



PROBLEMÁTICAS PSICOSOCIALES en adolescentes de una comunidad indígena de Chiapas, México

Oscar Cruz Pérez • Germán Alejandro García Lara (coordinadores)
Jesús Ocaña Zúñiga • Carlos Eduardo Pérez Jiménez
José Luis Hernández Gordillo
Sergio Pastrana Ruiz • Javier Alejandro Anaya Cantoral

Colección
Montebello



UNICACH

Problemáticas psicosociales en adolescentes de una comunidad indígena de Chiapas, México

(Coordinadores)

Oscar Cruz Pérez

Germán Alejandro García Lara

Jesús Ocaña Zuñiga

Carlos Eduardo Pérez Jiménez

Jose Luis Hernández Gordillo

Sergio Pastrana Ruíz

Javier Alejandro Anaya Cantoral



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

2015

**Colección
Montebello**



UNICACH

Esta colección, cuyo nombre es un tributo a las famosas lagunas de Montebello, concentra los títulos procedentes de las ciencias de la salud impartidas dentro de la oferta educativa de la universidad, tales como Odontología, Psicología —en el ámbito clínico— y Nutrición.

Primera edición: 2015

D. R. ©2015. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas
1ª Avenida Sur Poniente número 1460
C. P. 29000, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.
www.unicach.mx
editorial@unicach.mx

ISBN

Diseño de la colección: Manuel Cunjamá

Diseño de portada: Manuel Cunjamá

Impreso en México

Problemáticas psicosociales en adolescentes de una comunidad indígena de Chiapas, México

(Coordinadores)

Oscar Cruz Pérez

Germán Alejandro García Lara

Jesús Ocaña Zuñiga

Carlos Eduardo Pérez Jiménez

Jose Luis Hernández Gordillo

Sergio Pastrana Ruíz

Javier Alejandro Anaya Cantoral

**Colección
Montebello**



UNICACH

Índice

Presentación	9
1. Justificación y alcances de la investigación	15
1.1. Antecedentes	15
1.2. Contexto de la investigación	20
1.3 Hipótesis y variables	22
1.4. Objetivos	23
1.5. Tipo de estudio, diseño y procedimiento metodológico	24
1.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	24
1.7 Procedimiento de análisis de los datos	27
2. El entramado teórico conceptual del estudio.....	29
2.1 La orientación escolar. El tedio de la escuela o el gusto por estudiar	29
2.2 Las relaciones sexuales a edad temprana	33
2.3. Ideación suicida en adolescentes	37
2.4 Sintomatología depresiva en adolescentes	47
2.5 La impulsividad.....	54
2.6 La autoestima en adolescentes	57
2.7 El POSIT, como tamizaje de diversas áreas de funcionamiento adolescente	61
3. Análisis e interpretación de los resultados	73
3.2 Consistencia interna de los instrumentos.....	76
3.3 Medidas de tendencia central para cada una de las variables	76
3.4. Análisis de las variables de estudio	78
3.5 Modelos de regresión logística multivariable	88
4. Discusión y conclusiones	97
Bibliografía y referencias documentales.....	105
Anexos.....	121

Presentación

El Cuerpo Académico de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la UNICACH, denominado: Educación y Procesos Sociales Contemporáneos, tiene como Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento (LGAC), la de: Sujetos, procesos y problemáticas psicosociales. En el periodo 2011-2012, fue posible contar con tres proyectos financiados, uno en el rubro de Cuerpos Académicos y dos en el de Fomento a la Investigación.

En este último se inscribe el presente trabajo: *Problemáticas psicosociales en adolescentes de una comunidad indígena de Chiapas, México*, financiado por el Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP 0222) de la Subsecretaría de Educación Superior, a través del Programa de Becas *Reincorporación de exbecario PROMEP, convocatoria 2011*.

El trabajo reviste particular importancia, al ser el primero que se realiza con estudiantes indígenas, sobre diferentes problemáticas psicosociales y características psicológicas, entre ellas, la salud mental, la sintomatología depresiva, ideación suicida, impulsividad, la autoestima, la sexualidad, el uso / abuso de sustancias, la conducta agresiva / delictiva, las relaciones familiares y con amigos, el interés laboral y educativo. El interés por explorar estos tópicos, fue ampliamente motivado por la autora de muchos de los trabajos consultados sobre el tema, la doctora Catalina González-Forteza, Investigadora en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, quien además ha validado todos los instrumentos utilizados en este estudio, en población de adolescentes mexicanos de zona urbana.

La población adolescente, constituye un grupo social altamente vulnerable a las problemáticas psicosociales en una sociedad moderna, globalizada, heterogénea y diversa, lo que alcanza incluso contextos rurales e indígenas. Los problemas psicosociales de los adolescentes han sido abordados por diferentes investigadores y académicos preocupados por la educación, la recreación, la alimentación y la salud en general.

El documento que se comparte, se presenta a manera de informe. Por ello, en primera instancia, se expone en el capítulo: “Justificación y alcances de la investigación”, la discusión sobre los aspectos centrales de la problemática analizada, los antecedentes, contextualización y problematización del objeto de estudio, la metodología desarrollada a través de un estudio de tipo descriptivo correlacional, con un diseño no experimental, transeccional, a fin de identificar las problemáticas psicosociales de adolescentes indígenas en una comunidad de los Altos de Chiapas, concretamente de alumnos inscritos en los niveles de secundaria y bachillerato de San Andrés Larráinzar, Chiapas. Este apartado fue elaborado por Oscar Cruz Pérez y Germán Alejandro García Lara.

Para llevar a cabo el trabajo, fue necesario solicitar la aprobación de las autoridades tradicionales de San Andrés Larráinzar, para ello, la intermediación del maestro Carlos Pérez Sánchez, exdirector de uno de los planteles -nivel primaria- quien participa activamente en diferentes tareas dentro la comunidad, fue clave para acordar un encuentro con dichas autoridades, encabezados por los señores jueces, el secretario, los alcaldes, el gobernador y los mayores, quienes en un acto ceremonial, lleno de rituales y solemnidad (vividos por todos los que participamos en el estudio como una experiencia inédita, altamente significativa), nos iniciaron en el aprendizaje del sentido de comunidad que vivencian, nos recibieron, nos escucharon con amabilidad y respeto. Además, nos brindaron su irrestricto apoyo para llevar a cabo el trabajo. A todos ellos, les expresamos nuestro más profundo agradecimiento, por haber dispuesto de su valioso tiempo para atendernos en los diferentes encuentros, por compartirnos sus impresiones sobre algunos aspectos de la vida cotidiana de la comunidad.

Una vez que conversamos con las autoridades tradicionales y obtuvimos su anuencia para realizar el trabajo, nos presentamos ante los

directivos de la Escuela Secundaria Técnica no. 57, siendo atendidos por el profesor Héctor Aguilar Cruz Interiano, subdirector del centro escolar, al mismo que informamos respecto de los propósitos de la investigación y las tareas que se desarrollarían en la misma, por consiguiente nos autorizó llevar a cabo las actividades, ofreciéndonos su apoyo y facilidades. Lo mismo se realizó con el director del Colegio de Bachilleres de Chiapas (COBACH), plantel no. 60, el Ingeniero Francisco Ruiz Pérez. Tanto al Profesor Héctor como al Ingeniero Francisco les expresamos nuestro agradecimiento por su confianza y apoyo para la realización del trabajo.

En ambos planteles, fue posible reunirnos además con el personal docente y directivos a quienes expusimos los aspectos centrales del trabajo de investigación, respondiendo a las interrogantes surgidas en torno al estudio durante las reuniones. Ello facilitó enormemente la tarea a realizar, ya que los docentes no solamente nos permitieron un espacio en su horario de trabajo, sino también tener una mayor organización para la aplicación y llenado de los instrumentos.

La aplicación de instrumentos, se realizó en dos sesiones de trabajo de aproximadamente una hora cada una de éstas en ambos planteles, para ello, se contó con la colaboración de 20 alumnos de la Escuela de Psicología de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la UNICACH, a quienes se capacitó previamente sobre el contenido, registro y llenado de las escalas, en particular, para explicar términos que fuesen confusos o poco claros de comprender por los estudiantes. Durante la aplicación, en algunos grupos fuimos auxiliados por los docentes que impartían clases en ese horario, ellos coadyuvaron en mantener la organización del grupo, resolver dudas sobre el llenado de los instrumentos y del significado de algunos términos. Los mismos alumnos que aplicaron los instrumentos fueron los encargados de capturar en ficheros del SPSS, los datos compilados.

Un segundo capítulo, denominado: “El entramado teórico conceptual del estudio”, expone los referentes teóricos que posibilitan la comprensión de los temas que se abordan. Estos fueron elaborados por diferentes compañeros, los primeros dos bloques de información dan cuenta de la actividad de estudio y el gusto por la escuela, así como de la

sexualidad en los adolescentes, a partir de dos cuestionarios que de manera breve, reportan algunos datos sobre los temas. El apartado orientación escolar fue desarrollado por José Luis Hernández Gordillo, quien explica algunos aspectos conceptuales relacionados con la educación y la orientación escolar, así como la disposición a la escuela, el aburrimiento en ésta, el gusto por estudiar y la opinión de los adolescentes sobre su voluntad de hacerlo que aparecen en los datos recabados.

Germán Alejandro García Lara y Javier Alejandro Anaya Cantoral, elaboran el componente: *Las relaciones sexuales a edad temprana*, en el que integran información relacionada con la sexualidad en este periodo de desarrollo, el inicio de la vida sexual activa, el uso de condón y el número de parejas, así como la frecuencia de las relaciones en los adolescentes.

