

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA INCIDENCIA DE CONDUCTAS DE
RIESGO PSICOSOCIAL EN BACHILLERES DEL PLANTEL 01 “TUXTLA
TERÁN”**

**Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTAN:

**AURORA FERNANDA ESCALANTE GORDILLO
LUIS ENRIQUE GONZALEZ CRUZ**

Director:

Dr. JOSE LUIS HERNANDEZ GORDILLO

TUXTLES GUTIÉRREZ, CHIAPAS DICIEMBRE 2019



Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas
Dirección de Servicios Escolares
Departamento de Certificación Escolar
Autorización de impresión



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
8 de octubre del 2019

C. Aurora Fernanda Escalante Gordillo
Pasante del Programa Educativo de Psicología

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado "Estudio comparativo sobre la incidencia de conductas de riesgo psicosocial en bachilleres" en la modalidad de tesis.

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su examen profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtro. René de Jesús Muñoz Coutiño

Lic. Angélica Cruz Becerril

Dr. Jaime Gabriel Vázquez Madrigal

Firmas:



Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas
Dirección de Servicios Escolares
Departamento de Certificación Escolar
Autorización de impresión



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
8 de octubre del 2019

C. Luis Enrique González Cruz
Pasante del Programa Educativo de Psicología

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado "Estudio comparativo sobre la incidencia de conductas de riesgo psicosocial en bachilleres" en la modalidad de tesis.

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su examen profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtro. René de Jesús Muñoz Coutiño

Lic. Angélica Cruz Becerril

Dr. Jaime Gabriel Vázquez Madrigal

Firmas:

ÍNDICE

DEDICATORIA	
ÍNDICE	
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	
JUSTIFICACIÓN	
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	
OBJETIVOS	
GENERAL	
ESPECIFICOS	

CAPITULO I. ADOLESCENCIA

I.1 ADOLESCENCIA	14
I.1.1 DESARROLLO FÍSICO	16
I.1.2 DESARROLLO COGNITIVO	17
I.1.3 DESARROLLO PSICOSOCIAL	19
I.1.3.1 FAMILIA	20
I.1.3.2 AMIGOS O PARES	25

CAPÍTULO II. CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIAL EN ADOLESCENTES

II DEFINICIONES DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES	27
II.1 TEORÍA PARA LA CONDUCTA DE RIESGO DE LOS ADOLESCENTES DE JESSOR Y JESSOR	28
II.2 MODELO DE RIESGO PSICOSOCIAL DE DRYFOOS	29

II.3 CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIAL EN ADOLESCENTES	30
II.3.1 CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO	32
II.3.2 EPISODIO DEPRESIVO	39
II.3.3 IDEACIÓN SUICIDA	42
II.3.4 ABUSO DE SUSTANCIAS	46
II.4 FACTORES PROTECTORES	49
II.4. 1 RESILIENCIA	51

CAPITULO III. METODOLOGÍA

III.1 TIPO DE ESTUDIO	54
III.2 HIPÓTESIS Y VARIABLES	55
III.2.1 VARIABLE DEPENDIENTE	55
III.2.2 VARIABLE INDEPENDIENTE	55
III. 3 POBLACIÓN Y MUESTRA	55
III.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS	56
III.5 PROCEDIMIENTO	58

CAPITULO IV. RESULTADOS

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	60
CONCLUSIONES	70
REFERENCIAS	72
ANEXOS	74

DEDICATORIA

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y me llevo a conocer la psicología y tomarla como vocación.

A mí, por seguir adelante, por persistir a pesar de todo, por haber terminado el proyecto aun cuando hubo miles de momentos en que ya no podía más.

Agradezco especialmente a mis padres, Konny y Fernando; por dejarme extender mis alas y volverse espectadores y acompañantes de mis sueños, por ser mi principal apoyo durante este largo camino, por confiar y creer en mis metas. A ti mamá por amarme desde siempre, por ser mi escucha, mi confidente, mi apoyo y siempre motivarme a ver más allá de lo ordinario. A ti papá por ser mi primer héroe y hacerme sentir protegida y amada siempre, por estar a mi lado desde el principio y creer en mí. ¡Gracias infinitas! A Carlitos, por ser mi amor más puro y el que me motiva a ser mejor siempre.

A mi familia, a la que pertenezco orgullosa, por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida. A mi abuela Lilia, por ser mi mayor fan y compañera de logros, pero más aún por su amor incondicional, a mi abuela Eva por escucharme y aconsejarme y esperarme a mi regreso siempre con tanto amor y con las mejores limonadas y mole del mundo. A mi abuelo Roberto que desde el cielo me acompaña y sé que sería el primero en llamarme lleno de emoción para felicitarme por este logro.

A mi amor, Alexis, quien ilumino mi vida y me proveyó de amor cuando lo necesite. Quien escucho mil veces “ya no quiero más” y me alentó siempre a seguir.

A Luis, mi mano derecha, mi compañero de travesía y de procrastinación, que sin la motivación mutua este proyecto nunca se hubiera dado.

Finalmente quiero expresar mi sincero agradecimiento al Dr. José Luis Hernández Gordillo, por su dirección durante todo este proceso, quien, con su apoyo, conocimiento, enseñanza y “regaños” permitió el desarrollo de este trabajo

Aurora Fernanda Escalante Gordillo

DEDICATORIA

A mis padres, que con su dedicación y esfuerzo me han apoyado y siempre han confiado en mí, esto es para ustedes.

A mí tío Cleiber, que siempre me decía: "hay que leer cómo maldito"

A la persona que se esforzó y confió en que esté día llegaría, para Luis Enrique.

A Mónica y Oliver, que siempre me esperaban en casa con una sonrisa y alegraban mis días difíciles.

A Aurora, que ha sido mi mejor amiga y me ha acompañado durante toda esta aventura apoyándonos mutuamente, me siento muy orgulloso de nosotros.

A la persona que más quiero, con quién estamos de algún modo emparentados, la que nunca deja que le gane la desesperanza, a la que busca, aunque nunca encuentra, esto también es para ti.

Luis Enrique González Cruz

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

En la presente investigación se enfatiza la necesidad de tomar como estudio las conductas de riesgo predominante en el desarrollo físico, psicológico y social de los adolescentes, estas vivencias los marcan ya que por ser una etapa de cambios biológicos y psicológicos tanto sociales como culturales, los lleva a enfrentar dificultades en su ciclo vital viéndose influenciado su carácter y personalidad, siendo esto un factor de manera indirecta para realizar conductas o actitudes que pueden poner en riesgo su salud física y mental, por ejemplo el consumo de sustancias nocivas como drogas, alcohol, conducta sexual de riesgo, intento de suicidio, conducta antisocial y embarazo adolescente.

Valenzuela M., Ibarra A. y Zubarew T. (2013) mencionan que las conductas de riesgo “implican un deterioro considerable en la salud del adolescente afectando su calidad de vida, la inserción con igualdad de oportunidades en la sociedad y gran parte de las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto”. (*sin pág.*)

Actualmente hay varios factores que pueden desencadenar las conductas de riesgo por ejemplo desintegración familiar, malas relaciones entre pares y pareja, así como la adolescencia simplemente por ser una etapa de cambios puede crear un ambiente de vulnerabilidad.

Por tanto, al hablar de familia esta debe ser entendida desde Martínez (2003)

“como una comunidad, como un grupo donde las relaciones entre miembros tienen un profundo carácter afectivo y son las que marcan la diferencia respecto de otro tipo de grupos. Bajo esta perspectiva, las reacciones emocionales en el contexto familiar son una fuente constante de retroalimentación de las conductas esperadas entre los miembros de la unidad familiar”

Aunque como familia muchas veces esta estructura se distorsiona ya que en la actualidad está permitido el maltrato físico como método de castigo o como correctivo en situaciones en las cuales los hijos muestran actitudes que no son las que los padres esperan respecto a su ideal. Así como también está permitido dentro de estos, que haya burlas o chistes acerca de alguna situación embarazosa o defecto de algún miembro de la familia viéndose esto como normal

para la sociedad. Pero esta misma situación puede crear una distorsión sobre lo que es la familia para el individuo creando un ambiente de hostilidad y resentimiento.

De igual forma los estilos parentales influyen en la manera de pensar y de actuar de los adolescentes, puesto que cada uno tiene sus ventajas y desventajas, y cada padre decide cual es el correcto para él, por ejemplo, Baumrind, D. (1967) plantea que el estilo autoritario busca el control con base a normas poco flexibles en las cuales la autonomía del joven no es algo de lo que se pueda hablar, así como en este estilo parental la comunicación es nula o escasa ya que el padre es el que tiene la última decisión. Este ejerce una disciplina basada en el poder, de manera completamente diferente el permisivo que da un exceso de libertad en el cual erróneamente busca que el joven tome sus propias decisiones ejerciendo entonces en ellos un control escaso o inexistente, dejando a un lado la imagen de padre y volviéndose un amigo o confidente hablando de temas inadecuados para su edad y capacidad de razonamiento.

Esto puede crear de manera indirecta una influencia en las conductas de riesgo manifestadas por los adolescentes ya que, en esta etapa al buscar una independencia de los padres, pueden realizar acciones que en otro momento no les sería permitida o bien recrear aquellas vivencias que escuchan de sus padres, de igual forma Valenzuela M., Ibarra R., Zubarew G., M. Loreto. (2013) menciona que:

“estudios longitudinales demuestran que el adolescente presenta menos conductas de riesgo cuando sus padres o tutores son capacitados entregándoles apoyo, conocimiento y desarrollo de habilidades básicas en la crianza, tales como disciplina consistente y apoyo afectivo, donde ambos elementos contribuyen a la adaptación conductual y al desarrollo psicológico positivo del adolescente” (sin pág.)

La comunicación como menciona Gallego(2011) es un punto crucial debido a que las relaciones familiares están atravesadas por el intercambio de pensamientos, emociones y sentires entre las personas vinculadas al grupo familiar, y que son exteriorizadas a través de acción y/o lenguaje verbal o no verbal.

Así como también las dudas que tiene de la etapa que están pasando, por ejemplo, los cambios fisiológicos, el despertar de su sexualidad, las incógnitas acerca hacia las nuevas tendencias de género y su propia identidad sexual son buscadas en páginas electrónicas las cuales muchas

veces carecen de información certera, creando entonces ideas erróneas sobre temas de relevancia para su desarrollo y un exceso de información basura que logra crear aún mayores incógnitas de las que tenían al principio ya que a pesar de que actualmente en la superficie pareciera ser un tema más abordado, este sigue siendo un tema tabú.

Como consecuencia el adolescente puede verse orillado a la práctica de conductas sexuales de riesgo, como son el tener muchas parejas sexuales, relaciones sexuales sin protección; en las cuales ponga en peligro su salud; esto en contraposición a lo que muchas campañas de prevención y de educación sexual proponen, ya que en la actualidad hay mucha información acerca de los métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual, las consecuencias de tener relaciones a edades tempranas, una de ellas el embarazo etc.

Y esto parecería que no es suficiente para controlar este fenómeno, ya que por más información y capacitación que se les dé a los adolescentes en la escuela, el resultado parecería ser el contrario ya que el embarazo en adolescentes sigue teniendo gran relevancia en nuestra sociedad, al igual que las infecciones de transmisión sexual. Una de las posibles causas como ya se ha mencionado es la educación que los padres proporcionan a sus hijos desde el núcleo familiar.

Pero este no es la única problemática que se presentan en los adolescentes ya que también uno de los fenómenos que han acaparado la atención de la sociedad en el ámbito de la salud pública es la tasa de suicidio que se da entre adolescentes.

“Anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2015 fue la segunda causa principal de defunción en jóvenes de 15 a 29 años en todo el mundo”.

El suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2015, más del 78% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral” (OMS, 2017)

La combinación de características demográficas con factores sociales predispone la decisión de una persona para quitarse la vida. Algunos estudios mencionan que este comportamiento se ve diferenciado, no sólo por sexo, sino también por grupos de edad.

“Entre los jóvenes existen factores de índole laboral y económica; y en los adultos mayores, la ausencia de seguridad social y la pobreza. En México, más de la mitad de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos y cerca de uno de cada cuatro casos de suicidio se asocia al alcoholismo. La esquizofrenia y la ansiedad son otros trastornos asociados al suicidio. Dichos padecimientos requieren un adecuado manejo terapéutico y mayor vigilancia cuando se detecta la ideación suicida” (INEGI 2015)

Como se ha mencionado, el suicidio es algo que está presente en la sociedad mexicana mayormente por adolescentes, esto pudiéndose desencadenar por diversas conductas como un desenfrenado consumo de drogas y alcohol, así como también un poco o nula relación con sus padres. Sin dejar a lado a Chiapas donde obtiene un 8º lugar estadísticamente de suicidio en jóvenes:

“El motivo principal entre los suicidas jóvenes son los conflictos sentimentales; las mujeres de este rango de edad son más propensas a intentar suicidarse con medios poco probables de llevar a la muerte, por lo que ésta es una forma desesperada de pedir ayuda. Los métodos más utilizados son la ingesta de fármacos intentando producir una intoxicación y también eligen las formas menos dolorosas. Los hombres escogen las muertes más violentas como son la asfixia, las armas de fuego y los pesticidas, que no dejan probabilidad de sobrevivir” (El heraldo de Chiapas 2017)

Como se menciona el consumo de alcohol y sustancias nocivas para la salud, una de las más conocidas la marihuana, la cocaína, entre otras, es una conducta de riesgo que en la actualidad se ha visto un incremento en estas, puesto que, con las nuevas líneas de comunicación, hay una

mayor libertad de acceso a estas, creando una dependencia por ser sustancias psicoactivas. Las cuales, según la OMS (2017), son conocidas más comúnmente como drogas, las cuales son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo

Donde según datos estadísticos de la Secretaria de Salud (2016). El 63 por ciento de la población identificada en un estudio como consumidora de alcohol, son adolescentes y jóvenes de entre 12 y 24 años. Las personas inician con el consumo de alcohol por diversas causas, principalmente la curiosidad (29.4%), seguida por la invitación de amigos (13.5%), la experimentación (12.4 %), los problemas familiares (10%), la influencia de amigos (9.4%), la aceptación del grupo (4.1 %), por invitación de familiares (2.9%) o depresión (2.4%).

Por todo lo anterior podemos destacar que un desarrollo correcto del adolescente implica que este se desenvuelva en condiciones óptimas en el contexto familiar y social. Pero muchas veces al carecer de esto y aunado a que la adolescencia es una etapa de cambios biológicos y psicológicos, llevan al adolescente a enfrentar dificultades en su ciclo vital pudiendo con esto crear un ambiente proclive a incidir en conductas de riesgo psicosocial y amenazar el bienestar de los adolescentes.

JUSTIFICACIÓN

Las conductas de riesgo psicosocial en los adolescentes se ha convertido en un problema que no solo afecta el ámbito educativo si no el desarrollo global del adolescente ya sea en un embarazo no deseado, abuso de sustancias como alcohol y drogas, infecciones de transmisión sexual, depresión que derive en intentos de suicidio, suicidio o muerte temprana. Ya que cuando el adolescente incide en estas conductas pone en riesgo tanto su estado emocional, como su salud física y la de otros, y no solo de forma temporal si no también con efectos a largo plazo.

En la actualidad se han hecho muchos avances en el campo de la salud y tecnología. La prolongación de la esperanza de vida, la modernización y la globalización con su diferente gama de estímulos, incrementando la necesidad de la población de encontrar los elementos para asumir los cambios que experimentan en la adolescencia. Pero a pesar de este avance convulsionado y desorganizado, con una cantidad inmensurable de información al alcance de la mano en las redes sociales, pareciera ser que conocimiento no es lo mismo a prevención de conductas de riesgo ya que en la actualidad a pesar de que hay información acerca de los métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual y las consecuencias de utilizar drogas o alcohol, parecería que no es suficiente para controlar este fenómeno, ya que por más información y campañas de prevención que se les dé a los adolescentes en la escuela el resultado parecería ser el contrario. Puntualizando los problemas tales como la depresión, ideación suicida, conductas sexuales de riesgo, abuso de sustancias. Pudiendo ver esto en las cifras recientes donde cada vez es mayor la incidencia y menor la edad en la que se comienzan a practicar este tipo de conductas.

Por tanto, es necesario subsanar a población adolescente, toda vez que constituyen un grupo social altamente vulnerable a las problemáticas psicosociales, que derivan de su desarrollo físico, psicológico y sus relaciones sociales, así como las condiciones del entorno.

Los problemas psicosociales que presentan los adolescentes han sido abordados anteriormente en diferentes investigaciones, pero poco contextualizadas dentro del estado de Chiapas, ya que es uno de los estados con mayor rezago en el apoyo en pro de las instituciones a favor del bienestar de los jóvenes y con una educación impregnada aun con tintes de machismo de

manera más explícita en zonas rurales, aunque esto no exime a los adolescentes de zonas urbanizadas. Siendo Chiapas uno de los estados con un mayor porcentaje de población adolescente, volviéndolo un foco rojo donde cada vez son más frecuentes los casos de suicidios a una edad temprana, infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente y consumo de sustancias.

Derivando un problema de salud pública y preocupación para las instituciones que atienden a esta población lo cual nos convoca de manera urgente e inmediata a definir políticas públicas acordes a las circunstancias presentes, ya que en la actualidad nos encontramos con bastantes huecos en la materia de salud mental y la prevención de conductas de riesgo, puesto que las campañas de prevención están bastante alejadas de la realidad con propuestas no funcionales y un tanto inquisitivas dejando a un lado la dignificación de la palabra y dolencia del adolescente.

Por ende, es importante conocer la incidencia de las conductas de riesgo psicosocial en adolescentes del nivel de bachillerato. En el Colegio de Bachilleres de Chiapas (COBACH) con una matrícula compuesta por 1080 alumnos, los cuales se organizan en grupos únicos y regulares, los primeros se conforman por alumnos que han reprobado algún semestre o tienen problema de ámbito externo al educativo retrasándolos en su nivel académico correspondiente, los segundos son alumnos cursadores de semestres regulares de acuerdo a la norma institucional. En el caso del plantel 01 “Tuxtla Terán” se trabajarán con los grupos pares “regulares” 2, 4 y 6 “A” y grupos no pares “irregulares o únicos” 1 “F”, 3 “E” y 5 “F” mediante la aplicación del instrumento “factores de riesgo psicosocial y POSSIT” entre grupos únicos y regulares para comparar la incidencia de los factores de riesgo en función a prácticas sexuales de riesgo sin protección, el consumo de sustancias como el alcohol, la marihuana, cocaína, el tabaco, así como los factores del estado de ánimo como son la depresión, ideación suicida y la relación con padres. Así como revisar diferentes puntos de vista en cuestión al tema. Por tanto, es importante conocer si el estado de grupo irregular con todo lo que conlleva esto es un factor predisponente a que los adolescentes incidan en conductas de riesgo o realmente no es algo inherente.

