



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

“ACTIVIDAD FÍSICA COMO FACTOR PROTECTOR DE CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO”.

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
RICARDO UGALDE MANZO**

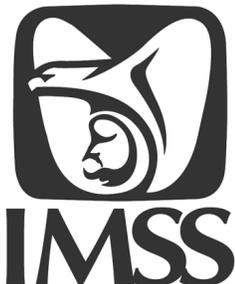
**TUTORA
DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

**ASESOR METODOLÓGICO
DRA. MARIA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR**

GENERACIÓN:

2016-2019

CIUDAD DE MÉXICO 2019





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ACTIVIDAD FÍSICA COMO FACTOR PROTECTOR DE CONDUCTAS DE RIESGO
PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA
JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO**

TUTORA:

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.**

**ACTIVIDAD FÍSICA COMO FACTOR PROTECTOR DE CONDUCTAS DE RIESGO
PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA
JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO**

ASESOR CLINCO.

DRA. MARÍA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR

**INVESTIGADOR ASOCIADO “B” UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
EN EPIDEMIOLOGIA CLINICA,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CMN SIGLO XXI, IMSS.**

**ACTIVIDAD FÍSICA COMO FACTOR PROTECTOR DE CONDUCTAS DE RIESGO
PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA
JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO**

Vo. Bo.

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.**

**ACTIVIDAD FÍSICA COMO FACTOR PROTECTOR DE CONDUCTAS DE RIESGO
PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA
JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO**

Vo. Bo.

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 IMSS.**

AGRADECIMIENTOS

A mi familia

Por su apoyo incondicional, por que han estado presentes en toda mi vida, nunca me han abandonado, gracias a ellos soy la persona que soy hoy, durante todo este largo camino en mi formación como médico y como persona han estado presentes, porque siempre me han tendido la mano, porque no me han abandonado, porque han estado en las buenas y en las malas, por ser mi modelo a seguir, por su apoyo y su amor infinito, gracias por siempre, a mi madre, mi padre y mis hermanos, porque a pesar la distancia durante 11 años siempre hemos estado juntos.

A mis tutoras

A mis coordinadoras, Dra. Santa y Dra. Carmen Por fomentar en mí el ser un médico de excelencia, por sus enseñanzas y por haber sido participes de la transformación a un mejor profesionalista y sobre todo una mejor persona, por querer aún más a mi especialidad.

A mis compañeros

Que me acompañaron en este difícil camino lleno de cambios y de crecimiento personal, que vieron lo mejor y lo peor de mi, sin ellos no lo hubiera logrado

ÍNDICE

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEORICO.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
OBJETIVOS.....	11
HIPOTESIS.....	12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	34
DISCUSION.....	40
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
BIBLIOGRAFIA.....	44
ANEXOS.....	47

**ACTIVIDAD FÍSICA COMO FACTOR PROTECTOR DE
CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIALES EN
ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD
ADSCRITOS A LA JURISDICCIÓN DE LA UMF 20
VALLEJO**

Registro ante el comité:

“ACTIVIDAD FÍSICA COMO FACTOR PROTECTOR DE CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO”.

RICARDO-UGALDE MANZO¹, VEGA-MENDOZA SANTA², LAVIELLE-SOTOMAYOR MPD.

- 1. Residente tercer año Medicina Familiar UMF20 IMSS.**
- 2. Médico Familiar, UMF20, IMSS.**
- 3. Epidemióloga Clínica. CMN Siglo XXI, IMSS.**

Desde diversos sectores especializados se destaca el papel que un ejercicio físico adecuado posee factor protector en la prevención de la mayoría de las conductas de riesgo en la etapa de adolescencia. **Objetivo:** Determinar si la actividad física es un factor protector de conductas de riesgo psicosociales en adolescentes de 14 a 19 años adscritos a la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo. **Material y Métodos:** Estudio analítico, en 1075 adolescentes de Nivel Medio Superior de la jurisdicción sanitaria UMF 20 Vallejo IMSS, previo consentimiento informado se aplicó encuesta de características sociodemográficas, actividad física, consumo de sustancias ilícitas, intento e ideación suicida, actividades sexuales de riesgo, violencia físico- sexual y psicológica, relaciones intrafamiliares. Estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** Edad 16.2+- 1.2 años, rango 16-17 años 51.6%. El 65% mujeres y 35% hombres. NSE medio 49.3%. Adolescentes actividad física insuficiente 86% actividad física adecuada 14%, actividad física individual 77%, actividad física grupal 16%, ejercen violencia psicológica 69% y violencia física- sexual 47%, Consumen sustancias ilícitas 51% , con ideación suicida 74% e intento suicida 59%, , IVSA 86%. Las relaciones intrafamiliares de grado medio-Alto (IC95% 0.9709-2.4148), Medio (IC95% 0.2754-0.7061) y Medio-Bajo (IC95% 0.3702-0.8645) se mejoran ante la actividad física y se práctica a la edad más frecuente entre 14-15 años. **Conclusión.** En general la actividad física en el adolescente mejora las relaciones intrafamiliares y se práctica en la adolescencia temprana. pero es un factor de riesgo para la violencia físico/sexual.

Palabras Claves: Adolescentes, Adicciones, Conductas de Riesgo, Actividad Física.

"PHYSICAL ACTIVITY AS A PROTECTIVE FACTOR OF PSYCHOSOCIAL RISK BEHAVIORS IN ADOLESCENTS OF 15 TO 19 YEARS OF AGE ADSCRIBED TO THE JURISDICTION OF THE UMF 20 VALLEJO".

RICARDO UGALDE MANZO¹, VEGA-MENDOZA SANTA², LAVIELLE-SOTOMAYOR MPD.

- 1. Resident second year Family Medicine UMF20 IMSS.**
- 2. Family Doctor, UMF20, IMSS.**
- 3. Associate Researcher, CMN Siglo XXI, IMSS.**

From various specialized sectors, the role that adequate physical exercise has a protective factor in the prevention of most risky behaviors during adolescence stands out. **Objective:** To determine whether physical activity is a protective factor of psychosocial risk behaviors in adolescents aged 14 to 19 years attached to the jurisdiction of the UMF 20 Vallejo. **Material and Methods:** Analytical study, in 1075 adolescents of Upper Middle Level of the health jurisdiction UMF 20 Vallejo IMSS, previous informed consent was applied survey of sociodemographic characteristics, physical activity, consumption of illicit substances, attempt and suicidal ideation, sexual risk activities, physical-sexual and psychological violence, intrafamilial relationships. Descriptive and inferential statistics. **Results:** Age 16.2 + - 1.2 years, range 16-17 years 51.6%. 65% women and 35% men. NSE average 49.3%. Adolescents insufficient physical activity 86% adequate physical activity 14%, individual physical activity 77%, group physical activity 16%, exercise psychological violence 69% and physical-sexual violence 47%, illicit substance consumption 51%, with suicidal ideation 74% and attempt suicidal 59%, IVSA 86%. Mid-high intra-family relationships (95% CI 0.9709-2.4148), Medium (95% CI 0.2754-0.7061) and Medium-Low (95% CI 0.3702-0.8645) are improved by physical activity and are practiced at the most frequent age between 14-15 years. **Conclusion:** In general, physical activity in adolescents improves intrafamilial relationships and is practiced in early adolescence. but it is a risk factor for physical / sexual violence.

Key Words: Adolescents, Addictions, Risk Behaviors, Physical Activity.

“ACTIVIDAD FÍSICA COMO FACTOR PROTECTOR DE CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO”.

INTRODUCCIÓN

La actividad física es imprescindible para la prevención de enfermedades crónicas cardiovasculares y obesidad, por lo tanto, es un determinante de salud. Una práctica de actividad físico-deportiva realizada bajo unos determinados parámetros de frecuencia, intensidad y duración está encuadrada dentro de los modelos o estilos de vida saludables. Existen, a su vez, investigaciones que establecen relaciones significativas de la actividad físico-deportiva con otros hábitos saludables, tales como las mejoras en la condición física, hábitos de higiene corporal, alimentación equilibrada y descensos en el consumo de tabaco y alcohol.

A su vez la adolescencia es la etapa de la vida en la que se presentan grandes cambios físicos, psico-sociales y cognitivos y se determina la forma de comportarse en la vida adulta por eso es de gran importancia determinar la importancia de la influencia actividad física en conductas en adolescentes como el tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, violencia, depresión, ansiedad.

Desde hace ya tiempo, existe una gran preocupación por los efectos negativos que la inactividad física tiene sobre la salud de la ciudadanía en general y especialmente de la población escolar, el futuro de nuestra sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en estudios internacionales destaca que la actividad física en los jóvenes disminuyó considerablemente con paso del tiempo. La OMS también dice que los hombres son físicamente más activos que las mujeres.

Diversas investigaciones señalan que aquellos adolescentes que realizan una práctica habitual de actividad físico-deportiva se inician más tarde y tienen consumos menores de tabaco que aquellos que no practican. Consideramos que uno de los factores que puede incidir positivamente sobre la disminución de este hábito negativo para la salud de los adolescentes es el fomento y desarrollo de una práctica regular de actividad físico-deportiva.

La incidencia diferenciada que la práctica físico-deportiva posee en función del sexo en relación con el hábito de consumo de tabaco. Así mismo, la mayoría de investigaciones señalan diferencias significativas en la frecuencia y porcentaje de participación entre varones y mujeres.

En México, el Observatorio Mexicano de Tabaco y Alcohol determinó que el porcentaje de jóvenes de entre 12 y 18 años consumidores tanto de alcohol como de tabaco llegaba a 30% en 2014 . La adolescencia es una etapa clave; en ella se conforma el estilo de vida. Durante su desarrollo aumenta la tendencia al consumo, pero si no se adoptan hábitos nocivos durante esta etapa, es menos probable que se los adquiera una vez alcanzada la etapa adulta.

La prevalencia de conductas saludables o perjudiciales depende en gran medida de las rutinas adoptadas en esta época de cambios individuales y sociales por lo que es muy posible que un adolescente físicamente activo y con invariables hábitos saludables conserve esta línea positiva alcanzada su madurez, al igual que es muy viable que uno sedentario o con un estilo de vida poco saludable lo mantenga durante años.

