involucren los tres órdenes de gobierno, así como los sectores de la sociedad relacionados con la educación, la salud y el bienestar de los adolescentes, organizaciones de diversa índole, de padres de familia y organizaciones de la sociedad civil.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. UNICEF. MÉXICO. Adolescencia. Consultado:[julio 2013] en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.htm.
2. INEGI. Censo nacional de población y vivienda 2010. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>.
3. Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ). Pautas de tratamiento para la atención de usuarios de alcohol. 2008. México D.F.
4. Cecades VR, Fernández HJ. Modelos de Acción. En: García UE, Mendieta CS, Cervera MG, Fernández HJ. Manual Sociedad Española de Toxicomanías (SET). Editorial Médica Panamericana. España: 2003. p. 19- 35.
5. Centros de Integración Juvenil A.C. Manual para la Aplicación de Cuestionarios de Tamizaje de Problemas en el Adolescente (POSIT). 2009. México.
6. Herrero F. La tarea del médico escolar en la escuela Waldorf. Dornach, Suiza, 2012. <http://www.medicosescolares.com>.
7. Vázquez, R. Claudia, C. 2012. Reyhan comparte con sus compañeros de clase algunas cuestiones psicológicas importantes en la adolescencia (Relación saludable con la comida), en: www.sep5pasos.mx.
8. Secretaría de Salud y Asistencia (SSA), Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), Instituto Nacional Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2011). Encuesta Nacional de Adicciones 2011, México.

9. Pereira R., (2011). Psicoterapia de la violencia filio-parental. Entre el secreto y la vergüenza. Ediciones Morata. Madrid.
10. Lozano, S. Estevéz, E. Factores individuales y Familiares de Riesgo en casos de Violencia Filio-parental 2012. Alicante España. Universidad Miguel Hernández. Pag. 239-254.
11. Ortuño, J. Adolescencia. Evaluación del ajuste emocional y comportamental en el contexto escolar 2013-2014. Facultad de Letras de la Educación. Universidad de la Rioja, Servicio de publicaciones, 2014. Logroño, España.
12. Armand, S., Amel, A. K., y Maracy, M.R. (2013). Comparison of parent adolescent scores on Strengths and Difficulties Questionnaire. Journal of Research in Medical Science, 18(6), 501-505.
13. Aries, P. (1962). Centuries of childhood. Nueva York: Random House.
14. Conley, K. M., y Lehman, B. J. (2012). Test anxiety and cardiovascular responses to daily academic stressors. Stress and Health, 28, 41-50.
15. Diamond, A. (2013). Executive functions. Annual review of psychology, 64, 135-168.
16. Oliva, A; Rios, Antolin, L. Parra, A., (2010) La Adolescencia y su significado evolutivo. En J Palacios, A. Marchesi y Coll (Eds), Desarrollo psicológico y educación. Psicología Evolutiva (pp. 433-451) Madrid, Alianza.
17. Perrinat, A. (2013) Psicología del desarrollo. Un enfoque sistémico. Barcelona. EDIUOC.

18. Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., y Valle, C. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
19. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF 2011. Estado Mundial de la Infancia. NY, EEUU.
20. Secretaría de Salud. SINAVE/DGE/SALUD/Perfil Epidemiológico de la Población Adolescente en México 2010.
21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2015, Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud. Aguascalientes, AGS.
22. Organización Mundial de la Salud 2014. Salud para los adolescentes del mundo. www.who.int/adolescent/second-decade
23. Mariño M., Gonzalez-Forteza C. 1998. Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
24. Consejo Nacional de las adicciones 2011. Alcoholismo en adolescentes de 12 a 17 años. Recuperado el día 22 de Abril de 2016. www.clinicasatori.com
25. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. México DF, disponible en www.inprf.gob.mx.
26. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. México DF, disponible en www.inprf.gob.mx.