Por ello se espera que el beneficio de esta investigación sea el inicio para realizar ajustes e implementar nuevos programas de prevención los cuales vayan contextualizados a las distintas realidades y necesidades de la diversidad de poblaciones con sus propias multiculturalidades

que se encuentran en el estado de Chiapas, en búsqueda de una mayor eficacia e impacto en los adolescentes con el fin de resignificar la construcción de un rol social que coincida con su identidad, en pro de un proyecto de vida que de sentido de manera positiva y con un desarrollo integral a su relación con el mismo y por ende a su entorno.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Lo mencionado con anterioridad nos induce a considerar que la problemática principal a desarrollar en la investigación es la incidencia de conductas de riesgo psicosocial del Cobach plantel 01 “Tuxtla Terán” de los grupos únicos y regulares, para comparar la incidencia de casos de consumo de sustancias, depresión e ideación suicida de conductas sexuales de riesgo y relación con padres.

En ese sentido se pretende trabajar con la interrogante ¿La condición de grupo escolar único es factor predisponente a incidir en conductas de riesgo en el bachiller del plantel 01 “Tuxtla Terán”?

OBJETIVO GENERAL

Identificar la incidencia de conductas de riesgo psicosocial en los alumnos entre grupo único y regular del plantel 01 “Tuxtla Terán”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar la incidencia de casos de consumo de sustancias, depresión e ideación suicida, de conductas sexuales de riesgo y relación con padres en bachilleres de los grupos únicos y regulares.

CAPITULO I

ADOLESCENCIA

I.1 Adolescencia

Cuando nos referimos a cualquier período de la vida estamos hablando no tanto de categorías naturales, dictadas por la biología, definidas por rasgos universales e inmutables, sino más bien de categorías sociales, dotadas de significado por una cultura y sociedad particular. En este sentido, se ha hablado de las etapas evolutivas en el ser humano como invenciones culturales. Wartofsky (1983). En relación con la adolescencia y la juventud, podríamos decir que constituyen un producto generado socialmente que en ningún lugar ni periodo histórico puede definirse en base a criterios puramente biológicos, psicológicos o jurídicos. Levi y Schmitt (1995).

En el mundo romano antiguo también se ocupó de desarrollar marcos sociales que marcaban la transición entre la infancia y la vida adulta. Existía así la ceremonia en la que los jóvenes varones, entre quince y dieciséis años, se despojaban de los “signos de la infancia”- la bulla o amuleto que llevaban en el cuello contra el mal desde el nacimiento y la toga praetexia o toga adornada de púrpura- y vestían la toga viril, una toga blanca que era la vestimenta cotidiana de los ciudadanos. A continuación, el joven acudía al Foro, acto con el que se intentaba señalar su incorporación a los asuntos públicos. Fraschetti (1995). Años más tarde, en la misma sociedad romana, los jóvenes vieron retrasada su incorporación plena a la vida adulta. Esta se conseguía solo después de los 25 años, con lo cual la adolescencia tomó un carácter, cercano al actual, de fase de “subordinación, marginación, limitación de derechos y de recursos, de incapacidad de actuar como adultos”. Lutte (1992). Por su parte, el rito de iniciación de las muchachas era el matrimonio, tal como correspondía a su función social de esposas y madres. Así, una vez alcanzada la pubertad, las vírgenes ofrecían sus muñecas a los dioses familiares y vestían la túnica recta el día anterior a su matrimonio Fraschetti (1995)

En el siglo XIX, la adolescencia no se consideraba diferente de la edad adulta. Los niños llegaban a la pubertad a los catorce o quince años, y comenzaban a desempeñar roles propios de los adultos. Sin embargo, la revolución industrial a fines del siglo pasado, y el progreso científico generaron ocupaciones tecnológicas y administrativas altamente calificadas. Estos

cambios exigían que la transición de la niñez a la madurez fuese prolongada, debido a la necesidad de una mejor preparación para satisfacer esos nuevos y más complejos requerimientos laborales (Bakam 1971: Jett 1977, citado por Sarafino, E., Armstrong J. 1988). La sociedad occidental respondió con fuentes educativas y económicas, y la creación de una dependencia más larga de la familia, mientras el adolescente cursaba una carrera profesional. Se emitieron leyes que aseguraron la instrucción obligatoria y restringieron la participación del niño en el trabajo. (pág. 392)

Ahora, las sociedades occidentales reconocen una fase del desarrollo denominada adolescencia, que comienza con la pubertad, aproximadamente a los doce o trece años, así como los veinte años constituyen el mejor cálculo de la edad a la cual se alcanza el final de la adolescencia.

En muchas sociedades modernas el paso de la niñez a la adultez no se señala por un suceso único, sino por un largo periodo conocido como adolescencia: una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, y que asume diversas formas en diferentes entornos sociales, culturales y económicos (Larzon y Wilson 2004, citado por Papalia 2009, p.460-461). Tomando en cuenta a la adolescencia como el periodo entre los 11 y 19 o 20 años de edad.

Este periodo también conlleva riesgos. Algunos jóvenes tienen problemas para manejar todos estos cambios a la vez y es posible que necesiten ayuda para superar los riesgos que encuentran a lo largo del camino. La adolescencia es un tiempo de incremento en la divergencia entre la mayoría de los jóvenes, que se dirigen hacia una adultez satisfactoria y productiva, y una considerable minoría que se enfrentara con problemas importantes (Offer, Kaiz, Ostrov y Albert, 2002; Offer, Offer y Ostrov, 2004; Offer y Schonert- Reichl, 1992 citado por Papalia 2009, p.461).

Por tanto, la adolescencia es la etapa de la vida cuando ocurre una decisiva transición de una niñez dependiente a una autosuficiencia psicológica, social y económica. (Sarafino, E., Armstrong J. 1988, pág. 424)

Importante mencionar que, durante la adolescencia, los jóvenes empiezan a cuestionarse lo que han aprendido de quienes lo rodean, como lo son, sus padres, maestros, etc. Empiezan a percibir el mundo con sus propios juicios y valores.

I.1.1 Desarrollo físico

Un cambio físico importante es el inicio de la pubertad: el proceso que conduce a la madurez sexual o a la fertilidad (capacidad para reproducirse). (Papalia 2009, pág. 461)

La pubertad es el resultado del aumento en la producción de las hormonas relacionadas con el sexo, lo cual ocurre en dos etapas: adrenarquia, que es la maduración de las glándulas suprarrenales, seguida de unos cuantos años después por la gonadarquia, la maduración de los órganos sexuales. (Papalia 2009, pág. 464)

El inicio de la adolescencia se destaca por una serie de cambios en el desarrollo físico, genéticamente controlados. Aunque la mayoría de esos cambios están vinculados bioquímicamente entre sí, se pueden dividir en dos clases: los relacionados con el crecimiento corporal y los relacionados con la madurez sexual. Como se ha visto, el cuerpo del adolescente sufre un torrente de crecimiento, que se caracteriza por un incremento acelerado en la estatura y el peso, y por cambios en los tejidos y las proporciones del cuerpo. Aproximadamente al mismo tiempo, se llega a la madurez sexual. Esta etapa, denominada pubertad, comienza con el crecimiento de los ovarios y los testículos. También, el aparato reproductor y las características sexuales secundarias, como el vello púbico, el moldeamiento del busto y el cambio de voz, se desarrollan. (Sarafino, E., Armstrong J. 1988, pág. 393)

La mayoría de las niñas comienzan su desarrollo acelerado entre los diez y los once años; los niños, entre los doce y trece. Esta diferencia provoca una reversión importante en el tamaño físico comparativo de uno y otro sexo, entre los doce y los trece años de edad. En ese intervalo las niñas finalizan su torrente de crecimiento, mientras los niños lo comienzan. Esto resulta en que las niñas son más altas y tienen mayor peso por algún tiempo (Rauch, Schumsky, y Witt 1967, citado por Sarafino, E., Armstrong J. 1988, pág. 393). Cerca de la pubertad las diferencias de sexo con respecto al tamaño son obvias, los varones son más altos que las niñas, en un promedio de quince centímetros, y pesan entre 4.5 y 6.8 kilos más. (Sarafino, E., Armstrong J. 1988, pág. 394)

Papalia (2009) hace una diferenciación entre las características sexuales primarias y secundarias, ya que las primarias incluyen la maduración de los órganos necesarios para la reproducción, en

las mujeres los órganos sexuales incluyen los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, clítoris y vagina. En el varón incluyen los testículos, pene, escroto, vesículas seminales y próstata. Y las secundarias se relacionan con los signos fisiológicos de maduración sexual que no implican directamente los órganos sexuales; por ejemplo: las mamas en las mujeres y los hombros amplios en los varones, los cambios en la voz y la textura de la piel, el desarrollo muscular y crecimiento de vello púbico facial, axilar y corporal.

I.1.2 Desarrollo cognitivo

Así como el individuo alcanza una madurez sexual, también debe a la par de este mismo lograr una madurez mental, que ha trascendido diferentes facetas desde su niñez hasta la adolescencia, donde los procesos cognitivos se van haciendo ms complejos.

Aproximadamente a los doce años de edad, la habilidad para pensar acerca de uno mismo y de las relaciones sociales es muy grande. (Selman y Byrne 1974; Shantz, 1975 citado por Sarafino, E., Armstrong J. 1988) El adolescente logra una mayor conciencia de su pensamiento y del de los demás.

Aunque las habilidades cognoscitivas se expanden durante la adolescencia, en algún grado el egocentrismo las obstaculiza, es decir, por la incapacidad para adoptar el rol o el punto de vista de otra persona. No obstante, según Elkin (1967), siempre subsiste alguna forma de este sentimiento y consiste en que además de su preocupación por la manera en que otras personas lo ven, el adolescente supone que sus necesidades y sentimientos son únicos.

Los adolescentes como menciona Piaget entran en lo consideraba como el más alto nivel del desarrollo cognitivo (las operaciones formales) cuando desarrollan la capacidad de pensamiento abstracto. Este desarrollo, que en general ocurre aproximadamente a los 11 años de edad, proporciona una manera nueva y más flexible de manipular la información. Al no estar limitados al aquí y ahora, los jóvenes pueden comprender el tiempo histórico y el espacio extraterreno. (Papalia, 2009, pág. 489)

La conciencia que el adolescente posee de su pensamiento le permite un mayor grado de introspección, u observación de sus ideas y sentimientos. En otras palabras, los adolescentes pueden conceptualizar y pensar en los aspectos de su ego. Puede examinar sus necesidades, valores y pensamientos con cuidado. Esta clase de autoinvestigación y autodefinition se

convierte en una actividad importante cognoscitiva para la formación de la personalidad del adolescente. (Sarafino, E., Armstrong J., 1988, pág. 404)

A medida que ponen a prueba sus nuevas habilidades, es posible que en ocasiones se tropiecen, como un lactante que está aprendiendo a caminar. Según sugiere Elkind (1984), esta inmadurez del pensamiento se manifiesta en cuando menos seis maneras características:

1. Idealismo y tendencia a la crítica: a medida que los adolescentes imaginan un mundo ideal, se percatan de qué tan lejano se encuentra éste del mundo real, lo cual achacan a los adultos. Se vuelven extremadamente conscientes de la hipocresía; con la agudización de su razonamiento verbal, se deleitan con revistas y artistas del entretenimiento que atacan a figuras públicas con sátiras y parodias. Convencidos de que saben más que los adultos de cómo manejar al mundo, con frecuencia descubren defectos en sus padres y otras figuras de autoridad.
2. Tendencia a discutir: los adolescentes buscan de manera constante las oportunidades de poner a prueba sus capacidades de razonamiento. Con frecuencia discuten a medida que organizan los hechos y la lógica para defender, digamos, su derecho a quedarse más tarde de lo que sus padres creen conveniente.
3. Indecisión: los adolescentes pueden tener al mismo tiempo muchas alternativas en su mente y, sin embargo, carecen de las estrategias eficaces para elegir entre ellas. Es posible que tengan problemas para decidirse incluso sobre asuntos tan sencillos como si deben ir al centro comercial con un amigo o utilizar la computadora para trabajar en una tarea de la escuela.
4. Aparente hipocresía: es frecuente que los adolescentes jóvenes no reconozcan la diferencia entre expresar un ideal, como la conservación de energía, y hacer los sacrificios necesarios para alcanzarlo, como utilizar el automóvil con menos frecuencia.

5. Autoconciencia: los adolescentes en la etapa de las operaciones formales pueden pensar acerca del pensamiento el propio y el de otras personas. Sin embargo, en su preocupación con su propio estado mental, a menudo suponen que todos los demás están pensando al mismo tiempo justo en lo que ellos están pensando: ellos mismos. Es posible que una adolescente se sienta mortificada si viste “la ropa incorrecta” para una fiesta, pensando que todos los demás deben estar viéndola de reojo. Denomina audiencia imaginaria a esta conciencia de uno mismo, un “observador” conceptualizado que está tan preocupado con los pensamientos y conductas de la persona joven como ella lo está. La fantasía de la audiencia imaginaria es particularmente fuerte en la temprana adolescencia, pero persiste en menor grado en la vida adulta.

6. Suposición de singularidad e invulnerabilidad: Utiliza el término de fábula personal para denotar la creencia de los adolescentes de que son especiales, que su experiencia es única y que no están sujetos a las reglas que gobiernan al resto del mundo (“Otras personas caen en la adicción a las drogas, pero no yo” o “Nadie ha estado tan profundamente enamorada como yo”). (Papalia, 2009, pág. 492-493)

I.1.3 Desarrollo psicosocial

La adolescencia tiene como fin el desarrollo de tareas exclusivas de esta etapa (Havighurst, 1972) menciona que estas tareas incluyen el alcanzar: la independencia de los padres, las relaciones sociales maduras con los compañeros, un sistema de valores y una filosofía de vida, una orientación hacia el matrimonio, los hijos y las relaciones sexuales y la preparación para una ocupación o una carrera profesional. Algunos adolescentes se enfrentan a problemas durante los primeros años, que los involucran en conductas delincuentes y en el abuso de las drogas, y algunos se angustian demasiado hasta el extremo de intentar suicidarse.

Kenneth Kensington (1975) consideraba que los problemas de los adolescentes nacen de la “tensión entre el yo y la sociedad”, es decir, una falta de correspondencia entre los sentimientos respecto a lo que son y lo que la sociedad quiere que sean. Según Kensington, los adolescentes sienten una ambivalencia no sólo ante el orden social, sino ante sí mismos. Es posible que piensen que la sociedad es demasiado rígida y dominante; de ahí que intenten

escapar asumiendo identidades y roles temporales. En suma, ahora los investigadores comprenden que el contexto social e histórico del desarrollo es tan importante para la etapa de la adolescencia como las diferencias individuales. Jessor (1993). De la misma manera que los niños, los adolescentes alcanzan la mayoría de edad en un nicho cultural que influye en todos los aspectos de su vida, desde las novedades y las modas hasta la economía y las oportunidades educacionales, desde el tiempo libre y la salud hasta la nutrición. El nicho cultural define pues lo que es la adolescencia.

Desde la perspectiva de Françoise Dolto, la adolescencia se parece al nacimiento. La entiende como un “segundo nacimiento”. Así, nos dice que “en el nacimiento nos separan de nuestra madre, cortando nuestro cordón umbilical, pero se olvida a menudo que entre la madre y el hijo hay un órgano de vinculación extraordinario: la placenta. La placenta nos daba todo lo que era necesario para nuestra supervivencia y filtraba muchas sustancias 23 peligrosas que circulaban en la sangre materna. Sin ella, no habría ninguna vida posible antes del nacimiento, hay que sacarla absolutamente para vivir.”

La adolescencia es como un segundo nacimiento que se realizaría progresivamente. Hay que quitar poco a poco la protección familiar, como se ha quitado la placenta protectora. Quitar la infancia, hacer desaparecer al niño que hay en nosotros, constituye una mutación. Esto causa, por momentos, la impresión de morir. Y va rápido a veces muy rápido. La naturaleza trabaja según su propio ritmo”.

Esta autora, llama a la adolescencia “el complejo de la langosta”. Escuchemos su explicación: “Las langostas, cuando cambian el caparazón, pierden primero el viejo y quedan sin defensa por un tiempo, hasta fabricar uno nuevo. Durante ese tiempo se hallan en gran peligro. Para los adolescentes vendría a ser la misma cosa. Nuestro congrio propio es todo lo que nos amenaza, en el interior de nosotros mismos y en ese exterior, en lo cual a menudo, no se piensa”. Estas ideas de Doltó, pueden relacionarse con el actual concepto de “vulnerabilidad”, que es la potencialidad de que se produzca un riesgo o daño. Puede decirse que, debido a ciertas características de la adolescencia, se incrementa la potencialidad de que ocurran ciertos daños. Obviamente, habrá adolescentes con mayor o menor vulnerabilidad a uno u otro tipo de daño. Ello depende, en parte, de los factores de riesgo y de los factores protectores en juego.

I.1.3.1 Familia

La familia sigue siendo el más importante agente de socialización, a pesar de todos los cambios experimentados en las últimas décadas en cuanto a su estructura o el cambio en los roles de los padres y madres. Generalmente los padres tienen actitudes ambivalentes hacia la creciente madurez y el alejamiento del adolescente. Por una parte, es lo que querían que sucediera; pero muchos encuentran difícil admitir que su hijo comience a tener una vida propia y algunos incluso se sienten rechazados. En la madre la adolescencia de su hijo provoca una conmoción, por lo menos en la cultura occidental. Los padres pretenden que el hijo no sufra los problemas que ellos sufrieron cuando se convirtieron en adultos.