Los adolescentes componen el colectivo social más vulnerable, incomprendido y desprotegido. A pesar de que tanto las leyes españolas como las mexicanas prohíben la compra de alcohol y tabaco a menores de 18 años, se ha demostrado que el inicio en la adicción se produce antes de alcanzar esta edad. Es vital evitar una iniciación prematura, así como potenciar procesos de ayuda estableciendo políticas protectoras más enérgicas y eficaces

Por lo tanto el propósito central de la investigación es la identificación de forma temprana de los factores protectores en los adolescentes de nuestra jurisdicción sanitaria, dicha investigación no sólo pretende detectar aquellas conductas de riesgo como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en determinados jóvenes; sino también determinar aquellos factores protectores que pueden llegar a reducir o atenuar la probabilidad de iniciar algún tipo de adicción, y por medio de dichos factores identificar aquellos individuos que se encuentran inmersos o vulnerables al desarrollo de dicho problema de alto impacto para el sector salud y

la sociedad (escolar, familiar); con el objetivo de iniciar de forma prioritaria un manejo multidisciplinario (personal docente, administrativo de instituciones escolares, de salud e integrantes familiares; incluyendo a los médicos familiares y personal de salud especialista en adicciones) con mayor efectividad en las medidas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración a las actividades familiares y de la sociedad, para mejorar la calidad de vida y el aprovechamiento escolar; con el fin de disminuir esta problemática significativamente, reducir los costos en atención de la salud sobre el abuso de sustancias lícitas e ilícitas, y tener una mejor formación de los adolescentes para la vida profesional y sociocultural.

MARCO TEÓRICO

Según datos de la UNICEF, México cuenta con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad en 2014, de los cuales 6.3 son mujeres y 6.5 son hombres. En adolescentes la prevalencia de actividad física suficiente, definida como 420 minutos/semana de actividad moderada-vigorosa, aumentó de 56.7% a 60.5% de 2012 a 2016, siendo en esta última encuesta, mayor en hombres que en mujeres (69.9% vs 51.2%). (1)

De acuerdo con la OMS, en México 22.7% de los adolescentes entre 15 y 18 años son inactivos, 18.3% son moderadamente activos y 59% son activos físicamente. (2). Desde el año 1976, se han llevado a cabo estudios de manera periódica en estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México y desde el año 2000 en distintas ciudades del país. En cuanto a la medición del 2012 que se realizó en la Ciudad de México, se encontró una prevalencia de consumo de drogas de 24.4%, lo que significó un aumento estadísticamente significativo con respecto al 21.5% encontrado en la medición del 2009. (3)

En la Ciudad de México, el consumo de tabaco en la medición 2009 fue de 44.3%, y disminuyó al 41% para el 2012. Para el año 2012, la prevalencia para los hombres fue de 42.1% y para las mujeres de 39.9%. (4)

En 2009 en la Ciudad de México el consumo de alcohol se reportó 71.4% (cifra idéntica para hombres y mujeres), y para el año 2012 se encontró una prevalencia de 68.2%, en donde hombres y mujeres presentaron prevalencias similares (68.7% y 67.7% respectivamente). Por su parte, en 2012 en los adolescentes de 14 años o menores el consumo de alcohol alguna vez fue de 53.6%. Así también, se observó un incremento importante en el consumo de alcohol entre las edades de 14 y 15 años. (4)

La adicción al tabaco (tabaquismo), a las bebidas con alcohol (alcoholismo) o a las drogas ilícitas o drogas médicas no prescritas (farmacodependencia), pueden definirse como aquel estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprimible por consumir una droga en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, en ocasiones, para aliviar el malestar producido por la privación de la sustancia, mejor también llamado síndrome de abstinencia (5)

Las conductas de riesgo son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas. Estas conductas son múltiples y pueden ser biopsicosociales (6)

Se define al ejercicio como una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. Actividad física es cualquier movimiento corporal producido por la contracción de los músculos esqueléticos que utiliza más energía que la gastada en reposo. Cualquier actividad física es mejor que nada. Sin embargo, la mayoría de los beneficios para la salud ocurren a medida que la intensidad, la frecuencia y/o la duración de la actividad física aumentan. Con base en lo anterior, la actividad física puede clasificarse en las siguientes categorías:

Actividad física ligera. La mayoría de las actividades del día a día se encuentra dentro de esta categoría: estar de pie, caminar lento, levantar objetos, etc. Este tipo de actividades no altera la respiración ni el ritmo cardiaco, pero contribuye a mantener el cuerpo activo y el gasto de energía. A pesar de ello, una persona que sólo realiza este tipo de actividades se considera inactiva.

Actividad física moderada a vigorosa. Este tipo de actividad, produce beneficios para la salud, por ejemplo: caminar rápida, brincar, bailar, yoga, jugar en el parque. Ocasiona que la respiración y el ritmo cardiaco se eleven por encima de lo normal, sin embargo la diferencia entre la actividad moderada y la vigorosa es que en la primera es posible sostener una conversación sin perder el aliento y en la segunda no. (6)

Se considera que una persona es inactiva cuando no realiza la cantidad de actividad física suficiente como para obtener beneficios para la salud. Se ha demostrado que la inactividad física es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2, cáncer de mama, cáncer de colon y enfermedad cardiovascular, así como un factor de riesgo de mortalidad por cualquier causa. En contraste, el comportamiento sedentario (como estar sentado o acostado) no se define simplemente como la falta de actividad física (o inactividad física), sino que es un comportamiento por sí mismo. Sedentarismo se refiere al grupo de comportamientos que ocurren al estar sentado o acostado durante los periodos de vigilia, y por lo general requieren un gasto de energía muy bajo. Este comportamiento puede ocurrir en cualquier grupo de edad, en la escuela o el trabajo, durante las actividades recreativas (ver televisión) y durante el transporte motorizado. El comportamiento sedentario tiene consecuencias negativas para la salud en niños, adolescentes y adultos, sin importar el nivel de actividad realizado.(5)

La actividad física en la etapa de la adolescencia consiste en: acumular un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa, o una combinación de ambos, puede consistir en varias sesiones a lo largo del día (por ejemplo dos tandas de 30 minutos); dicha actividad física diaria es en su mayor parte aeróbica, como caminar, correr, saltar, bailar (por ejemplo paseos a pie o bicicleta, juegos, deportes, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados en el contexto de la familia, la escuela o la comunidad); la actividad física por más de 60 minutos al día tiene beneficios adicionales

para la salud, mejora las funciones cardiorrespiratorias y musculares, así como la salud ósea, y reducir el riesgo de enfermedad crónica no transmisible (7)

Es muy posible que un adolescente físicamente activo y con invariables hábitos saludables conserve esta línea positiva alcanzada su madurez, al igual que es muy viable que uno sedentario o con un estilo de vida poco saludable lo mantenga durante años. (4)

La actividad física ha sido concebida casi siempre como una opción recomendable para reducir la probabilidad de consumir sustancias tóxicas: facilita lugares de encuentro, ayuda en las relaciones entre iguales, proporciona un entorno apropiado para establecer hábitos de vida saludable y es un medio para promocionar la salud (5) La adolescencia es una etapa clave; en ella se conforma el estilo de vida. Durante su desarrollo aumenta la tendencia al consumo, pero si no se adoptan hábitos nocivos durante esta etapa, es menos probable que se los adquiera una vez alcanzada la etapa adulta (9). Sin embargo esta no es una opinión generalizada, también ha sido descrita por algunos autores como una actividad que favorece la adquisición de prácticas insanas, incluso asocian los deportes colectivos con el abuso de alcohol y tabaco (7)

Thorén y col. (1990) informaron de que el ejercicio intenso ocasionaba la activación del sistema opioide endógeno, induciendo un incremento significativo de la concentración de β -endorfina. Las endorfinas son sustancias naturales sintetizadas por el cerebro que, entre otras cosas, alivian el dolor como sólo pueden hacerlo los opiáceos que incluyen a la morfina, la heroína y la codeína. Sin embargo, las endorfinas no tienen los efectos secundarios que acarrearán las drogas al sistema nervioso. (8)

Se puede considerar la condición física como una medida de la capacidad de realizar actividad física y/o ejercicio físico que integra la mayoría de las

funciones corporales (del aparato locomotor, cardiorrespiratorias, hematocirculatorias, endocrinometabólicas y psiconeurológicas) involucradas en el movimiento corporal. (9)

La literatura internacional señala que existen una serie de factores protectores en la vida de los adolescentes que pueden ayudarles a tener éxito y desarrollarse como adultos responsables asimismo, estos factores evitan que los jóvenes se involucren en conductas que afecten su salud (por ejemplo, el consumo de alcohol, tabaco y drogas). La actividad deportiva, además a través de los juegos y sus reglas, acostumbra al adolescente a las dificultades existenciales y temple su carácter, haciéndolo al mismo tiempo comprender cuán importante es la constancia en el empeño para obtener resultados siempre mejores, adquirir el sentido de autocontrol y de autosuficiencia; además enseña el respeto hacia los compañeros y adversarios. (10)

Varios Estudios señalan que la actividad física se asocia de manera inversa con los sentimientos de tristeza y ideación e intento suicida entre estudiantes hispanos y no hispanos en Estados Unidos de América. Los estudiantes de secundaria que asisten más veces por semana a sesión de actividad física en su escuela tenían menor probabilidad de reportar sentimiento de tristeza y se asocio significativamente con menor riesgo de intento e ideación suicida, además de una asociación inversa entre las conductas de salud mental en adultos y adolescentes incluyendo una mayor autoestima, y bienestar psicológico. (17)

Aquellos adolescentes que practicaban actividad física de una forma continua mostraron niveles de agresividad manifiesta más altos que los que no la realizaban, esto es debido a que los adolescentes practicantes asiduos del deporte empiezan a competir. Perder para ellos es frustrante, se preocupan de demostrar mejor habilidad que los demás, todo esto hace que se establezca una relación entre resultado y agresión, trasladando esa competitividad a su

vida social de una manera inconsciente. Otros estudios señala que la violencia y su actitud ante ella en el contexto físico deportivo tiene solución y es importante que todos los estamentos educativos fomenten su erradicación, ya que la práctica deportiva genera un alto potencial de autoestima y desarrollo social en los adolescentes y es un medio para controlar valores que actúan en beneficio de la sociedad. (18)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El rápido aumento de la prevalencia de adicciones, así como el aumento del suicidio como causa de muerte , de los índices de violencia en el núcleo familiar y el aumento de enfermedades crónicas en la etapa adulta impactan negativamente en la sociedad no solo por el alto costo del tratamiento de la mismas si no de las secuelas que pueden generar a largo plazo, como lo son discapacidad , pobreza, e inclusive la reducción en la esperanza de vida. Dichas conductas ya establecidas en la etapa adulta son difíciles de modificar sin embargo estas conductas son fácilmente prevenibles en la etapa de la adolescencia. Esta etapa supone una serie de cambios en diferentes ámbitos, social, sexual, físicos y psicológicos y a integración al ámbito social o laboral de forma temprana frecuentemente la exposición a factores como las nuevas tecnologías o diferentes condiciones socioeconómicas llevan al adolescente a adquirir conductas de riesgo.