Más adelante, se muestra información sobre ideación suicida, sintomatología depresiva, impulsividad y autoestima. El primer bloque denominado: *Ideación suicida*, fue elaborado por Carlos Eduardo Pérez Jiménez, en éste se expone información sobre el concepto, factores relacionados y trabajos llevados a cabo en México en que se da cuenta de la magnitud del problema. El siguiente apartado denominado: *Sintomatología depresiva en adolescentes* por Germán Alejandro García Lara, presenta algunos antecedentes y aspectos conceptuales relacionados con el tema, instrumentos que evalúan la depresión, sus características, en específico, de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), así como los aspectos de confiabilidad y validez de dicho instrumento y su pertinencia para su uso en estudios poblacionales. Germán Alejandro García Lara también trabaja, *La impulsividad*, donde expone aspectos conceptuales del término, su relación con otras alteraciones, así como las características generales del instrumento que se aplica en este trabajo. *La autoestima en adolescentes*, es realizado por Oscar Cruz Pérez, quien presenta la importancia del estudio de esta dimensión psicológica, y de su relevancia como predictora de otras manifestaciones en el adolescente, situándole como un factor de riesgo o protector asociado a diferentes problemáticas como el consumo de sustancias adictivas, la depresión y la ansiedad, entre otros aspectos. Asimismo, se analizan algunos instrumentos que evalúan esta dimensión psicológica, haciendo especial énfasis en la Escala de Autoestima

de Rosemberg, en términos de sus características y propiedades psicométricas.

Finalmente, en el apartado: *El POSIT, como tamizaje de diversas áreas de funcionamiento adolescente*, escrito por Oscar Cruz Pérez y Sergio Pastrana Ruiz, describe los antecedentes de conformación y validación del instrumento, analizando aspectos conceptuales y estadísticos de las dimensiones del POSIT, tales como uso / abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares y con amigos, nivel educativo, conducta agresiva / delictiva e interés laboral.

El tercer capítulo: “Análisis e interpretación de los resultados” fue desarrollado bajo la coordinación de Jesús Ocaña Zúñiga y Germán Alejandro García Lara. Para ello, los datos capturados en el fichero, fueron procesados a través del software SPSS, versión 22.0 para obtener información sociodemográfica de los estudiantes y sus padres, estadísticos descriptivos de tendencia central de cada una de las variables en estudio, análisis de frecuencias de los reactivos incluidos en los apartados de orientación escolar y sexualidad, recuento de casos con dificultades en cada una de las dimensiones incluidas en el POSIT, prevalencia por niveles de sintomatología depresiva, ideación suicida, impulsividad o baja autoestima, número de casos que presentan dificultades en la sintomatología citada en cada una de las dimensiones del POSIT; población con y sin ideación suicida con mayor o menor: sintomatología depresiva, impulsividad y autoestima, información sobre las dificultades que se observan en cada una de las dimensiones del POSIT, y que implican altos índices de riesgo, así como correlación y regresión lineal, lo que permite obtener información detallada de cada una de las variables analizadas.

El análisis de consistencia interna de los instrumentos, reporta niveles moderados, aceptables y altos de los distintos instrumentos de tipo escalar, a partir de la aplicación del coeficiente Alpha de Cronbach y de la prueba de Kuder-Richardson 20, para variables dicotómicas.

Los datos muestran, índices de media mayores para sintomatología depresiva, respecto de otros grupos en que se han aplicado los mismos instrumentos. En cuanto al número de casos con estas características, destaca que, más del 50%, presentan al menos un síntoma de ideación

suicida y sintomatología depresiva, mientras que la impulsividad se hace evidente en apenas poco más del 10% de la población; asimismo, de acuerdo al POSIT, poco más del 14% de los casos, observa un índice de riesgo global en las diferentes áreas de funcionamiento adolescente, mayor en las subescalas relaciones con amigos, relaciones familiares, uso / abuso de sustancias, nivel educativo y salud mental, siendo mínimo para conducta agresiva / delictiva e interés laboral; se advierte una estrecha relación entre ideación suicida y sintomatología depresiva con casi todas las dimensiones del POSIT, excepto conducta agresiva / delictiva e interés laboral. Se señala el inicio de la vida sexual activa desde los 14 o 15 años, con poco más del 60% utilizando condón en su primera relación sexual, aunque disminuyendo esta situación a menos del 40% en posteriores relaciones sexuales, con cierto disgusto o tedio por estar en la escuela en al menos 2 de cada 10 estudiantes.

La aplicación de modelos de regresión logística multivariable, para ideación suicida y sintomatología depresiva, respecto de las demás variables psicosociales en estudio y de las dimensiones del POSIT, confirman que la autoestima constituye un factor protector respecto de la ideación suicida y sintomatología depresiva, asimismo, que la ideación suicida es un importante predictor de la sintomatología depresiva y que la sintomatología depresiva lo es de la ideación suicida. En cuanto a las dimensiones del POSIT, la de salud mental resulta ser la única variable predictora significativa de ambas variables, además de relaciones con amigos para ideación suicida.

Finalmente, en el capítulo 4. “Discusión y conclusiones”, se presentan comentarios que enfatizan los conocimientos construidos a partir del estudio realizado, su importancia en el entorno escolar, especialmente en el trabajo de docentes y orientadores, así como el basamento empírico que provee para la realización de trabajos de detección, prevención o intervención sobre las problemáticas psicosociales estudiadas.

Germán Alejandro García Lara
Oscar Cruz Pérez
Verano de 2014

1. Justificación y alcances de la investigación

1.1. Antecedentes

La Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas (UNICACH), participa dentro del Comité de Educación y Salud de la estrategia 100 x 100, de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), iniciativa del gobierno federal que busca incidir, de manera integral, en las condiciones de rezago de los municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH) del país, misma que se inserta dentro del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. En este sentido, la UNICACH, se compromete a participar en el proyecto de atención a zonas prioritarias, considerando como contexto de intervención el municipio de San Andrés Larráinzar, identificado dentro de los 20 municipios con menos IDH del estado de Chiapas.

Desde el año de 2007, se realizan en este municipio acciones de atención odontológica, psicológica, nutricional y de cuidado del medio ambiente con escolares de secundaria y bachillerato.

La población adolescente, constituye un grupo social altamente vulnerable a las problemáticas psicosociales, que se derivan de su desarrollo físico, psicológico y sus relaciones sociales, así como de las condiciones del entorno. Tales aspectos han sido abordados por diferentes investigadores y constituyen una preocupación para las instituciones que atienden a esta población a fin de definir políticas públicas acordes a sus circunstancias presentes.

Dentro de las problemáticas psicosociales que aborda la presente investigación se encuentran: la sintomatología depresiva, ideación

suicida, impulsividad, autoestima, problemas relacionados con áreas de funcionamiento del adolescente como el uso y abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, conducta agresiva, interés laboral y conductas sexuales de riesgo.

Según la Secretaría de Salud (2009) de nuestro país, el suicidio es ya una de las 10 principales causas de muerte: en 2007, el suicidio fue la octava causa de muerte para el grupo de varones desde cinco hasta catorce años de edad y la décima para las mujeres de este mismo grupo de edad; la cuarta causa para el grupo de varones desde quince hasta diecinueve y la segunda para las mujeres de este mismo grupo de edad. El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), identificó a la violencia autoinfligida como uno de los padecimientos sustanciales que debe enfrentar la sociedad moderna. Según el INEGI (2005), en México, durante los últimos años se ha incrementado el índice de intentos de suicidio y de suicidios consumados, lo cual lo convierte en un problema de salud pública.

Montes y Montes (2009), realizaron una investigación, sobre las ideas suicidas con 169 adolescentes; 121 mujeres (72%) y 48 varones (28%) desde 15 hasta 18 años de edad, quienes cursan el bachillerato en la ciudad de Puebla, Puebla, encontrándose, entre otros datos importantes, que las ideas suicidas estaban fuertemente asociadas a situaciones depresivas de los jóvenes. Vallejo, Osorno y Mazadiego (2008) reportan que, la sintomatología depresiva es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres; en los alumnos de secundaria que en los de bachillerato, de una muestra de 496 estudiantes de secundaria y bachillerato de la ciudad de Poza Rica, Veracruz, México.

En este mismo sentido, Borges, Medina-Mora, Orozco, Ouéda, Villatoro y Fleiz (2009) analizaron la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008, que se aplicó a una muestra de 22 mil 962 sujetos de toda la república mexicana, y encontraron que de la población que aprendió a hablar o habla una lengua indígena el 7.10% presentó ideas suicidas, el 1.16% ha realizado algún plan para suicidarse y el 1.16% lo ha intentado. Con relación a la edad, los sujetos desde 15 hasta 17 años es el grupo de

población con mayor prevalencia de ideación, plan e intento suicida. Esta misma característica la presentan las mujeres y las personas sin escolaridad.

La sintomatología depresiva que incluye alteraciones como la disminución del ánimo, inapetencia, irritabilidad e inquietud motora, también se encuentra estrechamente relacionada con la ideación suicida (Butcher, Mineka y Holley, 2007), así como con otros problemas de conducta, de estudio y consumo de sustancias. Su prevalencia se sitúa entre el 3.3 y 21.4% de la población (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013), siendo en Chiapas, mayor a la media nacional, que es de 2.5 en hombres y 5.8 en mujeres (Secretaría de Salud, 2008).

Algunos factores de riesgo asociados con la sintomatología depresiva son, ser mujer, bajo nivel socioeconómico, desempleo, aislamiento social, tener experiencias de violencia o el consumo de sustancias (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013). El consumo de sustancias, se relaciona a su vez con las ideas suicidas y la sintomatología depresiva. En este ámbito, debe señalarse la tendencia hacia la disminución de la edad del inicio del consumo, el aumento del mismo entre mujeres y el incremento del uso de dos o más sustancias (Ortiz, Soriano, Galván y Meza, 2005).

