



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

---

---

**“Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a la Salud  
en una Muestra de Adolescentes Hidalguenses”**

Tesis que para obtener el grado de:

**MAESTRA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD**

Presenta:

**IVONNE HERNÁNDEZ MOCTEZUMA**

Director(a) de Tesis

**DR. DAVID JIMÉNEZ RODRÍGUEZ**

San Agustín Tlaxiaca Hgo. Noviembre, 2013



Durante el desarrollo de estos estudios, se contó con una beca de manutención otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), número de beca 26572.

## **Dedicatorias y agradecimientos**

Académicamente agradezco a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por su alta calidad en el programa educativo; especialmente al Dr. Eliezer Zamarripa Calderón, Coordinador del programa educativo por su apoyo incondicional y la preocupación constante por nuestra superación académica.

A la Escuela Secundaria Técnica No. 50 “Armando Soto Basurto” del Municipio de Tizayuca, Hidalgo por hacer posible este proyecto, por las facilidades otorgadas y el interés genuino en éste proyecto de investigación; a los coordinadores, maestros, estudiantes y padres de familia implicados en este largo proceso.

Agradezco también al Comité Tutorial de este proyecto...

Dr. David Jiménez Rodríguez, quien con su crítica constante recuperó el presente proyecto académico después de librar varias aristas en el camino; por enseñarme que este camino, aunque no siempre es satisfactorio, vale la pena cuando la verdad y la comprensión del conocimiento se hace parte de uno mismo; por sus exigencias y su amor a la profesión...Gracias por todo y más!

Al Dr. Javier Moreno Tapia, quien además de ser un gran amigo, ha sido siempre una guía a nivel personal y académica; quien con honestidad y transparencia está dispuesto a compartir su conocimiento; no para replicarlo, sino para adquirir paso a paso el propio. Gracias Siempre Doctor!

Al Dr. Rubén García Cruz, quien con su paciencia infinita, su solidez en el camino, y su más alto sentido de responsabilidad da a este proyecto el respaldo académico de su reconocida carrera profesional. Gran amigo, quien con su calidez y calidad humana ha sido parte de mi formación profesional desde hace ya varios ayer. Mil gracias Doctor, por todo lo compartido!

Al Dr. Sergio Santamaría Suárez, quien con sencillez y habilidad innata me enseñó que para hacer la diferencia se necesita temple, dedicación y obediencia; que existen tiempos para ganar y otros para perder, pero al final del camino uno debe superarse a sí mismo antes de intentar superar a los demás. Gracias Doctor por ser mi maestro!

A la Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña, quien con su enseñanza académica enriquece este proyecto con sus atinados comentarios, quien me mostró un camino lleno de oportunidades cuando parecía estar perdido este proyecto después de un año de trabajo no reconocido. Gracias Doctora por ser parte tan importante de este proyecto de vida!

A todos mis maestros del Posgrado por ser una guía constante, sabios críticos constructivos; de Ustedes solo puedo llevarme lo mejor de lo mejor, no solo a nivel académico, también por lo compartido personalmente.

Gracias a Todos!

Personalmente quiero agradecer a las personas más importantes en mi vida, aquellas quienes todos los días dan sentido y amor infinito de manera desmedida a mi ser:

***A mi Esposo, David Jiménez:***

Por despertar todos los días a mi lado con una sonrisa,  
por ser mi compañero, cómplice y maestro,  
por tu amor y paciencia infinitas; por tus ganas de compartir  
y enseñarme que todo es posible si en verdad se desea;  
por todo cuanto me das con una mirada, un abrazo.  
Por ser mi complemento perfecto y llegar a mi vida  
en el momento justo... no antes, no después!  
Por todo el camino que nos falta recorrer,  
como hasta ahora, juntos de la mano....  
E.P.S.L.U.R.D.E.  
Te amo!

***A mi Hija Danya Jiménez:***

Preciosa de mi vida, gracias por regalarme tu sonrisa permanente todos los días;  
por tus besos que llenan mi corazón de calor infinito;  
por tu delicadeza en un disfraz de princesa y cuentos de hadas,  
por ser mi estrella de rock favorita!  
Por reflejarme todos los días en tus ojos despiertos;  
por ser la inquietud que le faltaba a nuestras vidas;  
por haber hecho extraordinaria mi vida con tu llegada... Te amo!

***A mi Mami, Blanca R. Moctezuma:***

Por creer en mí, por confiar en mis decisiones apoyadas  
en todo lo que me has enseñado para ser mejor persona;  
por ser mi guía firme y dulce como el único pilar en mi vida  
Por ser un ejemplo para mí de entereza, independencia, tolerancia  
y amor infinito... Tita te amo!

***A toda mi familia:***

Por su apoyo incondicional, por ser el mejor recuerdo desde la infancia y el mejor presente con el calor de su compañía sincera, los amo infinitamente a todos!!!

Gracias abuelitos Eusebio y Petra(+), por todo el amor que en vida me dieron, sus consejos y su compañía irremplazable.

A mi hermana Janet por ser mi cómplice en miles de aventuras de la infancia, por sus consejos y apoyo incondicional, por regalarme una infancia llena de amor y compañía a tu lado, por ser la mejor hermana del mundo y dejarme seguir tus pasos.

A mis tías, Flor, Araceli, Silvia; a mis primas y mis sobrinos hermosos, Álvaro, Rubén, Karla, Rafael; Emiliano y Mateo; porque son la alegría y el apoyo constante en cada proyecto de mi vida; porque a su lado mi vida ha sido plena.

A mi suegra Silvia Rodríguez, por ser parte de una nueva y maravillosa etapa de mi vida, por recibirnos en su corazón y dar a sus nietos el amor infinito que solo una abuelita sabe dar. A mis cuñadas Diana y Ana Rosa Jiménez por darme siempre su apoyo y recibirnos en su vida con amor y cariño infinitos, a ti Carlos Trujillo por ser también parte de esta gran familia.

***A mis amigos:***

Quienes están presentes aún en la distancia, a quienes les debo los mejores recuerdos de mi vida; tenemos el futuro por delante para seguir construyendo lo que nos falta por compartir.

*A todos mil gracias!!!*

## ÍNDICE GENERAL

### ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Número de alumnos inscritos en primer grado que reportan percibir riesgo en cinco o más sub-áreas de la dimensión de salud	85
Figura 2. Número de alumnos inscritos en segundo grado que reportan percibir riesgo en cinco o más sub-áreas de la dimensión de salud	86
Figura 3. Número de alumnos inscritos en tercer grado que reportan percibir riesgo en cinco o más sub-áreas de la dimensión de salud	86

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de riesgo identificados en adolescentes	26
Tabla 2. Factores protectores identificados en adolescentes	34
Tabla 3. Modelo de creencias en salud	43
Tabla 4. Modelo Precede-Procede para la planificación de actividades de promoción de salud	46
Tabla 5. Planificación de intervenciones de promoción de salud	46
Tabla 6. Tasa de crecimiento promedio anual por municipio y quinquenio de 1990 a 2005, Hidalgo	49
Tabla 7. Estadística básica educativa, fin de cursos 2010-2011, educación secundaria, Municipio Tizayuca, Hidalgo	50
Tabla 8. Estadística básica educativa, fin de cursos 2010-2011,	

educación secundaria, Municipio Mineral de la Reforma, Hidalgo	55
Tabla 9. Estadística básica educativa, fin de cursos 2010-2011, educación secundaria, Municipio Tizayuca, Hidalgo	56
Tabla 10. Estadística básica educativa, fin de cursos 2010-2011, educación secundaria, Municipio Villa de Tezontepec, Hidalgo	56
Tabla 11. Estimación del tamaño muestral	57
Tabla 12. Distribución propuesta de la muestra	57
Tabla 13. Medidas de las variables demográficas	65
Tabla 14. Medidas de las variables dependientes	66
Tabla 16. Características de los participantes del estudio	68
Tabla 17. Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión familiar (Turno escolar)	69
Tabla 18. Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión familiar (Género)	70
Tabla 19. Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión familiar (Grado escolar)	71
Tabla 20. Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión social (Turno)	73
Tabla 21. Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión social (Género)	73
Tabla 22. Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión familiar (Grado escolar)	73
Tabla 23. Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión escolar (Turno)	75
Tabla 24. Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión escolar (Género)	75
Tabla 25. Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión escolar (Grado escolar)	76
Tabla 26. Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión personal (Turno)	77
Tabla 27. Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión personal (Género)	78
Tabla 28. Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión personal (Grado escolar)	79
Tabla 29. Descripción de la dimensión salud por turno escolar	81

Tabla 30. Descripción de la dimensión salud por género	82
Tabla 31. Descripción de la dimensión salud por grado escolar	83
Tabla 32. Coeficiente de contingencia, dimensión salud por turno escolar	87
Tabla 33. Coeficiente de contingencia, dimensión salud por género	88
Tabla 34. Prueba <i>t</i> para muestras independientes, dimensión salud por grado escolar	89

## RESUMEN

## ABSTRACT

<b>I</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II</b>	<b>ANTECEDENTES</b>	7
	2.1 <i>Generalidades</i>	7
	2.2 <i>Literatura especializada sobre el tema</i>	7
	2.2.1. <i>Estudios internacionales relacionados con el tema</i>	7
	2.2.2. <i>Estudios nacionales relacionados con el tema</i>	16
	2.3 <i>Marco teórico</i>	21
	2.3.1. <i>Factores de riesgo en la adolescencia y el enfoque de riesgo</i>	21
	2.3.2. <i>Resiliencia</i>	24
	2.3.3. <i>La dimensión social en el riesgo</i>	27
	2.3.4. <i>La dimensión personal en el riesgo</i>	28
	2.3.5. <i>Factores protectores</i>	29
	2.3.6. <i>La protección como proceso</i>	31
	2.3.7. <i>Teorías y modelos de la promoción de la salud</i>	35
	2.3.7.1. <i>Modelo de los determinantes de la salud y las políticas de salud</i>	37

	<i>2.3.7.2. Teoría de la acción razonada y Teoría de la conducta planeada</i>	37
	<i>2.3.7.3. Modelo trasteórico de las etapas de cambio</i>	38
	<i>2.3.7.4. Modelo de proceso de precaución-adopción</i>	39
	<i>2.3.7.5. Teoría del aprendizaje social</i>	39
	<i>2.3.7.6. Marketing social y su aplicación en la promoción de la salud</i>	40
	<i>2.3.7.7. Modelos comunitarios y grupales de promoción de la salud</i>	40
	<i>2.3.7.8. Modelo de nuestra investigación: Modelo de creencias en salud</i>	41
<b>III</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	49
<b>IV</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	52
<b>V</b>	<b>OBJETIVOS</b>	53
	<i>5.1 Objetivo General</i>	53
	<i>5.2 Objetivos Específicos</i>	53
<b>VI</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODO</b>	54
	<i>6.1 Población y muestra</i>	54
	<i>6.2 Diseño de investigación</i>	57
	<i>6.3 Análisis estadístico</i>	58
	<i>6.4 Escenario</i>	59
	<i>6.5 Variables</i>	59
	<i>6.5.1. Variables demográficas</i>	59
	<i>6.5.2. Variables de investigación</i>	59
	<i>6.5.3. Variables independientes</i>	60
	<i>6.5.4. Variables dependientes</i>	60
	<i>6.5.5. Instrumentos</i>	62
	<i>6.6 Procedimiento</i>	66

6.7	<i>Aspectos éticos y de bioseguridad</i>	67
<b>VII</b>	<b>RESULTADOS</b>	68
<b>VIII</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	90
<b>IX</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	95
<b>X</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	96
<b>XI</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	97
<b>XII</b>	<b>ANEXOS</b>	102
	<i>Ficha de datos demográficos</i>	102
	<i>Inventario Autodescriptivo del Adolescente</i>	103
	<i>Carta de Consentimiento Válido</i>	109

## **RESUMEN**

El presente trabajo aborda el tema de la adolescencia y su relación con los factores de riesgo asociados a la salud en población estudiantil de educación secundaria en el Estado de Hidalgo; las características psicológicas que se analizan son principalmente patrones de consumo de tabaco, patrones de consumo de alcohol, patrones de consumo de sustancias, malestar físico, alteraciones del sueño, problemas de salud, presencia de adicciones, vulnerabilidad ante el consumo de sustancias, problemas alimenticios, manejo inadecuado del tiempo libre y hábitos no saludables; las anteriores consideradas sub-áreas derivadas de la dimensión de salud que evalúa el Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA). Los resultados obtenidos comprueban las hipótesis planteadas en el presente estudio.

## **ABSTRACT**

This paper addresses the issue of adolescence and its relation to risk factors associated with health in secondary school student population in the state of Hidalgo, the psychological characteristics analyzed are mainly snuff consumption patterns, consumption patterns alcohol, substance use patterns, physical discomfort, sleep disturbance, health problems, addictions presence, vulnerability to substance abuse, eating disorders, inadequate management of leisure and unhealthy habits, the above sub-areas considered derived from the health dimension assesses inventory, the Self Teen (IADA). The results obtained confirm the hypothesis proposed in this study.

# I. INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos de la psicología de la salud consiste en prevenir aquellos factores de riesgo relacionados asociados a la etapa de vida del individuo para evitar el desarrollo de problemas psicológicos posteriores.

Iniciamos abordando el concepto de adolescencia, tema central del presente trabajo de investigación. De manera general la adolescencia es considerada una etapa crítica de la vida de un individuo la cual representa una serie de experiencias nuevas y determinantes en diversas dimensiones o esferas de su vida que son importantes para el desarrollo posterior. La etapa de transición de la niñez a la adolescencia impone al individuo una serie de exigencias sociales, conductuales y cognoscitivas que deberá enfrentar de manera funcional, aún cuando no cuenta con la suficiente infraestructura física y psíquica para afrontar las demandas internas y externas de carácter biológico, psicológico y social.<sup>1-4</sup>

Generalmente la adolescencia es definida como una etapa de transición que implica un proceso de cambio entre la niñez que progresa hacia la juventud y posteriormente a la adultez y vejez. El periodo adolescente plantea, a quienes le rodean, la necesidad de estar atento a lo que acontece al joven en dicha etapa a fin que se desarrolle de la manera más armoniosa posible, y así pueda resolver y superar las vicisitudes que le plantea su propio desarrollo<sup>5-6</sup>.

De acuerdo con varias investigaciones sobre el desarrollo<sup>7, 8, 9</sup>, la etapa de la adolescencia se caracteriza por la estructuración de una identidad propia en diferentes dimensiones, constituyendo un desarrollo continuo; este desarrollo incluye las áreas personal, social, de salud, escolar y familiar que permitirán que el adolescente logre potencializar sus capacidades, perfeccionar sus habilidades y logre alcanzar de manera óptima su identidad y tenga una transición funcional a la vida adulta.

Este proceso de identidad va evolucionando desde la infancia hasta la adultez de manera progresiva, en este sentido la adolescencia puede ser considerada idealmente como un

periodo de diversos ensayos o eventos que van preparando al individuo a manifestar una serie de conductas y pensamientos que lo llevan a la satisfacción de su propia vida<sup>8-10</sup>. En este proceso de búsqueda y cristalización de la identidad, los acontecimientos en la vida del adolescente juegan un papel importante en su presente y en el desarrollo posterior. Los cambios que sufre el adolescente en las diferentes dimensiones de su vida pueden ser considerados como interdependientes, de tal manera que un cambio en una dimensión, como son la personal, familiar y social, puede influir a otras repercutiendo en su bienestar integral<sup>11</sup>.

Los hallazgos de diversas investigaciones<sup>2, 3, 4, 12</sup> han encontrado fuertes relaciones entre las dimensiones de la vida del adolescente (personal, familiar y social) con factores que pudieran poner en riesgo la consolidación de la identidad y salud del individuo en desarrollo. Es por lo anterior que la evaluación de factores de riesgo en la adolescencia resulta fundamental para el diseño de intervenciones de carácter preventivo; identificar oportunamente la probabilidad de exposición a riesgos mayores en alguna de estas áreas y diseñar planes y programas preventivos para evitarlo; o en su defecto, de ser detectada la probabilidad de riesgo mayor diseñar programas de atención psicológica de carácter remedial que permitan al adolescente disminuir el riesgo manifiesto.

La población adolescente a nivel mundial ha ido en aumento en las últimas décadas. En Latinoamérica representa el 30% de la población, instituciones como la Organización Mundial para la Salud (OMS)<sup>13</sup> en el año 2006 y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>14</sup> en el año 2007, han subrayado la importancia de salvaguardar la salud integral del adolescente ya que implica o es la base del desarrollo social, económico y político de la región en un futuro próximo. La OMS<sup>13</sup> estima que un 70% de las muertes en la etapa del joven adulto se deben a conductas de riesgo que tienen su inicio durante la adolescencia. Muchas de las políticas de salud excluían a los adolescentes por no considerarse población económicamente activa o en edad productiva<sup>15-16</sup>, sin embargo, sólo recientemente investigadores se han avocado a su estudio integral, a fin de determinar diversos factores que contribuyen a su bienestar o por el contrario a la aparición de problemas en un desarrollo sano o funcional<sup>16-18</sup>.

Según el Censo de Población y Vivienda INEGI 2011<sup>19</sup>, el estado de Hidalgo cuenta con 84 Municipios considerando entre ello la cabecera municipal, de los cuales en el periodo 2000-2005, el ritmo de crecimiento promedio anual de los hidalguenses fue de 0.85%, mientras que el nacional fue de 1.02%. Las poblaciones del país y del estado, han estado disminuyendo su ritmo de crecimiento al menos desde 1990, como se puede observar al comparar la tasa anterior con la del quinquenio 1990-1995, de 2.0%.

Los adolescentes suelen ser considerados como un grupo en riesgo en la medida que la adolescencia presupone una etapa en que la mayoría de los individuos atraviesan por múltiples cambios, tanto internos como externos que se presentan de manera simultánea y rápida<sup>1,9</sup>; se trata entonces de un grupo vulnerable, en términos de gran influencia que pueden ejercer factores externos sobre su desarrollo ante los cuales tiene un precario control o se encuentra ajeno. Estos cambios se presentan en diversas dimensiones de su vida, pueden ser percibidos como difíciles, surgiendo con ello conflictos personales, familiares, sociales, escolares y de salud que dificultan su adaptación en general.<sup>16-18, 20</sup>

Es a través de la aplicación del Inventario Autodescriptivo del Adolescente<sup>21</sup>, herramienta de evaluación psicológica, la forma propicia para evaluar factores de riesgo a los que hacemos mención, enfocándonos de manera particular en el riesgo percibido respecto a la salud la que da sentido y propósito al presente proyecto de investigación. El IADA se encuentra estructurado con base en un modelo de prevención, a partir del cual se puede diseñar e implantar programas de intervención dirigidos a reducir y evitar factores de riesgo en diferentes aspectos de la vida del adolescente, asociados con la presencia de problemas emocionales y de salud, así como fortalecer patrones de conducta y prácticas tanto en el adolescente como en las personas que lo rodean, a fin de actuar con anticipación a las demandas de la vida durante la adolescencia.<sup>21</sup>

La investigación sobre el riesgo tiene sus raíces en la epidemiología, y por lo tanto también en la medicina<sup>22</sup>; sin embargo, existen diversas conceptualizaciones de riesgo derivadas de las ciencias sociales. En general todas ellas se refieren a la identificación de factores que

acentúan o inhiben la posibilidad de enfermedad o déficit y a los procesos subyacentes. Se sabe ahora que una enfermedad o déficit tiene muchas causas o factores de riesgo que en ocasiones están interrelacionados.<sup>22-23</sup> Se puede considerar factor de riesgo a cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica, social o medioambiental, cuya presencia o ausencia influye en la posibilidad de que se presente un problema en el desarrollo de un individuo o grupo de ellos<sup>24-26</sup>; así mismo una situación de riesgo puede ser definida como una circunstancia en la cual el intento de un individuo por frenar una conducta en particular es inadecuada. Las circunstancias, la gente, así como los eventos que son considerados de alto riesgo, suelen variar de persona a persona, y para cada individuo en lo particular.<sup>27-28</sup>

Son considerados factores de riesgo los que representan un peligro latente para la estabilidad física y emocional del adolescente.<sup>24, 29</sup> Algunas de esas variables tienen que ver más con su entorno (variables extrínsecas) como la dinámica familiar, las relaciones extrafamiliares, la dinámica en la escuela general, o bien sus relaciones sociales, particularmente con los amigos y compañeros.<sup>30-31</sup>

Otras variables parecen estar más relacionadas con las características propias o personales del adolescente (intrínsecas), factores como la edad, la fase por la que atraviesa el adolescente o el nivel académico en el que se encuentra parecen influir de manera importante en la percepción del entorno y la adopción de conductas de riesgo.<sup>30, 32-33</sup>

Los hallazgos de Benard<sup>31</sup>, Dekovick<sup>22</sup>, Ferguson *et al.*<sup>29</sup>, Reuchkin *et al.*<sup>34</sup> y Rutter<sup>25</sup> concuerdan en considerar los factores de riesgo en la aparición de diversos problemas emocionales (por ejemplo: depresión, suicidio, embarazos precoces) los siguientes:

- Factores personales: baja autoestima, baja autoeficacia, estilos de afrontamiento ineficientes en función de las demandas, problemas o trastornos de personalidad, carencia de metas, entre otros.
- Factores socioeconómicos: entre éstos se pueden citar problemas económicos, influencia de patrones de conductas antisociales o inadecuadas, influencia de pares o amigos.

- Factores familiares: desvinculación familiar, falta o pobre comunicación entre padres e hijos y/o entre hermanos; sistemas de crianza muy permisivos o por el contrario inflexibles y rígidos.
- Factores educativos: relaciones negativas con compañeros y maestros, sistemas educativos represivos o estrictos.
- Factores biológicos: antecedentes familiares predisponentes (depresión, alcoholismo, entre otros).

De acuerdo con Garmezy<sup>35</sup>, de todos los factores de riesgo a los que puede estar expuesto un adolescente algunos pueden dar lugar a una enfermedad o desorden, lo que se identifica como vulnerabilidad; mientras que otros pueden convertirse en un reto que se sortee adecuadamente y de lugar a una conducta adaptativa, lo que se identifica como resistencia al estrés o resiliencia.<sup>6, 28, 36-37</sup>

Para Arnett<sup>28, 32</sup> y García<sup>38</sup> durante la adolescencia las propias conductas del chico o chica pueden ser un riesgo y también ser consideradas como una forma de autoafirmación y por ello es que durante dicha etapa las conductas de riesgo tienen mayor probabilidad de ocurrencia, lo cual aumenta la vulnerabilidad del individuo. Las conductas consideradas de riesgo que pueden ocasionar daños o resultados no deseados durante la adolescencia y pueden ser numerosas y la posibilidad de que ocurran pueden relacionarse con acontecimientos o situaciones en diversas dimensiones de la vida de los jóvenes.<sup>3, 6, 39-40</sup>

Para Jessor, Turbin y Costa<sup>26</sup> los comportamientos de riesgo pueden ser funcionales para lograr autonomía y dejar de depender de los padres; cuestionar normas y valores vigentes; lograr la estructuración de la identidad, afinar y consolidar el proceso de maduración; poder anticipar experiencias de fracasos y por último, lograr la estructuración del sí mismo. Hablar del riesgo implica, desde luego, la posibilidad de incidir en un fenómeno determinado en etapas tempranas de su desarrollo, antes de que pueda considerarse como un problema e incluso antes de que éste aparezca y sus consecuencias tengan mayor impacto nocivo en el desarrollo de un individuo.<sup>41</sup> Desde un enfoque preventivo integral es

posible trabajar tanto en la intervención como en la detección oportuna de problemas a fin de frenarlos, disminuirlos o evitar su aparición.

Por lo anterior, nuestro propósito central en la presente investigación versa como sigue:  
Identificar la prevalencia de factores de riesgo asociados a la salud, percibidos por una muestra de adolescentes hidalguenses que cursan educación secundaria en el municipio de Tizayuca Hidalgo, mediante la aplicación del Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA).

Para alcanzar el propósito planteado, nuestro trabajo se estructura de la forma que sigue: en el apartado de Antecedentes, se describe el planteamiento y delimitación del problema de estudio; seguidamente se describe las características de una de nuestras variables centrales y es la etapa adolescente; posteriormente se mencionan los estudios relacionados con el tema de interés, se clasifican ubicando primeramente los que se han realizado fuera de nuestro país y en segundo lugar los que se han realizado en México.

En los siguientes apartados, se describen las hipótesis, los objetivos y el método empleado en la investigación realizada. En la parte final del presente documento se detallan los resultados y la discusión de los mismos. Finalmente se concluye y se enlistan las recomendaciones relacionadas con el tema de nuestra investigación.

## II. ANTECEDENTES

### *2.1 Generalidades*

Las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan al individuo lograr la salud integral son denominados factores protectores. Estos pueden provenir de la familia, como características del grupo o comunidad al que pertenecen. Por otro lado, factores de riesgo son los atributos o cualidades de un sujeto o comunidad unidos a una mayor probabilidad de daño a la salud.<sup>42</sup> Estos últimos incrementan la probabilidad de conductas como el uso y abuso de drogas, consumo de alcohol, tabaco, delincuencia, deserción escolar y relación sexual precoz, debido a que los factores protectores y de riesgo están significativamente vinculados con la cultura, influyendo y viéndose influenciada por cada individuo de manera distinta. Los adolescentes son un grupo propenso a realizar conductas de riesgo que involucran peligro para su bienestar y que acarrearán consecuencias negativas para la salud o comprometen aspectos de su desarrollo; estas conductas están en relación con los estilos de vida moderna, sumados a la curiosidad, la experimentación de situaciones nuevas, siendo esto parte natural del crecimiento, que les da la sensación de ser adultos.<sup>42</sup>

Por lo anterior se presenta las investigaciones relacionadas con la identificación y evaluación de factores de riesgo y factores protectores relacionadas con la salud integral del adolescente a nivel internacional y nacional; aportaciones que han determinado el curso de la investigación actual en éste campo.