En México no existe investigación sobre los factores que pueden influir en el adecuado desarrollo de los jóvenes adolescentes ya que estos presentan en lo general buenos niveles de salud por lo que no se presentan a controles médicos en el primer nivel de salud, lo que conlleva a que no se apliquen en esta población adecuados programas de prevención de enfermedades de manera temprana, un correcto estudio de los factores protectores de conductas de riesgo en adolescentes desencadena el desarrollo de programas preventivos efectivos y eficaces que impacten a futuro sobre la prevención de enfermedades .

Es primordial que los adolescentes se encuentren física, socialmente, emocionalmente, sanos, ya que a futuro una tendrá un gran impacto en la salud de la sociedad. Es por eso que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿LA ACTIVIDAD FÍSICA ES FACTOR PROTECTOR DE CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO”

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar si la actividad física es un factor protector de conductas de riesgo psicosociales en adolescentes de 15 a 19 años de edad adscritos a la Jurisdicción de la UMF 20 vallejo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características socio demográficas de los estudiantes del CCH Vallejo (edad, sexo y nivel socioeconómico)
- Describir la actividad física en los adolescentes(insuficiente y adecuada, individual y grupal)
- Identificar la frecuencia de conductas psicosociales de riesgo en adolescentes (consumo de sustancias, Intento e ideación suicida, relaciones intrafamiliares, IVS, violencia ejercida: violencia físico-sexual y psicológica)

HIPÓTESIS

Ha: La actividad física en adolescentes si es un factor protector de las conductas de riesgo psicosociales

Ho: La actividad física en adolescentes no es un factor protector de las conductas de riesgo psicosociales

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO. El estudio se realizó en el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), Plantel Vallejo perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, ubicado en Magdalena de las Salinas, C.P. 07760, Delegación Gustavo A. Madero.

PERIODO DE ESTUDIO: Marzo del 2018

GRUPO DE ESTUDIO: Adolescentes de ambos sexos de Nivel Medio Superior del CCH, Plantel Vallejo UNAM de 14 a 19 años de edad que pertenezcan a la Jurisdicción Sanitaria de la Unidad de Medicina Familiar N° 20 (UMF20) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

DISEÑO. Estudio de tipo transversal analítico.

CRITERIOS DE ESTUDIO

Criterios de Inclusión

- Adolescentes que se encontraban estudiando bachillerato en el CCH Vallejo y que pertenecían de la jurisdicción sanitaria de la UMF20 IMSS
- Adolescentes ambos sexos entre los 14 y 19 años de edad.
- Padres de los adolescentes que otorgaron el consentimiento informado para que su hijo participe.
- Adolescente que acepte participar en la encuesta y firmen el consentimiento informado.
- Adolescentes que desearon participar en el estudio y contestaron mayor del 80% del cuestionario aplicado.

Criterios de Exclusión

- Alumnos con alguna imposibilidad para contestar el cuestionario.
- Estado inconveniente o influencia de alguna sustancia que impidió contestar adecuadamente la encuesta.
- Adolescentes que no se encontraron en los grupos asignados de forma aleatoria, en el momento de la aplicación del cuestionario.
- Adolescentes que el día de la encuesta no acudieron a realizarla.

Criterios de Eliminación

1. Estudiantes adolescentes que no pertenecían a la jurisdicción sanitaria de la Unidad de Medicina Familiar N° 20 Vallejo.
2. Adolescentes que entregaron encuestas inconclusas o que contestaron menos del 80% de la encuesta aplicada.
3. Participantes que por alguna circunstancia abandonaron o desertaron durante la aplicación de la encuesta por cuenta propia o por decisión del padre o tutor.

Tamaño de la muestra y tipo de muestreo:

De los 11,335 adolescentes alumnos del CCH Vallejo que cursaron ciclo escolar, se tiene contemplado en el primer semestre un total de 4276 adolescentes, tercer semestre 3558 adolescentes, y finalmente quinto semestre con 3501 adolescentes.

Se calculó el tamaño de la muestra en base a la siguiente fórmula:

$$N = \frac{4 Z^2 P (1-P)}{W^2}$$

Donde Z es la desviación estándar, igual a 1.96

P: Son los sujetos con la variable de interés.

W²: Es la amplitud total del intervalo de confianza con un error máximo igual a 10%.

Muestra estudiado por semestres:

- Primer semestre: Población de 3558, frecuencia esperada según ENSA del 20%; error máximo del 10%, Nivel de confianza 99%, cálculo del tamaño de la muestra 364 adolescentes de primer semestre.
- Tercer semestre: Población de 3501, frecuencia esperada según ENSA del 20%; error máximo del 10%, Nivel de confianza 99%, cálculo del tamaño de la muestra 356 adolescentes de primer semestre.
- Quinto semestre: Población de 4276, frecuencia esperada según ENSA del 20%; error máximo del 10%, Nivel de confianza 99%, cálculo del tamaño de la muestra 355 adolescentes de primer semestre.

Siendo un total de 1075 encuestas.

Se realizó la captura de los alumnos que pertenezcan a los grupos seleccionados de forma aleatoria manual y que sean adscritos a la UMF20 IMSS y que se encuentren en su salón de clases (matutino y vespertino) durante la aplicación del cuestionario en ambos turnos y que cumplan los criterios de inclusión.

- Grupos seleccionados primer semestre: 109, 111, 123, 124, 130, 132, 140, 141, 142, 143, 153, 164.
- Grupos seleccionados tercer semestre: 316, 326, 327, 338, 331, 332, 335, 337, 342, 345, 352, 355.
- Grupos seleccionados quinto semestre: 510, 512, 514, 520, 521, 536, 553, 557, 559, 563, 568

VARIABLES DE ESTUDIO.

VARIABLE DE INTERES: Actividad Física

VARIABLES DESCRIPTORAS: Adicciones (Tabaquismo, Alcoholismo, otras Drogas y conducta del consumo de drogas lícitas e ilícitas). Individuales (Edad, Sexo, Nivel Socioeconómico), Familiares (Relaciones Intrafamiliares) y Clínicas (Presencia de Enfermedad.), Suicidio (Intento e Ideación). Alimentación (adecuada, inadecuada) Conductas sexuales de Riesgo: IVS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
ACTIVIDAD FÍSICA	Cualquier movimiento corporal producido por la contracción de los músculos esqueléticos que utiliza más energía que la gastada en reposo	Se obtendrá a través de un cuestionario aplicado mediante la pregunta: ¿Realiza algún tipo de ejercicio?	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0. Insuficiente 1. Adecuada
TIPO ACTIVIDAD FÍSICA	Cualquier movimiento corporal producido por la contracción de los músculos esqueléticos que utiliza más energía que la gastada en reposo	Se obtendrá a través de un cuestionario aplicado mediante la pregunta: ¿Qué tipo de actividad realiza	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0. Individual 1. Grupo
ADICCIÓN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Adicción se define según la OMS como una enfermedad física y psicológica que crea una dependencia hacia una sustancia psicoactiva con el fin de experimentar nuevas	Se obtendrá a través del cuestionario aplicado mediante las preguntas: Si consume alguna sustancia al contestar: Alguna vez, en el último año y mes ha consumido: <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol. • Tabaco. • Drogas ilícitas. 	Cualitativa	Nominal Dicotómica	• Si. • No.

	sensaciones.				
EDAD	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta este momento.	Se evaluará mediante la encuesta preguntando edad con la que el adolescente cuenta en este momento.	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos de 14, 15, 16, 17, 18 y 19 años
SEXO	Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo masculino y femenino.	Se evaluará mediante pregunta en encuesta sobre el genero o sexo de acuerdo a las características físicas del adolescente como masculino y femenino.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer • Hombre
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Medida total económica y sociológica del resultado de la preparación laboral de una persona y social individual en relación a otras personas y basadas en sus ingresos adquisitivo, educación y empleo.	Categorizando mediante la suma de preguntas para la medición del nivel socioeconómico del instrumento del AMAI (Número de Habitaciones, baños, focos, material de piso, electrodomésticos, autos y grado de escolaridad), que categorizando de la siguiente manera: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel A/B: Clase Alta. 2. Nivel C+: Clase Media Alta. 3. Nivel C: Clase Media. 4. Nivel C-: Clase Media Baja. 5. Nivel D+: Clase Baja 6. Nivel D: Clase Bajo Extremo 7. Nivel E: Clase muy Bajo Extremo. 	Cualitativa	Ordinal Politémica	<p>Para fines del estudio, se tomará en cuenta solo tres niveles socioeconómicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta: Nivel A/B, Nivel C+. • Media: Nivel C, Nivel C-. • Baja: Nivel D+, D y Nivel E.
RELACIONES INTRAFAMILIARES.	Son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluyen la percepción que se	Se aplicará la Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares realizada por Rivera-Heredia y Padilla-Barraza en 1992, se utilizó la versión intermedia con 37 reactivos en que sus	Cualitativa	ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Alto. • Medio/Alto. • Medio. • Medio/Bajo. • Bajo.

