



Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas



Maestría en Ciencias en Salud Pública

**" Conductas de Riesgo
Y su Percepción en Estudiantes
Universitarios de Nuevo Ingreso a la
UNICACH "**

**Tesis para optar por el título de Maestro en
Ciencias de Salud Pública**

Autor: Ma. Del Carmen Barranco Rodriguez

**Director: Dr. Sergio López Mendoza
Asesor: Dra. Nery Suárez Lugo**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Septiembre 2010

A Dios por la oportunidad de recorrer este camino,
a mi esposo por su paciencia, comprensión y apoyo
a mis amados hijos: Marco Antonio y Luis
Guillermo, por haber sido mi motivo y fortaleza para la
culminación de este proyecto
a mi madre por la confianza y cariño de siempre
a todos. Gracias

En primer lugar quiero dar las a la universidad de Ciencias y Artes de Chiapas y sus directivos, por las facilidades otorgadas para estudiar , y realizar este trabajo.

A mí querida amiga, y maestra Gabina Villagrán Vázquez por haberme impulsado para seguir estudiando y facilitado las bases de este estudio.

Al Dr. Sergio López Mendoza director de tesis, por sus enseñanzas, paciencia y aportaciones.

A mí asesora de tesis Dra. Nery Suárez Lugo, por sus valiosas aportaciones, y disposición para enriquecer este proyecto.

Al Dr. Roberto Capote Mir y a la Dra. Rosa Margarita Durán García, por ser una enseñanza de vida y un ejemplo a seguir.

Al Dr. Rodolfo Palacios, por sus valiosas aportaciones a este proyecto.

Al Dr. José Luis Mendoza Mérida por su motivación e impulso para continuar estudiando.

Al Dr. Fernando Ruíz Balbuena y al Dr. Ángel Gutiérrez Zavala , por sus valiosas aportaciones y recomendaciones para el enriquecimiento de este proyecto

A mis queridos amigos y compañeros Sara Fonseca, Ada Nelí Torres, Antonio Castañon, y Suyapa Guerrero por haberme acompañado y apoyado a lo largo de este proyecto.

A mis compañeros y amigos de clase, por compartir sus conocimientos especialmente a la Dra. Nelli Sánchez y Dr. Eloy Bernal a todos mis amigos y amigas que han estado ahí, simplemente con su presencia.

MUCHAS GRACIAS.

RESUMEN GENERAL

Los problemas de salud en los jóvenes entre 15 y 24 años no representan tasas de mortalidad elevadas; por lo que las autoridades en materia de salud pública de Latinoamérica no cuentan con programas integrales de atención para los jóvenes. Sin embargo, la falta de atención integral genera en el corto y largo plazo pérdidas económicas y tiene efectos sociales negativos. Con la finalidad de contribuir con datos para el desarrollo de programas integrales de ayuda, que impacten especialmente en áreas consideradas como problemas en salud pública –consumo de sustancias tóxicas, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual – se llevó a cabo un estudio transversal que permitió caracterizar las prácticas sexuales de los estudiantes, establecer la relación entre éstas y el consumo de sustancias tóxicas así como identificar la percepción de riesgo con 209 estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad de Ciencias y Artes de Chipas, de los cuales 88 eran hombres y 121 eran mujeres, entre 15 y 28 años de edad. La conducta sexual de riesgo se midió considerando el inicio a la vida sexual, el número y tipo de parejas sexuales, y la frecuencia del uso de condón u otros métodos anticonceptivos. El consumo de alcohol y tabaco, y la percepción de riesgo se evaluaron al preguntar la edad de inicio de consumo, y la frecuencia y cantidad, qué tan peligroso consideran hacer cosas arriesgadas y la frecuencia de practicar conductas de riesgo. Los resultados mostraron que existen diferencias entre hombres y mujeres en la conducta sexual, el consumo de alcohol y tabaco y la percepción de riesgo los datos sugieren una relación entre los indicadores de consumo de alcohol, tabaco y conducta sexual con la percepción de riesgo.

Palabras clave: conductas sexuales, riesgo, uso de sustancias tóxicas, jóvenes.

PREFACIO

La presente tesis es para cumplir el requerimiento para obtención del grado de Maestro en Ciencias en Salud Pública, en la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. Con los criterios establecidos por la Dirección de Investigación y Postgrado, para el informe final de la tesis. En el presente documento, se presenta la Investigación realizada siguiendo los requisitos establecidos por revistas científicas de prestigio en Salud Pública. La tesis examinó las conductas de riesgo con respecto a las prácticas sexuales, el consumo de sustancias tóxicas y la percepción de riesgo de los jóvenes de nuevo ingreso a la universidad. La tesis se presenta en cuatro capítulos: Capítulo uno, corresponde a la revisión científica de las temáticas de: prácticas sexuales, consumo de sustancias tóxicas y percepción de riesgo en jóvenes destacando, las consecuencias en la salud de este grupo etario. El capítulo dos, contempla el material y método utilizado para el estudio. El capítulo tres, hace referencia a los resultados obtenidos en los análisis de conductas de riesgo: prácticas sexuales, consumo de sustancias tóxicas y su percepción; así como la correlación entre las mismas. Finalmente el capítulo cuatro, corresponde a la discusión y conclusiones, destacando la importancia que tiene para la salud pública, conocer y sistematizar estas prácticas de riesgo con el fin de poder incidir en programas específicos de intervención acorde a lo encontrado.

Director de Tesis: Dr.C, Biol. Sergio López Mendoza.

Comisión Revisora:

Dr.C, MSF, Dr. M. Fernando Ruiz Balbuena. Profesor e Investigador.

Dr.C, MSP, Lic. Nut. Ángel Gutiérrez Zavala. Profesor e Investigador

MSP, Dr. M. Gregorio Desiderio Flores Cruz. Profesor e Investigador.

INDICE

INDICE

Resumen general.....	i
Prefacio.....	ii
Índice.....	iii
Índice de gráficas y cuadros.....	vi
Abreviaturas.....	vii

CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN.

1.1 Introducción.....	2
1.2 Justificación.....	3
1.3 Objetivo general del estudio.....	6
1.3.1 <i>Objetivos específicos del estudio</i>	6
1.4. Aportes de la tesis.....	7

CAPÍTULO 2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Prácticas sexuales en jóvenes.....	9
2.2. Consumo de sustancias tóxicas en jóvenes.....	19
2.3 Factores de riesgo y su percepción en jóvenes.....	31

CAPÍTULO 3 MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Diseño del estudio.....	41
3.2 Universo de estudio.....	41
3.3 Criterios de inclusión.....	42
3.4 Criterios de eliminación.....	42
3.5 Operacionalización de variables.....	43
3.6 Procedimiento y técnicas para la recolección de la información.....	48
3.7 Materiales o instrumentos.....	49
3.8 Análisis estadístico.....	50
3.9 Programas a utilizar para el análisis de datos.....	50
3.10 Aspectos éticos.....	50

CAPITULO 4 RESULTADOS

4.1. Descripción de la población según prácticas sexuales.....	52
4.2. Relación de las prácticas sexuales y el consumo de sustancias tóxicas.....	57
4.3 Identificación de la percepción de riesgo según prácticas sexuales.....	63
4.4 Relación entre variables (prácticas sexuales, consumo sustancias tóxicas y percepción de riesgo).....	66
CAPITULO 5 DISCUSIÓN.....	80
Conclusiones.....	84
Bibliografía.....	85
ANEXOS.....	96
Anexo I Cuadros con resultados.....	97
Anexo II Encuesta.....	100

ÍNDICE DE GRAFICAS Y CUADROS

GRÁFICAS

	Distribución porcentual según género del inicio a la vida sexual.....	52
Gráfica 1		
	Edad de inicio a la vida sexual.....	53
Gráfica 2		
	Número de parejas sexuales en la vida por género.....	54
Gráfica 3		
	Frecuencia de utilización de métodos anticonceptivos por género.....	55
Gráfica 4		
	Persona con la que se dio inició a la vida sexual.....	56
Gráfica 5		
	Distribución porcentual de jóvenes que han consumido tabaco	57
Gráfica 6		
	Cantidad de tabaco consumido por día	58
Gráfica 7		
	Distribución porcentual de jóvenes que han consumido alcohol.	59
Gráfica 8		
	Distribución porcentual de consumo actual de alcohol.....	60
Gráfica 9		
	Número de Copas en bebidas alcohólicas consumidas.....	61
Gráfica 10		
	Frecuencia de consumo de alcohol más de lo planeado.....	62
Gráfica 11		
	Frecuencia de hacer cosas que implican un riesgo.....	63
Gráfica 12		
	Frecuencia de correr riesgos en forma automática.....	64
Gráfica 13		
	Frecuencia de hacer cosas arriesgadas por gusto.....	65
Gráfica 14		

Gráfica 15	Relación entre edad actual y edad de consumo de la primera copa en hombres.....	66
Gráfica 16	Relación entre edad actual y edad de consumo de la primera copa en mujeres.....	67
Gráfica 17a	Relación entre la edad del primer consumo de alcohol y tabaco en hombres.....	68
Gráfica 17b	Edad del primer consumo de alcohol y tabaco en mujeres.....	69
Gráfica 18a	Edad y número de parejas sexuales en hombres.....	70
Gráfica 18b	Edad y número de parejas sexuales en mujeres.....	71
Gráfica 19	Inicio de consumo de alcohol 1 ^a . Copa y núm. de parejas sexuales en hombres.....	72
Gráfica 20	Inicio de consumo de alcohol y 1 ^a copa y núm. de parejas sexuales en mujeres.....	73
Gráfica 21	Relación entre la edad actual y edad del debut sexual en hombres.....	74
Gráfica 22	Inicio de debut sexual y consumo de alcohol en hombres.....	75
Gráfica 23	Relación entre edad de inicio del debut sexual y número de parejas sexuales.....	76
Gráfica 24	Relación entre la cantidad en días de consumo de bebidas alcohólicas en mujeres.....	77

ABREVIATURAS

ABREVIATURAS

CECA.....	Consejo Estatal Contra las Adicciones
CONAPO.....	Consejo Nacional de Población
CONASIDA.....	Consejo Nacional para la Prevención y Control del sida
CNEGySR.....	Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva
E cram.....	Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes de México
ENA.....	Encuesta Nacional de Adicciones
ENS.....	Encuesta Nacional de Salud
INEGI.....	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISECH.....	Instituto de Salud del Estado de Chiapas
ITS.....	Infecciones de transmisión sexual
OED.....	Observatorio Español sobre Drogas. Informe
OMS.....	Organización Mundial de la Salud
ONU.....	Organización de las Naciones Unidas
OPS.....	Organización Panamericana de la Salud
SIDA.....	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSA.....	Secretaría de Salud
UNICACH.....	Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) 1998, reconoce la importancia del cuidado y la atención a la salud de los jóvenes entre los 15 y 24 años de edad, siendo este grupo etéreo un elemento clave para el progreso social, económico y político. Ante dicha premisa, actualmente los países latinoamericanos están generando cambios importantes a nivel sociopolítico, los cuales benefician a ciertos grupos poblacionales. Sin embargo a pesar de la disminución del analfabetismo, y de las mejoras en la atención en salud, aún las condiciones de salud y desarrollo integral en los jóvenes no son óptimas; observándose el incremento de conductas de riesgo principalmente relacionadas con el consumo de drogas y las relaciones sexuales sin protección, los cuales, intervienen en la calidad de vida y aparición de otros problemas de salud pública. Esta situación ha contribuido al desarrollo de programas de índole asistencial, docente y de investigación, en países de América Latina y el Caribe; cuyo impacto no ha sido perceptible sobre la salud y sobre la calidad de vida, debido a que, los programas dirigidos a los jóvenes se enfocan de modo específico a cada uno de los problemas dando lugar a programas verticales como respuestas separadas a los diferentes riesgos: drogas, accidentes, ITS, VIH/SIDA, y embarazos, sin articular un plan de atención en la salud pública (Krauskopf 1992; Maddaleno 2000; y González 2007),

Este escenario, da origen a señalar que la atención a esta realidad necesita un enfoque distinto del modelo clínico habitual, asumiendo la visión de salud pública con carácter multidisciplinario que conlleve a la modificación de los comportamientos de riesgo y fomente hábitos saludables de vida.

Por lo expuesto anteriormente, el presente estudio propone el análisis de las prácticas sexuales que constituyen factores de riesgo a la salud de los alumnos universitarios de primer ingreso, y la relación que existe entre la presencia de hábitos de consumo de sustancias tóxicas y la percepción de riesgo.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Por lo nocivo y altos costos que resultan para los gobiernos e individuos, los problemas de salud pública, tales como el consumo de sustancias tóxicas, Infecciones de transmisión sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH), Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y embarazos no deseados, entre otros, es necesario poner énfasis en la salud de los jóvenes.

El análisis de costos hecho recientemente en los Estados Unidos, determinó que cada año se gastan aproximadamente 20 billones de dólares en pagos para mantener los ingresos, los servicios de salud y la adecuada nutrición de las familias encabezadas por jóvenes. Así mismo, los costos de por vida que representa un delincuente profesional varían entre 1,0 y 1,3 millones de dólares, y los cálculos son similares para un adicto crónico a las sustancias psicoactivas como la morfina, la cocaína o la marihuana (Krauskopf, 1995).

En México los temas de consumo de sustancias tóxicas, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y VIH/ SIDA, se han convertido en asuntos fundamentales de las políticas de población. Con respecto a lo anterior la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008), reportó que, en el año 2002, 307 mil personas son adictas, En seis años el número de adictos crónicos se incrementó en 51 %. Debido a la baja percepción de riesgo en el 2008, la cifra ascendió a 465 mil con problemas graves de dependencia, comenzando el uso de alcohol y tabaco desde los nueve años de edad siendo éstas las drogas más prevalentes de 5 % en 2002 a 6 % en 2008.

En el estado de Chiapas al igual que en el resto del país el problema de las adicciones representa un reto de salud pública, los jóvenes entre 15 y 24 años de edad inician la experimentación en el consumo del tabaco en 51.6% hombres y 65.9% mujeres y en el alcohol 30.7% hombres y 27.3% mujeres siendo estas, las principales drogas de inicio en ambos sexos.

En cuanto a la droga de impacto, en los hombres fue la marihuana (34.7%) y en las mujeres el alcohol (50%). El número de defunciones debido al consumo de alcohol es de 545 habitantes, cifra que corresponde 3.77% del total de muertes registradas en el país. Por otra parte, las defunciones ocasionadas por la enfermedad alcohólica del hígado y por el uso de tabaco fueron 139 y 41, respectivamente, que equivalen al 1.72% y 1.62% del total de muertes. Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008).

Otro problema de salud pública importante son los embarazos no planeados en edades tempranas, los cuales, representan un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién nacido desencadenando una mayor mortalidad materna-infantil. Hofbauer y Zebadúa (2006). Al respecto la Secretaria de Salud (SSA). Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGySR, 2008) reportan que, en Chiapas el 30% de las mujeres inician la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad; aunado a esta problemática se encuentra que la cuarta causa de muerte materna es el aborto y representa 7.8% de muertes con 150 defunciones anuales.

Chiapas por su ubicación geográfica y por compartir una franja fronteriza con Guatemala, sigue siendo uno de los estados más vulnerables para el VIH/SIDA. Gómez y Velasco (2005) señalan que la información para los y las jóvenes es todavía insuficiente, lo que se convierte no sólo en una necesidad sino en un atentado a la salud sexual de la juventud.

García, Valdespino e Izazola (2000) resaltan que la no utilización de condón en los jóvenes está determinada por múltiples razones. La no percepción del propio riesgo y los mitos alrededor de su uso, resultan ser importantes para determinar que no se utilice esta medida preventiva.

Díaz-Loving (1999) reportó que, para los jóvenes el riesgo de infección por VIH está determinado por la suerte o el destino, dimensión que correlacionó negativamente con el uso del condón o sexo seguro.

Es necesario conocer la situación de factores nocivos para la salud tales como: consumo de sustancias tóxicas y prácticas sexuales sin protección que permitan sustentar con una base científica programas específicos de prevención, ofreciendo la oportunidad a la comunidad universitaria de mejorar hábitos y estilos de vida para que los profesionales que egresen, generen en la sociedad cambios que fortalezcan la salud integral en la población.

En Chiapas, no aparecen referencias en la búsqueda bibliográfica realizada, de investigaciones que caractericen y relacionen los factores de riesgo y su percepción en estudiantes universitarios. Por tanto, la investigación propuesta tiene el propósito de responder las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son los hábitos de consumo y las prácticas sexuales que constituyen factores de riesgo a la salud de los alumnos universitarios de primer ingreso?
- ¿Cómo perciben los riesgos a la salud, por sus conductas, los jóvenes universitarios de primer ingreso?
- ¿Qué relación existe entre la presencia de estas conductas y la percepción de riesgo?

Con la finalidad de dar respuesta al problema se plantean los siguientes objetivos:

1.3. OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar las prácticas sexuales de los estudiantes universitarios de primer ingreso y su relación con el consumo de sustancias tóxicas y percepción del riesgo

1.3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir la población según prácticas sexuales.
2. Establecer la relación de las prácticas sexuales y el consumo de sustancias tóxicas.
3. Identificar la percepción de riesgo según prácticas sexuales.
4. Identificar relaciones entre las variables estudiadas, (prácticas sexuales, consumos de sustancias tóxicas y percepción de riesgo) determinando correlaciones entre las mismas.

1.4. APORTES DE LA TESIS

Se espera que los resultados obtenidos permitan a las autoridades de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas disponer de información, obtenida de forma rigurosa, acerca de la prevalencia de conductas que determinan o influyen sobre la salud de los jóvenes de nuevo ingreso a la universidad; para sustentar, sobre una base científica, programas de prevención que permitan formar profesionistas concientes de los riesgos a la salud, y que sean capaces de generar cambios en la sociedad en beneficio de la salud de la población chiapaneca.

Los métodos y técnicas utilizados en esta investigación, constituyen un aporte para establecer las bases de los programas que se implementen en materia de salud pública del estado.

CAPITULO 2
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. Prácticas sexuales en jóvenes

En las últimas décadas, ha habido grandes cambios en relación con los valores de la vida sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes; los roles sexuales tradicionales censuraban una sexualidad femenina que fuera más allá de la función reproductiva, hoy día las transformaciones sociales y la generalización de los métodos anticonceptivos permiten a las mujeres diferenciar la reproducción y la sexualidad, y los avances en la igualdad de género, ha coadyuvado en las relaciones de pareja, dichos cambios, son determinados por múltiples factores (los incipientes cambios en el concepto de masculinidad y feminidad y los nuevos roles en cuanto a paternidad/maternidad, el mayor conocimiento y acceso a anticonceptivos y viejas y nuevas técnicas abortivas, más información sobre sexualidad y relaciones sexuales, más exposición a erotización en la televisión y videos pornográficos) Bayés R, Pastells S. y Tuldrá A. (1995); citado por Centelles *et al* (2009).

La edad promedio de inicio de las relaciones físicas y sexuales ha disminuido, en la mayoría de los países de América Latina, el uso de anticonceptivos aunque ha aumentado, aún un alto porcentaje de jóvenes no los usan en sus relaciones sexuales. La maternidad a edad muy temprana produce efectos negativos en las adolescentes y por lo tanto se establece como objetivo la reducción sustancial de todos los embarazos de adolescentes. Se ha señalado que las razones que explican la consideración del embarazo en la adolescencia como un problema social serían el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente; la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres, los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un

número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aún deseosos de hacerlo”, Stern (1997). También con cierta frecuencia en las prácticas sexuales y aunque la tasa de fecundidad de las adolescentes ha bajado en la mayoría de los países Guzmán. *et al* (2000), un alto porcentaje de varones adolescentes y jóvenes no aceptan la paternidad.

Otro aspecto que cabe mencionar es que dados los cambios de “poder” entre los géneros, las jóvenes toman cada vez más la iniciativa en cuanto al inicio de las actividades sexuales y el consumo de anticonceptivos (Fuller, 2000).

El uso correcto y consistente del condón es una medida muy efectiva para la prevención de embarazos y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). A pesar de sus muchas ventajas (ausencia de sofisticación, bajo precio, facilidad de distribución) tiene una notable limitación, al estar su uso influido por cuestiones sociales y culturales que dan su control al hombre. Su uso está más relacionado con la evitación de embarazos que con la prevención de infecciones. Si bien son eficaces cuando se utilizan de forma sistemática y correcta, hay muchos obstáculos relacionados con el género que limitan su empleo. En las culturas donde los preservativos se asocian con las relaciones el placer y la intimidad y el temor de que proponer su empleo podría herir a la pareja. (Planes *et al*, 2000),

Una proporción importante de adolescentes hombres y mujeres son sexualmente activos en mayor medida (Fleiz *et al*, 1999; citado por Valois *et al*, 1997). La edad de inicio de las relaciones sexuales a menor edad, se encuentra asociado con un incremento en el número de parejas sexuales, el riesgo para adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS). (Beadnell *et al*, 2005) y una mayor probabilidad de tener cáncer cervical (Valois *et al*, 1997). También encontramos como riesgo al aborto inducido que es una respuesta a un embarazo no deseado. Los riesgos que implica éste para las

adolescentes pueden ser considerables, principalmente cuando es llevado a cabo en forma ilegal y en condiciones médicas insatisfactorias. El número de embarazos adolescentes que terminan en aborto en los países en desarrollo no es conocido; sin embargo, se estima que al menos es de un millón anual. Algunas estimaciones indican que en América Latina y el Caribe, uno de cada tres o cuatro embarazos finaliza en aborto (Mohamud,1997). Sin lugar a duda, el aborto en adolescentes implica un mayor riesgo ya que este grupo presenta un grado mayor de vulnerabilidad dado el miedo, la ignorancia y la dificultad de acceso a los servicios de salud.

Debido a lo mencionado anterior mente, se puede decir que las consecuencias negativas de la conducta sexual de riesgo se consideran un problema relevante de salud, debido a que producen en los adolescentes y jóvenes embarazos no planeados, un incremento en las ITS y abortos (Valois *et al*, 1997).

Sin lugar a dudas el riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS) o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es uno de los mayores e inmediatos riesgos a la salud y bienestar de los adolescentes. Desde un punto de vista económico y social, las infecciones continúan siendo un problema significativo en los adolescentes y en la sociedad actual (D´ Angelo y DiClemente 1996). En México, el Consejo Nacional para la Prevención y Control del sida (CONASIDA) en el año 2005 reportó 98, 933 casos de SIDA, de los cuales la transmisión sexual es la primer causa de contagio con un 92.2%. En el Distrito Federal, la cifra alcanza los 19, 528 casos de SIDA.