### *2.2 Literatura especializada sobre el tema*

#### *2.2.1 Estudios internacionales relacionados con el tema*

Cabe reflexionar sobre el trabajo realizado en Valencia, España donde se llevó a cabo una revisión de factores psicosociales en el marco de la perspectiva ecológica, en la que se integran las variables psicológicas, relacionales y socioculturales; el consumo de alcohol es analizado como parte integrante de la cultura juvenil, despojando la explicación de

contenidos patologistas o moralistas, y aproximándonos a la concepción de que el consumo de alcohol es un medio que utiliza el adolescente para lograr su ajuste en una sociedad que se caracteriza por la complejidad; se analiza, en primer lugar, las variables disposicionales del sujeto, seguidamente se repasan las provenientes del contexto familiar y, finalmente, se explora la relación entre el consumo de alcohol y los factores del entorno sociocultural.<sup>43</sup>

El objetivo de este estudio fue contribuir a la construcción de un modelo de predicción del consumo de alcohol de los jóvenes de las etapas educativas de enseñanza secundaria obligatoria (ESO) y post obligatoria (ESPO), según las variables independientes sexo, edad, práctica habitual durante el tiempo libre, índice finlandés de actividad físico-deportiva, conductas de consumo del entorno familiar y consumo de tabaco; se administró a 6170 estudiantes representativos de las provincias de Almería, Granada y Murcia, de edades comprendidas entre 12 y 19 años; los resultados muestran que los varones ingieren más alcohol que las mujeres, incrementándose el consumo con la edad; la práctica habitual de actividad física, en la cantidad y frecuencia que suele recomendarse para mantener la salud, es un elemento que se asocia a una menor prevalencia en el uso de alcohol; el entorno familiar bebedor se erige como un factor de riesgo para el consumo de alcohol de los sujetos, especialmente son relevantes las figuras de hermanos y hermanas; el consumo de tabaco aparece como el principal factor de riesgo para el consumo e ingesta de alcohol.<sup>44</sup>

En España se aplicó el cuestionario CTCYS a 2,440 adolescentes para detectar los factores protectores y de riesgo en la comunidad, la familia, la escuela y el grupo de iguales/individuo; diferencias en protección y riesgo según edad y sexo, y relación entre dichos factores y consumo. Los factores de protección son elevados; los factores de riesgo son altos en comunidad, escuela e individuo; encontraron que los adolescentes mayores tienen más riesgos y menos protección que los adolescentes en etapas iniciales; y se dan diferencias según el sexo, contando los chicos con menos protección y más riesgos que las chicas. Los factores de riesgo más relacionados con el consumo de sustancias son la disponibilidad de drogas, las actitudes familiares favorables al consumo, la historia familiar de conducta antisocial, el inicio temprano y el consumo de los amigos, el riesgo percibido

con respecto al consumo y las actitudes favorables al consumo; en los factores de protección destaca el papel de las habilidades sociales frente al consumo de alcohol.<sup>45</sup>

Dentro de éste marco ha de considerarse el desarrollo de una investigación en Sevilla, España para detectar factores de riesgo relacionados con trastornos de la conducta alimentaria (TCA); se trató de un estudio descriptivo, transversal en cinco institutos educativo del Área Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla con un total de 789 escolares de primero y segundo y sus padres/madres; midieron índice de masa corporal, conductas de riesgo relacionadas con las comidas y el ejercicio, influencia de los medios de comunicación en el modelo estético corporal y ambiente familiar; utilizaron los cuestionarios validados EAT-40, CIMEC 26 y FES; encontraron que el 6,9% presenta un índice de masa corporal (IMC) de 15-17, que se corresponde con una desnutrición ligera. Escalas: EAT, 68 sujetos (8,8%) tienen una puntuación significativa (si no presentan la enfermedad se considera población de riesgo) y 25 (3,3%) podrían diagnosticarse de TCA según criterios de la DSM-IV. CIMEC, 104 sujetos (13,5%) se muestran significativamente vulnerables a la presión de los medios de comunicación y 85 (11,1%) se consideran muy vulnerables. Encontraron que existe relación entre observaciones de los padres sobre la conducta alimentaria de los hijos con resultados en EAT-40 y CIMEC ( $p = 0,01$ ). No se detectan relaciones estadísticamente significativas entre ambiente familiar (FES) y las puntuaciones obtenidas en CIMEC y EAT. Los alumnos de los institutos de zonas rurales/periféricas presentan puntuaciones más altas en el EAT ( $p = 0,04$ ) y CIMEC ( $p = 0,01$ ) que los de zonas urbana/centro; concluyeron que la identificación de sujetos considerados población de riesgo permitirá emplear programas para su prevención primaria más eficazmente.<sup>46</sup>

En Sevilla, España los investigadores tuvieron como principal objetivo estudiar los patrones de comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia; una muestra de 221 chicos y 292 chicas de edades comprendidas entre 13 y 19 años completaron un cuestionario que incluía medidas de la frecuencia de la comunicación con sus progenitores, la frecuencia de aparición de episodios conflictivos, la intensidad emocional con que dichos conflictos eran percibidos, y la autonomía funcional adolescente; los hallazgos reflejaron

una imagen de la dinámica familiar menos dramática de la que podría existir en la sociedad actual, ya que los adolescentes afirman no tener grandes conflictos con sus progenitores; los resultados revelan importantes diferencias de género, presentando las chicas mayor frecuencia de comunicación, menor tasa de conflictos con sus progenitores y menor autonomía para decidir sobre diferentes aspectos; con respecto a la evolución a lo largo de los años, la frecuencia de los conflictos parece descender ligeramente mientras que la comunicación parece aumentar, sobre todo para las adolescentes; finalmente se encontró relación entre la frecuencia de aparición de conflictos y la intensidad emocional con que son percibidos por los adolescentes<sup>47</sup>.

El siguiente estudio tuvo como propósito examinar la prevalencia de la participación en pandillas, evaluar el riesgo y los factores protectores asociados con la participación en pandillas entre los adolescentes en edad escolar en Trinidad y Tobago; utilizaron un instrumento a 2,206 estudiantes se midieron 30 factores de riesgo y 13 factores protectores en cuatro ámbitos: la comunidad, la escuela, la familia, y de igual individuales, niveles más del consumo de alcohol / drogas y la delincuencia encontrando que más del 7,7% de los adolescentes informaron que pertenecían a una pandilla; 6,8%, son ex pandilleros, y el 6,2%, son miembro de la banda actualmente; la participación en una pandilla se asoció con la percepción ante la disponibilidad de armas de fuego, movilidad residencial; concluyeron que los padres tienden que favorecer el comportamiento antisocial, el inicio temprano de la conducta antisocial, la intención de consumir drogas, tener compañeros antisociales y sus compañeros consumen drogas. Las personas que cuentan con habilidades sociales, la creencia en el orden moral y la interacción con compañeros prosociales fueron significativamente menos propensos a pertenecer a una pandilla; además, la probabilidad de involucrarse en pandillas aumentó el número de factores de riesgo; concluyeron que la presencia de pandillas en adolescentes que asisten a escuelas públicas, es casi tan frecuente en Trinidad y Tobago, como en Estados Unidos, Canadá y Europa occidental. Las estrategias más eficaces para prevenir pandillas pudieron ser los que se centran en múltiples factores de riesgo, con énfasis en la tecnología peer-individuales y factores de promoción de una "creencia en un orden moral".<sup>48</sup>

En un estudio realizado en Madrid identificaron los factores de riesgo diferencialmente relacionados con los trastornos de conducta, ansiedad, depresión y eliminación en una muestra clínica de 362 niños y adolescentes de 6 a 17 años de edad; los factores estudiados fueron: variables sociodemográficas, estresores psicosociales en el contexto familiar, fracaso académico, inteligencia, factores tempranos, historia médica y psicopatología parental. Los resultados mostraron que existían perfiles de riesgo distintos para cada categoría diagnóstica: tener un padre joven, estar muy preocupado por la muerte de un ser querido, las discusiones y peleas familiares, el maltrato físico, repetir curso y problemas tempranos de comportamiento se asociaban a los trastornos conductuales; la edad de la madre, problemas en el parto y miedo al maltrato físico, a los de ansiedad; tener más edad, estar preocupado por la familia, alcoholismo familiar, padecer enfermedades frecuentes y el estado psicopatológico de la madre a los trastornos depresivos; y, tener menos edad, ser varón y el retraso en las pautas de desarrollo a los de eliminación.<sup>49</sup>

Este estudio realizado en España, evaluó la asociación entre estrés, esquemas cognitivos, impulsividad consumo de drogas en adolescentes una muestra de 657 adolescentes de ambos sexos; contestaron un instrumento que evalúa medidas de acontecimientos estresantes, esquemas cognitivos de grandiosidad y autocontrol insuficiente, estilo impulsivo de resolución de problemas y consumo de drogas; los resultados mostraron que los acontecimientos estresantes, y los esquemas de grandiosidad y autocontrol insuficiente se asociaban significativamente al consumo; el estilo impulsivo de resolución de problemas moderó la relación entre estresores y consumo, siendo esta mayor entre los más impulsivos; se encontraron diferencias en función del sexo en consumo y en esquemas cognitivos, obteniendo los chicos mayores puntuaciones que las chicas en grandiosidad y en el consumo de marihuana, cocaína, LSD y éxtasis; las chicas puntuaron más alto en consumo de tabaco. A pesar de estas diferencias, el sexo no moderó la asociación entre esquemas y el consumo.<sup>50</sup>

El siguiente informe de investigación realizado en Bogotá buscó describir los factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes, utilizando una ficha de datos generales para conocer las características generales del consumo de las personas encuestadas y el

Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) para medir las categorías de situaciones personales y situaciones con otros. Estos instrumentos fueron aplicados a 406 adolescentes, entre 12 y 17 años, de ambos sexos, pertenecientes a los estratos 4 y 5 de Bogotá, en cinco localidades; se encontró que las situaciones personales se establecían como factores de mayor riesgo para los adolescentes, que aquéllas que implicaban una interacción con otros.<sup>51</sup>

Se realizó una investigación en Murcia, España cuyo objetivo fue analizar la relación entre el consumo de alcohol en adolescentes y el de sus modelos más cercanos; la muestra se compuso de 536 estudiantes de una zona rural; mediante análisis de regresión logística se establecieron modelos del consumo utilizando como criterio el consumo de los padres, hermanos y mejor amigo del adolescente; se observó que el consumo de estos modelos explica el consumo del adolescente, la actitud hacia la droga, la intención de consumo, la percepción normativa y la percepción de riesgo; el análisis reveló que el principal indicador del consumo de alcohol es el consumo del mejor amigo (OR= 13.04; IC 95%= 8.14-20.91), seguido del consumo de los hermanos (OR= 1.85; IC 95%= 1.12-3.04); la intención de consumo aumenta cuando el padre es bebedor (OR= 2.70; IC 95%= 1.68-4.36), el hermano (OR= 2.83; IC 95%= 1.56-5.15), y sobre todo el mejor amigo (OR= 4.33; IC 95%= 2.55-7.36).<sup>52</sup>

La aportación de Oliva<sup>53</sup> de la Universidad de Sevilla resulta por demás interesante, en el desarrollo del artículo que presenta los hallazgos más relevantes de la investigación realizada en las últimas décadas sobre las relaciones familiares y el desarrollo adolescente, prestando una atención especial a dos aspectos: los cambios en estas relaciones con la llegada a la adolescencia de los hijos, y su influencia sobre el desarrollo y el ajuste del adolescente; siguiendo un enfoque dimensional, se analizan aspectos claves del estilo parental, como son el afecto, la comunicación, los conflictos, el control y la promoción de la autonomía; la literatura empírica existente sobre este tema indica que los adolescentes se ven muy favorecidos cuando tienen padres que se muestran afectuosos, comunicativos y les animan a mostrarse autónomos; también el control y los conflictos pueden ser positivos para el desarrollo adolescente, aunque en este caso es necesario introducir algunas

matizaciones, pues las consecuencias son menos evidentes. Por otra parte, los datos disponibles nos alejan de la visión catastrofista de las relaciones entre padres y adolescentes, ya que con la excepción de la primera etapa de la adolescencia, en que suelen surgir algunas dificultades y conflictos, estas relaciones suelen ser positivas y satisfactorias; a partir de estos datos, se destaca la importancia de ofrecer a padres y madres orientación y recursos para que puedan ejercer su rol parental de la forma más favorable para ellos y para sus hijos.

El siguiente estudio buscó determinar la prevalencia y los factores asociados con la presencia de un patrón de comportamiento de riesgo para la salud (PCRS) en adolescentes estudiantes de un colegio público de Cartagena, Colombia; evaluando a estudiantes entre 13 y 19 años de edad mediante un cuestionario anónimo con preguntas sobre consumo de cigarrillo durante el último mes, consumo de alguna sustancia ilegal alguna vez en la vida, horas diarias dedicadas a ver televisión, días dedicados a una actividad física aeróbica, relaciones sexuales antes de los 13 años, el cuestionario CAGE para consumo abusivo de alcohol, el cuestionario SCOFF para trastornos de conducta alimentaria, la escala de Zung para depresión y la escala de Francis de actitud frente al cristianismo; mediante regresión logística se controlaron factores de confusión; encontraron que la edad promedio del grupo fue 14.8 años (DE=1,6), 51,3 % varones y escolaridad promedio de 8,5 años (DE=1.6). El 21.2 % (IC95 % 17.6-24.8) presentaba un PCRS. Se observó que los síntomas depresivos con importancia clínica (OR=2.74; IC95 % 1.46-5.16), ser varón (OR=2.35; IC95 % 1.47-3.78) y baja religiosidad (OR=1.93; IC95 % 1.24-3.02) se asociaban significativamente al PCRS.<sup>54</sup>

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para identificar algunos factores de riesgo en adolescentes de un área de salud de la capital cubana con alumnos que asisten a dos secundarias básicas ubicadas en el área y por los profesores generales integrales que imparten clases a estos estudiantes; se aplicó una encuesta a 364 adolescentes, entre estudiantes y profesores; se encontró que la edad media de comienzo del hábito de fumar y el inicio de las relaciones sexuales fue de 12 años para los estudiantes y 16 para los profesores; 46 % ha ingerido bebidas alcohólicas en edades tempranas y más del 5 % no

está seguro de si en algún momento de su vida probarían las drogas; el inicio precoz de hábitos tóxicos son algunos de los principales riesgos encontrados.<sup>55</sup>

El adolescente está expuesto a factores de riesgo como el tabaquismo, en el cual la familia juega un papel muy importante; la siguiente referencia describe la influencia familiar en el tabaquismo en los adolescentes de 15 a 19 años, en el marco de la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Trasmisibles en Cuba; entrevistaron a 1,915 adolescentes, de 8,847 familias encontrando que la prevalencia de vida y el hábito de fumar actual en los adolescentes es de 12.7 % y 9.0 %, respectivamente; los adolescentes masculinos fuman significativamente más (11.5 %) que las adolescentes femeninas (6.3 %); los antecedentes familiares de tabaquismo influyen significativamente en el consumo de tabaco de las adolescentes femeninas, aunque la proporción actual de adolescentes cubanos que consumen tabaco es menor que en otras épocas y en otros países.<sup>56</sup>

Evaluar las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con algunos determinantes sociodemográficos en adolescentes escolarizados en Barranquilla, Colombia, fue el objetivo del siguiente trabajo a citar; mediante encuesta transversal a 845 escolares de instituciones públicas y privadas identificando determinantes sociodemográficos y la calidad de vida relacionada con la salud medido con el Short Form Health Survey (SF-12) en español adaptado a la región. Encontraron que el 57.8% de los sujetos tienen de 14 a 15 años; reportando que la función física es mejor en varones, al igual que la función social y el rol emocional; sin embargo, las mujeres mostraron mejor vitalidad; según determinantes sociales, la función física y social presentan mayor puntuación en colegios privados y los estudiantes de colegios públicos, mayor puntuación en la salud general; a medida que aumenta la escala socioeconómica aumenta la puntuación de salud general; los anteriores hallazgos estiman una diferencia de género en la calidad de vida y de manera indirecta reflejan la situación de la región o del país en cuanto a la percepción de la salud general y la salud mental.<sup>57</sup>

En el siguiente estudio buscaron comprender los factores relacionados con el embarazo no planificado en las adolescentes, desde la perspectiva de las escolares nuligestas mediante

estudio cualitativo de casos, en mujeres entre 15 y 19 años pertenecientes a dos establecimientos educacionales con altos índices de embarazo en la ciudad de Temuco, Chile. Se realizaron cuatro grupos focales, constituidos por 14 adolescentes no embarazadas, identificándose factores en las dimensiones individuales, familiares y sociales; encontraron que en la dimensión individual aparecen como relevantes factores de riesgo que favorecen el embarazo (FFE): “amor romántico”, no uso de métodos anticonceptivos, baja autoestima, irresponsabilidad masculina y falta de conocimiento en sexualidad; en la dimensión familiar destacan los factores: límite estrecho familiar y negligencia paterna; surgen factores percibidos por las adolescentes como protectoras del embarazo no planificado (FPE); en la dimensión individual destacan: capacidad reflexiva y proyecto de vida; en la dimensión familiar: “familia cuidadora” y límites claros; y en la dimensión social la categoría o factor con mayor peso es “sanción social”; entre los hallazgos destacan como FFE relevantes el “amor romántico” y los límites polares familiares. Como FPE, la capacidad de reflexión y “familia cuidadora”. Concluyeron que estos elementos debieran ser considerados en la prevención del embarazo no planificado en población adolescente.<sup>58</sup>

El siguiente trabajo del cual hacemos referencia fue realizado en Chile, se analizaron las conductas alimentarias de adolescentes de escasos recursos económicos, como un factor de riesgo y el rol de la educación como factor protector; se recabó la información en base a grupos focales con una muestra de alumnos y profesores por separado; el análisis de los datos se hizo con técnicas de análisis de contenido, concluyeron que los alumnos tienen una conducta básica alimentaria sana y saludable entregada en su escuela y por planificación del Estado, así como que el entorno al rol de la escuela influye como factor protector.<sup>59</sup>

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo en Santa Clara, Cuba con el objetivo de identificar los estilos de vida en adolescentes y adultos jóvenes, para estar en mejores condiciones de contribuir a la promoción de estilos de vida más sanos estudiando a 360 adolescentes y adultos jóvenes; de ellos, se tomó una muestra al azar de 175 participantes a los que se les aplicó una guía de observación mediante la entrevista. Se revisaron las

historias clínicas familiares, lo que permitió comprobar los principales comportamientos de riesgo, el grado de escolaridad, ocupación y hábitos nocivos que interfirieron en el desarrollo de estilos de vida saludables. Entre los principales resultados encontrados se destacan, el hábito de fumar en un amplio sector de esta población y conductas sexuales inadecuadas, entre otros, por lo que se consideró como desfavorable el estilo de vida en general.<sup>60</sup>

El consumo de alcohol y otras drogas entre los adolescentes suscita preocupación social tema central sobre el trabajo de investigación realizado en Murcia, España; por un lado, ciertas características de este período evolutivo pueden facilitar el consumo de alcohol y otras drogas; por otro, el consumo de estas sustancias suele iniciarse en esta etapa de la vida; como resultado de este trabajo se analizaron las tendencias actuales del consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia, encontraron problemas derivados del abuso de alcohol que afectan de forma especial a los adolescentes; factores de riesgo del consumo abusivo, exponiendo un modelo integrador; concluyeron con una propuesta de intervención para ser aplicada en contextos educativos, el programa Saluda al fin de semana, considerado de carácter preventivo dirigido a estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria.<sup>61</sup>

La revisión de estudios previos a nivel internacional fundamentan la propuesta relacionada con nuestra tema de interés, hasta este punto se ha hecho evidente los esfuerzos por evaluar y en algunos casos disminuir factores de riesgo principalmente relacionados con la salud, punto central de nuestra investigación; a continuación examinaremos aquellos estudios realizados en México, que fungen como antecedentes en el panorama de la evaluación de factores de riesgo en la adolescencia.

### *2.2.2 Estudios nacionales relacionados con el tema*

El desarrollo del trabajo realizado en México, aborda el estudio de aquellos acontecimientos que pueden generar crisis familiares, los investigadores definieron el concepto de acontecimiento significativo de la vida familiar y se establecieron una

diferenciación de estos con las crisis familiares, realizando un recorrido por las diferentes etapas que atraviesa el ciclo de vida familiar y de los acontecimientos significativos que constituyen momentos de riesgo en éste. El trabajo de investigación concluye que al afrontar los acontecimientos significativos de la vida familiar, grandes generadores de estrés pueden afectar el equilibrio familiar, lo que constituye un riesgo para su salud, pero en muchas ocasiones las familias logran crecerse y fortalecerse ante los mismos sin que se afecte la salud familiar de manera general, en lo cual influyen los recursos internos con que cuente la familia y también el acceso que tenga ésta a las redes de apoyo social y su utilización.<sup>62</sup>

La siguiente investigación tuvo como objetivo conocer el grado de información acerca de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos así como determinar el porcentaje de adolescentes de secundaria que han iniciado relaciones sexuales y la edad de inicio, en el cual evaluaron a 754 alumnos de la Secundaria Pública número 54 de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, mediante una encuesta sobre salud sexual, con aspectos de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, nociones de prevención de enfermedades de transmisión sexual; encontrando que la fuente de información sobre educación sexual más importante es la escuela, el 84.5% de los alumnos estudiados conocen por lo menos un método anticonceptivo, y el preservativo es el más conocido (73.3%); el 84% de los adolescentes saben cómo se previenen las enfermedades de transmisión sexual; sólo el 7.2% reportaron haber iniciado actividad sexual, de los cuales el 100% de los varones utilizaron método anticonceptivo mientras que sólo 63.3% de las mujeres lo hicieron; por tal motivo concluyeron necesario crear o fortalecer programas informativos de salud sexual para adolescentes, no sólo en las escuelas, sino en los medios de comunicación.<sup>63</sup>

En el Distrito Federal se analizaron las relaciones que se establecen entre contaminación del aire y el proceso salud-enfermedad-muerte en una muestra de adolescentes, específicamente 1,274 alumnos de secundaria de 14 escuelas en cinco zonas del Distrito Federal, encontrando que los determinantes de la percepción para esta población de adolescentes fueron: género, zona de ubicación de la escuela y las diferencias en la calidad

del aire percibidas en la ciudad/colonia/plantel educativo; al finalizar el estudio concluyeron pertinente sugerir que en la política ambiental a nivel nacional debe incorporarse el componente de la focalización, de tal manera que los programas ambientales sean más eficientes en el ámbito local, reduciendo con ello el impacto en la salud física del individuo.<sup>64</sup>

Es oportuno ahora retomar los resultados parciales de un estudio realizado en la ciudad de Xalapa, Veracruz, con una muestra de 2,371 adolescentes, entre 12 y 17 años, estudiantes de 36 escuelas secundarias de las zonas urbana y suburbana cuyo propósito fue identificar la situación del entorno familiar del adolescente, así como conocer el índice de prevalencia del uso de drogas, a través de la aplicación de un cuestionario diseñado exprofeso; los datos obtenidos apoyan la idea de proponer planes de acción que permitan fortalecer en el adolescente factores protectores ante el uso de drogas; ayudarles a fortalecer su autoestima, toma de decisiones relacionada con el acercamiento a las drogas; generar ambientes educativos en los cuales los adolescentes sientan la confianza y comodidad para acercarse a plantear sus dudas; proporcionarles información sobre los riesgos al hacer uso de drogas, fortalecer los vínculos afectivos favoreciendo una vida saludable y armónica.<sup>65</sup>

Se estudiaron a 1,158 estudiantes seleccionados aleatoriamente de dos preparatorias de la Universidad de Guadalajara, México por medio de dos escalas de autoaplicación estandarizadas para población mexicana para evaluar el consumo de tabaco en el que el patrón de consumo fue categorizado: leve y moderado, y ambiente familiar evaluado por medio de cinco dominios: hostilidad y rechazo, comunicación con el hijo, apoyo de padres a hijos, comunicación entre padres y apoyo del hijo a los padres; encontrando que el 53.1% de adolescentes fueron no fumadores, el 36.1% calificaron como fumadores leves y 10.8% como fumadores moderados. Los hallazgos mostraron que ser no fumador se asoció consistentemente con un mejor estado en todos los dominios de la escala de ambiente familiar; los no fumadores tuvieron mayores calificaciones en los dominios de comunicación padre-hijo, apoyo de los padres, comunicación entre los padres y apoyo significativo del hijo, así como menores calificaciones en hostilidad y rechazo en comparación con los fumadores leves; y por último, los no fumadores tuvieron mayores

calificaciones en el dominio de comunicación con el hijo y menores calificaciones en el dominio de hostilidad y rechazo en comparación con los fumadores moderados.<sup>66</sup>

Así mismo se llevó a cabo un estudio exploratorio en México con adolescentes de entre 10 y 15 años de edad, utilizando entrevistas a profundidad y grupos focales; los hallazgos reportados en este trabajo de investigación señalan que se obtuvo información acerca de la comunicación y la relación padres-adolescentes y su influencia en la sexualidad y consumo de drogas; lo anterior para concluir que la información acerca de estos temas carece de vinculación de los datos con aspectos afectivos, sugiriendo el desarrollo de planes y programas integrales que permitan fortalecer la relación padres-adolescentes de manera significativa que tenga como resultado la generación de factores protectores en población adolescente para el cuidado de su salud.<sup>67</sup>

Esta investigación<sup>68</sup> tuvo como objetivo identificar factores psicosociales de riesgo de consumo de sustancias ilícitas en estudiantes mexicanos y ofrecer elementos para el diseño de programas de prevención; realizaron un estudio transversal no experimental con una muestra de 516 estudiantes de secundaria y bachillerato de seis de las principales ciudades de México aplicando una adaptación de la versión abreviada del Inventario de Tamizaje sobre el Consumo de Drogas (DUSI-R). El análisis comprendió ocho factores: abuso en el consumo de bebidas alcohólicas o drogas, malestar afectivo, bajo control conductual, baja adherencia escolar, baja competencia social, relaciones familiares disfuncionales, aislamiento social y pertenencia a redes sociales desviantes (cuyos integrantes consumen drogas y adoptan actitudes antisociales). El modelo de ecuaciones estructurales indicó que el consumo de estas sustancias forma parte de un grupo de trastornos de ajuste conductual, determinado directamente por la vinculación con pares desviantes y por una mayor prevalencia de trastornos socioafectivos e indirectamente por las relaciones familiares disfuncionales. Se confirmaron algunas implicaciones de los modelos teóricos propuestos para explicar el consumo de drogas. Estos elementos empíricamente sustentados pueden contribuir al diseño de programas preventivos, principalmente de tipos selectivo e indicado.<sup>68</sup>

El siguiente estudio realizado en Monterrey, México tuvo como objetivo identificar la eficacia de una intervención conductual-educativa diseñada para disminuir las conductas sexuales de riesgo de VIH/SIDA y embarazos no planeados de adolescentes mexicanos en escuelas preparatorias con rango de edad entre 14 y 17 años asignándose aleatoriamente al grupo experimental o al control; mediante el uso de estrategias de aprendizaje activo identificando que no hubo diferencia en las intenciones de tener relaciones sexuales, pero sí mayor nivel de intenciones de usar condón y anticonceptivos (diferencia de medias 0.15 y 0.16, IC 95%) en el grupo experimental comparado con el control: identificaron también variables teóricas como creencias sobre control fueron mediadoras de la intervención, concluyendo que la intervención conductual representa un importante esfuerzo en la promoción de conductas sexuales seguras en adolescentes mexicanos.<sup>69</sup>

Se diseñó en México un nuevo modelo de atención integral a la salud para universidades a partir de un diagnóstico situacional de vulnerabilidad basado en factores de riesgo y protectores considerando la población estudiantil<sup>70</sup>; integrado en dos ejes fundamentales, la planeación estratégica y la rendición de cuentas; las anteriores con cuatro áreas sustantivas: educación para la salud, prevención, atención al daño y al entorno; operando como un programa holístico y cinco líneas estratégicas de acción: atención médica integrada, intervención colectiva efectiva, desarrollo de recursos humanos, investigación y comunicación, la gestión y el desarrollo internos; lo anterior para generar una oferta de servicios dirigidos al fomento del autocuidado de la salud de los jóvenes; obteniendo como resultado la identificación de 12 marcadores de alta vulnerabilidad en 25% de los alumnos, lo que significa que la gran mayoría cuenta con factores protectores que deben ser fortalecidos.<sup>70</sup>

Acudimos a la revisión del siguiente trabajo para indagar sobre problemas alimenticios como factor de riesgo en la adolescencia; el trabajo fue desarrollado en México y tuvo como objetivo evaluar un modelo capaz de predecir la dieta restringida relacionada con los trastornos de la conducta alimenticia en púberes mexicanas; considerando variables biológicas, psicológicas y socioculturales estimadas como factores de riesgo; el diseño de estudio fue de campo de tipo transversal; se trabajó con una muestra a conveniencia de

púberes mexicanas (N=497) de 10 a 15 años de edad con una  $\bar{x}$ =12,08 (DE=1,24) estudiantes de la Ciudad de México; para la recolección de los datos se utilizaron secciones de la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA) e imagen corporal; para las variables socioculturales se empleó una versión modificada del Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC); para la evaluación de la variable biológica se empleó el Índice de la Masa Corporal (IMC) y los estadios de Tanner; mediante el empleo de la técnica del modelo de ecuaciones estructurales, los resultados indican que las variables que alcanzan los mayores efectos totales en la predicción de la dieta restringida en púberes mexicanas son: influencia de la publicidad (0,440), el Índice de la Masa Corporal (0,262) y preocupación por el peso y la comida (0,241).<sup>71</sup>

### *2.3 Marco Teórico*

La pre-adolescencia, adolescencia y adolescencia tardía son períodos de cambio, de paso a la posición adulta. Estos períodos se revelan particularmente vulnerables a todo tipo de comportamientos riesgosos. Para los adolescentes expresar y reconocer la percepción en riesgo ante tales situaciones obliga a la exploración de cinco ambientes básicos en la vida del adolescente, motivo del presente estudio: familiar, social, escolar, personal y de salud; desde el punto de vista psicológico.