	<p>tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio.</p>	<p>respuestas son: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo; valorado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unión y Apoyo. • Expresión. • Dificultades. <p>A su vez se dividen en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos con puntajes bajos (las tareas familiares no está lo suficientemente bien distribuidas): Se obtiene identificando aquellos casos cuya puntuación total corresponde al 25%. • Grupos con puntajes intermedios (en mi familia a cada quien le es fácil expresar su opinión): En este grupo se encuentran las personas cuyos puntajes se encuentran entre el 26 – 74% del total. • Grupos con puntajes altos (en mi familia hablamos con franqueza): Corresponde a las personas cuyos puntajes se ubican en el 75% superior del total. Se evaluará de forma global. 			
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	<p>Recopilación de la información sobre, si el adolescente ha iniciado vida sexual activa</p>	<p>Se evaluará mediante la encuesta con una pregunta si se han iniciado vida sexual activa o relaciones sexuales</p>	Cualitativa	<p>Nominal Dicotómica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No.
IDEACIÓN INTENTO SUICIDA.	<p>Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por la presencia de ideas de intento de autolesionarse, acompañado de decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.</p>	<p>Se categorizará mediante la suma de preguntas conforme a la escala de riesgo de ideación/intento suicida de Beck.</p>	Cualitativa	<p>Nominal Dicotómica</p>	<p>*IDEACIÓN:</p> <p>0. No Ideación. 1. Si ideación.</p> <p>*INTENTO:</p> <p>0. No Intento. 1. Si intento.</p>

VIOLENCIA FISICO-SEXUAL	La violencia física es una invasión del espacio físico de la otra persona y puede ejercerse con el contacto directo con el cuerpo de la otra persona mediante golpes, empujones y jalones. Por otra parte la violencia sexual es aquella que se manifiesta con agresiones a través de la fuerza física, psíquica o moral, rebajando a una persona a condiciones de inferioridad, para implantar una conducta sexual en contra de su voluntad	Se hará mediante pregunta directa: con qué frecuencia en el último año tu: Golpeaste o pateaste a alguien Jaloneaste a alguien ¿Has manoseado a alguien? sumándose el número de veces que ejerce la violencia en las tres categorías por lo que se clasifica de la siguiente manera: No violento: 0 veces Violento leve: 1-10 veces Muy violento: 11 o más veces	Cualitativa	Ordinal	No violento Si violento
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	En una agresión realizada sin que medie contacto físico entre personas. Esta se canaliza principalmente en frases descalificadoras (violencia verbal) que intentan desmerecer y descalificar a otro individuo puede ser directa o indirectamente, también se incluyen los ataques de ira esta violencia puede manifestarse gritando, insultando, arrojando objetos, golpeando cosas, e incluso, agrediendo físicamente a las personas	Se hará mediante pregunta directa: con qué frecuencia en el último año tu: Te burlas de alguien por su color, clase social u orientación sexual Te burlas de alguien por su aspecto físico Le pones apodos a las personas como forma de burla Chantajeas a las personas para obtener lo que quieres Le pones apodos a las personas como forma de burla Con que frecuencia tu: Insultas a las personas cuando estás enojado Has excluido o ignorado a alguien por su color, clase	Cualitativa	Ordinal	No violento Si violento

	implicadas.	social u orientación sexual? insultas a las personas cuando estás enojado ¿Rompes o avientas cosas por enojo? sumándose el número de veces que ejerce la violencia en todas las preguntas, por lo que se clasifica de la siguiente manera: No violento: 0 veces Leve: 1-6 veces Moderado: 7-12 veces Muy violento: 13-18 veces			
--	-------------	---	--	--	--

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

En primera instancia y mediante el acuerdo y vinculo de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Mexicano del Seguro Social, se procedió a realizar una cita con los directivos del Colegio de Ciencias y Humanidades en plantel Vallejo, para solicitar el otorgamiento de un permiso (por escrito), para la realización de la investigación sobre factores de riesgo en la adolescencia (adicciones), datos sociodemográficos, percepción del estado de salud en los alumnos de dicha institución académica, a cargo del alumno responsable de la investigación y de su coordinadora a cargo, con un grupo de 5 médicos residentes (apoyo) y 4 médicos pasantes de servicio social (apoyo) de la UMF N° 20, previamente estandarizados y capacitados en las preguntas del instrumento de investigación; además del personal administrativo, autoridades y profesores titulares de los grupos seleccionados y de la profesora titular del curso en Ciencias

de la Salud: Maestra Martha Silvia Castillo Trejo, como vía de acceso a las instalaciones del colegio y coordinadora del proceso.

Previa autorización por director y profesores del CCH Plantel Vallejo, se procedió a lo siguiente:

- El equipo de trabajo en apoyo a la investigación (integrado por el alumno investigador, 5 médicos residentes de la especialidad de medicina familiar y 4 médicos pasantes de servicio social) en base a los grupos seleccionados de forma aleatorizada, con ayuda del personal administrativo se solicitó a los profesores el horario y fecha de la aplicación de la encuesta a los adolescentes.
- El día de previsto con los profesores se identificó a los alumnos que cuenten con numero de seguridad social y que pertenezcan a la jurisdicción de la UMF 20; se informó en que consiste y los beneficios que se obtendrán de la encuesta a los padres de familia y tutores de los adolescentes, haciendo hincapié que dicha encuesta se realizó siempre y cuando se firme una carta de consentimiento informado por escrito en el cual autorizaron su aplicación.
- Posteriormente se procedió a realizar lectura del consentimiento informado y características generales del instrumento. Se menciona a los alumnos que los datos en las encuestas son totalmente confidenciales, de forma anónima, mencionando que pueden abandonar el estudio cuando lo desean y recordando que no habrá represalia alguna.
- Previo consentimiento informado bien requisitada y firmada por el padre de familia o tutor y del mismo adolescente se les entregó la encuesta. Estando a cargo del equipo de trabajo de la UMF N° 20 y atendiendo las dudas de cada adolescente si se presentaron.
- Una vez terminado el cuestionario por parte del adolescente, los miembros del equipo de apoyo a la investigación revisarán el llenado adecuado de los cuestionarios para verificar que se encontraran completos sin omisión de

datos y de no ser así se dio por finalizado la aplicación de dicho cuestionario, dando las gracias por su participación.

- Se les informó que en caso de solicitar sus resultado, se solicitó anotar en la primera hoja de la encuesta: número de cuenta y correo electrónico y se enviaran las conclusiones de forma personal y confidencial
- Una vez terminado la recolección de información, se procedió al vaciamiento de datos en el programa IBM SPSS STATISTICS VERSIÓN 21.0 para su análisis.

INSTRUMENTOS A UTILIZAR.

7. Encuesta Nacional de Adicciones

Debido a las características de la población escolar, se aplicará parte del cuestionario de la Encuesta Nacional de Adicciones de la versión para nivel bachillerato, en la que se valoró:

Datos sociodemográficos: incluye preguntas sobre sexo, edad, nivel socioeconómico y el nivel de escolaridad de los padres

Consumo de drogas, alcohol y tabaco: en esta sección se preguntó sobre los grupos de drogas a estudiar: tabaco, alcohol y otras drogas ilícitas. Para cada sustancia, los aspectos principales que se preguntaron fueron el uso alguna vez en la vida, uso y frecuencia de uso en los últimos 30 días (prevalencias), número de veces que ha usado la droga y hace cuánto la utilizó por primera vez (incidencia); En el caso del alcohol y tabaco, se pregunta sobre las ocasiones de consumo, las prevalencias de y en el último mes. La conducta de consumo se evaluará de la siguiente forma para:

4. Tabaquismo: Consumo Bajo de 1 a 4 cigarrillos al día, Moderado de 5 a 7 cigarrillos al día, Intenso de 8 a 10 cigarrillos al día; la otra forma es Adicción Alta consumo del primer cigarrillo en los primeros 5 minutos después de levantarse, Adicción Moderada consumo del primer cigarrillo entre los 6 y 30 minutos después de levantarse y Adicción Baja primer cigarrillo después de 30 minutos de levantarse
5. Alcoholismo: Consumo leve de 1 a 2 copas por ocasión al día, Moderado de 3 a 4 copas por ocasión al día, Alto más de 5 copas por ocasión al día.
6. Drogadicción: Consumo leve de 1 a 2 veces en los últimos 30 días, Moderado de 3 a 9 veces en el último mes, Intenso más de 10 veces al mes.

1. Clasificación del nivel socioeconómico AMAI

Para la clasificación del nivel socioeconómico en México, la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación y Opinión Pública A.C. (AMAI), definió 13 variables establecidas por el Comité de Niveles Socioeconómicos de la AMAI **en agosto de 1998**.

Las variables son las siguientes:

1. Último año de estudios del jefe de familia.
2. Número de focos en el hogar.
3. Número de habitaciones sin contar baños.
4. Número de baños con regadera dentro del hogar.

Posesión de:

1. Autos (ya sean de su propiedad o no).
2. Calentador de agua / Boiler.
3. Tipo de piso (solamente de cemento o de otro material).
4. Aspiradora.

5. Computadora (PC).
6. Horno de microondas.
7. Lavadora de ropa.
8. Tostador de Pan.
9. Videocasetera.

La primera regla es otorgar puntos. A cada respuesta de cada variable medida en el conjunto es asignado un valor. Por medio de una combinación lineal de estos valores, se obtiene un único número. La magnitud de este indicador (el valor numérico) determinaba el NSE al que pertenece el hogar. La clasificación debe llevarse a cabo en el escritorio por medio de un programa de computadora.

Se encontraron siete grupos diferentes. Atendiendo a la tradición se bautizaron con letras siendo estos (del más alto al más bajo): A/B, C+, C, C-, D+, D y E. Las características de los seis tipos de niveles socioeconómicos son las siguientes:

1. NIVEL A/B: Clase Alta (más de 193 puntos). Es el segmento con el más alto nivel de vida del país. Este segmento tiene cubierta todas las necesidades de bienestar y es el único nivel que cuenta con recursos para invertir y planear para el futuro. Actualmente representa el 3.9% de los hogares del país y el 6.4% de los hogares en localidades mayores de 100 mil habitantes.
2. NIVEL C+: Clase Media Alta (155 a 192 puntos). Es el segundo grupo con el más alto nivel de vida del país. Al igual que el segmento anterior, este tiene cubiertas todas las necesidades de calidad de vida, sin embargo, tiene ciertas limitantes para invertir y ahorrar para el futuro. Actualmente representa el 9.3% de los hogares del país y el 14.1% de los hogares ubicados en localidades mayores de 100 mil habitantes del país.
3. NIVEL C: Clase Media (128 a 154 puntos). Este segmento se caracteriza por haber alcanzado un nivel de vida práctica y con ciertas comodidades. Cuenta con una infraestructura básica en entretenimiento y tecnología.