Teva *et al*. (2009) considera que las conductas como no usar el preservativo, tener múltiples parejas sexuales y la frecuencia de las relaciones sexuales constituyen un riesgo para la infección por el VIH y las Infecciones de transmisión sexual (ITS). Entre los factores que predisponen a un mayor riesgo para la infección por el VIH y las ITS se encuentran una edad de inicio temprana de las relaciones sexuales coitales (a los 15 años o antes), que se

ha asociado con un mayor número de parejas sexuales, mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y otras drogas y tener múltiples parejas sexuales ocasionales. Igualmente, se han estudiado diversos factores sociodemográficos en relación con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, como son, por ejemplo, el estatus socioeconómico de los padres, el sexo, la edad, el tipo de hábitat, la religiosidad y el tipo de centro educativo al que acuden (público/ privado).

En algunas situaciones sociales, las señales que motivan la conducta sexual de riesgo son más sobresalientes que las señales que la inhiben, es decir, si un adolescente decide tener relaciones sexuales, es más probable que las señales que lo motiven a tenerlas (estar en presencia de una pareja atractiva, que ha decidido tener relaciones sexuales con el (la) adolescente) sean más sobresalientes que las señales que lo inhiban (un embarazo) (McDonald *et al*, 2000). La teoría de la desinhibición y la teoría de la miopía por alcohol, son similares en aseverar que el alcohol puede causar que los individuos no puedan inhibir la conducta (Perry 2002; citado por Palacios 2000).

Hoy en día, los jóvenes están alcanzando la madurez sexual a edades más tempranas, lo que tiene implicaciones a largo plazo en la conducta sexual, incluyendo el coito. Las estadísticas indican que el primer coito, tanto en varones como en mujeres, ocurre uno o dos años después de la aparición de la menarquia y espermarquia (Morris1993).

Morris (1993) describe también que la iniciación prematura de la actividad sexual sin madurez cognitiva puede llevar a los jóvenes a estrés emocional. Los jóvenes tienden a iniciarse sexualmente durante los años de la adolescencia intermedia (entre los 15 y 19 años), una etapa de desarrollo en la que comparten tiempo con sus pares. Tienen sentimientos de omnipotencia e inmortalidad, lo que les lleva a adoptar conductas de riesgo,

con el consiguiente aumento del embarazo adolescente, ITS e infección de VIH.

Sin duda, en adolescentes las relaciones sexuales sin la debida preparación, están asociadas con embarazos no planeados y enfermedades de transmisión sexual como ya se menciono antes. De la misma forma, se observa que los adolescentes sexualmente activos antes de alcanzar los 18 años con mayor frecuencia son varones, aumentan en forma directa con la edad y manifiestan consumo de sustancias legales como alcohol y nicotina (Ceballos, 2005).

Centelles *et al* (2009) señala que la sexualidad es “el resultado de las construcciones que el individuo hace a partir de las experiencias que vive y que se originan en diversas potencialidades vitales, procrear, el placer físico durante la respuesta sexual y los vínculos afectivos”. La sexualidad, es un proceso complejo, el cual solamente se puede abordar de manera real y finita, acotando algunas de sus formas de expresión. Además de que los jóvenes no usan el condón también existen ciertos factores biológicos que aumentan la transmisión del VIH. Por ejemplo, se sabe que la presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) aumenta la transmisión del VIH, que las diferencias anatómicas e histológicas de la mujer la hacen más susceptible a la infección y que el riesgo de transmisión varía según el estadio de la enfermedad en los hombres y las mujeres.

Las diferencias fisiológicas en el tracto genital contribuyen directamente a que la mujer corra un riesgo más elevado de contraer las ITS y VIH que el hombre; asimismo, la presencia de una ITS sin tratar aumenta mucho el riesgo de transmitir o contraer el VIH a través de las relaciones sexuales sin protección. A menudo, las normas relativas al género determinan lo que se considera que el hombre y la mujer deben saber acerca del sexo y la sexualidad, y por tanto, limitan su capacidad de establecer con precisión su nivel de riesgo y de obtener la información exacta y los medios para

protegerse contra el VIH. Cabe mencionar que en muchas sociedades, no se considera correcto que las mujeres tengan o se interesen por tener amplios conocimientos sobre la sexualidad o la salud reproductiva siendo el ideal femenino caracterizado por la pasividad y la ignorancia de la mujer, así como por el diferimiento de sus expectativas en provecho de las necesidades sexuales del hombre, mientras que la masculinidad se define por la conquista sexual, las múltiples parejas y control de las interacciones sexuales (Kamb y Wortley , 2000; García *et al*, 2004).

El énfasis en la investigación sobre prácticas sexuales, tiene que ver primeramente porque se relacionan directamente con las infecciones de transmisión sexual, dentro de las cuales se encuentra el VIH/SIDA y los embarazos no deseados. En segundo lugar porque, dado que las prácticas sexuales son conductas multi-determinadas, a través de la investigación se pretende proporcionar información que fundamente el desarrollo de programas de educación para la salud (Centelles *et al* 2009). Así podemos encontrar que: en España el porcentaje de adolescentes que a los 16 años mantienen relaciones coitales es inferior al del Norte y Centro de Europa (13-27% en España y 50% en Europa). Las chicas que inician la actividad coital antes de los 14 años presentan dos veces más incidencia de ITS que las que comenzaron su actividad coital con más de 17 años.

En Cuba se encontró que, los jóvenes inician sus relaciones sexuales a edades tempranas y muchos de los que se inician lo hacen sin protección; en el municipio La Lisa al indagar si los adolescentes se protegieron o no en su primera relación sexual se encontró que el 76.2 % no lo hicieron, con un comportamiento casi igual entre los dos sexos. En Sancti Spíritus la información brindada por los (as) adolescentes indica que fueron pocos los que utilizaron métodos para protegerse en la primera relación sexual, manifestando que, el 71.5 % de los adolescentes varones y el 65.0 % de las mujeres han tenido relaciones sexuales coitales y de ellos 53.0 % de los varones y 57.4 % de las mujeres no refirieron protección cifras que reflejan

que entre estos (iniciados) la mayoría tuvo el riesgo de un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad. En el caso de los jóvenes habaneros, la adopción de conductas de cuidado en la primera relación sexual, según fue mínima (13.8%) (Álvarez y González 2004).

En Colombia, en un estudio llevado a cabo en la ciudad de Santa Martha por Ceballos y Campos (2005) se evidencio que, la prevalencia de relaciones sexuales entre adolescentes de 13 a 17 años era del 25%; la edad de la primera relación sexual fue informada entre 7 y 17 años, siendo el debut medio a los 13 años, además en otro estudio realizado en las ciudades de Cali y Bogotá por Flórez (2005) se demuestra que existen factores que están asociados a una mayor probabilidad de inicio de las relaciones sexuales.

En Colombia, Mosquera y Mateus (2003) estudiaron a jóvenes entre 12-18 años de edad de la zona urbana de Colombia y encontraron que, un 21.6% de ellos se había iniciado sexualmente, con un promedio de edad de 14.2 años; manifestaron además que no les gusta usar el condón, los varones por considerarlo incómodo, señalando además que a las mujeres con las que habían tenido relaciones sexuales tampoco les gustaba. Sin embargo un 70.4% de ellos reconocen que el uso del condón es un método para evitar la infección de VIH/SIDA, situación que sugiere que, con la aparición del SIDA se están produciendo modificaciones de la conducta sexual, con una demora en el inicio de la actividad coital por parte de las chicas, aspecto no observado en los varones (García *et al* 2004).

Datos similares son los reportados por Ceballos *et al* (2005) mencionando que las mujeres de nuevo ingreso a diferentes escuelas gallegas, con una edad promedio de 19 años, se iniciaron sexualmente a los 17.8 años y presentaban en promedio dos parejas sexuales en la vida. Por otra parte no encontraron relación entre autoestima y las variables: experiencia sexual, número de parejas sexuales y edad a la primera relación coital.

Vera *et al* (2004), encontraron que, 79.8% de estudiantes universitarios se habían iniciado sexualmente y que habían tenido en promedio 1.6 parejas sexuales durante el último año, con poco uso del condón durante las relaciones sexuales. Las autoras recomiendan para la población estudiada mayor desarrollo de programas de capacitación en educación sexual y prevención del VIH/SIDA, con la finalidad de reforzar la información recibida y adicionalmente cubrir con los compromisos establecidos en la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en el 2001.

La Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México (Egram) realizada en México en 1988, entre población de 10 y 24 años de edad reveló que los jóvenes menores de 24 años después del inicio de la actividad sexual continúan activos y sin protección durante un año o más antes de solicitar un método anticonceptivo. Entre las mujeres 36% manifestó haber utilizado alguna práctica anticonceptiva en su primera relación sexual y, entre las mujeres menores de 24 años que ya se habían embarazado alguna vez, más de 50% manifestó que el primer embarazo no fue deseado. Secretaría de Salud México (SS, 1989). La salud sexual y reproductiva de la población adolescente se ha considerado, en México, como una prioridad de atención dentro del Plan Nacional de Salud (PMS, 1995-2000). Secretaría de Salud (SS, 1997).

En México el estudio de la conducta sexual de riesgo se ha centrado en la influencia de la familia. (Andrade *et al* 2006; las creencias y actitudes hacia el uso del condón, Rivera y Díaz-Loving, 1994; Parelló y Villagrán, 2000), la auto-eficacia para usar condón, (López y Moral, 2001; Torres y Díaz-Loving, 1999), los rasgos de personalidad, Alfaro, Harada y Díaz-Loving, (2001) y las habilidades de comunicación, Jiménez *et al* (en prensa) sin embargo, pocos estudios han explorado la relación del consumo de alcohol y la conducta sexual de riesgo. En este sentido, Villagrán, Alfaro y Torres (2004) estudiaron la asociación entre beber alcohol y tener relaciones

sexuales, en hombres que tienen sexo con hombres; los resultados mostraron que 49% de los hombres en algunas ocasiones mezclan el alcohol en sus relaciones sexuales y el 1% lo mezcla siempre. Cabe mencionar que en este estudio sólo se examinó la frecuencia de consumir alcohol cuando se tienen relaciones sexuales, más no se estudiaron otros Indicadores de la conducta sexual que pudieran ilustrar el riesgo en el cual se pueden encontrar las personas, como el menor uso del condón o el número de parejas sexuales.

En Chiapas, son pocas las investigaciones que se encontraron en la revisión bibliográfica, sin embargo es de suma importancia retomar los datos reportados por la Secretaria de Salud (SS, 2008) encontrando que, los adolescentes de 10 a 19 años representa el 23% de la población total. La tasa de natalidad de Chiapas es de 20.99 por 1,000 habitantes y la tasa global de fecundidad proyectada para el estado según Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2003 es de 2.33 hijos por mujer y para este año es de 2.1. En nuestro estado, seis de cada diez chiapanecas viven en unión libre o matrimonio y el 30% inician la maternidad antes de cumplir la mayoría de edad, estimándose que el embarazo se da, durante los primeros 18 meses de la unión o matrimonio, es decir, antes del primer aniversario de la pareja una de cada tres jóvenes ya tuvo su primer hijo.

Otro de los aspectos más relevantes es que Chiapas ocupa el octavo lugar a nivel nacional en lo que respecta a casos acumulados de SIDA, 1983-2008 y en lo que respecta a infección por VIH/SIDA, los municipios de Tapachula, Tonalá, Villaflores y Tuxtla Gutiérrez concentran el 88% de todos los casos, y aportan el 81% de gestantes infectadas de 15-24 años. Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH, 2008).

En lo que respecta a casos de SIDA por grupo de edad periodo de 2003-2007 el 18.8% representa al grupo de adolescentes, por lo que los jóvenes representan un riesgo a las nueva infecciones por este padecimiento.

Consejo Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA (CONACIDA, 2005). En Chiapas, de las defunciones por SIDA, la mitad eran personas que tenían entre 30 y 49 años, y una tercera parte corresponde a adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años EL Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2000). Sin lugar a duda, los datos de las investigaciones mencionadas revelan que, los jóvenes están expuestos a contactos sexuales de riesgo.

Santana Pérez *et al* (2006) menciona que teniendo en cuenta el riesgo que puede constituir para la vida futura del adolescente el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, y la diferencia que encontramos en el contexto social y cultural en los diferentes países, se considera importante realizar investigaciones que tengan como objetivo determinar la asociación entre el grupo de pares, el consumo de sustancias tóxicas, así como algunas variables relacionadas con los aspectos académicos y el inicio de las relaciones sexuales.

2.2. Consumo de sustancias tóxicas en jóvenes

El fenómeno del consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas legales o ilegales muestra una preocupante evolución. Sus principales indicadores revelan un incremento de las prevalencias de consumo, así como una disminución en las edades de inicio (lo que hace más vulnerable al adolescente), principalmente para las drogas introductorias como el tabaco y el alcohol. En los adolescentes, consumir alcohol y tabaco puede incidir en querer probar otro tipo de drogas por tal razón se consideran drogas de inicio (Londoño y Valencia 2010).

La aceptación social de las bebidas alcohólicas en diferentes países está relacionada con su comercialización y promoción. Los medios de comunicación muestran y definen al alcohol como un líquido que elimina las tensiones emocionales y estimula los estados de ánimo. Por su presencia cotidiana y su origen antiguo, hacen del alcohol la sustancia psicoactiva más utilizada y aprobada socialmente en diferentes situaciones: ceremonias especiales de tipo político, social o religioso (Albarracin *et. al* 2008).

En ocasiones la ingesta de alcohol es vista como inevitable, ya que se piensa que es posible heredarla, (Ramos y Sánchez 2001) ignorando la participación definitiva de otras condiciones relacionadas, como la disponibilidad, el refuerzo social y el fácil acceso. Además las creencias en relación a la salud, se basan en las ideas sobre lo que implica ser saludable y el valor que se le otorga a la salud y al cuidado de la misma, especialmente al efecto que se espera tenga el consumo sobre dichas condiciones, que en muchos casos se cree trae beneficios consumir en cierta medida y un cierto tipo de bebida. Se percibe como reforzante el consumo debido a las experiencias sociales agradables que se viven bajo sus efectos, a la existencia de publicidad que invita al consumo y a que en la

decisión solo se tienen en cuenta las consecuencias agradables que aparecen a corto plazo (Golberg *et al.* 2002).

Entre las expectativas se encuentran, que el alcohol produzca un efecto de facilitación de la interacción social, favorezca la expresividad verbal, desinhiba la conducta, incremente la respuesta sexual, reduzca la tensión física y psicológica, incremente la agresividad y los sentimientos de poder y genere cambios psico-fisiológicos (Mora-Ríos y Natera 2001); en su mayoría efectos deseados por el joven ya que le brindan la posibilidad de ser reconocido por el grupo de pares en el que se desenvuelve. Respecto a los efectos de aumento de la agresividad se ha encontrado que, estos se encuentran moderados por ciertas diferencias individuales, entre ellas el deseo de ser visto como poderoso típicamente masculino, así mismo se ha encontrado que los hombres jóvenes que expresaban mayores expectativas frente al aumento de agresividad y sensación de poder se ven envueltos en una mayor cantidad de peleas en bares durante el consumo (Quigley *et al.* 2002).

El consumo en jóvenes y adolescentes es predominantemente de tipo social ya que el inicio y mantenimiento es dependiente de la aceptación. (Muracen 2001, Martínez 2001, Aguilar y González 2001). La cultura universitaria creada por los jóvenes provee a estos de un grupo de afirmaciones positivas acerca del consumo de alcohol y sus efectos, que son incorporadas como creencias dentro de los esquemas cognitivos del joven y actúan como reguladoras del comportamiento de consumo. Las expectativas frente al consumo han sido definidas por Mora Ríos y Natera (2001) como los efectos que las personas atribuyen al consumo y que anticipan la experiencia de estar bebiendo; las expectativas hacen parte de las creencias en torno al consumo que de acuerdo con el modelo de creencias en salud, pueden ser consideradas predictoras del mismo ya que guardan estrecha relación con este. Estas expectativas pueden ser positivas, es decir, a favor del consumo o negativas como razones en contra de este; y es a partir de las creencias

globales hacia el consumo que se genera la actitud hacia la conducta que igualmente es considerada un predictor de consumo, ya que de ella se deriva la intención de consumir o de no hacerlo (Sheeran y Abraham 1996; citado por Londoño *et al.* 2005).

El conjunto de creencias acerca de la salud y el consumo se encuentran estrechamente relacionadas con la actitud positiva o negativa hacia el mismo, pues si las expectativas de los adultos hacia los efectos del consumo son positivas y agradables, se aumenta la probabilidad de que los jóvenes adopten estas mismas creencias llevando a que estos se expongan más fácilmente a situaciones de abuso (Carmona y Chávez 1991; citado por Londoño *et al.* 2005).

El consumo de drogas ha mostrado variaciones importantes a partir de la década de los 70. Las encuestas entre escolares realizadas en esta década indicaban que el abuso de inhalables era propio de las clases más desfavorecidas de la población, sin embargo, para 1984 el índice de usuarios de estos mostraba ya cifras similares en escuelas en zonas con diferentes características de ingreso y empleo de habitantes (Medina Mora *et al.* 2002).

En el contexto internacional, México se ubica entre aquellos países que tienen bajas tasas de consumo, pero que, a su vez, reportan incremento en el problema. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estima una prevalencia mundial de 4.2% para cualquier droga ilícita en la población de 15 años en adelante, en tanto que en México el índice para población de 12 a 65 años es de 1.2%. (United Nations Office on Drugs and Crime Prevention. Global Licit Drugs Trends, 2001).

El uso de sustancias que pueden causar adicciones, es un campo desconocido que la ciencia va conquistando lentamente. Hasta ahora el trabajo más sólido se ha realizado en la investigación de las características

químicas de las drogas y su acción sobre el organismo humano (Velazco Fernández, 2000).

Según Velasco Fernández, (2003) las respuestas psicológicas y fisiológicas que provocan las sustancias adictivas en los seres vivos son objeto de un estudio continuo, cada vez conocemos mejor los hechos reproducibles, comprobables y en muchos casos cuantificables, relacionados con los efectos propios de cada sustancia. Sin embargo los aspectos socioculturales y psicológicos individuales, que influyen para que un individuo se inicie en el consumo constituyen también un campo de investigación en el que intervienen psicólogos, pedagogos, sociólogos y antropólogos de todo el mundo.

Alfaro *et al.* (2001) refiere que el uso de drogas debe ser revisado al observar cambios repentinos y graves en la conducta de los jóvenes como: trastornos del carácter; cambios repentinos en la alimentación; trastornos de sueño; dificultad para cumplir sus responsabilidades sociales y personales; problemas escolares repentinos, etc.

En la actualidad es muy alto el índice de jóvenes que consumen algún tipo de sustancias tóxicas. Tal parece que cada día se inventa una nueva lo cual lo convierte en el cuento de nunca acabar, por esta razón pareciera que los esfuerzos hechos son en vano, pero no, cada esfuerzo en cada lugar del mundo es necesario. El término “consumo” hace referencia a la ingestión de una sustancia por parte de una persona en un momento dado (Alfaro *et al.* 2001).

La adicción no es la única modalidad de consumo de drogas que está relacionada con perjuicios para la salud. El consumo abusivo, aun sin ser necesariamente adictivo, representa una modalidad de riesgo para la salud, tanto por la morbilidad asociada a la toxicidad de las sustancias, como por la interferencia que el efecto psicoactivo puede ejercer sobre determinados

comportamientos. Así, cabrá diferenciar dos formas de consumo abusivo (Pons 2009).

- Consumo abusivo cuantitativo: el consumo de una sustancia particular en una cantidad y frecuencia que sobrepasa los límites tolerables para el mantenimiento de la salud de la persona consumidora.
- Consumo abusivo cualitativo: el consumo de una sustancia particular asociado a circunstancias particulares y con independencia de la frecuencia: conducción de vehículos, consumo laboral, consumo infantil, entre otros.

Cándido-Roldan (2005) dice que el consumo se puede clasificar de esta manera: en primer lugar el joven recurre a la droga o al alcohol esporádicamente y puede abandonarla si lo desea, segundo abusa de la droga o alcohol, la tolera y padece el síndrome de abstinencia. Puede participar en pequeños hurtos para hacerse de dinero, puede también participar en la distribución de drogas con lo que consigue en pago cantidades para uso personal; tercero, la dependencia es absoluta.

Por otra parte, estudios de estadísticas colombianas correspondientes a 2008 y a los seis años inmediatamente anteriores, reportan que existe un incremento constante de la cantidad de jóvenes que abusan del consumo de alcohol y por ende de los problemas de salud, familiares, sociales y económicos asociados; además que, al menos el 60% de jóvenes universitarios pueden ser clasificados como consumidores moderados, el 20% como consumidores de nivel perjudicial y cerca del 8% presenta serios indicios de dependencia alcohólica (Londoño y Valencia 2010).

En otro estudio Londoño y Valencia (2008); refieren que, los estudiantes universitarios están inmersos en una cultura a favor del consumo, pues se han establecido horarios y actividades asociadas a la ingesta alcohólica, situación que ha favorecido la proliferación de expendios de alcohol y otras sustancias en torno a las instituciones de educación superior.

La importante tolerancia social existente y la escasa percepción del riesgo asociado a la ingesta de bebidas alcohólicas han contribuido a la generalización del consumo y a una normalización de esta conducta. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2006) el 76% de los jóvenes entre 16 y 24 años afirman que han bebido alcohol en los últimos 12 meses.

Por otro lado García de Albéniz *et. al* (2004), mencionan que el riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas (medido por la proporción de personas que piensa que una determinada conducta puede provocar muchos problemas) puede ser un indicador indirecto de la evolución del consumo. El consumo de drogas legales podría facilitar el posterior consumo de cannabis, considerada primera droga ilegal consumida por los jóvenes y la que se consume a edad media más temprana. En los últimos años ha disminuido claramente la percepción del riesgo ante el consumo de alcohol, cannabis y el consumo esporádico de cocaína, especialmente para el cannabis; entre los jóvenes de 14 a 18 años la proporción de los que pensaban que esta droga podía producir muchos problemas pasó de 60% en 1994 a 35% en 2005. Aun así la percepción de riesgo del consumo habitual de cannabis es algo superior al atribuido al consumo diario de tabaco e inferior al atribuido al consumo habitual de otras drogas ilegales (“pastillas”, cocaína y heroína).