De acuerdo con la ENA (2008), el consumo de alcohol y tabaco se da desde muy temprana edad entre los adolescentes, en tanto que las mujeres han aumentado su uso. Respecto a las drogas ilegales, la marihuana sigue siendo la de mayor consumo, en tanto que el de cocaína se ha duplicado, los adolescentes son el grupo de mayor riesgo, más expuesto al uso de sustancias con relación a generaciones previas. Esta aseveración ha sido también expresada en un estudio previo de Fleiz, Borges, Rojas, Benjet y Medina-Mora (2007).

En poblaciones rurales (localidades con población menor a 2 mil 500 habitantes), destaca el consumo menor tanto en hombres como en mujeres respecto de aquellos de zonas urbanas, sin embargo, en cuanto a la edad, el promedio es similar. Así, menos del 5% ha probado tabaco en el último año, de un 10.2% de aquellos de zona urbana.

Desde hace ya varias décadas, se ha señalado la presencia de diversas problemáticas asociadas con el uso de drogas. En la ENA (2008), se

destaca como factor de riesgo para el consumo de drogas, el que exista consumo por parte de familiares, pero sobre todo de amigos. Este último aspecto, es quizá uno de los factores más significativos que se relacionan al consumo en redes sociales disfuncionales (CIJ, 1999; Guzmán y Pedrao, 2008). Por su parte, Ripple y Suniya (1996), identifican la existencia de alteraciones de las estructuras vinculares, la jerarquía y las estructuras de autoridad en la familia; Muñoz-Rivas y Graña (2001); Castro (2001) y Gómez Cobos (2008), plantean el débil apoyo y control familiares, dificultad para el manejo del afecto, uso de alcohol y tabaco, exposición a eventos negativos (divorcio de los padres, muerte de personas significativas); a lo que se agrega la violencia intrafamiliar, el abandono y la sobreprotección (Díaz y García, 2008).

En trabajos como los de Carrasco, Barriga y León (2004) y Gil Villa (2006), se explica la relación que tiene la salud de los estudiantes con el aprovechamiento escolar, así como la no dedicación de tiempo completo al estudio, el ausentismo, limitado involucramiento en las tareas escolares y bajas expectativas académicas (Castro, 2001; Díaz y García, 2008). De hecho, gran parte de los modelos de intervención utilizados en la actualidad, citan la importancia que tiene considerar la percepción y actitudes sobre la escuela, así como la adherencia escolar (CIJ, 2000; 2009a y b).

Otros factores de riesgo ampliamente señalados en investigaciones son la impulsividad y conducta agresiva (Ramos-Quiroga, 2005; Murphy, 2005). Diversos estudios muestran la existencia de una relación significativa del consumo de drogas con el uso predominante de estrategias de afrontamiento del estrés autodirigidas, con trastornos de conducta (principalmente un bajo control de impulsos) y afectivo (depresión, ansiedad y otros síntomas psicopatológicos), así como con un uso inadecuado del tiempo libre (CIJ, 1997, 1999, 2000). Castro (2001), añade a ello conductas antisociales y actitudes de inconformismo social. Asimismo, se ha señalado su importancia como factor asociado a la ideación suicida (Rudd, 2008).

El trabajo de Gordillo y Camacho (1998) explora aspectos relacionados con el consumo de vinos y licores en 369 jóvenes de bachiller con

edades desde 15 hasta 18 años de Tuxtla Gutiérrez, en él se indica el abuso de estas sustancias en algunos jóvenes. El estudio de Yáñez Aguilar (1998), sobre la información que poseen ciento nueve adolescentes de secundaria acerca de los daños físicos que produce la marihuana, los inhalables, el tabaco, el alcohol y la cocaína, señala que aunque muchos de ellos tienen conocimiento de dicho daño, éste no es claro y preciso.

Los estudios que se han realizado en población adolescente, indican que es entre los 12 y 13 años de edad, que éstos se inician en el consumo de alcohol, y cada vez se vuelven más vulnerables a los efectos de esta sustancia. Asimismo, diversos factores de riesgo se relacionan con un pronóstico favorable o desfavorable de estos casos, sobre todo aquellos de índole familiar y personal. Con relación a la conducta sexual de riesgo, ésta se define como el uso inconsistente o no del condón o de métodos anticonceptivos, tener múltiples parejas sexuales y usar alcohol y drogas en la actividad sexual. Andrade y Betancourt (2008) reportan que de una muestra de mil 942 adolescentes del Distrito Federal, el 8.7% manifiestan conducta sexual de riesgo. Para estas investigadoras, entre las variables predictoras del riesgo de conducta sexual, están los amigos, el consumo de alcohol y tabaco, la permisividad del adolescente, la búsqueda de sensaciones y las dificultades en la comunicación con los papás.

El adolescente, muestra vulnerabilidad frente a los diversos sucesos de su entorno, factores como la autoestima, la ansiedad y la impulsividad constituyen aspectos básicos para entender conductas de inicio, así como mantenimiento del consumo de sustancias adictivas.

La autoestima es parte del proceso de desarrollo del individuo (Caso, Hernández y González, 2011), así, una alta autoestima tiene especial incidencia en un clima interaccional y comunicativo óptimo en el contexto familiar (Franklin y Streeter, 1995), el desarrollo escolar (DuBois, Bull, Sherman y Roberts, 1998; Hoge, Smit y Crist, 1995); mientras que su disminución, se relaciona con la depresión (Litten, 1999) y el consumo de sustancias (Dishion, Kavanagh, Schmeiger, Neilson y Kaufman, 2002).

De acuerdo con Armendáriz, Guzmán y Rodríguez (2008), la autoestima es un factor mediador que disminuye la probabilidad de consumo de sustancias, ya que favorece el sentimiento de seguridad de la

persona, evita las conductas de evasión, permite resistir la presión del medio social y tomar decisiones. En caso contrario, cuando la autoestima se afecta ante un evento negativo, se incrementa la ansiedad y el individuo reacciona buscando otras alternativas para enfrentar la situación, que en muchos casos derivan en conductas perjudiciales para la salud (Alonso, Álvarez y Guidorizzi, 2010).

Por todo lo anterior, es importante la evaluación del estado de las problemáticas psicosociales en adolescentes de un contexto indígena, que genere conocimientos más precisos en la detección oportuna de variables e indicadores asociados con la sintomatología depresiva, la ideación suicida, los comportamientos de riesgo en los diferentes ámbitos del desarrollo y comportamiento del adolescente, en aspectos relacionados con la familia, la escuela, el trabajo, los amigos, la recreación y características personales.

1.2. Contexto de la investigación

El trabajo de investigación se realizó en la cabecera municipal del municipio de San Andrés Larráinzar, que lleva el mismo nombre. El municipio se ubica en la región económica V Altos Tsotsil Tseltal, limita al norte con el municipio de El Bosque, al este con Santiago el Pinar y Aldama, al sur con Chamula y al oeste con Ixtapa y Bochil. Las coordenadas de la cabecera municipal son: 16° 53' 01" de latitud norte y 92° 42' 48" de longitud oeste y se ubica a una altitud de 2 mil metros sobre el nivel del mar. Se encuentra a 28 kilómetros de la ciudad de San Cristóbal Las Casas y a 90 kilómetros de la capital del estado.

La lengua materna es el tsotsil. Según el INEGI, en el 2005 el municipio tenía 15 mil, 304 habitantes, 12 mil 715 hablan la lengua materna, de los cuales el 62.35% eran bilingües (tsotsil/ castellano) y el 37.61% monolingües. Los pobladores de la comunidad, mayoritariamente se dedican a las actividades agrícolas y a la cría de ovinos y animales domésticos, la producción es de autoconsumo.

De acuerdo a los indicadores de pobreza y rezago social 2005, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, ubica al municipio en grado de marginación y rezago social en *muy alto* y el desarrollo humano en grado *medio*. Los porcentajes de la población en pobreza alimentaria, de capacidades y de patrimonio son del 78.35%, 85.04% y 94.99% respectivamente. Según la Secretaría de Educación del Estado (2008), al finalizar el ciclo escolar 2007-2008 el número de alumnos en el nivel de primaria era de 4 mil 584, de secundaria 909 y de bachillerato 360, se observa claramente que en la medida que incrementa el nivel académico la cantidad de población estudiantil disminuye. En este sentido, es importante dar cuenta de las problemáticas psicosociales de los adolescentes que asisten a los centros educativos de secundaria y bachillerato de la comunidad. En el ciclo escolar (2010-2011) se tiene una población de 594 alumnos de secundaria y 308 de bachillerato, que constituye la población de estudio.

1.3 Hipótesis y variables

Hipótesis de trabajo

- La incidencia de problemáticas psicosociales en los adolescentes estudiados, varía según la edad y el sexo.
- A mayor ideación suicida, mayor sintomatología depresiva, impulsividad y problemas relacionados con áreas de funcionamiento del adolescente.
- La autoestima constituye una variable predictora importante de la ideación suicida y sintomatología depresiva.

Variables

- Ideación suicida.
- Impulsividad.
- Sintomatología depresiva.
- Autoestima.
- Conducta sexual de riesgo.
- Problemas en las áreas de funcionamiento del adolescente: Uso y abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva.

Variables atributivas

- Edad.
- Sexo.
- Grado escolar.
- Promedio escolar.
- Escolaridad de los padres.
- Ocupación de los padres.

1.4. Objetivos

Objetivo general

- Describir las problemáticas psicosociales de adolescentes indígenas de la comunidad San Andrés Larráinzar, Chiapas, México.