Actualmente este grupo representa el 10.7% de los hogares totales del país y el 15.5% de los hogares en localidades mayores de 100 mil habitantes del país.

4. NIVEL C-: Clase Media Baja (105 a 127 puntos). Los hogares de este nivel se caracterizan por tener cubiertas las necesidades de espacio y sanidad y por contar con los enseres y equipos que le aseguren el mínimo de practicidad y comodidad en el hogar. Este segmento representa el 12.8% del total de hogares del país y el 16.6% de los hogares en localidades mayores de 100 mil habitantes del país.
5. NIVEL D+: Clase Baja (80 a 104 puntos). Este segmento tiene cubierta la mínima infraestructura sanitaria de su hogar. Actualmente representa el 19.0% de los hogares del país y el 20.2% de los hogares en las localidades mayores de 100 mil habitantes del país.
6. NIVEL D: Clase Baja Extrema (33 a 79 puntos). Es el segundo segmento con menor calidad de vida. Se caracteriza por haber alcanzado una propiedad, pero carece de diversos servicios y satisfactores. Es el grupo más numeroso y actualmente representa el 31.8% de los hogares del país y el 23.8% de los hogares en localidades mayores de 100 mil habitantes.
7. NIVEL E: Clase muy Baja Extrema (0 a 32 puntos). Este es el segmento con menos calidad de vida o bienestar. Carece de todos los servicios y bienes satisfactores. Actualmente representa el 12.5% del total de hogares del país y el 3.4% de los hogares en localidades mayores de 100 mil habitantes.

El puntaje de los ítems es de la siguiente manera, para después realizar la suma total y clasificar el nivel socioeconómico:

1. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar? Por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.

RESPUESTA	PUNTOS
1	0
2	0
3	0
4	0
5	8
6	8
7 o más	14

- ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	16
2	36
3	36
4 o más	52

- ¿En su hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	10

- Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

-

RESPUESTA	PUNTOS
0-5	0
6-10	15
11-15	27
16-20	32
21 o más	46

- ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

RESPUESTA	PUNTOS
<i>Tierra o cemento</i>	0
<i>Otro tipo de material o acabo</i>	11

- ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	32
2	41
3 o más	58

7. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	20

8. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? (**espere respuesta, y pregunte**) ¿Realizó otros estudios? (**reclasificar en caso necesario**).

RESPUESTA	PUNTOS
No estudió	0
Primaria incompleta	0
Primaria completa	22

Secundaria incompleta	22
Secundaria completa	22
Carrera comercial	38
Carrera técnica	38
Preparatoria incompleta	38
Preparatoria completa	38
Licenciatura incompleta	52
Licenciatura completa	52
Diplomado o Maestría	72
Doctorado	72

Tabla de puntos por nivel

Nivel	Puntos
A/B	193+
C+	155 a 192
C	128 a 154
C-	105 a 127
D+	80 a 104
D	33 a 79
E	0 a 32

Para cuestión de este estudio se categorizará el nivel socioeconómico de la siguiente manera:

Clase	Tipo de nivel según AMAI
Alta	Nivel A/B, Nivel C+.
Media	Nivel C, Nivel C-.
Baja	Nivel D+, D y Nivel E.

2. Relaciones intrafamiliares de Rivera Heredia

Las “relaciones intrafamiliares” son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Este término está cercanamente asociado al de “ambiente familiar” y al de “recursos

familiares”.

Mide las relaciones intrafamiliares de adolescentes de la Ciudad de México, en tres dimensiones: expresión, dificultades y unión.

0. Unión y apoyo. Mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar.
1. Dificultades. Se refiere a los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. De ahí que esta dimensión también pueda identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia.
2. Expresión. Mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.

El estudio de origen tuvo como muestra jóvenes de ambos sexos estudiantes de bachilleratos en diversos Colegios de Ciencias y Humanidades. Se trata de una escala aplicable de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares realizada por Rivera-Heredia y Padilla-Barraza en 1992, se utilizó la versión intermedia con 37 reactivos en que sus respuestas son totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo. Y se clasifica en los siguientes grupos:

- 1.** Grupos con puntajes bajos: Se obtiene identificando aquellos casos cuya puntuación total corresponde al 25%.
- 2.** Grupos con puntajes intermedios: En este grupo se encuentran las personas cuyos puntajes se encuentran entre el 26 – 74% del total.
- 3.** Grupos con puntajes altos: Corresponde a las personas cuyos puntajes se ubican en el 25% superior del total.

Para el análisis en este estudio solo se utilizará la calificación de forma global la escala de relaciones intrafamiliares, se realizará el sumatorio total de cada reactivo, lo cual es otra posibilidad de interpretación de los datos. La clasificación es la siguiente.

INTERPRETACIÓN DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ERI DE FORMA GLOBAL.	
Categoría	Puntaje
<i>Alto</i>	180-156
<i>Medio/Alto</i>	155-131
<i>Medio</i>	130-106
<i>Medio/Bajo</i>	105-81
<i>Bajo</i>	80-56

3. Inventario de Depresión de Beck.

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos de autolesionarse. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la ideación e intento suicida. La prueba ha de ser destinada preferentemente para evaluar los pensamientos asociados con el deseo de morir y con la planeación de suicidio.

Se compone de 18 ítems divididos en el siguiente número: 5 preguntas se engloba características de la actitud hacia la vida/muerte; 6 se encuentran dirigidos hacia las características de los pensamientos/deseos de suicidio; 4 cuestiones se encuentran enfocadas a características del intento, y el resto de las otras 4 preguntas hablan de la actualización de algún intento suicida; la suma de dichas preguntas van de afirmaciones con un valor de 0 a 2 puntos, las preguntas de la 1 a la 9 nos hablan de ideación la suma de los ítems de 0 a 2 su resultado es No Ideación, una suma mayor o igual a 3 es Si ideación. En cuanto a intento la suma

se realiza de la pregunta 10 a la 19, una suma de 0 a 1 se cataloga como No Intento, la sumatoria de las cuestiones mayor o igual a 2 se considera como Si Intento.

Escala de violencia físico-sexual y psicológica

Es una escala realizada de manera ex-profeso por la Dra. María del Pilar Deyanira Lavielle Sotomayor para evaluar el nivel de violencia que ejercen los adolescentes en su vida cotidiana y se divide en dos grandes apartados: violencia físico-sexual y violencia psicológica.

La escala de violencia físico-sexual engloba 4 preguntas y evalúa el número de veces que han ejercido violencia en el último año sumándose todos los reactivos, donde 0 es no violento y de 11 en adelante es muy violento.

NÚMERO DE VECES QUE SE EJERCE VIOLENCIA	GRADO DE VIOLENCIA
0	No violento
1 - 10	Violento
11 en adelante	Muy violento

Para cuestión de este estudio y con autorización de la Dra. María del Pilar Lavielle Sotomayor, se categorizará la violencia físico-sexual de la siguiente manera para la realización del análisis bivariado

NÚMERO DE VECES QUE SE EJERCE VIOLENCIA	GRADO DE VIOLENCIA
0	No violento

1 en adelante	Si violento
----------------------	-------------

Y la violencia psicológica que engloba 6 preguntas, aquí se evalúa la frecuencia de ejercer violencia, la escala va desde nunca, pocas veces, algunas veces y muchas veces, y a cada respuesta se le asigna un valor, 0, 1, 2, 3 y 4 respectivamente finalmente se suman los valores para obtener un rango donde 0 es no violento y 18 es muy violento.

NÚMERO DE VECES QUE SE EJERCE LA VIOLENCIA	GRADO DE VIOLENCIA
0	No violento
1 - 6	Violencia leve
7 -12	Violencia moderada
13 - 18	Muy violento

Para cuestión de este estudio y con autorización de la Dra. María del Pilar Lavielle Sotomayor, se categorizará la violencia psicológica de la siguiente manera para la realización del análisis bivariado

NÚMERO DE VECES QUE SE EJERCE VIOLENCIA	GRADO DE VIOLENCIA
0	No violento
1 en adelante	Si violento

ANÁLISIS DE DATOS.

Se realizará una base de datos en Excel y se utilizará el sistema IBM SPSS STATISTICS VERSIÓN 21.0 para su análisis tomando las medidas de tendencia central para análisis de variables cuantitativas , frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, Ji^2 para asociación de variables y OR con IC al 95% para valorar el riesgo.

RESULTADOS

Se realizaron 1075 encuestas siendo eliminadas 12 por mal llenado. Quedando un total 1063 adolescentes participantes adscritos a la jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar Número 20 Vallejo con un promedio de edad 16.2 ± 1.2 años y un rango de 16 a 17 años con 52%; en su mayoría femeninas con el 65% y un nivel socio económico medio el 49% y alto 32%. (Tabla 1)

Tabla 1. Datos sociodemográficos de adolescentes de 14 a 19 años de edad		
	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
14 – 15 años.	355	33
16 – 17 años.	549	52
18 – 19 años.	159	15
Sexo		
Masculino.	372	65
Femenino.	691	35
Nivel Socioeconómico.		
Bajo	205	19
Medio	524	49
Alto	334	32

Fuente: encuestas realizadas a adolescentes

El 86% (920) de los adolescentes tiene una actividad física insuficiente y solo el 14%(143) realizan actividad física adecuada. (Tabla 2)

Tabla 2. Actividad física realizada por adolescentes de 14 a 19 años de edad		
Actividad física	Frecuencia	Porcentaje
Insuficiente	920	86
Adecuada	143	14

Fuente: encuestas realizadas

El 77% realizan actividad física individual, mientras que el 16 % realiza dicha actividad de manera grupal. (Tabla 3)

Tabla 3. Tipo de actividad física realizada por adolescentes de 14 a 19 años		
<u>Actividad física</u>	Frecuencia	Porcentaje
No realiza	74	7
Actividad individual	821	77
Actividad en grupo	168	16

Fuente: encuestas realizadas

En las conductas de riesgo por parte de los adolescentes se observó que ejercen violencia psicológica 69%, ejercen violencia física-sexual 47%, Consumen sustancias ilícitas 51% , han tenido intentos suicidas 59%, Ideación suicida 74%; el 14% tiene actividad sexual. (Tabla 4-7)

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de las variables de estudio de la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad.		
	Frecuencia	Porcentaje
<u>Violencia Psicológica</u>		
Si ejerce	729	69
No ejerce	334	31
<u>Violencia Físico-Sexual</u>		
Si ejerce	496	47
No ejerce	567	53

Fuente: Encuestas realizadas

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de las variables de estudio de la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad.		
	Frecuencia	Porcentaje
<u>Consumo de sustancias ilícitas</u>		
No consume	521	49
Si consume	542	51

Fuente: Encuestas realizadas

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de las variables de estudio de la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad.