Londoño (2010) refiere que; el cada vez más frecuente consumo de alcohol en los jóvenes universitarios constituye ya, uno de los principales problemas, pues aunque el número de acciones de prevención adelantadas han ido en aumento en los últimos años el problema persiste y se agrava. En décadas pasadas el problema del abuso en el consumo de alcohol era un asunto casi exclusivo del género masculino, en la actualidad, ha trascendido las barreras de género y es día a día más frecuente que las mujeres beban y abusen de la bebida.

En cuanto al consumo de tabaco, la situación a nivel mundial constituye un problema de salud, siendo aún mayor en los países en vías de desarrollo, en América Latina y el Caribe. (Suárez Lugo, 2007)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), destaca que el tabaco y el alcohol etílico son las drogas psicoactivas más consumidas en las sociedades industrializadas y las que se encuentran asociadas con mayores problemas de salud pública, motivo por el cual no deberían ser apartadas de la consideración genérica de droga, ni contempladas en un grado de nocividad menor con respecto a las sustancias no institucionalizadas. Por lo que, la OMS define que las drogas psico-activas. “son todas las sustancias que al ser introducida en el organismo modifica alguna de las funciones del sistema nervioso central” (Kramer y Cameron 1975; citado por Pons 2009).

La mortalidad relacionada con el consumo de tabaco es elevada; los informes más recientes de la OMS refieren que fallecen cada año 4.9 millones de personas de enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Es interesante que el estimado de muertes relacionadas con el tabaquismo en los países en desarrollo en las últimas cinco décadas estudiadas, ha tenido incrementos tan alarmantes que representan el 300%. La prevalencia de fumadores en el mundo es superior en los hombres que en las mujeres. De cada diez hombres entre cuatro y cinco son fumadores mientras, que en las mujeres la proporción es entre uno y dos. Comparado con el mundo, en América Latina la prevalencia de hombres fumadores va al límite inferior, esto es cuatro, pero las mujeres se inclinan al superior, dos (Suárez-Lugo 2007).

En México, diferentes encuestas realizadas reflejan que el tabaco sigue siendo la primera sustancia de experimentación en los adolescentes. El inicio al consumo de tabaco en la mayoría es precedido del consumo experimental de alcohol. Se ha observado en los últimos años un cambio en el patrón de consumo de alcohol de los jóvenes, en el que a pesar de

disminuir el consumo a diario, aparecen más intenso durante el fin de semana y asociado con el consumo de otras sustancias adictivas. El consumo de alcohol ha pasado a ser un componente esencial del tiempo de ocio de los jóvenes (Ariza *et. al.* 2003).

El porcentaje de fumadores, apuntan hacia una menor edad de inicio en el consumo, según diversos estudios siendo actualmente en España los 13 a 18 años Observatorio Español sobre Drogas. Informe (OED 2004).

Así en la mayoría de los modelos de inicio del consumo de tabaco se incluye tener familiares e iguales fumadores como un factor predictor (Becoña *et al* 1994). Diversos estudios confirman que unos padres que fumen “abren la puerta” al consumo de tabaco de sus hijos. También se ha descrito la asociación entre el número de fumadores existentes que hay en el hogar y el inicio en el consumo. Por otra parte, se han identificado además otros condicionantes cognitivos que podrían contribuir a la consolidación de la conducta de fumar entre los jóvenes, como una mayor seguridad y confianza y mayor facilidad para relacionarse; en este sentido, los jóvenes utilizarían el cigarrillo como un recurso para interactuar con sus iguales (Ariza *et. al* 2003). Aparte perciben, como positivos algunos efectos relacionados directamente con la ingesta de nicotina, como la sensación de placer o en, el caso de las jóvenes que, tienen la percepción de que fumar les ayuda a controlar el peso (Nebot *et al* 2002; Nerín *et al* 2007). Por el contrario, existen factores protectores que ayudarán a mantener la determinación de no fumar, como puede ser la realización de ejercicio físico y un nivel educacional más alto (Nerín *et al* 2004; Steptoe *et al* 2002).

En este sentido, se ha descrito una relación entre el nivel de estudios y tabaquismo, con un porcentaje menor de fumadores entre universitarios que entre los jóvenes que trabajan (Guillén, *et al.* 2003), siendo aquellos con el nivel de estudios más alto (doctorado) los que presentan una menor prevalencia (García de Albéniz *et al.* 2004). Sin embargo, un porcentaje de

alumnos que acceden a estudios superiores inicia o consolida la conducta de fumar a lo largo de su etapa universitaria. Por todo ello, un mejor conocimiento de los factores condicionantes puede contribuir a mejorar las actuaciones preventivas dirigidas a este colectivo de jóvenes.

La experimentación y el inicio de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilegales se produce típicamente en los primeros años de la adolescencia (Ariza *et. al.* 2003). Referente al consumo de tabaco, las encuestas realizadas en los años 2003 y 2006 en jóvenes españoles muestran una disminución, del 4% en los fumadores a diario para el rango de edad de 16 a 24 años, pero aún así la prevalencia sigue siendo alta.

Estudios realizados en el estado de San Luis Potosí, México al igual que en el resto del país, el problema de las adicciones representa un reto de salud pública. El 50% de los jóvenes de secundaria han consumido tabaco por primera vez y un 25 % son adictos en la actualidad. El 7% de la población entre 12 y 65 años presenta problemas de alcoholismo. El 1 % de la población consumió droga una vez al mes.

El Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA, San Luis Potosí) y el Comité Municipal Contra las Adicciones, realizaron una Encuesta sobre consumo de drogas en la población donde aplicándose a 5,431 alumnos de niveles escolares media y superior, donde se encontraron los siguientes porcentajes de estudiantes que han consumido alguna vez en su vida: 13% profesionistas, 27.6% nivel medio superior, 59% nivel medio. Con un total de 10.7% de drogas ilegales y drogas médicas que han consumido una vez en su vida. No incluye alcohol y tabaco.

El 60.6% de los profesionistas, el 62.4% de los alumnos de nivel medio superior y un 35.8% de los alumnos de nivel medio son los porcentajes totales de alcohol que solo han consumido una vez en su vida. El 43.8% de los profesionistas, el 44.1% de los alumnos de nivel medio superior y un 24% de nivel medio se corresponden a los porcentajes totales de tabaco que solo

han consumido una vez en su vida. Con un total 2.7%. Incluye drogas ilegales y drogas médicas en el último mes. No incluye alcohol y tabaco. El 20.9% de profesionistas y el 23% de nivel medio superior y el 9.3% de nivel medio son los porcentajes totales de alcohol que han consumido en el último mes. El 16.8% de los profesionistas, y el 16% de nivel medio superior y el 6% de nivel medio estos son los porcentajes totales de tabaco que han consumido en el último mes.

Hoy en día existen una gran variedad de drogas, que son fáciles de adquirir y a precios accesibles. Las adicciones se han convertido en un problema social gravísimo que se ha infiltrado en las escuelas, secundarias, bachilleratos y universidades. Por lo tanto los jóvenes no están exentos de caer en algún tipo de adicción. (11º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2010).

Dura Ros (2010) alude que los malos hábitos de vida afectan más precozmente a los jóvenes, siendo las conductas de riesgo principales la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimentarios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la dedicación y el manejo del tiempo libre, los accidentes, las relaciones sexuales y el auto-cuidado, entre otros.

Los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud.

En algunas universidades de nuestro país, se han realizado esfuerzos importantes por atender problemas de los estudiantes relacionados con las adicciones, sin embargo los resultados no han reflejado el impacto deseado. Entre las posibles causas está la falta de inversión de las universidades en recursos humanos y financieros en estos programas, así como en la falta de credibilidad de los jóvenes en otras instituciones sociales, así como los

adultos que las conducen, ya que la mayoría solo confía en los médicos y profesores.

La débil penetración de los programas también está condicionada por la falta de participación de los estudiantes, por acciones aplicadas a problemas aislados adicciones, sexualidad y violencia, entre otros, poca o nula coordinación interna (autoridades, profesores) y externa (sector salud, otras universidades, organizaciones no gubernamentales) y por la ausencia de una política de salud escolar universitaria que, además de la inversión en los servicios, incorpore en el currículo estos contenidos, particularmente en el bachillerato (López Bárcena 2004).

De esta forma se dice que la incidencia de problemas relacionados con el uso de drogas alcohol y tabaco sobrepasa largamente los límites de la casuística clínica. Una acción eficaz de prevención primaria en este campo debe incluir medidas de orden político, económico y social, que escapen a la jurisdicción de los organismos de salud. En el caso de las drogas, como en el de tantos otros problemas de salud pública, el nivel de bienestar de la población depende más de medidas generales que de acciones específicamente médicas (López Bárcena 2004).

Chiapas está incluido en la región sur del país, junto con otras entidades que en 1988 y 1998 reportaron menor consumo de drogas médicas e ilegales como Oaxaca, Tabasco, Campeche, entre otras. La Encuesta Nacional de Salud (2008) reportó que Chiapas es uno de los estados con menor prevalencia de la región.

En Chiapas, el único estudio previo en población escolar es la Encuesta Nacional de Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior que se realizó en 1991. Los resultados de la medición indicaron que el 6.5% del total de la muestra había consumido al menos una droga en su vida, sin incluir al tabaco o al alcohol, debajo del promedio nacional (8.2%). Por sexo,

la proporción de hombres que experimentó con drogas al menos una vez fue superior al de mujeres (8% y 6%, respectivamente). Por tipo de sustancia, los inhalables (3.16%), seguidos de las anfetaminas (1.58%) y los tranquilizantes (1.58%) fueron las drogas más consumidas entre los estudiantes. Villatoro *et al.* (2006) citado en la Encuesta Nacional de Adicciones (2008) En lo que respecta al consumo de alcohol 44% del total de la población estudiantil había consumido alcohol alguna vez en la vida y por sexo el 46.4% de los hombres y el 40.7% de las mujeres. ENA (2008) Durante la revisión bibliográfica se encontró, que en Chiapas, existen pocas investigaciones referentes al consumo de adicciones en jóvenes universitarios.

2.3. Factores de riesgo y su percepción en jóvenes

Los estudios demuestran que la percepción de riesgo está estrechamente relacionada con factores culturales, tales como la familia y el significado e importancia asociados a la salud impuestos por la sociedad. Velasco Fernández (2004), menciona que en el proceso de hacerse adulto, para un adolescente es muy importante lograr un buen sentimiento de identidad, como lo es también alcanzar una buena capacidad para la intimidad. Es bien sabido que para cada individuo es importante ser aceptado por los demás, incluso ser atractivo a los integrantes de su grupo escolar, compañeros de deportes o juegos, vecinos, etc. El trato es de iguales, de ahí el que se sientan más seguros y menos criticados. Estos son sentimientos y emociones absolutamente “normales” ya que comparten intereses, gustos, aficiones, experiencias, planes e incluso secretos. El joven necesita sentirse parte de un grupo, ser aceptado y gozar de cierto prestigio. El otro lado de la moneda sería el aislamiento, el sentimiento de inadecuación y el ensimismamiento entre otros factores que van a formar parte del carácter poco sociable de quienes perciben de manera enfermiza la necesidad de aceptación o el temor a ser rechazados.

Velasco Fernández (2004) refiere que los sentimientos de identidad e intimidad han de integrarse al desarrollo psicosocial, justamente durante la adolescencia. El adulto debe reconocer que, como parte de ese proceso, es natural que los jóvenes quieran pertenecer al grupo de amigos de su misma edad, este grupo de amigos que bien puede ser de su escuela o de su colonia, ocupan un lugar importante para el desarrollo del adolescente, debido a que suelen adoptar las conductas de estos, sin importar si las actividades que realizan, son positivas o negativas, en otras palabras el joven experimenta una necesidad desesperada de pertenecer socialmente a un grupo, por lo que se convierte en un factor de riesgo importante.

Según Erikson (1963) citado por Velasco Fernández (2004) existen también factores de riesgo que difícilmente el individuo puede hacer a un lado debido a que son propios de su edad y se marcan como una característica importante. En todo esto se combinan factores personales, sociales y familiares, generalmente así es el comportamiento humano, sano o enfermizo, dependiendo de las diferentes causas y de la forma que estas se relacionan unas con otras.

Velasco Fernández (2003) comenta que la población adolescente-juvenil es, hoy día, motivo de mayor interés y preocupación de los adultos debido al incremento cuantitativo del grupo por un lado, y por el otro, lo que es más importante es que van adquiriendo una mayor conciencia de las capacidades, las potencialidades, las necesidades y las dificultades que tienen y las que deberán enfrentar en el futuro próximo. Por lo tanto el adolescente de hoy se encuentra ante una amplia oferta mediática que le ofrece diversidad de productos en términos de actitudes, conductas, estilos de vida, y valores de identidad.

En la mayoría de los casos los adolescentes presentan las primeras experiencias con la bebida, con drogas o el fumar cuando hay una situación de falta de atención por parte de padres o familia, o que cuenten con amigos que tengan experiencia en el consumo de cualquier sustancia nociva, o que tenga poca, nula o mala información acerca de adicciones, sexualidad entre otras. Para dicha población estas son condicionantes para poder aprender conductas negativas las cuales se consideran como riesgos (Alonso *et al.* 2007).

Sin embargo Téllez *et al* (2003) nos dicen que en el adolescente predominan las fantasías de omnipotencia (todo parece posible), no existe la vivencia de riesgo (todo es accesible y nada es peligroso), se sobredimensionan los recursos propios de aprendizaje (sólo la experiencia propia es válida) y se valorizan especialmente las experiencias compartidas y las informaciones

que llegan del grupo de pares (se desvaloriza la opinión de los padres y profesores), por lo que se genera una posición de “voracidad” ante las drogas, que se viven como algo que hay que consumir, algo manejable y que puede ponerse al servicio de un disfrute inmediato de la vida, haciendo disminuir así la percepción del riesgo asociado al uso de estas sustancias.

Brehmer en “*The psychology of risk*” citado por Palacio *et. al* (2008) ha identificado dos tipos de riesgos de salud: la primera categoría, llamada riesgos objetivos, incluye eventos que se pueden medir y pueden ser evaluados; la segunda categoría es conocida como riesgos psicológicos e incluye las emociones y la motivación, al igual que las decisiones tomadas por las personas. Desde el punto de vista de Brehmer (2007) los riesgos objetivos y psicológicos no siempre coinciden, ya que las personas constantemente evalúan sus acciones y el medio ambiente tomando decisiones con base a la información y a las oportunidades.

Covello y Jonson (2004) citado por Alonso Palacio, *et al* (2008) refieren que, “lo que las sociedades llaman riesgo es determinado por factores sociales y culturales”. Por otra parte, el concepto de riesgo en el periodo juvenil se ha asociado a la posibilidad de que las conductas o situaciones específicas conduzcan a daños en el desarrollo que pueden afectar tanto el conjunto de sus potencialidades como deteriorar su bienestar y salud.

El riesgo implica según Krauskopf *et al.* (2006) la probabilidad que la presencia de una o más características, o factores, incrementen la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros. Sin embargo no conduce a la certeza de que el daño se produzca.

El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a un individuo o grupo a

adquirir la enfermedad o el daño -prevención primaria-; modificar sus consecuencias asegurando la presencia de servicios si el problema se presenta, al intervenir en la fase precoz del proceso mórbido y prevenir su desarrollo o propagación -prevención secundaria-. La prevención primordial se orienta a promover el desarrollo y las condiciones del mismo y la prevención terciaria se dirige a quienes ya están dañados o enfermos e interviene para tratar las manifestaciones patológicas, controlar la progresión y evitar mayores complicaciones, así como controlar su propagación (Silber, 1992).

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a resultados indeseados, medir la asociación entre estos factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de los daños (Backett, *et al*, (1984) citado por Pons (2009). Estas intervenciones se orientan por un lado a la generalidad de la población que puede ser afectada, pero en particular, se focalizan en aquellas que están más expuestas. Está presente el enfoque de riesgo al enfatizar las acciones allí donde se encuentren las mayores posibilidades de emergencia de enfermedades, trastornos y daños, para los cuales deben reconocerse los factores protectores (apoyo familiar, vacunaciones, permanencia en el sistema educativo, trabajo seguro, acceso a servicio de salud); las conductas de riesgo (manejo de automóvil a alta velocidad, conductas impulsivas); y los factores de riesgo (desempleo, aguas estancadas) para llegar a su reducción o eliminación. Las acciones hacia las personas deben organizarse en función de la etapa del ciclo vital, género, contexto cultural y otros. (Weinstein, (1992) citado en Krauskopf (2006).

Jessor (1991) explica que, en la tradición epidemiológica, el concepto de riesgo se relacionó particularmente con los resultados conducentes a la morbilidad y la mortalidad y permitió grandes logros al controlar factores como la contaminación de las aguas, la reducción de los niveles de colesterol ligados a las enfermedades cardiovasculares, etc. Este enfoque

llevó también a identificar factores sociales y comportamentales como elementos conducentes al mayor riesgo de ser dañado, como por ejemplo la accesibilidad social al alcohol y el tabaco y el stress personal. Un factor de riesgo puede ser un eslabón en la cadena que lleva a la enfermedad o daño, como también puede ser un indicador de la presencia de ese eslabón. La utilidad de estos factores es que son observables o identificables antes de que se produzca el hecho que predicen. Un ejemplo simplificado sería predecir que si un muchacho conduce una motocicleta puede tener un accidente.

También, el enfoque de riesgo condujo a la identificación de los factores protectores, entendidos como las condiciones que impiden la aparición del riesgo, de las conductas conducentes a él, por lo que disminuye la vulnerabilidad y favorecen la resistencia al daño. Desde el ángulo de la atención de la salud, el ataque a los factores de riesgo tuvo un gran éxito en la reducción de problemas perinatales, de otros aspectos de la salud materno-infantil y especialmente en la aplicación a los problemas cardiovasculares, pues la identificación de los factores significativamente asociados a la presentación de estos daños en las situaciones anteriormente mencionadas, permitió aumentar la predictibilidad de su aparición y prevenirla actuando sobre ellos. Sin embargo, cuando se aplican estos criterios al desarrollo adolescente, las predicciones no se cumplen tan linealmente (Hernández -Zamora y Cruz-Suárez 2008).

Es importante destacar que la situación puede ser de alto riesgo en un momento del ciclo vital y dejar de serlo en otro período. Esto se debe a que logros del desarrollo personal como son la adquisición de capacidades biológicas, psicológicas y recursos sociales, influirán tanto como las condiciones del entorno de acuerdo al grado en que sean protectoras, peligrosas, incapacitantes, capacitantes. Su interacción con las potencialidades y destrezas personales determinará en buena medida la vulnerabilidad del individuo o grupo. Por lo tanto, las consecuencias

destructivas del riesgo varían durante el ciclo vital en relación a los procesos de maduración, las condiciones de protección y los recursos personales para efectuar ajustes o integraciones transformadoras de la situación (Delgado *et al* 2007; Hernández *et al* 2008).

Además, los daños biológicos o psicosociales que un individuo experimente, pueden no hacerse evidentes en el momento mismo de las condiciones de riesgo: situaciones de la niñez afectarán aspectos que se presentan en la fase juvenil o vulnerabilidades sufridas en el período adolescente pueden influir negativamente en la fase adulta. Así habrá comportamientos juveniles que en la adultez se traducirán en drogadicción, alcoholismo, delincuencia, VIH/sida (Weinstein 1992; citado en Krauskopf 2006).

El enfoque de riesgo, aplicado a la adolescencia, ha destacado particularmente las conductas riesgosas de los propios jóvenes como factor que conduce a la morbi-mortalidad. Como lo señala Téllez *et. al* (2003): "Los comportamientos asociados a la mortalidad y morbilidad predominante en la adolescencia comparten un tema común: la toma de riesgos".

El mismo autor reseña que por razón natural y como resultado del desarrollo, el ser humano tiene que aprender a enfrentar riesgos. Las experiencias desagradables, el dolor, la angustia, el temor a lo no experimentado, son elementos que los preparan para enfrentar con mayor o menor seguridad el "peligro" que la vida pone ante ellos. El dolor y la angustia son necesarios para su crecimiento natural.

Correr riesgos es una herramienta que los adolescente usan como una parte normal de su crecimiento, la usan para definir y desarrollar su identidad. Sin embargo encontramos que debido a lo poco saludable de la toma de riesgos se encuentran que los daños más frecuentemente encontrados son: accidentes automovilísticos, muerte por inmersión, embarazo indeseado, VIH/sida y otras enfermedades sexualmente transmisibles, suicidios,

homicidios, otras lesiones no buscadas, drogadicción, comportamiento delictivo, promiscuidad crónica, entre otras (Alfaro, *et. al* 2001).

Las conductas juveniles que se han identificado como factor de riesgo son: las relaciones sexuales particularmente precoces sin protección y con múltiples parejas; el consumo intensivo de alcohol y otras drogas, incluido el tabaco; la conducción de vehículos a edades tempranas y sin utilización de los elementos de protección (cinturón de seguridad, casco en el caso de las motocicletas), en estado de ebriedad o siendo pasajero de un conductor ebrio, propensión a peleas físicas, particularmente portadores armas blancas o de fuego (Palacios, *et al* 2008).

En otro estudio Palacios *et. al* (2006) destaca la diferencia de género frente al riesgo señalando que los varones se ven más seriamente afectados en las estadísticas de accidentes, homicidios y suicidios; además de ser un hecho generalizado, de que son mayores los intentos de suicidios en las mujeres y que los suicidios efectivos son más frecuentes en los hombres. En el mismo sentido Delgado *et al* (2007) señala que existe un mayor riesgo psicosocial entre los hombres que entre las mujeres, vulnerabilidad que es el resultado de su dificultad de acceso a la escolaridad y el empleo, su relación más riesgosa con las adicciones, la sexualidad, el sistema penal y la carencia de redes de apoyo.

Delgado, *et al* (2007) observan la relación entre el alcohol, consumo de cigarrillos y conductas sexuales riesgosas en adolescentes. El consumo de alcohol es considerado también un predictor de ingestión de drogas ilícitas y actividades de sexo no protegido. Silber (1992) concuerda con esta posición al señalar que una conducta juvenil aislada como fumar, puede ser el preanuncio de otras conductas de alto riesgo a corto plazo y sugiere que en tales circunstancias es recomendable evaluar más atentamente la posibilidad de uso de otras drogas, relaciones sexuales desprotegidas y tipificar los grupos de pares.