Ahora bien, el estado actual de la investigación en el campo del fenómeno de las Sustancias Psico-Activas (SPA) al igual que las otras ramas de la ciencia, nos indica que la Psicología es un área de la ciencia del comportamiento humano que está en constante evolución. Sin embargo, en lo que se refiere a la indagación sobre los factores de riesgo y de protección referidos a este campo en nuestro medio aún es deficiente. Ahora bien, cuando se intenta analizar la puerta de ingreso al fenómeno de las SPA, el enfoque generalmente empleado para su profundización, ha sido el de los factores; es decir, se han desarrollado investigaciones sobre las variables que más se asocian en las diferentes clases y culturas, con el consumo o con el no consumo. A los primeros se los han llamado factores de riesgo y a los segundos, factores de protección.

Desde la perspectiva de la teoría psicosocial<sup>8</sup> de la Telaraña Causal establece que los comportamientos asociados con la mortalidad y morbilidad predominante en la adolescencia comparten un tema común: la toma de riesgo.

### *2.3.1 Factores de riesgo en la adolescencia y el enfoque de riesgo*

Históricamente el concepto de riesgo en salud ha sido ampliamente usado en salud pública y en la clínica. Tal es el caso de las enfermedades cardiovasculares, obstétricas neonatales, con relación a mortalidad materna y patología oncológica; para detectar individuos o grupos con mayor probabilidad de padecer daños específicos como enfermedad, secuelas o muerte; su concepción permite implementar acciones para prevenir o reducir la aparición incidente o prevalente del daño<sup>26</sup>.

Diversos estudios<sup>11,21,26,28</sup> exponen que el riesgo es la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo social. La idea central del enfoque de riesgo descansa en el hecho que el riesgo nos brinda una medida de la necesidad de atención de la salud. El conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud, nos permite anticipar una atención adecuada y oportuna a fin de evitar o modificar esa eventualidad. El uso del enfoque de riesgo presupone que en términos de atención de la salud se debe tener algo para todos, y más para los de mayor necesidad; los adolescentes como grupo vulnerable.

Como ya se advertía en apartados anteriores del presente documentos, la población adolescente a nivel mundial es la que ha aumentados más rápidamente. En Latinoamérica la población adolescente representa el 30% de la población; en el mismo tenor la Organización Mundial para la Salud (OMS)<sup>13</sup> y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>14</sup> han subrayado la importancia de promover la salud integral del adolescente. Por otro lado la OMS<sup>13</sup> estima que un 70% de las muertes en la etapa del joven adulto se deben a conductas de riesgo que tienen su inicio durante la adolescencia. Las políticas de salud excluían a los adolescentes por no considerarse población económicamente activa o en edad productiva<sup>15,16</sup>, sólo recientemente que múltiples estudios se han avocado a su investigación

a fin de determinar diversos factores que contribuyen al bienestar o a la aparición de problemas en un desarrollo sano o funcional<sup>16, 17, 18</sup>.

Una aproximación a la definición de *factor de riesgo* vendría a ser aquellas características de un sujeto o de una comunidad cuyas conductas se orientan a una probabilidad de causarse daño directa o indirectamente y que repercute en la salud integral (entendida desde tres dimensiones: biológica, psicológica y social) así como en la funcionalidad de los individuos a un cierto plazo de tiempo<sup>11,21,26,28</sup>.

Al respecto se han destacado numerosos factores de riesgo, tales como: ser varón, la deserción escolar, la inasistencia escolar<sup>15,42,24</sup>, embarazo precoz, el intento de suicidio, la violencia, el abuso de sustancias, los accidentes de tránsito y otras conductas auto-destructivas.

Los diversos acercamientos del enfoque de riesgo<sup>11,26</sup>, relacionan las nociones de vulnerabilidad y exposición al peligro. En este sentido, cada etapa del ciclo vital tendría sus riesgos específicamente determinados por las destrezas que permiten las condiciones biológicas, así como por los canales de capacitación, apoyo y protección que la sociedad brinda. Así, las consecuencias destructivas del riesgo varían durante el ciclo vital en relación con los procesos de maduración e involución en el plano biológico, social y psicológico<sup>25,30</sup>.

La adolescencia es el período en el cual los cambios biológicos, sociales y psicológicos replantean la definición personal y social del individuo a través de una segunda individuación<sup>36</sup> y moviliza a los adolescentes en procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de la vida<sup>16,60</sup>. El segundo nacimiento que implica la pre-adolescencia con sus demandas de individuación y progresiva autonomía difícilmente despierta una bienvenida similar al nacimiento de un frágil niño que se incorpora al hogar sin cuestionar sus normas y disposiciones<sup>53</sup>.

Los procesos adolescentes son desafiantes; la individuación reclama la separación y confronta al medio con sus dificultades e inconsistencias. Para los adolescentes lo cotidiano es un reto y, a la vez, una incertidumbre<sup>11,21,26,28</sup>. Diversos estudios<sup>47,67,70</sup>, indican que son múltiples los factores que influyen en cómo se perciben y afrontan los riesgos en la adolescencia, destacándose la maduración biológica que se vincula con el esquema corporal y la identidad, los sistemas organizativos de la persona que se entrelazan con el auto concepto y la auto estima. Del mismo modo son factores intervinientes el campo cognoscitivo, las percepciones del medio, las influencias, apoyos y controles ejercidos por los padres, el grupo de pares y los valores personales y sociales<sup>60,69</sup>.

El desarrollo personal da lugar a las fortalezas y debilidades intra-psíquicas cuyo balance se expresa en la mayor o menor resistencia a la adversidad. Esta condición parece influir decisivamente en la posibilidad de que el riesgo afecte la salud, la supervivencia y la calidad de vida de una persona. Así, hablamos de vulnerabilidad cuando los aspectos deficitarios del propio desarrollo y del entorno confluyen en una mayor probabilidad del daño. En sentido inverso, la *resiliencia* implica que se ha posibilitado la preservación de las funciones afectivas del sujeto<sup>42</sup>.

### 2.3.2. *Resiliencia*

Es importante detenerse en el concepto de resiliencia asumido por Rutter<sup>25</sup>; para el autor se trata de una característica humana que es preciso considerar cuando se analizan los factores de riesgo: la susceptibilidad gradual al estrés, la mayor o menor posibilidad de ser afectado por el daño. En diferentes circunstancias y situaciones de la vida, algunas personas muestran mayor capacidad para enfrentar, resistir y recuperarse de factores que pueden ser destructivos. Esta capacidad es la resiliencia<sup>40-42</sup>.

Entre los factores que aumentan la resiliencia está la exposición gradual a la adversidad psicosocial, que opera como un mecanismo similar a la inmunización permitiendo enfrentar con éxito a la tensión y el peligro. La evitación o ausencia de experiencias de exposición al riesgo no parece generar mecanismos protectores y más bien puede incrementar la

posibilidad de resultados adversos cuando el individuo enfrenta la eventualidad del daño <sup>57</sup>,  
63,68 .

Por otro lado, la reducción del impacto del riesgo se produce además, por el significado de peligro que adquiere el estímulo; difiere si la percepción es realista, o está magnificada o minimizada. El mismo factor puede ser de riesgo o protector según las circunstancias. La apreciación de dichas circunstancias influye en la reacción ante el riesgo, así como la perspectiva del sujeto. De acuerdo con el estudio de Gómez<sup>67</sup>, para evaluar y analizar el riesgo es necesario diferenciar los factores intervinientes, externos y conductuales, la capacidad de alarma del individuo, y los mecanismos protectores y de mediación del riesgo con que este cuenta para enfrentar la situación.

Existen importantes elementos que aumentan el potencial protector y contribuyen a la mediación del riesgo. Estos factores se construyen a partir del establecimiento del autoconcepto y de la autoestima, y de las posibilidades de probar las destrezas para enfrentar los problemas y asumir responsabilidades frente a ellos. De esta manera se producen una serie de transacciones que dan lugar a procesos que disminuyen la posibilidad del daño. En el caso de una adolescente que tiene un patrón inicial de consumo de sustancias, el riesgo de desarrollar dependencia será menor si ella posee un nivel educativo adecuado, tiene acceso a consejería, no frecuenta amigas consumidoras de la misma sustancia y si el clima familiar se presenta mucho más favorable para la interacción y la comunicación, de lo contrario el riesgo aumentará.

Irwin <sup>24</sup> enlista cinco aspectos relacionados con la disminución del riesgo:

1. Establecimiento y manutención del auto sistema:
  - Oportunidades para enfrentar problemas con responsabilidad.
2. Destrezas:
  - Cognoscitivas
  - Emocionales
  - Sociales
3. Reducción del impacto del riesgo:

- Su significado de peligro
  - La gradual exposición
4. Reducción de las reacciones negativas en cadena:
- No repetir reacciones adaptativas inadecuadas
  - No permitir reacciones negativas de otras personas
5. Apertura de oportunidades
- Contar con habilidades para una inserción exitosa
  - Metas para posponer “soluciones” de corto alcance
  - Ampliación de contextos de experiencia
  - Espacios sociales estructurados.

La apertura de oportunidades amplía el campo de la experiencia, permite a los adolescentes contar con habilidades para una inserción exitosa y ofrece metas que mueven a posponer pseudo-soluciones inmediatistas riesgosas; la reducción de las reacciones negativas en cadena impide repetir respuestas adaptativas inadecuadas y no facilita las actitudes negativas de otras personas. En todo caso, al analizar los problemas del riesgo en el proceso de construcción de la identidad y la inserción personal propias de la adolescencia, se debe hacer referencia básicamente a dos condiciones, la social y la personal.

**Tabla 1. Factores de riesgo identificados en adolescentes<sup>72</sup>**

Factores de riesgo	Vulnerabilidad para:								
	Abuso de drogas	Deserción escolar	Fugas del hogar	Violencia callejera	Otras conductas adictivas	Embarazo precoz	Intento de suicidio	SIDA y otras ETS	Accidentes automovilísticos
Familia disfuncional/en crisis	X	X	X	X	X	X			
Patrones negativos de educación y crianza	X	X	X	X	X	X		X	
Abuso de drogas en la familia	X				X		X		
Actitud hacia la familia	X					X			
Vulnerabilidad biológica	X				X				
Congniciones/ Rasgos de personalidad	X					X	X		
Curiosidad	X	X			X				X
Actitud hacia las drogas	X								X
Valoración hacia las drogas	X	X					X		X

Rasgos de conducta antisocial	X			X					
Abuso de alcohol	X			X			X		X
Rendimiento escolar	X	X			X				
Relación de grupo/Pertenencia	X	X		X	X				

### 2.3.3. La dimensión social en el riesgo

En el aspecto social, el proceso de individuación puede producirse en el marco de dos situaciones. La primera es cuando los jóvenes cuentan con la posibilidad y la capacidad de articular el dominio sobre sus necesidades y la separación paulatina del grupo primario de dependencia; la segunda, cuando la sociedad no les brinda oportunidades para hacerlo ni fomenta el desarrollo de las capacidades requeridas.

Diversos<sup>50-54</sup>, proponen algunos factores sociales y ambientales que influyen en la aparición de conductas de riesgo y que podrían conducir a resultados negativos en los jóvenes.

La situación social se considera favorable cuando:

1. Existe un soporte familiar abierto, capaz de asimilar los cambios requeridos para la individuación adolescente;
2. La cultura ofrece desafíos estructurados que permiten el tránsito a nuevas posiciones dentro de la sociedad equivalente a los ritos de pasaje de las sociedades más primitivas;
3. El ámbito social valoriza y estructura oportunidades para la participación social de los adolescentes en sectores relevantes, como la educación, el trabajo y la vida en comunidad;
4. El ambiente micro y macrosocial en que se encuentran los adolescentes le ofrece oportunidades graduales de toma de decisiones.

La ausencia de espacios sociales debidamente estructurados para permitir la inserción social y el desarrollo positivo de la identidad se produce cuando:

- Existe una estructura familiar monoparental o extendida que puede funcionar en forma conflictiva y no brindar un soporte estable a los cambios propios del proceso adolescente
- Los desafíos que se ofrecen al sector adolescente son desarticulados, consumistas, efímeros, etcétera

- Las oportunidades de participación más accesibles están construidas por culturas de trasgresión y evasión
- Las oportunidades de gratificación y opciones de relevancia social constructiva son restringidas.

#### *2.3.4 La dimensión personal en el riesgo.*

Es durante la adolescencia cuando emerge gradualmente la personalidad con sus características de adquisición de destrezas, juicio crítico y los sentimientos de auto estima. La adaptación positiva a estas adquisiciones permitirá al adolescente enfrentar las situaciones y cumplir con las tareas requeridas con menos riesgo de sufrir un desequilibrio emocional, y verse expuesto al peligro con mayores posibilidades de auto conducción protectora<sup>57-58</sup>.

Ahora bien, la construcción de la identidad en la adolescencia puede obtenerse mediante el reconocimiento de características personales y la exploración de nuevas posibilidades desde la perspectiva de un compromiso con el futuro. En este contexto el riesgo no tiene un valor en sí mismo sino que es parte de una configuración donde lo relevante es el encuentro con la potencialidad y la experiencia enriquecedora.

En las investigaciones encabezadas por Kimel<sup>5</sup> las destrezas pueden clasificarse fundamentalmente en emocionales, cognoscitivas y sociales. Las destrezas emocionales permiten la elección de conductas y la adecuada articulación afectiva con el contexto. Se basan en identificaciones capacitantes y en experiencias previas generadoras de confianza, intimidad, autoaceptación y desarrollo empático cuya ausencia favorece la generación de riesgos.

Surgen como respuestas posibles la explosividad, los temores, los impulsos pobremente controlados, el “acting-out” y el enfrentamiento fóbico o contra fóbico de las situaciones, y se facilitan las conductas de provocación, trasgresión y violencia. Las destrezas sociales permiten generar e implementar soluciones efectivas ante los problemas interpersonales y

enfrentar situaciones del ámbito micro y macrosocial de forma que disminuyen el riesgo y la destructividad. La ausencia de estas destrezas se aprecia en la carencia de comportamientos efectivos o de motivación u oportunidades para ejecutar las destrezas adquiridas. Las enfermedades de transmisión sexual y el abuso de drogas pueden relacionarse con estas condiciones. Por su parte, las destrezas cognitivas conducen a la creación de soluciones alternativas y la especificación de cada paso requerido para alcanzar las metas.

El pensamiento es causal y tiene consideración con las consecuencias, estas destrezas incluyen el conocimiento de los comportamientos que proveen los resultados deseados y la capacidad para seleccionar los objetivos. La ausencia de destrezas cognitivas se traduce en dificultades para solucionar los problemas y en el desconocimiento de conductas que faciliten la interacción. La construcción de la identidad se ve interferida por la presencia de creencias negativas respecto de sí mismo, el entorno o la situación.

### *2.3.5 Factores Protectores*

La mayor parte de los estudios relacionados con el tema de la adolescencia se ha centrado en la identificación de los factores de riesgo, es decir aquellos que facilitan su aparición y mantenimiento, sea dentro de los núcleos familiares, la estructura familiar o en el contexto<sup>30,37,47</sup>; sin embargo se hace propicio hablar de aquellos factores que se contraponen la propuesta anteriormente mencionada, nos referimos a los factores protectores. Se denominan factores protectores a las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud integral del adolescente y sus relaciones con la calidad de vida y el desarrollo de estos como individuos y como grupo.

Alguno de estos factores puede ser características, logros o atributos presentes, antes, durante y después de la adolescencia; otros pueden estar presentes y operar en el ámbito de la familia<sup>57</sup>; otros aparecen como características del grupo<sup>54,61</sup> o de las comunidades y sus organizaciones en los programas de los diversos sectores de beneficio social.

En términos generales, para los adolescentes, podría considerarse que la existencia de factores aislados puede no tener un efecto visible, en comparación con una masa crítica de elementos complementarios atribuidos en las diversas instancias señaladas. La coparticipación de esas instancias refuerza los factores; además las personas, familias y sociedades deben estar conscientes de las ventajas de los factores protectores, valorarlos, asumir la responsabilidad de su incorporación, refuerzo y conservación. Deben reconocerse los efectos positivos de estos factores no solo durante el período de la adolescencia sino a lo largo de las etapas del ciclo vital y a lo largo de generaciones.

Así como los factores de riesgo no son el resultado del azar ni surgen espontáneamente, lo mismo ocurre con los factores protectores. Ambas clases de factores muchas veces son el resultado de procesos iniciados tiempo atrás y en ocasiones se han incorporado a los valores culturales como patrimonio social. Cabe señalar que los factores protectores son susceptibles de fortalecimiento y también pueden debilitarse y aún desaparecer, en otras palabras tienen su historia en el tiempo y en el espacio, así como razón de ser en el contexto en el que se aplican o presentan.

Tomando como base resultados de diversos investigadores<sup>18,20,38,42</sup> encontramos ejemplos de factores protectores que cabe hacer mención. La autoestima, autoconcepto y autoeficacia adecuada, y sentido de pertenencia e identidad grupales; perspectivas de construir proyectos de vida viables; escalas de valores congruentes con un desarrollo espiritual adecuado, en las que el amor, la verdad, la libertad, el respeto, la responsabilidad, la religiosidad, la moral y otros valores, se practiquen debidamente y en los ambientes apropiados. Estructuras y dinámica familiares congruentes con los procesos básicos y las funciones de la familia; familias y sociedades dispuestas a trabajar por una niñez, adolescencia y juventud saludables; micro ambientes familiares, escolares, laborales, deportivos y recreativos que sean saludables y propicios para el desarrollo de la gente joven de ambos sexos; niveles crecientes de auto cuidado y de responsabilidad en los dos sexos en relación con su salud reproductiva; ayuda mutua y existencia y uso adecuado de redes sociales de apoyo; promoción de investigaciones que permitan identificar las necesidades y mecanismos capaces de disminuir los problemas emergentes, incluyendo en forma prioritaria el refuerzo

de las defensas endógenas y exógenas frente a la exposición a situaciones traumáticas y de estrés en niños y adolescentes<sup>25</sup>.

Estos factores debiesen tener bases sólidas para poder ser ejercidos, caracterizándolos con una historia de vida saludable en el adolescente basado en la existencia de varios de esos factores protectores. Estos son sucedidos por el presente de la fase de la adolescencia, también saludable y provechosa en la suposición de que el pasado haya sido positivo y haya transmitido esos efectos a las etapas posteriores. Este aspecto es fundamental para el concepto de protección y promoción de la salud integral del adolescente.

### *2.3.6. La protección como proceso*

De acuerdo con Rutter<sup>25</sup> un mismo factor puede ser de riesgo y/o protector según las circunstancias, esto es, la reducción del impacto a la vulnerabilidad se produce al comprender más ampliamente el significado de riesgo, haber tenido gradual exposición a este tipo de situaciones con posibilidad de responder efectivamente o contar con el respaldo necesario y aprender a desarrollar alternativas de respuesta que no sean conductualmente nocivas; en estas circunstancias el escenario ideal es que el adolescente reciba de los adultos, cuya relación sea cercana y estrecha, los modelos apropiados para el desarrollo de respuestas que le represente un alternativa de solución de problemas que son parte de la vida cotidiana.

La posibilidad de establecer un autoestima y autoconcepto adecuados, cimentada en el alcance de logros, alcanzando el cumplimiento y reconocimiento de responsabilidades, así como brindar oportunidades para desarrollar destrezas sociales, cognitivas y emocionales que le permitan al adolescente enfrentar problemas, tomar decisiones y prever consecuencias negativas; incrementar el locus de control interno, es decir, reconocer en sí mismo la posibilidad de transformar circunstancias de modo que respondan a sus necesidades, preservación y aspiraciones; son factores personales protectores que pueden ser fomentados y que se vinculan con el desarrollo de la resiliencia<sup>42,67</sup>.

La protección que proviene del autocuidado físico (alimentación, ejercicios, sexo seguro) del desarrollo de nuevos intereses, de gratificaciones a través de la expresión de talentos y participación social disminuyen la exposición gratuita al riesgo.

En cuanto a los factores protectores externos encontramos la censura del vendedor de la farmacia ante la solicitud de condones, la dificultad de algunos funcionarios asignados a la capacitación para estar convencidos de la posición frente a la modalidad de prevención en sexualidad juvenil, el temor de las chicas de ser descubiertas con preservativos por sus padres, la incredulidad de los adultos acerca de la posibilidad que los jóvenes realmente tomen precauciones en momentos de tanta emoción, la angustia de aceptar la existencia de la sexualidad juvenil.

Ahora bien, frente al carácter más o menos estático de la delimitación de la mayoría de los factores de riesgo, se conciben los factores de protección como mecanismos integrados en un proceso: el proceso de interacción entre el individuo y el ambiente y de adaptación de aquél a éste. Aluden a mecanismos específicos de respuesta individual (conducta) con respecto a situaciones de riesgo. En este contexto, se puede decir que son los polos negativo y positivo del mismo constructo, cuando se habla de protección el proceso que da lugar al incremento o disminución del riesgo puede no necesariamente significar que la variable o experiencia sea, en sí misma, positiva o negativa.

Los factores de riesgo operan conduciendo al trastorno y operan directamente, en tanto que los factores o mecanismos de protección sólo se activan al entrar en interacción con los primeros. Así no encontramos la protección en las características presentes en un determinado momento, sino en el modo en que cada individuo se conduce en los cambios vitales o en las experiencias que le someten a presión y le hacen vulnerable a la influencia de los factores de riesgo.

Recapitulando la delimitación de grupos de factores protectores es posible sintetizar y diferenciar entre tres grandes grupos: Las características personales del propio adolescente;

la relación con un modelo conductual, y un ambiente social que refuerce sistemáticamente sus esfuerzos una vez que hace frente a la situación de exposición al riesgo.

Es lícito admitir cómo en el tercer grupo de factores se recoge la concepción de los factores de protección como elementos que aparecen en el transcurso del proceso de adaptación del adolescente<sup>52-54</sup>.

Dentro del escenario del presente análisis si bien no es el objetivo abordar el tema resiliencia y adolescencia, no se puede dejar de mencionarlo y precisar que se trata de un constructo inmerso tanto en los comportamientos de riesgo y de protección, como en las cogniciones y la estructura de la personalidad del joven.

El término resiliencia, que Rutter<sup>25</sup> conceptualizó con importantes investigaciones y desarrollos teóricos, proviene de una sociedad identificada en los metales, que pueden resistir los golpes y recuperar su estructura interna. Psicológicamente hablando se refiere a la capacidad del ser humano de recuperarse de la adversidad y, más aún, transformar factores de riesgo en un elemento de estímulo y desarrollo, en otras palabras, se trata de la capacidad de afrontar de modo efectivo eventos adversos, que pueden llegar, incluso a ser un factor de superación.

La resiliencia aporta una susceptibilidad menor al estrés y disminuye la potencialidad de verse afectado por eventos negativos, incluso algunos daños. Se refleja en el hecho que en momentos diferentes de la vida de las personas muestran mayor capacidad para enfrentar, resistir y recuperarse de factores que pueden ser destructivos.

Entre los factores que incrementan la resiliencia, Rutter<sup>25</sup>, Bernard<sup>31</sup>, destacan la exposición previa a la adversidad psicosocial con un enfrentamiento exitoso con la tensión y el peligro. Dosis graduales de enfrentamiento de dificultades pueden operar de modo similar a las inmunizaciones.

En cambio, el sobre control y la sobreprotección parecen actuar en sentido contrario. Una posible explicación de ello está que, en la sobreprotección, las decisiones y sus consecuencias están en manos de otros, lo que fomenta un locus de control externo y el individuo no consolida su autoestima, ni su autoconcepto, con la puesta a prueba de sus destrezas y el reconocimiento personal y social del resultado de sus responsabilidades, por lo cual se siente más a merced de los eventos externos. Por otro lado, el sometimiento permanente a adversidades y estrés, parece reducir fuertemente el desarrollo de la resiliencia<sup>31</sup>.

**Tabla 2. Factores protectores identificados en adolescentes<sup>72</sup>.**

Factores protectores	Reduce el riesgo de:				
	Abuso de drogas	Deserción escolar	Fugas del hogar	Violencia callejera	Otras conductas adictivas
Comunicación/diálogo abierto	X	X	X	X	X
Familia/límites y reglas delimitadas	X	X	X	X	X
Pautas de educación congruentes	X	X	X	X	X
Adecuada integración familiar	X	X	X	X	X
Expresiones de afecto como costumbre	X	X	X	X	
No abuso de alcohol en la familia	X	X			
No antecedentes de adicción en la familia	X				X
No abuso de drogas en la familia	X	X	X	X	X
Adecuada percepción de la figura paterna	X	X	X	X	X
Cogniciones/Rasgos de personalidad	X	X	X	X	X
Autoestima/Autoconcepto/Autoeficacia	X	X	X	X	X
Autonomía en el grupo de pertenencia	X	X		X	X
Conducta asertiva	X	X	X	X	X
Rechazo ante el consumo de drogas	X				X
Espiritualidad/Religiosidad	X	X			X
Adecuado rendimiento escolar	X	X		X	X
Práctica frecuente de deporte	X	X			
Actividades de esparcimiento/Cultura	X	X			X
Pocos amigos pero significativos	X	X		X	X

### 2.3.7. Teorías y modelos de promoción de la salud

En este apartado se describen las teorías y modelos que permiten planificar la promoción de la salud. Se realizó una extensa búsqueda en la literatura especializada sobre el tema; por lo anterior se describirán las particularidades de cada una señalando sus virtudes y sus limitantes, para dar paso finalmente al modelo con el que concordamos que es el *Modelo de Creencias de Salud*. Cabe mencionar que éste modelo fue uno de los primeros desarrollados en particular, para entender y explicar los comportamientos relacionados con la salud; además se describirá el modelo de planificación denominado *Precede-Procede* que en conjunto con nuestro modelo de creencias, ofrece una proyección ordenada para poder planificar la promoción de la salud de manera sistemática de acuerdo con el objetivo central de nuestra investigación<sup>18</sup>.