	Frecuencia	Porcentaje
<u>Intento suicida</u>		
Si intento suicida	624	59
No intento suicida	439	41
<u>Ideación suicida</u>		
Si ideación	787	74
No ideación	276	26

Fuente: Encuestas realizadas

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de las variables de estudio de la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad.

	Frecuencia	Porcentaje
<u>Actividad Sexual</u>		
Si	146	14
No	917	86

Fuente: Encuestas realizadas

Se identifico que un 31%(339) percibe relaciones interfamiliares de grado medio bajo, seguido del grado medio con un 27.94%(297). (Tabla 8)

Tabla 8. Grado de relaciones familiares en los adolescentes de 14 a 19 años

<u>Relaciones familiares</u>	Frecuencia	Porcentaje
Medio Alto	145	13.64
Medio	297	27.94
Medio bajo	339	31.9
Bajo	282	26.52

Fuente: Encuestas realizadas

Las características de los **adolescentes que practican actividad física insuficiente** son de edad 16-17 años 86%, femeninas 87%, nivel socioeconómico medio 85%, malas relaciones intrafamiliares de grado medio bajo 87%, sin intento suicida 88% ,sin ideación suicida 87%,No ejerce violencia físico-sexual 84%, ejerce violencia psicológica 84%, consumen sustancias ilícitas 87%, con actividad sexual 90% de los que ya iniciaron. (Tablas 9-11)

Las características de los **adolescentes que practican actividad física adecuada** fueron de edad 16-17 años 14%. femeninas 13%, con nivel socioeconómico medio 15%, relaciones intrafamiliares de grado bajo 15%. No intento suicida 12%, no ideación suicidad 13%, ejerce violencia físico-sexual 16%, ejercen violencia psicológica 16%, No consumen sustancias ilícitas 114%, , con actividad sexual 10%. (Tablas 9-11)

Observamos de manera general que se relaciona la actividad física con la edad ($p=.039$), el ejercer violencia físico-sexual ($p=.026$) y el grado de relaciones intrafamiliares ($p=.004$) (tablas 9-11)

Tabla 9. Asociación de actividad física con características sociodemográficas de los adolescentes de 14-19 años.			
Factores de Riesgo	Actividad Física		P*
	Adecuada	Insuficiente	
<u>Edad</u>			.039
14-15	39(11%)	316(89.%)	
16-17	76(14%)	473(86%)	
18-19	28(18%)	131(82%)	
<u>Genero</u>			.200
Femenino	88(13%)	603(87%)	
Masculino	55(15%)	317(85%)	
<u>Nivel socioeconómico</u>			.080
Bajo	18(9%)	187(91%)	
Medio	79(15%)	445(85%)	
Alto	46(14%)	288(86%)	

Fuente: encuestas realizadas a adolescentes

Tabla 10. Asociación de actividad física relaciones intrafamiliares de los adolescentes de 14-19 años.			
Relaciones intrafamiliares	Actividad adecuada	Actividad insuficiente	P*
Medio Alto	31(21%)	114(79%)	.004
Medio	28(9%)	269(91%)	
Medio bajo	41(13%)	298(87%)	
Bajo	43(15%)	239(85%)	

Fuente: encuestas realizadas a adolescentes

Tabla 11 . Asociación de actividad física con conductas de riesgo en adolescentes de 14-19 años.			
	Actividad física		P*
	Adecuada	Insuficiente	
<u>Intento suicida</u>			.088
Si Intento	67(15%)	372(85%)	
No intento	76(12%)	548(88%)	
<u>Ideación suicida</u>			.243
Si ideación	41(14%)	235(86%)	
No ideación	102(13%)	685(87%)	
<u>Violencia físico-sexual</u>			.026
Si violencia	78(16%)	418(84%)	
No violencia	65(11%)	520(89%)	
<u>Violencia psicológica</u>			.321
Si violencia	101(16%)	628(84%)	
No violencia	42(16%)	292(84%)	
<u>Consumo de sustancias</u>			.214
Si consumo	68(13%)	474(87%)	
No consumo	75(14%)	446(86%)	
<u>Inicio de actividad sexual</u>			.086
Si	14(10%)	132(90%)	
No	129(14%)	788(86%)	

Fuente: encuestas realizadas a adolescentes

La actividad física se realiza entre las edades de 14-17 años, siendo un factor protector a medida que el grado de relaciones intrafamiliares sean de medio y medio alto. Sin embargo se observó que entre los 18-19 años disminuye dicha actividad ($p=.03$), La actividad física es un riesgo al tener relaciones intrafamiliares medio bajas ($p=.000$) y bajas ($p=.000$) además para ejercer la violencia físico-sexual ($p=.016$). (Tabla 12 y 13)

Tabla 12. Estimación de la actividad de física como factor protector en conductas de riesgo en los adolescentes de 14 a 19 años de edad			
Variable	RR	IC	*p
Edad 14-15/16-17	0.8468	(0.647-1.1082)	<u>0.2079</u>
Edad 16-17/18-19	0.9332	(0.8244-1.0563)	<u>0.2326</u>
Relaciones intrafamiliares Medio/Medio-Bajas	0.8553	(0.6347-1.1527)	0.3047
Relaciones intrafamiliares Medio/bajo	0.7448	(0.5519-1.0050)	<u>0.0539</u>
Relaciones intrafamiliares Medio-Bajo/Medio-alto	0.7873	(0.6385-0.9708)	<u>0.9708</u>
Relaciones intrafamiliares Medio-Bajo/bajo	0.8796	(0.6976-1.1089)	0.2325
Relaciones intrafamiliares Bajo/Medio-Alto	0.8034	(0.6561-0.9837)	0.9837
Relaciones intrafamiliares Bajo/medio	1.1523	(0.9403-1.4122)	0.2023
Relaciones intrafamiliares Bajo/Medio-Bajo	1.0238	(0.8186-1.2805)	0.8381
Relaciones Intrafamiliares Medio-alto/Medio	1.7652	(1.3246-2.3525)	<u>4.390</u>
Relaciones intrafamiliares Medio/Medio Alto	0.6747	(0.5126-0.8907)	<u>4.390</u>
Relaciones intrafamiliares Medio-Bajo/Medio	1.1306	(0.0.9163-1.3949)	1.3949

Tabla 13. Estimación de la actividad de física como factor de riesgo en en los adolescentes de 14 a 19 años de edad			
Variable	RR	IC	*p
Edad 14-15 /18-19	0.8211	(0.6647-1.0144)	<u>.03558</u>
Relaciones intrafamiliares Medio-Alto/Medio-Bajo	4.3444	(2.9836-6.3256)	<u><0.0001</u>
Relaciones intrafamiliares Medio Alto/ bajo	3.4458	(2.3878-4.9726)	<u><0.0001</u>
Violencia Físico-Sexual	1.4153	(1.0415-1.9233)	<u>.016</u>

DISCUSIÓN

El estudio demostró que el 86.5% de los adolescentes de 14 a 19 años de edad realiza actividad física insuficiente y el 13.5% realiza actividad física adecuada, lo cual, contrasta con la ENSANUT del 2016, que muestra, que el porcentaje nacional de adolescentes activos físicamente es del 60.5%.

Dentro del estudio prevaleció el no intento suicida, dentro de este grupo hubo un mayor porcentaje con actividad física insuficiente (88%) y actividad física adecuada (12%); de igual forma prevaleció la no ideación suicida, perteneciente a este grupo se reportó mayor porcentaje en actividad física insuficiente (87%) y menor en actividad física adecuada (13%), lo cual es diferente a publicaciones recientes, Kang/Oka Cho y cols., reportan en su estudio: que los adolescentes que no tuvieron pensamientos o intentos suicidas, mostraron mayor porcentaje de actividad física adecuada, lo cual infiere que el realizar actividad física adecuada es un factor protector en relación a los comportamientos suicidas.(19)

En cuanto a los adolescentes que refirieron ejercer violencia física/sexual, dentro de este grupo se reportó un alto porcentaje de adolescentes con actividad física insuficiente (84%) y un menor porcentaje de actividad física adecuada (16%). Lo cual, es diferente en la bibliografía consultada, Zurita Ortega y cols, reportan en su estudio, que los adolescentes practicantes de actividad física, presentan valores altos de violencia física, que los no practicantes.(20)

Referente a la violencia Psicológica se encontró que los adolescentes que ejercen violencia este tipo de violencia realizan actividad física insuficiente (84%) y actividad física adecuada (16%) sin embargo no mostro asociación estadísticamente significativas. Otras publicaciones como Martínez Martínez y cols también señalan que no existe diferencia estadísticamente significativamente entre adolescentes que practican actividad física y comportamientos agresivos.(21)

Los resultados señalan que los adolescentes que consumen sustancias realizan en mayor porcentaje actividad física insuficiente (87%) contra los que realizan

actividad física adecuada (13%), Otras publicaciones que comparan a Población Mexicana y Española de adolescentes Ruiz-Risueño Abad y cols señalan que ser activo físicamente ejerce en los adolescentes españoles un efecto protector y preventivo frente a conductas de consumo de sustancias. En México, por su parte, ser activo no se relaciona con una menor predisposición al consumo.(22)

En los resultados de investigación predominó el mayor porcentaje de adolescentes con relaciones intrafamiliares medio bajo y actividad física insuficiente (87%) y actividad física adecuada (13%) esta asociación fue estadísticamente significativa ($p > .004$). No existen otros estudios que apoyen la actividad física como factor protector para buenas relaciones intrafamiliares.