Objetivos específicos

- Identificar la incidencia de ideas suicidas e impulsividad en la población de estudio.
- Establecer el nivel de sintomatología depresiva en los adolescentes de estudio.
- Caracterizar el nivel de autoestima presente en la población de estudio.
- Realizar el análisis de frecuencias de las conductas sexuales en la población de estudio.
- Caracterizar las áreas problemáticas del funcionamiento del adolescente.
- Establecer la relación entre las variables de estudio (ideación suicida, impulsividad, sintomatología depresiva, autoestima, uso y abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva).
- Comparar las distintas variables de estudio, respecto de las características sociodemográficas de la población.
- Obtener a través de modelos de regresión las variables predictoras para ideación suicida y sintomatología depresiva.

1.5. Tipo de estudio, diseño y procedimiento metodológico

Se aplica un estudio descriptivo correlacional, con un diseño no experimental, transeccional, en el que se incluyen las siguientes etapas:

Etapa 1. Capacitación e instrumentación de la investigación.

- 1.1. Capacitar a alumnos colaboradores en el estudio, sobre la aplicación, contenido y llenado de los instrumentos, así como de su captura en el SPSS, versión 22.0.
- 1.2. Realizar mediante análisis de jueces la revisión de los instrumentos de recolección de información, con la finalidad de que su contenido sea comprensible por los estudiantes a quienes se dirige el estudio.
- 1.3. Adecuar los instrumentos, en caso de ser necesario.

Etapa 2. Recolección de datos.

- 2.1. Solicitar la autorización de las autoridades tradicionales de la comunidad, así como de los directivos de los centros escolares.
- 2.2. Aplicar los instrumentos de recolección de datos.
- 2.3. Revisar y validar las aplicaciones.

Etapa 3. Análisis y procesamiento de los datos.

- 3.1. Captura y procesamiento de los datos mediante el SPSS versión 22.0.
- 3.2. Desarrollar un seminario, mediante el cual se profundice en el análisis y discusión de los conceptos clave considerados en la investigación.
- 3.3. Integrar el reporte de investigación.

1.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En esta investigación se utilizan los siguientes instrumentos:

1. Escala de Ideación Suicida (Roberts, 1980). Se constituye por cuatro reactivos, con los cuales se exploran sentimientos y pensamientos sobre la propia muerte, de experiencias que pudieron haber ocurrido durante los últimos siete días. Tiene cuatro

- opciones de respuesta: “cero días”, “desde uno hasta 2 días”, “desde 3 hasta 4” y “desde 5 hasta 7 días”, codificada con valores desde “uno hasta 4”. Fue validada y revalidada para adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y bachillerato por González-Forteza en 1992 y 1996.
2. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos: CES-D (por sus siglas en inglés) (Radloff, 1977). Validada en México por González-Forteza en 1992 y 1996. Evalúa la sintomatología depresiva de la semana previa a su contestación, con opciones de respuesta: “cero días”, “desde uno hasta 2 días”, “desde 3 hasta 4 días” y “desde 5 hasta 7 días”, codificada con valores “desde uno hasta 4”. Mide cuatro factores: I. afecto negativo; II. afecto positivo; III. actividad retardada y somatización y IV: relaciones interpersonales (Radloff, 1977). La consistencia interna de la escala reportada con adolescentes mexicanos va desde un Alfa de Cronbach, $\alpha = .84$ hasta $.90$ (González-Forteza, 1992; Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza, 1993).
 3. La Escala de Impulsividad (EI) (Climent *et al.*, 1989), consta de cinco reactivos y cuatro opciones de respuestas tipo Likert. Su consistencia interna es de entre $\alpha = 0.70$ hasta $\alpha = 0.75$. Ha sido validada por González-Forteza (1992, 1996, 1997). Tiene cuatro opciones de respuesta: *casi nunca, a veces, con frecuencia y con mucha frecuencia*, codificada con valores desde uno hasta cuatro.
 4. Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), validada para adolescentes estudiantes mexicanos por González-Forteza (1992, 1993, 1996, 1997). Consta de diez reactivos, con cuatro opciones de respuesta cada uno, que van desde *totalmente en desacuerdo* hasta *totalmente de acuerdo*, codificada con valores desde uno hasta cuatro; se considera que a mayor puntaje, mayor autoestima. Las dos dimensiones que la integran contemplan: atributos positivos y negativos de autoestima.
 5. Cuestionario sobre orientación escolar, que incluye cuatro reactivos que exploran el disgusto y aburrimento del alumno por la escuela, así como la consideración de si le gusta y es bueno en

el estudio. Las opciones de respuesta son: *todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, algunas veces y casi nunca*, las que se codifican desde el uno hasta el cuatro.

6. Cuestionario sobre sexualidad, explora a través de seis reactivos: tener o no relaciones sexuales, la edad de la primera experiencia, usó o no del condón, el número de parejas y relaciones sexuales tenidas en los últimos seis meses. Las preguntas sobre con el uso del condón se responden con *Sí* o *No*, la edad presenta un rango desde los 11 hasta los 17 años o más. Los reactivos que miden frecuencia presentan un rango desde uno hasta más de 7.
7. Instrumento de Tamizaje POSIT. Fue elaborada por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) y el National Institute of Health en 1991, como parte del Sistema de Evaluación y Referencia del Adolescente (Adolescent Assessment / Referral System, AARS) (Rahdert, 1991) y validada en México por Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora en 1998. Explora si existen problemas relacionado con áreas de funcionamiento del adolescente, el abuso de alguna sustancia, o si se requiere referir el caso para profundizar en su estudio o intervención (Medina-Mora, 1998). Analiza siete áreas de funcionamiento: el uso y abuso de sustancias (reactivos 2, 17, 21, 25, 33, 36 41, 46, 47, 48, 54, 56, 57, 58, 62, 65 y 68); salud mental (reactivos 5, 6, 8, 10, 15, 23, 28, 40, 43, 55, 60, 63, 66, 75, 76 y 80); relaciones familiares (reactivos 4, 14, 20, 22, 32, 39, 45, 52, 70 y 71); relaciones con amigos (reactivos 3, 13, 19, 29, 67, 73 y 77); nivel educativo (reactivos 7, 8, 12, 15, 18, 26, 34, 40, 42, 61, 66, 69, 72, 74, 79 y 80); interés laboral (reactivos 16, 27, 36, 44, 51 y 78); y, conducta agresiva (1, 9, 11, 24, 30, 31, 35, 37, 49, 50, 53, 59, 64 y 81). La versión final de este instrumento, se constituye de 81 reactivos ($\alpha = .9057$).
8. De la población encuestada se obtiene además información sociodemográfica y educativa: edad, sexo, grado escolar, promedio escolar, escolaridad y ocupación de los padres.

1.7 Procedimiento de análisis de los datos

Una vez requisitado cada uno de los instrumentos aplicados, se procedió a su captura en un fichero elaborado en el SPSS, versión 22.0. Para su procesamiento, en un primer momento se clasificó, ordenó y sintetizó la información mediante la elaboración de tablas de distribución de frecuencias y estadígrafos descriptivos. A continuación se aplicó análisis de correlación y regresión lineal para identificar posibles relaciones entre las variables numéricas de interés para la investigación. Posteriormente se procedió a realizar pruebas de hipótesis para la comparación de medias y proporciones entre grupos, con la finalidad de evaluar la posible influencia de una variable factor sobre otra. A partir de la interpretación de resultados de este análisis se desarrollaron las conclusiones de la investigación.

2. El entramado teórico conceptual del estudio

En este capítulo se presenta la discusión conceptual relacionada con los principales tópicos referidos en el trabajo, tales como la orientación escolar, la sexualidad, la ideación suicida, la sintomatología depresiva, la impulsividad, la autoestima y un apartado final sobre diversas áreas de funcionamiento adolescente. En cada uno de dichos apartados, se ofrece información sobre todos o algunos de los siguientes aspectos: la descripción del tema, su historia, importancia política, social, económica; relevancia del tema para la comunidad, importancia de la temática y/o problemática en el contexto de estudiantes de secundaria y bachillerato de una comunidad indígena; conceptualización de los principales términos que se incluyen para el análisis e información sobre los instrumentos que se utilizan en el estudio.

2.1 Orientación escolar

Para ubicar a la orientación educativa de manera conceptual es pertinente abordar en términos generales el campo teórico en la que se encuentra inserta: la *pedagogía*. Esta disciplina tiene como objeto de estudio a la educación, la cual empezó a edificarse con el lenguaje polisémico del ser humano, por esta razón la educación también es polisémica, prueba de ello es la existencia de una diversidad de modelos, tendencias y perspectivas educativas, debido a que cada sociedad aspira a un ideal de hombre y en función de este deseo prepara a los jóvenes. Todo pueblo tiene su propia educación con sus preceptos morales políticos y religiosos, para Durkheim (2009, p. 70), “La edu-

cación es la acción ejercida por las generaciones adultas sobre las que todavía no están maduras para la vida social. Tiene por objetivo desarrollar en el niño un cierto número de estados físicos, intelectuales y morales que le exigen la sociedad política en su conjunto y el medio especial al que está particularmente destinado”. La educación socializa a ese ser único en su historia, quien simultáneamente es representativo de toda la humanidad.

Con la educación se construye el sujeto, no obstante la diversidad de su naturaleza existe una base común que tiene que ver con el orden de lo social. En toda sociedad existen ideas, sentimientos y prácticas que la educación debe transmitir, sin importar la categoría social de los alumnos.