La mayoría de las discusiones entre adolescentes y padres tienen que ver con cuestiones personales mundanas, labores-trabajo escolar, ropa, dinero, permisos, citas y amigos más que con cuestiones de salud y seguridad o de lo que está bien o mal (Adams y Laursen 2001; Steinberg 2005, citado por Papalia, 2009, pág. 532)

Según Douvan y Adelson (1966) los padres de clase baja parecen valorar más la conformidad y la obediencia sin considerar si se han desarrollado sistemas internalizados de autoregulación en sus hijos adolescentes. Por el contrario, los padres de clase medio fomentan más el pensamiento independiente, la responsabilidad personal y una atmósfera propicia para la comunicación...los adolescentes cuyos padres aceptan sus opiniones y participan en la discusión de problemas familiares, tienden más a considerar que sus padres son buenos y que su vida familiar es feliz. (Elder, 1962, Slocum, 1958 citado por Sarafino, E., Armstrong J., 1988, pág. 425)

Algunas teorías sostienen que los conflictos entre padres y adolescentes son casi inevitables. La teoría sociológica de Davis (1940, 1960) sostiene que la probabilidad de conflicto aumenta cuando existen grandes diferencias generacionales en la cultura general, las oportunidades de educación y las tendencias en la ocupación elegida. Estas diferencias existen más en las sociedades que cambian con rapidez, donde los avances tecnológicos son cosa común y el nivel de inmigración es alto. Esto conduce a la brecha entre generaciones. Las teorías psicoanalíticas de Freud y sus seguidores explican que el conflicto no solo es inevitable, sino que puede ser necesario para que surjan la independencia y una clara concepción del ego. El conflicto permite a los adolescentes cuestionar las normas morales, opiniones, las actitudes y

los valores. Mediante ese cuestionamiento pueden adquirir una mejor comprensión de sí mismos y de su relación con el mundo que lo rodea. (Sarafino, E., Armstrong J., 1988, pág. 426)

Los padres autoritativos insisten en reglas, normas y valores importantes, pero están dispuestos a escuchar, explicar y negociar (Lamborn, Mounts, Steinberg y Dornbush, 1991). Ejercitan un control adecuado sobre la conducta de sus hijos (control conductual), pero no tratan de controlar los sentimientos, creencias y sentido del yo de sus hijos (Steinberg y Darling, 1994). El control psicológico, ejercido por medio de técnicas de manipulación emocional, tales como el retiro del afecto, pueden dañar el desarrollo psicosocial y la salud mental del adolescente (Steinberg 2005 citado por Papalia, 2009, pág. 533)

Muchos investigadores han estudiado diversas características de la paternidad, la conducta y las actitudes de los padres (Schaefer, 1959) identifico dos grandes dimensiones para describir a los padres. Una dimensión describe el grado de amor con respecto al de hostilidad; es decir, describe si el padre es amoroso, tolerante y gratificante, o si es hostil, rechaza y castiga. La segunda dimensión consiste en la autonomía y el control, describe a los padres con base en el grado de autonomía o de permisividad en contra del control o restricción con que tratan al niño.

Combina esas dos dimensiones que constituyen las cuatro combinaciones básicas Schaefer, para las relaciones entre padres e hijos: amor- autonomía, amor-control, hostilidad-autonomía y hostilidad-control.

Amor-autonomía. Los padres son afectuosos, tolerantes y permisivos en el trato con sus hijos, crean lo que se considera una atmosfera democrática. Los niños que viven en hogares democráticos son valorados como individuos, y aunque sus padres fortalecen las reglas de conducta, sus niños son más libres de explorar, descubrir y probar sus habilidades en una amplia variedad de actividades. Los niños que se educan en este tipo de atmosfera tienden a ser activos, extrovertidos, independientes y seguros en sus relaciones con otros niños. (Baldwin, 1949).

Amor-control: algunos padres son afectuosos y amorosos, pero muestran un elevado nivel de control en la vida de sus hijos. Tales padres pueden ser considerados como sobreprotectores; lo que significa que tratan de intervenir en muchos aspectos del desarrollo de sus hijos. Esta clase de padres dan a sus niños pocas oportunidades de explorar y ejercitar habilidades que permitan la independencia y de hecho los estimulan a depender de los adultos. Los padres sobreprotectores indulgentes son amorosos, pero ejercen menos control que los padres de tipo dominante; complacen cualquier antojo de sus hijos, y ceden cuando sus hijos son exigentes. Levy (1934) encontró que los niños criados por padres indulgentes generalmente son desobedientes, rebeldes y agresivos en el medio ambiente hogareño.

Hostilidad-autonomía. Los padres que son hostiles y no ejercen control sobre la conducta de sus hijos tendrán problemas. Los niños rechazados e ignorados son mucho más desobedientes, agresivos e intransigentes que los demás (Sears, Maccoby y Levin, 1957). Quizá debido a que están en contacto con padres hostiles y algunas veces agresivos, aprenden a tratar a otras personas de igual manera. En efecto, tales niños muestran poca consideración a los derechos de otros, ignoran la autoridad, sienten poca responsabilidad por los errores que cometen y emplean la agresión física (Glueck y Glueck, 1950)

Hostilidad-control. Los niños educados por padres hostiles y dominantes tienen muchos problemas (Becker, 1964) muestran resentimiento y hostilidad hacia los padres y maestros, pero también hacia ellos mismos, de tal manera que sufren conflictos internos. Estos niños tienden a ser tímidos, pelear con sus compañeros, e inclinarse al autocastigo y al suicidio. (Sarafino, E., Armstrong J., 1988, págs. 265-266)

El clima familiar positivo hace referencia a las prácticas de socialización de la familia que fomentan la confianza, la autonomía, la iniciativa y los lazos afectivos para el desarrollo de hijas e hijos estables y competentes (Werner, 1989). Hay evidencia empírica de que el clima familiar positivo es un factor protector de la violencia filio-parental (VFP) evaluado a través de la cohesión familiar, relaciones paternofiliales positivas y conductas prosociales.

Las relaciones positivas entre padres/madres e hijos/as se han asociado con un menor riesgo de abuso verbal o físico de las y los adolescentes hacia sus madres y/o padres (Jaureguizar e Ibabe, 2012; Pagani et al., 2003) y con un mayor desarrollo de conductas prosociales en el ámbito familiar (Jaureguizar e Ibabe, 2012; Romano, Tremblay, Boulerice y Swisher, 2005).

Por el contrario, el clima familiar negativo es uno de los factores de riesgo más conocidos de la violencia filio-parental y está caracterizado por un elevado nivel de conflicto familiar, bajo nivel de cohesión y presencia de violencia familiar (violencia marital y violencia de padres a hijos). Los adolescentes agresivos describen a sus progenitores como personas que les rechazan, son sobreprotectoras y/o menos cálidas emocionalmente (Aluja, Del Barrio y García, 2005). También se ha comprobado empíricamente que el conflicto familiar es un predictor tanto de las conductas violentas hacia las figuras de autoridad como de las conductas antisociales (Jaureguizar e Ibabe, 2012)

Los adolescentes, al igual que los niños pequeños, son sensibles al ambiente del hogar familiar. En otros estudios, muchachos y muchachas adolescentes cuyos padres se divorciaron más tarde mostraron problemas académicos, psicológicos y conductuales antes de la separación que sus pares cuyos padres no se divorciaron más adelante (Sun, 2001; citado por Papalia, 2009 pág.535).

Los adolescentes que vivían con padres que continuaban con su matrimonio presentaban significativamente menos problemas que aquellos en cualquier otra estructura familiar (progenitor soltero, en cohabitación o en familias por segundas nupcias). La participación de alta calidad de un padre que no reside en el hogar ayuda enormemente, pero no tanto, como la participación de un padre que vive dentro del hogar. (Carlson, 2006; citado por Papalia, 2009 pág.535)

Los adolescentes que viven en familias con padres que cohabitan, al igual que los niños más pequeños, exhiben mayores problemas conductuales y emocionales que los adolescentes en familias con padres casados; y, cuando uno de los padres cohabitantes no es un progenitor biológico, también sufre la participación escolar. Para los adolescentes, a diferencia de los niños más pequeños estos efectos son independientes de los recursos económicos, el bienestar de los padres o la efectividad de las prácticas de crianza infantil, lo que sugiere que la

cohabitación de los padres puede resultar más problemática para los adolescentes que para los niños pequeños. (Brown, 2004; citado por Papalia, 2009 pág.535)

Por otra parte, un estudio a hijos de madres solteras no encontró efectos negativos en la crianza de padres solteros sobre el desempeño escolar ni aumento en el riesgo de conductas problemáticas. Lo más importante eran el nivel y capacidad educativa de la madre, el ingreso familiar y la calidad del ambiente escolar (Ricciuti, 2004; citado por Papalia, 2009 pág.535). Este hallazgo sugiere que los efectos negativos de vivir en un hogar con un progenitor soltero se pueden ver compensados por factores positivos.

I.1.3.1.2 Amigos

Como lo descubrió Jackie Robinson, una fuente importante de apoyo emocional durante la compleja transición de la adolescencia- así como una fuente de presión para conductas que los padres posiblemente deploran-ese grupo de pares. Este es una fuente de afecto, simpatía, comprensión y guía moral; un lugar donde experimentar y un entorno para lograr la autonomía e independencia de los progenitores. Es un sitio para formar relaciones íntimas que sirven como ensayos para la intimidad adulta. (Papalia, 2009, pág. 537)

Douvan y Adelson (1966) observaron diferencias cualitativas en las amistades de los varones y de las mujeres durante la adolescencia. Las amistades de las muchachas durante el comienzo de la adolescencia tienden a concentrarse en torno a ciertas actividades, tal como, ir de compras. En los años intermedios de la adolescencia, crece la importancia del apoyo emocional, la comprensión. Posteriormente, estas amistades pierden un poco su parte emocional, y avanzan hacia el compartir valores, opiniones e intereses. En contraste, los amigos del varón no muestran esos cambios, sino que permanecen concentrados alrededor de cierta actividad. Las muchachas tienen pocas amigas buenas e íntimas, mientras que los muchachos tienen una gran cantidad de amigos circunstanciales y buenos. (Sarafino, E., Armstrong J., 1988, pág. 430)

Las relaciones sociales de los adolescentes incluyen también el pertenecer a grupos mayores, las cuales según Dunphy (1963) se dividen en dos clases de grupos de compañeros: las pandillas y las agrupaciones, que parecen diferir por lo menos en su tamaño. Las pandillas son grupos más pequeños e íntimos, cuya cantidad de miembros fluctúa entre 3 y 9. Estas parecen diferir no solo en tamaño sino también en su función. Las agrupaciones de adolescente se constituyen en

torno a intereses, habilidades e ideales comunes. Una agrupación puede ser un club o un equipo escolar, una asociación religiosa o una organización política. Sus funciones se concentran en la planificación y ejecución de actividades. Las agrupaciones están compuestas por varones y chicas que pertenecen a determinadas pandillas, aunque no todos los miembros de cada pandilla son miembros de la agrupación. En las pandillas, la actividad se concentra en la conversación. El pertenecer a esta depende de varios factores: la edad, la clase social, la proximidad de su domicilio y el sexo. Las pandillas de varones parecen aceptar miembros de más clases sociales que la de las muchachas, en parte debido a que los primeros dan más importancia a las habilidades atléticas, las cuales cortan de tajo los estratos sociales (Coleman, 1961; citado por Sarafino, E., Armstrong J., 1988, pág. 430). Las pandillas de muchachas tienden a ser más íntimas y exclusivas en el trato con extraños.

Las pandillas y agrupaciones cambian durante la adolescencia. Las pandillas jóvenes adolescentes están compuestas por miembros del mismo sexo. La mayoría de los jóvenes estadounidenses comienzan a concertar citas a los catorce o quince años (Hunt, 1974; Sorensen, 1973 citado por Sarafino, E., Armstrong J., 1988, pág. 430). Esto conduce a la integración sexual de las pandillas, mediante contactos de los miembros de estratos superiores. Al final de la adolescencia, la mayoría de las pandillas incluye varones y mujeres. Las agrupaciones, desaparecen en favor de las pandillas heterosexuales, compuestas por parejas. Según Dunphy (1963), la agrupación contribuye a facilitar la transición de las pandillas sexualmente segregadas a las sexualmente integradas.

CAPÍTULO II

CONDUCTAS DE RIESGO PSICOSOCIAL EN ADOLESCENTES

II. Definiciones de factores de riesgo psicosociales

Existen muchas maneras en que dentro de la Psicología puede considerarse que un individuo puede realizar comportamientos que pongan en peligro su salud física y mental, pero en la adolescencia muchas veces al ser un periodo transitorio en el que ocurren muchos cambios físicos, puede ser el momento en que el adolescente se crea invulnerable a peligros que pueden ocurrirle, siendo esto un conducto para que las debilidades que presenta ya sea en su contexto social, educacional, familiar y/o individual, puedan ser factores para desencadenar conductas de riesgo. Explicándose de manera más concreta como lo definen los siguientes autores:

Los factores de riesgo son aquellos elementos que tienen una gran posibilidad de originar o asociarse al desencadenamiento de un hecho indeseable, o de una mayor posibilidad de enfermar o morir, pueden ser la causa de un daño o actuar como moduladores del mismo si influyen en él, un ejemplo claro podría ser el alcohol y la conducción. (Orbegoso, B. 2014)

Según Gómez, A. (1999):

Denomina factores de riesgo a circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica o social que favorecen la posibilidad de que se produzca unos problemas. Su conocimiento permite establecer prioridades de atención del problema de acuerdo con la forma como se relaciona dichas circunstancias o eventos y las características del propio adolescente. (pág. 4)

Señala Florenzano. (1996):

Los factores de riesgo son aquellos estadísticamente asociados en una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futuras. Se trata entonces de una asociación estadística y no una relación causa_ efecto. Son factores de riesgo problemas tales

como disfuncionalidad familiar, padres consumidores de sustancias psicoactivas o alcohol, alteraciones psiquiátricas familiares, baja autoestima del adolescente, e influencias negativas de los pares, factores de personalidad conducta antisocial, vandalismo y otros.

Dryfoos (1990) menciona como factor de riesgo “la mayor probabilidad (riesgo) de que se produzcan consecuencias negativas para la salud”. (pág. 280)

Por tanto, englobando las diversas definiciones planteadas podemos definir los factores de riesgo psicosociales como una amplia gama de sucesos tales como biológicos, psicológicos, ambientales y sociales que pueden influir en que el adolescente este vulnerable o propenso a incurrir en acciones o conductas que pongan en riesgo su integridad física y/o mental.

II. 1 Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor y Jessor

Teoría de la Conducta Problema: Jessor y Jessor (1977) El modelo nace a finales de los años 60 y, desde entonces, ha sido desarrollado y consolidado en múltiples trabajos (Donovan, 1996; Donovan, Jessor y Costa, 1991; Jessor et al., 1990; Jessor, 1992). El modelo de Jessor explica el desarrollo de diferentes conductas consideradas como problemáticas durante la adolescencia: el consumo de drogas, la delincuencia o las actividades sexuales prematuras y/o arriesgadas.

Este modelo nos presenta una serie de factores de riesgo, que sirven de telón de fondo para la aparición de otras influencias más directas. Entre esas variables se encuentran factores de carácter sociodemográfico (estructura familiar, ocupación y educación de los padres) y factores relacionados con experiencias de socialización (ideología en los padres, clima familiar, la exposición a los medios de comunicación). Pero el núcleo de la teoría está representado por la interacción entre dos tipos de factores: personales y socioambientales.

Esta teoría fue una de las primeras en reconocer que diferentes tipos de conducta desviada respondían a iguales determinantes. De hecho, fue este modelo el que acuñó el término de “conducta problema” para referirse a diversos comportamientos adolescentes, objeto de reprobación por parte de la sociedad convencional, que pueden ser explicados por los mismos factores de riesgo.

La Teoría de Conducta Problema de Jessor, nos ofrece un panorama más específico para comprender el comportamiento del desarrollo adolescente. Este modelo abarca elementos (o sistemas) tales como cognición, aprendizajes, relaciones interpersonales y constructos intrapersonales de los adolescentes en sus relaciones psicosociales buscando explicar por qué los adolescentes presentan determinados comportamientos de riesgo.

Esta teoría contribuye para la identificación de un fenómeno, que podemos entender como la relación entre las conductas de riesgo, conocido como síndrome de comportamientos problema. En este sentido, se puede pensar que los adolescentes que desarrollan un tipo de comportamiento problema tienen mayor probabilidad de presentar una serie de ellos.

Concretamente, Jessor refiere a (1992): “las conductas problema como aquel tipo de actividades que son socialmente definidas como problemáticas, que son fuente de preocupación o que se consideran indeseables por las normas convencionales”. (pág. 374)

Además, la incidencia de estas conductas tiene como consecuencia algún tipo de respuesta de control; esta respuesta puede ser leve (la reprobación, la amonestación por parte de los adultos) o puede ser más severa (por ejemplo, el encarcelamiento).

De acuerdo con esta teoría, la conducta problema es propositiva, instrumental, funcional. El adolescente se implica en estos comportamientos con el fin de lograr ciertas metas importantes en su desarrollo. Por ejemplo, la conducta problema puede ser una vía para ganar respeto y aceptación en el grupo de amigos, para establecer la autonomía respecto de los padres, para enfrentarse a la ansiedad o a la frustración, a la anticipación de fracaso, etc. Jessor sostiene que no hay nada irracional o psicopatológico en tales metas, sino que son comportamientos característicos del desarrollo psicosocial.

II. 2 Modelo de riesgo psicosocial de Dryfoos

La adolescencia está caracterizada por una serie de conductas de riesgo, elevada exploración, búsqueda de sensaciones y novedades, conducta social, elevada actividad y conductas lúdicas que, probablemente, promueve la adquisición de las habilidades necesarias para la maduración y la independencia.

Estas conductas características pueden ser en ocasiones negativas para el individuo, es el caso de la toma de riesgo, la cual tiene una importante relevancia en el incremento del índice de mortalidad desde la temprana adolescencia a la adolescencia tardía, donde se producen un alto porcentaje de suicidios, homicidios y accidentes. Afortunadamente, esta toma de riesgo es transitoria para la mayoría de los individuos, y esta misma servirá para fortalecer sus habilidades para la resolución de problemas en el futuro.

Aunque peligrosa, la toma de riesgo durante la adolescencia puede tener algunos beneficios, permitiéndole al adolescente explorar la conducta adulta, para llevar a cabo tareas de desarrollo normal, y desarrollar y expresar dominio en los diferentes ámbitos de la vida.

Los modelos enfocados en los riesgo psicosociales, han demostrado ser especialmente útiles en el trabajo con los jóvenes, Dryfoos (1990) conceptualiza este modelo describiendo factores antecedentes a las conductas de riesgo, los que están ligados a características socio demográficas (sexo, edad, etnicidad, educación de los padres, extracción rural o urbana), factores personales (nivel educacional, notas de la escuela, religiosidad, personalidad y sus características, etc.), familiares (grado de cohesión, flexibilidad, calidad de la comunicación, etc.), comunitarios y (características del sistema escolar, de pares, de los medios de comunicación) del contexto sociocultural amplio (situación de empleo, oportunidades educacionales, nivel de ingresos, etc.)