Al realizar la estimación de riesgo de las asociaciones que se encontraron entre la actividad física y las relaciones intrafamiliares se determinó de que la actividad física insuficiente es un factor de riesgo para tener malas relaciones intrafamiliares con un RR para Medio-Alto/Medio-Bajo **1.5312** (IC95% 0.9709-2.4148), Relaciones intrafamiliares Medio/Medio Alto **0.441** (IC95% 0.2754-0.7061), Relaciones intrafamiliares Medio/bajo **1.4021** (IC95% 0.9248-2.1256), Relaciones intrafamiliares Medio-Bajo/Medio-alto **0.5657** (IC95% 0.3702-0.8645), Violencia Físico-Sexual **1.4153** (IC95% 1.0415-1.9233). Hasta este momento no existe otra bibliografía que apoye a la actividad física como factor protector de riesgo para estas conductas .

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas que predominaron en nuestra muestra de adolescentes fueron: edad de 16 a 17 años (51.6%), sexo femenino (65%) y nivel socioeconómico medio (49.3%).

Los adolescentes que realizan actividad física adecuada son del 15% mientras que los que realizan actividad física insuficiente es del 85%

Los adolescentes realizan actividad física individual es decir el 77 % del total de los encuestados, mientras el 16 % realiza actividad física en grupo.

Los adolescentes de 14 a 19 años de edad, predominaron las siguientes conductas psicosociales: ejercen violencia psicológica (69%), no ejercen violencia físico sexual (53%), consumo de sustancias (51%), intentan suicidarse (59%), idean suicidarse (74%), vida sexual (85%).

Una actividad física adecuada en el adolescente es un factor protector para conductas psicosociales, principalmente: el no tener relaciones intrafamiliares malas o para ejercer violencia físico sexual, ya que al realizar la estimación de riesgo de la actividad física insuficiente el RR no es mayor a 1 por lo que se llega a la conclusión que a menor cantidad de actividad física adecuada el riesgo de los adolescentes aumenta para padecer esas conductas de riesgo.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda la creación de un programa para la difusión de información de una adecuada actividad física en adolescentes con énfasis en la participación de la familia, así como la difusión de sus beneficios a la salud a corto, mediano y largo plazo.
- Establecer en horario escolar momentos para la realización de actividad física en grupo, que permita el desarrollo de valores de participación y trabajo en equipo, además de la participación de la familiar en actividades deportivas en el medio escolar.
- Crear una herramienta que permita a los adolescentes identificar con facilidad el grado de actividad física que realizan día a día, para poder alcanzar las metas requeridas para una adecuada actividad.
- Realizar campañas para la fomentar en los adolescentes la detección temprana de conductas de riesgo así como fomentar acudir a unidades de primer nivel aun asi se encuentren sanos,
- Promover en los ámbitos escolar, familiar y comunidad la actividad física grupal, incluyente y participativa. Para fomentar y aumentar las redes de apoyo de los adolescentes.
- Fomentar el desarrollo de la actividad física de manera libre, sana, que fomente el desarrollo de habilidades y promueva los valores y hábitos de prevención de conductas de riesgo de manera oportuna.
- Creación de campaña para acercar a los jóvenes a las unidades de medicina familiar aun se encuentren con buen estado de salud y promover así la prevención de conductas de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización de las Naciones Unidas. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente (Sitio en internet). Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
Consultado: 10 de octubre 2016.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. (Sitio en internet). Disponible en: www.who.int/adolescent/second-decade Consultado: 14 de octubre 2017.
3. Shamah-Levy, T., et al. "Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016)." *Informe final de resultados. Recuperado de <https://www.insp.mx/ensanut/medio-camino-16.html>* Consultado 18 octubre 2016
4. Villatoro Velázquez, J. A., Meléndez, M. A. M., López, M. M., Robles, N. O., Ito, D. F., Gamiño, M. B., ... & Elena, M. (2014). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de estudiantes, octubre 2012. *Salud mental*, 37(5), 423-435.
5. Huéscar, Elisa, et al. "Conductas de consumo de alcohol y tabaco y su relación con los hábitos saludables en adolescentes." *Behavioral Psychology/Psicología Conductual* 19.3 (2011): 523-540
6. Unidad de Investigación en Educación Física y Deportes, Universidad de Murcia (España) *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 19, Nº 3, 2011, pp. 523-539
7. Rosabal García, E., Romero Muñoz, N., Gaquín Ramírez, K., Mérida, H., & Rosa, A. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana*

de Medicina Militar, 44(2), 218-229.

8. Pedro L. Rodríguez; Francisco J. López; Pedro Á. López ; Relationship between tobacco consumption and physical exercise in adolescents. Differences between genders Rev ADICCIONES, 2013 · VOL. 25 NÚM. 1 · PÁGS. 29-36
9. Irwin CE. Eating and physical activity during adolescence: Does it make a difference in adult health status? *J Adolesc Health*. 2004; 34(6):459–60.
10. Rooney JF. Sports and clean living: A useful myth? *Drug Alcohol Depend*. 1984;13(1): 75–87.
11. Rainey CJ, McKeown RE, Sargent RG, Valois RF. Patterns of tobacco and alcohol use among sedentary, exercising, nonathletic, and athletic youth. *J Sch Health*. 1996;66(1): 27–32.
12. Adams, J., & Kirkby, R. J. (2003). El exceso de ejercicio como adicción: una revisión. *Revista de toxicomanías*, 34, 10-22.
13. Castillo, I., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2007). Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia en función del género. *Revista de psicología del deporte*, 16(2).
14. Ruiz-Risueño Abad J, Ruiz-Juan F, Zamarripa Rivera JI. Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(3):211–20.
15. Martínez-Vizcaíno, V., & Sánchez-López, M. (2008). Relación entre actividad física y condición física en niños y adolescentes. *Revista española*

de cardiología, 61(02), 108-111.

16. Mundial, A. M. (2009). Declaración de Helsinki. *Relaciones Internacionales*.
17. Brosnahan, J., Steffen, L. M., Lytle, L., Patterson, J., & Boostrom, A. (2004). The relation between physical activity and mental health among Hispanic and non-Hispanic white adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 158(8), 818-823.
18. Ortega, F. Z., Aznar, J. M. V., Zagalaz, J. C., Ruz, R. P., Martinez, A. M., & Sanchez, M. C. (2015). Violencia escolar en adolescentes: un análisis en función de la actividad física y lugar de residencia habitual. *Universitas Psychologica*, 14(2), 743-753.
19. Cho, Kang-Ok. "Physical activity and suicide attempt of South Korean adolescents-evidence from the Eight Korea Youth Risk Behaviors Web-based Survey." *Journal of sports science & medicine* 13.4 (2014): 888.
20. Ortega, Felix Zurita, et al. "Violencia escolar en adolescentes: un análisis en función de la actividad física y lugar de residencia habitual." *Universitas Psychologica* 14.2 (2015): 743-754.
21. Martínez Martínez, Asunción, et al. "Actividad física y conductas agresivas en adolescentes en régimen de acogimiento residencial." *suma psicológica* 24.2 (2017): 135-141.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADOLESCENTE)
(Anexo 1)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

“ACTIVIDAD FÍSICA COMO FACTOR PROTECTOR DE CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO”.

Patrocinador externo (si aplica):

NO APLICA

Lugar y fecha:

Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas México D.F. Delegación G.A.M. a ___ de ___ del 2017.

Número de registro:

Pendiente

Justificación y objetivo del estudio:

A su vez la adolescencia es la etapa de la vida en la que se presentan grandes cambios físicos, psico-sociales y cognitivos y se determina la forma de comportarse en la vida adulta por eso es de gran importancia determinar la influencia de la actividad física en conductas de riesgo en adolescentes. El objetivo general del estudio es determinar si la actividad física es un factor protector de conductas de riesgo psicosociales en los adolescentes de 14 a 19 años adscritos a la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo.

Procedimientos:

Para obtener la información solicitada solo se te aplicará una encuesta escrita , la información será confidencial

Posibles riesgos y molestias:

Este estudio no origina ningún riesgo de salud o de prestación de servicio ya que la información se obtiene por la encuesta. Y esto no implica ningún daño a tu persona

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Al contestar esta encuesta no obtienes ningún beneficio personal ni escolar (no altera tu calificación), sin embargo al obtener información sobre los adolescentes en general, no ayudara a crear programas de prevención y atención médica dirigido a los adolescentes.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Todos los datos proporcionados ante una publicación de los resultados o difusión de estos se realizarán respetando tu y solo se otorgarán de manera general en gráficas o tablas, de manera que se respetará la confidencialidad.

Participación o retiro:

Puedes abandonar el estudio en el momento que desees y no modificara de ninguna manera la atención médica que recibe en el instituto o las actividades académicas.