Pero todo este proceso en ¿quién descansa inicialmente?, ¿por qué el Estado asume esta función?, el niño nace dentro de un seno familiar, primeramente pertenece a sus padres, a éstos les toca dirigir el desarrollo intelectual y moral del hijo. En este punto, la educación es esencialmente doméstica e informal; sin embargo, dada la dinámica social y económica actual, la familia tiene que trabajar y asumir múltiples ocupaciones, por lo que la educación de los hijos es relegada a la institución educativa llamada escuela. La educación como hecho social tiene la función de adaptar al sujeto al medio social en el que vive, por tanto, la escuela no puede permanecer ajena a este fin. A su vez, la sociedad se encarga de recordarle al maestro los ideales y sentimientos que debe enseñar al sujeto para que lleve una vida armoniosa. Por ello, el Estado tiene que estar pendiente para que la acción pedagógica se ejerza en un sentido social y no en una línea personal, pues se corre el riesgo de que la sociedad se fragmente y choque con creencias particulares. Con esto la educación queda subordinada a la inspección del Estado.

En la educación subyacen formas de orientación, estilos de existencia y vida que se expresan en funciones de socialización, represión, conservación o transformación, y que constituyen las posturas que el profesor puede adoptar en un proceso de orientación educativa. Por ello, resulta esencial el análisis polisémico del vocablo orientación educativa.

La orientación educativa, es un proceso dinámico y sistematizado, técnico y profesional que asiste permanentemente a la persona a lo largo de su evolución vital para que consiga en cada momento de su vida, el más eficaz y satisfactorio desarrollo de sus potencialidades personales, posibilidades sociales y solución de problemas, de acuerdo a su interés, aptitudes y valores (Castillo, 1989). Una de las funciones centrales de la orientación educativa es atender al estudiante a quien se dirige su aplicación, ya que de lo contrario, la orientación en sí misma no tiene sentido.

La orientación educativa “es aquella fase del proceso educativo que tiene por objeto ayudar a cada individuo a desenvolverse a través de la realización de actividades y experiencias al mismo tiempo que adquirir mejor conocimiento de sí mismo” (Herrera y Montes, 1982). La elección vocacional o la decisión de asumirse como un estudiante interesado por la escuela y por aprender, es un proceso complejo cuyo derrotero resulta poco fácil de discernir. Por ello, el orientador debe reflexionar acerca de la naturaleza del ser humano llamado alumno, situándolo en el contexto cultural y familiar del cual procede, entendiendo que éste es un sujeto con una historia de vida única, que cuenta con afecto, conocimiento y comportamiento determinado.

Para Roig (2004),

La orientación constituye un problema esencialmente humano y de contenido formativo o educativo, puesto que afecta al único ser -hombre- que decide su propio proyecto de vida a través de una secuencia de opciones y decisiones o de elecciones que, en forma de problemas vocacionales y epistemológicos le va planteando la existencia diaria y la necesidad de interpretar adecuadamente las situaciones fundamentales de la vida: por eso constituye también un problema básicamente educativo o formativo que se traduce en un proceso de ayuda y de guía para que el sujeto pueda alcanzar, de forma progresiva, los niveles de madurez personal suficientes para acertar ante las situaciones de elección.

Por su parte Rodríguez (2008, p. 11), sostiene que:

Orientar es fundamentalmente, guiar, conducir, indicar de manera procesual para ayudar a las personas a conocerse a sí mismas y al mundo que las rodea; es auxiliar a un individuo a clarificar la esencia de su vida, a comprender que él es una unidad con significado capaz de y con derecho a usar de su libertad, de su dignidad personal, dentro de un clima de igualdad de oportunidades y actuando en calidad de ciudadano responsable tanto en su actividad laboral como en su tiempo libre ... [Aunque son muchas las definiciones] casi todos los autores coinciden a grandes rasgos, en caracterizar a la orientación como un proceso de ayuda profesionalizada hacia la consecución de promoción personal y de madurez social.

La intención de presentar a los diversos autores que se abocan al estudio de la orientación educativa es explicar que dicha diversidad conceptual se debe en parte a la génesis del vocablo de educación. Puede identificarse como eje central de las definiciones enunciadas al desarrollo armónico e integral del sujeto, realización a partir del conocimiento de sí mismo, guía y ayuda. Tales sesgos se anclan en la raíz etimológica de educación: *educare*= nutrir, alimentar o criar; *educere*= sacar de, o conducir desde dentro hacia fuera, en el primer punto el sujeto se concibe análogo a una esponja, en el segundo, la construcción y orientación descansa en el sujeto mismo a partir de la confrontación con los otros. De dicha base, se proyectan así las concepciones de orientación educativa.

Por lo anterior, es pertinente expresarse no con el rubro de orientación educativa, emitida en 1984 por el Sistema Nacional de Orientación Educativa (SNOE), sino de orientación escolar como derivación del proceso educativo institucionalizado.

De esta forma la orientación escolar proviene de la educación formal institucionalizada en la escuela,

la orientación debe ser entendida como una parte de la educación..., pues ésta comprende todos los procesos de ayuda para la formación y desarrollo de los alumnos... la orientación debe reconocerse y orga-

nizarse como una parte integrante de la ayuda que se presta a niños y niñas para alcanzar su plena madurez (Roig, 2004, p. 41).

2.2 Las relaciones sexuales a edad temprana

La adolescencia es una etapa transicional y de crecimiento entre el infante y el adulto, en que el individuo se encuentra en desarrollo y enfrenta cambios de tipo social, sexual, cognitivo, físico y psicológico, ante cuyas exigencias, puede estar o no preparado (Parolari, 2005). Incluye inicialmente una serie de cambios fisiológicos que desembocan en la plena maduración de los órganos sexuales, la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente (Magdaleno, Munist, Serrano y Silver, 1994). Dicho proceso es algo más precoz en la mujer, en quien puede iniciar desde los once hasta los catorce años y en el hombre desde los doce hasta los quince años, representando en ambos casos una etapa crucial del desarrollo psicosexual del individuo.

La sexualidad incluye la manifestación de afectos, emociones y sentimientos que emergen en la interacción humana, desde esta perspectiva, una vida sexual satisfactoria y saludable, demanda la adecuada orientación de los adolescentes en esta materia, para procurar una conducta social responsable (Núñez de Villavicencio, 2001).

En México, muchos inician relaciones coitales antes de los 15 años (SEP / INEGI, 2011). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2000), la práctica temprana de las relaciones sexuales constituye un problema de salud por las múltiples consecuencias que tiene para los jóvenes, como las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo no deseado, el aborto que puede ser riesgoso, entre otros aspectos.

En el año 2000 fue realizada la Encuesta Nacional de Salud a nivel nacional denominada: *Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad* (Garza, Rojas, Hernández y Olaiz, 2000), a una muestra de 15 mil 241 personas de ambos sexos, de zonas rurales y urbanas. En este trabajo se informa que el inicio de la actividad sexual se presenta en un mayor número de casos, en aquellos que se incluyen en el rango de edad desde 18 hasta 19 años, con un 47.0% de hombres y 39.3% de mujeres, seguido de aquellos con edades desde 15 hasta 17

años, 16.6% en hombres y 16.7% en mujeres, por último, el rango de edad desde 12 hasta 14 años para ambos sexos obtiene un porcentaje del 1.1%.

Es importante destacar que la mayoría de los adolescentes comienzan su vida sexual desde los 18 hasta los 19 años de edad, pero también es significativo que existan adolescentes que inician su vida sexual activa a la edad de 12 años. Existen diferencias entre personas de zona urbanas y zonas rurales, en que si bien el porcentaje de quienes inician su vida sexual activa en el rango desde 12 hasta 14 años de edad es de 1.1% en ambos casos, es a partir del rango de edad desde 15 hasta 17 años, en que se muestran diferencias entre los sujetos de zonas urbanas respecto de aquellos de zonas rurales, los primeros, obtienen un porcentaje de 19.2 mientras que los segundos, de 13.7; en el tercer rango de edad (desde 18 hasta 19 años), las personas de la zona urbana obtienen un porcentaje de 44.3 y los de la zona rural de 40.4, lo que indica un mayor número de casos de sujetos que iniciaron su actividad coital en éste rango de edad.

En 2004, la empresa Consulta Mitofsky junto con Televisa realizaron la *Primer encuesta nacional sobre sexo*, que da a conocer varios aspectos importantes de la vida sexual del adolescente. El número de personas encuestadas fue de mil 200, de ambos sexos, con edades incluidas en un rango desde 12 hasta 45 años, sin importar la zona de vivienda (rural o urbana). Se observa en el estudio que el rango de edad en que la mayoría de los sujetos comienza su vida sexual activa va desde 17 hasta 18 años, con un 30.2% de la población estudiada situada en ese rango, le siguen aquellos, incluidos en un rango desde 15 hasta 16 años y desde 19 hasta 24 años, quienes igualan el porcentaje en 23.1%, mientras que el 12.0% de la población inicia su vida sexual antes de los 15 años de edad.

En la Encuesta Nacional de Juventud (INEGI, SEP, 2011), llevada a cabo con una población de 29 mil 787 personas desde 12 hasta 29 años de los estados de México, Distrito Federal, Veracruz, Jalisco, Puebla, Guanajuato, Chiapas y Michoacán, se encontró que en el 2010, el 33.5% inicia su actividad sexual en edades que van desde 15 hasta 19 años, el 27.2% en el 2005 y en el año 2000, el 22.3%, estos resultados muestran que se ha incrementado la población que inicia su actividad sexual en

edades que van desde 15 hasta 19 años. Así, en la actualidad, uno de cada tres jóvenes ha tenido esa experiencia, antes de los 20 años.

En el estudio realizado por Lourdes Campero (2013), titulado: *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas*, el resultado indica que para 2006, en el rango desde quince hasta diecinueve años de edad, el 45% de las mujeres se encuentran sexualmente activas y a su vez utilizan métodos anticonceptivos, mientras que para 2009, el porcentaje incrementó hasta el 55%.