Por tanto, la conducta de riesgo la define como “la mayor probabilidad de que se produzcan consecuencias negativas para la salud”. (Dryfoss, 1990; Pág. 280) Estas constituyen un conjunto amplio, como por ejemplo consumo de sustancias, conducta sexual temprana, delincuencia, conductas violentas, deserción escolar y problemas específicos de la psicopatología como la depresión adolescente. Las conductas de riesgo pueden incluir tanto problemas para la salud física como también para el bienestar emocional, que tienen como consecuencia diferentes riesgos tales como la depresión o suicidio, embarazo a temprana edad, adicciones.

II. 3 Conductas de riesgo psicosocial en adolescentes

Dentro de la psicología nos hemos percatado con un sinfín de conductas de riesgo que los adolescentes realizan muchas veces guiados por la etapa que viven o diversos factores que ya

hemos explicado previamente. Pero en la actualidad hemos visto un aumento en estas, con la masificación de las redes sociales y las nuevas formas de socialización de los adolescentes. A pesar de que pareciera que conforme pasa el tiempo los tabúes respecto a este tipo de temas van quedando de lado y cada vez hay más información.

Las conductas de riesgo muchas veces son consecuencia de los factores de riesgo que los adolescentes viven en su entorno social, escolar y familiar. Según (Brown, 2002) “Un comportamiento de riesgo es aquél que trae consigo la posibilidad de una pérdida objetiva o subjetiva”.

Por otro lado, conforme a la concepción de Bichat (2004)

“La conducta de riesgo se define como la búsqueda repetida del peligro, en la que la persona pone en juego su vida. Estas conductas, diferentes de las acciones peligrosas o arriesgadas realizadas cuando las circunstancias lo exigen, reflejan una atracción por el riesgo y, en especial, por las sensaciones fuertes relacionadas con el enfrentamiento con el peligro y la muerte. Las principales conductas de riesgo son la conducción arriesgada, favorecida por la ingestión de drogas y/o de alcohol y las relaciones sexuales de riesgo”.

Gómez (2000) plantea que las conductas de riesgo se pueden delimitar por 3 factores individuales del adolescente

- 1) Los personales: Como su historia personal; sus modos de resolver situaciones infantiles de conflicto; su programa neurobiológico; la utilización de determinados mecanismos habituales de defensa frente a situaciones desestabilizadoras de su identidad, etc.
- 2) Los precipitantes: Como la percepción subjetiva del impacto de las experiencias que le toca vivir; la capacidad de afrontamiento con que se maneja; el grado de capacidad y flexibilidad cognitiva para la resolución de problemas, etc.
- 3) Los de contexto: Como la existencia o no de redes de apoyo solidario con que cuenta; el nivel de integración yoica; la capacidad para diferenciar lo real de lo imaginario y para procesar la información de manera coherente.

La interacción de todos estos aspectos va a determinar la peculiar manera en que cada adolescente decidirá de manera inconsciente qué grado de riesgos asumirá en sus respuestas adaptativas.

Dentro de estas conductas, se considera de manera implícita la presencia de conductas paroxísticas, las cuales son “actuaciones que llevan hasta su límite las conductas de riesgo a través de un juego fatal con el azar” (Imbert, 1992, pág. 172) donde el sujeto pretende olvidarse de la finalidad y de ciertos condicionantes sociales y/o morales, pero a su vez no llevan de manera directa a su fin.

Según Bortolotti, B. y Fernández, D. (2008), los adolescentes pretenden expresar el rechazo a las normas convencionales, su independencia ante el control paterno, alcanzar un rol prestigioso con su grupo de amigos que en algunas ocasiones expresa una adaptación pasiva a una sociedad de consumo, que define a las personas por el tener (cosas, poder, relaciones) más que el ser mejor persona humana, moldeando a través de los medios masivos de información (TV, Internet, redes sociales, etc.) estilos de vida no saludables.

Algunas de las conductas de riesgo más comunes en los adolescentes según González (2011) son: “Conducta sexual, enfermedades de transmisión sexual, suicidio, consumo de tabaco, alcohol, uso de drogas, violencia, ejercicio, dieta y peso que pueden derivan a un trastorno alimenticio como anorexia, bulimia, vigorexia”

II.3.1 Conductas sexuales de riesgo

En la actualidad una de las situaciones que más se ha presentado entre los jóvenes son las conductas sexuales de riesgo, las cuales no tienen solo como consecuencia un embarazo no deseado, si no de poder contraer una de las tantas infecciones de transmisión sexual. Por tanto, de las conductas de riesgo entre los jóvenes, esta es una de las más complejas y de las que puede traer consigo consecuencias más duraderas y drásticas en la vida de un joven.

Los adolescentes tienden a iniciar relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, el uso inconstante del preservativo y la no utilización de otros métodos anticonceptivos. También se observan importantes déficits de la información que conocen los jóvenes sobre sexualidad.

El caer en este tipo de conductas puede derivarse por consumo de bebidas alcohólicas, drogas o elección propia, las cuales dejan en vulnerabilidad a los adolescentes. Aunque estas

conductas, la mayoría de las veces no se da por el desconocimiento de los métodos anticonceptivos puesto que, en la escuela desde niveles como la primaria hasta la preparatoria, se da diversas platicas preventivas sobre estos temas, siendo muchas veces hasta remarcadas en el área escolar. Esto pone en evidencia que las conductas sexuales de riesgo trascienden a hechos que van más allá del conocimiento de los métodos anticonceptivos, su naturaleza parece atentar repetidamente contra sus deseos.

La mayoría de las personas inician su vida sexual durante la adolescencia. Pero el uso de anticonceptivos y preservativos es limitado entre los jóvenes. Cada año, el 11 % de los alumbramientos producidos en el mundo (16 millones) corresponde a niñas de entre 15 a 19 años. El número de abortos en adolescentes supera los 2,5 millones (OMS, 2017)

La aparición de enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado constituyen unas de las tantas expresiones negativas que se derivan del encuentro sexual con “otro”. En este sentido, lo que se denomina comportamiento sexual acarrea riesgos para la integridad del ser humano. Pero, ¿a qué hace referencia el comportamiento sexual?

La revisión de la literatura deja en evidencia que no existe un consenso sobre la tipificación de las conductas sexuales de riesgo, ya que cada estudio asume una clasificación distinta (Compte, 2012). A continuación, se precisarán los conceptos de comportamiento sexual, prácticas y conductas sexuales.

El comportamiento sexual se considera una práctica por el hecho de ser construido y compartido socialmente, lo que remite a la elaboración de las imágenes, sentidos y significados atribuidos al ejercicio de la sexualidad. En este sentido, las prácticas sexuales se definen como “patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles” (Lanantuoni, 2008, p. 48).

En los estudios es común encontrar que se emplean como sinónimos los términos de prácticas y conductas sexuales, no obstante, es preciso establecer que las conductas sexuales, a diferencia de las prácticas y, por ende, del comportamiento sexual, incluyen la masturbación y conductas homosexuales o heterosexuales, como el inicio del coito o actividad sexual. Así, las conductas tienen una connotación más individual y las prácticas se enmarcan en lo común o compartido (López, 2003).

Una vez definidos estos conceptos, es necesario enfatizar en las consecuencias negativas que conllevan tanto las prácticas como las conductas sexuales de riesgo. Se puede señalar que el interés sobre el tema ha transitado de lo estético a lo académico y científico, lo cual se hace explícito en las cifras, que son cada vez menos alentadoras, pues la tasa de prevalencia de personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y de las que padecen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) en el ámbito mundial fue de 35,6 millones (Informe del Programa de Naciones Unidas sobre el sida, ONU sida, 2012).

Diferentes autores se han interesado por comprender las conductas sexuales de riesgo, debido a que a pesar de existir un adecuado conocimiento de las consecuencias negativas que ello puede acarrear a mediano y largo plazo, su nivel de prevalencia continúa siendo alto. En el caso de los adolescentes, dicha situación se agudiza debido a las condiciones físicas, emocionales y psicológicas de desarrollo y elaboración, que los hacen más vulnerables.

Entre los estudios que demuestran que el conocimiento sobre los métodos de protección sexual no es una garantía de su uso se encuentra el de Ruiz et al. (2010), quienes trataron de identificar la asociación entre el mayor conocimiento en áreas del cuidado de la salud, que presumiblemente tienen los estudiantes de medicina, y el desarrollo de actitudes y comportamientos saludables en el área sexual y reproductiva.

Si bien la hipótesis tenía sentido teóricamente, los resultados demostraron que a pesar de que los estudiantes tenían mayor conocimiento acerca de aspectos específicos de la salud sexual y reproductiva, su comportamiento no se diferenció del de otros jóvenes que no poseían el mismo grado de conocimiento al respecto.

Por su parte, Urrea et al. (2006) encontraron resultados similares. Otra investigación señala que de acuerdo con los relatos de un grupo de jóvenes de sexo masculino, las prácticas sexuales estaban mediadas por múltiples categorías sociológicas como el género, el estrato socioeconómico, el color de piel y el ciclo de vida, es decir: adolescente y preadolescente (Ceballos, Campo & De Bedout, 2007).

Si los estudios señalan que los jóvenes tienen conocimientos sobre la sexualidad y su cuidado, ¿entonces por qué no se implementan las recomendaciones que la mayoría conoce para evitar las consecuencias negativas que pueden generar las conductas sexuales de riesgo?

La respuesta podría estar en varios elementos que han surgido como fuertes predictores: la experiencia emocional, las habilidades comunicativas, las características personales, la toma de decisiones, las percepciones, las creencias y las actitudes frente a la sexualidad (Carrera et al., 2005).

En este sentido, Caballero et al., (2005) exploraron el papel de la experiencia emocional en la predicción de conductas de riesgo y encontraron que quienes habían experimentado emociones mixtas (alegría y miedo) tenían la tendencia a repetir la conducta de riesgo en un futuro, por ello se estableció que las variables emocionales son más relevantes que la actitud, la norma social subjetiva y el control percibido. Además de la experiencia emocional, también se ha planteado de manera importante que la capacidad de comunicar al “otro” las diferentes necesidades asertivas disminuyen la probabilidad de realizar conductas sexuales de riesgo.

Sobre la toma de decisiones los estudios refieren que la capacidad para elegir entre dos o más alternativas en un momento dado puede definir las conductas que el sujeto realiza en el campo de la sexualidad.

Así, los conocimientos sobre la sexualidad y la fecundidad estarían mediando las elecciones del adolescente en el momento de afrontar una situación de riesgo sexual. Este proceso se da individualmente, y las creencias y actitudes juegan un papel importante. En este sentido, los investigadores reportan que la adhesión a los roles de género interviene en la ejecución de conductas de riesgo tanto en hombres como en mujeres; por ejemplo, los hombres tienden a exponerse más al riesgo, a diferencia de las mujeres, que tienden a ser más cuidadosas y precavidas.

En las prácticas sexuales de riesgo pueden existir patrones pueden tener connotaciones positivas o negativas en función de las consecuencias que le puedan acarrear a los integrantes de determinado grupo social. En los jóvenes, por ejemplo, un alto porcentaje de relaciones sexuales y comportamientos de riesgo puede desencadenar problemas para la salud reproductiva, como altas tasas de fecundidad adolescente, aborto provocado y enfermedades de transmisión sexual.

Así, el comportamiento sexual se constituye en una práctica por el hecho de ser construido y compartido socialmente, lo que remite a la elaboración de las imágenes, sentidos y significados

atribuidos al ejercicio de la sexualidad, cuestiones que van más allá del conocimiento de los diferentes mecanismos de protección y de la etapa de desarrollo en la que se encuentran los jóvenes.

El ejercicio de la sexualidad mediante el establecimiento de relaciones sexuales, para los jóvenes tiene un sentido más amplio: por un lado, es posible inferir que les permite vincularse y relacionarse dentro de un grupo social y, por otro, busca expresar las interpretaciones que, basados en sus experiencias personales y familiares, dan a la sexualidad (González, 2012).

Siguiendo lo planteado, sobre las prácticas culturales de la sexualidad empleadas por los jóvenes como estrategias de autocuidado para prevenir el embarazo, se identificaron dos estrategias: pre coital y post coital.

La primera involucra el uso del condón y de los óvulos, además de métodos no convencionales con arraigo de contenido popular, como tomar agua de ruda.

La segunda implica prácticas como el coito interruptus, el método del calendario, dar tres saltos después de la relación sexual para evitar el embarazo y tomar hierbas calientes (Hernández, 2007).

En congruencia con lo anterior, las prácticas sexuales de los jóvenes dan cuenta de cómo se relacionan dentro de un grupo desde las acciones que comparten para aumentar la protección y prevenir el embarazo. Sus prácticas se enmarcan en un contexto cultural que recoge no solo el conocimiento científico, sino el conocimiento con arraigo tradicional, que se transmite entre los integrantes del grupo. Así, es posible deducir que el autocuidado se percibe como un asunto de género y responsabilidad femenina, pues al analizar las creencias, estas giran en torno a lo que la mujer debe hacer para evitar quedar embarazada, en tanto que el hombre tiene un papel diferente y menos activo en ese sentido.

Por otro lado, algunos investigadores (González, 2009; Chávez & Álvarez, 2012; Santander et al., 2008) plantean que los conocimientos, actitudes y prácticas de sexualidad de la población adolescente se relacionan con la estructura del hogar y la percepción de los jóvenes acerca de la funcionalidad del mismo. De esta manera, los jóvenes sostienen más relaciones sexuales cuando perciben como disfuncional a su familia, cuestión que pone de presente cómo las interpretaciones basadas en la realidad del sujeto se entrelazan con las prácticas sostenidas.

El uso del preservativo masculino es una de las prácticas menos empleadas por los jóvenes en las relaciones sexuales, a pesar de que es considerado el principal método para prevenir enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH / sida.

Solo el 20% de los hombres y el 17,2% de las mujeres dijo haber usado condón en el último año (Castañeda, Ortega, Reyes, Segura & Morón, 2009). Incluso, algunos autores establecen que a pesar de que es cada vez mayor el número de jóvenes que manifiestan emplear el preservativo masculino, sigue existiendo un grupo importante que nunca lo usa o que lo hace ocasionalmente (Injuve, 2005; Fernández et al., 2008; Campuzano & Díaz, 2011).

La utilización o no del condón durante la relación sexual no solamente depende de atributos o características personales, pues este es un fenómeno de alta complejidad que requiere de la comprensión de múltiples aspectos y factores.

Así, los estudios muestran que existen diferentes situaciones de orden social implicadas, pues la exposición a situaciones en determinados marcos sociales puede ser más o menos riesgosa, así como también el soporte familiar, ya que este núcleo facilita las estrategias comunicativas para el entrenamiento de los jóvenes frente a las capacidades para negociar su uso o ser asertivos con la pareja, y brinda los recursos psicológicos para vincularse emocionalmente (Jiménez, 2010; Campuzano & Díaz, 2011).

En este sentido, la mujer tiende a ser más vulnerable frente a amenazas como el embarazo no deseado, el aborto y la transmisión de infecciones sexuales, a excepción de aquellas que trabajan ofreciendo servicios sexuales, pues llevan a cabo prácticas sexuales protectoras con regularidad porque perciben fácilmente la situación de posible riesgo, de allí que generalmente reporten mayor uso del condón.

Otro aspecto que enmarca las prácticas sexuales es la percepción del riesgo. En esta dirección, Fernández, Rodríguez & Dafonte (2002) elaboraron un trabajo que comparó la evolución de la percepción del riesgo en dos grupos de estudiantes. Los resultados indicaron que las mujeres percibían mayor riesgo que los hombres, a excepción de quienes tenían pareja estable e implicación emocional fuerte, pues mostraron mayor tendencia a considerar que una relación afectiva estable se constituye en garantía de protección.

Así como también en la actualidad una nueva conducta sexual de riesgo que ha ido en aumento es el sexting que se ha ido mostrando aún más con el uso de las nuevas tecnologías, esto se ha vuelto cotidiano en los adolescentes y se ha empezado a normalizar a tal grado que la mayoría de los jóvenes han enviado mínimo 1 foto durante esta etapa.

El término es la contracción de dos vocablos en inglés: "sex" y "texting" ya que en un principio esta práctica se reducía a enviar mensajes de texto con contenido sexual o erótico a través de celulares, sin embargo, con el avance de las tecnologías, ahora el sexting ha incluido el envío a través de cualquier tipo de tecnología material sexual, erótico o pornográfico como fotografías, videos, e-mails, mensajes de texto, etc.

Pero esta conducta a pesar de no poder acarrear consecuencias físicas, puede traer consigo un daño muy severo en la integridad del adolescente que decide enviar estas fotos ya que los adolescentes empiezan a distribuir de manera desmesurada el contenido enviado, puesto que este no solo se limita a personas conocidas, sino que son subidas en redes sociales o páginas de internet donde en cuestión de segundos viaja la información y en menos de una hora la vida de la víctima se vuelve una pesadilla por la burlas, la humillación y el desprecio al que se enfrenta; por otro lado también está expuestos al chantaje y el acoso utilizados entonces como métodos de manipulación.

Ante esto la enciclopedia culturalia (2008) nos dice que:

El sexting es consecuencia de los avances tecnológicos que facilitan nuevas formas de interacción social. A lo largo de la historia de los sistemas de comunicación, siempre se han intercambiado mensajes con contenido sexual. No obstante, las NTIC permiten la comunicación mediante imágenes y videos, los cuales son intrínsecamente más explícitos y tienen un mayor impacto. El peligro novedoso del sexting es que ese material puede ser difundido de manera muy fácil y amplia, de manera que el remitente inicial pierde totalmente el control sobre la difusión de dichos contenidos.

Por esto, se puede deducir que el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes no varía en la información que sepan sobre el tema, si no va más allá por ejemplo de su sentido de pertenencia, la poca asertividad para expresar sus necesidades, y por un sentido de lealtad, intimidad y vinculación emocional hacia su pareja, cuando esta existe. Así que más allá del

desconocimiento, lo que juega un papel importante en el adolescente en lo que entorna las conductas de riesgo es la estabilidad emocional, pero mayormente en las mujeres ya que consideran la sexualidad como un medio para experimentar intimidad y su vinculación emocional aparece con mayor arraigo como un factor de riesgo para la ejecución de conductas y prácticas de riesgo. Esto en la medida en que se le atribuye a la intimidad emocional y a la estabilidad de la pareja un papel protector.

II.3.2 Episodio depresivo

Toda persona tiene fluctuaciones en su estado anímico y tristeza ocasional, pero en la etapa de la adolescencia por los diversos cambios que este presenta, puede convertirse en un momento en la vida del joven en el cual la tristeza se pueda volver una aflicción más grande para él, que ya implique un malestar significativo en un área importante del desarrollo del individuo.

La depresión es algo más que sentirse melancólico, triste o de mal humor. La depresión es un estado de ánimo intenso que involucra tristeza, desánimo, desesperanza o desesperación; que dura semanas, meses o incluso más, y que afecta la capacidad de la persona para realizar sus actividades habituales.