Jessor (1991) señala que "fumar, beber, conducción peligrosa de vehículos o actividad sexual temprana pueden ser formas de ganar la aceptación y respeto de los pares; en establecer autonomía en relación a sus padres, en repudiar la autoridad convencional, sus valores y normas, en manejar su ansiedad, frustración y anticipación del fracaso o en afirmar su madurez y mostrar la transición de la niñez a la adultez". La posición de Jessor no se orienta a justificar la permanencia de estas conductas sino a destacar la complejidad de la intervención para que logre ser efectiva. El comportamiento de los individuos va a depender en primera instancia de la percepción de riesgo que tenga cada sujeto, aunque se evidencia la influencia de factores educativos, económicos, éticos, entre otros.

Uno de los primeros estudios sobre percepción de riesgo en jóvenes, fue el realizado por (Coddington 1972) el cuál mostró que dos eventos importantes durante esta etapa de la vida son el embarazo y el matrimonio, lo que indica que los jóvenes toman decisiones sobre el patrón sexual que desean (inicio de la actividad sexual, número de parejas, y prácticas sexuales con o sin protección "uso del condón"); de igual forma reportó que existen eventos diversos que poseen la cualidad de ser estresantes, como la incorporación a nuevos grupos de referencia, y la transformación en la familia y en la escuela. Por ello, es posible que los eventos a los que se enfrenta un adolescente puedan representar en sí mismos un factor de riesgo que incrementa la probabilidad de adquirir enfermedades de transmisión sexual.

El consumo de alcohol y otras drogas son factores que podrían incrementar este riesgo.

Mora y Natera (2001) consideran que la percepción de riesgo comienza con una serie de creencias globales, difusas e indiferenciadas sobre los efectos del consumo de sustancias tóxicas, que tienden a incrementarse con la edad y la experiencia que se tiene de las drogas, permitiendo vincular las experiencias tempranas y las decisiones que se tienen en un futuro sobre el consumo de estas sustancias; por lo que Mora describe que, el consumo

frecuente de alcohol conlleva a los jóvenes a exponerse a un importante riesgo; tanto para la salud individual como para la salud pública, ya que el hecho de consumir alcohol a temprana edad aumenta la probabilidad de que se mantenga o agudice este problema durante la vida adulta y se pueda llegar a depender de la sustancia refiriendo que, el alcohol es la puerta de entrada al consumo de otras sustancias psicoactivas y representa un riesgo para la salud solo o en combinación con otros hábitos frecuentes en los universitarios como el consumo de tabaco y la práctica de dietas inadecuadas asociadas a enfermedades crónicas, probabilidad de que se mantenga o agudice este problema durante la vida adulta y se pueda llegar a depender de la sustancia.

Para proponer acciones de cambios conductuales, es necesario primero evaluar los diferentes eventos cotidianos en la vida de un joven para que a partir de sus respuestas podamos conocer, describir y relacionar los factores de riesgo que conllevan a incrementar la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, particularmente VIH/SIDA.

CAPITULO 3

MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal sobre prácticas sexuales y su relación con el consumo de sustancias tóxicas y percepción del riesgo con estudiantes universitarios.

3.2. Universo de estudio

El universo de trabajo estuvo conformado por todos los alumnos de primer ingreso del ciclo febrero-agosto 2007 en la UNICACH, que sumaron un total de 500; de los cuales se entrevistaron a 243, jóvenes que asistieron al Curso de Inducción Universitaria que ofrece la universidad, quedando para el análisis 209 jóvenes 88 hombres (42%) y 121 de mujeres (57.9%).por haber cumplido con los criterios de inclusión para el estudio.

3.3 Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión establecidos fueron: la aplicación del cuestionario a todos aquellos alumnos de nuevo ingreso que participaron anónima y voluntariamente bajo consentimiento informado en el llenado de las encuestas.

3.4 Criterios de eliminación

Los criterios de eliminación se aplicaron a los cuestionarios que los alumnos de nuevo ingreso no respondieron o dejaron incompletos referente a los datos de identificación general (escuela, sexo y edad) de la encuesta, así como alumnos que decidieron no participar en el estudio.

3.5. Operacionalización de variables

Las variables examinadas para el estudio se clasificaron en los rubros: sociodemográficos, prácticas sexuales, consumo de sustancias tóxicas así como conductas y percepción de riesgo en jóvenes universitarios

<i>Variable</i>	<i>Descripción de las variables</i>	<i>Escala</i>	<i>Descripción de la Escala</i>
Sexo	Según sexo biológico	Hombre	Total de jóvenes del sexo masculino que han tenido acceso a la encuesta para responder
		Mujer	Total de jóvenes del sexo femenino que han tenido acceso a la encuesta para responder
Edad	Número de años cumplidos en el momento de responder la encuesta		
Percepción de riesgo	Conjunto de reactivos que pretenden saber qué tan peligroso considera el alumno que sea para la salud hacer cosas arriesgadas	Hacer cosas arriesgadas	Frecuencia de hacer cosas arriesgadas, sólo porque les gusta sentir el riesgo
		Hacer cosas arriesgadas en automático	Frecuencia de hacer cosas arriesgadas, sin pensar porqué las hace, casi automáticamente
		Correr riesgos	Frecuencia de correr riesgos.
		Hacer lo que les gusta	Frecuencia de hacer lo que les gusta , sin pensar en las consecuencias
		Hacer cosas arriesgadas	Frecuencia de hacer cosas arriesgadas, sólo porque les gusta sentir el riesgo
		Ser impaciente	Frecuencia de impacientarse ó desesperarse fácilmente con la gente
		Nunca y casi nunca Casi nunca	Frecuencia de no haber realizado cosas arriesgadas y frecuencia de haber realizado por lo menos una vez y ha pasado tiempo sin haberlo realizado nuevamente
		A veces	Frecuencia de hacer cosas de vez en cuando
		Con mucha frecuencia	Frecuencia de hacer cosas constantemente
		Soy una persona que se enoja muy seguido	Frecuencia de estar irritado muy continuamente
		Obtengo lo que me propongo	Frecuencia de obtener lo que quiere
		Lo que hago me sale bien gracias a la suerte	Frecuencia de atribuir las cosas que le salen bien con la suerte

		Es mejor tener suerte que ser inteligente	Frecuencia de considerar que es mejor la suerte que la inteligencia	
		Mi éxito en la escuela depende de cuan agradable sea	Frecuencia de atribuir su éxito a su actitud amable	
		Totalmente de acuerdo	Frecuencia de afirmar y aceptar algo rotundamente	
		De acuerdo	Frecuencia de afirmar y aceptar algo	
		En desacuerdo	Frecuencia de negar algo	
		Totalmente en desacuerdo	Frecuencia de negar algo rotundamente	
	Consumo de sustancias tóxicas	Declaración de consumo de sustancias tóxicas	Tabaco	Consumo de tabaco en cualquiera de su formas y vías que son consumidas por algún conviviente del estudiante
			Si	Afirmación del estudiante que fuma
No			Negación del estudiante que fuma	
Años cumplidos al fumar el primer cigarrillo			Número de años cumplidos al fumar el primer cigarrillo por primera vez	
Cigarros fumados en el día			Numero de cigarros fumados en el día	
Alcohol			Consumo de alcohol en cualquiera de las bebidas que son consumidas por algún conviviente del estudiante.	
Años cumplidos cuando consumió la bebida alcohólica			Número de años cumplidos al momento de consumir la bebida alcohólico	
Tomas actualmente			Declaración de haber ingerido bebida alcohólica en la actualidad	
Cuantos día consumiste alcohol el último mes			Frecuencia en días de consumir alcohol en el último mes	
Cuantas cervezas tomas			Numero de cervezas(335ml) vasos o copas	
Cuando fue la última vez que bebiste			Declaración de cuándo fue la última vez que ingirió bebida alcohólica	
Droga			Consumo de sustancia química que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones.	

		Años cumplidos cuando la consumiste	Número de años cuando la consumió por primera vez	
		Consumes droga actualmente	Declaración de hacer uso de droga actualmente	
		Cuando fue la última vez que consumiste droga	Declaración cuando fue la última vez que consumió droga	
		si	Afirmación del estudiante que consume alguna sustancia toxica en cualquiera de sus formas (presentaciones) y por cualquiera de las vías.	
		No	Negación del estudiante que consume alguna sustancia tóxica en cualquiera de sus formas (presentaciones) y por cualquiera de las vías.	
		Consumo más de lo planeado sin darme cuenta	Declaración que consume más de lo que planea y no lo percibe	
		He continuado consumiendo después de haber querido parar	Declaración que sigue consumiendo después de haber querido parar	
		He conducido un automóvil u otra maquinaria después de haberlo consumido	Declaración de manejar un automóvil u otra maquinaria después de haber consumido una sustancia toxica	
		Me siento orgulloso de Consumirlo	Declaración que siente orgullo de consumir	
		Puedo consumir más que los demás sin que se me note	Declaración de que consume más que los demás y no lo perciben los demás	
Alcohol	Alcohol	Nunca	No consume en ningún momento Alcohol	
		A veces	Ocasionalmente consume alcohol	
		Siempre	Consumo alcohol diariamente.	
	Droga	Droga	Nunca	No hace consumo en ningún momento de droga
			A veces	Ocasionalmente consume alguna droga, (ocasiones muy especiales).
			Siempre	Consumo de droga diariamente

Prácticas sexuales	Estás de acuerdo en usar anticonceptivos	Declaración de aceptar el uso de anticonceptivos
	Has tenido relaciones sexuales	Declaración de haber tenido relaciones sexuales
	Años cumplidos cuando tuviste tu primera relación sexual	Número de años que tenía cuando tuvo su primera relación sexual
	Con quien tuviste tu primera relación sexual	Mención de con quien tuvo su primer experiencia sexual (novio, amigo, esposo, familiar, sexo-servidor, desconocido, otro)
	Novio (a)	Persona que es miembro de una pareja romántica
	Amigo (a)	Persona con quien tuvo relaciones sexuales y tiene un lazo de amistad
	Esposo (a)	Persona que forma parte de un matrimonio
	Familiar (a)	Persona con quien tuvo relaciones sexuales y tienen un lazo familiar
	Sexo-servidor (a)	persona que cobra por servicios sexuales
	Desconocido (a)	persona con quien tuvo relaciones sexuales sin conocerlo previamente
	Otro	Algún otro individuo que no corresponde a las otras categorías
	Utilizaste anticonceptivo	Declaración de haber usado anticonceptivo en su primer experiencia sexual
	No	Negación del estudiante de haber tenido relaciones sexuales
	Si	Afirmación del estudiante de haber tenido relaciones sexuales
	Con quien has tenido relaciones sexuales	Declaración de con que genero ha tenido relaciones sexuales
	Personas del genero opuesto	Individuos del genero opuesto
	Personas del mismo genero	Individuos del mismo genero
	Tanto hombres como mujeres	Individuos de ambos géneros
	Con cuantas personas has tenido relaciones Sexuales	Declaración de con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales

	Has tenido que recurrir al aborto como consecuencia de tus relaciones sexuales	Declaración de haber recurrido al aborto como consecuencia de sus relaciones sexuales
	Si	Afirmación de haber recurrido al aborto como consecuencia de sus relaciones
	No	Negación de haber recurrido al aborto como consecuencia de sus relaciones
	Has tenido una enfermedad sexualmente trasmisible	Declaración de haber tenido una enfermedad sexualmente trasmisible
	No	Negación de haber tenido una enfermedad sexualmente trasmisible
	Si	Afirmación de haber tenido una enfermedad sexual trasmisible
	Con que frecuencia utilizas métodos anticonceptivos	Frecuencia de uso de métodos anticonceptivos
	Nunca	No ha hecho uso de anticonceptivos
	A veces	En ocasiones hace uso de anticonceptivos
	Siempre	Constantemente hace uso de anticonceptivos
	Alguna vez tu pareja se ha opuesto al uso de anticonceptivos	Declaración de si la pareja se ha negado a usar anticonceptivos
	No	Negación de que la pareja se haya negado a usar anticonceptivo
	Si	Afirmación de que la pareja se ha negado a usar anticonceptivo

3.6. Procedimiento y técnicas para la recolección de la información.

El cuestionario fue aplicado durante el curso de inducción universitaria en Febrero 2007 a alumnos de nuevo ingreso de la UNICACH en las instalaciones de Ciudad Universitaria en Libramiento Norte Poniente sin número Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Con el consentimiento de las autoridades universitarias un equipo de encuestadores previamente capacitados se presentó con los alumnos de cada grupo solicitando que accedieran a responder las preguntas de un cuestionario. auto-aplicable y anónimo, organizado en tres secciones, incluyendo lo siguiente: datos de identificación general (edad y sexo), percepción de riesgo, adicciones (consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias tóxicas), patrón sexual (inicio a la vida sexual, número de parejas sexuales, uso de anticonceptivos), a su vez los encuestadores informaron sobre el carácter de confidencial de los datos. Posteriormente, se leyeron las instrucciones iniciales contenidas en la primera hoja del cuestionario y se reiteró la necesidad de obtener información fidedigna.

Cabe mencionar que la toma de información fue supervisada en el momento de la aplicación del instrumento.

3.7. Materiales o Instrumentos

- 1). Cuestionario sociodemográfico. Contiene dos preguntas: sexo (hombre/mujer) y edad (medida en años cumplidos declarados por los estudiantes).
- 2). Cuestionario sobre Prácticas Sexuales. Se consideraron en esta sección: a) inicio a la vida sexual (si/no), b) edad de inicio a la vida sexual (medida en años), c) número de parejas sexuales en la vida, d) frecuencia de uso del condón y anticonceptivos.
- 3). Cuestionario sobre Percepción de riesgo Conjunto de preguntas que pretende saber qué tan peligroso considera hacer cosas arriesgadas la escalas tienen 10 reactivos, los cuales se evalúan mediante cuatro opciones de respuesta tipo Likert: 1= nunca / o casi nunca”, 2= a veces; 3= con frecuencia y 4= con mucha frecuencia.
- 4). Cuestionario sobre Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas. Conjunto de preguntas que pretende saber los hábitos de consumo de sustancias tóxicas. La escala tiene 27 reactivos los cuales se evalúan uso (si/no) cantidad con escalas del 1 al 3, frecuencia, uso y abuso.

Las escalas utilizadas en el cuestionario aplicado en este estudio, se obtuvieron de la encuesta de indicadores protectores y de riesgo a la salud integral para estudiantes de nivel medio superior y superior; Instrumento desarrollado por la Dra. Catalina González Forteza (2003) de la dirección de investigación epidemiológica del Instituto Nacional de Psiquiatría. “Ramón de la Fuente” México.

Cabe mencionar, que el formato del cuestionario utilizado para este estudio, se ubicó en el anexo II de este documento.

3.8. Análisis estadístico

Se utilizó el análisis estadístico paramétrico (pruebas de "t" student y análisis de varianza) y no paramétricos por la naturaleza de algunas variables discretas (Chi cuadrada y G o bondad de ajuste).

3.9. Programas a utilizar para análisis de datos

Se utilizó el programa estadístico Product: JMP, Release: 5.1.2 para el registro y el análisis de los resultados. Para el informe de los mismos se empleó el paquete computacional Word de Windows.

3.10. Aspectos éticos

La información necesaria para la realización del estudio se obtuvo, con el consentimiento de las autoridades universitarias y de los alumnos encuestados.

En la aplicación y formato de los cuestionarios se informó del propósito del estudio y se estableció, que todas las respuestas eran anónimas, garantizando así la confidencialidad y anonimato de los participantes.

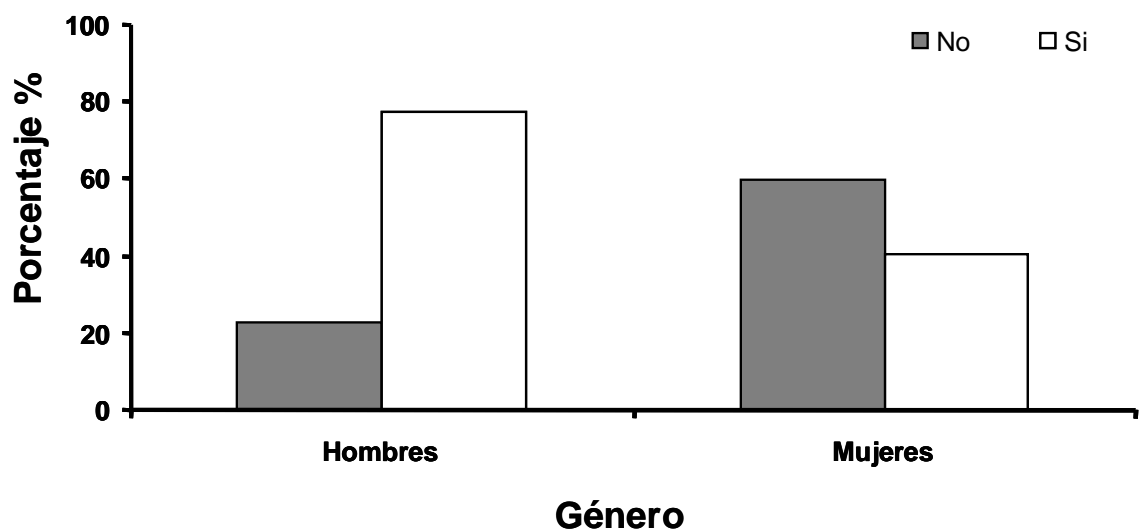
CAPÍTULO 4

RESULTADOS

4.1. Descripción de la población según prácticas sexuales.

- Inicio a la vida sexual

En el análisis de esta variable, los datos encontrados indican que, el 56% de los jóvenes se ha iniciado sexualmente con prácticas diferenciadas por sexo, obteniendo resultados de 77.27% en hombres y 40.49% en mujeres respectivamente. con valores de $G=29.065$, $N= 209$; $p= 0.001$ (ver gráfica 1).

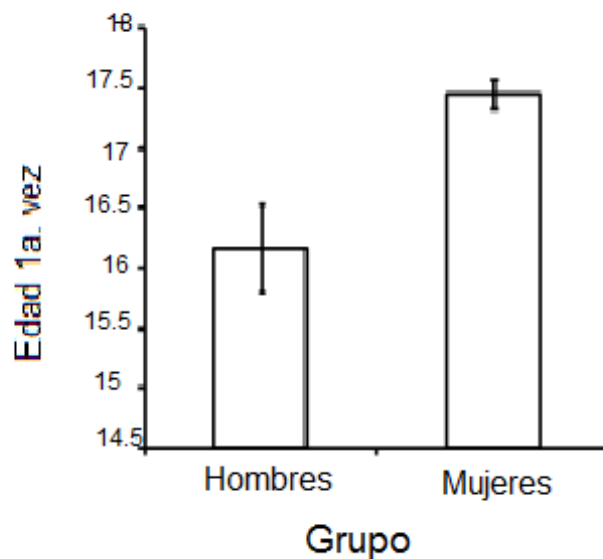


Gráfica 1. *Distribución porcentual según género del inicio a la vida sexual.* Se advirtió una asociación significativa entre el sexo e inicio a la vida sexual, siendo proporcionalmente más hombres que mujeres los iniciados sexualmente

Los análisis siguientes, solamente se llevarán a cabo con los iniciados sexualmente, es decir con 117 estudiantes: 68 hombres (32.5%) y 49 mujeres (23.4%).

- **Edad al debut sexual.**

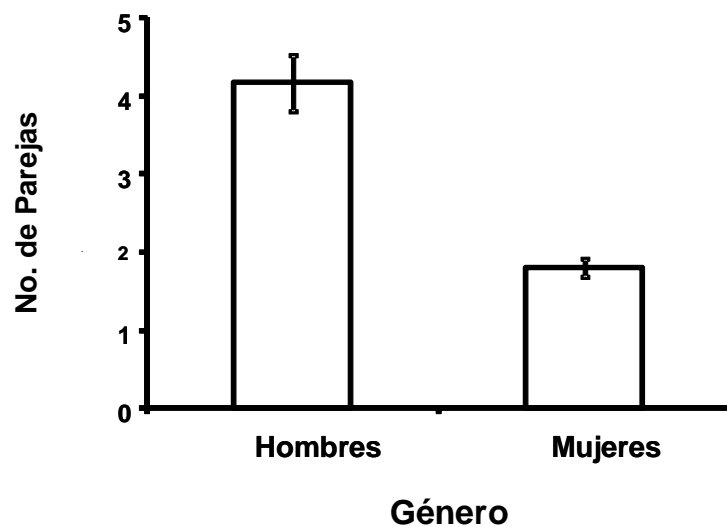
La edad de inicio a la vida sexual en la población estudiada, es en promedio es de 16.1 años; hombres y mujeres se iniciaron sexualmente a edades similares (DS= 1.81, con un rango de 12 a 21 años); en mujeres 17.4 años (DS=1.12 con un rango de 15 a 21 años) respectivamente. Con valores de $t=4.565$, $gl=105$, $p=0.0001$ (ver gráfica 2)



Gráfica 2. *Edad de inicio a la vida sexual.* Los resultados mostraron que, hombres y mujeres se encuentran con las mismas oportunidades de decidir el inicio de las experiencias sexuales.

- **Número de parejas sexuales en la vida.**

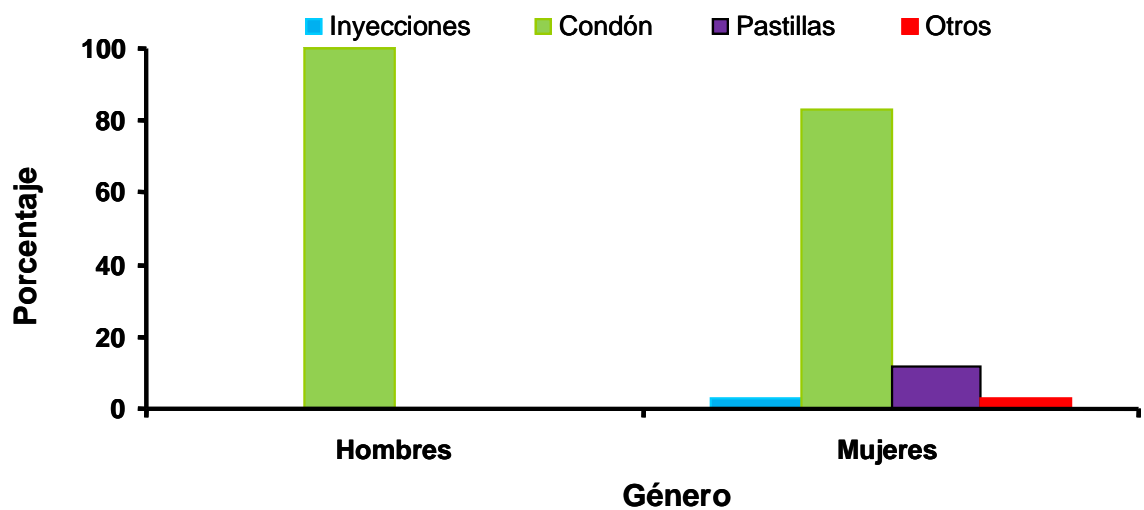
En relación con el número de parejas sexuales en la vida, la población estudiada en general presenta en promedio 2.98 parejas, es decir un promedio de tres parejas. El análisis por sexo indica que las mujeres presentan en promedio 1.57 parejas (DS=1.41) mientras que los varones presentan 4.58 parejas (DS=5.41) El resultado del análisis de la prueba de $t=3.652$, $gl=101$, $p=0.0004$ (ver gráfica 3)



Gráfica 3. *Número de parejas sexuales en la vida por género.* Los resultados de este análisis indicaron que hombres en promedio tienen más parejas sexuales que las mujeres.