Los programas de educación y de promoción de la salud están diseñados para estimular a los individuos y a los grupos para mantener los comportamientos saludables, cambiar los no saludables, o para que adopten nuevos comportamientos saludables, para conseguir así mejoras de salud en los individuos y en la población en general. Un aspecto es saber que un determinado comportamiento o conducta afecta negativamente a la salud y otra es saber cómo conseguir cambiarlo por otro saludable o menos dañino. Es aquí donde las teorías o los modelos pueden ser útiles; las teorías o modelos ayudan a entender y predecir los comportamientos relacionados con la salud y para comprender los procesos de cambio en dichos comportamientos. Una teoría es un conjunto interrelacionado de conceptos, definiciones y proposiciones que presentan una visión sistemática de hechos o situaciones, por medio de la especificación de las relaciones entre variables, para poder explicar y predecir hechos o situaciones<sup>18</sup>.

Una teoría proporciona una estructura conceptual para seleccionar variables claves para influir en el comportamiento ligado a la salud. Diversos autores<sup>17-18,54</sup>, fundamentalmente del campo de la psicología social y de la psicología de la salud, han elaborado teorías o modelos para explicar por qué las personas se comportan de una u otra manera. En el

comportamiento individual intervienen variables que van desde características específicas de la persona concreta hasta el ambiente social en que se desenvuelve.

Debe tenerse en cuenta también que aunque distintas teorías utilizan términos comunes su significado dentro de la teoría no necesariamente es idéntico ni coincidente. Son diferentes constructos que deben ser entendidos en el contexto específico de cada teoría o modelo. Las teorías y los modelos pueden resultarnos de utilidad para interpretar situaciones y para planificar intervenciones prometedoras y realistas. Las teorías juegan también un papel importante en la evaluación de los programas o actividades.

Debe quedar claro que aunque las teorías sobre el comportamiento relacionado con la salud son herramientas importantes, ni la mejor teoría ni el mejor modelo es aplicable automáticamente a todos los contextos y problemas. En palabras de Pérez *et al.*<sup>60</sup> una teoría idónea o un buen modelo no sustituyen tampoco la imprescindible investigación y análisis de cada realidad concreta, ni la planificación específica de actividades de promoción de salud para un determinado contexto o colectivo.

Respecto a la amplia literatura sobre el tema, como se mencionó en el presente apartado se incluyen teorías y modelos que más impacto han tenido entre los profesionales de la promoción de la salud, pues han sido la base teórica en la que se han basado la mayoría de las intervenciones realizadas en el campo de interés<sup>17-18,54</sup>. Dado que muchas de esas teorías clásicas prestan especial atención a los aspectos más individuales y psicológicos, para dar una visión más completa se han recogido también modelos que ponen el énfasis en los aspectos sociales y colectivos en relación a los determinantes de la salud y el comportamiento relacionado con la salud.

Estos últimos enfoques forman parte de la tradición de la salud pública y han sido recogidos de manera explícita en las propuestas defendidas en los últimos años por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>13</sup> en numerosos documentos, como las estrategias de Salud para Todos, Salud 21, la Carta de Ottawa o la

Declaración de Yakarta. Para cada una de las teorías o modelos que se presentarán, se exponen destacando sus puntos más importantes.

A continuación empezaremos por la descripción del modelo de los determinantes de la salud, por ofrecer ese modelo un marco general donde pueden contextualizarse las restantes teorías y modelos.

#### *2.3.7.1 Modelo de los determinantes de la salud y las políticas de salud*

La promoción de la salud a nivel poblacional no puede entenderse sin comprender las teorías que explican que los principales determinantes de la salud humana, tanto a nivel individual como colectivo, están fuera del ámbito de actuación de los servicios sanitarios y del control del propio individuo<sup>13</sup>. Entre los determinantes de la salud y del bienestar individual y colectivo está también el denominado *capital social* de una comunidad, que estaría compuesto por elementos tales como la confianza y la integración social, la participación comunitaria y las redes sociales existentes. Hay diversos documentos propiciados por la OMS<sup>13</sup> que desarrollan extensamente los aspectos conceptuales del modelo de los determinantes de la salud y de la evidencia en que se basan las afirmaciones entre los vínculos entre diversos factores y la salud.

A pesar de las virtudes descritas en este modelo de determinantes de la salud y las políticas de salud, recordemos que nuestro propósito en la presente investigación descansa sus objetivos en determinar la prevalencia de los factores de riesgo en una población específica de un municipio del estado de Hidalgo, además nuestro estudio es de tiempo limitado lo que resulta poco funcional retomar este modelo. Ahora bien, podemos dar paso a la teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planificada.

#### *2.3.7.2. Teoría de la acción razonada y Teoría de la conducta planeada*

La Teoría de la Conducta Planificada (TCP) es una extensión de la Teoría de la Acción Razonada (TAR). Una descripción detallada de las mismas se puede encontrar en

Montaño<sup>60</sup>; ambas teorías se centran en los factores motivacionales individuales, a los que consideran determinantes de la probabilidad mayor o menor de que se realice una determinada conducta. Asumen que todas las demás variables, tales como las demográficas o ambientales, operan a través de las variables definidas en el modelo y que no contribuyen de manera independiente a explicar la probabilidad de una determinada conducta.

Con este conjunto de teorías, Teoría de la conducta planifica y teoría de la conducta planificada, se puede centrar su intención en factores motivacionales a nivel individual, sin embargo, no son teorías con esquemas plenamente claros, por no explicar a profundidad cómo es que interactúan las demás variables en torno a la conducta planificada. A continuación se describe el modelo transteórico de las etapas de cambio.

#### *2.3.7.3. Modelo transteórico de las etapas de cambio*

Este modelo utiliza las etapas de cambio para integrar procesos y principios descritos en distintas teorías, de ahí la denominación de transteorético. De acuerdo con Prochaska<sup>60</sup>, uno de sus principales precursores, intenta integrar de manera sistemática aportaciones fragmentarias de distintas teorías de la psicoterapia. Este modelo se basa en la asunción de que el cambio de conducta es un proceso y que los individuos están a distintos niveles de motivación o disponibilidad para cambiar de conducta. Por ello, los métodos a usar para conseguir un determinado cambio de conducta no pueden ser genéricos o universales, porque las personas no están todas en las mismas etapas.

Por ser esta última aseveración, donde remarca que no todas las personas están en las mismas etapas que propone el mencionado modelo, no es viable aplicar este modelo, que resulta interesante en investigaciones donde se tengan poblaciones pequeñas para poder apreciar y describir los cambios y realizar los análisis pertinentes.

#### *2.3.7.4. Modelo del proceso de precaución-adopción*

Este modelo se ha aplicado primordialmente a conductas de salud de tipo puntual, por ejemplo vacunarse o realizarse pruebas de cribado (para determinar la presunta existencia de una enfermedad), que al gradual desarrollo de conductas habituales del tipo de la dieta o el ejercicio. La adopción de una nueva conducta más saludable o el abandono de una conducta de riesgo, requiere que se realicen acciones deliberadas. El objetivo de este modelo es explicar cómo una persona llega a la decisión de tomar una determinada acción y cómo traslada esa decisión a la acción, y se centra en los procesos psicológicos dentro de las personas<sup>60</sup>.

El modelo ofrece un panorama específico para el análisis de las adopciones de nuevas conductas, sin embargo, el proceso llevaría hacer análisis de casos específicos, cuando el propósito de la presente investigación es ver el comportamiento de un grupo, considerablemente extenso, sobre varios factores relacionados con la salud.

#### *2.3.7.5 Teoría del aprendizaje social*

Esta teoría, también denominada teoría cognitivo social, basada fundamentalmente en las propuestas de Bandura, afirma que la conducta humana se explica por un modelo triádico, dinámico y recíproco en el cual la conducta, los factores personales o cognitivos y las influencias del medio social interaccionan entre sí simultáneamente.

Las interacciones de los participantes de nuestro estudio, no fueran observadas necesariamente para realizar interpretaciones sobre modelos de imitación específicos, mecanismos de recompensa y registro en el incremento o disminución de conducta. Por lo anterior, aunque esta teoría es una de las más importantes y conocidas en la disciplina psicológica, hemos tomado otro modelo que se apega más a nuestros propósitos

#### *2.3.7.6. Marketing social y su aplicación en la promoción de la salud*

Primeramente se describe el marketing social, la cual es la aplicación de los principios y técnicas del marketing comercial para la consecución de objetivos de tipo social. Las técnicas de marketing social se han empleado para persuadir a la gente a utilizar métodos de planificación familiar, fomentar prácticas nutricionales saludables, promocionar el aprendizaje de la lectura y la escritura, la inmunización infantil, o el uso de condones, entre otros objetivos. Distintas definiciones del marketing social en general suelen describir bien los componentes de los programas de marketing social bien las etapas o puntos de decisión claves en el proceso de marketing social.

Por otro lado, el modelo de Marketing de la Promoción de la Salud, es un modelo que fue concebido como la integración de tres enfoques diferentes que han sido utilizados para afrontar problemas de salud pública: las ciencias de la conducta, el marketing social y el desarrollo comunitario<sup>60</sup>. La premisa básica de este modelo es que los cambios de conducta a nivel masivo poblacional pueden ser el resultado de un proceso de planificación y programación estratégicas y de implementación desarrollado por representantes de la comunidad (o en concertación con ellos).

La utilización de este modelo resulta ser muy ambicioso y de gran alcance. Por las características del proyecto de investigación, aplicar este tipo de modelo pudiera resultar costoso y al ser de tiempo limitado no se podrían apreciar los resultados de la puesta en marcha de las herramientas del marketing. No obstante, se menciona por su proyección y metas claras de gran alcance.

#### *2.3.7.7. Modelos comunitarios y grupales de promoción de la salud*

La práctica totalidad de los problemas de salud no pueden ser resueltos adecuadamente si nos limitamos a intervenciones en el área estrictamente individual. Los determinantes de la salud son socialmente construidos y la capacidad de opción individual está altamente limitada, condicionada e influenciada por estructuras y circunstancias sociales, que

transcienden la capacidad de influencia y control de los individuos aislados. La salud y el bienestar individual y colectivo pueden ser promocionados por medio de la creación de estructuras sociales y políticas que favorezcan unas condiciones de vida y unos estilos de vida saludables, así como por medio de la reducción o eliminación de los riesgos para la salud en el medio ambiente y social. Para ello es necesario conocer cómo operan los sistemas sociales, cómo ocurren los cambios dentro y entre esos sistemas, y cómo los cambios organizativos y comunitarios influyen el comportamiento y salud de la población.

Dentro de las premisas de este modelo de alcances grupales y comunitarios<sup>60</sup>, nos encontramos con la disyuntiva de tener financiamiento limitado, además de que estos modelos son ideales para políticas sociales como agentes de cambio. No se descarta poder aplicar estas estrategias con alcances grupales y comunitarios, a partir de los resultados aquí encontrados. Por el momento, pudiera ser un modelo poco costeable y la apreciación de los resultados en un tiempo no corto.

Finalmente damos paso al modelo que se retoma de acuerdo con el objetivo trazado en el presente estudio. Es el modelo de creencias de salud, aplicado de manera conjunta con el modelo precede-procede, el cual es un modelo de planificación de actividades de promoción de la salud que está basado en la premisa de que el *diagnóstico educacional* debe preceder al plan de intervención, de manera a similar a como el diagnóstico médico precede a la elección del tratamiento. El modelo proporciona una estructura para la aplicación de teorías o modelos, como en este caso el modelo de creencias en salud, para que puedan identificarse e implementarse las estrategias e intervenciones más apropiadas.

#### *2.3.7.8. Modelo de nuestra investigación: Modelo de creencias en salud*

Éste fue uno de los primeros modelos desarrollados específicamente para entender y explicar los comportamientos relacionados con la salud. Este modelo presta una atención preferente al papel de la percepción o creencia individual acerca de su vulnerabilidad para

una enfermedad que amenaza su salud y acerca de las acciones que puede realizar para prevenir esa amenaza y evitar la posible enfermedad <sup>60</sup>.

El Modelo de Creencias en Salud<sup>60</sup> se basa en la creencia de que el comportamiento relacionado con la salud está determinado por los siguientes aspectos:

1. Si la persona se considera susceptible de sufrir un problema de salud;
2. Considera que ese es un problema de salud grave o relevante;
3. Está convencida de que actividades de tratamiento o prevención le reportarán beneficio;
4. Los potenciales beneficios superan los costes o barreras para la acción; y,
5. Reconoce la necesidad de actuar.

La necesidad de actuar está influenciada por distintas variables que afectan la percepción individual y como resultado influyen su comportamiento. Entre estos factores están el nivel educativo, características culturales, experiencias personales, el género y el estatus económico. Esas variables influyen también en nuestra percepción de la susceptibilidad, la severidad del riesgo, el beneficio y las barreras para el mantenimiento o cambio del comportamiento.

Según este modelo, aplicado por ejemplo para que se produzca la modificación de estilos de vida que exigen cambios a largo plazo, la persona tiene que sentirse amenazada por su patrón de conducta previa o actual (amenaza percibida = susceptibilidad + severidad) y debe creer que el cambio de conducta necesario tendrá un resultado deseable y lo hará a un coste aceptable.

En la siguiente tabla, retomada de la recopilación que hace Campo-Arias *et al.*<sup>54</sup> se presentan los conceptos bases de este modelo, se definen los mismos y se plantean aplicaciones prácticas derivadas de ellos y de utilidad a la hora de planificar actividades de promoción de la salud.

**Tabla 3: Modelo de creencias en salud**

Concepto	Definición	Aplicación
Susceptibilidad percibida	La creencia personal acerca de la probabilidad de que nos suceda algo	Definir población de riesgo y niveles de riesgo Estimar riesgo personalizado basándose en las características o comportamiento personal Hacer que la susceptibilidad percibida sea más consistente con el riesgo real
Severidad percibida	Creencia personal acerca de la gravedad de una condición o sus secuelas	Informar de las consecuencias del riesgo y a condición
Beneficios esperados percibidos	Creencia individual acerca de la eficacia de la acción propuesta para reducir el riesgo o la gravedad de la condición	Definir la acción necesaria: cómo, dónde, cuándo; clarificar los efectos positivos esperables
Barreras percibidas	Creencia individual acerca de los costes tangibles y psicológicos de la acción propuesta	Identificar y reducir las barreras percibidas por medio de reafirmación, corrección de información incorrecta, incentivos, asistencia
Estímulos para la acción	Estrategias para activar la disposición individual al comportamiento deseado	Proporcionar información sobre cómo hacerlo, promover la conciencia, emplear sistemas de recuerdo
Autocontrol (eficacia personal)	Confianza en uno mismo respecto a la capacidad de realizar la acción propuesta	Proporcionar entrenamiento y guía al realizar la acción Establecer objetivos progresivos Dar refuerzo verbal Ejemplificar los comportamientos deseados Reducir la ansiedad

Como se mencionó anteriormente, el Modelo de planificación precede-procede, desarrollado por Green en la década de los años 1970, no pretende predecir o explicar la relación entre factores o variables y una determinada conducta relacionada con la salud. Es un modelo de planificación de actividades de promoción de la salud que está basado en la premisa de que el diagnóstico educacional debe preceder al plan de intervención, de manera a similar a como el diagnóstico médico precede a la elección del tratamiento.

El modelo proporciona una estructura para la aplicación de teorías o modelos, para que puedan identificarse e implementarse las estrategias e intervenciones más apropiadas. El modelo puede verse como un mapa de carreteras donde las teorías marcarían la dirección y el destino del viaje. El mapa nos enseña las posibles vías mientras que las teorías nos sugerirían las carreteras a seguir.

El acrónimo PRECEDE representa las iniciales de: Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation). En 1991, PROCEED (Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational/Environmental Development) fue añadido al modelo, reconociendo la importancia de los factores ambientales y sociales como determinantes de la salud y del comportamiento relacionado con la salud.

Este modelo de planificación plantea nueve etapas en el proceso de planificación de las intervenciones de promoción de salud<sup>54</sup>. Las cinco primeras etapas serían previas a la definición del programa o intervención y tras la implementación de las intervenciones se cerraría el círculo con la evaluación del impacto de las intervenciones.

Quienes propugnan este modelo remarcan la necesidad de que en todas las etapas se articulen mecanismos de consulta y participación con la población o grupos diana de las actividades de promoción, bien usando encuestas, bien grupos focales u otra metodología, para conocer sus vivencias y percepciones respecto al tema.

En este modelo, las teorías anteriormente descritas pueden emplearse como estructura de un modelo general para planificar programas de promoción de la salud. A continuación se describen brevemente las nueve fases de este modelo y las teorías que corresponden a la ejecución de cada etapa<sup>67</sup>.

Las fases 1 y 2 tienen una íntima relación mutua y se dedican al diagnóstico social y al epidemiológico. Partiendo de la base de que los problemas sociales de una comunidad son una medida práctica y exacta de la calidad de vida, la etapa 1 requiere reconocer sus necesidades, carencias y problemas.

Se determina así la calidad de vida en esa localidad. La etapa 2 tiene como objeto determinar las metas de salud y las dificultades y problemas de salud que se relacionan con los hallazgos de la primera fase. En este proceso pueden utilizarse: las teorías de la organización comunitaria, para darles a los residentes locales la oportunidad de reconocer los problemas que comparten; el marketing social, que determina las necesidades de un grupo prioritario; la teoría de aprendizaje social, para identificar los factores ambientales que conducen a comportamientos perjudiciales; y la difusión de innovaciones, para determinar las necesidades o problemas de la comunidad.

En la etapa 3 se buscan las causas ambientales o los comportamientos que podrían estar relacionados con los problemas hallados en la etapa 2. Con esos fines pueden ponerse en práctica aspectos de las teorías de etapas de cambio para determinar en qué etapas del comportamiento están los grupos de la población; de aprendizaje social, para determinar la capacidad de comportamiento, las expectativas, la respuesta emocional y otras cualidades de la población objetivo; de difusión de innovaciones, para determinar en qué etapa de la adopción de innovaciones está la población, y de marketing social, para que se aplique el principio de la segmentación.

La etapa 4 es de diagnóstico educativo y organizativo. Se dedica a clasificar en tres categorías los comportamientos y factores ambientales notados en la etapa 3: factores que estimulan o inhiben los cambios de comportamiento; barreras que impiden el cambio o las habilidades y conocimientos necesarios para cambiar; y recompensas o mensajes que recibe la gente y sus efectos en cuanto a estimular o desalentar la ejecución de algún comportamiento a largo plazo. En este proceso pueden ser útiles las teorías de aprendizaje social, organización comunitaria, difusión de innovaciones, psicología conductual de la comunidad, marketing social, el modelo de cambio de comportamiento y los modelos de cambio de comportamiento-comunicación.

La etapa 5 comprende una búsqueda de recursos que puedan utilizarse para emprender un programa, por ejemplo, los canales de comunicación. Las teorías de marketing social y de organización comunitaria son apropiadas en esta etapa. Durante la etapa 6 se ejecuta el programa. Durante las etapas 7 a 9, el programa se repasa para evaluar su funcionamiento, impacto y resultados.

En la siguiente tabla, retomada de la recopilación que hace Rueda *et al.*<sup>57</sup> se presentan distintas teorías que pueden ser útiles en las distintas etapas de la planificación de intervenciones de promoción de salud del modelo PRECEDE-PROCEDE

**Tabla 4 . El modelo Precede-Procede para la planificación de actividades de promoción de salud**

Teorías y principios	Paso 1 Evaluación social	Paso 2 Evaluación epidemiológica	Paso 3 Evaluación de conducta y del medio	Paso 4 Evaluación educativa y ecológica	Paso 5 Evaluación administrativa y política
A nivel comunitario					
Participación y relevancia	X	X	X	X	X
Organización comunitaria	X		X		
Cambio organizacional				X	X
Difusión de innovaciones				X	X
Nivel Interpersonal					
Teoría social cognitiva			X	X	
Aprendizaje adulto				X	
Comunicación interpersonal				X	
Nivel Individual					
Modelo de creencias de salud				X	
Etapas de cambio			X	X	
Teoría de la Acción Razonada				X	
Teoría de la conducta planificada			X	X	
Procesamiento de a información				X	

Autores como Perea<sup>18</sup> presenta un modelo de planificación de tareas que comparte muchas de las etapas del modelo PRECEDE-PROCEDE, modelo que se presenta en la siguiente tabla.

**Tabla 5. Planificación de intervenciones de promoción de la salud**

Etapa	Actividades	Objetivos
Diagnóstico de la situación	Evaluación de necesidades percibidas y prioridades Análisis de daños epidemiológicos e indicadores sociales Establecimiento de prioridades para la acción	Objetivos de salud
Diagnóstico de causas del comportamiento	Análisis de la relación entre las conductas y el problema de salud Jerarquización de importancia y factibilidad de cambio	Objetivos conductuales
Diagnóstico de causas o factores ambientales o sociales	Análisis de la relación entre factores ambientales sociales y el problema de salud Jerarquización de importancia y factibilidad de cambio	Objetivos ambientales sociales
Diagnóstico del comportamiento y las causas o factores sociales o ambientales	Análisis de los determinantes del comportamiento: factores predisponentes, de refuerzo y facilitadores Análisis de determinantes sociales o ambientales Establecimiento de prioridades	Objetivos operativos (intervención)
Definición y concreción del programa o actividad	Establecer o extender redes para la acción Selección de instrumentos para cambiar el contexto Selección del contenido de los mensajes, métodos de comunicación y lugares o entornos donde hacerlo Análisis de los recursos y la organización disponibles o necesarios Planificación-formulación del programa o actividad	Objetivos del programa o actividad  Objetivos operativos
Implementación	Análisis de aspectos organizativos, incluyendo procesos de participación y colaboración Análisis de inputs del programa Evaluación de dificultades imprevistas y efectos secundarios	Objetivos del proceso  Objetivos del programa

	Monitorización de actividades Efecto a corto plazo	
Evaluación	Evaluación de efectividad Evaluación de eficiencia Evaluación de validez	Objetivos de intervención Objetivos de comportamiento y del medio social Objetivos de salud

Resulta evidente que la evaluación de las actividades de promoción de salud es clave para conocer el impacto de las intervenciones propuestas y llevadas a cabo. Aunque lo fundamental es la evaluación de resultados, el saber si al final la intervención conlleva un cambio de conducta y un impacto en la salud, no se debe dejar de lado otras evaluaciones como la de proceso y la formativa.

Una intervención planificada puede no tener ningún impacto en indicadores de salud, pero ello puede deberse a distintas razones. Puede que la intervención sirva o no para lo que pretende, para ello se evalúa la validez interna de la intervención. Esa validez interna puede evaluarse por medio de estudios experimentales del tipo de los ensayos aleatorizados, estudios que suelen realizarse en grupos concretos y que nos sirven para valorar la eficacia de una intervención. Hay que evaluar si realmente la intervención se ha realizado como se había planificado. Esto es importante para no cometer el error de considerar que una determinada intervención no sirve cuando en realidad igual no se ha implementado correctamente o no ha llegado a la población diana.

Otra dimensión de la evaluación tiene que ver con la denominada validez externa, que se refiere al si los resultados en un determinado contexto son o no generalizables o trasferibles a la población en su conjunto, a determinados subgrupos diferentes de la población, o a otras poblaciones. Siguiendo con el ejemplo anterior, es importante distinguir que una intervención ha podido funcionar bien en un grupo motivado de pacientes con una enfermedad directamente relacionada con el consumo de tabaco y con profesionales sanitarios muy motivados por el programa de promoción de salud, pero sus resultados no serían generalizables a la población general de fumadores.

Es importante también que se evalúen no sólo si se han producido los pretendidos efectos beneficiosos, sino además si se han producido efectos negativos. La evaluación debe

analizar no sólo en el efecto en personas individuales, sino también a nivel colectivo. Muchas iniciativas de promoción de salud son de enfoque colectivo, se realizan en colectivos o en determinados lugares (escuelas, centros de trabajo, grupos sociales o incluso a nivel más amplio, como las iniciativas de ciudades saludables).

Por ello, para facilitar la comprensión del impacto a ambos niveles individual y colectivo, puede ser de utilidad crear un doble esquema donde se facilite la visualización por separado de lo que pasa a ambos niveles, reflejando la población diana, cuantos grupos o personas eran elegibles para el programa, cuantos se contactaron y cuantos no, cuántos de los contactados aceptaron participar, cuántos de ellos luego se retiraron de la actividad, cuantos pudieron ser evaluados.

De ésta manera damos por sentada la revisión de los aspectos teóricos que sustentan la revisión de los factores de riesgo, factores protectores y teorías que apoyan el análisis de los factores relacionado con el riesgo en la salud, propósito de la presente investigación. Con este estudio se espera identificar la relación existente entre las áreas de personal, social, escolar, familiar con la dimensión de salud en los adolescentes.

### III. JUSTIFICACIÓN

Hasta este punto se ha delimitado la importancia y pertinencia de estudiar a la población adolescente entendiendo que ellos se encuentran en una etapa susceptible para adquirir o mantener conductas de riesgo, que desencadena aunado con otros factores medioambientales, posibles implicaciones que involucran a la salud, entendiéndola en el sentido más amplio de la palabra; salud también incide en otras dimensiones del adolescente, como son la familia, la educativa, así como la personal y social.

De acuerdo el Censo de Población y Vivienda INEGI<sup>19</sup> dentro de la población de interés por grupo de edad de 10 a 14 años representan el 11.3% de la población nacional, de los cuales el 5.7% es población masculina y 5.6% población femenina; en el grupo de edad de entre 15 y 19 años de edad representan el 10.4% de la población nacional, de los cuales el 5.1% es población masculina y 5.3% población femenina.

Particularmente el Estado de Hidalgo cuenta con 84 municipios considerando entre ellos la cabecera municipal, de los cuales en el periodo 2000-2005, el ritmo de crecimiento promedio anual de los hidalguenses fue de 0.85%, mientras que el nacional fue de 1.02%. Las poblaciones del país y del estado, disminuyeron el ritmo de crecimiento al menos desde 1990, como se puede observar al comparar la tasa anterior con la del quinquenio 1990-1995, de 2.0%.

Mineral de la Reforma, Tizayuca y Villa de Tezontepec son los tres municipios que de 2000 a 2005 crecieron más rápidamente en el estado, registrando tasas de 3.17% y hasta del 8.96% como se observa en la Tabla 1.

**Tabla 6. Tasa de crecimiento promedio anual por municipio y quinquenio de 1990 a 2005, Hidalgo**

Municipio	Tasa de crecimiento		
	1990-1995	1995-2000	2000-2005
Mineral de la Reforma	5.75	9.58	<b>8.96</b>
Tizayuca	4.74	3.90	<b>3.58</b>
Villa de Tezontepec	3.16	0.43	<b>3.17</b>

Fuente: INEGI. Censos generales de población y vivienda 1990 y 2000, y conteos de población y vivienda 1995 y 2005.

El proyecto inicial del trabajo de investigación fue abarcar los tres municipios con mayor crecimiento poblacional de acuerdo a los datos del INEGI 2010<sup>19</sup>; sin embargo, el acceso a dichos municipios dependía de la autorización de las instituciones sanitarias; procedimiento que se llevó a cabo mediante la presentación de oficios de solicitud, entrega de protocolos de investigación para su revisión oportuna y autorización correspondiente, encontrando respuesta favorable solo en el centro de salud del municipio de Tizayuca, Hgo.