Esta afecta los pensamientos, la perspectiva y el comportamiento del adolescente, así como su estado de ánimo. Además del sentimiento de depresión, también puede sufrir otros síntomas, como cansancio, irritabilidad y cambios en el apetito.

Para los adolescentes con depresión, que de por sí son autocríticos y sufren de baja autoestima, un fracaso escolar puede llegar a ser algo intolerable. Hay quienes directamente abandonan la escuela, ya que presuponen que van a fracasar a causa de sus problemas; o jóvenes que pueden llegar a expresar sus sentimientos de ira o indiferencia bebiendo o consumiendo drogas

Quizá muchos de estos jóvenes no se den cuenta de que la depresión les está causando problemas de concentración y sus pensamientos negativos probablemente los están llevando a suponer erróneamente que son fracasados.

Los problemas escolares que se manifiestan en inasistencias, la falta de interés en las clases, la poca motivación o concentración deficiente, así como la baja energía mental, son señales que advierten síntomas de depresión en adolescentes.

Existen quienes se autoinfligen con cortaduras o a través de la alimentación, cayendo en trastornos como la anorexia o la bulimia, síntomas inequívocos de que están sufriendo depresión y la muestran con actos que obligan a la atención inmediata.

La OMS define a la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (2017)

“La depresión es una enfermedad que afecta a la persona en su totalidad. Pese al polimorfismo de esta patología siempre se produce un hundimiento que repercute de manera significativa en la vida del adolescente. Entre los síntomas de la depresión es fácil descubrir irritabilidad, desesperanza, pérdida de interés general, disminución de la capacidad y disfrute, pérdida de energía, alteraciones psicomotrices, trastornos del sueño, dificultad para pensar y concentrarse, etc.” (Martínez, 2011)

De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-5 (2016) Define un episodio depresivo mayor como:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular Trastornos depresivos un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar

atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. (Págs. 105-108)

Especificar si:

Con ansiedad: la ansiedad se define como la presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

1. Se siente nervioso o tenso
2. Se siente inhabitualmente inquieto
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible
5. El individuo siente que podría perder el control de si mismo

Especificar la gravedad actual:

Leve: dos síntomas

Moderado: tres síntomas

Moderado-severo: cuatro o cinco síntomas

Grave: cuatro o cinco síntomas y con agitación motora. (DSM-5, 2016, pág. 184)

II.3.3 Ideación suicida

Cuando un joven se suicida este fenómeno suele ser atacado y enfrentado por la sociedad como un acto de egoísmo y se vuelve un tabú o tragedia de la muerte de un joven debido a desesperanza o frustración abrumadoras resulta devastadora para la familia, los amigos y la comunidad.

Por tanto, cuando un adolescente pasa por un episodio depresivo, puede sentirse solo al no poder expresar sus sentimientos por miedo a ser juzgado, es ahí cuando puede agravarse e intensificarse los síntomas que presenta.

El suicidio ha estado ligado a la humanidad y a sus costumbres, aceptándolo o rechazándolo según ideologías imperantes. Ha existido en todas las épocas; en tiempos remotos, relacionado con celebraciones religiosas, y en otros, como una respuesta aceptable y comprensible a situaciones tan intolerables para la persona como la esclavitud o el sufrimiento extremo. Históricamente, la conducta suicida se ha transmitido de cultura en cultura desarrollándose corrientes de opinión con aceptación y comprensión al acto, otras que consideran el suicidio como una transgresión moral, y otras fuerzas que ven la conducta suicida como manifestación de una alteración mental.

Es una problemática de salud pública, que no solo afecta a nuestro país, sino que también a nivel mundial siendo una de las causas de muerte en adolescentes; ha sido de gran importancia este tema que se ha tomado para crear novelas, las cuales denotan el mensaje del suicidio como un acto de amor y sacrificio. Esto podría pensarse desde el punto de vista de lo psicosocial que estas historias que nos narran desde la antigüedad han servido para motivar a los jóvenes a recrear estas novelas trágicas llegando a la consumación del acto suicida. Es necesario decir que la percepción y el concepto de este fenómeno social no ha sido estática, sino que ha evolucionado con el paso del tiempo, por lo que muchas de nuestras ideas actuales acerca de este tema pueden tener ciertas oposiciones a concepciones anteriores, e inclusive con las de futuras generaciones.

A principios del siglo XX surge la teoría del suicidio postulada por Emilio Durkheim. Para Durkheim el suicidio no es frecuente en una sociedad integrada y está asociado al cambio de valores de la sociedad en particular, así también sostuvo que el suicidio es un fenómeno social, no podía explicarse desde unos factores meramente psicológicos o biológicos individualistas,

sino que al ser un hecho social de la relación individuo-sociedad, esto quiere decir que el suicidio no solo afecta al individuo, sino que también a la sociedad a la que pertenece.

Se entiende así que el fenómeno del suicidio cambia de acuerdo con las transformaciones de la sociedad. El suicidio se manifiesta como consecuencia de una mala adaptación social del individuo y el medio en el que este se desenvuelve; no constituye un simple problema de conflicto, frustración o impulso, ya no se entiende como un hecho social o psíquico, sino como un complejo fenómeno multidimensional y evoluciona a la par que la sociedad, donde cada persona vive a su manera la experiencia social, por lo que no debe ser abordado solo desde una perspectiva.

La descripción de sociedad toma sentido en el concepto mismo de colectividad, que utilizará Durkheim (1982) para referir que el hombre es un sujeto social que pertenece a un grupo; es decir, la sociedad es una estructura con vida propia que establece vínculos que cohesionan al individuo con su realidad. De esa manera, se puede entender que la función del individuo en su mundo social es construir, transformar, recrear.

Este mismo autor nos menciona que “Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cumplido por la víctima misma, que sabía debía producir ese resultado” (Durkheim, 1965)

Según la clasificación de Durkheim de tipos de suicidio, dice que el anómico (baja regulación social), el altruista (excesiva integración social) y el egoísta (baja integración social). Según él, los factores individuales no darían cuenta de una tendencia colectiva al suicidio, sino que solo explicarían el acto de llevar a cabo la tendencia suicida social en cada caso particular. Respecto del primer tipo de suicidio, el altruista, se produce cuando el sujeto asume la necesidad de su muerte como acto heroico por el bien de la sociedad o del grupo del que forma parte, generalmente con una marca fuerte de lo religioso en el amplio sentido de la palabra. El suicidio egoísta se enmarca en el terreno de una decisión individual, que no considera a los otros, y que presenta cuando hay disgregación o pérdida de cohesión de una sociedad y fallas en su función de sostén social. El anómico se presentaría en una sociedad con un sistema normativo debilitado y con derrumbe de los valores sociales según Durkheim, lo cual se podría enlazar en lo individual con la ausencia de Ley y la desprotección total para los sujetos que se encontrarían entonces en total desamparo (1982)

La perspectiva psiquiátrica clásica se basa en la noción de que los sujetos que comenten suicidio presentan a la base una alteración mental o psicopatología. Este enfoque en su extremo ve al suicidio como un trastorno mental en sí mismo. De modo más consensuado, puede entenderse el suicidio como un síndrome clínico asociado a trastornos mentales; por ejemplo, el suicidio asociado a depresión. Así pues, más del 90% de todos los suicidios se relacionarían con trastornos emocionales u otras enfermedades psiquiátricas.

A su vez otros autores proponen las causas del suicidio, como es Álvarez 1999:

“Manifiesta que la muerte por mano propia vista como el arte de la muerte voluntaria, recae en su análisis desde los factores psicosociopáticos, que se convierten en el mal de la civilización. Pone como ejemplo el alcoholismo, tal vez uno de los más importantes, y que no deja de ser un factor antiguo. Comparado con los tiempos de hoy, la drogadicción, la prostitución, la miseria, los cambios abruptos de la tecnología y las enfermedades terminales, nos dice el autor, son factores que generan un alto estado de ansiedad y se pueden convertir en síntomas depresivos, de inseguridad, impotencia y soledad, que llevan a un individuo a auto aniquilarse como escape de una sociedad enferma”

Las conductas suicidas a menudo ocurrirían como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, tales como el aislamiento social, la muerte de un ser querido, un trauma emocional, enfermedades físicas graves, el envejecimiento, el desempleo o los problemas económicos, los sentimientos de culpa, y la dependencia de las drogas o el alcohol.

Henri E, sostiene:

“La idea de suicidio puede germinar en condiciones psíquicas variadas: generalmente son los ‘trastornos afectivos’ de tono depresivo y ansioso los que la engendran; otras veces se debe a trastornos de obnubilación de la conciencia con alteraciones de la actividad intelectual y ansiedad paroxística; por último puede estar ligada a todo un conjunto de ideas y de creencias delirantes en relación a las cuales constituye una ‘reacción’, tanto es verdad que el suicidio, sea normal o patológico, expresa una intención fundamental, es decir una pulsión, una fuerza de organización y de liberación

que emana de las fuentes más primitivas del instinto, de lo que Freud llamó pulsión de muerte” (2008)

Una alta prevalencia de comorbilidad entre trastornos del humor, trastornos de ansiedad y trastornos por abuso de sustancias psicoactivos ha sido encontrada en adolescentes víctimas del suicidio. En cuanto al intento suicida, la mayor parte de la evidencia indica una asociación con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

En muchos casos la determinación del suicidio está ligada a una acumulación de factores en la que toman parte las dificultades de relación con el medio familiar, pero también las dificultades escolares o profesionales e incluso problemas sentimentales.

La conducta suicida podría considerarse una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio. La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación: el deseo de morir, la ideación suicida sin planeamiento de la acción, y en algunos casos una intensa preocupación autodestructiva.

“La ideación consiste en pensamientos de darse, planes sobre las circunstancias (Donde, cómo y cuándo), así como pensamientos sobre el posible impacto del propio suicidio en los demás. Se trata de un fenómeno frecuente en población adolescente cuya gravedad y significación requiere un adecuado entrenamiento por parte del profesional” (Moya, Josep, 2007)

II.3.4 Abuso de sustancias

El uso y abuso de drogas en la adolescencia se asocian frecuentemente con otras conductas problemáticas tales como delincuencia, conducta sexual temprana y problemas escolares. Es importante enfocar el consumo de drogas, como un problema mucho más amplio, como son las conductas de riesgo que ponen la salud del individuo en dificultades a corto y a largo plazo.

El uso de drogas durante la infancia y adolescencia provoca alteraciones físicas, psicológicas y sociales. Además de su asociación con accidentes de tráfico, homicidios y suicidios, también se relaciona con actividad sexual temprana, fracaso escolar y delincuencia, además de las posibles consecuencias en la edad adulta, como las enfermedades cardiovasculares, alteraciones mentales etc.

Por lo tanto, el consumo de drogas por los adolescentes constituye en la actualidad un problema de salud pública debido al elevado consumo de algunas sustancias, al creciente aumento de otras, como el cannabis y la cocaína, al inicio en edades muy precoces y a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales para la vida actual y futura del joven. El alcohol sigue siendo la droga de elección para la intoxicación, así como el consumo de marihuana y el de cocaína, que han ido aumentando actualmente.

Durante la adolescencia es necesario tener presente los comportamientos de riesgo a los que se exponen los adolescentes, así como los factores de riesgo y de protección, ya que el consumo de drogas es un fenómeno complejo y multifactorial. Las causas que generan las adicciones en adolescentes, se dan en el ámbito personal, familiar, escolar, social y cultural en la que se tienen que trabajar en todos esos factores que están relacionados entre sí.

Muchas veces las adicciones surgen por problemas dentro de la familia (incomprensión, falta de comunicación, golpes, maltrato intrafamiliar, rechazo, padrastros, abandono, falta de recursos económicos, dificultades escolares, pobreza absoluta y desamor), al sentir que no son queridos en los hogares, los adolescentes tienen la impresión de no ser escuchados o tomados en cuenta.

Estos problemas generalmente ocasionan en los adolescentes depresión, sentimiento de culpa, autoestima baja, evasión de la realidad, desamparo y prepotencia, ellos piensan que son los causantes del daño y posteriormente con el uso de las drogas creen librarse de las dificultades.

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Dentro de estas definiciones se encuentran todas las sustancias psicoactivas, sean legales (alcohol, tabaco, fármacos hipnosedantes) o estén consideradas ilegales por las convenciones y tratados sobre sustancias psicotrópicas, que incluyen en sus listas, entre otras muchas, al cannabis, la cocaína, las anfetaminas y la heroína.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (2016) el índice de adolescentes que presentan dependencia de alcohol incrementó significativamente con la medición del 2002,

pasando de 2.1% a 4.1% en 2011. Y con respecto a la edad de inicio de consumo de alcohol, en el estudio del 2008 el 49.1% de las personas mencionó haber consumido por primera vez a los 17 años o menos, mientras que en el 2011 ese porcentaje se incrementó a 55.2%. La edad de inicio de 16.6 años en hombres, y en las mujeres se encontró alrededor de los 19 años en 2011.

A su vez, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014 obtuvo prevalencias de consumo en estudiantes de 5° y 6° de primaria, así como estudiantes de secundaria y bachillerato. En estos dos últimos niveles, el 53.2% de los estudiantes menciona haber consumido alcohol algunas veces en su vida; para cada nivel educativo, el 41.9% de los hombres y el 39.4% en las mujeres de secundaria han consumido alguna vez alcohol en su vida, mientras que en bachillerato estos porcentajes se incrementan a 74.5% y 73.3% respectivamente. Esto nos indica que la incidencia de consumo de esta sustancia empieza a una edad temprana, lo cual a largo plazo le genera problemas en la salud, así como en el aspecto emocional y familiar.

La ENCODAT (2016) menciona que el 6.4% de los adolescentes ha consumido cualquier droga alguna vez, el 3.1% lo ha hecho en el último año (437 mil) y el 1.2% en el último mes. El 6.2% ha consumido drogas ilegales alguna vez (6.6% hombres y 5.8% mujeres), 2.9% en el último año (3.4% hombres y 2.3% mujeres) y 1.2% lo ha hecho en el último mes (1.7% hombres, 0.7% mujeres). El 5.3% ha consumido marihuana, 1.1% cocaína y 1.3% inhalables alguna vez; en el último año 2.6% ha consumido marihuana (373 mil), 0.6% cocaína y 0.6% inhalables; en el último mes, 1.1% ha consumido marihuana y 0.2% cocaína.

En la región sur el alcohol fue la principal droga de impacto (Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Yucatán y Veracruz) con el 69.4% de la población.

Muy frecuentemente tiende a identificarse al consumidor de sustancias como “adicto” y sin embargo hay diferentes tipos de vínculos de las personas con las sustancias sin ser todos ellos adicciones, ni necesariamente consumos problemáticos.

El uso experimental: una droga se consume para probar sus efectos y, después de un determinado número de usos, se abandona. El uso regular o social: se continúa usando la sustancia después de haber experimentado y su consumo se integra al estilo de vida habitual.

El uso nocivo, definido por la OMS como un patrón de uso que causa daño, ya sea mental o físico; Abuso y dependencia, como enfermedades asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas. (2018)

El abuso es el patrón de uso de la sustancia que produce perturbaciones o limitaciones clínicamente significativas, que se manifiestan por uno o más de los siguientes indicadores:

No poder cumplir, o repetidos fracasos para desempeñar obligaciones trascendentes (en el hogar, la escuela o el trabajo), el uso recurrente en situaciones que conlleven un peligro físico, como conducir ebrio, y el uso continuado de la sustancia, a pesar de padecer problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, exacerbados por los efectos de la sustancia.

II.4 Factores protectores

Hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica.

Donas Burak (2001) plantea que existen dos tipos de factores protectores: de amplio espectro, o sea, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos; y factores protectores específicos a ciertas conductas de riesgo.

Dentro de los factores de amplio espectro, nombra: familia contenedora, con buena comunicación interpersonal; alta autoestima; proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia. Como factores protectores específicos, encontramos: el uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes automovilísticos); no tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, ETS, Sida); y no fumar (reduce o evita el cáncer de pulmón y enfisema).

A continuación, describiremos detallaremos algunos factores de protección que creemos más importantes para el adolescente.

Adulto Significativo: modelo de rol en la vida diaria. Personas de las cuales los niños o adolescentes pueden aprender. Que reafirme la confianza en sí mismo del individuo, que lo motive, y por sobre todo le demuestre cariño y aceptación incondicional.

Alta Autoestima: La autoestima es el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo adopta hacia sí mismo. Distintos autores coinciden en cuanto a la relación existente entre el nivel de autoestima y la tolerancia al estrés; esta relación se vincula con la incidencia que tiene la autoestima sobre algunas de las variables que reflejan el tipo de transacción que los sujetos mantienen con su ambiente y la respuesta de ellos a determinadas y exigencias; así como con la posibilidad o expectativas de control de los contextos o situaciones de estrés.

La familia como elemento central: En la familia se reflejan los rasgos macrosociales o distales de la sociedad. Es entendida como la mediadora entre la situación macrosocial y la microsocioal o proximal en la cual ocurre la cotidianeidad de la vida, convirtiéndose en instancia de riesgo o bien de protección Fergusson y Lynskey (1996). Este enfoque señala que la familia puede ser transmisora no solo de una buena calidad de vida, sino depositaria de una rica fuente de factores protectores que sí permitan enriquecer la vida de los hijos, además de entregarles conductas a partir de las cuales, un grupo importante de personas, ha logrado espontáneamente alcanzar una adecuada calidad de vida.

Apoyo social: se ha acentuado el valor de los contactos sociales positivos como elemento protector para el ser humano. En resumen, el apoyo social actúa como un importante modulador del estrés, su presencia y su percepción aumenta la sensación de control y dominio ante situaciones estresantes, ofrece una guía y orientación para la acción, contribuye a identificar recursos personales y sociales y ofrece retroalimentación sobre conductas que mejoran la competencia personal.

Loubat (2006) en su estudio concluyó que la escuela a veces no cumple totalmente con el rol de factor protector, para la detección y pesquisa de alumnos en riesgo. Afirma que, con un trabajo intersectorial fluido entre salud y educación, los educadores (por su relación cercana con el adolescente y su grupo familiar), podrían constituirse en vehículo de prevención de riesgo de conductas alimentarias inadecuadas, las cuales podrían derivar en trastornos en general para la salud o quizás en trastornos específicos como bulimia y anorexia.

En el estudio de Díaz Aguado (2005) sobre violencia entre adolescentes en la escuela, se destaca, como componentes clave para la prevención: el desarrollo de la cooperación a múltiples niveles (familia, escuela, sociedad) y el currículum de la no-violencia. La práctica cooperativa desde cualquier materia junto con este último, son destacados como componentes básicos de la prevención escolar de la violencia.