27. Reynales-Shigematsu, L. 2012. El control del tabaco, estrategia esencial para reducir las enfermedades crónicas no transmisibles. *Salud Publica*, México; volumen 54, pág. 323-331.
28. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Consumo de Drogas. México DF, disponible en www.inprf.gob.mx.
29. Banda g. EL significado de la sexualidad en adolescente de cd. Vitoria, Tamaulipas, Universidad de Alicante. Alicante España. Noviembre 2012.
30. Borges, G, Orozco, M, Benjet, C, & Medina, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52, 292-304.
31. Martínez-Hernández, A, & Muñoz-García, A. (2010a). «Un infinito que no acaba». Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Primera parte. *Salud mental*, 33, 145-152.
32. Martínez-Hernández, A, & Muñoz-García, A. (2010b). Un infinito que no acaba». Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Segunda parte. *Salud mental*, 33, 229-236.
33. García de Alba García, J. E, Quintanilla Montoya, R, Sánchez Loyo, L. M, Morfín López, T, & Cruz Gaitán, J.I. (2011). Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, 20(2), 167-179.
34. Colluci, E. (2012). Cultural Meaning(s) of suicide: A Cross-Cultural Study. En: Colucci, E. & Lester, D. (eds.) *Suicide and Culture. Understanding the Context*. Cambridge: Hogrefe.

35. Enríquez Rosas, R. (2009). Configuraciones/ reconfiguraciones familiares y violencia doméstica/social en la zona metropolitana de Guadalajara. En: Rodríguez Gómez, G. (Coord.). *Diagnóstico sobre la realidad social, económica y cultural de los entornos locales para el diseño de intervenciones en materia de prevención y erradicación de la violencia en la región centro: el caso de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco*. México: Comisión nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. Secretaría de Gobernación. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
36. Gómez, J. y Villar, P. (2011). Los padres y madres ante la prevención de conductas problemáticas en la adolescencia. La aplicación del programa construyendo salud: promoción de habilidades parentales. Madrid, España: Editorial CEAPA.
37. Ruíz, M., García, E., Ruíz, Y. (2015). Factores de Riesgo de violencia de género en adolescentes de educación secundaria, Manchay. Cuidado y salud.
38. Moreira, V., Mirón, L. (2010) Boletín de Psicología.
39. Resiliencia, Factores De Riesgo Y Protección En Adolescentes Mayas De Yucatán: Elementos Para Favorecer La Adaptación Escolar Enrique Aguiar Andrade* Universidad Nacional Autónoma De México, México Facultad De Psicología Guadalupe Acle - Tomasini Universidad Nacional Autónoma De México, México Facultad De Estudios Superiores Zaragoza
40. Liu, Y., y Lu, Z. (2011a). The Chinese high school student's stress in the school and academic achievement. *Educational Psychology*,31, 27-35. <http://dx.doi.org/10.1080/01443410.2010.513959>

41. Boekaerts, M. (2011). Emotions, emotion regulation, and self regulation of learning. In B.J. Zimmerman y D.H. Schunk (Eds.): Handbook of self-regulation of learning and performance (pp.408-425). New York: Routledge.

42. Rice, F., Frederickson, N., y Seymour, J. (2011). Assessing pupil concerns about transition to secondary school. *British Journal of Educational Psychology*, 81, 244-263. <http://dx.doi.org/10.1348/000709910X519333>

43. Análisis del estrés académico en la adolescencia: Efectos del nivel educativo y del sexo en Educación Secundaria Obligatoria Analyzing academic stress in adolescence: Gender and grade level effects in Compulsory Secondary Education

44. Villarreal, M. 2015. Universidad Politécnica Salesiana. La erradicación del trabajo infantil y el respeto a los derechos de los niños, niñas y adolescentes, como factores de desarrollo. Quito, Ecuador.

45. Nóbrega, M., Muñoz V. 2013. Una aproximación cualitativa a la violencia hacia la mujer, en un asentamiento humano de Villa El Salvador.

46. García X, Pérez A, Nebot, M. Factores relacionados con el acoso escolar (Bullying) en los adolescentes de Barcelona. *Gac Sanit.* 2010; 24(2): 103-108.

47. Pérez MA, Jimenez PI, Helming FJ, Pérez, MR, Martínez, FM, Alvarez NC. Relación entre la violencia escolar y el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales durante la adolescencia. *Med fam Andalucía.* 2011; 11(1): 21-29. (Citado el 10 de octubre del 2015) Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v11n1.pdf>

48. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Capacita CNDH sobre acoso escolar a niños, padres, maestros y autoridades. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2013.