En el estado de Hidalgo, de cada 100 personas entre 12 y 14 años, 93 asisten a la escuela, de cada 100 personas entre 15 y 24 años, 40 asisten a la escuela; específicamente en el municipio de Tizayuca el número total de habitantes es de 97,461 de los cuales por cada 100 mujeres 98 son varones, la media de edad poblacional es de 25 años o menos; las localidades de mayor población en este municipio son Tizayuca propiamente, Don Antonio y Haciendas de Tizayuca; la tasa de alfabetización por grupo de edad se distribuye de la siguiente manera, de cada 100 habitantes entre 15 a 24 años 99 saben leer y escribir, de cada 100 personas entre 12 y 14 años 94 asisten a la escuela, de cada 100 personas entre 15 y 24 años solo 39 asisten a la escuela; el 63% de los habitantes tienen derecho a servicios médicos de alguna institución pública o privada; 14 son los centros de educación secundaria en dicho municipio a los cuales asiste un total de 5,819 alumnos.

**Tabla 7. Estadística básica educativa, fin de cursos 2010-2011, Educación Secundaria, Municipio Tizayuca**

Tipo de Escuela	Cantidad	Alumnos existentes		
		Total	Hombres	Mujeres
<i>Federal Transferido</i>	11	5,567	2,737	2,830
<b>General</b>	8	4,338	2,107	2,231
<b>Telesecundaria</b>	1	214	106	108
<b>Tec. Industrial</b>	2	1,015	524	491
<i>Particular</i>	3	252	110	142
<b>General Particular</b>	3	252	110	142
<i>Total</i>	<b>14</b>	<b>5,819</b>	<b>2,847</b>	<b>2,972</b>

Fuente: SEP, Dirección de sistemas de información, registro y certificación, 2012

Las cifras y gráficas anteriores invitan a la investigación estandarizada y azarosa que permita reportar resultados generalizables a la población de interés en dicho municipio, sin embargo es sabido que la falta de recurso humano, monetario y apertura por parte de las instituciones educativas y de salud para poder captar una muestra representativa de los

adolescentes del municipio obligan al presente estudio enfocar sus esfuerzos, no menos importantes y controlados pero sí más específicos al estudiar a una sola escuela que de manera específica permite en su estudio a profundidad la investigación y análisis focalizado a un grupo cautivo de estudiantes adolescentes. Si bien, los resultados no podrán ser generalizados a la población adolescente de Tizayuca, si contribuyen a la comprensión de los factores de riesgo percibidos por los adolescentes de este sector ampliamente estudiado; los resultados permitirán establecer programas de acción para el mejoramiento de la salud en los adolescentes teniendo un diagnóstico certero y completo sobre la percepción que tiene el adolescente dando como resultado oportunidad de diseñar, implementar y evaluar planes y programas relacionados a los focos de alerta encontrados en los resultados. Esta contribución se plantea como ejercicio sistemático y estratégicamente planificado para la detección de factores de riesgo asociados a la salud como punto inicial de una amplia investigación en el tema.

## **IV. HIPÓTESIS**

Ho: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de percepción de riesgo en la dimensión de salud de adolescentes hidalguenses que cursan educación secundaria, en el municipio de Tizayuca.

Hi: En el nivel de percepción de riesgo en la dimensión de salud de adolescentes hidalguenses que cursan educación secundaria, en el municipio de Tizayuca, no se encontrarán diferencias estadísticamente significativas.

Se establecen hipótesis estadísticas debido a las características del instrumento de medición por las dimensiones y sub-dimensiones que evalúa y respecto a variables sociodemográficas a estudiar.

Hipótesis 1: Existen diferencias estadísticamente significativas en el riesgo percibido, de las dimensiones familiar, escolar, social, personal y de salud en la población evaluada.

Hipótesis 2: Existen diferencias estadísticamente significativas en el riesgo percibido de la dimensión de salud, en la escuela seleccionada respecto al grado escolar que cursan y turno al que asisten.

Hipótesis 3: Existen cinco o más sub-dimensiones de salud percibidas por los adolescentes en mayor probabilidad de riesgo, en la escuela seleccionada haciendo la diferenciación por edad, género, grado escolar y turno de escuela.

## **V. OBJETIVOS**

### *5.1 Objetivo General*

Identificar la prevalencia de factores de riesgo percibido asociados a la salud, en una muestra de adolescentes hidalguenses que cursan educación secundaria en el municipio de Tizayuca Hidalgo, mediante la aplicación del Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA).

### *5.2 Objetivos específicos*

Caracterizar la presencia de factores de riesgo percibido por adolescentes hidalguenses en las dimensiones de familiar, social, escolar, personal y de salud en escuelas secundarias seleccionadas.

Identificar las puntuaciones obtenidas de los factores de riesgo asociados a la salud logrando la diferenciación por edad, género, grado escolar y turno al que asisten.

Analizar las puntuaciones obtenidas de las once sub-áreas de salud en aquellos casos en los que se reporten cinco o más sub-áreas identificadas con mayor probabilidad de riesgo haciendo la diferenciación por edad, género, grado escolar y turno al que asisten.

## **VI. MATERIAL Y MÉTODO**

### *6.1 Población y muestra*

#### Criterios de inclusión

- Alumnos de 13 a 18 años de edad.
- Alumnos inscritos en primero, segundo o tercer grado de secundaria pública

#### Criterios de exclusión:

- Alumnos menores de 13 y mayores de 18 años de edad.
- Alumnos identificados en la escuela con problemas severos psicomotores que impidan contestar el instrumento de medición.

#### Criterios de inclusión escuelas secundarias

- Escuelas secundarias ubicadas en los Municipios de Tizayuca en el Estado de Hidalgo, en zona urbana y semiurbana.
- Escuelas secundarias públicas y/o privadas y que reporten tener alumnos de primer a tercer grado.
- Que la dirección de las escuelas secundarias autoricen la realización del estudio durante el ciclo escolar Agosto 2012-Julio 2013 y permita la aplicación del instrumento de recolección de datos a los alumnos de primero a tercer grado.

#### Criterios de exclusión de escuelas secundarias

- Escuelas secundarias que no se encuentren en el Municipio de Tizayuca.
- Escuelas secundarias que no sean públicas y privadas y/o que no reporten tener alumnos inscritos de primer a tercer grado.
- Escuelas secundarias que no autoricen la realización del estudio durante el ciclo escolar Agosto 2012-Julio 2013 y no permitan la aplicación del instrumento de recolección de datos a los alumnos.

### Características geográficas de la población:

De acuerdo con el Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos del INEGI 2009, el municipio de Tizayuca se ubica entre los paralelos 19° 47' y 19° 55' de latitud norte; los meridianos 98° 54' y 99° 02' de longitud oeste; altitud de 2,300; colinda al norte con el estado de México y el municipio de Tolcayuca, al este con el Municipio de Tolcayuca y el estado de México, al sur con el estado de México, al oeste con el estado de México; ocupa el 0.37% de la superficie del estado; cuenta con 27 localidades y una población total de 56,563 habitantes.

El estudio contó con la participación de 1136 alumnos de la Escuela Secundaria Técnica No. 50 “Armando Soto Basurto” del Municipio de Tizayuca, Hidalgo incorporada al sistema de la Secretaría de Educación Pública (SEP) del Estado de Hidalgo, inscritos en primero, segundo y tercer grado.

### Selección de las escuelas secundarias:

Basados en los resultados del Censo de Población y Vivienda INEGI (2010) la poblaciones que reportaron mayor crecimiento poblacional en los últimos 5 años fueron Mineral de la Reforma, Tizayuca y Villa de Tezontepec; se acudirá a las instituciones de salud de los municipios seleccionados para presentar el proyecto de investigación, una vez autorizado ésta servirá como acceso directo a escuelas secundarias públicas y privadas para la aplicación del instrumento de medición.

La selección de las escuelas secundarias se hizo mediante muestreo aleatorio por estratos o conglomerados considerando que los municipios seleccionados cuentan con la siguiente distribución de escuelas secundarias:

**Tabla 8. Estadística básica educativa, fin de cursos 2010-2011, Educación Secundaria, Municipio Mineral de la Reforma**

Tipo de Escuela	Cantidad	Alumnos existentes		
		Total	Hombres	Mujeres
<i>Federal Transferido</i>	12	4,475	2,317	2,158
General	7	2,541	1,342	1,199
Telesecundaria	2	307	171	136
Tec. Industrial	3	1,627	804	823
<i>Particular</i>	6	269	143	126
General Particular	6	269	143	126
<i>Total</i>	18	4,744	2,460	2,284

Fuente: SEP, Dirección de sistemas de información, registro y certificación, 2012

**Tabla 9. Estadística básica educativa, fin de cursos 2010-2011,  
Educación Secundaria Municipio Tizayuca**

Tipo de Escuela	Cantidad	Alumnos existentes		
		Total	Hombres	Mujeres
<i>Federal Transferido</i>	11	5,567	2,737	2,830
General	8	4,338	2,107	2,231
Telesecundaria	1	214	106	108
Tec. Industrial	2	1,015	524	491
<i>Particular</i>	3	252	110	142
General Particular	3	252	110	142
<i>Total</i>	14	5,819	2,847	2,972

Fuente: SEP, Dirección de sistemas de información, registro y certificación, 2012

**Tabla 10. Estadística básica educativa, fin de cursos 2010-2011,  
Educación Secundaria, Municipio Villa de Tezontepec**

Tipo de Escuela	Cantidad	Alumnos existentes		
		Total	Hombres	Mujeres
<i>Federal Transferido</i>	2	503	255	248
Telesecundaria	1	55	25	30
Tec. Agropecuaria	1	448	230	218
<i>Particular</i>	1	34	17	17
General Particular	1	34	17	17
<i>Total</i>	3	537	272	265

Fuente: SEP, Dirección de sistemas de información, registro y certificación, 2012

Considerando los datos anteriores son 35 las escuelas secundarias que se consideraron en los tres municipios, de las cuales 25 son públicas y 10 privadas, teniendo como gran total 11,100 alumnos inscritos en ellas. De tal forma que para obtener el tamaño de muestra probabilística estratificada recurrimos a la fórmula siguiente:

$$\sum fh = \frac{n}{N} = KSh$$

En donde la muestra  $n$  será igual a la suma de los elementos muestrales  $nh$ . Es decir, el tamaño de  $n$  y la varianza de  $\bar{y}$ , pueden minimizarse si calculamos “submuestras” proporcionales a la desviación estándar de cada estrato, esto es:

$$fh = \frac{nh}{N} = KSh$$

En donde  $nh$  y  $Nh$  son muestra y población de cada estrato y  $Sh$  es la desviación estándar de cada elemento en un determinado estrato. Entonces tenemos que:

$$kSh = \frac{n}{N}$$

Quedando de la siguiente manera la estimación del tamaño muestral:

**Tabla 11. Estimación del tamaño muestral.**

Minera de la Reforma	$fh = \frac{4,774}{11,100} = 0.427$
Tizayuca	$fh = \frac{5,819}{11,100} = 0.524$
Villa de Tezontepec	$fh = \frac{537}{11,100} = 0.048$
<b>Total</b>	999 alumnos

Derivado de la estimación anterior, inicialmente se evaluarían a 999 estudiantes de los municipios seleccionados, quedando de la siguiente manera:

**Tabla 12. Distribución propuesta de la muestra**

Municipio	Muestra Representativa	Escuelas Públicas		Escuelas Privadas	
Tizayuca	524	262	Hombres 131	262	Hombres 131
			Mujeres 131		Mujeres 131
Mineral de la Reforma	427	214	Hombres 107	213	Hombres 107
			Mujeres 107		Mujeres 106
Villa de Tezontepec	48	24	Hombres 12	24	Hombres 12
			Mujeres 12		Mujeres 12

A pesar de los esfuerzos administrativos, metodológicos y técnicos solo se logró la autorización previa de una escuela secundaria quienes mostraron interés y accesibilidad al proyecto para llevarse a efecto; bajo la condición expresa de evaluar al total de los alumnos inscritos de la Escuela Secundaria Técnica No. 50 “Armando Soto Basurto” del Municipio de Tizayuca, Hidalgo el director de la Institución educativa brindó las facilidades para realizar el presente proyecto.

## 6.2 Diseño de investigación

Se trata de un diseño de tipo observacional, transversal, comparativo; también llamado encuesta comparativa. En la encuesta comparativa se tienen dos o más poblaciones y se pretende comparar algunas variables en una ocasión única, con objeto de contrastar una o varias hipótesis.

Respecto al diseño estadístico, para fines de la presente investigación, centraremos nuestra atención en la búsqueda sistemática de asociaciones entre variables; cuando no existe una hipótesis central que ligue específicamente algunas variables, sino que se pretende asociar dos fenómenos que contienen en sí múltiples factores, habrá que relacionar una a una las variables que definen operacionalmente un fenómeno con las que definen operacionalmente otro. En nuestro caso, se realizó la caracterización de las variables que evalúa el instrumento de medición psicológica (dimensión familiar, escolar, personal, social y de salud) por grado de estudio, edad y género en las dos poblaciones de estudio escuelas públicas y privadas. Posteriormente se consideraron de manera especial los resultados de la dimensión de salud, y la relación con las subdimensiones o subáreas de impacto que la constituyen: *Patrón de consumo de tabaco, patrones de consumo de alcohol, patrones de consumo de sustancias, malestar físico, alteraciones del sueño, problemas de salud, presencia de adicciones, vulnerabilidad al consumo de sustancias, problemas alimenticios, manejo inadecuado del tiempo libre y hábitos no saludables.*

### 6.3 Análisis Estadístico

Una vez captada la información se efectuó la valoración estadística. En nuestro caso el volumen de los datos es significativamente grande, por tanto convino que la información fuera procesada por medio de computadoras, para facilitar este proceso recurrimos a paquetes estadísticos comerciales como lo es el SPSS versión 15 (Statistical Package for Social Science).

Los niveles de medición de las variables son de tipo intervalar lo que permitió aplicar pruebas de mayor potencia; prueba t para la comparación entre muestras independientes (turno matutino y vespertino); análisis factorial entre la dimensión de salud y sus once subdimensiones; se correlacionaron las dimensiones del instrumento respecto a algunas variables demográficas mediante análisis de varianza.

#### *6.4 Escenario*

Aula de clases ordinaria según las posibilidades de los planteles educativos a los cuales se tenga acceso con la investigación, preferentemente deberán ser aulas con adecuada ventilación, suficientemente iluminada y con bancas o pupitres que permitan contestar de manera adecuada los instrumentos de evaluación.

#### *6.5 Variables*

Las variables de la investigación correspondieron a tres categorías: demográficas, dependientes e independientes.

##### *6.5.1 Variables demográficas*

*Sexo del alumno:* características genéticas que permiten diferenciar entre género masculino y femenino.

*Edad del alumno:* edad cronológica reportada en años y meses cumplidos reportado en el momento de la aplicación del instrumento de evaluación.

*Grado escolar:* grado de educación secundaria en el cual el alumno evaluado está inscrito; puede ser primero, segundo o tercer grado.

##### *6.5.2. Variables de investigación*

V. I. Percepción del estado de salud en adolescentes hidalguenses de educación secundaria

V.D. Grado en riesgo identificado en Sub-áreas de impacto relacionadas con la percepción de salud en adolescentes hidalguenses

### 6.5.3 Variables independientes

#### *Percepción del estado de salud en adolescentes (definición conceptual)*

Estructura dimensional que permite explorar diversas circunstancias de la vida del adolescente, ubicadas básicamente en el presente, en distintas áreas o dimensiones, que pueden representar factores de riesgo para el surgimiento de alteraciones de salud tanto física como emocional<sup>21</sup>.

#### *Percepción del estado de salud en adolescentes (definición operacional)*

1. Dimensión familiar (FAM): incluye la conformación familiar, dinámica, formas de comunicación e interacción del adolescente con su familia nuclear y extensa. Indaga a cerca de la salud y la economía de los miembros de la familia, divorcios, enfermedades, conflictos entre los padres, entre hermanos y en general problemas familiares.
2. Dimensión social (SOC): incluye situaciones relacionadas con las pautas de interrelación del adolescente con otras personas fuera de su ambiente familiar y escolar, indaga los roles que éste desempeña en los grupos.
3. Dimensión escolar (ESC): incluye características comportamentales en el desempeño del adolescente en su ámbito escolar, formas de interacción con maestros y compañeros, tipo de escuela.
4. Dimensión personal (PER): identificación de las propias características personales, como son imagen corporal y autoconcepto; expectativas acerca de sí mismo.
5. Dimensión salud (SAL): frecuencia en hábitos con respecto a la higiene, alimentación, sueño, orden, preocupaciones y alteraciones de salud percibidas.

### 6.5.4 Variables dependientes

#### *Subáreas de impacto relacionadas con la percepción de salud (definición conceptual)*

De acuerdo con el IADA la dimensión de salud (SAL) se refiere a cómo describe el adolescente su estado general y cómo esto se relaciona con su salud; lo que permite

identificar hábitos con respecto a la higiene, alimentación, sueño, orden, entre otros, así como preocupaciones y alteraciones de salud<sup>21</sup>.

*Subáreas de impacto relacionadas con la percepción de salud (definición operacional)*

1. Patrones de consumo de tabaco: frecuencia y antigüedad del hábito de fumar, incluye también el ambiente social donde emite la conducta, ya sea escolar, familiar o con amigos.
2. Patrones de consumo de alcohol: frecuencia y antigüedad del hábito de ingerir bebidas embriagantes, incluye también el ambiente social donde emite la conducta, ya sea escolar, familiar o con amigos.
3. Patrón de consumo de sustancias: frecuencia y antigüedad respecto al hábito en el consumo de marihuana, cocaína, cemento, anfetaminas, tacha, éxtasis, incluye también el ambiente social donde emite la conducta, ya sea escolar, familiar o con amigos.
4. Malestar físico: frecuencia y antigüedad respecto a la presencia de mareos, problemas estomacales, cefalea tensional.
5. Alteraciones del sueño: frecuencia y antigüedad respecto a la presencia de dificultad para dormir, insomnio diagnosticado clínicamente.
6. Problemas de salud: frecuencia y antigüedad respecto a la ingesta de medicamentos, periodos de enfermedad, dificultades respiratorias.
7. Presencia de adicciones: antigüedad respecto a la presencia del hábito tabáquico o alcohólico.
8. Vulnerabilidad a consumo de sustancias: antigüedad respecto a la etapa de desarrollo inmediata a la presencia del hábito tabáquico o alcohólico.
9. Problemas alimenticios: frecuencia de la ingesta de alimentos de manera cotidiana, presencia de inadecuados hábitos alimenticios.
10. Manejo inadecuado del tiempo libre: frecuencia en comportamiento sedentario.
11. Hábitos no saludables: falta de actividad física y falta de apetito.

### 6.5.5. Instrumentos

El instrumento que se empleó para medir las variables demográficas fue un formato elaborado exprofeso para efectos de la investigación Hernández y Jiménez (2012), denominado *Ficha de datos demográficos*.

El instrumento de medición psicológica que permitió la medición de las variables independientes y dependientes fue el Inventario Autodescriptivo del Adolescente IADA<sup>21</sup>. Las características y escalas se describen a continuación:

#### *Ficha de datos demográficos*

Contiene preguntas dirigidas a los alumnos estudiantes e educación secundaria para obtener información acerca de su género, edad, grado escolar. La aplicación del instrumento puede ser colectiva, con duración aproximada de 20 a 30 minutos (Anexo 1).

#### *Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA)<sup>21</sup> Secundaria:*

Contiene 162 reactivos de elección forzosa SI-NO, que permiten evaluar de manera confiable cinco dimensiones o áreas de la vida del adolescente: familiar, social, personal, salud y escolar. Dentro de estas dimensiones se exploran diversos factores o subcategorías que contribuyen a ubicar de manera más específica la situación o problemática por la que atraviesan los jóvenes.

Los reactivos están divididos a su vez en dos partes, la primera constituida por 129 reactivos que permiten identificar variables que pueden representar condiciones de riesgo para el surgimiento posterior de algún tipo de problemática en la adolescencia, en tanto que ponen en un estado de mayor vulnerabilidad al adolescente; la segunda parte constan de 33 reactivos denominados descriptivos porque a través de ellos se pueden evaluar algunos aspectos personales, escolares y familiares, que forman parte del contexto en el que se

encuentra el adolescente. Éstos ayudan a describir, identificar y explicar la relación entre diferentes variables que se entrelazan en la vida del adolescente.

El instrumento fue diseñado para su uso con adolescentes entre 13 y 18 años de edad de poblaciones urbanas y semiurbanas; es de fácil aplicación y ésta puede ser individual o colectiva, nos centraremos en la segunda ya que es la forma conveniente para el presente trabajo de investigación; puede ser utilizado en grupos pequeños o grandes, en diferentes ámbitos y con diversas finalidades tanto en la educación, como en el campo clínico; el manual de aplicación recomienda hacer uso de apoyos gráficos con diapositivas, acetatos, o rotafolios, para dar lectura a las instrucciones por parte del entrevistador. Así mismo se sugiere realizar la aplicación con la colaboración de varios aplicadores entrenados y aclarar las dudas que puedan surgir por parte de los adolescentes. El tiempo promedio de la aplicación colectiva es de 30 a 35 minutos.

Cabe mencionar que el instrumento está orientado para ser aplicado, calificado e interpretado por psicólogos preferentemente familiarizados en el trato con adolescentes y el tipo de problemas que presentan durante su desarrollo.

El objetivo de este instrumento es identificar oportunamente factores de riesgo de manera individual, así como en poblaciones en riesgo o vulnerables, en diferentes escenarios como el clínico o el educacional, de tal forma que se pueda intervenir a nivel de prevención y en la búsqueda de estrategias que apoyen el desarrollo de la resiliencia y de conductas saludables. A partir de su aplicación, se podrá determinar si las circunstancias que rodean a un adolescente están dentro de los parámetros de normalidad, o son características de la etapa del desarrollo; si son condiciones que pueden constituir un riesgo para la aparición ulterior de problemas o si son consideradas como un riesgo y están relacionadas con la actual problemática.

Está conformado como un autorreporte, por tanto es autoadministrable, que recoge la percepción del propio adolescente en relación a sí mismo y a su entorno. Se compone de reactivos dicotómicos de elección forzada SI/NO en forma de aseveraciones o negaciones

con respecto a diversos aspectos de la vida del adolescente que deberán ser contestados por él, en sentido positivo o negativo (presencia o ausencia), desde su propia perspectiva, según sea el caso. Es un instrumento cerrado, desarrollado a partir de una estructura multidimensional y una perspectiva de prevención, por lo que además de lo anteriormente explicado proporciona información sobre algunos elementos básicos de los adolescentes que contextualizan la información que proporciona las diferentes dimensiones.

El instrumento fue aplicado en poblaciones similares a la población objetivo del presente estudio, escuelas de enseñanza media y media superior, públicas y particulares de la Ciudad de México y Zona conurbada, así como en otros Estados participantes, Aguascalientes, Sonora y Morelia de diferente estrato socioeconómico. Cuenta con un coeficiente Alpha de Cronbach para toda la prueba así como para cada una de las dimensiones; el coeficiente de confiabilidad Alpha total o global fue de .90, indicando alto grado de consistencia interna; en la dimensión familia fue de .83, la social fue de .63, la escolar fue de .70, la personal fue de .73 y la de salud de .78; los coeficientes de la dimensión escolar y social pueden ser considerados como moderadamente altos mientras que los índices para las dimensiones familiar, personal y salud pueden apreciarse como altos<sup>21</sup>.

Respecto a la validez de contenido se obtuvo mediante varios métodos para verificar varios tipos o dimensiones de la misma; utilizando el método de expertos inicialmente con 31 jueces expertos; en la segunda validación por jueces se apreció un aumento en el nivel de acuerdo de los mismos, 70% de jueces tuvo acuerdo en la clasificación del 98.14% de los reactivos, el 80% en un 97.77%; y el 90% en el 94.07%, eliminando 10 reactivos inicialmente planteados. También se evaluó la confiabilidad entre 31 jueces expertos, a través de la obtención de índices de concordancia kappa ( $p < 0.05$ ) obtenidos observando que la mayoría de los reactivos obtuvieron un elevado valor indicando altos niveles de acuerdo entre los jueces en la ubicación y pertinencia de los reactivos.

Para su aplicación se utilizaron cuadernillos o protocolos de aplicación para secundaria del Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) por la Editorial Manual Moderno® 2010 (Anexo 2) y lápices del número 2.

### *Cápsula informativa:*

Se brindó, inmediatamente después de aplicado el instrumento de medición psicológica, una cápsula informativa sobre la importancia del cuidado de la salud personal y la forma directa en que repercute en las demás áreas de la vida (familiar, social, personal y escolar) justificado desde el enfoque psicosocial en el marco de la psicología de la salud, cubriendo con ello el aspecto ético necesario en cada proyecto de investigación; independientemente de los resultados que se encontraron derivado de la calificación e interpretación del instrumento aplicado. Serán de especial atención los alumnos en los que se encuentren discrepancias sobresalientes que signifiquen un riesgo mayor para el adolescente. Los materiales que se utilizaron para llevar a efecto la cápsula informativa fueron: rotafolio el cual contenía ilustraciones y gráficas relacionadas con la temática, fue necesario utilizar marcadores para pizarrón blanco y borrador.

### *Medidas*

En las tablas 13 y 14 se presentan las medidas utilizadas para cada una de las variables demográficas y las variables dependientes evaluadas respectivamente.

**Tabla 13. Medidas de las variables demográficas**

<b>Variables demográficas</b>	<b>Opciones de respuesta</b>	<b>Escala</b>
Sexo alumno	1.Masculino 2.Femenino	Nominal
Edad alumno	-	Numérica
Grado escolar	1. Primero 2. Segundo 3. Tercero	Numérica

**Tabla 14. Medidas de las variables dependientes**

Variables dependientes	Número de reactivos	Opciones de respuesta	Escala	Medidas
Patrones de consumo de tabaco	162 reactivos en total	0: Si 1: No	Nominal	Puntuaciones correspondientes a las normas de calificación del instrumento psicológico
Patrones de consumo de alcohol				
Patrón de consumo de sustancias				
Malestar físico				
Alteraciones del sueño				
Problemas de salud				
Presencia de adicciones				
Vulnerabilidad al consumo de sustancia				
Problemas alimenticios				
Manejo inadecuado del tiempo libre				
Hábitos no saludables				

### 6.6 Procedimiento

#### *Selección de los participantes*

Una vez aceptado el proyecto por el Centro de Salud municipal de Mineral de la Reforma, Tizayuca y Villa de Tezontepec y además de la autorización por los directivos de la secundaria autorizada, se convocó a una reunión de padres de familia cuyos hijos están inscritos en primer, segundo y tercer grado para exponer de manera general los propósitos de nuestra investigación evaluando a sus hijos. Una vez obtenida respuesta favorable se procedió a la firma del consentimiento informado (Anexo 3), comprometiéndonos a entregar resultados de manera general por grupo y de manera particular a los adolescentes con los cuales los resultados obtenidos, capturados y analizados indiquen riesgo mayor a la exposición del resto de la población escolar.

#### *Fase de evaluación*

Se aplicó de manera grupal el *Cuestionario sobre datos demográficos* la duración aproximada de la aplicación del instrumento es de aproximadamente 5 minutos.