Si reciben la mínima oportunidad, los seres humanos pueden y a menudo logran superar las condiciones que parecían diseñadas para mutilar su espíritu. La mayoría de los adolescentes afirman tener vínculos positivos con sus padres y los ven como un recurso primario de guía, mientras se negocian procesos de formación de la identidad, relaciones íntimas, madurez sexual e individuación.

Craig (1997), también opina que muchos adolescentes encauzan, quizás con el deporte, el normal incremento de energía y curiosidad intelectual que acompaña a estos años o le dan un uso constructivo antes que potencialmente destructivo, por ejemplo, involucrándose en el activismo social entregándose a limpiezas ambientales o al trabajo con niños enfermos. En general, si los adolescentes adquieren una autoestima, un sentido de competencia y de pertenecer a una familia estable y al orden social, es menos probable que sientan la necesidad de entregarse a comportamientos riesgosos.

Por ello es sumamente importante fomentar y desarrollar factores protectores a través de conductas que tengan que ver con el enriquecimiento de los vínculos; fijar límites claros y firmes; enseñar habilidades para la vida, como cooperación, resolución de conflictos, estrategias de resistencia y asertividad, destrezas comunicacionales; brindar afecto y apoyo, respaldo y aliento incondicional. Brindar oportunidades de participación significativa. Otorgar a los adolescentes una alta cuota de responsabilidad, dándoles oportunidades de resolver problemas, tomar decisiones, planificar, fijar metas y ayudar a otros.

II.4.1 Resiliencia

Desde hace mucho tiempo, la humanidad ha observado que algunos seres humanos logran superar condiciones severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo biopsicosocial.

Un hito lo marcó, Werner (1992), quien estudió a un grupo de personas desde el nacimiento hasta los 40 años. La investigadora notó que algunos niños que estaban aparentemente condenados a presentar problemas en el futuro, de considerarse todos los factores de riesgo que presentaban, llegaron a ser exitosos en la vida, a constituir familias estables y a contribuir positivamente con la sociedad. La observación condujo a la autora, en una primera etapa al concepto de “niños invulnerables”. Se entendió el término “invulnerabilidad” como el desarrollo de personas sanas en circunstancias ambientales insanas.

Posteriormente se vio que el concepto de invulnerabilidad era un tanto extremo y que podía cargarse de connotaciones biologicistas, con énfasis en lo genético. Se buscó, un concepto menos rígido y más global que reflejase la posibilidad de enfrentar efectivamente eventos estresantes, severos y acumulativos; se encontró el de “capacidad de afrontar”. Se concluyó que el adjetivo resiliente, tomado del inglés resilient, ya que expresaba las características mencionadas y que el sustantivo “resiliencia” expresaba esa condición. En español y francés (resiliente) se emplea en metalurgia e ingeniería civil para describir la capacidad de algunos materiales de recobrar su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora. Así, el término fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos.

El enfoque de resiliencia se explica a través de lo que se ha llamado el modelo “del desafío o de la resiliencia”. El cual describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen linealmente, atenuando así sus efectos negativos y, a veces, transformándolas en factor de superación de la situación difícil. No debe interpretarse que está en oposición al modelo de riesgo, sino que lo complementa y lo enriquece, acrecentando así su aptitud para analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces.

La resiliencia se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno. Nunca es absoluta ni terminantemente estable. Los niños y adolescentes nunca son absolutamente resilientes de una manera permanente. Hasta el niño más resistente puede tener altibajos y deprimirse cuando la presión alcanza niveles altos. Por eso existe la necesidad de complementar el enfoque de resiliencia con el de riesgo, en función de un objetivo mayor que es el de fomentar un desarrollo sano. Junto con promover aquellas características saludables de

niños y adolescentes es necesario intervenir para disminuir aquellos aspectos que le impidan alcanzar el máximo de potencial dentro de su fase de desarrollo.

La resiliencia tiene dos componentes importantes: La resistencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos.

En otro plano Wolin y Wolin (1993) señalan algunas características personales de quienes poseen esta fuerza, y proporcionan algunas definiciones para ella:

Introspección: Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.

Independencia: Capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos, alude a la capacidad de mantener distancia emocional y física sin llegar a aislarse.

La capacidad de relacionarse: Habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas.

Iniciativa: El placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes. Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.

Humor: Capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia.

Creatividad: Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.

Moralidad: Actividad de una conciencia informada, es el deseo de una vida personal satisfactoria, amplia y con riqueza interior. Se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

En la realización del estudio descriptivo el investigador sabe lo que quiere investigar en cuanto a objetivos y diseño, pretendiendo describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, tal como se presentan en la realidad, utilizando criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto su estructura y comportamiento, sin llegar a explicar la naturaleza de las variables en cuestión o de la interacción existente sobre esta. (Mario Tamayo y Tamayo, 1987).

Busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir.

Así como también se utilizará un estudio comparativo, que para Sartori (1984) el método tiene como objetivo la búsqueda de similitudes y disimilitudes. Dado que la comparación se basa en el criterio de homogeneidad; siendo la identidad de clase el elemento que legitima la comparación, se compara entonces lo que pertenece al mismo género o especie. Las disimilitudes se presentan como lo que diferencia a la especie de su género, y esto no es lo mismo que señalar las variaciones internas de una misma clase; por lo cual se requiere de un trabajo sistemático y riguroso que implique la definición previa de las propiedades y los atributos posibles de ser comparados.

3.2 Hipótesis y variables

Hi: Los alumnos de los grupos únicos del Plantel 01 del Colegio de bachilleres de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, son más proclives que los alumnos del grupo regular a incidir en conductas de riesgo psicosocial.

Ho: Los alumnos de los grupos únicos del Plantel 01 del Colegio de bachilleres de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, no son más proclives que los alumnos del grupo regular a incidir en conductas de riesgo psicosocial

Variable dependiente:

- Grupos únicos y regulares

Variable independiente:

- Conductas sexuales de riesgo
- Abuso de sustancias
- Depresión
- Relación con padres

3.3 Población y muestra

La población se compone de 1080 alumnos del turno vespertinos que estudian en el Colegio de Bachilleres de Chiapas Plantel 01 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas estos oscilan entre 15 y 18 años de edad.

Del universo, se utilizará una muestra según la fórmula utilizada de 284 personas

N: 1080

e: 5%

q: 0.5

k: 1.96

p: 0.5

n: 284

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + k^2 * p * q}$$

VARIABLES DE INCLUSIÓN:

Se invitará a participar al estudio si cumplen con los siguientes criterios:

- Ser alumno del Colegio de Bachilleres de Chiapas Plantel 01

VARIABLES DE EXCLUSIÓN:

No podrá participar dentro del estudio si:

- No es alumno del Colegio de Bachilleres de Chiapas Plantel 01

3.4 Técnica e instrumentos

Para determinar las conductas de riesgo que predominan en esta población, se aplicaran los siguientes instrumentos de medición estandarizados:

1.- La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) la cual fue desarrollada para la Organización Mundial de la Salud (OMS) por un grupo internacional de investigadores y médicos como una herramienta técnica para ayudar a la identificación temprana de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud, la atención médica general y otros entornos.

El objetivo del manual es presentar la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST) y describir cómo utilizarla en los ámbitos de la atención de salud.

El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 a 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias:

- Tabaco
- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- Estimulantes de tipo anfetamina
- Inhalantes
- Sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas)
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Otras drogas

La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto'. Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses.

Así como también un cuestionario de factor de riesgo psicosocial y salud ocupacional el cual consta de:

1. Escala de Ideación Suicida (Roberts, 1980). Se constituye por cuatro reactivos, con los cuales se exploran sentimientos y pensamientos sobre la propia muerte, de experiencias que pudieron haber ocurrido durante los últimos siete días. Opciones de respuesta: “cero días”, “desde uno hasta 2 días”, “desde 3 hasta 4” y “desde 5 hasta 7 días”, codificada con valores desde “uno hasta 4”. Fue validada y revalidada para adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y bachillerato por González-Forteza en 1992 y 1996.

2. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos: CES-D (por sus siglas en inglés) (Radloff, 1977). Validada en México por González-Forteza en 1992 y 1996. Evalúa la sintomatología depresiva de la semana previa a su contestación, con opciones de respuesta: “cero días”, “desde uno hasta 2 días”, “desde 3 hasta 4 días” y “desde 5 hasta 7 días”, codificada con valores “desde uno hasta 4”. Mide cuatro factores: I. afecto negativo; II. afecto positivo; III. actividad retardada y somatización y IV: relaciones interpersonales (Radloff, 1977). La consistencia interna de la escala reportada con adolescentes mexicanos va desde un Alfa de Cronbach, $\alpha = .84$ hasta $.90$ (González-Forteza, 1992; Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza, 1993).

3. La Escala de Impulsividad (EI) (Climent et al., 1989), consta de cinco reactivos y cuatro opciones de respuestas tipo Likert. Su consistencia interna es de entre $\alpha = 0.70$ hasta $\alpha = 0.75$. Ha sido validada por González-Forteza (1992, 1996, 1997). Tiene cuatro opciones de respuesta: casi nunca, a veces, con frecuencia y con mucha frecuencia, codificada con valores desde uno hasta cuatro.

4. Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), validada para adolescentes estudiantes mexicanos por González-Forteza (1992, 1993, 1996, 1997). Consta de diez reactivos, con cuatro opciones de respuesta cada uno, que van desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo, codificada con valores desde uno hasta cuatro; se considera que, a mayor puntaje, mayor

autoestima. Las dos dimensiones que la integran contemplan: atributos positivos y negativos de autoestima

5. Cuestionario sobre sexualidad, explora a través de seis reactivos: tener o no relaciones sexuales, la edad de la primera experiencia, usó o no del condón, el número de parejas y relaciones sexuales tenidas en los últimos seis meses. Las preguntas sobre con el uso del condón se responden con Sí o No, la edad presenta un rango desde los 11 hasta los 17 años o más. Los reactivos que miden frecuencia presentan un rango desde uno hasta más de 7.

6. Cuestionario sobre relación con papá, el cual consta de 15 reactivos con cuatro opciones de respuesta cada uno, que van desde casi nunca hasta totalmente con mucha frecuencia, codificada con valores desde uno hasta cuatro, se considera que a mayor puntaje mejor relación.

7. Cuestionario sobre relación con mamá, el cual consta de 15 reactivos con cuatro opciones de respuesta cada uno, que van desde casi nunca hasta totalmente con mucha frecuencia, codificada con valores desde uno hasta cuatro, se considera que a mayor puntaje mejor relación.

3.5 Procedimiento

Primeramente el día 8 de mayo del año en curso, nos dirigimos al Colegio de Bachilleres de Chiapas plantel 13 a las 12.30 pm, con dirección Artículo 123 s/n, Col. Electricista, Tuxtla Gutiérrez, Chis y tuvimos una reunión con el director, solicitando permiso para poder realizar nuestro proyecto de la materia Taller de investigación del próximo semestre agosto-diciembre de 2018, en este encuentro se explicó en qué consisten las actividades a realizar, los objetivos y metas que se tiene contemplados en la investigación.

A lo cual el nos pidió ver las pruebas en físico que se utilizaran, para poder autorizar de manera más concreta la intervención, mostrando interés hacia el proyecto.

El día 1 de junio, se llevó los cuestionarios a utilizar en físico al director del plantel, así como una carta descriptiva en el cual se explicaba el material a utilizar y el tiempo de aplicación por prueba, siendo autorizado por él, la aplicación de estos en las fechas acordadas las cuales serán en el mes de agosto del presente año.

Para la aplicación, se pasará a los salones del plantel del turno matutino siendo específicamente 1F, 2 A, 3F,4 A,5F, 6 A generando esta selección por afinidad, aproximando por salón un numero 35 personas tomando en cuenta que algunos podrían faltar a clases el día de la aplicación. Antes de comenzar con los instrumentos, se dará una breve explicación del objetivo de estos y se aclarara que los datos recolectados serán confidenciales. Una vez que todo esté claro se procederá a la aplicación.

Después de recolectar el número de pruebas necesarias se procederá a vaciar la información en el programa SPSS siendo las siglas de Statistical Package for the Social Sciences, que en su traducción al español quedaría como “Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales” el cual nos ayudará para realizar la captura y análisis de los datos, así como la realización de tablas y graficas necesarias para la investigación.

CAPÍTULO 4

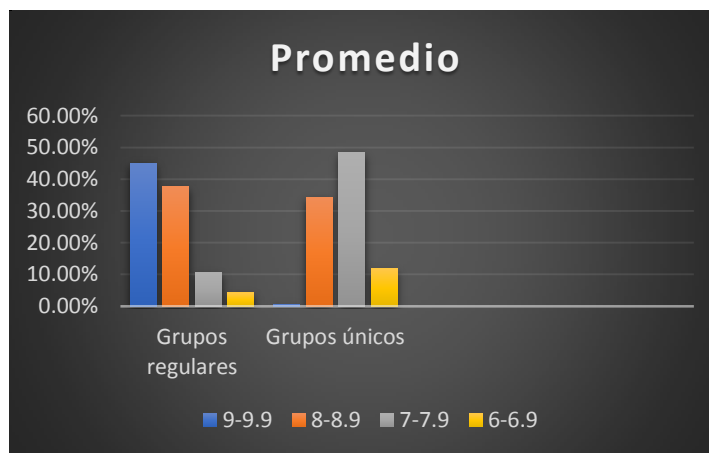
RESULTADOS

4.1 Unidad de análisis

A partir de la aplicación de los instrumentos Psicosocial de adolescentes y la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST ASSIST) en bachilleres del plantel 01 “Tuxtla Terán” del Colegio de Bachilleres de Chiapas (COBACH) se determinaron conductas de riesgo organizadas en unidades de análisis de sexualidad, depresión, ideación suicida, relación con papá y relación con mamá e incidencia en el consumo de sustancias. La población encuestada integrada por 284 bachilleres se dividió en grupos regulares y únicos con 162 y 122 respectivamente.

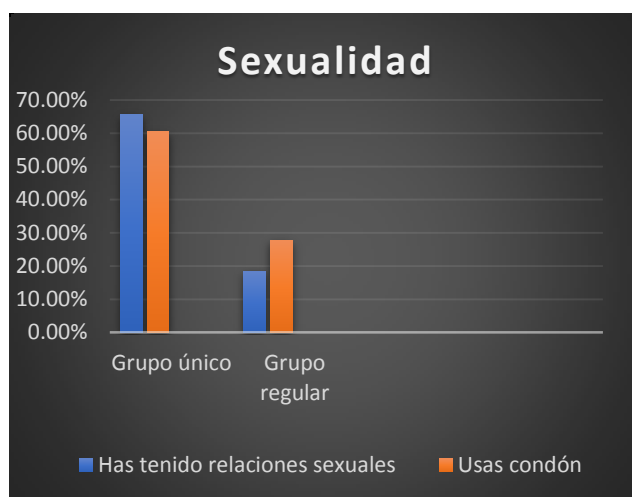
4.1.2. Promedio

Esta escala mide el promedio obtenido de los alumnos de los grupos únicos y regulares



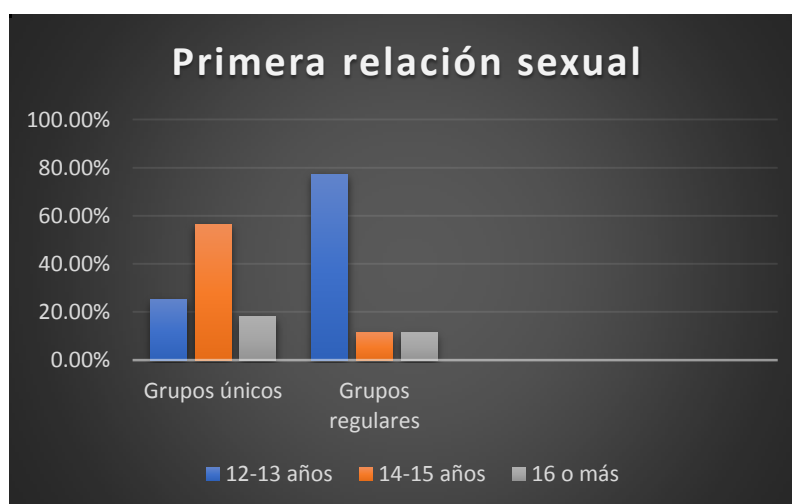
En los grupos regulares encontramos que los alumnos que tiene un promedio que va del 9-9.9 ocupan el 45.1% de la población, los que tienen 8-8.9 un 37.7%, de 7-7.9 un 10.5% y los que tienen de 6-6.9 un 4.3%. Los alumnos de grupos únicos obtuvieron un promedio que va de 9-9.9 es el .6%, los tienen 8-8.9 un 34.4%, de 7-7.9 un 48.4, y los que tiene de 6-6.9 un 11.8%, lo que nos indica que en los grupos regulares los alumnos tiene un promedio más alto que los alumnos de grupos únicos, que puede verse reflejado en su rendimiento académicos de ambos grupos.

4.1.3 Sexualidad



En cuanto a relaciones sexuales, los alumnos de grupos únicos manifiestan en mayor número haber tenido relaciones sexuales, siendo el 65.6% de la población equivalente a 80 adolescentes que afirma que sí, a diferencia de los alumnos de grupos regulares siendo un 18.4% equivalente a 29 adolescentes que afirma que sí. Sumado a lo anterior podemos ver que la mayoría de los alumnos de grupos únicos se cuida al tener relaciones sexuales con un 60.5% equivalente a 46 adolescentes a diferencia de los alumnos de grupos regulares de los cuales el 27.80% con un equivalente a 10 adolescentes que utilizan condón en sus relaciones sexuales. Esto nos indica que hay un mayor número de adolescentes en los alumnos de grupos únicos que han tenido relaciones sexuales, aunque a pesar de esto podemos percatarnos que es mayor la población de alumnos de grupos regular los que no utilizan preservativos.