Privacidad y confidencialidad:

Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. En caso de que solicite sus resultados solo se hará de manera personalizada para proteger su identidad le asignaremos un número de folio o código y con el podrá solicitar tus resultados previa cita.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Santa Vega Mendoza. Médico Especialista en Medicina Familiar. Matricula: 11660511. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20. Dirección: Calzada Vallejo 675, Col. Magdalena de las Salinas, CP 07750 México, D.F. Tel: 55-87-44-22 Ext. 15307 y 15320. Correo electrónico: drasanta.vega0473@yahoo.com.mx y santa.vega@imss.gob.mx

Colaboradores: **DR UGALDE MANZO RICARDO** Residente de segundo año Matricula 98353986 en la especialidad de Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS Calzada Vallejo 576 colonia Magdalena de las Salinas. Ciudad de México, Tel: 55874422 Ext.15368 y 15320. Celular: 5543906769 Correo electrónico: ugaldemzo@Gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(PADRE O TUTOR DE LA ADOLESCENTE))

(Anexo 2)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<i>“ACTIVIDAD FÍSICA COMO FACTOR PROTECTOR DE CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIALES EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA JURISDICCIÓN DE LA UMF 20 VALLEJO”.</i>
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas México D.F. Delegación G.A.M. a ___ de ___ del 2017.
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	A su vez la adolescencia es la etapa de la vida en la que se presentan grandes cambios físicos, psico-sociales y cognitivos y se determina la forma de comportarse en la vida adulta por eso es de gran importancia determinar la influencia de la actividad física en conductas de riesgo en adolescentes. El objetivo general del estudio es determinar si la actividad física es un factor protector de conductas de riesgo psicosociales en los adolescentes de 14 a 19 años adscritos a la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo.
Procedimientos:	Para obtener la información solicitada de su hija o adolescente a su cargo solo se le aplicará una encuesta escrita
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no origina ningún riesgo de salud o de prestación de servicio de su hija o adolescente a su cargo ya que la información se obtiene por la encuesta. No implica ningún procedimiento sobre su persona
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al contestar esta encuesta no se obtiene ningún beneficio personal ni escolar (no altera su calificación), sin embargo, los resultados son muy valiosos para aplicarlos a todo el grupo de adolescentes y su familia informando al personal de salud que tomará todas las medidas y estrategias que favorezcan una mejor calidad de atención, orientar a los adolescentes para una mejor salud y prevención de adicciones.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos proporcionados por su hijo adolescente, ante una publicación de los resultados o difusión de estos se realizarán respetando el anonimato de cada uno de los adolescentes participantes y solo se otorgarán de manera general en gráficas o tablas, de manera que respetará la confidencialidad.
Participación o retiro:	El abandonar el estudio en el momento que usted desee o de su hijo adolescente a su cargo no modificara de ninguna manera la atención médica o cualquier servicio que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar la identidad de su hijo de la adolescente a su cargo. Su identidad será protegida y ocultada. En caso de que solicite sus resultados solo se hará de manera personalizada, para proteger de cualquier dato que identifique a su hijo adolescente a su cargo le asignaremos un número de folio o código y con el podrá solicitar sus resultados previa cita.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Santa Vega Mendoza. Médico Especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 11660511. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20. Dirección: Calzada Vallejo 675, Col. Magdalena de las Salinas, CP 07750 México, D.F. Tel: 55-87-44-22 Ext. 15307 y 15320. Correo electrónico: drasanta.vega0473@yahoo.com.mx y santa.vega@imss.gob.mx

Colaboradores:

DR UGALDE MANZO RICARDO Residente de segundo año Matrícula 98353986 en la especialidad de Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS Calzada Vallejo 576 colonia Magdalena de las Salinas. Ciudad de México, Tel: 55874422 Ext.15368 y 15320. Celular: 5543906769 Correo electrónico: ugaldemzo@Gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20.
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.
(ANEXO 3)

Esta encuesta tiene como finalidad conocer los “Factores protectores y de riesgo individuales/familiares asociados a las adicciones en los adolescentes de 14 a 19 años adscritos a la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo”. No existen respuestas buenas o malas, ya que no es un examen.

NADIE conocerá tus respuestas, por lo que puedes contestar con absoluta sinceridad. Contesta a las preguntas basado en lo que realmente sabes o haces.

No dejes ninguna pregunta sin contestar

Marcar con una “X” tu respuesta.

1. Edad_____ años cumplidos.
2. Género:
 - (1) Femenino.
 - (2) Masculino.
3. Cuál es el nivel de estudios del jefe(a) de tu familia:

(a) No estudio	(b) Primaria incompleta	(c)Primaria completa
(d) Secundaria incompleta	(e) Secundaria completa	(f) Carrera comercial o técnica
(g) Preparatoria incompleta	(h) Preparatoria completa	(i) Licenciatura incompleta
(j) Licenciatura completa	(k)Maestría	(l) doctorado

4. Tú casa cuantas:

	número
(a) Sin incluir los baños, <u>habitaciones tiene</u> (recámaras, sala, cocina, comedor, cuarto de lavado, cuarto de TV, biblioteca, cuarto de servicio)	
(b) <u>baños con regadera</u> para uso exclusivo de la familia	
(c) cuantos focos	
(d) cuantos automóviles propios (excluir taxis)	

(e) De qué material es el piso de tu casa:

- (1) Tierra.
- (2) Cemento.
- (3) Otro tipo de material o acabo.

En tu casa hay:	No (0)	Si (1)
(f) calentador de agua		
(g) aspiradora que funcione		
(h) lavadora de ropa que lave y enjuague automáticamente		
(i) microondas que funcione		

5. Con frecuencia en mi familia:

En la siguiente sección marca una "X" la opción que consideras, las posibles respuestas son las siguientes.

1 = totalmente en desacuerdo 2= en desacuerdo 3= de acuerdo 4= totalmente de acuerdo

	1	2	3	4
1. Hablamos con franqueza				
2. Hacemos las cosas juntos				
3. Mis padres me animan a expresar mis puntos de vista				
4. No hay malos sentimientos				
5. Nos gusta hacer las cosas juntos				
6. Acostumbramos a expresar nuestra opinión sobre cualquier tema				
7. No me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia				
8. Es importante para todos expresar sus opiniones				
9. No tengo que adivinar qué piensan o sienten los miembros de la familia				
10. Somos cariñosos				
11. Mi familia me escucha				
12. Es fácil llegar a acuerdos				
13. Expresamos abiertamente nuestro cariño				
14. Nos preocupamos por los sentimientos de los demás				
15. Hay un sentimiento de unión				
16. Me siento libre de expresar mis opiniones				
17. La atmósfera es desagradable				
18. Nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente				
19. Nos desquitamos con la misma persona cuando algo sale mal				
20. Somos cálidos y nos brindamos apoyo				
21. Todos aportamos algo en las decisiones familiares importantes				
22. Encuentro fácil expresar mis opiniones				
23. A cada quien le es fácil expresar su opinión				
24. Cuando tengo algún problema lo platico a mi familia				

25.Acostumbramos hacer actividades en conjunto				
26.Somos sinceros unos con otros				
27.Es fácil saber las reglas que se siguen en la familia				
28.Acostumbramos discutir nuestros problemas				
29.Somos muy receptivos para los puntos de vista de los demás				
30.De verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros				
31.Puedo expresar cualquier sentimiento que tenga				
32.Los conflictos siempre se resuelven				
33.Expresamos abiertamente nuestras emociones				
34.Si las reglas se rompen sabemos a qué atenernos				
35.Las comidas con frecuencia son amigables y placenteras				
36.Nos decimos las cosas abiertamente				
37.Los miembros de la familia no se guardan sus sentimientos				

6. En los últimos 30 días, ¿Cuántos días tomaste un “trago” de alcohol?
 _____ (días)

7. En los últimos 30 días en que tomaste alcohol, ¿Cuántos “tragos” tomaste por día?

(0) No tomé alcohol.

(1) _____ tragos.

8. Durante los últimos 30 días, ¿Cuántas veces has usado drogas?

(0) 0 veces.

(1) _____ veces.

9. Has fumado 100 cigarros o más en tu vida.

- (1) Si.
- (0) No.

10. ¿Cuánto tiempo después de levantarte, fumas tu primer cigarro?

_____ Horas _____ minutos.

13. ¿alguna vez has tenido relaciones sexuales ?

(0) No

(1) si

11. De los siguientes enunciados subraya el que describa cómo te sientes.

1. Tu deseo de vivir es: (0) Fuerte. (1) Moderado. (2) Débil.
2. Tu deseo de morir es: (0) Ninguno. (1) Débil. (2) De moderado a fuerte.
3. Tus razones para vivir: (0) Las de vivir superan a las de morir. (1) Aproximadamente igual. (2) Las de morir superan a las de vivir.
4. Tu deseo de intentar suicidio es: (0) Ninguno. (1) Débil. (2) De moderado a fuerte.
5. En relación a situaciones que ponen en riesgo tu vida: (0) Tomo precauciones para conservar mi vida. (1) Dejo la muerte al azar. (2) No tomo las medidas necesarias para conservar la vida.
6. Con que frecuencia piensas en suicidarte: (0) Nunca. (1) Periodos breves, pasajeros.

(2) Continuos.
7. frecuencia del suicidio: (0) Rara ocasional. (1) Intermitente. (2) Persistente o continua.
8. Tu actitud hacia pensamientos suicidas: (0) No tengo. (1) Ambivalente. (2) Aceptación.
9. Control sobre el deseo suicida: (0) No tengo deseos suicidas. (1) Inseguro de poder controlarme. (2) No tengo ningún control.
10. Impedimentos para un intento activo (por ejemplo, familia, religión, irreversibilidad): (0) No lo intentaría debido a un impedimento. (1) Alguna preocupación acerca de los impedimentos. (2) Ninguna preocupación acerca de los impedimentos.
11. Motivo del intento proyectado: (0) No considera. (1) Huir, acabar, solucionar problemas.
12. Planificación del intento de suicidio: (0) No considerada. (1) Considerada, pero detalles no ultimados. (2) Detalles bien formulados.
13. Oportunidad del intento proyectado: (0) Sin oportunidad disponible. (1) Oportunidad no fácilmente disponible. (2) Oportunidad disponible. (3) Futura oportunidad.
14. Capacidad para llevar a cabo el intento de suicidio: (0) No animado, demasiado débil, temeroso, incompetente. (1) Inseguro del valor competencia. (2) Seguro de la competencia ,valor
15. Anticipación del intento: (0) No. (1) Si.
16. Preparación actual del intento suicida: (0) Ninguna. (1) Parcial (por ejemplo, empezando a reunir píldoras). (2) Completa píldoras conseguidas, pistola cargada.
17. Nota suicida: (0) Ninguna. (1) Iniciada pero no completada. (2) Completada.

18. Ocultamiento del suicidio:
 (0) Ideas reveladas abiertamente.
 (1) Mas o menos revelado.
 (2) Ocultar.

13. Cual ejercicio practicas

	No lo hago	Cuantos minutos al día	No. Días a la semana
a) Hacer quehacer (barrer, trapear, planchar)			
b) Caminar velocidad rápida (7km/hora)			
c) Tenis			
d) Bailar (salsa, bachata, rock, etc.)			
e) Ir en bicicleta a velocidad regular			
f) Ir en bicicleta rápido (19-22 km/hora)			
j) Voleibol			
h) Aeróbicos			
i) Nadar			
j) futbol			
k) Basquetbol			
l) Correr a velocidad que te permita ir platicando(9-10km/hora)			
m) Correr a velocidad más o menos rápida, que te permita platicar con dificultad (10-12km/hora)			
n) Correr muy rápido, que no te permita platicar(12-14km/hora)			