Se aplicó de manera grupal el instrumento de medición psicológica antes referido, Inventario Autodescriptivo del Adolescente IADA<sup>21</sup>, a la muestra seleccionada de las escuelas secundarias participantes en los grupos de primero, segundo y tercer grado escolar; la duración aproximada de aplicación es de 30 a 35 minutos.

Terminado este paso se procedió a la plática informativa sobre la importancia del cuidado de la salud personal y la forma directa en que repercute en las demás áreas de la vida (familiar, social, personal y escolar) justificado desde el enfoque psicosocial en el marco de la psicología de la salud, cubriendo con ello el aspecto ético necesario en cada proyecto de investigación.

### *6.7 Aspectos éticos y de bioseguridad*

Con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de los aspectos de la investigación con seres humanos<sup>74</sup>. Artículo 17 el cual señala que se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. La presente investigación encaja en el rubro denominado investigación sin riesgo: estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Formalmente se contactará a las autoridades sanitarias de los municipios de Tizayuca, Mineral de la Reforma y Villa de Tezontepec explicando la naturaleza de la investigación, sus procedimientos y la garantía de salvaguardar los datos previstos en el formato de consentimiento informado (Anexo 4).

## VII. RESULTADOS

Se evaluaron a 1044 estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica No. 50 “Armando Soto Basurto” del Municipio de Tizayuca, Hidalgo, de ambos turnos de los grados escolares primero, segundo y tercero, cuyas edades se ubicaron entre los 13 y 15 años de edad ( $X=13.45$ ,  $DE=0.580$ ). En la Tabla 16 se describen las características de los participantes de acuerdo a género, edad y grado escolar.

**Tabla 16. Características de los participantes del estudio**

VARIABLE	FRECUENCIA		TOTAL
	Matutino	Vespertino	Porcentaje
Género			
Masculino	291	250	541 (51.8%)
Femenino	278	225	503 (48.2%)
Edad			
13	387	232	619 (59.3%)
14	168	209	377 (36.1%)
15	13	34	47 (4.5%)
Grado escolar			
Primero	184	157	341 (32.7%)
Segundo	201	167	368 (35.2%)
Tercero	184	151	335 (32.1%)

De acuerdo al primer objetivo específico del presente documento que fue caracterizar la presencia de factores de riesgo percibidos por adolescentes hidalguenses, se realizó la descripción de las cinco dimensiones que componen el instrumento de medición psicológica denominado Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA)<sup>21</sup>: familiar, social, escolar, personal y salud.

Las tablas 17, 18 y 19 muestran el nivel de riesgo percibido reportado por los participantes en la dimensión familiar (12 sub-áreas) describiéndolas por turno, género y grado escolar.

**Tabla 17.**

**Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión familiar (Turno escolar)**

DIMENSIÓN FAMILIAR	Matutino		Vespertino		TOTAL
	F	%	f	%	
Ambiente familiar					
Sin riesgo	482	84.7	475	100.0	957
En riesgo	87	15.3	0	0.0	87
Dificultades en el sistema fraterno					
Sin riesgo	393	69.1	320	67.4	713
En riesgo	176	30.9	155	32.6	331
Límites					
Sin riesgo	485	85.2	367	77.3	852
En riesgo	84	14.8	108	22.7	192
Calidad de las relaciones familiares					
Sin riesgo	535	94.0	442	93.1	977
En riesgo	34	6.0	33	6.9	67
Dificultades en el sistema parental					
Sin riesgo	308	54.1	309	65.1	617
En riesgo	261	45.9	166	34.9	427
Desaprobación paterna					
Sin riesgo	78	13.7	107	22.6	185
En riesgo	490	86.1	367	77.4	857
Desaprobación de las relaciones familiares					
Sin riesgo	153	26.9	118	24.8	271
En riesgo	416	73.1	357	75.2	773
Problemas emocionales de los padres					
Sin riesgo	231	40.6	0	0.0	231
En riesgo	338	59.4	475	100.0	813
Conflictos familiares					
Sin riesgo	502	88.4	391	82.7	893
En riesgo	66	11.6	82	17.3	148
Problemas emocionales de la familia					
Sin riesgo	504	88.7	391	82.7	895
En riesgo	64	11.3	82	17.3	146
Problemas de salud de los padres					
Sin riesgo	204	35.9	0	0.0	204
En riesgo	365	64.1	475	100.0	840
Inconsistencia familiar					
Sin riesgo	297	52.3	84	17.7	381
En riesgo	271	47.7	391	82.3	662

**Tabla 18.**

**Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión familiar (Género)**

DIMENSIÓN FAMILIAR	Masculino		Femenino		TOTAL
	F	%	f	%	
Ambiente familiar					
Sin riesgo	494	91.3	463	92.0	957
En riesgo	47	8.7	40	8.0	87
Dificultades en el sistema fraterno					
Sin riesgo	360	66.5	353	70.2	713
En riesgo	181	33.5	150	29.8	331
Límites					
Sin riesgo	442	81.7	410	81.5	852
En riesgo	99	18.3	93	18.5	192
Calidad de las relaciones familiares					
Sin riesgo	512	94.6	465	92.4	977
En riesgo	29	5.4	38	7.6	67
Dificultades en el sistema parental					
Sin riesgo	315	58.2	302	60.0	617
En riesgo	226	41.8	201	40.0	427
Desaprobación paterna					
Sin riesgo	95	17.6	90	17.9	185
En riesgo	445	82.4	412	82.1	857
Desaprobación de las relaciones familiares					
Sin riesgo	104	19.2	167	33.2	271
En riesgo	437	80.8	336	66.8	773
Problemas emocionales de los padres					
Sin riesgo	128	23.7	103	20.5	231
En riesgo	413	76.3	400	79.5	813
Conflictos familiares					
Sin riesgo	468	86.7	425	84.8	893
En riesgo	72	13.3	76	15.2	148
Problemas emocionales de la familia					
Sin riesgo	468	86.7	427	85.2	895
En riesgo	72	13.3	74	14.8	146
Problemas de salud de los padres					
Sin riesgo	104	19.2	100	19.9	204
En riesgo	437	80.8	403	80.1	840
Inconsistencia familiar					
Sin riesgo	215	39.8	166	33.0	381
En riesgo	325	60.2	337	67.0	662

**Tabla 19.**

**Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión familiar (Grado escolar)**

DIMENSIÓN FAMILIAR	Primero		Segundo		Tercero		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
Ambiente familiar							
Sin riesgo	341	100.0	359	97.6	257	76.7	957
En riesgo	0	0.0	9	2.4	78	23.3	87
Dificultades en el sistema fraterno							
Sin riesgo	224	65.7	254	69.0	235	70.1	713
En riesgo	117	34.3	114	31.0	100	29.9	331
Límites							
Sin riesgo	279	81.8	307	83.4	266	79.4	852
En riesgo	62	18.2	61	16.6	69	20.6	192
Calidad de las relaciones familiares							
Sin riesgo	304	89.1	347	94.3	326	97.3	977
En riesgo	37	10.9	21	5.7	9	2.7	67
Dificultades en el sistema parental							
Sin riesgo	224	65.7	227	61.7	166	49.6	617
En riesgo	117	34.3	141	38.3	169	50.4	427
Desaprobación paterna							
Sin riesgo	54	15.8	81	22.1	50	14.9	185
En riesgo	286	83.9	286	77.9	285	85.1	857
Desaprobación de las relaciones familiares							
Sin riesgo	94	27.6	101	27.4	76	22.7	271
En riesgo	247	72.4	267	72.6	259	77.3	773
Problemas emocionales de los padres							
Sin riesgo	12	3.5	94	25.5	125	37.3	231
En riesgo	329	96.5	274	74.5	210	62.7	813
Conflictos familiares							
Sin riesgo	294	87.0	306	83.2	293	87.5	893
En riesgo	44	13.0	62	16.8	42	12.5	148
Problemas emocionales de la familia							
Sin riesgo	294	87.0	306	83.2	295	88.1	895
En riesgo	44	13.0	62	16.8	40	11.9	146
Problemas de salud de los padres							
Sin riesgo	0	0.0	42	11.4	162	48.4	204
En riesgo	341	100.0	326	88.6	173	51.6	840
Inconsistencia familiar							
Sin riesgo	106	31.1	96	26.1	179	53.6	381
En riesgo	235	68.9	272	73.9	155	46.4	662

En las tres tablas presentadas se describe el nivel de riesgo percibido de los participantes respecto a las tres clasificaciones: turno, género y grado escolar; las sub-áreas con mayor puntuación fueron *desaprobación paterna*, *desaprobación de las relaciones familiares*, *problemas emocionales de los padres*, *problemas de salud de los padres* e *inconsistencia familiar*.

La sub-área *desaprobación paterna* de acuerdo al IADA<sup>21</sup> evalúa la forma en que el adolescente percibe la no-aprobación de sus padres sobre aspectos como su forma de vestir, amigos y el tipo de música que escuchan. Por su parte la sub-área *problemas emocionales de los padres* -es la que indica que el hijo asegura que su padre y/o su madre tienen problemas emocionales - es la que se reporta con un índice alto en las respuestas, que de forma similar que en la sub-área anterior de acuerdo a los porcentajes influye más en el riesgo percibido en los estudiantes del turno vespertino.

La siguiente sub-área de mayor percepción de riesgo se ubica en *problemas de salud de los padres*, que impacta a los jóvenes de ambos turnos con una mayor influencia en los del turno vespertino (100%); respecto al género se aprecia una percepción del 80% tanto en varones como en mujeres; la percepción de riesgo tiene un mayor índice en los alumnos de primero y segundo grado escolar. Se menciona que la sub-área *problemas de salud de los padres* evalúa el consumo de alcohol y la idea manifiesta de que el padre y/o la madre están enfermos.

Otras sub-áreas de la dimensión familiar cuyos índices fueron altos es la *desaprobación de las relaciones familiares* y la *inconsistencia familiar*. Su índice de riesgo en porcentaje se ubicó entre el 72% y 80%. Aunado con la sub-área anterior, se considera el contexto familiar como un factor de riesgo en la adolescencia cuando no se establece una comunicación adecuada entre los miembros familiares.

Por otra parte, las sub-áreas *calidad de las relaciones familiares* y *ambiente familiar* son las que reportaron con menor percepción de riesgo. Por un lado *calidad de las relaciones*

*familiares* evalúa como el adolescente perciben apoyo de su núcleo familiar primario, por otra parte *ambiente familiar* evalúa del joven adolescente si es de su agrado vivir en su propia casa, si consideran tener un espacio para estudiar dentro de su casa, si se sienten adaptados al ambiente familiar.

Se mencionan a continuación las respuestas del riesgo percibido en las dos sub-áreas de la dimensión social en las tablas 20, 21 y 22 correspondientes al turno, género y grado escolar respectivamente.

**Tabla 20.**  
**Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión social (Turno)**

DIMENSIÓN SOCIAL	Matutino		Vespertino		TOTAL
	F	%	F	%	
Problemas interpersonales					
Sin riesgo	228	40.1	205	43.2	433
En riesgo	340	59.9	270	56.8	610
Relaciones sociales satisfactorias					
Sin riesgo	507	89.4	475	100.0	982
En riesgo	60	10.6	0	0.0	60

**Tabla 21.**  
**Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión social (Género)**

DIMENSIÓN SOCIAL	Masculino		Femenino		TOTAL
	F	%	F	%	
Problemas interpersonales					
Sin riesgo	210	38.9	223	44.3	433
En riesgo	330	61.1	280	55.7	610
Relaciones sociales satisfactorias					
Sin riesgo	509	94.3	473	94.2	982
En riesgo	31	5.7	29	5.8	60

**Tabla 22.**  
**Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión familiar (Grado escolar)**

DIMENSIÓN SOCIAL	Primero		Segundo		Tercero		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
Problemas interpersonales							
Sin riesgo	162	47.5	153	41.6	118	35.3	433
En riesgo	179	52.5	215	58.4	216	64.7	610
Relaciones sociales satisfactorias							
Sin riesgo	341	100.0	355	96.5	286	85.9	982
En riesgo	0	0.0	13	3.5	0	0.0	60

En riesgo					47	14.1	
-----------	--	--	--	--	----	------	--

En las tres tablas presentadas se hace evidente la tendencia a percibir riesgo en la sub-área *problemas interpersonales* en las tres categorías, turno (59.9% matutino y 56.8% vespertino), género (ligeramente superior en los varones 61% contra 55.7% de las mujeres) y grado escolar (se registra el riesgo percibido más elevado en tercer grado). Estos hallazgos nos sugieren que los adolescentes participantes del presente estudio, encuentran difícil las relaciones interpersonales con sus iguales; hallazgos que coinciden con lo presentado por Benard<sup>31</sup>, Dekovick<sup>22</sup>, Ferguson *et al.*<sup>29</sup>, Reuchkin *et al.*<sup>34</sup> y Rutter<sup>25</sup> quienes concuerdan en considerar los factores de riesgo en la aparición de diversos problemas de naturaleza social-emocional se encuentran los siguientes factores: baja autoestima, baja autoeficacia, estilos de afrontamiento ineficientes en función de las demandas, problemas o trastornos de personalidad, carencia de metas, entre otros.

La sub-área *problemas interpersonales* evalúa la percepción de los alumnos respecto a sus relaciones con amigos y con otras personas del medio circundante, sentimientos de abandono, aislamiento social, dificultades para establecer relaciones amistosas con iguales. Caso contrario con la sub-área denominada *relaciones sociales satisfactorias* la cual el riesgo percibido es mínimo y estadísticamente no significativo. Dicha sub-área evalúa aquellas situaciones de adaptación con sus compañeros de clase, la percepción de sus iguales como personas con las que pueden compartir intereses e inquietudes, y si consideran tener amigos significativos. Los ítems involucrados con esta sub-área *problemas interpersonales* hacen alusión a la percepción que el adolescente tiene sobre la cercanía con los otros, por ejemplo, “me alejo de la gente”, “me siento abandonado(a) por mis amigos”, “se me dificulta hacer amigos”.

En seguida se describe las cinco sub-áreas de la Dimensión escolar respecto de turno, género y grado escolar.

**Tabla 23.**  
**Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión escolar (Turno)**

DIMENSIÓN ESCOLAR	Matutino		Vespertino		TOTAL
	f	%	F	%	
Dificultades de aprendizaje					
Sin riesgo	507	89.1	475	100.0	982
En riesgo	62	10.9	0	0.0	62
Inadecuación escolar					
Sin riesgo	252	44.3	221	46.5	473
En riesgo	317	55.7	254	53.5	571
Satisfacción escolar					
Sin riesgo	508	89.3	459	96.6	967
En riesgo	61	10.7	16	3.4	77
Problemas de relación en la escuela					
Sin riesgo	325	57.1	253	53.3	578
En riesgo	244	42.9	222	46.7	466
Rendimiento académico inadecuado					
Sin riesgo	440	77.3	452	95.2	892
En riesgo	129	22.7	23	4.8	152

**Tabla 24.**  
**Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión escolar (Género)**

DIMENSIÓN ESCOLAR	Masculino		Femenino		TOTAL
	F	%	f	%	
Dificultades de aprendizaje					
Sin riesgo	513	94.8	469	93.2	982
En riesgo	28	5.2	34	6.8	62
Inadecuación escolar					
Sin riesgo	250	46.2	223	44.3	473
En riesgo	291	53.8	280	55.7	571
Satisfacción escolar					
Sin riesgo	512	94.6	455	90.5	967
En riesgo	29	5.4	48	9.5	77
Problemas de relación en la escuela					
Sin riesgo	302	55.8	276	54.9	578
En riesgo	239	44.2	227	45.1	466
Rendimiento académico inadecuado					
Sin riesgo	474	87.6	418	83.1	892
En riesgo	67	12.4	85	16.9	152

**Tabla 25.**  
**Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión escolar (Grado escolar)**

DIMENSIÓN ESCOLAR	Primero		Segundo		Tercero		TOTAL
	F	%	F	%	f	%	
Dificultades de aprendizaje							
Sin riesgo	341	100.0	344	93.5	297	88.7	982
En riesgo	0	0.0	24	6.5	38	11.3	62
Inadecuación escolar							
Sin riesgo	128	37.5	180	48.9	165	49.3	473
En riesgo	213	62.5	188	51.1	170	50.7	571
Satisfacción escolar							
Sin riesgo	310	90.9	338	91.8	319	95.2	967
En riesgo	31	9.1	30	8.2	16	4.8	77
Problemas de relación en la escuela							
Sin riesgo	207	60.7	183	49.7	188	56.1	578
En riesgo	134	39.3	185	50.3	147	43.9	466
Rendimiento académico inadecuado							
Sin riesgo	262	76.8	318	86.4	312	93.1	892
En riesgo	79	23.2	50	13.6	23	6.9	152

En las tres Tablas 23, 24 y 25 el índice de riesgo percibido se ubica tanto en turno, género (ligeramente más en las adolescentes) y en los tres grados escolares la sub-área *inadecuación escolar*; esta sub-área evalúa el riesgo percibido por el adolescente sobre temas como el saberse en una escuela inadecuada, sintiéndose fuera de lugar, aburrimiento en el ambiente escolar y la falta de interés de por parte de los maestros.

Cuando se realizó el análisis por género no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, es decir, que igualmente para las y los jóvenes perciben el contexto escolar como un sitio ajeno a sus intereses, ligeramente el porcentaje es mayor en las jóvenes quienes reportan 55.7% de riesgo y supera por 2% al reportado por los jóvenes varones. En esta misma sub-área *inadecuación escolar* cuando se analiza por grado escolar, observamos que se localizan altos índices de riesgo en los tres grados escolares siendo ligeramente mayor en primer grado con 62.5%, en tanto para segundo y tercero se reportan 51% y 50% respectivamente.

La segunda sub-área que se eligió con mayor riesgo es la denominada *problemas de relación en la escuela*, la cual se distribuyó de la siguiente manera: 42% y 47% para los turnos matutino y vespertino respectivamente; el 44% de los adolescentes y el 45% de las adolescentes percibe un riesgo en esa sub-área; el riesgo percibido de acuerdo al grado escolar se ubica entre el 39% y el 50% de la muestra participante.

En un nivel menor pero igualmente importante en términos de percepción de riesgo, se encuentra la sub-área *rendimiento académico inadecuado*, la cual se percibe como mayor riesgo en alumno del turno matutino; sobre el género ésta sub-área es mayormente reportada por las adolescentes y el grado escolar donde se ubican mayor número de reporte del riesgo percibido es en primer grado (n=79). Por su parte, en las sub-áreas *dificultades de aprendizaje* y *satisfacción escolar* son percibidas sin riesgo

Se continúa con las Tablas 26, 27 y 28 siguiendo la misma secuencia de descripción de las ocho sub-áreas de la Dimensión personal.

**Tabla 26.**  
**Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión personal (Turno)**

DIMENSIÓN PERSONAL	Matutino		Vespertino		TOTAL
	F	%	f	%	
Sentimientos de inseguridad					
Sin riesgo	117	20.6	109	22.9	226
En riesgo	452	79.4	366	77.1	818
Susceptibilidad social					
Sin riesgo	567	99.8	475	100.0	1042
En riesgo	1	0.2	0	0.0	1
Metas					
Sin riesgo	422	74.2	475	100.0	897
En riesgo	147	25.8	0	0.0	147
Autoconcepto positivo					
Sin riesgo	488	85.8	414	87.2	902
En riesgo	81	14.2	61	12.8	142
Vulnerabilidad emocional					
Sin riesgo	546	96.0	444	93.5	990
En riesgo	23	4.0	31	6.5	54
Imagen corporal					
Sin riesgo	524	92.1	464	97.9	988
En riesgo	45	7.9	10	2.1	55
Desorganización	316	55.5	269	56.6	585

Sin riesgo	253	44.5	206	43.4	459
En riesgo					
Autoconcepto negativo					
Sin riesgo	375	65.9	321	67.6	696
En riesgo	194	34.1	154	32.4	348

**Tabla 27.**  
**Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión personal (Género)**

DIMENSIÓN PERSONAL	Masculino		Femenino		TOTAL
	F	%	f	%	
Sentimientos de inseguridad					
Sin riesgo	101	18.7	125	24.9	226
En riesgo	440	81.3	378	75.1	818
Susceptibilidad social					
Sin riesgo	540	99.8	502	99.8	1042
En riesgo	1	0.2	1	0.2	2
Metas					
Sin riesgo	467	86.3	430	85.5	897
En riesgo	74	13.7	73	14.5	147
Autoconcepto positivo					
Sin riesgo	460	85.0	442	87.9	902
En riesgo	81	15.0	61	12.1	142
Vulnerabilidad emocional					
Sin riesgo	518	95.7	472	93.8	990
En riesgo	23	4.3	31	6.2	54
Imagen corporal					
Sin riesgo	517	95.7	471	93.6	988
En riesgo	23	4.3	32	6.4	55
Desorganización					
Sin riesgo	316	58.4	269	53.5	585
En riesgo	225	41.6	234	46.5	459
Autoconcepto negativo					
Sin riesgo	337	62.3	359	71.4	696
En riesgo	204	37.7	144	28.6	348

**Tabla 28.**

**Riesgo percibido en las sub-áreas de la Dimensión personal (Grado escolar)**

DIMENSIÓN PERSONAL	Primero		Segundo		Tercero		TOTAL
	F	%	f	%	f	%	
Sentimientos de inseguridad							
Sin riesgo	65	19.1	93	25.3	68	20.3	226
En riesgo	276	80.9	275	74.7	267	79.7	818
Susceptibilidad social							
Sin riesgo	341	100.0	367	99.7	334	100.0	1042
En riesgo	0	0.0	1	0.3	0	0.0	1
Metas							
Sin riesgo	341	100.0	327	88.9	229	68.4	897
En riesgo	0	0.0	41	11.1	106	31.6	147
Autoconcepto positivo							
Sin riesgo	304	89.1	299	81.3	299	89.3	902
En riesgo	37	10.9	69	18.8	36	10.7	142
Vulnerabilidad emocional							
Sin riesgo	318	93.3	337	91.6	335	100.0	990
En riesgo	23	6.7	31	8.4	0	0.0	54
Imagen corporal							
Sin riesgo	304	89.1	355	96.5	329	98.5	988
En riesgo	37	10.9	13	3.5	5	1.5	55
Desorganización							
Sin riesgo	168	49.3	219	59.5	198	59.1	585
En riesgo	173	50.7	149	40.5	137	40.9	459
Autoconcepto negativo							
Sin riesgo	250	73.3	227	61.7	219	65.4	696
En riesgo	91	26.7	141	38.3	116	34.6	348

En las tablas 26, 27 y 28 donde se describen las respuestas ante el riesgo percibido en la dimensión personal. Esta dimensión que aborda las características personales de los adolescentes, de acuerdo con los reportes de algunos estudios, se dice que este proceso de búsqueda y cristalización de la identidad, los acontecimientos en la vida del adolescente juegan un papel importante en su presente y en el desarrollo posterior. Los cambios que sufre el adolescente en las diferentes dimensiones de su vida pueden ser considerados como interdependientes, de tal manera que un cambio en una dimensión, como puede ser la

dimensión personal puede influir a otras, por ejemplo, familiar y social, repercutiendo así en su bienestar integral<sup>11</sup>.

Los datos muestran que en las sub-áreas *sentimientos de inseguridad, desorganización y autoconcepto negativo* son aquellas que puntaron más altas, es decir, que son aquellas en las que se percibe un mayor riesgo. Los datos obtenidos en la presente investigación donde se resaltan el riesgo son en la sub-área *sentimiento de inseguridad* cuyos ítems plantean si el participante se siente incómodo y torpe, inferior, si percibe baja autoestima o si está inconforme en su hogar, si se siente inmaduro o poco popular.

En todas las relaciones de análisis (turno, género y grado escolar) el porcentaje de la percepción del riesgo comprende del 74% al 81%, lo que centra la atención en la forma en la que el adolescente se ve a sí mismo inmerso en un mundo nuevo con nuevas reglas o nuevas expectativas de su propio impacto hacía los demás. Debemos considerar lo que Arnett<sup>28, 32</sup> y García<sup>38</sup> aseveran sobre las conductas que el chico o chica expresan pueden ser un riesgo y también ser consideradas como una forma de autoafirmación y por ello es que durante dicha etapa las conductas de riesgo tienen mayor probabilidad de ocurrencia, lo cual aumenta la vulnerabilidad del individuo.

Tenemos por último en las tablas 29, 30 y 31 las correspondientes a las once sub-áreas de la Dimensión de salud. Asimismo se aborda el segundo objetivo específico de la presente investigación, la cual refiere el identificar las puntuaciones obtenidas sobre los factores de riesgo (sub-áreas) asociados a la dimensión de salud, realizando una diferenciación por turno, género y grado escolar de la muestra estudiada.