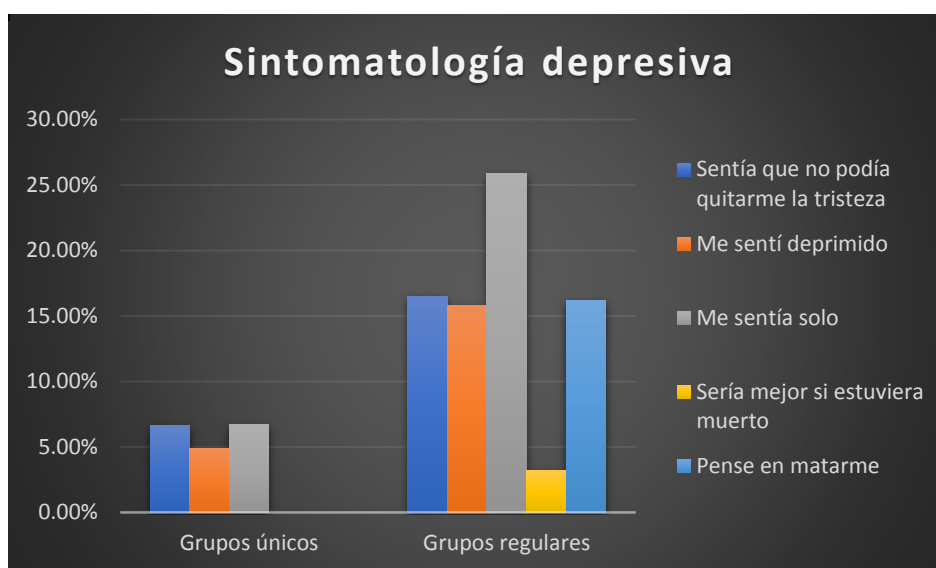
4.1.3.1. Edad de la primera relación sexual



Podemos ver que el 56.6% equivalente 47 alumnos de grupos únicos tuvo su primera experiencia sexual durante los 14-15 años, un 25.3% equivalente a 21 adolescentes tuvo su primera relación sexual a los 12-13 años y un 18.1% equivalente a 15 adolescentes a los 16 años o más, mientras los alumnos de grupos regulares un 77.3% con un equivalente a 34 adolescentes tuvo su primera experiencia de 12-13 años de edad, un 11.4% equivalente a 5 alumnos de 16 o más años, y un 11.4% equivalente a 5 alumnos de 14-5 años de edad. Dentro de lo cual observamos que hay una población significativa entre los alumnos de grupos regulares que tuvo su primera relación sexual a una etapa muy temprana de su desarrollo, lo cual puede exponer a los adolescentes a una situación de riesgo.

4.1.4. La escala de Sintomatología depresiva (CES-D)

Esta escala evalúa la sintomatología depresiva una semana previa a su contestación, se escogieron los reactivos más relevantes que pueden detectar esta condición en los alumnos, (Sentí que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos, me sentí deprimido, me sentía solo, sentía que mi familia estaría mejor si estuviera muerto, pensé en matarme)

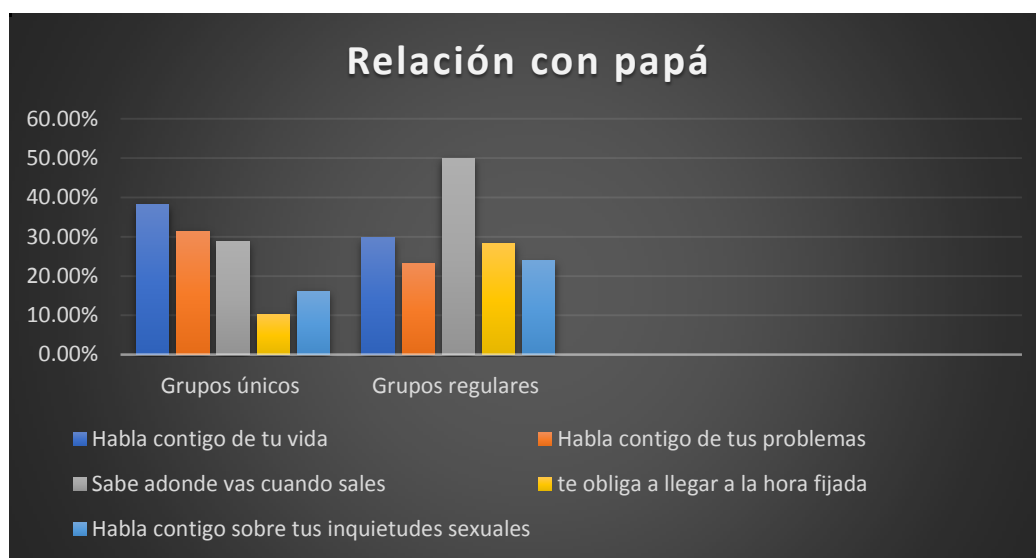


El 16 % equivalente a 26 alumnos de grupos regulares presentan tristeza de 5-7 días, mientras que dentro de los grupos únicos la población es de 6.6% equivalente a 8 adolescentes, de igual forma, el 15.8% equivalente a 25 alumnos de grupos regulares comenta que se sintió deprimida de 5-7 días a diferencia de los alumnos de grupos únicos dentro de los cuales un 4.9% equivalente a 6 personas comenta que se han sentido deprimida de 5-7 días. El 25.9% equivalente a 41 alumnos de grupos regulares manifiestan que se ha sentido solo de 5-7 días por parte el 6.7% equivalente a 8 alumnos de los grupos únicos se han sentido solo de 5-7 días.

Por otra parte, podemos observar que el 3.25% equivalente a 5 alumnos de grupo regular comenta que ha pensado de 5-7 días de la semana anterior. que sería mejor si estuviera muerto. Así como también que un 16.2% equivalente a 25 alumnos de grupos regulares pensó en matarse de 5-7 días de la semana anterior a la aplicación de la encuesta. Mostrando una diferencia significativa entre los dos grupos indicándonos que hay una mayor incidencia en una sintomatología depresiva por parte de los alumnos de grupos regulares.

4.1.6 Escala de relación con papá

Las siguientes graficas muestran los reactivos más importantes para conocer como es la relación de los alumnos de grupos únicos y regulares con papá.



En la gráfica de los alumnos únicos podemos notar que un 38.1% equivalente a 45 adolescentes habla con sus papás de su vida con mucha frecuencia, mientras que dentro los alumnos regulares hay un 29.7% equivalente a 41 adolescentes, de igual forma, el 31.1% equivalente a 37 alumnos de grupos únicos mencionan que sus padres hablan con ellos de sus problemas a diferencia de los alumnos de grupos regulares dentro de los cuales un 23.2% equivalente a 32 adolescentes comenta que sus padres hablan con ellos sobre sus problemas.

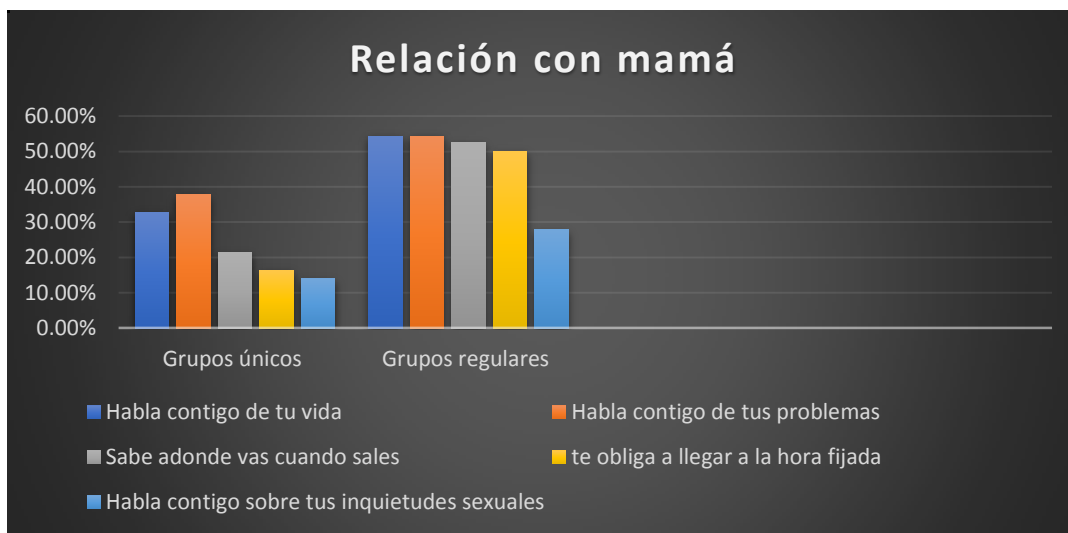
El 50% equivalente a 69 alumnos de grupos regulares mencionan que sus padres saben adónde van cuando salen mientras que dentro de los alumnos de grupos únicos lo mencionan un 28.8% equivalente a 34 adolescentes, así como el 28.3% equivalente a 39 alumnos de grupos regulares nos comentan que su padre lo obliga a llegar a la hora fijada a diferencia de los alumnos de grupo único donde podemos notar que hay un 10.2% equivalente a 12 adolescentes.

Por otro lado, el 23.9 equivalente a 33 alumnos de grupo regular nos dice que habla con sus padres sobre sus inquietudes sexuales, a diferencia de los alumnos de grupos únicos dentro de los cuales el 16.1% equivalente a 19 adolescentes nos mencionan lo mismo. Pudiendo observar con esto que no existe una diferencia significativa entre la relación que llevan los alumnos de grupos únicos y regulares con su padre en cuanto hablar con ellos sobre su vida y sus

problemas, pero notamos también una diferencia significativa respecto a un mayor control por parte de su padre en cuanto a los lugares adónde sale, así como en la hora de llegada, así como una mejor comunicación respecto a inquietudes sexuales.

4.1.6 Escala de relación con mamá

Las siguientes graficas muestran los reactivos más importantes para conocer como es la relación de los alumnos de grupos únicos y regulares con mamá.



En la gráfica de los alumnos únicos podemos notar que un 32% equivalente a 40 adolescentes habla con sus papás de su vida con mucha frecuencia, mientras que dentro los alumnos regulares hay un 54.4% equivalente a 86 adolescentes, de igual forma, el 37.7% equivalente a 46 alumnos de grupos únicos mencionan que sus madres hablan con ellos de sus problemas a diferencia de los alumnos de grupos regulares dentro de los cuales un 54.4% equivalente a 86 adolescentes comenta que sus madres hablan con ellos sobre sus problemas.

El 52.5% equivalente a 83 alumnos de grupos regulares mencionan que sus madres saben adónde van cuando salen mientras que dentro de los alumnos de grupos únicos lo mencionan un 21.3% equivalente a 26 adolescentes, así como el 50% equivalente a 79 alumnos de grupos regulares nos comentan que su madre lo obliga a llegar a la hora fijada a diferencia de los alumnos de grupo único donde podemos notar que hay un 16.4% equivalente a 20 adolescentes.

Por otro lado, el 27.8% equivalente a 44 alumnos de grupo regular nos dice que habla con sus madres sobre sus inquietudes sexuales, a diferencia de los alumnos de grupos únicos dentro de los cuales el 13.9% equivalente a 17 adolescentes nos mencionan lo mismo. Pudiendo

observar con esto que existe una diferencia significativa entre la relación, así como una mejor comunicación y control que llevan los alumnos de grupos regulares con su madre.

Con base a los resultados, interpretación y análisis obtenidos en el instrumento Psicosocial de adolescentes, podemos observar que hay una mayor población de alumnos de grupos únicos que han iniciado su vida sexual activa, pero a pesar de que la población de grupos regulares es menor, estos, han iniciado su vida sexual a una menor edad, así como son más propensos a estar en situación de riesgo puesto que es no utilizan preservativos con frecuencia en sus encuentros sexuales.

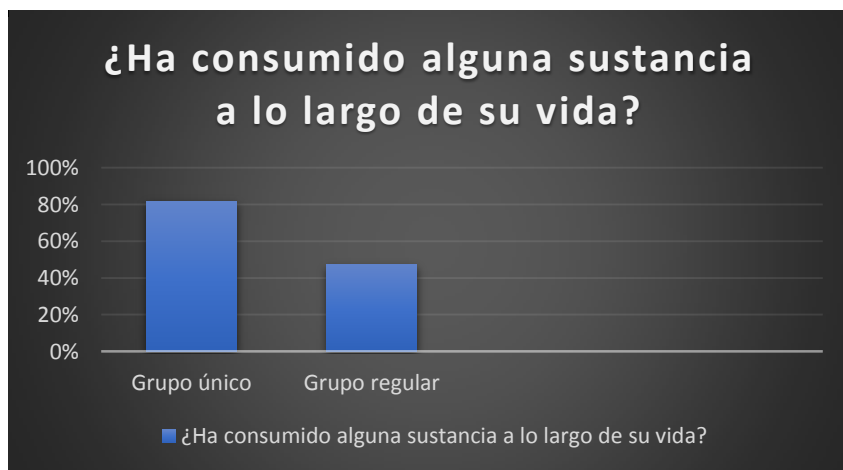
Por otro lado, podemos observar que tanto los alumnos de grupos únicos y regulares tienen comunicación con su padre en cuanto a su vida y sus problemas, pero hay poco control por parte de estos sobre los lugares a donde sale y la hora de llegada. Todo lo contrario, en la relación con la madre en la que notamos que hay una diferencia significativa en la relación entre alumnos de grupos únicos y regulares y su madre. Siendo notorio que hay una mejor comunicación y control entre los alumnos de grupos regulares y sus madres.

4.2 Consumo de sustancias

Con respecto a este apartado, las siguientes graficas muestran los reactivos más importantes para conocer la incidencia de los alumnos de grupos únicos y grupos regulares en el uso y abuso de sustancias.

4.2.1 Consumo de sustancias a lo largo de su vida

Esta variable mide si ha existido algún consumo de sustancias a lo largo de su vida.



Podemos notar que en los grupos únicos con un 82% equivalente a 100 alumnos han consumido alguna sustancia alguna vez en su vida, mientras que el 18% nos dice que no ha consumido, mientras que en los grupos regulares con un 47.5% equivalente a 75 alumnos nos dice que, si ha consumido alguna sustancia alguna vez en su vida, mientras que el 52.5% equivalente a 83 alumnos nos dice que no ha consumido alguna sustancia. Pudiendo notar que,

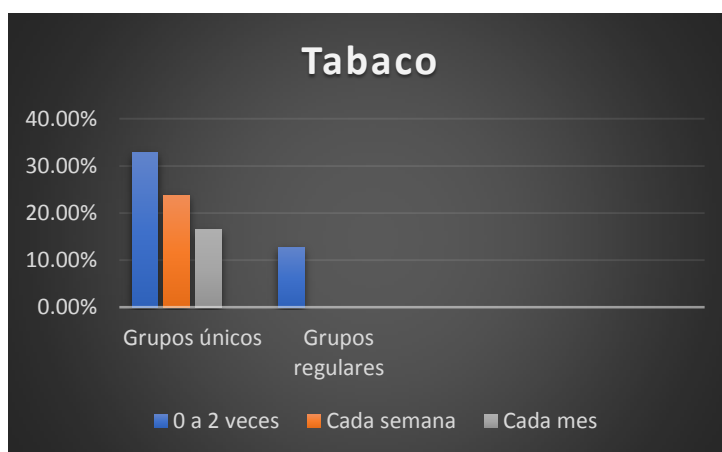
aunque no hay una gran diferencia en la frecuencia de consumo entre los dos grupos, hay una mayor población de alumnos de grupos únicos que han consumido alguna vez.

4.2.2. Consumo de sustancia en los últimos 3 meses

Con respecto a este apartado, las siguientes graficas muestran los reactivos más importantes para conocer la incidencia en los últimos 3 meses, de los alumnos de grupos únicos y grupos regulares en el uso y abuso de sustancias.

4.2.2.1 Tabaco

Esta variable mide la incidencia en los últimos 3 meses en el consumo de tabaco.



En las gráficas podemos notar que los alumnos de grupos únicos con un 32.8% equivalente a 40 personas han consumido de 0 a 2 veces tabaco en los últimos 3 meses, un 23.8% equivalente a 29 personas cada semana, 16.4% equivalente a 20 personas cada mes, mientras que los alumnos de grupos regulares con un 12.7% equivalente a 20 personas han consumido tabaco de 0 a 2 veces los últimos 3 meses. Indicándonos que la incidencia del consumo de tabaco es mayor en los grupos únicos que regulares.

4.2.2.2 Bebidas

Esta variable mide la incidencia en los últimos 3 meses en el consumo



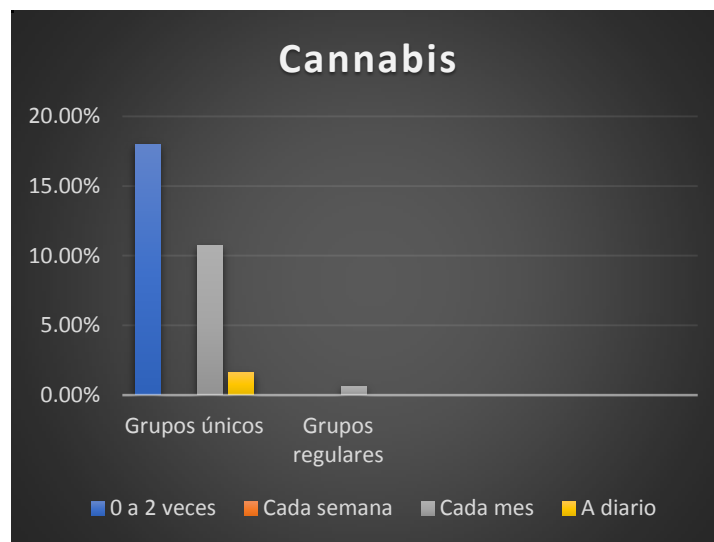
alcohólicas

mide la incidencia en los últimos 3 meses de tabaco

En las gráficas podemos notar que los alumnos de grupos únicos con un 27.0% equivalente a 33 personas han consumido de 0 a 2 veces bebidas alcohólicas en los últimos 3 meses, un 25.4% equivalente a 31 personas cada mes, 19.7% equivalente a 24 personas cada semana, mientras que los alumnos de grupos regulares con un 27.2% equivalente a 43 personas han consumido bebidas alcohólicas de 0 a 2 veces los últimos 3 meses y un 0.6% equivalente 1 persona ha consumido alcohol cada mes. Indicándonos que la incidencia del consumo bebidas alcohólicas es mucho mayor en los grupos únicos que regulares.

4.2.2.3 Cannabis

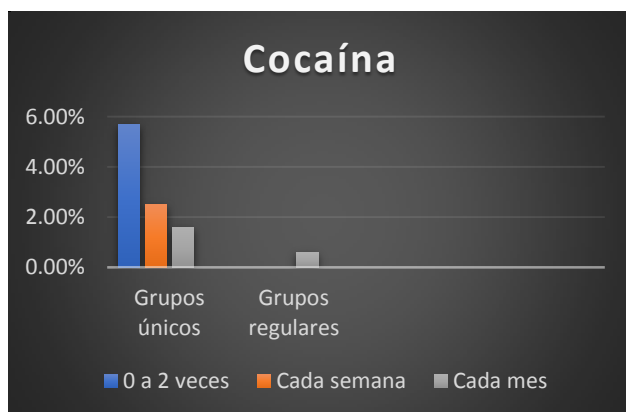
Esta variable mide la incidencia en los últimos 3 meses en el consumo de cannabis.