- **Frecuencia de uso de anticonceptivos. y condón**

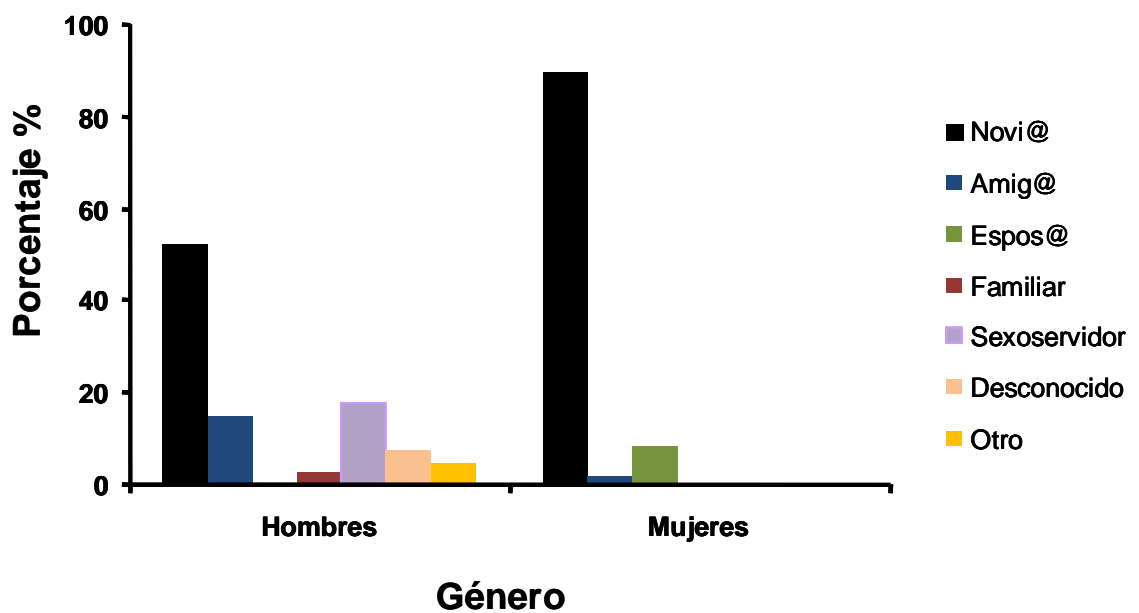
Con respecto al uso de condón, los alumnos iniciados sexualmente reportan que, 78.1% siempre usan condón y 21.8% nunca lo usa. En cuanto al tipo de anticonceptivo que los jóvenes utilizan se observó que, y las mujeres refieren utilizar entre la gama de productos anticonceptivos (inyecciones en 2.85%, condones 82.85% , pastillas 11.42% otros no especificados con un valor de 2.85%) Con valor de $G=10.706$, $N=81$, $p=0.0134$ (ver grafica 4).



Gráfica 4. *Frecuencia de Utilización de métodos anticonceptivos por género.* Los resultados muestran la existencia de diferencias por género, reportando que los hombres entre la gama de anticonceptivos únicamente usan condón, a diferencia de las mujeres las cuales, reportan utilizar otros métodos

- **Persona con quien se tuvo la primera relación sexual.**

Las mujeres entre la gama de opciones, únicamente marcaron tres de las opciones propuestas, la primera con un porcentaje de 89.6% indicando que fue con su novio con quien tuvieron su primer relación sexual, seguido por las mujeres que refirieron que fue con su esposo con 8.3% y por último con un amigo 2.8%, a diferencia, los hombres no reportan ningún porcentaje en la opción esposa; e indican que, su primera relación sexual fue 52.2% con su novia; 14.9% con una amiga, 2.9% con un familiar; 17.9% con una sexo-servidora; 7.4% con una desconocida y 4.4% no especifican, es decir, marcaron la opción otro; obteniendo valores de $G=42.259$, $N=115$, $p < 0.001$ (ver gráfica 5)



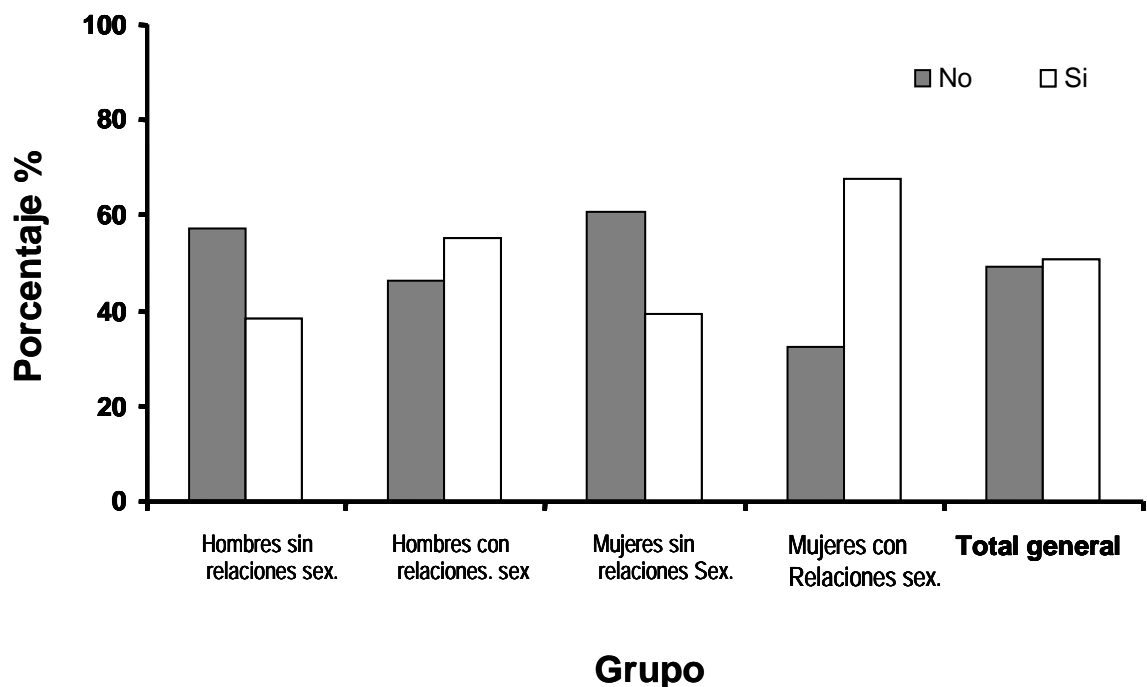
Gráfica 5 *Persona con la que se dio inicio a la vida sexual* .Los resultados indican que, existen diferencias entre hombres y mujeres al decidir con que persona tienen su primera relación sexual.

4.2. Relación de las prácticas sexuales y el consumo de sustancias tóxicas.

- **Consumo de tabaco.**

El 50% de los jóvenes encuestados reportaron consumir tabaco, de estos el 23% son hombres y 27% mujeres, con un promedio de edad de inicio de consumo de 15.5 años.

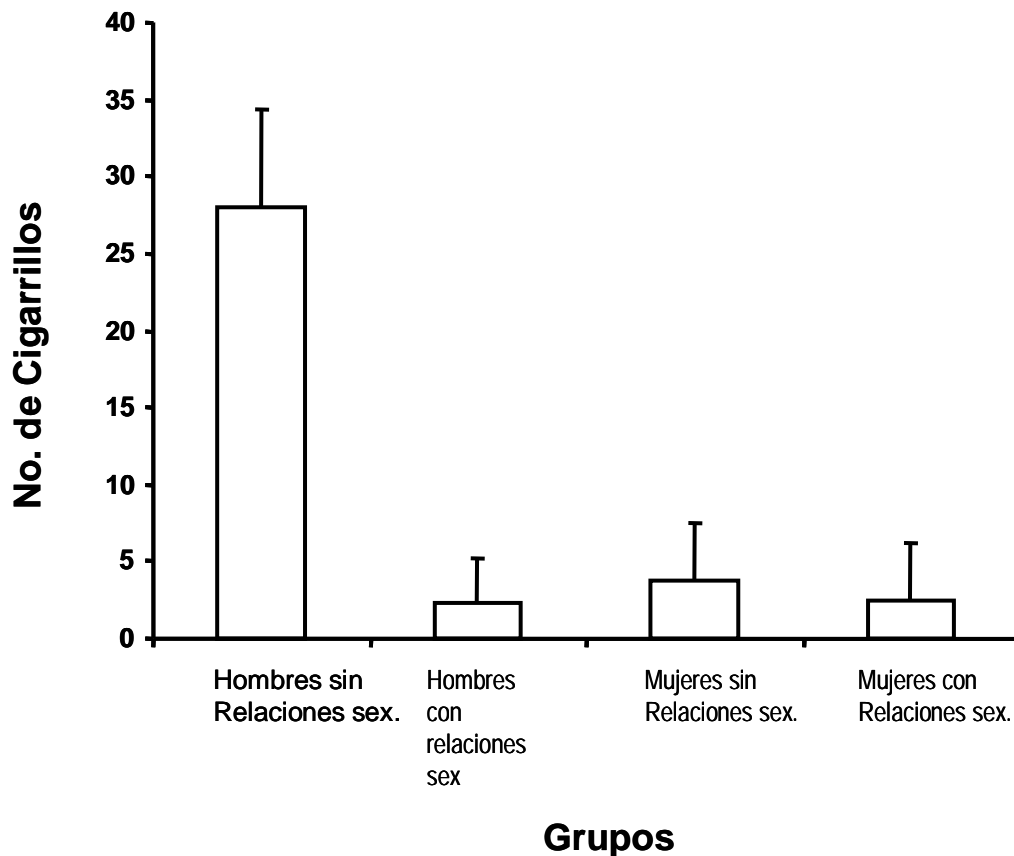
El análisis registró diferencias de consumo entre géneros y prácticas sexuales, observando valores de $G=9.423, N=190, p=0.0242$ (ver gráfica 6),...



Gráfica 6 *Distribución porcentual de jóvenes que han consumido tabaco*
Podemos observar que hay un mayor porcentaje (67%)de mujeres que han fumado , difiriendo de los hombres sin inicio sexual los cuales reportan 38% de consumidores..

- **Cantidad de consumo de tabaco.**

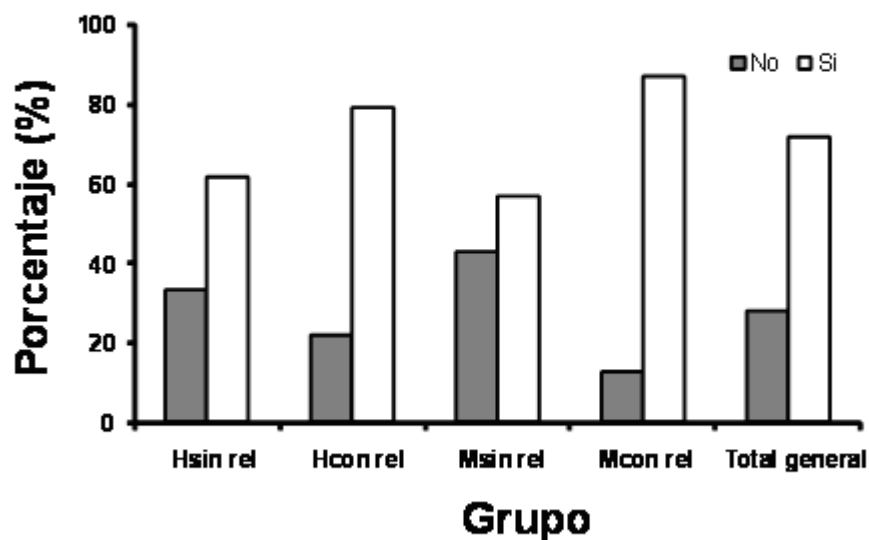
Los hombres que consumen tabaco y no tienen prácticas sexuales consumen 12.17 veces más cigarrillos que los hombres que si, se han iniciado sexualmente; refiriendo consumir en promedio 28 cigarrillos al día, mientras que el resto del grupo refiere consumir en promedio de 2 a 4 cigarrillos al día obteniendo valores de $F_{3, 44}=9.423$, $p=0.0061$ (ver gráfica 7).



Gráfica 7. Cantidad de tabaco consumido por día El número de mujeres que consumen tabaco, es mayor al de los hombres, sin embargo, las cantidades de cigarrillos consumidos son más elevados en hombres que no se han iniciado sexualmente.

- **Consumo de alcohol.**

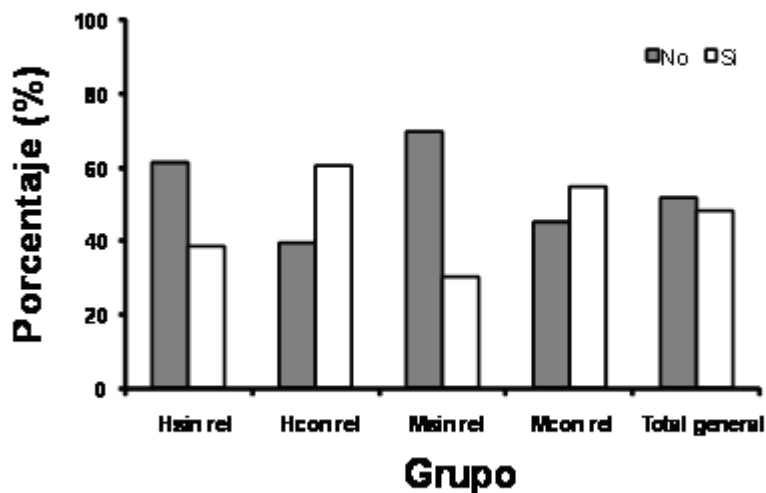
El 72% de los jóvenes manifiestan haber ingerido bebidas alcohólicas, 45% son hombres y 55% son mujeres, mostrándose diferencias entre mujeres que si han tenido prácticas sexuales y mujeres que no han tenido prácticas sexuales reportando un consumo de 86% y 57% respectivamente con valores de $G=13.995$, $n=193$, $p = 0.0029$ (ver gráfica 8).



Gráfica 8 *Distribución porcentual de jóvenes que han consumido alcohol.* Se puede observar, que son más las mujeres que ya se iniciaron sexualmente que consumen alcohol.

- **Consumo actual de alcohol.**

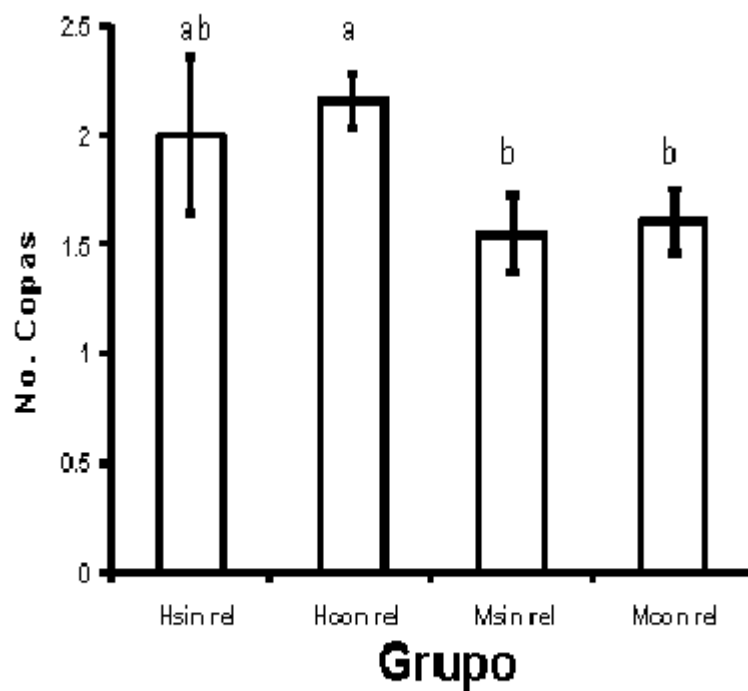
Referente a la ingesta actual de alcohol en la población de estudio, estos, reportan diferencias por género y prácticas sexuales, los hombres y mujeres que no se han iniciado sexualmente manifiestan 38.4% y 30.23% consumo de alcohol, mientras que los hombres y mujeres que ya se iniciaron sexualmente manifiestan 60.38% y 54.78% respectivamente con valores de $G= 10.122, N=151, p=0.076$ (ver gráfica 9).



Gráfica 9 *Distribución porcentual de consumo actual de alcohol*
Predomina el número de consumo entre los jóvenes que se han iniciado sexualmente en ambos sexos.

- **Cantidad de consumo de bebidas alcohólicas.**

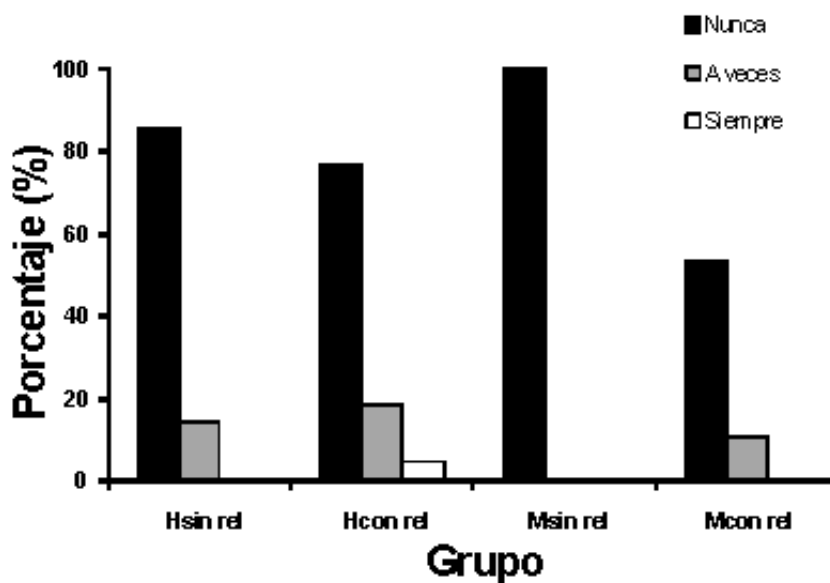
El número de copas o cervezas que consumen los hombres es 1.34 veces más que las mujeres. los promedios obtenidos $F_{3,87}=3.719$, $p=0.0144$; (ver gráfica 10)



Gráfica 10. *Número de Copas en bebidas alcohólicas consumidas* .Los resultados indican que proporcionalmente más mujeres consumen alcohol; sin embargo las cantidades de alcohol consumidas son menores que en los hombres.

- **Consumo de alcohol más de lo planeado.**

Los hombres reportan 14% que “a veces” consumen alcohol más de lo que planean sin darse cuenta, mientras que las mujeres que ya se iniciaron sexualmente reportan 10% en esta variable, el resto menciona que nunca consumen alcohol más de lo que planean $G=12.485, N=105, p= 0.0520$ (ver gráfica11).

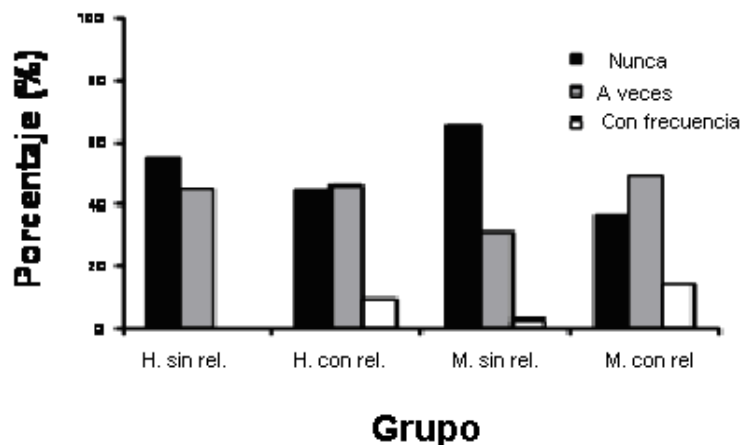


Gráfica 11. *Consumo de alcohol más de lo planeado.* Los resultados del análisis indican que existen diferencias entre género, siendo os hombres los que mas consumen alcohol, sin planearlo

4.3. Identificación de la percepción de riesgo según prácticas sexuales.

- Frecuencia de hacer cosas que implican un riesgo

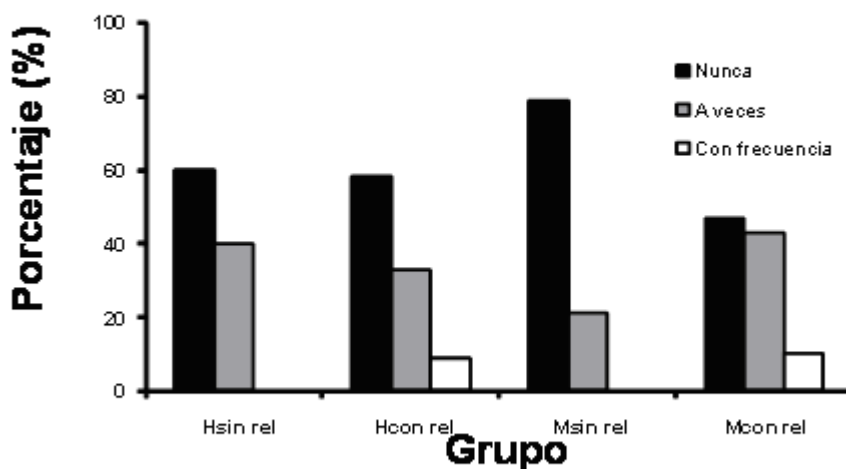
Los jóvenes encuestados manifiestan con 51.1%. que a veces hacen cosas arriesgadas sólo porque les gusta sentir el riesgo En el análisis 65% de mujeres que no se han iniciado sexualmente reportan que nunca han hecho cosas arriesgadas contrario de las mujeres y hombres que se han iniciado sexualmente mencionando hacer cosas arriesgadas sólo porque les gusta sentir el riesgo 48.9% y 55.3% respectivamente con valores de $G=16.616$, $N=204$, $p=0.0108$ (ver gráfica 12),



Gráfica 12. Frecuencia de hacer cosas que implican un riesgo. Los resultados indican que los varones tienen una percepción de riesgo más baja que las mujeres.