Las razones del aumento en el número de adolescentes que inician vida sexual activa entre los 12 y 15 años, deben seguirse explorando, sin embargo, se sabe de algunos factores que podrían propiciar tal conducta.

Al respecto, Caricote (2006) y Harter y Monsour (1992), consideran que la exploración activa e interés por temas eróticos y sexuales, tiene como componente la reafirmación de la identidad sexual, personal y la consistencia entre la manera como se ven a sí mismos y como los ven los demás en diferentes situaciones sociales.

Aunado a ésta construcción de la identidad, de suma importancia para la iniciación sexual, el adolescente busca quién le comprenda, comparta sus inquietudes y no hay nadie mejor para ello que su semejante, es decir, el amigo adolescente o los amigos, el grupo social o de referencia, quienes influyen preponderantemente en su decisión (Trujillo, Henao y González, 2007). Podrían ser los padres, pero el distanciamiento en la comunicación, no les anima a compartir con ellos temas de éste tipo (Shucksmith y Hendry, 1998). En este marco, cuando los hombres pertenecientes al grupo han tenido relaciones sexuales, les da un estatus de ser viriles, de tener mayor experiencia, de ser “más que las otras personas del grupo”.

Lo anterior da pauta a la construcción de estereotipos sociales hacia la sexualidad entre hombres y mujeres. Caricote (2006), refiere en el caso de los hombres que se espera comiencen una vida sexual activa desde temprana edad, incluso antes de tener la pareja con la cual se decidan casar, ya que el inicio de una vida sexual activa los hará viriles. La presión social que ello constituye, puede llevarlos a comprometer su salud con enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos de peligro, entre otros.

El Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA, 2010), hace énfasis en que los distintos problemas que afectan la salud sexual de los jóvenes pueden prevenirse con el uso correcto y consistente del preservativo. En este sentido, Bárcena, Robles y Díaz-Loving (2013), dan cuenta de la importancia de conocer las condiciones en que ellos tienen relaciones sexuales no protegidas.

El uso del condón, constituye un medio para el comportamiento sexual seguro, al respecto, el metaanálisis llevado a cabo por Albarracín, Johnson, Fishbein y Muellerleile (2001) reporta que el uso de condón desde la primera relación sexual hace más probable el mantenimiento de esta conducta en encuentros sexuales subsecuentes, no obstante, de acuerdo con Fortenberry, Wanzhu, Harezlak, Katz y Orr (2002), cuando las relaciones con una misma pareja se vuelven más estables, el uso de condón tiende a disminuir considerablemente.

En la investigación de Mendoza, Sánchez, Hernández y Mendoza (2010, p. 25) se da a conocer que “el 40% de las mujeres que se embarazan en la adolescencia no planean o no desean el embarazo en ese momento”, lo que si bien indica que cada vez más, han sido informados sobre métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual o métodos anticonceptivos, resulta evidente, que dicho conocimiento no asegura el uso de éstos.

Garza, Rojas, Hernández y Olaiz (2000, p. 213), dan a conocer que:

Del total de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, 37% dijo haber utilizado algún método anticonceptivo durante su primera relación; el porcentaje de utilización de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual es más alto en los hombres que en las mujeres.

De esto, dos aspectos son importantes, que el porcentaje de adolescentes que utilizaron algún método anticonceptivo es muy bajo, y que los hombres al menos en su primera relación coital utilizan más los métodos anticonceptivos que las mujeres, lo que conlleva en estas últimas embarazos no deseados y riesgos en la gestación.

De acuerdo con Campero, Atienzo, Suárez, Hernández y Villalobos (2013), son las mujeres adolescentes y jóvenes el grupo más expuesto,

ya que no es frecuente el uso de métodos anticonceptivos en esta edad, por lo que hay un gran riesgo de embarazo en este grupo; así, aunque existe conocimiento de los métodos, no son utilizados, lo cual abre la interrogante, sobre ¿cómo están recibiendo la información los adolescentes?, y si las estrategias utilizadas son las más pertinentes para ello.

La población juvenil se caracteriza por ser sexualmente activa, por lo cual en ocasiones puede experimentar conductas de riesgo; esto los coloca en una situación susceptible de contraer diversos tipos de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, lo que se relaciona a su vez con la deserción escolar de los adolescentes. Por ello, el desarrollo de habilidades para la vida, sensibilización de la población, no solamente información sobre el tema, y el involucramiento activo de otros agentes educativos como los padres y docentes, constituyen recursos a considerar en el trabajo preventivo.

2.3. Ideación suicida en adolescentes

La naturaleza humana, desde el punto de vista biológico, se encuentra marcada por etapas que pueden resumirse en nacer, crecer y morir. A ellas se inscriben significaciones que determinan las distintas aventuras, historias y particularidades que permiten asignarle el carácter humano, logrando con ello alejarse de cualquier tránsito simplemente material, del desarrollo biológico o instintivo. Sobre esta última característica, encaminada a la conservación del organismo y de la especie, las conductas suicidas muestran la distancia que hay con ella.

Muchas han sido las perspectivas que han tratado de definir al suicidio. El suicidio desde su etimología, *sui* que significa *sí mismo* y *caedere* que significa *matar* (citado por Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007), indica que se trata de un acto de matarse a sí mismo bajo la propia voluntad. Durkheim, por ejemplo, concibe al suicidio como “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas que va a producir dicho resultado” (Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007, p. 18). Otra de las definiciones del suicidio se encuentran en Beck, Kovacs y Weissman (citado por Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007, p. 18), quienes

señalan: “el suicidio como un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida, y que da como resultado la muerte, incluyendo todas las circunstancias que rodean el fallecimiento”. En las definiciones antes citadas puede observarse que hacen referencia a un acto intencional del propio sujeto buscando su muerte. García y Peralta (2002) sostienen que, la noción de acto sirve para diferenciar los conceptos de *suicidio*, *intento de suicidio* y *acto suicida*. Para estos autores el *suicidio* es la muerte que resulta de un acto suicida, entendiendo por éste el hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesiones, en él la intención y el conocimiento de sus motivos resultan ser independientes; mientras que el *intento suicida* es todo acto suicida cuyo resultado no fue la muerte (Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007).

El estudio del suicidio ha dado lugar a definiciones que incluyen etapas o procesos. Para Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu y Martínez (2010, p. 279) podría definirse como “un proceso que se inicia con la ideación en sus diferentes expresiones (preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal, deseo de muerte), discurre por el intento suicida y finaliza con el suicidio consumado”. En este mismo sentido coinciden Córdova, Rosales, Caballero y Rosales (2007) al establecer que la conducta suicida se encuentra conformada por tres fases: la ideación suicida que consiste en la presencia de pensamientos de terminar con la propia existencia; el intento de suicidio o para-suicidio que consiste en aquel acto donde el individuo se hace daño a sí mismo sin resultado de muerte; y el suicidio consumado que es cualquier lesión autoinfringida deliberadamente por el sujeto cuyo resultado es la muerte. Es necesario puntualizar que para estos autores, las fases del suicidio tienen que ver con un proceso del propio sujeto, es decir, no existe intervención de otros agentes. Aunque pareciera que este señalamiento resulte tautológico, su sentido se encuentra en la consideración que más adelante se detalla sobre los factores de riesgos sociales o contextuales, como el contacto con la información o suicidios de personas cercanas. Asimismo, es necesario señalar que la consideración del suicidio como conducta suicida ha permitido estudiar sus etapas para investigar los factores de riesgo que intervienen en este fenómeno.

El interés central por estudiar la conducta suicida y dentro de ella, la ideación suicida se justifica sobre la necesidad de encontrar alternativas en la prevención del suicidio, ya que, como lo indican Sánchez, Cáceres y Gómez (2002), la ideación suicida es una condición necesaria para desplegar acciones suicidas, por lo que el estudio de factores de riesgo debe considerar la naturaleza multifactorial de dicho fenómeno. Otra concepción de la ideación suicida, es la que plantea como un trastorno, denotando el inicio o la primera etapa del proceso que se concluye al consumarse el suicidio (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu, Martínez, 2010).

En contraparte a la conceptualización de la ideación suicida como una etapa del suicidio, Beck (citado por Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007, p. 18), considera que

la ideación suicida son aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamiento reiterativo sobre el tema de la muerte, y/o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto, que tiene planes y deseos de cometer suicidio pero no ha hecho evidente el intento.

La distinción que aquí se indica es preciso ubicarla en el plano de las ideas obsesivas, este abordaje se encuentra en el campo de las representaciones que no consideran la ideación como un precedente que tenga que destinarse al suicidio. Aunada a esta diferenciación, es preciso acotar el término suicida y su asignación, como Villalobos (citado por Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007, p. 18), quien señala que, “el adjetivo suicida se aplica a una serie de comportamientos que no necesariamente concluyen con la muerte, pero que son provocados voluntariamente por el propio sujeto y cuya intención sería morir”. Se trata más como un pensamiento que se encuentra en el sujeto y que no necesariamente indica su consumación. Guibert (citado por Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007) expresa que la manifestación de los métodos, detalles e imaginarios sobre la consumación suicida, indica de que la persona ha empleado un gran esfuerzo de planeación que pudiera pensarse que se encuentra muy decidido a ejecutarlo

Entender a la ideación suicida como: etapa, pensamiento reiterativo o como esfuerzo de planeación (Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007), muestra que existe cierta controversia acerca de la aceptación de que el comportamiento suicida es un continuo que va de pensamientos suicidas al suicidio consumado.

Sánchez, Cáceres y Gómez (2002) plantean que algunas causas de la ideación suicida pueden ser, eventos negativos en la vida como el maltrato o la violación, enfermedades concurrentes, especialmente de aquellas que producen dolor crónico. En menores de edad la ideación suicida se ha relacionado con la presencia de trastornos psiquiátricos.