49. Dirección General de Prevención del Delito de la Procuraduría General de la República. 2011.

50. Rudatsikira E, Singh P, Job J, Knutsen S. Variables associated with weapon-carrying among young adolescents in Southern California. *Adolescent Health Brief*. 2007; 40(5): 470-473. (Citado el 10 de octubre del 2015) Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X06006124>

51. Jiménez GT, Lehalle H. La violencia escolar entre iguales en alumnos populares y rechazados. *Psychosocial Intervention*. 2012; 21(1): 77-89. (Citado el 10 de octubre del 2015) Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90201002&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=362&ty=41&accion=L&origen=psyint&web=psycosocial-

52. Herrekohl TI, Hemphill SA, Mason WA, Toumbourou JW, Catalano RF. Predictors and responses to the growth in physical violence during adolescence: A comparison of students in Washington State and Victoria, Australia. *Am J Orthopsychiatry*. 2012; 82(1), 41-49. DOI: 0.1111/j.1939-0025.2011.01139.x.

53. Rey ACA. Prevalencia de factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá [internet]*. 2008 [citado 15 sep 2014]; 26(2): 227-241. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v26n2/v26n2a9.pdf>

54. Tenorio CMF. Adolescencia, pareja y violencia familiar. *Temát psicol [serie de internet]*. 2011 [citado: 12 de ago 2014]; 7(1): 25-32. Disponible en:

http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/revista_tematica_psicologia_2011/tenorio_castro.pdf

55. Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas socio- sanitarias. Gac Sanit [serie de internet]. May 2004 [citado: 12 de ago 2014]; 18 (12): 4-12. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112004000500003&script=sci_arttext

56. Moreno K, Cuevas JL. Violencia familiar y adicciones [internet]. Tlaxcala-México: Centro de Integración Juvenil, AC.; 2007 [citado 15 de ene 2015]. p.284. Disponible en: <http://bibliotecadigital.tamaulipas.gob.mx/archivos/descargas/d710cdc553885e58ba97257a3b956ea180196311.pdf>

57. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre Violencia y Salud [internet]. Washington DC: OPS/OMS; 2002 [citado 15 de ago 2013]. p.62. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf

58. Gardea, D., López, K., (2015) Violencia escolar y consumo de alcohol en adolescentes en etapa de secundaria. Monterrey, México

59. Díaz-Aguado MJ, Martínez R, Martín J. Estudio estatal sobre la convivencia escolar en la Educación Secundaria Obligatoria. Madrid: Ministerio de Educación, Observatorio Estatal de la Convivencia; 2010.

60. Rivero E, Barona RC, Petriz MA. Violencia escolar en secundarias de México y factores de contexto un panorama multivariado desde los exámenes de calidad y logro educativo. XI Congreso Nacional de Investigación Educativa; 2011. (Citado el 10 de octubre del 2015) Disponible en: http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v11/docs/area_17/0754. Pdf

61. Cuevas JM, Marmolejo MM. Observadores en situaciones de victimización por intimidación escolar: caracterización y razones de su rol. *Psicología desde el Caribe*. 2014; 31(1): 103-132. (Citado el 10 de octubre del 2015) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21330429006>
62. Peleg-Oren N, Cardenas G A, Comeford M, Galea S. Exploratory study on the association between interpersonal violence experiences and alcohol use among adolescents. *National Association of Social Workers*; 2013. DOI: 10.1093/swr/svt016
63. Moñino GM, Piñeiro RE, Areñse GJ, Cerezo RF. Violencia escolar y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de Educación Secundaria. *European Journal of investigation in health, psychology and education*. 2013; 3(2). (Citado el 10 de octubre del 2015) Disponible en: <http://www.ejihpe.es/index.php/journal/rt/prINTERfriendly/31/0>.
64. García, A., Hernández, S., Cruz, O. (2014), Tamizaje de Problemas en escolares de secundaria y bachillerato tzeltales y tsotsiles de Chiapas. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.
65. Valenzuela, M., Ibarra, A. (2012). "Familias fuertes" taller de fortalecimiento familiar para adolescentes: satisfacción con la educación recibida. *Revista Chile, Pediatría*, Santiago de Chile.
66. Polit DF, Hungler BP. 2000. *Investigación Científica en ciencias de la salud*. 6ª. Ed. De México: McGraw Hill Interamericana.
67. Secretaría de Salud (1998), *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud*. México. Editorial Porrúa. Presidencia de la República, México.

ANEXOS

ANEXO 1

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS: (FS)

Completa los datos que se te piden a continuación Fecha: _____

Edad: _____ Género: _____ Escolaridad: _____

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza. Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las preguntas son confidenciales. Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica directamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso.

Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (**POSIT**). Instrumento de Proyección Orientada para Adolescentes. Responde sí o no.

1 ¿Eres arrogante?

2 ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?

3 ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?

4 ¿Discuten demasiado tus padres o tutores?

5 ¿Te cansas con frecuencia?