- **Frecuencia de hacer cosas arriesgadas de manera automática.**

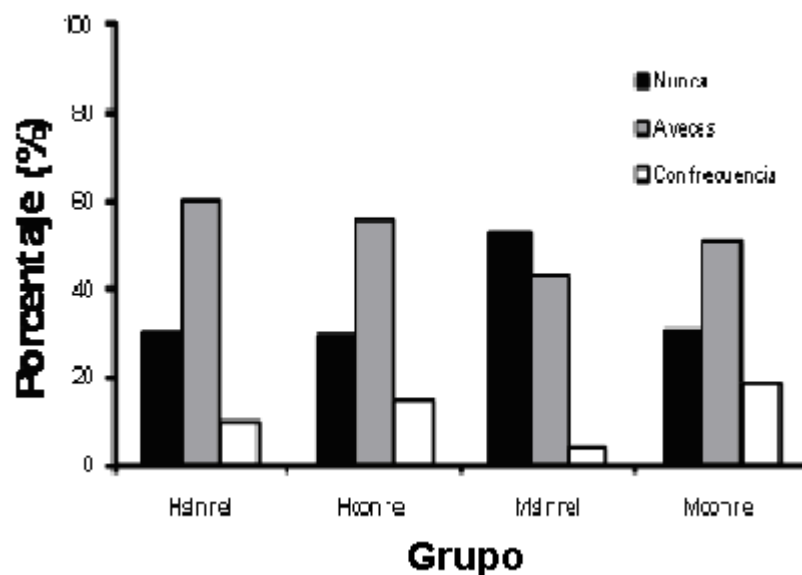
En el análisis se observaron diferencias entre géneros y prácticas sexuales reportando las mujeres que no se han iniciado sexualmente 78% que nunca han hecho cosas arriesgadas sin pensar contrario a mujeres y hombres que ya se iniciaron sexualmente 53% y 41.7% respectivamente, y en un menor porcentaje reportan que, con frecuencia hacen cosas sin pensar, porque las hacen .valores de $G=22.893, N=207, p=0.0008$ (ver gráfica 13).



Gráfica 13 *Correr riesgos en automático.* Existen diferencias en hacer cosas arriesgadas entre las mujeres que no se han iniciado sexualmente y los hombres y mujeres que ya se han iniciado sexualmente

- **Frecuencia de hacer cosas arriesgadas por gusto ó placer**

Los estudiantes refirieron en porcentajes generales que, 62.8% a veces “hacen cosas arriesgadas por gusto”, es decir, los jóvenes se exponen a factores de riesgo, sabedores de las implicaciones de los mismos y con un sentido de placer, mientras que 31.8% expusieron que nunca corren riesgos por gusto y el resto en un menor porcentaje mencionó que, con frecuencia tienen conductas arriesgadas y placenteras. con valores de $G=14.546, n=209, p=0.041$ (ver gráfica 14)

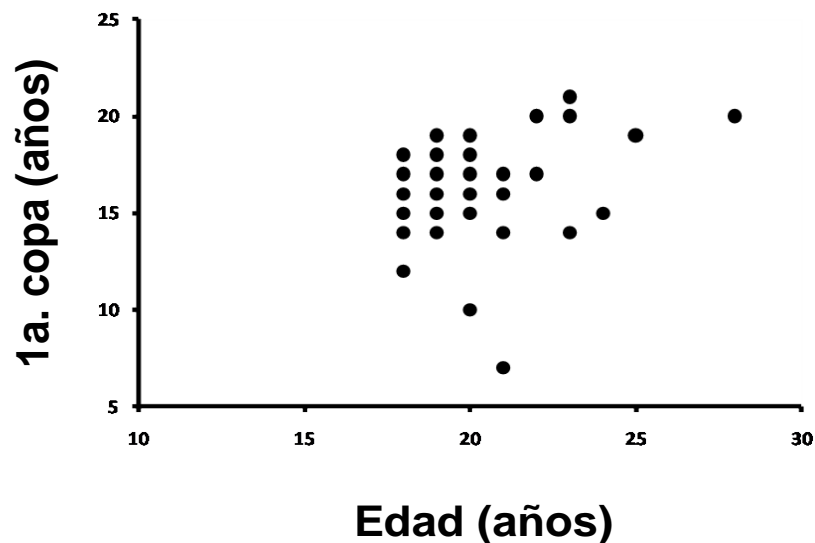


Gráfica 14 *Frecuencia de hacer cosas arriesgadas por gusto* Se observó que las mujeres que no se han iniciado sexualmente difieren en mayor porcentaje del resto del grupo refiriendo nunca hacer cosas arriesgadas por gusto.

4.4. Relación entre variables (prácticas sexuales, consumos de sustancias tóxicas y percepción de riesgo).

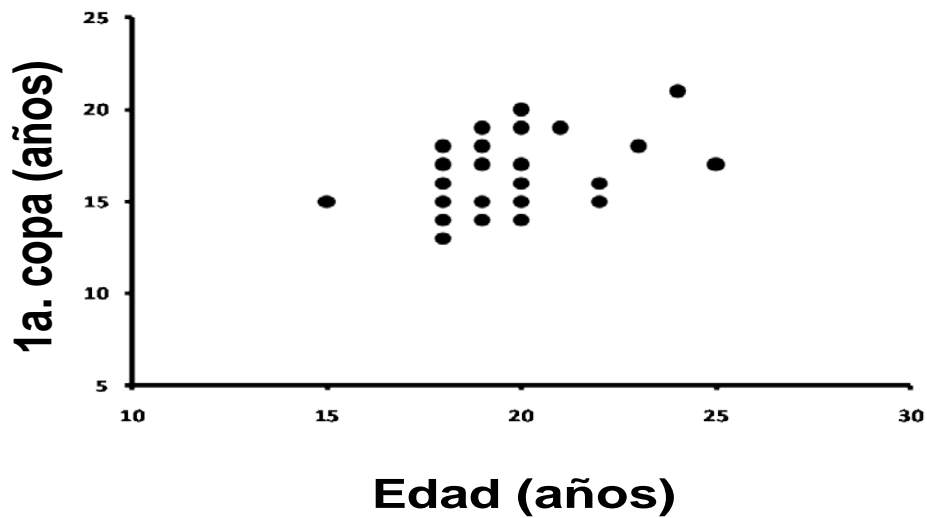
- Edad actual y edad de consumo de la primera copa.

En los análisis de correlación para las variables de: la edad actual de los jóvenes (momento de contestar la encuesta) y la edad de consumo de la primera copa se observaron en hombres valores de, $r=0.25$, $N=63$, $p=0.0422$ (ver gráfica 15). y mujeres $r=0.27$, $N=78$, $p=0.0144$ (ver gráfica 16).



Gráfica 15 *Relación entre edad actual y edad de consumo de la primera copa en hombres.* Los jóvenes que ingresan a la universidad en edades más avanzadas, manifiestan que, la edad en la que comenzaron a ingerir bebidas alcohólicas ha sido más tardía que los alumnos que ingresan a la universidad en edades más tempranas

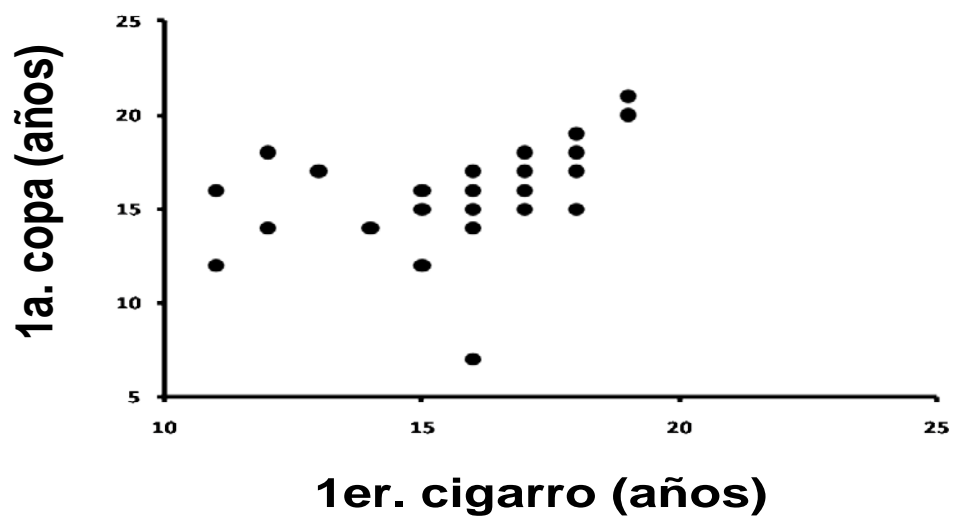
En los análisis de correlación para las variables de: la edad actual de los jóvenes (momento de contestar la encuesta) y la edad de consumo de la primera copa se observaron en mujeres valores de $r=0.27, N=78, p=0.0144$ (ver gráfica 16)



Gráfica 16 *Relación entre edad actual y edad de consumo de la primera copa en mujeres.* Se observa que igual que hombres las mujeres que ingresan a la universidad en edades más avanzadas, también manifiestan que, la edad en la que comenzaron a ingerir bebidas alcohólicas ha sido más tardía que los alumnos que ingresan a la universidad en edades más tempranas

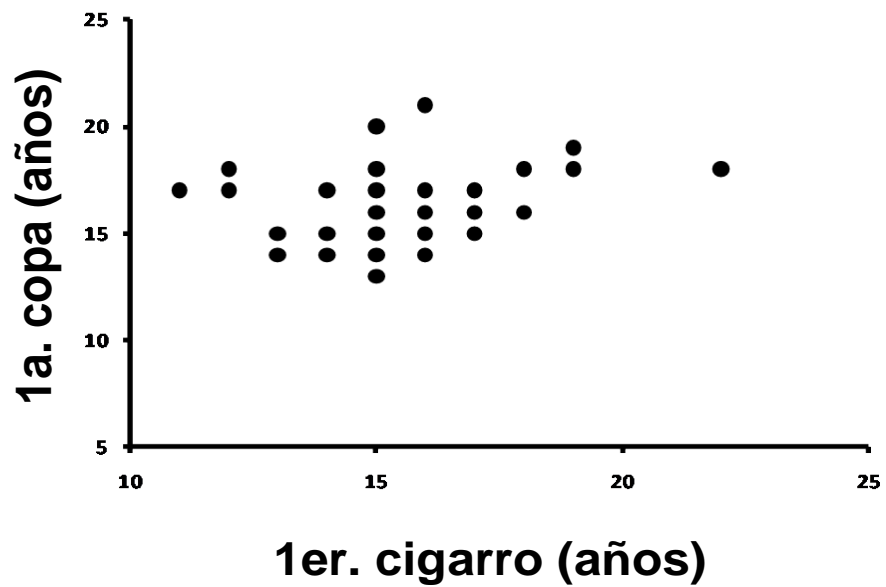
- **Consumo de alcohol y tabaco.**

Existe una correlación entre las variables de edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas y consumo de cigarrillos de tabaco en hombres y mujeres, mostrando valores en hombre de $r=0.36, N=44, p=0.0140$ (ver gráfica 17 a)



Grafica 17a .Edad del primer consumo de alcohol y tabaco en hombres. Los jóvenes que inician el consumo de alcohol a menor edad, también inician el consumo de tabaco a edades tempranas

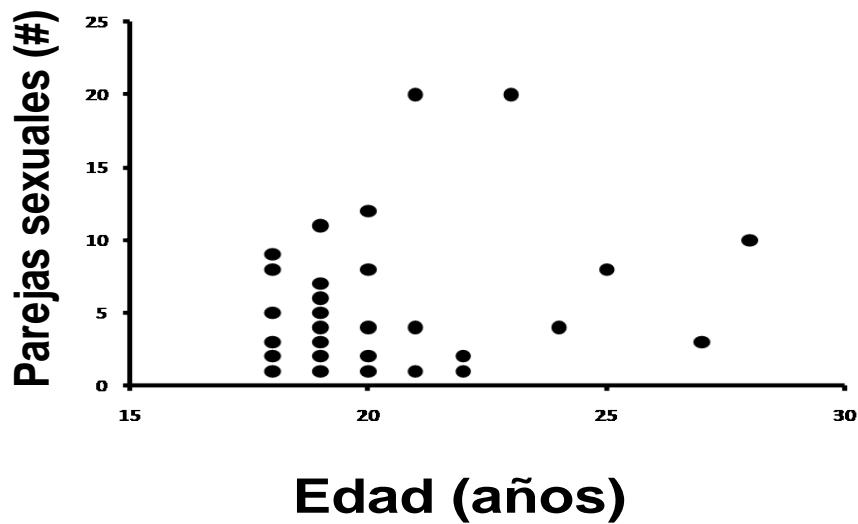
- Existe una correlación entre las variables de edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas y consumo de cigarrillos de tabaco en hombres y mujeres, mostrando valores en mujeres de $r=0.35, N=51, p=0.0108$ (ver gráfica 17 b).



Gráfica 17 b *Edad del primer consumo de alcohol y tabaco en mujeres.* Los resultados muestran que, a menor edad de inicio de consumo de alcohol, menor edad de inicio de consumo de tabaco.

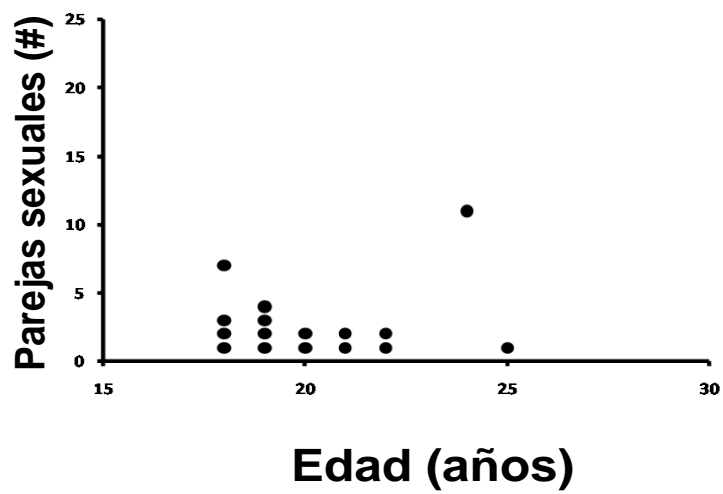
- **Edad y número de parejas sexuales.**

En el análisis de las variables de edad y número de parejas sexuales en hombres se encontró valores de $r=0.29$, $N=58$, $p=0.0235$ (ver gráfica 18a).



Gráfica 18a *Edad y número de parejas sexuales en hombres.* Los resultados muestran que, los jóvenes que tienen mayor edad, han tenido mayor número de parejas sexuales.

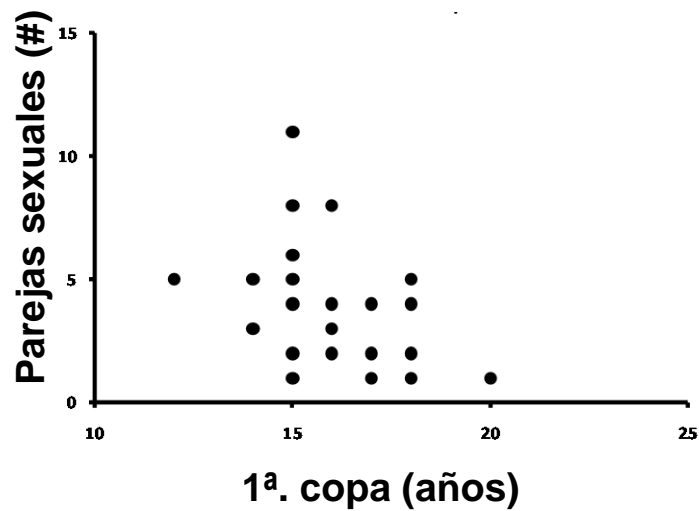
- En el análisis de las variables de edad y número de parejas sexuales en mujeres se encontraron valores de $r=0.28$, $N=45$, $p=0.0543$ (ver gráfica 18b).



Gráfica 18 b Edad y número de parejas sexuales en mujeres. Las mujeres al igual que los hombres, manifiestan que a mayor edad, mayor número de parejas sexuales.

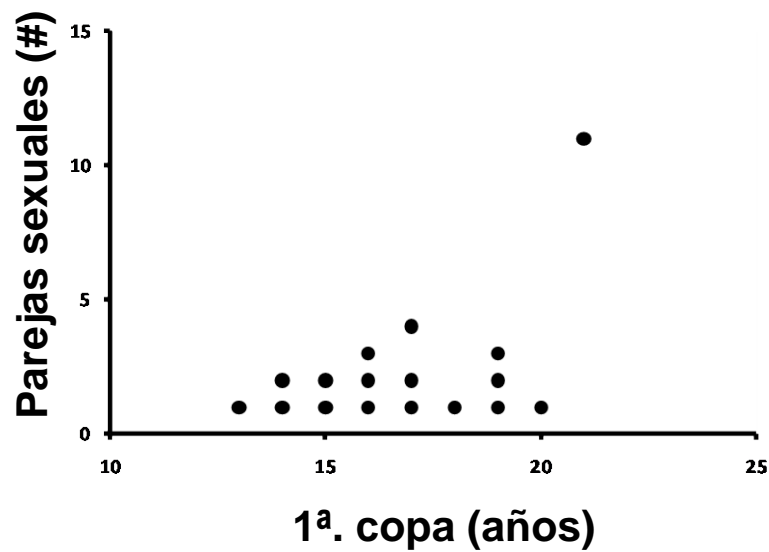
- **Inicio de consumo de alcohol con el número de parejas sexuales.**

En el inicio de consumo de la primera copa de alcohol y el número de parejas sexuales los hombres manifiestan valores de $r=-0.44$, $N=35$, $p=0.0018$ (ver gráfica 19)



Gráfica 19 *Inicio de consumo de alcohol 1ª. Copa y núm. de parejas sexuales en hombres.* Los resultados indican que, a menor edad de inicio de consumo de alcohol, mayor número de parejas sexuales

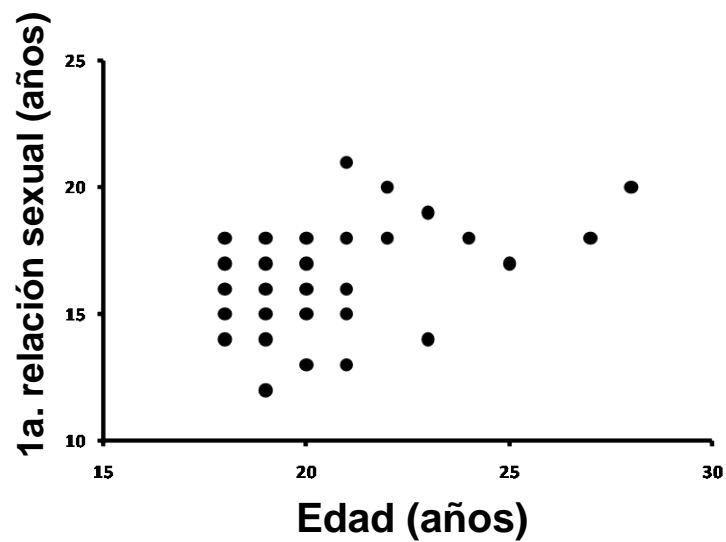
- En el inicio de consumo de la primera copa de alcohol y el número de parejas sexuales las mujeres reportan valores de $r=0.38$, $N=35$, $p=0.0219$ (ver gráfica 20).



Gráfica 20. *Inicio de consumo de alcohol y 1ª copa y núm. de parejas sexuales en mujeres.* Se observa que a diferencia de los hombres, las mujeres refieren que, a mayor edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas mayor número de parejas sexuales

- **Edad actual y edad del debut sexual**

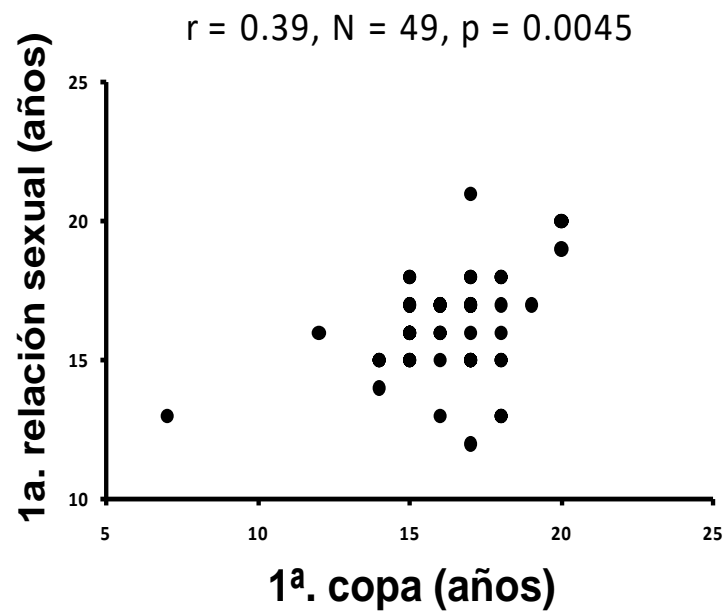
De acuerdo a la edad en el momento de la entrevista de los hombres, se observó que ésta, es proporcional a la edad de inicio sexual, $r = -0.37$, $N = 63$, $p = 0.0022$ (gráfica 21).



Gráfica 21.-*Edad actual y edad del debut sexual.* El debut sexual de los alumnos de edades menores es más temprano, que el de los alumnos de edades más avanzadas.