La exploración de las influencias del contexto para la presencia de la ideación suicida revela que, además del hogar, el contexto escolar resulta ser una referencia de éste fenómeno, principalmente cuando existe desajuste escolar, poco reconocimiento o victimización. En este sentido, cuando estos elementos se encuentran presentes en el alumno, pueden ser predictivos para la presencia de la ideación suicida. También se ha encontrado relaciones directas y significativas entre la victimización escolar y la conducta alimentaria de riesgo con la ideación suicida, referentes que muestran factores más allá de la sintomatología depresiva utilizada para la explicación de la ideación suicida (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu, Martínez, 2010).

Una explicación que logre dilucidar la influencia del contexto se encuentra en el concepto *efecto weter* que denota el impacto que genera la exposición del sujeto a la información sobre el suicidio de personas conocidas. Esta idea sostiene que la presencia de la ideación suicida puede estar relacionada con la imitación. El argumento de este fenómeno es que, al tener información acerca del suicidio de personas cercanas desinhibe los impulsos suicidas que se encontraban controlados debido a que no se presentan sanciones sociales, por lo tanto, la presencia de la información sobre el suicidio solamente acelera la aparición de ideas o de intento suicida en personas que pudieran presentar este tipo de conductas (Sánchez, Cáceres, Gómez, 2002).

Pérez (2004) señala que la ideación suicida puede tener las siguientes manifestaciones de pensamiento:

- El deseo de morir. Es el primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y es puerta de entrada a la ideación suicida. Son comunes expresiones como: “La vida no merece la pena vivirla”, “yo lo que debería es morirme”, “para vivir así es preferible estar muerto”, entre otras. Consiste en fantasías pasivas de suicidio (por ejemplo imaginarse ahorcado).
- La idea suicida sin un método determinado. Es la idea de autodestrucción sin planteamiento de la acción. En este caso el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde no saberlo.
- La idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico. Es cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde “de cualquier forma”; manifiesta diversas posibilidades sin mostrar preferencia por alguna en particular.
- La idea suicida con un método determinado sin planificación. El sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una adecuada planificación.
- La idea suicida planificada o plan suicida. El individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida y toma las debidas precauciones para no ser descubierto. Se le conoce también como plan suicida, es sumamente grave por la posibilidad inminente de consumar el suicidio con éxito (Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007, p. 18).

Para Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu y Martínez (2010), la sintomatología depresiva resulta ser una de las variables que mejor predice la ideación suicida. Dicha aseveración se encuentra justificada por las investigaciones de Konick y Gutiérrez (2005); Park, Ryu, Han, Kwon, Kim, Kang, Yoon, Cheon y Shin, (citado por Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu, Martínez, 2010). Los factores de riesgo de la ideación suicida se agrupan en enfermedades físicas, factores biológicos, psicológicos, sociales y contextuales y por género.

Sánchez, Cáceres y Gómez (2002) señalan que en los factores biológicos se encuentran las enfermedades físicas y los aspectos genéticos

encontrados en antecedentes familiares de suicidio, las enfermedades físicas concurrentes y el dolor crónico se asocia más con conductas suicidas en adultos; los bioquímicos están relacionados en historias de conductas agresivas e impulsivas, la desesperanza y los niveles altos de irritabilidad; con respecto al género, las mujeres presentan tasas más altas de conductas e ideación suicida en comparación de los hombres, sin embargo, la tasa de mortalidad debido a actos suicidas es mayor en hombres que en mujeres en una proporción de dos a uno; en los factores de riesgo psicológicos se ubican los eventos negativos en la vida como la violación o el maltrato infantil.

Para Sánchez, Cáceres y Gómez (2002, p. 408):

Los intentos suicidas previos también forman parte de un foco rojo, alrededor del 15% de los sujetos que han intentado suicidarse finalmente lo consiguen. La presencia de patología psiquiátrica también resulta ser un predictor de las conductas suicidas, cerca del 95% de suicidios completados se ha podido comprobar la existencia de un trastorno mental de base; igualmente, se ha estimado que, aproximadamente, el 15% de los pacientes deprimidos mueren a causa del suicidio. Otros trastornos mentales relacionados con altas tasas de suicidio son la esquizofrenia, algunos trastornos de personalidad y los trastornos debidos al consumo de sustancias, principalmente alcohol.

Carvajal y Caro (2009) consideran que en los adolescentes la ideación suicida se encuentra relacionada con la desesperanza, la soledad, el embarazo, la baja autoestima, el consumo de sustancias psicoactivas y las dificultades para obtener apoyo de amigos y de la familia, además de aumentar la probabilidad de disfunción psicológica, debido a que existe relación entre la presencia de la ideación suicida durante la adolescencia y los intentos suicidas en la adultez joven, por ello la importancia de la detección en adolescentes es prioritario para la prevención de los actos suicidas o del suicidio consumado.

Los factores de riesgo sociales de la ideación suicida comprenden la exposición de información sobre el suicidio de personas cercanas o

conocidas (Sánchez, Cáceres, Gómez, 2002), ya que como argumentan Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu y Martínez (2010, p. 279): “más allá que la información genere la imitación de conductas suicidas, el impacto que produce es tan profundo que afecta de manera directa psicológica y socialmente a otras personas”.

Por otra parte, los problemas sociales, económicos y familiares de las personas influyen para que se genere la presencia de ideación suicida. Córdova, Rosales, Caballero y Rosales (2007) explican que los jóvenes reportan la presencia de la ideación suicida cuando no tienen trabajo, el dinero no cubre sus necesidades y han vivido la infancia y adolescencia con familiares distintos a sus progenitores. Sánchez, Cáceres y Gómez (2002), señalan que el aislamiento social, así como un pobre apoyo por parte de las personas cercanas ante eventos negativos de la vida y el fácil acceso a métodos letales, son factores que aumentan la presencia de la ideación suicida.

Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu y Martínez (2010) plantean que el adecuado funcionamiento familiar e integración escolar pueden considerarse factores protectores indirectos de la ideación suicida, debido a que el funcionamiento familiar se relaciona positivamente con la autoestima social y negativamente con la sintomatología depresiva; a su vez los problemas de integración escolar se relacionan positivamente con la sintomatología depresiva y la victimización escolar.

Algunas de las variables relevantes con las que se asocia significativamente la ideación suicida son las siguientes:

- a. La sintomatología depresiva, es considerada la variable más relacionada con la ideación suicida. Para autores como Hintikka, Koivumaa, Lehto, Tolmunen, Honkalampi, Haatainen, y Viinamaki (2009), el ánimo depresivo debe considerarse como una condición previa necesaria para que surja la ideación suicida (citado por Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu y Martínez, 2010).
- b. Las conductas alimentarias de riesgo (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu y Martínez, 2010).
- c. Baja autoestima, la cual predispone al adolescente a la depresión y por ende a las ideas suicidas (Wilburn y Smith, citados por

- Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu y Martínez, 2010). Los estudios de Córdoba, Rosales, Caballero y Rosales (2007) revelan que la ideación suicida se asocia a los pensamientos negativos sobre sí mismo y pesimismo respecto del futuro.
- d. El estrés psicosocial, (Córdoba, Rosales, Caballero y Rosales, 2007).
 - e. La victimización escolar (Sun, Hui y Watkins, citados por Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu, Martínez, 2010).
 - f. El consumo de sustancias tóxicas (Córdoba, Rosales, Caballero y Rosales, 2007).

Las estadísticas sobre el suicidio, indican que representa la tercera causa de muerte de adolescentes en el mundo (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu y Martínez, 2010). Se ha calculado que la tasa de suicidios en adolescentes corresponde a 11.2 por 100 mil (Sánchez, Cáceres, Gómez, 2002: 408). Según la OMS (2006) un millón de personas murieron por suicidio en el año 2000 y las tasas de suicidio global han aumentado en un 60% en los últimos 45 años. Para la OMS el problema se agrava debido a que un suicidio individual afecta profundamente al menos a otras seis personas y el impacto es mayor si el escenario del suicidio ocurre en un lugar público. El INEGI (2004), reportó que la mayor incidencia de suicidio en jóvenes se ubicaba entre los diecinueve hasta veintinueve años de edad (citado por Córdoba, Rosales, Caballero y Rosales, 2007).

Los diversos estudios en torno a la ideación suicida han mostrado que son causa de morbilidad (Sánchez, Cáceres, Gómez, 2002). A nivel mundial, el suicidio forma parte de una de las cuatro principales causas de defunción, por lo que se considera que debe tomarse como un problema de salud pública (Córdoba, Rosales, Caballero y Rosales, 2007). A su vez Carvajal y Caro (2009), manifiestan que la conducta suicida en población general y principalmente en adolescentes, representa un problema de salud pública que requiere de atención de todos los sectores. Sin embargo, para Sánchez, Cáceres y Gómez (2002) no existen modelos clínicos que den una predicción adecuada a este tipo de conductas y aún no se precisa la diferencia entre los individuos que sólo tienen estas

ideas y los que la llevan a cabo. Esta situación se torna compleja, por su origen multifactorial, enmarcada en una realidad compleja, donde las explicaciones biológicas o psicológicas no son las únicas para identificar este problema. El dilema de las conductas suicidas requiere un abordaje polifacético e interdisciplinar (Carvajal y Caro, 2009).

La relevancia de los estudios sobre conductas suicidas y la presencia de ideación suicida en los diferentes grupos etarios, es un ámbito de particular importancia para el desarrollo de modelos preventivos de la consumación suicida. Tal como González (citado por Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007, p. 18) señala, “al ser la ideación suicida la fase de inicio del proceso de suicidio resalta la fase más importante para la prevención del proceso suicida”. En este sentido, el desarrollo de programas preventivos podrá atender a las características de las poblaciones donde la presencia de la ideación suicida se manifiesta.