**Tabla 29.**  
**Descripción de la dimensión salud por turno escolar**

DIMENSIÓN DE SALUD	Matutino		Vespertino		TOTAL
	f	%	f	%	
Patrón de consumo de tabaco					
Sin riesgo	539	94.7	444	93.5	983
En riesgo	30	5.3	31	6.5	61
Patrón de consumo de alcohol					
Sin riesgo	567	99.6	466	98.1	1033
En riesgo	2	0.4	9	1.9	11
Patrón de consumo de sustancias					
Sin riesgo	274	48.2	301	63.4	575
En riesgo	295	51.8	174	36.6	469
Malestar físico					
Sin riesgo	65	11.4	60	12.6	125
En riesgo	504	88.6	415	87.4	919
Alteraciones del sueño					
Sin riesgo	233	40.9	210	44.2	443
En riesgo	336	59.1	265	55.8	601
Problemas de salud					
Sin riesgo	525	92.3	345	72.6	870
En riesgo	44	7.7	130	27.4	174
Ausencia de adicciones					
Sin riesgo	314	55.2	304	64.1	618
En riesgo	255	44.8	170	35.9	425
Vulnerabilidad al consumo de sustancias					
Sin riesgo	120	21.1	92	19.4	212
En riesgo	449	78.9	383	80.6	832
Problemas alimenticios					
Sin riesgo	157	27.6	120	25.3	277
En riesgo	412	72.4	355	74.7	767
Manejo inadecuado del tiempo libre					
Sin riesgo	367	64.5	269	56.6	636
En riesgo	202	35.5	206	43.4	408
Hábitos saludables					
Sin riesgo	477	84.0	435	91.8	912
En riesgo	91	16.0	39	8.2	130

**Tabla 30.**  
**Descripción de la dimensión salud por género**

DIMENSIÓN DE SALUD	Masculino		Femenino		TOTAL
	F	%	F	%	
Patrón de consumo de tabaco					
Sin riesgo	515	95.2	468	93.0	983
En riesgo	26	4.8	35	7.0	61
Patrón de consumo de alcohol					
Sin riesgo	534	98.7	499	99.2	1033
En riesgo	7	1.3	4	0.8	11
Patrón de consumo de sustancias					
Sin riesgo	299	55.3	276	54.9	575
En riesgo	242	44.7	227	45.1	469
Malestar físico					
Sin riesgo	51	9.4	74	14.7	125
En riesgo	490	90.6	429	85.3	919
Alteraciones del sueño					
Sin riesgo	232	42.9	211	41.9	443
En riesgo	309	57.1	292	58.1	601
Problemas de salud					
Sin riesgo	471	87.1	399	79.3	870
En riesgo	70	12.9	104	20.7	174
Ausencia de adicciones					
Sin riesgo	317	58.6	301	60.0	618
En riesgo	224	41.4	201	40.0	425
Vulnerabilidad al consumo de sustancias					
Sin riesgo	115	21.3	97	19.3	212
En riesgo	426	78.7	406	80.7	832
Problemas alimenticios					
Sin riesgo	144	26.6	133	26.4	277
En riesgo	397	73.4	370	73.6	767
Manejo inadecuado del tiempo libre					
Sin riesgo	353	65.2	283	56.3	636
En riesgo	188	34.8	220	43.7	408
Hábitos saludables					
Sin riesgo	466	86.3	446	88.8	912
En riesgo	74	13.7	56	11.2	130

**Tabla 31.**  
**Descripción de la dimensión salud por grado escolar**

DIMENSIÓN DE SALUD	Primero		Segundo		Tercero		TOTAL
	F	%	f	%	F	%	
Patrón de consumo de tabaco							
Sin riesgo	300	88.0	357	97.0	326	97.3	983
En riesgo	41	12.0	11	3.0	9	2.7	61
Patrón de consumo de alcohol							
Sin riesgo	337	98.8	366	99.5	330	98.5	1033
En riesgo	4	1.2	2	0.5	5	1.5	11
Patrón de consumo de sustancias							
Sin riesgo	237	69.5	164	44.6	174	51.9	575
En riesgo	104	30.5	204	55.4	161	48.1	469
Malestar físico							
Sin riesgo	42	12.3	31	8.4	52	15.5	125
En riesgo	299	87.7	337	91.6	283	84.5	919
Alteraciones del sueño							
Sin riesgo	169	49.6	116	31.5	158	47.2	443
En riesgo	172	50.4	252	68.5	177	52.8	601
Problemas de salud							
Sin riesgo	225	66.0	337	91.6	308	91.9	870
En riesgo	116	34.0	31	8.4	27	8.1	174
Ausencia de adicciones							
Sin riesgo	207	60.7	222	60.5	189	56.4	618
En riesgo	134	39.3	145	39.5	146	43.6	425
Vulnerabilidad al consumo de sustancias							
Sin riesgo	99	29.0	46	12.5	67	20.0	212
En riesgo	242	71.0	322	87.5	268	80.0	832
Problemas alimenticios							
Sin riesgo	129	37.8	57	15.5	91	27.2	277
En riesgo	212	62.2	311	84.5	244	72.8	767
Manejo inadecuado del tiempo libre							
Sin riesgo	222	65.1	212	57.6	202	60.3	636
En riesgo	119	34.9	156	42.4	133	39.7	408
Hábitos saludables							
Sin riesgo	290	85.3	302	82.3	320	95.5	912
En riesgo	50	14.7	65	17.7	15	4.5	130

Esta dimensión es de la más amplia del Inventario Autodescriptivo del Adolescente IADA, así como la más importante para la presente investigación; comprende 11 sub-áreas, de las cuales una vez que se realizó el análisis se obtuvieron los índices de riesgo que sobresalen

en cinco de ellas y son *patrón de consumo de alcohol, vulnerabilidad en el consumo de sustancias, malestar físico, alteraciones del sueño y problemas alimenticios*.

En las tres tablas se muestran los índices de respuestas de riesgo percibido más altas, en *patrón de consumo de sustancia* fueron reportados un total de 469 participantes (45% de la muestra total), para *malestar físico* 919 estudiantes (88%), en *alteraciones del sueño* 601 adolescentes (57%), *vulnerabilidad de uso de sustancias* un total de 832 participantes (80%) y 767 jóvenes para los *patrones alimenticios* (73%). Lo anterior concuerda con lo mencionado por Garmezy<sup>35</sup>, cuando menciona que los factores de riesgo a los que puede estar expuesto un adolescente algunos pueden dar lugar a una enfermedad o desorden, lo que se identifica como vulnerabilidad<sup>6,28</sup>.

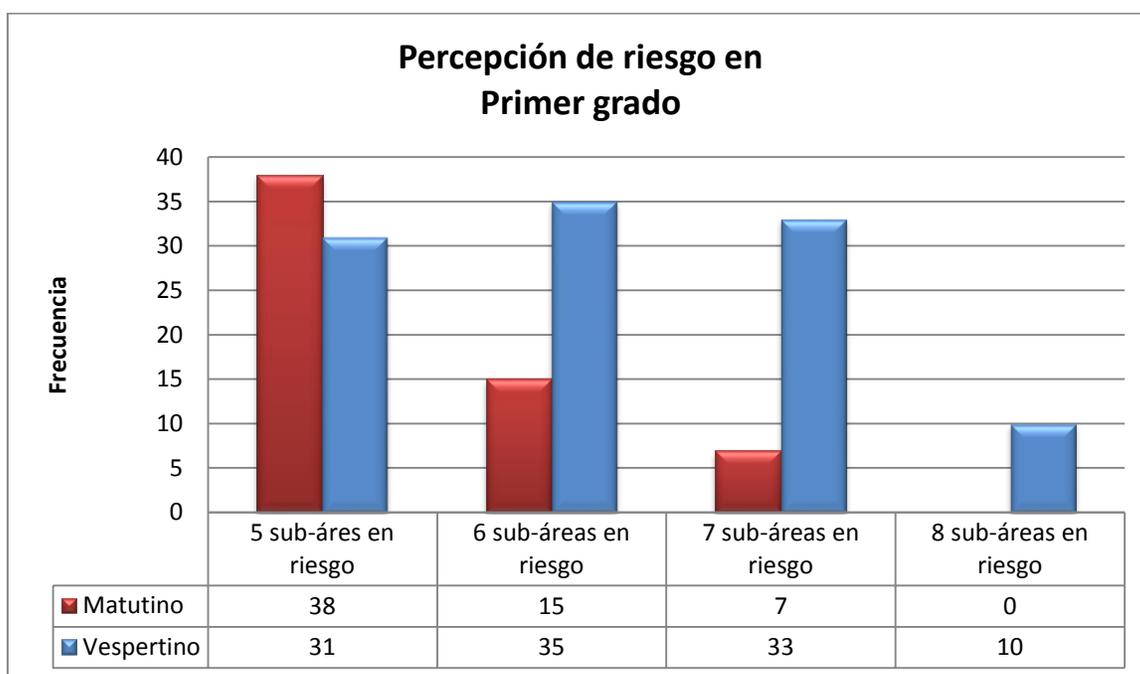
Al analizar los datos con el turno al que asisten los adolescentes tenemos que en dos sub-áreas *vulnerabilidad al consumo de sustancia* y *problemas alimenticios* los índices de riesgo se ubican entre 79% y 81% y 72% y 74% respectivamente. En la sub-área *patrón de consumo de sustancias* se obtuvo un índice de riesgo solamente para el turno matutino.

Los hallazgos obtenidos tras el análisis de las sub-áreas de salud y el grado escolar que cursan los adolescentes, encontramos que solamente se reportan índices de riesgo en el primero y segundo grado (del 50% al 90%) en cuatro sub-áreas (*patrón de consumo de sustancias, malestar físico, alteraciones del sueño, problemas alimenticios*). Por su parte en el tercer grado es localizable índice de riesgo en *problemas alimenticios* (73%).

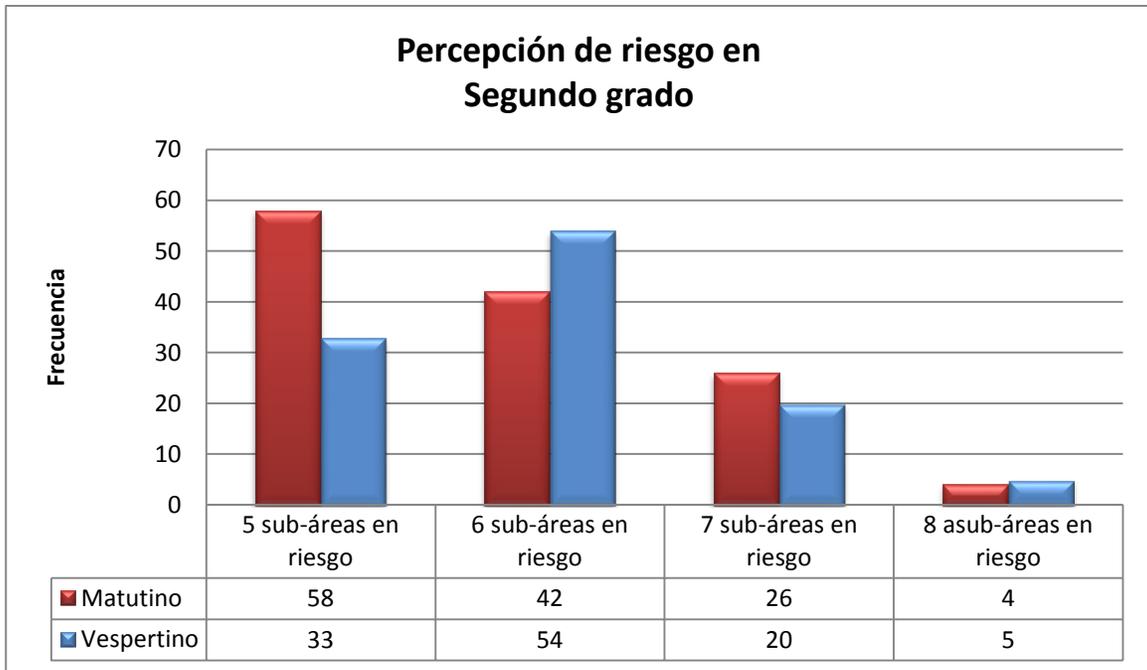
Los datos anteriores concuerdan en parte con los encontrados en España<sup>46</sup>, donde se desarrolló una investigación en la provincia de Sevilla para detectar factores de riesgo relacionados con trastornos de la conducta alimentaria, se contó con un total de 789 escolares de primero y segundo grados de nivel secundaria y se midieron el índice de masa corporal, conductas de riesgo relacionadas con las comidas y el ejercicio, influencia de los medios de comunicación en el modelo estético corporal y ambiente familiar. El estudio reportó los factores de riesgo más relacionados, son el consumo de sustancias, la disponibilidad de drogas, las actitudes familiares favorables al consumo, la historia familiar

de conducta antisocial, el inicio temprano y el consumo de los amigos, el riesgo percibido con respecto al consumo y las actitudes favorables al consumo. En los factores de protección destaca el papel de las habilidades sociales frente al consumo de alcohol<sup>45</sup>

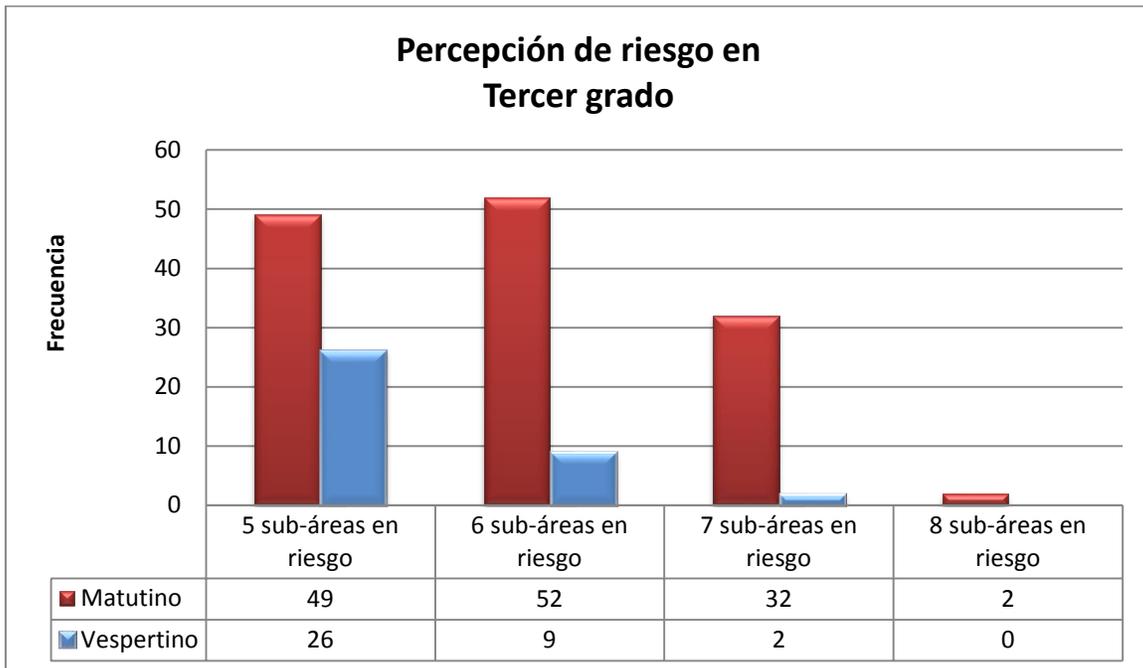
El tercer objetivo específico de la presente investigación fue analizar las puntuaciones individuales de cada alumno más relevantes de las once sub-áreas de la dimensión de salud. Se grafican aquellos casos en los que el adolescente reporten una percepción de riesgo en cinco o más sub-áreas. Las siguientes tres figura presentan las gráficas donde se ubicaron los casos en que los estudiantes reportaron tener un alto nivel de percepción de riesgo correspondiente a los tres grados escolares.



**Figura 1. Número de alumnos inscritos en primer grado que reportan percibir riesgo en cinco o más sub-áreas de la dimensión de salud**



**Figura 2. Número de alumnos inscritos en segundo grado que reportan percibir riesgo en cinco o más sub-áreas de la dimensión de salud**



**Figura 3. Número de alumnos inscritos en tercer grado que reportan percibir riesgo en cinco o más sub-áreas de la dimensión de salud**

**Tabla 32.**  
**Coefficiente de contingencia, dimensión salud por turno escolar**

DIMENSIÓN DE SALUD	Matutino		Vespertino		Coeficiente de contingencia	Significancia aproximada
	f	%	F	%		
Patrón de consumo de tabaco						
Sin riesgo	539	94.7	444	93.5	0.027	0.390
En riesgo	30	5.3	31	6.5		
Patrón de consumo de alcohol						
Sin riesgo	567	99.6	466	98.1	0.075	0.015
En riesgo	2	0.4	9	1.9		
Patrón de consumo de sustancias						
Sin riesgo	274	48.2	301	63.4	0.151	0.000
En riesgo	295	51.8	174	36.6		
Malestar físico						
Sin riesgo	65	11.4	60	12.6	0.019	0.549
En riesgo	504	88.6	415	87.4		
Alteraciones del sueño						
Sin riesgo	233	40.9	210	44.2	0.033	0.288
En riesgo	336	59.1	265	55.8		
Problemas de salud						
Sin riesgo	525	92.3	345	72.6	0.254	0.000
En riesgo	44	7.7	130	27.4		
Ausencia de adicciones						
Sin riesgo	314	55.2	304	64.1	0.090	0.003
En riesgo	255	44.8	170	35.9		
Vulnerabilidad al consumo de sustancias						
Sin riesgo	120	21.1	92	19.4	0.021	0.491
En riesgo	449	78.9	383	80.6		
Problemas alimenticios						
Sin riesgo	157	27.6	120	25.3	0.026	0.396
En riesgo	412	72.4	355	74.7		
Manejo inadecuado del tiempo libre						
Sin riesgo	367	64.5	269	56.6	0.080	0.009
En riesgo	202	35.5	206	43.4		
Hábitos saludables						
Sin riesgo	477	84.0	435	91.8	0.117	0.000
En riesgo	91	16.0	39	8.2		

**Tabla 33.**  
**Coefficiente de contingencia, dimensión salud por género**

DIMENSIÓN DE SALUD	Masculino		Femenino		Coeficiente de contingencia	Significancia aproximada
	F	%	F	%		
Patrón de consumo de tabaco						
Sin riesgo	515	95.2	468	93.0	0.046	0.138
En riesgo	26	4.8	35	7.0		
Patrón de consumo de alcohol						
Sin riesgo	534	98.7	499	99.2	0.024	0.430
En riesgo	7	1.3	4	0.8		
Patrón de consumo de sustancias						
Sin riesgo	299	55.3	276	54.9	0.004	0.897
En riesgo	242	44.7	227	45.1		
Malestar físico						
Sin riesgo	51	9.4	74	14.7	0.081	0.009
En riesgo	490	90.6	429	85.3		
Alteraciones del sueño						
Sin riesgo	232	42.9	211	41.9	0.009	0.760
En riesgo	309	57.1	292	58.1		
Problemas de salud						
Sin riesgo	471	87.1	399	79.3	0.103	0.001
En riesgo	70	12.9	104	20.7		
Ausencia de adicciones						
Sin riesgo	317	58.6	301	60.0	0.014	0.654
En riesgo	224	41.4	201	40.0		
Vulnerabilidad al consumo de sustancias						
Sin riesgo	115	21.3	97	19.3	0.024	0.429
En riesgo	426	78.7	406	80.7		
Problemas alimenticios						
Sin riesgo	144	26.6	133	26.4	0.002	0.949
En riesgo	397	73.4	370	73.6		
Manejo inadecuado del tiempo libre						
Sin riesgo	353	65.2	283	56.3	0.092	0.003
En riesgo	188	34.8	220	43.7		
Hábitos saludables						
Sin riesgo	466	86.3	446	88.8	0.039	0.214
En riesgo	74	13.7	56	11.2		

**Tabla 34.**  
**Prueba *t* para muestras independientes, dimensión salud por grado escolar**

DIMENSIÓN DE SALUD	Primero		Segundo		Tercero		Total	Prueba T
	f	%	F	%	F	%		
Patrón de consumo de tabaco	300	88.0	357	97.0	326	97.3	983	0.000
Sin riesgo	41	12.0	11	3.0	9	2.7	61	
En riesgo								
Patrón de consumo de alcohol	337	98.8	366	99.5	330	98.5	1033	0.686
Sin riesgo	4	1.2	2	0.5	5	1.5	11	
En riesgo								
Patrón de consumo de sustancias	237	69.5	164	44.6	174	51.9	575	0.000
Sin riesgo	104	30.5	204	55.4	161	48.1	469	
En riesgo								
Malestar físico	42	12.3	31	8.4	52	15.5	125	0.199
Sin riesgo	299	87.7	337	91.6	283	84.5	919	
En riesgo								
Alteraciones del sueño	169	49.6	116	31.5	158	47.2	443	0.482
Sin riesgo	172	50.4	252	68.5	177	52.8	601	
En riesgo								
Problemas de salud	225	66.0	337	91.6	308	91.9	870	0.000
Sin riesgo	116	34.0	31	8.4	27	8.1	174	
En riesgo								
Ausencia de adicciones	207	60.7	222	60.5	189	56.4	618	0.278
Sin riesgo	134	39.3	145	39.5	146	43.6	425	
En riesgo								
Vulnerabilidad al consumo de sustancias	99	29.0	46	12.5	67	20.0	212	0.003
Sin riesgo	242	71.0	322	87.5	268	80.0	832	
En riesgo								
Problemas alimenticios	129	37.8	57	15.5	91	27.2	277	0.002
Sin riesgo	212	62.2	311	84.5	244	72.8	767	
En riesgo								
Manejo inadecuado del tiempo libre	222	65.1	212	57.6	202	60.3	636	0.187
Sin riesgo	119	34.9	156	42.4	133	39.7	408	
En riesgo								
Hábitos saludables	290	85.3	302	82.3	320	95.5	912	0.000
Sin riesgo	50	14.7	65	17.7	15	4.5	130	
En riesgo								

## VIII. DISCUSIÓN

El primer objetivo de la presente investigación fue caracterizar la presencia de factores de riesgo percibidos por adolescentes hidalguenses en las siguientes dimensiones: familiar, social, escolar, personal y salud; todos los participantes ubicados en una escuela secundaria del municipio de Tizayuya, Hidalgo.

Recordemos que para los fines de esta investigación es considerado riesgo aquellos factores que representa un peligro latente para la estabilidad física y emocional del adolescente<sup>24,29</sup>.

Algunos de estos factores tienen que ver más con su entorno (variables extrínsecas) como la dinámica familiar, las relaciones extrafamiliares, la dinámica en la escuela, o bien sus relaciones sociales, particularmente con los amigos y compañeros<sup>30,31</sup>; otros factores parecen estar más relacionados con las características propias o personales del adolescente (intrínsecas), factores como la edad, la fase por la que atraviesa el adolescente o el nivel académico en el que se encuentra parecen influir de manera importante en la percepción del entorno y la adopción de conductas de riesgo<sup>30,32,33</sup>.

De acuerdo con los datos obtenidos en todas las dimensiones (familiar, social, escolar, personal y salud) se ubicaron indicadores estadísticos de riesgo percibido. Al respecto, los hallazgos de la presente investigación corroboran lo reportado por diversos autores<sup>7,8,9</sup> en lo referente al hecho de que la etapa de la adolescencia se caracteriza por la estructuración de una identidad propia en diferentes dimensiones construyendo un desarrollo continuo. Sin embargo, este desarrollo en ocasiones implica no solamente una adaptación que se estabiliza con el paso del tiempo, sino que da cabida a una serie de factores de riesgo en los contextos cotidianos del adolescente (familiar, social, escolar, personal y salud)<sup>2,3,4,12</sup>.

Se contó con el Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA)<sup>21</sup>, para evaluar la percepción de factores de riesgo a los que hacemos mención; como ya se mencionó se enfocó de manera particular en el riesgo percibido en las sub-áreas de la dimensión de salud y que es el propósito de la presente investigación. Se puede aseverar de acuerdo con los datos encontrados, los individuos en la etapa adolescente son una población vulnerable, al

poder ejercer sobre ellos una gran influencia donde pueden impactar los factores externos sobre su desarrollo integral<sup>1,9</sup>.

El segundo objetivo fue identificar las puntuaciones más altas de cada sub-área de cada dimensión, considerando el turno, género y grado escolar al que asisten los alumnos participantes y el tercer objetivo analizar las puntuaciones obtenidas de las once sub-áreas de salud en aquellos casos en los que se reporten cinco o más sub-áreas identificadas con mayor probabilidad de riesgo haciendo la diferenciación por edad, género, grado escolar y turno al que asisten.

Una vez que se presentaron los hallazgos en la presente investigación, podemos agregar que se revisaron diversos programas que contienen estrategias de promoción de salud para la población estudiada. Sin embargo, estas todavía no son suficientes para hacer una reforma en el sector salud donde haya una supervisión constante a la salud de este grupo etario. Romero<sup>72</sup> menciona que el enfoque biomédico que caracterizó a los programas de salud entre las décadas de los 50 y 90 del siglo XX, centrados en la lucha contra la enfermedad y muerte, especialmente del menor de un año. Estos programas fueron exitosos al reducir la mortalidad infantil a la décima parte, en promedio, en el período señalado, en los países de Latinoamérica. Por otra parte, la situación de salud básica del adolescente que ya había sobrevivido los altos riesgos de la niñez, mostraba baja susceptibilidad a las enfermedades y bajo riesgo de mortalidad. A pesar de lo anterior, los adolescentes presentaban una gran cantidad de necesidades que, aunque algunas de ellas no amenazaban su vida inmediata, sí amenazaban su calidad de vida presente y futura cuando no eran satisfechas. La autora finaliza resaltando el poco desarrollo en políticas, planes y programas de atención integral orientado al adolescente: “llama la atención, sin embargo, que a pesar del reconocimiento de la trascendencia estratégica de este grupo etario, no se han desarrollado políticas, planes ni programas de atención integral del adolescente y joven concordantes -en cobertura y calidad- con dicha importancia en los distintos países, tanto de América como de otras partes del mundo”<sup>72</sup>.

Otro aspecto a la presente discusión es que a pesar de la reiterada aseveración de que el ser humano es una unidad biopsicosocial, ello no se ha traducido, en la práctica, en programas o acciones estratégicas concretas, desde la perspectiva de salud los esfuerzos se han concentrado en la esfera biológica. Al considerar a la salud en su triple dimensión bio-psico-social la trascendencia del periodo se hace más destacable, dado que en esta etapa se consolidan los estilos de vida que a su vez serán determinantes de la calidad de vida y la salud en los periodos siguientes.

Por lo tanto, los hallazgos encontrados en la presente investigación, pueden aportar datos que muestran los índices donde el propio adolescente reporta algunos de los factores que pudieran estar involucrados con el riesgo de su salud. Partiendo de estudios similares al presente, se pueden incorporar aspectos de promoción y de prevención de acuerdo a las necesidades de la población.

Por un lado, la promoción de varios factores protectores en forma simultánea, complementaria y continuada producirá un cambio positivo del estado de salud, bienestar y desarrollo psicológico. Este nivel de prevención acepta que, interviniendo ciertos factores, es posible mejorar la salud en etapas posteriores de la vida ya que dichos factores no están necesariamente asociados a daños en la etapa de la vida en que la exposición ocurre. Esto es particularmente importante en relación a hábitos y estilos de vida (saludables o no saludables), como el consumo de sustancias (alcohol, tabaco, otras), de alimentos (grasas saturadas), el sedentarismo, etcétera.

Por otro lado, la prevención, debe realizarse en los tres niveles conocidos (primario, secundario y terciario):

- Prevención primaria: evitar la aparición o el efecto de factores o agentes causales específicos y su impacto en la salud.
- Prevención secundaria: evitar que un daño ya producido se agrave o se complique con otros problemas del adolescente. Otro ejemplo serían estudios similares al presente, que permita la detección precoz de problemas de salud, especialmente los

que primeramente repercuten en las dimensiones de salud, personal, social, académica y educativa.

- Prevención terciaria: si las estrategias de prevención anteriores llegaran a ser insuficientes o inefectivas, podría valerse de acciones que disminuyan los efectos residuales o secuelas y que contribuyan a la rehabilitación en cualquiera de sus posibles circunstancias: física, psicológica, social, laboral, etcétera, así mismo que sirva a la reintegración a la sociedad del adolescente o joven.

Continuando con la promoción de factores protectores en el adolescente los cuáles son capaces de producir cambios positivos en el estado de salud, bienestar y desarrollo psicológico, están las estrategias que se aplican mediante enfoques integradores. De acuerdo con lo que menciona Romero existen al menos tres enfoques integradores que promueven factores protectores, que son el *participativo*, *anticipatorio*, *enfoque de riesgo y factores de riesgo y protección*, y finalmente el *intersectorial*.

Enfoque participativo: Es aquel que reconoce que el adolescente no sólo es parte del "problema", sino también de la solución, implica la participación de los adolescentes en el diagnóstico, el diseño, la implementación, ejecución y evaluación de los programas. Es por medio de la participación activa de los adolescentes, que se consideran de sus necesidades, expectativas e ideales en salud y bienestar. En este enfoque se sugiere que se abarque las problemáticas del adolescente en forma individual y como grupo, considerando que los propios jóvenes hagan llegar mensajes a los integrantes de su grupo etario, ya que se parte del supuesto que el mensaje a un adolescente o joven llega mucho mejor si proviene de un par.

Enfoque anticipatorio: La posibilidad de predecir los eventos en el proceso secuencial del crecimiento y desarrollo, permite plantear acciones anticipadamente, con los adolescentes, con sus familias, con las escuelas y otros organismos comunitarios, previas a la aparición de tales eventos. La investigación en psicología de la salud está aportando cada vez mayor información acerca de las conductas de riesgo y los momentos en que se inician, posibilitando la definición, no sólo de la mejor estrategia de intervención sino, también de su oportunidad, idealmente previa a la aparición de dichas conductas.