- **Inicio de debut sexual y consumo de alcohol en hombres.**

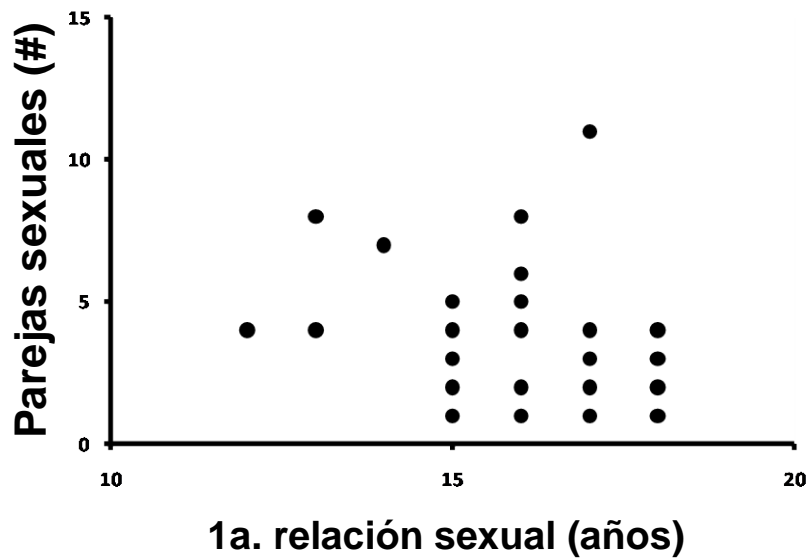
Los inicios de la vida sexual y de consumo de alcohol en los hombres, muestran valores de $r=0.39$, $N=49$, $p= 0.0045$ (ver gráfica 22)



Gráfica 22 *Inicio de debut sexual y consumo de alcohol en hombres.* Los resultados indican que, si el inicio de consumo de alcohol se da a temprana edad, el debut sexual también se da a temprana edad.

- **Edad del debut sexual y número de parejas sexuales en hombres**

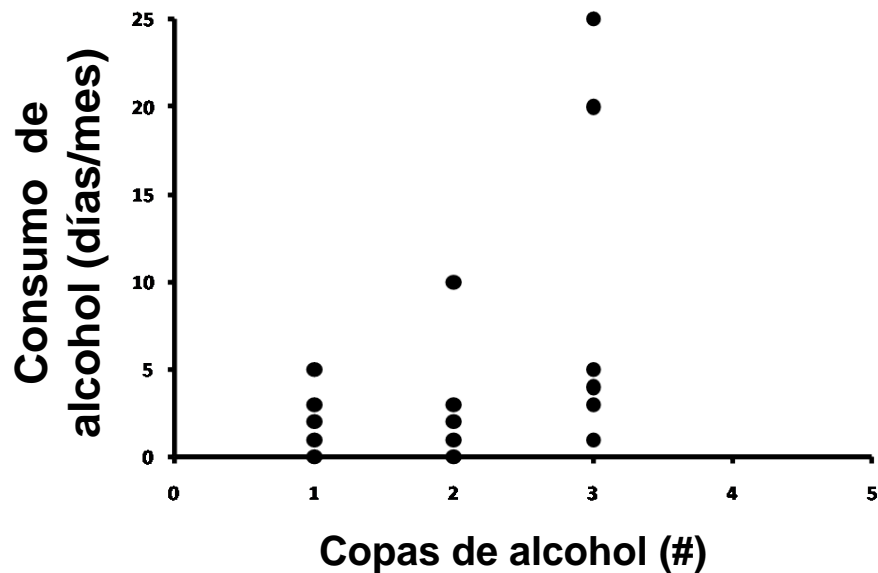
En el análisis de las variables de edad del debut sexual y número de parejas en hombres se mostraron valores de $r=-0.41$, $N=56$, $p=0.0030$ (ver gráfica 23).



Gráfica 23 Relación entre edad de inicio del debut sexual y número de parejas sexuales). Los hombres que inician su vida sexual a menor edad señalan que, han tenido mayor número de parejas, en comparación de los hombres que postergan a una edad más avanzada el debut sexual. En este análisis, no se encontraron resultados significativos en mujeres.

- **Cantidad en días de consumo de alcohol en mujeres.**

En relación a la cantidad de consumo de bebidas alcohólicas y días de consumo de bebidas alcohólicas en mujeres los resultados muestran valores de $r=0.52$, $N=31$, $p=0.0025$ (ver gráfica 24).



Gráfica 24 *Cantidad en días de consumo de bebidas alcohólicas en mujeres.* Las mujeres que consumen alcohol más días, también consumen más copas en cada ocasión. En este análisis, no se encontraron resultados significativos en hombres.

Los resultados aquí expuestos dieron respuesta a los objetivos planteados en el estudio, dando así, la oportunidad de aportar datos importantes para el ejercicio a favor de la salud pública.

CAPITULO 5: DISCUSIÓN

La identificación de comportamientos de riesgo y sus resultados negativos en la salud de los jóvenes son un paso importante para el desarrollo de programas específicos de salud pública que conlleven a la reducción de la incidencia e implicaciones negativas a la salud. Los resultados de este estudio indican que los jóvenes manifiestan diferentes conductas de riesgo, las cuales nos acercan a tener un conocimiento objetivo sobre su situación actual con respecto a conductas de consumo de sustancias tóxicas y prácticas sexuales riesgosas, así como la percepción que tienen sobre las mismas.

En este estudio se encontró que la mitad de los jóvenes que ingresan a la universidad a veces hacen cosas arriesgadas por placer, es decir, hacen cosas arriesgadas, sólo por sentir el riesgo y otras veces hacen cosas arriesgadas sin pensar, es decir, hacen las cosas casi en automático, realizando conductas de riesgo, sin pensar en las consecuencias que éstas pudieran tener en su salud. Datos similares son reportados por Villagrán Vázquez (2007) señalando que, en general podría esperarse que los jóvenes tomaran decisiones apropiadas para su cuidado personal. Sin embargo los jóvenes también experimentan en algunas ocasiones poco respeto hacia sí mismos, manifestando una baja percepción de riesgo. Si los jóvenes perciben que el tener conductas de riesgo resulta una estrategia adecuada para socializar y ser aceptado, su tendencia a esas conductas será mayor.

La búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad que se caracteriza por la necesidad de sensaciones y experiencias complejas, variadas y nuevas, y el gusto por el riesgo físico y social a fin de obtenerlas generando una posición de tener control de su propia vida disminuyendo la percepción de estar en riesgo, lo que se vive como algo manejable y que puede ponerse al servicio de un disfrute inmediato de la vida, haciendo disminuir así la percepción del riesgo. En este sentido existe una relación significativa entre la búsqueda de sensaciones y la conducta de riesgo en general y el consumo de drogas y prácticas sexuales de riesgo en particular;

datos similares se encontraron en otros estudios (Velazco Fernández 2003, Palacios et al.2008;Téllez et al 2003; Peñafiel, 2009).

Respecto al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, los principales hallazgos de este estudio indican que, en general la población universitaria no consume drogas, no obstante la prevalencia de consumo de alcohol se da en las tres cuartas partes de los alumnos de nuevo ingreso y el consumo de tabaco se da en la mitad de los jóvenes; respecto a la cantidad de consumos, se pudo observar que los hombres consumen más alcohol y tabaco que las mujeres. Datos similares fueron encontrados por (Durá Ros; 2010, Mora- Ríos, Natera y Juárez; 2005; Santana Pérez et al; 2006).mostrado de forma recurrente que los hombres han mantenido consumos superiores a las mujeres en todo el elenco de sustancias disponibles, legales e ilegales (García del Castillo, Lloret y Espada, 2004). Sin embargo, en los últimos años se ha venido observando, en la mayoría de las investigaciones, una tendencia hacia la homogeneización de los patrones de consumo entre ambos sexos. Tanto es así que las mujeres han superado las prevalencias de consumo de tabaco y alcohol de los hombres (Jiménez-Rodrigo 2008; Peñafiel- Pedrosa 2009). En ocasiones los jóvenes no cuentan con toda la información disponible referida a la sustancia y sus efectos, por lo que, la percepción del riesgo que entraña su uso puede verse alterada en gran medida.

Las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitan las consecuencias negativas. Si perciben que algo les va a acarrear dichas consecuencias negativas no lo harán. El nivel de riesgo percibido es específico a la frecuencia de uso, de tal forma que los adolescentes perciben menor riesgo para la salud en el consumo de drogas legales que en el de ilegales y el uso continuado de drogas como más perjudicial que el uso esporádico de sustancias (Álvarez et al 2005; Villa Moral et al 2006).

La conducta sexual de riesgo se midió considerando la edad del debut sexual, el número de parejas sexuales en toda la vida y el uso de anticonceptivos. El patrón sexual que se encontró por sexo al igual que otros estudios realizados en México, señalan que los varones muestran una edad de inicio a la vida sexual mayor y han tenido más parejas sexuales en la vida (Villagrán Vázquez y Díaz Living 1996; Robles Montijo 2005; Villagrán Vázquez y Perelló Valls 2006). Este dato es muy relevante, ya que la población más afectada por el virus de inmunodeficiencia humana en México, es la población de varones. Sin embargo, por una parte, la edad al debut sexual, tanto hombres como mujeres ha disminuido y por otra la edad de inicio es muy similar, a diferencia otros estudios anteriormente citados y que fueron llevados a cabo en el país en estudiantes, lo cual da cuenta de los cambios en la conducta sexual, principalmente en las mujeres. Estudios de autores como Andrade, Betancourt y Palacios (en prensa) en México, Mosquera y Mateus 2003 en Colombia y Velásquez ,2005 en Venezuela, dan cuenta de los cambios en la edad al debut sexual.

Como pudo observarse en los resultados, las conductas de los jóvenes sexualmente activos fueron adecuadas para protegerse frente al VIH/SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (usar siempre preservativo); un tercio de las conductas únicamente eran útiles para evitar embarazos (píldora e inyecciones anticonceptivas) y las restantes (usar ocasionalmente el preservativo) los pusieron en riesgo frente a los tres problemas. Estos resultados sugieren que los estudiantes sexualmente activos estarían más interesados en la prevención de los embarazos no deseados que en evitar infectarse con el SIDA u otras ITS.

Otros estudios (Susan- Pick y Marcela Álvarez 1996; Villagrán Vázquez y Díaz Living 1996; Robles Montijo 2005) señalan que existe una contradicción respecto al uso del condón en los adolescentes, estos reconocen la importancia del uso del condón, sin embargo reportan la práctica de relaciones sexuales ocasionales en las que no utilizan el condón.

En esta misma línea, al evaluar la relación entre el consumo de sustancias tóxicas con el inicio o no de las relaciones sexuales podemos observar que tanto el consumo de alcohol como de cigarrillos constituyen factores que favorecen la práctica temprana de relaciones sexuales. En el primer caso los resultados muestran que a menor edad, más temprano es el inicio de consumo de bebidas alcohólicas tanto para hombres como para mujeres, la frecuencia y el número de parejas aumenta, esto ubica a los jóvenes en comportamientos que ponen en riesgo su salud, mientras que si no tienen este hábito tóxico el porcentaje de prácticas sexuales de riesgo es menor. En el segundo caso los promedios obtenidos indican que, proporcionalmente más mujeres que hombres consumen tabaco; Sin embargo las cantidades de cigarrillos consumidos son más elevados en hombres que no se han iniciado sexualmente. La prevalencia de relaciones sexuales se incrementa con la edad y en quienes consumen alcohol y tabaco (Ceballos Ospino 2005).

Por otra parte, Santana Pérez et al, (2006) plantea que la mitad de los adolescentes por él entrevistados, aceptan haber comenzado a ingerir alcohol seis meses antes de iniciarse sexualmente. El consumo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco y drogas) que por demás se ha visto incrementando en los últimos años en este grupo poblacional, se ha relacionado íntimamente con el inicio precoz de las relaciones sexuales tanto en un sexo como en otro.

CONCLUSIONES

Los jóvenes entrevistados en el presente estudio manifiestan conductas de riesgo que conllevan a la incidencia y prevalencia de consumo de tabaco y alcohol, así como prácticas sexuales desprotegidas, los cuales representan un problema relevante en salud pública.

En el grupo encuestado, encontramos que la mitad del mismo, ya tuvo un inicio a la vida sexual, este grupo de iniciados sexualmente debutó durante la etapa escolar anterior, mostrando que la edad promedio de inicio de las relaciones físicas y sexuales ha disminuido siendo más hombres que mujeres los iniciados y con mayor número de parejas sexuales, además que, el uso de anticonceptivos y condones aunque ha aumentado, aún un alto porcentaje de jóvenes no los usan en sus relaciones sexuales.

El consumo de tabaco y alcohol entre los jóvenes es una práctica usual, por su carácter legal y creencias o mitos que giran alrededor de la ingesta de dichas sustancias su uso se ha generalizado entre la población, minimizando la percepción del riesgo que conllevan a su consumo, estas conductas pueden iniciarse de manera aislada, y a su vez pueden ser el preanuncio de otras conductas de alto riesgo a corto plazo señalando que, a los jóvenes que les gusta correr riesgos, tienden a un mayor consumo de bebidas alcohólicas así como temprano inicio a la vida sexual; lo que permite entender que consumir bebidas alcohólicas en la adolescencia se vincula con prácticas sexuales de riesgo.

Los estudiantes necesitan mejorar su nivel de información, especialmente en las formas de prevención de factores riesgosos a la salud y resaltando el fortalecimiento del autoconcepto, las consecuencias del consumo de sustancias adictivas además de la utilidad y efectividad del condón para

prevenir infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA. Es aquí en donde los esfuerzos sanitarios (Secretaría de Salud) y escolares (Secretaría de Educación Pública) deben dirigirse al establecimiento de políticas públicas y programas preventivos.

Los programas preventivos diversificados presentarían a largo plazo mayor impacto, ya que se proporcionarían alternativas en donde los individuos sean capaces de tomar decisiones personales, conscientes y responsables.

Urge el desarrollo de campañas, especializadas y accesibles para que estos jóvenes, futuro del país, tengan los elementos suficientes y necesarios para protegerse.

BIBLIOGRAFIA

Aburto, C. (2005). Los programas de intervención contra el comportamiento sexual riesgoso. *Psicología y salud*, 15(2), 271-284.

Adolescents with severe emotional disturbance. *Journal of Child and Family Studies*, 6 (4), Pp. 409-419. U.S.A .

Albarracín Ordoñez Marcela, Muñoz Ortega Liliana (2008) Factores Asociados al Consumo de Alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria de Bucaramanga y su área metropolitana. Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes universitarios. Pontificia Universidad Caveriana Facultad de Psicología Bogota.

Alfaro, M. L., Harada, O. E. y Díaz-Loving R. (2001). Personalidad, consumo de alcohol y comportamiento sexual entre estudiantes preparatorianos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 18, 2, 161-175. México.

Alonso L, Murcia G, María J. (2007) Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud (Colombia). *Salud Uninorte*. 23, 32-42.

Alonso Palacio, Luz Marina; Pérez, Miguel Ángel; Alcalá, Gabriel; Lubo Gálvez, Ayleen; Consuegra, Adriana. (2008) Comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes colombianos recién ingresados a una universidad privada en Barranquilla (Colombia) *Salud Uninorte*, Vol. 24, Núm. 2, julio-diciembre, pp. 235-247 Universidad del Norte Colombia.

Álvarez L, González V. (2004) Percepciones y comportamiento en adolescentes: Una perspectiva de la salud reproductiva por género. Investigación no publicada.

Álvarez Fresno, E., Fraile Martínez, A. M., Secades Villa, R. (2005). Percepción de riesgo del consumo de drogas en escolares de enseñanza secundaria del principado de Asturias. *Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias*.

Ayleen, Consuegra, A. (2008) Comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes colombianos recién ingresados a una universidad privada en

Barranquilla (Colombia) Salud Uninorte, Vol. 24, Núm. 2, julio-diciembre, pp. 23 universid 5-247 Uad del Norte Colombia.

Andrade, P. P., Betancourt, O. D. y Palacios, D. J. (2006). Factores Familiares Asociados a la Conducta Sexual en Adolescentes. Revista Colombiana de Psicología, 15, 91- 101.

Ariza C, Nebot M, Villalbí JR, Díez E, Tomás Z, Valmayor S. (2003) Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona . Gac Sanit.17: 190-5.

Ariza C, Nebot M. (2002) Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. Rev Esp Salud Pública, 76: 227-38.

Bandura A, Walters RH. (1979) Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza Universidad.

Bayés R, Pastells S. y Tuldrà A. (1995) la percepción de riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. Cuadernos de Medicina Psicosomática, (33), 22-27. Ballatera, Barcelona.

Beadnell, B., Morrison, D. M., Wildson, A., Wells, E. A., Murowchick, E., Hoppe, M., Rogers, G. M. & Nahom, D. (2005). Condom use, frequency of sex, and number of partners: multidimensional characterization of adolescent sexual risk-taking. Journal of Sex Research. 42, (3), 192- 202. U:S.A.

Becoña E, Palomares A, García MP. (1994)Tabaco y Salud. Madrid: Pirámide.

Brehmer B. (2007) The psychology of risk. In W.T. Jingleton, editor. Risk and decision (pp 25-39). New York: John Wiley & Sons. U.S.A.

Cano A, Castaño, J, Corredor, D, García, A, Gonzáles M, LLoreda O, Angulo K. (2007) Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. Med Unab, 10 (3): 187-193. Colombia.

Carvajal LMC, Andrade D. (2005) La escuela básica en la prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad: São Paulo. Brasil 2005 Rev Latino-am Enfermagem vol.13 (número especial),pp. 784-789.

Ceballos, G.A& Campos, A. (2005) Prevalencia de uso de condón en la primera relación sexual en adolescentes de Santa Marta, Colombia: diferencias por generp. Med UNAB,8,59-64.

Ceballos Ospino G. Campo Arias A.(2005), Relaciones Sexuales en Estudiantes Adolescentes de Santa Marta, Colombia: factores asociados, Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, vol. 2 Núm. 1.

Centelles Leticia. Badell e Hilda Horta Rivero Braves (2009) Percepción de Riesgo de Infección por VIH Sida en Estudiantes Universitarias Desde un Enfoque de Género. Habana Cuba.

Coddington, D. (1972) The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children-I. Journal Psychosomatic Research. 16: 7-18.
Conclusiones del IV Seminario internacional sobre la salud de las mujeres y la cooperación al desarrollo.(2000) Federación de Planificación Familiar. Madrid.

D´ Angelo, L. J. & DiClemente, R. J. (1996). Sexually Transmitted Diseases including . Human Immunodeficiency Virus Infection. En: DiClemente, R. J., Hansen, W. B. & Ponton, L.E. (Eds.). Handbook of adolescent health risk behavior. New York and London: Plenum Press.

Delgado, J. R. P., Flores, M. I. B., Palos, P. A. (2007). Consumo de Alcohol y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. Psychology International, Volume 18, Number 4, Appendix. Mexico.

Department Of Health And Human Services. (1994) Health risk Behaviours. Among Adolescents. Who Do and Not Attent School. United States, 1992. Morbydity and Mortality Weekly Report. Vol. 43. No. 8. Estados Unidos.

Díaz Martínez A, Díaz Martínez R , Hernández-Ávila C , Narro Robles J, Fernández Varela, Solís Torres, (2008), Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso, salud mental, vol. 31 num. 4, julio- agosto. Pp. 271-282 México.

Donas Burak, Compilador; Cartago. (2001) Adolescencia y juventud en América Latina Roldan cándido, adicciones; un nuevo desafío. Adolescencia y juventud en América Latina. Libro Universitario Regional Caribe.

Donas, S. (1998). Adolescencia y Juventud,¿un problema para quién? OPS/OMS Caracas, Venezuela.

Durá Ros M, (2010), Estilos de vida y Conductas de Riesgo de los adolescentes universitarios. Enfermería, Fisioterapia y Podología Serie Trabajos Fin de Master. 2 (1): 680-695.

Encuesta Nacional de Adicciones (2008) Resultados por entidad federativa, Chiapas. Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública. Pag 15. México.

Fleiz, B. C., Villatoro, V. J., Medina-Mora, I. M., Alcantar, M. E., Navarro, G. C. y Blanco, J.J. (1999). Conducta sexual en estudiantes de la Ciudad de México. Salud Mental, 22, 14- 19.

Florez, C.E. (2005) Factores Socioeconomicos y Contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Revista Panamericana de Salud Publica, 18, 388-402.

Fuller, Norma (2000) "Representaciones de paternidad entre varones urbanos del Perú". En Fuller, Norma (editora) Paternidades en América Latina. Fondo Editorial de la Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

García de Albéniz XA, Guerra-Gutiérrez F, Ortega-Martínez R, Sánchez-Villegas A, Martínez-González MA. (2004) Consumo de tabaco en titulados universitarios. El proyecto SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). Gac Sanit, 18: 108-17.

García Del Castillo, J. A., Lloret, D. y Espada, J. P. (2004). Prevalencia del consumo de tabaco en población universitaria. Salud y Drogas, 1, 4, 19-38.

Guillén D, Nerín I, Mas A, Crucelaegui A. (2003) Estudio de la fiabilidad de una encuesta utilizada para valorar la prevalencia, los conocimientos y las actitudes sobre el tabaquismo en estudiantes de medicina. Arch Bronconeumol; 39: 159-66.España.

Golberg, J.H., Halpern-Felsher, B. Y Millstein, S. (2002). Beyond invulnerability: The importance of benefits in adolescent's decision to drink alcohol. Health Psychology, 21(5), 477-484.

González de León D, Billings D, Gasman N, Ramírez R. (2002) Incorporación de la salud sexual y reproductiva y del enfoque de la atención integral a la mujer con aborto en los programas de licenciatura en medicina. México.

Guzmán, J. et al (2000), Diagnostico sobre la salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe, EAT, México.

Hernández Z.; Cruz S. (2008) conductas sexuales riesgosas en estudiantes universitarios, psicología y salud, junio-diciembre, núm., 002. Jalapa, México. Pp 21.

Institute for Resource Development / Macro Systems, Inc. (1989). Bolivia: Maternal and Child Health in Bolivia, 1989: Report on the In-depth Demographic and Health Survey in Bolivia. Columbia, Maryland USA.

Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescence risk behavior (pp.1-10). USA: Cambridge University Press.

Jiménez, G. S. Andrade, P. P., Betancourt, O. D. y Palacios, D. J. (en prensa). Habilidades de Comunicación en la Interacción Sexual en Adolescentes, para que se someta a revisión para su publicación en la Revista Intercontinental de Psicología y Educación. México.

Jiménez-Muro Franco.(2008) Unidad de Tabaquismo FMZ. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. España.

Jiménez -Rodrigo, M. L. (2008). Una profecía que se cumple a sí misma: tras los mitos del consumo femenino adolescente de cigarrillos. Liberaddictus, 101, 11-16.

Krauskopf, Dina (2006). Las conductas de riesgo en la fase juvenil <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/bajarch/doc/not/word/libro37/libro37.doc>. Encuentro Nacional de Adolescente. Colombia.