En las gráficas podemos notar que los alumnos de grupos únicos con un 18.0% equivalente a 22 personas han consumido de 0 a 2 veces cannabis en los últimos 3 meses, un 10.7% equivalente a 13 personas cada mes, 1.6% equivalente a 2 personas ha consumido diario, mientras que los alumnos de grupos regulares con un 1.9% equivalente a 3 personas han consumido cannabis cada mes. Indicándonos que la incidencia del consumo de cannabis es mucho mayor en los grupos únicos que regulares.

4.2.2.4 Cocaína.

Esta variable mide la incidencia en los últimos 3 meses en el consumo de cocaína.



En las gráficas podemos notar que los alumnos de grupos únicos con un 5.7% equivalente a 7 personas han consumido de 0 a 2 veces cocaína en los últimos 3 meses, un 2.5% equivalente a 3 personas cada semana, 1.6% equivalente a 2 personas ha consumido cada mes, mientras que los alumnos de grupos regulares con un 1.3% equivalente a 2 personas han consumido cocaína cada mes. Indicándonos que la incidencia del consumo de cocaína es mayor en los grupos únicos que regulares.

4.2.2.5 Anfetaminas

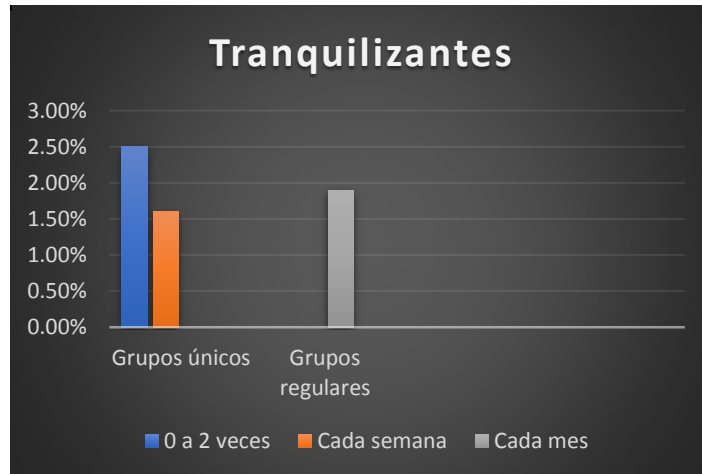
Esta variable mide la incidencia en los últimos 3 del consumo de anfetaminas.



Las gráficas nos indican que los alumnos de grupos únicos con 2.5% equivalente a 3 personas han consumido anfetaminas de 0 a 2 veces, mientras que los alumnos de grupos regulares nunca han consumido anfetaminas en su vida.

4.2.2.6 Tranquilizantes

Esta variable mide la incidencia en los últimos 3 del consumo



Las gráficas nos indican que los alumnos de grupos únicos con 2.5% equivalente a 3 personas han consumido tranquilizantes 2 veces en los últimos 3 meses, 1.6% equivalente a 2 personas han consumido cada semana, mientras que los alumnos de grupos regulares con 1.9% equivalente a 3 personas han consumido tranquilizantes cada mes los últimos 3 meses.

Con base a los resultados obtenidos en la prueba ASSIST podemos observar que hay una mayor población en los alumnos de grupos únicos que ha consumido alguna vez en su vida alguna sustancia, con un equivalente a 100 adolescentes. Así como que en los últimos tres meses tienen una mayor incidencia en el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, cannabis y cocaína que los alumnos de grupos regular. De igual forma una minoría tanto de alumnos de grupos únicos como de regulares han consumido en los últimos 3 meses tranquilizantes y anfetaminas.

CONCLUSIONES

Con base a los resultados obtenidos en la aplicación de instrumentos en el Colegio de Bachilleres de Chiapas 01 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, con respecto a la incidencia de conductas de riesgo psicosocial entre los alumnos de grupos únicos y grupos regulares, podemos concluir que:

- Referente a la sintomatología depresiva, se observan altos índices en los grupos regulares en los síntomas como “sentí que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de familia ni amigos”, “problemas para poner atención”, “me sentí deprimido”, “pensé que mi vida era un fracaso”, “dormía sin descansar”, “me sentía solo”, los cuales no nos indican criterios suficientes para ser diagnosticados como depresión, pero si son síntomas que causan inquietud en esta población, a diferencia de los grupos irregulares donde observamos una baja incidencia de sintomatología depresiva.
- Con respecto a ideación suicida, se observan nuevamente altos índices en los alumnos de grupos regulares en el ítem “pensé en matarme” con un porcentaje de 16.7% equivalente a 25 alumnos que menciona tener este pensamiento de entre 5 a 7 días, a diferencia de los grupos irregulares donde observamos una baja incidencia en estos ítems.
- Acerca del área de sexualidad, se observan altos índices en los grupos únicos con un 81% de incidencia de haber tenido la primera experiencia sexual, así como entre los alumnos de grupos regulares hay un índice significativo de personas que dicen nunca utilizar condón en sus relaciones sexuales, y los alumnos de grupos regulares la mayoría siempre utiliza condón en sus relaciones sexuales.
- Acerca del uso y abuso de sustancias, existe un porcentaje significativo entre los alumnos de grupos únicos que han consumido mayormente tabaco, alcohol, cannabis y con menor frecuencia cocaína y anfetaminas con una incidencia que varía desde cada semana y cada mes, siendo esto preocupante ya que a pesar de ser adolescentes tienen acceso a drogas ilegales que podrían crear una adicción significativa, en este apartado que los alumnos de grupo regular tienen una menor incidencia de consumo.
- En cuanto a la relación con los padres podemos observar que tanto los grupos de grupos únicos y regulares tienen comunicación con su padre en cuanto a su vida y sus problemas, pero hay poco control por parte de estos sobre los lugares a donde sale y la hora de llegada. Todo lo contrario, en la relación con la madre en la que notamos que hay una diferencia significativa en la relación entre alumnos de grupos únicos y regulares y su madre. Siendo notorio que hay una mejor comunicación y control entre los alumnos de grupos regulares y sus madres y padres.

En general, podemos concluir que los alumnos de los grupos únicos del plantel 01 “Tuxtla Terán” inciden con mayor frecuencia en conductas de riesgo psicosocial como consumo y abuso de sustancias como tabaco, alcohol, cannabis y cocaína. Y en cuanto a conductas sexuales de riesgo, la mayoría de los alumnos de grupos únicos tienen una vida sexual activa y utilizan un método de protección a diferencia de los grupos regulares, donde a pesar de ser una población menor la que ha iniciado su vida sexual, la mayoría de estos manifiesta no haber utilizado un método anticonceptivo.

Nos percatamos que, en cuanto a rasgos depresivos, los alumnos de grupos regulares fueron los que obtuvieron mayor incidencia en rasgos depresivos e ideación suicida. Concluyendo que no se encuentra relación en ser alumno de grupo único con incidir en conductas de riesgo.

Esto nos demuestra que a pesar de que un grupo sea etiquetado por la autoridad educativa como “problema”, ambos son igual de vulnerable a incurrir en conductas de riesgo, pero muchas veces creamos limitantes para la comunicación asertiva con los adolescentes, desde el momento de ser etiquetados. Ya que evadimos la oportunidad de conocer todo el panorama de la situación y el porque de sus conductas, así como muchas veces el hecho de ser alumno regular y tener un buen promedio puede hacer que no se le tome importancia suficiente a su etapa adolescente y se ignore signos de alarma por creer que promedio es igual a bienestar emocional. Por tanto, es necesario remarcar la importancia de la etapa de la adolescencia y posteriormente crear un plan de intervención beneficioso, con un panorama real de la situación que los jóvenes enfrentan.

REFERENCIAS

- Aluja, A., Del Barrio, V. y García, L. F. (2005). Relationships between adolescents' memory of parental rearing styles, social values and socialization behavior traits. *Personality and Individual Differences*, 39, 903-912. Doi: 10.1016/j.paid.2005.02.028
- Andrade Palos P. & Betancourt Ocampo, D. (2008). *Factores individuales, familiares y sociales* y Betancourt Ocampo, D. (Comps). Investigaciones Psicosociales en Adolescentes.
- Antolín, L., Oliva, A. y Arranz, E. (2009). Variables familiares asociadas a la conducta antisocial infantil: el papel desempeñado por el tipo de estructura familiar. *Apuntes de Psicología*, 27, 475-487.
- Campuzano, M. & Díaz, E. (2011). Relación entre la consistencia en el uso de condón y factores disposicionales en estudiantes de bachillerato. *Revista Psicología y Salud*, 21(1), 17-24. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Maria-de-Lourdes-Rodr%EDguez-Campuzano.pdf>
- Castañeda, O., Ortega, N., Reyes, Y., Segura, O., & Morón, L., (2009). Conocimientos y aptitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, En Royal, Casanare, *Investigaciones andinas*, 31-38.
- Ceballos, G., Campo, A. & De Bedout, A. (2007). Relaciones sexuales en estudiantes de secundaria de las zonas rurales del Distrito de Santa Marta, Colombia. *Pensamiento Psicológico*, 3(9), 101-109. Recuperado de <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/61>
- Comisión Nacional Contra las adicciones, Secretaria de salud. **Encuesta nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte alcohol**. Villatoro-Velázquez JA., Reséndiz, Escobar, E., Mujica Salazar, A., Breton, Cinett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz, Bautista, C., Medina-Mora., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza, L. Cuidad de México, México: INPRFM; 2017. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx
 - *Conductas de riesgos en adolescentes*. En: Andrade Palos, P. Cañas Martínez, J. L. &
- Craig, G. (1997). *Desarrollo humano*. Tercera edición en castellano. México: Prentice Hall-Hispanoamericana S.A.
- Díaz Aguado, M. J. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema*, 17, 549-558.
- Donas Burak, S. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes. En: S. Donas Burak. (Edt.) *Adolescencia y juventud en América Latina* (489-499). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Dryfoos, J. (1990). *Adolescents at risk: Prevalence and prevention*. New York: Oxford University Press.
- Fernández, L., Garrido, F., Bimbela, J., Pedrola, J. & Alfaro N. (2008). Uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre catorce y veinticuatro años. *Diversitas perspectiv. Psicol.*, 4(2), 401-415. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67940213>

- González, J. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. *Revista de Salud Pública*, 11(1), 14-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42211103>
- Hernandez Sampieri, Roberto ;Fernández Collado, Carlos;Baptista Lucio, Pilar *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill, México 1997
- Hetherington, E. M. y Henderson, S. H. (1997). Fathers in stepfamilies. En M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (pp. 212-226). Nueva York: Wiley and Sons.
- https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=327&Itemid=40916&lang=es
- Jaureguizar, J. e Ibabe, I. (2012). Conductas violentas de los adolescentes hacia las figuras de autoridad: el papel mediador de las conductas antisociales. *Revista de Psicología Social*, 27, 7-24. Doi: 10.1174/021347412798844088.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Limón, m. & Carretero, M. (1995). Aspectos evolutivos y cognitivos. Monográfico sobre la Enseñanza Secundaria Obligatoria. *Cuadernos de Pedagogía*, 238, pp. 39-41. Recuperado de: http://www.terras.edu.ar/biblioteca/6/6TA_Limon-Carretero_2_Unidad_5.pdf
- Loubat, O. M. (2006). Conductas alimentarias: Un factor de riesgo en la adolescencia. Resultados preliminares en base a grupos focales con adolescentes y profesores. *Terapia Psicológica*, 24, 31-37.
- Medina-Mora, María Elena (1998) *Manual para elaborar el diagnóstico situacional de las adicciones*. CONADIC: México.
- OMS (2019) *Depresión*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
- OMS, OPS (2017). *Abuso de sustancias*. En línea.
- Papalia, D., (2009). *Desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Undécima edición. Universidad autónoma de México.
- Pereyra Gisel. Tesis de Licenciatura en Psicología: “Capacidad de Resiliencia y Dimensiones de Personalidad según el Inventario de Millon”(2009)
- Ravazzola MC (2002). Resiliencias familiares. En *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Melillo A, Suárez Ojeda EN. En (comp.). Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Rodrigo, M.J., García, M., Márquez, M.L. y Triana, B. (2005). Discrepancias entre padres e hijos adolescentes en la frecuencia percibida e intensidad emocional en los conflictos familiares. *Estudios de Psicología*, 26, 21-34.
- Sarafino, E., Armstrong J. (1979) *Desarrollo del niño y del adolescente*. Editorial Trillas. México
- Sartori, G. (1984) *La política, lógica y método en las ciencias sociales*. México. Fondo de Cultura Económico.
 - UNICACH, México.
- Valenzuela Mujica, María Teresa, Ibarra R., Ana María, Zubarew G., Tamara, & Correa, M. Loreto. (2013). *Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de*

familia. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 50-54. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>

- Werner, E. (1989). High risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 59-71. Doi: j.1939-0025.1989.tb01636.x

ANEXOS

Edad: _____ Sexo: H () M ()

Promedio obtenido en el último grado escolar cursado: _____

A continuación, te presentamos una serie de preguntas sobre diferentes aspectos de tu persona, por favor contesta lo más sinceramente posible.

ESCALA DE AUTOESTIMA (Rosenberg, 1965)

Validada por: González-Forteza (1992, 1993, 1996, 1997)

No.	Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Siento que soy una persona que vale, al menos como los demás ®				
2	Siento que tengo buenas cualidades ®				
3	En general me inclino a pensar que soy un fracaso				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien, como los demás ®				
5	Siento que no tengo mucho de qué estar orgulloso				
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a) ®				
7	En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a)®				
8	Desearía poder tener más respeto por mí mismo(a)				
9	A veces me siento inútil				
10	A veces pienso que soy un(a) bueno(a) para nada				

ESCALA DE IMPULSIVIDAD (Climent, Aragón y Plutckick, 1989)

Validada por: González-Forteza (1992, 1996, 1997).

Contesta las siguientes preguntas para indicar qué tan seguido:

No.	Preguntas	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1	Haces cosas arriesgadas, sólo porque son excitantes				
2	Haces cosas impulsivamente				
3	Corres riesgos				
4	Haces lo que te gusta, sin pensar en las consecuencias				
5	Te impacientas fácilmente con la gente				

SEXUALIDAD

No.	Preguntas	Marque con una (X)			
		() SI	() NO		
1	¿Has tenido relaciones sexuales con otras personas?	() SI	() NO		
<i>Sí contestas NO, pasa a la sección CES-D</i>					
2	¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?	() menos de 11 años	() 12-13 años	() 14-15 años	() 16 o más
3	¿En tu primera relación sexual con otra persona usaste condón?	() SI	() NO		
4	En los últimos 6 meses ¿Cuántas relaciones sexuales has tenido?	() 1 ó 2	() 3 ó 4	() 5 ó 6	() 7 ó más
5	En los últimos 6 meses ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?	() 1 ó 2	() 3 ó 4	() 5 ó 6	() 7 ó más
6	¿En tus relaciones sexuales usas condón?	() Nunca	() A veces	() Casi siempre	() Siempre

ESCALA CES-D

Validada y re-validada por: González-Forteza (1992, 1995, 1996).

Ahora nos interesa saber acerca de algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido durante la semana pasada. Por favor, lee cada afirmación e indica el número de días (de 0 a 7) en que te sentiste así la semana pasada.

No.	Pregunta	Número de días			
		0	1-2	3-4	5-7
1	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan				
2	No tenía hambre, ni tenía apetito				
3	Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con la ayuda de mi familia o amigos(as)				

4	Sentía que era tan bueno(a) como los demás [®]				
5	Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo				
6	Me sentí deprimido(a)				
7	Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo				
8	Veía el futuro con esperanza [®]				
9	Pensé que mi vida era un fracaso				
10	Tenía miedo				
11	Dormía sin descansar				
12	Estaba feliz [®]				
13	Platiqué menos de lo normal				
14	Me sentía solo(a)				
15	Sentí que la gente era poco amigable				
16	Disfruté de la vida [®]				
17	Lloraba a ratos				
18	Me sentía triste				
19	Sentía que no le caía bien a los demás				
20	No podía "seguir adelante"				

ESCALA IS (Roberts, 1988).

Validada y re-validada por: González-Forteza (1992, 1995, 1996).

Ahora nos interesa saber acerca de algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido durante la semana pasada. Por favor, lee cada afirmación e indica el número de días (de 0 a 7) en que te sentiste así la semana pasada.

Durante la semana pasada, ¿cuántos días te sentiste así?

No.	Pregunta	Número de días			
		0	1-2	3-4	5-7
1	No podía "seguir adelante"				
2	Tenía pensamientos sobre la muerte				
3	Sentía que mi familia estaría mejor, si yo estuviera muerto(a)				
4	Pensé en matarme				

ESCALA DE RELACIÓN CON PAPÁ

Tomado de González Forteza

Ahora contesta las siguientes preguntas para indicar la relación que tu papá (o tutor) tiene contigo:

No.	Pregunta	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1	¿Te demuestra afecto?				
2	¿Realiza alguna actividad agradable contigo?				
3	¿Habla contigo de tu vida (planes, amigos(as) juegos. etc.				
4	¿Habla contigo de tus problemas?				

5	¿Se muestra interesado en ayudarte?				
6	¿Muestra que se preocupa por tí?				
7	¿Trata de darte lo que necesitas?				
8	¿Es justo contigo?				
9	¿Te expresa el amor que siente por tí?				
10	¿Sabe a dónde vas cuando sales?				
11	¿Sabe con quién estás cuando sales?				
12	¿Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?				
13	¿Te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?				
14	¿Habla contigo sobre tus inquietudes sexuales?				
15	¿Te dice que las relaciones sexuales deben aplazarse hasta la edad adulta?				

ESCALA DE RELACIÓN CON MAMÁ

Tomado de González Forteza

Ahora contesta las siguientes preguntas para indicar la relación que tu mamá (o tutor) tiene contigo:

No.	Pregunta	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1	¿Te demuestra afecto?				
2	¿Realiza alguna actividad agradable contigo?				
3	¿Habla contigo de tu vida (planes, amigos(as) juegos. etc.				
4	¿Habla contigo de tus problemas?				
5	¿Se muestra interesada en ayudarte?				
6	¿Muestra que se preocupa por tí?				
7	¿Trata de darte lo que necesitas?				
8	¿Es justa contigo?				
9	¿Te expresa el amor que siente por tí?				
10	¿Sabe a dónde vas cuando sales?				
11	¿Sabe con quién estás cuando sales?				
12	¿Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?				
13	¿Te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?				
14	¿Habla contigo sobre tus inquietudes sexuales?				
15	¿Te dice que las relaciones sexuales deben aplazarse hasta la edad adulta?				

Gracias por tu colaboración!