Enfoque de riesgo y factores de riesgo y protección: En los adolescentes el grado de vulnerabilidad es una función de lo pasado en su ciclo vital, de las debilidades o fortalezas inducidos por los cambios biopsicosociales de la etapa e influenciados por los elementos del ambiente físico y humano (incluyendo familia, escuela, grupo de pares, características culturales y elementos de la estructura política, social y económica).

Intersectorialidad: El enfoque de salud integral implica la aceptación de la multidimensionalidad de salud y su íntima relación con el bienestar y desarrollo; la intersectorialidad en los programas contribuye a mejorar el nivel de salud de adolescentes aceptando que la atención médica no es el único camino, así como tampoco lo son sólo las acciones de recuperación. La efectividad de la articulación intersectorial contribuye a la optimización del uso de recursos y es esencial para realizar acciones efectivas en el nivel local o comunitario a través de organismos gubernamentales, no gubernamentales y, especialmente, con los grupos juveniles. A su vez existen varias propuesta de aplicación de programas encaminados a que haya vinculación cercana entre comunidad-escuela-familia<sup>73</sup> que favorece los alcances a los jóvenes participantes y demás actores en el proceso de la promoción de factores protectores.

En suma, la propuesta del presente estudio fue identificar la prevalencia de factores de riesgo asociados a la salud reportados por adolescentes hidalguenses, lo que permitió encontrar en una muestra de 1044 estudiantes ubicados en el municipio de Tizayuca Hidalgo índices significativos de aquellos factores de riesgo percibido que se involucran en diversos contextos del alumno. Se considera que los hallazgos encontrados son indicadores que marcarían la pauta de hacer un seguimiento a esta población para poder diseñar programas de intervención en los niveles antes mencionados. Se considera también que al ser una línea de investigación con un ambicioso objetivo y población amplia, trazar desde el inicio las rutas mejor encaminadas para alcanzar los objetivos que permitan que el adolescente tenga un desarrollo y salud integral deseada.

## **IX. CONCLUSIONES**

Una vez que se describieron los hallazgos del presente estudio podemos concluir que la investigación psicológica sobre el tema de los adolescentes y la detección de factores de riesgo es una necesidad social de actualidad y relevancia que puede reducir significativamente costos en términos de rehabilitación e intervenciones con pronóstico reservado.

Hoy en día existen múltiples programas a nivel nacional, estatal o municipal orientados a la promoción de conductas de salud integral, sin embargo, estos esfuerzos podrían no conseguir los frutos esperados ya que se aplican de manera indistinta a toda la población sin categorizar o conocer las necesidades específicas de cada sector o bien, que se carece un proyecto científico que contemple un diagnóstico para poder establecer estrategias adecuadas y funcionales para combatir problemáticas reales.

Por lo anterior, una ruta de acción es diseñar o implementar en los programas de salud ya existentes un diagnóstico con el cual el procedimiento de aplicación sea apropiado a varios aspectos: presupuesto, población real, herramientas de promoción, personal para aplicar el proceso, métodos de evaluación y continuidad.

Una de estos planes de acción puede darse en grupos multidisciplinarios, interdisciplinarios, sin embargo, no se debe perder del panorama que la población de la que se considera por ser el tema del presente escrito, es la población adolescente que se ubica en instituciones de educación, por lo cual también es necesario coordinar los esfuerzos de las autoridades educativas y formar vínculos de trabajo continuo que permita avanzar consistentemente y alcanzar la promoción de programas de salud especializados en adolescentes.

## **X. RECOMENDACIONES**

Respecto al presente apartado se considera que en futuras investigaciones con características similares al estudio descrito, la utilización del Inventario Autodescriptivo del Adolescente<sup>21</sup> ya que se adecúa a la población mexicana con una gran consistencia interna lo que permite tener confiabilidad en los datos obtenidos.

Por otro lado, el considerar más institutos o centros educativos ayudará a tener una diversidad más amplia de los reportes obtenidos por los participantes; la muestra con la que se trabajó fue muy extensa y a pesar de solo pertenecer a una sola institución educativa fue útil para el manejo de los datos y análisis estadísticos realizados.

A partir de los hallazgos obtenidos, se recomienda que se utilice de base teórica y metodológica este estudio para proponer intervención en diversas áreas de interés en la población adolescente del estado de Hidalgo. Se localizaron aspectos muy puntuales en los reportes de los jóvenes participantes en donde se requiere intervención psicológica para promover estilos de vida saludable, estrategias de auto-identificación de factores de riesgo y la creación de cursos o talleres que les facilite información adecuada a los adolescentes sobre sus necesidades primordiales.

Esta intervención también puede extenderse a los padres de familia, en estrategias que permitan una comunicación estrecha con los hijos adolescentes y de identificación de necesidades de los jóvenes, en el mismo orden de ideas promover estrategias a las autoridades de los institutos de educación, como directivos y profesores quienes conviven un gran número de horas con los adolescentes y contar con herramientas de identificación de problemáticas y de canalización permitiría un mejor manejo de situaciones cotidianas que ocurren dentro de los colegios.

## XI. BIBLIOGRAFÍA

- [1] Coleman J, Hendry LB, Kloep M. Adolescence and health. West-Sussex, England: John Wiley & Sons; 2007.
- [2] Jensen AJ. Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural. 3ra. ed. México: Pearson Educación; 2008.
- [3] Egondi T, Kabiru C., Beguy D., Muindi K., Jessor R. Adolescent home-leaving and the transition to adulthood: A psychosocial and behavioral study in the slums of Nairobi. *International Journal of Behavioral Development*; (en prensa).
- [4] Ndugwa RP, Kabiru CW, Cleland J, Beguy D, Egondi T, Zulu EM, Jessor R. Adolescent problem behavior in nairobi's informal settlements: Applying problem behavior theory in Sub-Saharan Africa. *Journal of Urban Health* 2010;87:462-474.
- [5] Kimmel D, Weiner I. La adolescencia: una transición del desarrollo. España: Ariel Psicología; 2001.
- [6] Kabiru CW, Beguy D, Ndugwa RP, Zulu EM, Jessor R. "Making it": Understanding adolescent resilience in two informal settlements (slums) in Nairobi, Kenya. *Child and Youth Services* 2012;33:12-32.
- [7] García JA, Delval J. Psicología del Desarrollo I. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2010.
- [8] Pérez N, Navarro I. Psicología del Desarrollo Humano: Del nacimiento a la vejez. Barcelona: Club Universitario; 2011.
- [9] Carranza JA, Ato E. Manual de prácticas de Psicología del Desarrollo. Murcia, España: Edítum: Ediciones de la Universidad de Murcia; 2010.
- [10] Vidal-Abarca E, García R, Pérez F. Aprendizaje y desarrollo de la personalidad. Madrid: Grupo Anaya Comercial; 2010.
- [11] Jessor R. Problem behavior theory: a half century of research on adolescent behavior and development. New York: Psychology Press; (en prensa).
- [12] Machamer A, Grubrer E. Secondary Scholl, Family, on Educational Risk: comparing american Indian adolescents and their peers. *Journal of Educational Research* 1998;91(6): 357-369.
- [13] Organización Mundial de la Salud. Prevention and Care of Illness. Adolescents 2006. Recuperado el 26 de Octubre 2012 de [http://www-who.int/child-adolescent-health/prevention/adolescents\\_substance.htm](http://www-who.int/child-adolescent-health/prevention/adolescents_substance.htm).
- [14] Organización Panamericana de la Salud. Salud y desarrollo del adolescente 2007. Recuperado el 25 de Julio 2012 de <http://paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/ADOLHome.htm>.
- [15] Madaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México* 2003;5(1):5131-9
- [16] Moreno DJ, Mora RP. Servicios saludables para adolescentes: una revisión de su implementación y principales características. Madrid: Editorial Académica Española; 2012.
- [17] Funes A. Educar en la adolescencia. Barcelona: Ediciones Grao; 2012
- [18] Perea R. Promoción y educación para la salud: Tendencias innovadoras. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2009.
- [19] INEGI. Perspectiva estadística Hidalgo diciembre 2011. Recuperado el 29 de julio 2012 de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/datos-geograficos/13/13051.pdf>.

- [20] Fonseca ME, Maldonado A, Pardo L, Soto MF. Adolescencia, estilos de vida y promoción de hábitos saludables en el ámbito escolar. *Umbral científico* 2007; 11: 44-57.
- [21] Gómez-Maquero EL, Barcelata BE, Durán C. Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA), Manual de Aplicación. México: Manual Moderno; 2010.
- [22] Dekovick M. Risk and protective factors in the development of problem behaviour during adolescence. *Journal of Youth & Adolescence* 1999;.8(6):667-685.
- [23] González-Forteza C, Andrade P. La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes. *Salud Mental* 1995;25(6):1-11.
- [24] Irwin CE. The theoretical concept of risk adolescents. *Adolescents Medicine: State of the Art Reviews* 1990;1:1-14.
- [25] Rutter M. Stress research. Accomplishments and tasks ahead. In: Haggerty RJ, Sherrod IR, Garmezy N, Rutter M. ed. *Stress, Risk and Resilience in children and Adolescents Processes, Mechanisms and Interventions*. New York: Cambridge University Press; 1996. p. 453-385.
- [26] Jessor R, Turbin MS, Costa FM. Predicting developmental chance in healthy eating and regular exercise among adolescents in china and the united state: the role of psychosocial and behavioral protection and risk. *Journal of Research on Adolescence* 2010; 20:707-725.
- [27] Witkiewitz K, Marlatt A. Relapse prevention for alcohol and drug problems. *American Psychology* 2004;59(4):224-235.
- [28] Arnett J. Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist* 1999; 54 (6):317-326.
- [29] Ferguson D, Woodward L, Horwood L. Risk factors and life processes associated with the onset suicidal behavior during adolescence early adulthood. *Psychological Medicine* 2000; 30:23-39.
- [30] Berger K. *Psicología del Desarrollo*. Capítulo 1. Infancia y Adolescencia. Madrid: Médica Panamericana; 2004. p. 17-44.
- [31] Benard B. *Resiliency: what we have learned*. San Francisco: West Ed; 2004.
- [32] Arnett J. Review: reckless behavior in adolescence: a developmental perspectives. *Developmental Review* 1992;12:339-373.
- [33] Berk L. *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall Ibérica; 1999.
- [34] Reuchkin VV, Kopusov RA, Eisemann M, Hagglof B. Alcohol use in delinquent adolescents from Northern Russia: the role of personality, parental rearing and family history of alcohol abuse. *Personality and Individual Differences* 2002;32:1139-1148.
- [35] Garmezy N. Reflections and comentary on risk, resilience and development. In: Haggerty R, Sherrod L, Garmezy N, Rutter M. eds. *Stress, risk and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions*. UK: Cambridge University Press; 2000. p. 1-8.
- [36] Sánchez-Sosa JJ, Hernández L. La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. *Revista Mexicana de Psicología* 1992;9(1):27-34.
- [37] Villatoro V, Andrade P, Fleiz B, Medina-Mora ME, Reyes I, Rivera G. La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental* 1997;20(2)21-7.
- [38] García A. Una perspectiva sobre riesgos y usos de internet en la adolescencia. *Revista Científica de Comunicación y Tecnologías Emergentes* 2011;9(3):396-411.

- [39] Aguilera R, Salgad N, Romero M, Medina-Mora M. Paternal absence and international migration: Stressors and compensators associated with mental health of Mexican teenagers of rural origin. *Adolescence* 2004;39:711-723.
- [40] Rivera ME, Andrade P. Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 2006;8(2):23-40.
- [41] Kerlinger F, Lee HB. Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en las ciencias sociales. México: Mc Graw Hill; 2002.
- [42] CEDRO. 2012. Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual. Recuperado el 14 Septiembre 2012 en [http://www.cedro.org.pe/ebooks/friesgo\\_cap3\\_p50\\_93.pdf](http://www.cedro.org.pe/ebooks/friesgo_cap3_p50_93.pdf)
- [43] Pons J, Buelga S. Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention* 2011; 20(1):75-94
- [44] Ruiz-Juan F, Ruiz-Risueño J. Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles. *Anales de psicología* 2011;27(2):350-359.
- [45] López S, Rodríguez-Arias JL. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema* 2010;22(4):568-573
- [46] Díaz M, Rodríguez F, Martín C, Hiruela MV. Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Aten Primaria* 2010;32(7):403-9.
- [47] Parra A, Oliva A. Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de psicología* 2002;18(2):215-231.
- [48] Katz CM, Fox AM. Risk and protective factors associated with gang-involved youth in Trinidad and Tobago. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(3):187–202.
- [49] Bragado C, Bersabé R, Carrasco I. Factores de riesgo para los factores conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema* 2009;11(4): 939-956.
- [50] Calvete E, Estévez A. Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones* 2009; 21(1): 49-56.
- [51] Cicua D, Méndez M, Muñoz L. Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico* 2008;4(11):115-134.
- [52] Espada-Sánchez JP, Pereira JR, García-Fernández JM. Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema* 2008;20(4):531-7.
- [53] Oliva A. Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de psicología* 2008;37(3):209-223.
- [54] Campo-Arias A, Cogollo Z, Diaz CE. Comportamientos de riesgo para la salud en Adolescentes estudiantes: prevalencia y factores asociados. *Salud Uninorte* 2008;24(2): 226-234.
- [55] Álvarez M, Hernández-Bernal F, Castillo N, Hernández Y, Sibila ME, Castro CR, et al. Algunos factores de riesgo en la adolescencia, hallazgos en un área de salud. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 2008;46(3):1-8.
- [56] García RG, Pérez PV, Sánchez M, De la Rosa M, Gorbea M, García RM. Family influence on tobacco smoking in adolescents. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 2008;46(3):1-9.

- [57] Tuesca-Molina R, Centeno H, Saigado M, Garcia N, Lobo J. Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte* 2008;24(1):53-63.
- [58] Baeza B, Póo AM, Vásquez O, Muñoz S, Vallejos C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007;72(2):76-81
- [59] Loubat M. Conductas alimentarias: un factor de riesgo en la adolescencia. Resultados preliminares en base a grupos focales con adolescentes y profesores. *Terapia psicológica* 2006;24(1):31-7.
- [60] Pérez I, Quintana Z, Menocal B, Jiménez LE. Identificación de comportamientos de riesgo para enfrentar la promoción de estilos de vida saludables. *Medicentro electrónica* 2005;9(3)3-16.
- [61] Espada J, Méndez X, Griffin K, Botvin G. Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo* 2005;84(1), 9-17
- [62] Herrera PM. Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Humanidades médicas* 2012;12(2):184-191.
- [63] Ayala-Castellanos MM, Vizmanos-Lamotte B, Portillo-Dávalos RA. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79(2):86-92.
- [64] Catalán-Vázquez M, Riojas-Rodríguez H, Jarillo-Soto EC, Delgadillo-Gutiérrez HJ. Percepción de riesgo a la salud por contaminación del aire en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 2009;51:148-154.
- [65] González MP, Rey L, Zárate L. Las relaciones familiares y el consumo de drogas en los adolescentes de Xalapa, Veracruz. *Revista electrónica de Psicología Iztacala UNAM* 2009;12(1)10-31. Recuperado el 12 enero 2013 en <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num1/Art2Vol12No1.pdf>
- [66] Nuño-Gutiérrez BL, Álvarez-Nemegyei J, Velázquez-Castañeda A, Tapia-Curiel A. Comparación del ambiente familiar y el tipo de consumo de tabaco en adolescentes mexicanos de nivel medio superior. *Salud mental* 2008;31(1):361-9
- [67] Gómez E. Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 2008; 10(2):105-122.
- [68] Díaz Negrete B, García-Aurrecochea R. Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Rev Panam Salud Publica* 2008;24(4):223-32.
- [69] Gallegos EC, Villarruel AM, Loveland-Cherry C, Ronis DL, Zhou Y. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Publica Mex* 2008;50:59-66.
- [70] López-Bárcena J, González de Cossío G. Modelo universitario de salud integral, en la Universidad Nacional Autónoma de México. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM* 2008;48(6):11-9.
- [71] Saucedo-Molina TJ, Pérez Mitré GG. Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2004;31(2):69-74
- [72] Romero MI, Programas y servicios de salud para adolescentes. Santiago de Chile: *Salud Pública*; 2012.

[73] Epstein JL, School, family and community partnership. Preparing educators and improving schools. Colorado: Westview Press; 2001.

[74] Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. Consultado en Mayo 2012 en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.

## XII. ANEXOS

### Anexo 1

#### Ficha de datos demográficos

Por favor, llena el siguiente formato con la información básica, colocando una X en la casilla que corresponde.

Género	Masculino ( )	Folio:	
	Femenino ( )		
Edad	<b>AÑOS</b>	<b>MESES</b>	
	13 años ( )	1 mes ( )	7 meses ( )
	14 años ( )	2 meses ( )	8 meses ( )
	15 años ( )	3 meses ( )	9 meses ( )
	16 años ( )	4 meses ( )	10 meses ( )
	17 años ( )	5 meses ( )	11 meses ( )
	18 años ( )	6 meses ( )	
Grado escolar	Primero ( )	Segundo ( )	Tercero ( )

Anexo 2  
Inventario Autodescriptivo del Adolescente IADA

STP  
86-2

# Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) Secundaria

Emilia Lucio Gómez-Maqueo, Blanca Estela Barcelata Eguiarte y Consuelo Durán Patiño



## Cuadernillo de aplicación

### INSTRUCCIONES

Este cuestionario investiga algunos datos sociodemográficos, familiares y personales. Por favor lee cuidadosamente cada pregunta o enunciado y contesta con la verdad. No hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no te preocupes por calificaciones. **NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER**, si tienes alguna duda, con toda confianza pregúntanos y con mucho gusto te orientaremos.

La información que proporciones será confidencial.

Agradecemos tu participación.

De vuelta a la hoja hasta que se le indique

<b>En casa me suceden cosas como:</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
1.	Me gusta vivir en mi casa			
2.	Tengo un buen espacio para estudiar			
3.	Me siento bien adaptado a mi ambiente familiar			
4.	Comento mis problemas con mis familiares			
5.	Me esfuerzo por comprender los problemas de mi familia (tíos, primos, abuelos, etc.)			
6.	Tengo privacidad en mi casa			
7.	En general me llevo bien con los miembros de mi familia			
8.	Mis padres esperan mucho de mí			
9.	Platico mis decisiones con mis padres			
10.	En mi casa mi(s) hermano(s) me molesta(n)			
11.	En mi familia hay pleitos constantes entre mis hermanos y yo			
12.	Cuando mi(s) hermano(s) y yo peleamos llegamos a la violencia física			
13.	Cuando mi(s) hermano(s) y yo peleamos gritamos o nos insultamos			
14.	En mi familia hay pleitos constantes entre hermanos			
<b>En mi familia:</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
15.	Las decisiones las toma mi papá			
16.	Las reglas (horarios, tareas, permisos, etc.) las pone mi papá			
17.	Las decisiones las toma mi mamá			
18.	Las reglas (horarios, tareas, permisos, etc.) las pone mi mamá			
<b>En mi familia, las relaciones por lo regular son:</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
19.	Indiferentes			
20.	De apoyo			
21.	Frías			
<b>Cuando mis padres se pelean:</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
22.	Se dejan de hablar por varios días			
23.	Alguno se va de la casa por un tiempo			
24.	Amenazan con divorciarse			
25.	Gritan o se insultan			
<b>Generalmente mis padres desapruaban:</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	
26.	Mi forma de vestir			
27.	A mis amigos(as)			
28.	La música que oigo			
29.	A mi novio(a)			
30.	Mis citas con muchachos(as)			

<b>En mi familia suceden cosas como éstas:</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
31.	Mi madre tiene problemas emocionales		
32.	Mi padre tiene problemas emocionales		
33.	En general mis padres o padrastros son estrictos		
34.	En mi familia hay pleitos constantes		
35.	En mi familia las relaciones son tensas		
36.	En mi familia hay pleitos constantes entre mis padres		
37.	Mi madre tiene problemas con drogas		
38.	Mi hermano tiene problemas emocionales		
39.	Mis padres a veces me dan permisos y a veces no		
40.	Mi padre tiene problemas con el alcohol		
41.	Mi padre está enfermo		
42.	Mi madre está enferma		
43.	Mis padres nunca están en casa		
44.	En mi familia no hay reglas (horarios, tareas, permisos, etc.)		
45.	Acostumbro a convivir más: con nadie		
<b>En mis relaciones sociales generalmente:</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
46.	Me alejo de la gente		
47.	Me siento abandonado(a) por mis amigos		
48.	Se me dificulta hacer amigos		
49.	Mis amigos se aprovechan de mí		
50.	Me adapto a mis compañeros		
51.	Tengo con quien compartir intereses		
52.	Tengo amigos inseparables		
53.	Me llevo bien con otras personas		
<b>En la escuela FRECUENTEMENTE me suceden cosas como:</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
54.	Tengo dificultades de aprendizaje (distracción, falta de comprensión, etc.)		
55.	Tengo malos hábitos de estudio		
56.	Bajas calificaciones		
57.	Estoy en la escuela inadecuada para mí		
58.	Me siento fuera de lugar		
59.	Me aburre la escuela		
60.	Falta de interés de los maestros por sus alumnos		

<b>En la escuela FRECUENTEMENTE me suceden cosas como:</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
61.	Me llevo bien con otros estudiantes		
62.	Me llevo bien con mis maestros		
63.	Me gusta la escuela		
64.	Tengo reportes de mala conducta		
65.	Tengo problemas con profesores		
66.	He repetido año		
67.	He tenido exámenes extraordinarios		
68.	Materias reprobadas		
<b>Mis características son:</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
69.	Me siento incómodo(a) y torpe		
70.	Me siento inferior		
71.	Mi autoestima es baja		
72.	Quiero fugarme de mi casa		
73.	Siento que las personas están en mi contra		
74.	Me siento impopular		
75.	Me siento inmaduro(a)		
76.	Soy tímido(a)		
77.	Soy temeroso(a) de las cosas que me pasan		
78.	Me siento nervioso(a)		
79.	Desconfío de los demás		
80.	Me siento criticado(a) por otros		
81.	Mis planes a futuro a corto plazo son trabajar		
82.	Mis planes a futuro a corto plazo son casarme		
83.	Mis planes a futuro a corto plazo son continuar una carrera universitaria		
84.	Soy capaz de relajarme		
85.	Soy creativo(a)		
86.	Soy hábil para algunas cosas		
87.	Soy inteligente		
88.	Soy independiente		
89.	Lloro por cualquier cosa		
90.	Soy demasiado sentimental		
91.	Parezco demasiado joven o viejo(a)		
92.	Soy demasiado alto(a) o bajo(a)		

<b>Mis características son:</b>		Si	No
93.	Tengo problemas de concentración		
94.	Soy muy desordenado(a) con mis cosas personales		
95.	No tengo planes		
96.	No me gusto		
<b>Mis hábitos son:</b>		Si	No
97.	Cuando fumo lo hago con amigos		
98.	Cuando fumo lo hago en fiestas		
99.	Cuando fumo lo hago en la escuela		
100.	Fumo desde secundaria		
101.	Cuando fumo lo hago en la casa		
102.	Cuando bebo regularmente lo hago en fiestas		
103.	Tomo bebidas alcohólicas desde secundaria		
104.	Cuando bebo regularmente lo hago con amigos		
105.	Consumo alcohol cada mes		
106.	Cuando bebo regularmente lo hago en la casa		
107.	He consumido alguna sustancia (marihuana, cocaína, cemento, anfetaminas, tacha, éxtasis, etc.) alguna vez		
108.	He consumido alguna sustancia (marihuana, cocaína, cemento, anfetaminas tacha, éxtasis, etc.) desde secundaria		
109.	He consumido alguna sustancia (marihuana, cocaína, cemento, anfetaminas, tacha, éxtasis, etc.) con mis amigos		
<b>Mi salud se caracteriza por:</b>		Si	No
110.	Tengo mareos		
111.	Tengo problemas estomacales		
112.	Me falta tiempo para relajarme		
113.	Tengo problemas emocionales		
114.	Frecuentemente sufro de dolores de cabeza		
115.	Sufro de insomnio		
116.	Tengo problemas para dormir		
117.	Frecuentemente tengo que tomar medicinas		
118.	Paso por largos periodos de enfermedad		
119.	Tengo problemas para respirar		

Nota: Este cuadernillo está impreso en morado. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

<b>Otros de mis hábitos son:</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>120.</b>	Nunca he tomado		
<b>121.</b>	Nunca he fumado		
<b>122.</b>	Tomo bebidas alcohólicas desde primaria		
<b>123.</b>	Fumo desde primaria		
<b>124.</b>	Como demasiado		
<b>125.</b>	Tengo malos hábitos alimenticios		
<b>126.</b>	Paso mucho tiempo en los videojuegos		
<b>127.</b>	Veo demasiada TV		
<b>128.</b>	Tengo buen apetito		
<b>129.</b>	Hago suficiente ejercicio		

### Anexo 3

#### Carta de consentimiento válido

Tizayuca, Hgo., Septiembre de 2012

La presente tiene el propósito de informar a Usted las particularidades de la investigación denominado **“Factores de riesgo asociados a la percepción de salud en adolescentes: análisis”**, la cual se efectuará en el presente ciclo escolar 2012-2013, dentro de la instalaciones de ésta escuela secundaria.

Nuestro objetivo principal es evaluar la presencia factores de riesgo percibidos por adolescentes que cursan educación secundaria, mediante la aplicación del inventario autodescriptivo del adolescente (IADA), obteniendo el perfil psicológico propuesto por el instrumento, correlacionando la dimensión de salud con la dimensión familiar, social, escolar, personal; en el marco de la psicología de la salud, permitiendo su identificación temprana. Se requiere de la autorización de los padres de familia para realizar la evaluación.

Se realizará la fase diagnóstica identificando datos demográficos primeramente, posterior se aplicará el IADA y la escala no verbal. Se brindará, inmediatamente después de aplicado el instrumento de medición psicológica, una cápsula informativa sobre la importancia del cuidado de la salud personal y la forma directa en que repercute en las demás área de la vida (familiar, social, personal y escolar) justificado desde el enfoque psicosocial en el marco de la psicología de la salud, cubriendo con ello el aspecto ético necesario en cada proyecto de investigación.

A mi cargo corresponde la responsabilidad íntegra de la presente investigación, Licenciada en Psicología IVONNE HERNÁNDEZ MOCTEZUMA alumna de Posgrado en Ciencias Biomédicas y de la Salud del Instituto de Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Me comprometo a realizar mi trabajo de manera competente y profesional. Regiré mi comportamiento basado en los principios del código ético de la disciplina psicológica, la cual refiere la confidencialidad y el uso adecuado de los datos que de esta investigación se obtengan.

---

Lic. Ivonne Hernández Moctezuma  
Responsable de proyecto de investigación

Yo **NOMBRE DEL PADRE O MADRE DE FAMILIA** acepto los término establecidos de la investigación anteriormente descrita y denominada **“Factores de riesgo asociados a**

**la percepción de salud en adolescentes: análisis”**; para que mi hijo(a) **NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO (A)** inscrito en el grupo **GRUPO Y GRADO**. Hago manifiesto que he recibido la información necesaria que hace referencia a mi derecho de participar en cada una de las sesiones, así como el derecho de mi hijo a la confidencialidad de los datos que se obtengan del instrumento que se aplicará y de la autorización del uso adecuado de los mismo.

---

**Nombre y firma del padre de familia**