López, R. F. y Moral, R. J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del sida en adolescentes. Salud Pública, 43, 421- 432. México.

Londoño, C. & Valencia, S.C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. Acta Colombiana de Psicología, 11 (1), 155-162.

Londoño Pérez Constanza* y Sandra Carolina Valencia Lara, (2010) Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios anales de psicología, vol. 26, nº 1 Colombia.

López Barcena j, Gonzáles de Cosío Ortiz, (2004) modelo universitario de salud integral, en la universidad autónoma de México, artículo original. Basado en la conferencia magistral “Dr. Miguel e. Bustamante” dictada durante el X congreso de investigación en salud pública, Marzo 2003, Instituto de Salud Pública, Cuernavaca Morelos, México.

Lumbreras, Delgado, Moctezuma, Dosamantes Carrasco, Medina Hernández, Cervantes Rodríguez, López Loyo, Méndez Hernández (2009), estilo de vida y riesgos para la salud En Estudiantes universitarios: hallazgos para la prevención, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Tlaxcala, México. Instituto Mexicano del Seguro Social, Tlaxcala, México. Revista Digital Universitaria 10 de febrero Volumen 10 Número 2 • ISSN: 1067-6079.

Medina Mora M.E. et al. (2002) Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta nacional de Adicciones, 1998. Salud pública México;

McDonald, T. K., McDonald, G. Zanna, M. P. & Fong, G.(2000). Alcohol, sexual arousal, and intentions to use condoms in young men: Applying alcohol myopia theory to risky sexual behavior. *Health Psychology*, 19, 290-298.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de (2006). Madrid, (2007).

Ministerio del Interior. (2004) Delegación del Gobierno para el plan Nacional sobre Drogas. Secretaria General Técnica. Observatorio Español sobre Drogas. Informe. Madrid.

Morales, Mariana .(2009) Se embarazan sin planearlo seis de cada 10 chiapanecas. En: Periódico “El Heraldo de Chiapas”, sección local, 24 de noviembre; p.8.

Mora-Ríos, J. y Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 43 (2), 89-96.

Morris L. (1993) Determining male fertility Through Surveys; Young adult reproductive health surveys in Latin American. Ponencia presentada en la General Conference of the International Union for the Scientific Study of Population.

Mohamud, Asha. M.D., PATH (1997-2002) (Prácticas Tradicionales Nocivas para la Salud) incluidas en RHO.

Muñoz M, Cabieses B. (2008) Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro? Rev Panam Salud Pública; 24(2):139–46.

Muracen, I.D., Martínez, A.J., Aguilar, J.M. & González, M.R. (2001) Pesquizaje de alcoholismo en un área de salud. Revista Cubana de Medicina Integral. 17(1), 62-67.

Nebot M, Tomás Z, Ariza C, Valmayor S, Mudde A.(2002) Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona. Gac Sanit; 16: 17,18.

Neilson, William (2003) Probability Transformations In The Study Of Behavior Toward Risk, pp 171–192, .Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands.

Nerín I, Beamonte A, Gargallo P, Jiménez-Muro A, Marqueta A.(2007) Ganancia ponderal al dejar de fumar y su relación con la ansiedad. Arch Bronconeumol. 43: 9-15.

Nerín I, Crucelaegui A, Novella P, Ramón y Cajal P, Sobradie N, Gericó R.(2004) Encuesta sobre tabaquismo en estudiantes universitarios en relación con la práctica de ejercicio físico. Arch Bronconeumol; 40: 5-9.. Barcelona.

Ospina Diaz J.M. Manrique (2007), Practicas y comportamientos Sexuales en Estudiantes Universitarios, av,enferm., XXV (2): 101-111.

Palacio A ;Pérez ;Alcalá M, Lubo G; et al.(2008) Comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes colombianos recién ingresados a una universidad privada en Barranquilla (Colombia) Salud Uninorte, Vol. 24, Núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 235-247 Universidad del Norte Colombia.

Palacios, D. J., Andrade, P. P. y Betancourt, O. D. (2006). Intento de suicidio y consumo de alcohol en adolescentes. En: Sánchez, A. R., Díaz-

Loving, R. y Rivera, A. S. (Eds.). La Psicología Social en México (pp. 174-180), vol. 11, México: AMEPSO.

Planes, M., Gras, M.E., Soto, J. y Font, S.(2000). Percepción de riesgo y comportamientos heterosexuales relacionados con la prevención del sida en jóvenes universitarios. Pag. 26. Salud Pública, México.

Pons Diez Xavier (2009), Modelos interpretativos del consumo de drogas, Salud Pública, pág. 36 .España.

Quigley, B.M., Corbett, A.B. y Tedeschi, J.T. (2002). Desired image of power alcohol expectancies, and alcohol related aggression. Psychology of Addictive Behavior, 16, 318-324.

Ramos, V. y Sánchez, J. M. (2001). ¿Qué piensan los estudiantes sobre el consumo de alcohol? Campaña Invierte en ti. Universidad Javeriana – Fondo de Prevención Vial.Colombia

Rivera, A. S. y Díaz-Loving, R. (1994). Actitudes, norma subjetiva y creencias en relación al uso del condón. La Psicología Social en México, 5, 628- 635.

Roble, S., Piña, J., Frias, B., Rodríguez, et al. (2006), predictores de conductas relacionadas con el uso inconsistente de condón en estudiantes universitarios. Psicología y salud 16 (1), 71-78.

Rocha R.; Álvarez B. ; Cedillo O; Fat Méndez J. ; Gaytan S; Ríos B; Tavera G; Parra M (2010) 211º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010 www.interpsiquis.com. México.

Rodríguez S, Ríos S; Lozano T; Álvarez G. (2009) Percepción de Jóvenes Universitarios respecto a su salud: Conductas y Contexto de riesgo. Enseñanza e Investigación en Psicología, Vol. 14, Núm. 2, pp. 245-260 Universidad Veracruzana México.

Roldan Cándido, Solum Donas Burak (2001) Adicciones; un nuevo desafío. Adolescencia y juventud en América Latina Compilador pp. 448.

Rivera, A. S. y Díaz-Loving, R. (1994). Actitudes, norma subjetiva y creencias en relación al uso del condón. La Psicología Social en México, 5, 628- 635.

Santana P, Verdeja V, Ovies C y Fleitas R, (2006) Asociación entre algunos factores psicosociales y el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares Rev Cubana Med Gen Integr; 22(1).

Santos S, Soares O, Félix M, (2009). Knowledge about aids and drugs among undergraduate students in a higher education institution in the state of Paraná. Rev. Latino Americana de enfermería.vol.17, n.4, pp. 522-528. ISSN 0104-1169.

Secades Villa, R y Fernández Hermida, J.R. (2001) Investigación sobre hábitos de consumo, Factores de riesgo y de protección en jóvenes de Oviedo. III Jornadas sobre Municipio y Drogodependencias. Oviedo 26 y 27 de noviembre 2001.

Secretaría de Salud. Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM 1988). México, D.F.: Dirección General de Planificación Familiar, 1989.

Secretaría de Salud. Funciones prioritaria en salud. Revisión del Plan Nacional de Salud. México, D.F.: SSA, 1997.

Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España) ISSN edición impresa: 0212-9728. ISSN edición web (www.um.es/analeps): 1695-2294 anales de psicología 2005, vol. 21, nº 2 (diciembre), 259-267.

Silber, T.J.; Munist, M.M.; Maddaleno, M.; Ojeda, E.N.S. (1992). Manual de medicina de la adolescencia. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud no. 20. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, DC.

Stern, Claudio,(2007) "El embarazo en la *adolescencia*" en Salud Pública de México, México, v 39, núm. 2.

Step toe A, Wardle J, Cui W, Bellisle F, Zotti A, Baranyai R, et al. (2002) Trends in smoking, Diet, Physical Exercise and Attitudes toward, Health in European University Students from 13 countries, 1990-2000. Prev Med- 35: 97-104.

Suárez Lugo Nery, (2007) Enfoque Social de la Mercadotecnia Sanitaria Editorial. Ciencias Médicas. Pág. 228-229.Cuba

Téllez J, Cote M, Savogal F, Martínez E, Cruz U.(2003) Identificación de factores protectores en el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. Rev Fac Med Univ Nac Colomb; 51: 15-24.

Teva Bermúdez, (2009) Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes: España. Rev. Esp. Salud Pública, vol.83, n.2, pp. 309-320. ISSN 1135-5727.

Torres, M. K. y Díaz- Loving, R. (1999). Un modelo integral predictivo del uso del condón. En: Díaz- Universidad Católica de Colombia, 2Universidad San Buenaventura Medellín.

Valois, R. F., Bryant, E. S., Rivard, J. C. & Hinkle, K. (1997). Sexual risk-taking behaviors among.

Velazco Fernández, Rafael. (2003) Las Adicciones. Manual para maestros y padres. Publicado en México. Ed. trillas. P 101-103.

Velasco Fernández, Rafael. (2004) La familia ante las drogas. Publicación en México Ed. trillas. Pag. 46.

Villagrán, V. G., Alfaro, M. L. y Torres, M. K. (2004). Asociación alcohol-sexo y autoconcepto en HSH. La Psicología Social en México, 10, 453- 460. Villagrán-Vázquez, G., Díaz-Loving, R., Camacho Valladares, M. (1992). Patrón de Conducta Sexual, uso de condón y percepción de riesgo de contraer SIDA en estudiantes universitarios. Revista Sonorense de Psicología Vol.(6)1-2, pp. 49-58.

Villagrán-Vázquez, G., Díaz-Loving, R. (1996). El impacto de la información sobre los valores y la intención de usar el condón. La Psicología Social en México, Vol. VI, p.p. 174-180.

Villagrán-Vázquez, G. y Perelló-Valls, M., (2006). El papel del autoconcepto, los valores y la comunicación con padres en el patrón sexual. En La Psicología Social en México, Cap. 102, pp. 782789. México: AMEPSO.

Villatoro J, Gutiérrez M, Quiroz N, Moreno M, Gaytán L, Gaytán F et al. Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006. México DF: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2007.

Villa Moral Jiménez, M., Rodríguez Díaz, F. J. y Sirvent Ruiz, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18, 1, 52-58.

Weinstein, J. (1992) Riesgo Psicosocial en Jóvenes. PREALC. Santiago de Chile, World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence and mortality due to unsafe abortion with alisting of available country data. Geneva: Who, 2004.

11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010
www.interpsiquis.com. Febrero-Marzo 2010 Psiquiatría.com Factores predictores clínicos y neuro-psicológicos de la conversión del deterioro cognitivo leve a la enfermedad de alzheimer.

ANEXOS

ANEXO I

Cuadros de Resultados.

Cuadro 1. Resultados de la comparación de promedios para los datos obtenidos en los cuestionarios.

Factores correspondientes a prácticas sexuales

Factor	t	gl	P
<i>Edad del debut sexual</i>	4.565	105	0.001
<i>Número de parejas sexuales</i>	3.652	101	0.001

Prueba paramétrica de t de student. = valor calculado de la diferencia entre promedios, gl = grados de libertad de la prueba y P = probabilidad de equivocarse al rechazar la hipótesis nula (que establece que no existen diferencias significativas entre los promedios comparados).

Cuadro 2. Resultados de la comparación de promedios para los datos obtenidos en los cuestionarios.

Factores correspondientes a Consumo de alcohol y tabaco.

Factor	F	gl	P
<i>Número de cigarrillos consumidos</i>	9.423	3,44	0.006
<i>Número de copas consumidas</i>	3.719	3,87	0.014

Prueba paramétrica de Análisis de Varianza. F = valor calculado del cociente entre los cuadrados medios del error y los cuadrados medios del factor, gl = grados de libertad de la prueba (factor, error) y P = probabilidad de equivocarse al rechazar la hipótesis nula (que establece que no existen diferencias significativas entre los promedios comparados).

Cuadro 3. Resultados de la comparación entre valores observados y esperados para los datos obtenidos en los cuestionarios.

Factores correspondientes a Percepción de riesgo.

Factor	G	N	P
<i>Qué tan seguido haces cosas arriesgadas</i>	16.616	204	0.010
<i>Qué tan seguido corres riesgos en automático</i>	22.893	207	0.001
<i>Qué tan seguido haces cosas arriesgadas por gusto</i>	14.546	209	0.024
Prácticas sexuales			
<i>Proporción de individuos que ya inició su vida sexual</i>	29.065	209	0.001
<i>Frecuencia de uso de anticonceptivos</i>	10.706	81	0.013
<i>Tipo de persona con la que inició su vida sexual</i>	42.259	115	0.001
Consumo de alcohol y tabaco			
<i>Porcentaje de personas que ha fumado</i>	9.423	190	0.0242
<i>Porcentaje de personas que ha consumido alcohol</i>	13.995	193	0.003
<i>Porcentaje de personas que actualmente consumen alcohol</i>	10.122	151	0.017
<i>Porcentaje de personas que consumen alcohol más de lo que planeaban</i>	12.485	105	0.052

Prueba no paramétrica de Índice de discrepancias teórico-experimentales. G = valor calculado del índice de discrepancias, N = número de datos totales en el análisis y P = probabilidad de equivocarse al rechazar la hipótesis nula (que establece que no existen diferencias significativas entre los esperados y observados).

Cuadro 4. Resultados de las relaciones entre las variables estudiadas, determinando correlaciones entre las mismas.

Correlaciones de los factores por género.

Factor	r		N		P	
	h	m	h	m	h	m
<i>Edad actual y consumo de la primera copa</i>	0.25	0.27	63	78	0.042	0.014
<i>Edad de consumo de la primera copa y edad de consumo del primer cigarrillo</i>	0.36	0.35	44	51	0.014	0.010
<i>Edad actual y número de parejas sexuales</i>	0.29	0.28	58	45	0.023	0.054

<i>Inicio de consumo de alcohol 1ª. Copa y núm. de parejas sexuales</i>	-0.44	0.38	46	35	0.001	0.021
---	-------	------	----	----	-------	-------

Correlación de los factores que se encontraron significativos únicamente en hombres.

Factor	r	N	P
<i>Edad actual y edad de la primera relación sexual</i>	-0.37	63	0.002
<i>Edad de la primera relación sexual y edad de consumo de la primera copa l</i>	0.39	44	0.004
<i>Edad de la primera relación sexual y número de parejas</i>	-0.41	56	0.003

Correlación de los factores que se encontraron significativos únicamente en mujeres.

<i>Número de copas consumidas por día y número de días de consumo de alcohol</i>	0.52	31	0.002
--	------	----	-------

r= medida de intensidad entre dos variables, N = número de datos totales en el análisis y P = probabilidad de equivocarse al rechazar la hipótesis nula (que establece que no existen diferencias significativas entre los esperados y observados).h= hombre; m= mujer.



ANEXO II INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

QUESTIONARIO PARA ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO

INTRODUCCIÓN

Este cuestionario se está aplicando a todos los estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad con el interés de conocer su experiencia y opinión respecto a situaciones cotidianas. Este ejercicio forma parte de una investigación y por lo tanto, los datos que proporcionen serán útiles en la medida de tu cuidado a entender las preguntas y tu sinceridad al contestarlas. Todas las respuestas son estrictamente confidenciales y ninguna persona podrá ser identificada (por esto no preguntamos tu nombre).

Por favor, lee las instrucciones antes de empezar el cuestionario.

INSTRUCCIONES

Este cuestionario NO es un examen, NO hay respuestas correctas o incorrectas. Para cada pregunta se te pedirá que busques la respuesta que consideres sea la mejor. La mayoría de preguntas exigen sólo una respuesta, algunas preguntas pueden tener varias respuestas, así como también, preguntas que requieren una respuesta por escrito (en estos casos se te hará la indicación al respecto). Ejemplo, señala con una X:

¿Cuál es el color de tus ojos?	1.-Castaños
	2.-Verdes
	3.-Azules
	4.-Marrón oscuro (negros)
	5.-Grisés

Si tu respuesta escogida es la “1” indica que tienes ojos color café.

SI TIENES ALGÚNA DUDA PARA RESPONDER EL CUESTIONARIO,
LEVANTA LA MANO Y PREGUNTA A LOS ENCUESTADORES.

¡GRACIAS POR TU COOPERACIÓN!

Para empezar, queremos saber un poco sobre ti.

1.- ¿Eres?	(1) Hombre (2) Mujer		
2.- ¿Cuántos años cumplidos tienes?	_____ años		
3. Qué tan seguido...	Nunca Casi nunca	A veces	Con mucho frecuencia
a) Haces cosas arriesgadas sólo porque te gusta sentirla.	1	2	3
b) Haces cosas arriesgadas sin pensar por qué las haces, casi automáticamente	1	2	3
c)Corres riesgos	1	2	3
d) Haces cosas arriesgadas porque te gusta sin pensar en las consecuencias	1	2	3
e)Te impacientas o te desesperas fácilmente con la gente	1	2	3

4. A continuación indica qué tan de acuerdo estás con lo siguientes enunciados:	<u>Totalmente</u> de acuerdo	<u>De</u> <u>acuerdo</u>	<u>En</u> desacuerdo	<u>Totalmente</u> en desacuerdo
a) Siento que soy una persona que se enoja muy seguido	1	2	3	4
b)Siento que obtengo todo lo que me propongo	1	2	3	4
c) Todo lo que hago me sale bien gracias a la suerte	1	2	3	4
d) Es mejor tener suerte que ser inteligente	1	2	3	4
e) Mi éxito en la escuela depende de qué tan agradable sea yo	1	2	3	4

5.- ¿Has fumado tabaco? (si tu respuesta es NO pasa a la pregunta 9)	(1) No (2) Si
6.¿Cuántos años cumplidos tenías cuando fumaste tu primer cigarro?:_____ años	
7.- ¿fumas tabaco actualmente?	(1) No (2) Si
8.-¿Cuántos cigarros fumas al día? :_____ cigarros	
9.- Esta pregunta debes responderla aunque tu respuesta en la pregunta 5 haya sido NO. Marca con una X la letra correspondiente si estás de acuerdo con los siguientes enunciados, una persona fuma porque ...	(1) Siente experiencias placenteras (2) Tiene más seguridad en sí misma (3) La hace más relajada (4) La hace más aceptada ante los demás (5) Es más aceptada ante sus amigos (6) La hace desinhibida (7) Ignora las consecuencias de fumar (8) Le gusta reflexionar
10.- ¿Has consumido alguna bebida alcohólica? (si tu respuesta es NO pasa a la pregunta 16)	(1) No (2) Si
11¿Cuántos años cumplidos tenías cuando tomaste la bebida?:_____ años	
12.- ¿Tomas actualmente?	(1) No (2) Si
13.- ¿Cuántos días consumiste alcohol en el último mes? :_____ días	
14.- Generalmente, ¿Cuántas cervezas (335 ml), vasos, copas, etc., tomas?	(1) Menos de cuatro (2) Cuatro a cinco (3) Más de cinco
15.- ¿Cuándo fue la última vez que bebiste?	(1) Menos de tres días (2) Más de tres días pero menos de una semana (3) Más de una semana y menos de quince días (4) Más de quince días y menos de un mes (5) Más de un mes
16.- ¿Has consumido alguna droga? (si tu respuesta es NO pero bebes alcohol pasa a la pregunta 20, si tu respuesta es NO y NO consumes alcohol pasa a la pregunta 22)	(1) No (2) Si
17.-¿Cuántos años cumplidos tenías cuando la consumiste?:_____ años	
18.- ¿Consumes droga actualmente?	(1) No (2) Si
19.- ¿Cuándo fue la última vez que consumiste alguna droga?	(1) Menos de tres días (2) Más de tres días pero menos de una semana

	(3) Más de una semana y menos de quince días (4) Más de quince días y menos de un mes (5) Más de un mes
--	---

Si has consumido alcohol o drogas contesta las siguientes preguntas (de lo contrario pasa a la pregunta Dejar en blanco las columnas si la pregunta no aplica porque sólo consumes alcohol o droga y no ambos. Ninguna fila debe quedar vacía.

20. Contesta cada pregunta colocando una X en la opción que juzgues más adecuada	Alcohol			Droga		
	Nunca	A veces	Siempre	Nunca	A veces	Siempre
a) Lo(a) consumo más de lo que planeaba sin darme cuenta	1	2	3	1	2	3
b) He continuado consumiéndolo(a) aún después de haber querido parar	1	2	3	1	2	3
c) He conducido un automóvil u otra maquinaria después de consumirlo(a)	1	2	3	1	2	3
21. Contesta cada pregunta colocando una X en la opción que juzgues más adecuada	Alcohol			Droga		
	Nunca	A veces	Siempre	Nunca	A veces	Siempre
a) Me siento orgulloso de consumirlo(a)	1	2	3	1	2	3
b) Puedo consumir más que otras personas sin que se me note	N 1	2	3	1	2	3

22.- ¿Estás en desacuerdo con usar anticonceptivos?	(1) No (2) Si
23.- ¿Has tenido relaciones sexuales? (si tu respuesta es No has terminado, gracias por tu colaboración)	(1) No (2) Si
24.-¿Cuántos años cumplidos tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?:_____años	

25.- ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?	(1) Novio (a) (2) Amigo (a) (3) Esposo (a) (4) Familiar (5) Sexo-servidor (a) (6) Desconocido (a) (7) Otro (especifica)_____
26.- ¿Utilizaste anticonceptivo?	(1) No; ¿Por qué?_____ (2) Si; ¿Cuál?_____
27.- ¿Con quién has tenido relaciones sexuales?	(1) Sólo con personas del género opuesto (2) Sólo con personas de mi mismo género (3) Tanto con hombres como con mujeres
28.- ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?: _____ personas	
29.- ¿Has tenido que recurrir al aborto como consecuencia de tus relaciones sexuales?	(1) No (2) Si
30.- ¿Has tenido alguna enfermedad sexualmente transmisible?	(1) No (2) Si, ¿Cuál?_____
31.- ¿Con qué frecuencia utilizas métodos anticonceptivos?	(1) Nunca (2) A veces (3) Siempre
32.-¿Alguna vez tu(s) pareja(s) se ha(n) opuesto al uso de anticonceptivos?	(1) No (2) Si

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

Por último, revisa el cuestionario y completa lo que te haya faltado contestar, cuando termines por favor entrégalo a la persona encargada de supervisar la aplicación. Si tienes algún problema relacionado con alguna de las situaciones que te preguntamos, y quieres pedir consejo o ayuda, acércate a preguntarnos personalmente sobre un problema en particular, no dudes en hacerlo ¡¡¡ tenemos toda la disposición para ayudarte en lo que podamos!!!