6 ¿Te asustas con facilidad?

7 ¿Tienes menos energía de la que crees que deberías tener?

8 ¿Te sientes frustrado(a) con facilidad?

9 ¿Amenazas a otros con hacerles daño?

10 ¿Te sientes solo(a) la mayor parte del tiempo?

11 ¿Dices groserías o vulgaridades?

12 ¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?

13 ¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?

- 14 ¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enfadan contigo?
- 15 ¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?
- 16 ¿Has tenido algún trabajo eventual con sueldo?
- 17 ¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?
- 18 ¿Tienes buena ortografía?
- 19 ¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?
- 20 La mayoría de las veces, ¿saben tus padres o tutores dónde estás y lo que estás haciendo?
- 21 ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?
- 22 ¿Participas en muchas actividades en compañía de tus padres o tutores?
- 23 ¿Te sientes nervioso(a) la mayor parte del tiempo?
- 24 ¿Has robado alguna vez?
- 25 ¿Has sentido que eres adicto(a) al alcohol o las drogas?
- 26 ¿Sabes leer bien?
- 27 ¿Has estado ausente o llegado tarde a tu trabajo con frecuencia?
- 28 ¿Sientes que la gente está en contra tuya?
- 29 ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?
- 30 ¿Peleas a menudo o muchas veces?
- 31 ¿Tienes mal genio?
- 32 ¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando les hablas?
- 33 ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?
- 34 ¿Te dice la gente que eres descuidado(a)?
- 35 ¿Eres testarudo(a)?
- 36 ¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?
- 37 ¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?
- 38 ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?

- 39 ¿Sabes realmente tus padres o tutores cómo piensas o te sientes?
- 40 ¿Actúas impulsivamente con frecuencia?
- 41 ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?
- 42 ¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?
- 43 ¿Tienes dificultades para concentrarte?
- 44 ¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?
- 45 ¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores, levantando la voz y gritando?
- 46 ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?
- 47 ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?
- 48 El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?
- 49 ¿Levantas la voz más que los demás muchachos de tu edad?
- 50 ¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente?
- 51 ¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?
- 52 ¿A tus padres o tutores les gusta hablar y estar contigo?
- 53 ¿Has pasado alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran donde estabas?
- 54 ¿El uso de alcohol o drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento (a) a estar triste, o viceversa?
- 55 ¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?
- 56 ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?
- 57 ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?
- 58 ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?
- 59 ¿Molestas mucho a tus amigos?
- 60 ¿Tienes dificultades para dormir?

- 61 ¿Tienes dificultades para hacer trabajos escritos?
- 62 ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?
- 63 ¿Sientes que a veces pierdes el control de ti mismo(a) y terminas peleando?
- 64 ¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?
- 65 ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?
- 66 ¿Tienes dificultades en seguir instrucciones?
- 67 ¿Tienes amigos que han golpeado o amenazado a alguien sin razón?
- 68 ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de tomar bebidas alcohólicas o drogas?
- 69 ¿Tienes buena memoria?
- 70 ¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?
- 71 ¿Están tus padres o tutores de acuerdo en cuanto a la forma en que te deben manejar?
- 72 ¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?
- 73 ¿Faltan tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?
- 74 ¿Te hace la escuela sentirte estúpido(a) a veces?
- 75 ¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?
- 76 ¿Te da miedo estar con la gente?
- 77 ¿Tienes amigos que han robado?
- 78 ¿Has reprobado algún año en la escuela?
- 79 ¿Es difícil la escuela para ti?
- 80 ¿Eres una persona nerviosa, de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?
- 81 ¿Gritas mucho?

!!!GRACIAS!!

ANEXO 2.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

Consentimiento informado.

La Dra. Alejandra A. Aguilar Castillo ha solicitado mi consentimiento para que mi hijo (a) participar en esta investigación en la cual se aplicara el instrumento llamado POSIT a todos los estudiantes de la Escuela Secundaria Antonio de Dios Guarda de la Ranchería Piedra, del municipio de Cunduacán Tabasco, al firmar esta página, usted acepto voluntariamente estar en la mejor disposición de apoyo al prestador de la presente, también me informó que este estudio es requisito para obtener el título de la especialidad en Medicina Familiar.

Así mismo, me explico que mi hijo (a) tendrá un riesgo mínimo ya que la recolecta de información fue de lápiz y papel.

Además me participo que tengo la libertad de retirarme si así lo deseo al momento de la entrevista.

Firma del Director de la escuela

Autor del Estudio