Uno de los instrumentos para detectar la presencia de la ideación suicida es la Escala de Ideación Suicida (EIS) diseñada por Roberts en 1988 y validada y revalidada por González-Forteza en 1992, 1995 y 1996. Es una escala de autoinforme que contiene cuatro ítems (“no podía seguir adelante”; “tenía pensamientos sobre la muerte”; “sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)” y “pensé en matarme”), que indagan en torno a la situación del pensamiento ocurrido durante una semana. Para ello, se le pide al sujeto que indique el número de días (de cero a siete días) en que se sintió así. Es preciso mencionar que con un solo reactivo o con un solo día donde el sujeto indique haberse sentido así, se considera la presencia de la ideación suicida. González-Forteza, Berenzon, Tello, Facio, Medina (1998) destacan que la consistencia interna de esta escala en adolescentes mexicanos a través de coeficiente alpha de Cronbach es satisfactoriamente alto: $\alpha = .88$.

Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu y Martínez (2010) aplicaron la EIS en mil 285 estudiantes; con una muestra de 651 preuniversitarios y 634 de secundaria. Los resultados muestran que el funcionamiento familiar y los problemas de integración escolar tienen una relación directa con la sintomatología depresiva ($\beta = -.33$; $\beta = .19$). Se observa también que la sintomatología depresiva es la que mejor explica a la ideación suicida, puesto que presenta una relación directa y positiva ($\beta = .46$).

González-Forteza, Berenzon, Tello, Facio, Medina (1998) realizaron un estudio sobre la ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Analizaron dos muestras; la primera conformada por 712 mujeres, estudiantes de nivel medio y medio superior en el Distrito Federal; la segunda, una muestra clínica de 30 mujeres adolescentes internadas por intento de suicidio. Los resultados revelan que tanto la presencia como la persistencia de ideación suicida fue más elevada en las adolescentes que formaron la muestra clínica; sin embargo, el 11.8% de las adolescentes de la muestra escolar presentaron todos los síntomas de ideación suicida. En lo que corresponde a las variables sociodemográficas, la muestra de estudiantes que obtuvo mayores puntajes en ideación suicida cursaba la secundaria, su desempeño escolar era autopercebido como *malo*, indicando que sus calificaciones son bajas y que han interrumpido sus estudios. En la muestra clínica se encontró a jóvenes con 2 o más intentos suicidas, las razones más significativas que expresaron fueron: “vivir solas con uno de sus padres” y “pensar en que su muerte sería posible”.

Por su parte Rosales y Córdova (2011) en su estudio sobre ideación suicida y la relación con la identificación personal, trabajaron con una muestra no probabilística de 317 estudiantes universitarios del Estado de México, 164 hombres y 153 mujeres, con un promedio de edad de 19.72 años, con un rango desde 17 hasta 31 años de edad. Los resultados indican que, en ambos grupos donde se manifestó la presencia de la ideación suicida, los sujetos consideraron haber vivido una experiencia que trastornó su vida en los últimos meses. En cuanto a las variables asociadas al género, encontraron que los hombres con experiencia de intento suicida (por lo general, sólo un intento), tenían una edad mayor de 21 años, habían sido indisciplinados en la infancia, sin reglas ni castigos o con muchas reglas o castigos y experimentado durante los últimos meses una experiencia que trastornó su vida vinculada con la familia. En las mujeres, percibían como *mala* o *muy mala* la condición económica de su familia, habían recibido atención psicológica y/o psiquiátrica (generalmente por problemas emocionales) y consumían “algo” para sentirse bien (sobre todo tabaco). Lo relevante de este estudio es que se identificaron cuatro variables que no habían sido reportadas por

género: en los jóvenes, edad mayor a 21 años y disciplina en la infancia; en las jóvenes, percepción negativa de la condición económica familiar y antecedente de atención psicológica.

2.4 Sintomatología depresiva en adolescentes

Otra de las problemáticas presentes en la población adolescente, es la de sintomatología depresiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS), plantea que para el año 2020 la depresión ocupará el segundo lugar entre los padecimientos con mayor peso a la carga global de la enfermedad (Murray y López, 1996). Los trastornos de salud mental y del comportamiento constituyen una fuerte carga de morbilidad para el sector salud. En el mundo, poco más de 350 millones de personas padecen depresión (OMS, 2012). De acuerdo con Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora (2013), la prevalencia del trastorno se sitúa desde el 3.3 hasta 21.4%, rango que varía en función de los instrumentos empleados, población en que se aplica y criterios de diagnóstico seguidos.

La depresión es un problema del estado de ánimo, esto es, un estado psíquico que expresa una condición afectiva. Butcher, Mineka y Holley (2007, p. 216) plantean que “supone sentimientos de extraordinaria tristeza y abatimiento”. Se relaciona estrechamente con aspectos tales como la tristeza, la anhedonia, inapetencia, alteraciones del sueño y psicomotrices, baja autoestima, culpa e ideación suicida, con impacto en la actividad cognitiva (memoria, atención) y la vida escolar, familiar y social. Incluye pensamientos negativos hacia uno mismo, es una variante del humor caracterizado por un estado de abatimiento o tristeza, que puede ser, reactivo a eventos estresantes o desafortunados, o bien como un síntoma aislado pero más persistente. Se vivencia como un sentimiento intenso, que puede producirse tras una pérdida reciente o hecho triste, pero es desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un periodo justificado.

El trastorno constituye una de las principales alteraciones de salud mental, con fuerte impacto en los sujetos que la presentan, sus familias y las instituciones responsables de ofrecer algún tipo de servicios al ampliar los costos y la reiteración de la atención, así como por la amplia

comorbilidad que le acompaña. Se estima que el 10% de la gente que consulta al médico por algún problema físico, tiene en realidad una depresión (Hall, 2003).

El trastorno trae repercusiones negativas a nivel personal, familiar, escolar y social. En la infancia predominan los síntomas psicofisiológicos y motores, hacia la adolescencia adquieren relevancia los síntomas cognitivos y aparecen dificultades en nuevos ámbitos como el legal y el sexual (Méndez, 2001). Si bien no puede considerarse una epidemia en esta población, la afectación en la salud de éstos es bastante considerable (Benjet Borges, Medina-Mora, Fleiz *et al.*, 2004; Franko, Striegel-Moore, Bean, Tamer *et al.*, 2005).

En México, en personas mayores de dieciocho años, la región geográfica sureste, obtiene una prevalencia de trastornos afectivos de alguna vez en la vida del 5.7%, mientras que la prevalencia de depresión a nivel nacional, alcanza un puntaje de 2.5% en hombres y 5.8% en mujeres; para Chiapas, este puntaje es mayor a la media en ambos sexos (Secretaría de Salud, 2008). La población mexicana presenta 6.4 años de vida ajustados por discapacidad, debido a la depresión unipolar severa, asimismo, la depresión y el alcoholismo “se clasifican entre las principales causas de carga de la enfermedad” (González Pier *et al.*, 2007, p. 44).

En el ámbito familiar, los hijos de madres de familia que presentan características del trastorno, muestran mayor proclividad a exhibir dicho padecimiento. Si bien la variable nivel socioeconómico no indica diferencias en la prevalencia, resulta evidente una mayor gravedad de los síntomas en aquéllos con un nivel socioeconómico más bajo (Medina Mora *et al.*, 2005).

Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora (2013, p. 75), exponen a manera de síntesis, algunas de las variables psicosociales que inciden en la presencia de la depresión:

ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza); estar desemplea-

do (sobre todo en los hombres); el aislamiento social; tener problemas legales; tener experiencias de violencia; consumir sustancias adictivas y la migración.

La depresión es un trastorno frecuente en población infanto juvenil (WHS, 2003, Benjet, *et al.*, 2004), asociado estrechamente con problemas de conducta (Marmorstein e Iacono, 2004), académico (Furr, Westefeld, McConnell, Jenkins, 2001 y Wong, Cheung, Chan, *et al.*, 2006), consumo de tabaco (Goodman, Capitman, 2000 y Fergusson, Goodwin, Horwood, 2003), consumo de alcohol (Jane-Llopis, Matyt-sina, 2006 y Medina Mora, *et al.*, 2008), mayor en mujeres que en hombres (González-Forteza *et al.*, 2012), situación que puede estar mucho más relacionada con la manera en que expresan su estado anímico. Al respecto Acosta y otros (2011, p. 157) destacan que:

Antes de la pubertad tanto niños como niñas tienen la misma probabilidad de presentar distimia. Sin embargo, después de los 14 años, el trastorno depresivo es dos veces más común en las niñas que en los niños, esto, debido posiblemente a los cambios hormonales que se presentan durante este periodo.

En adolescentes, los síntomas pueden incluir además irritabilidad o cierta inquietud motora, lo que se aúna al cuadro sindrómico ya citado. González-Forteza, Solís, Jiménez, Hernández, González-González, Juárez, Medina-Mora y Fernández-Varela (2011, p. 55), plantean que esta sintomatología, se asocia en los adolescentes con: “los cambios y procesos biológicos y psicológicos que ocurren en esta etapa de la vida, en la que puede aumentar la exposición a situaciones ante las que los individuos se ven rebasados y ello se convierte en fuente de estrés”. Este aspecto es de suma importancia para el reconocimiento de la vulnerabilidad, alteraciones asociadas a otras conductas y trastornos como el consumo de sustancias, la conducta disocial, el aislamiento social o los problemas escolares de los adolescentes.

Cuando se presenta antes de los 18 años de edad, el pronóstico es mucho más desfavorable, pudiendo mantenerse con mayor cronicidad y gra-

vedad. Benjet *et al.*, (2009), señalan que en población adolescente, 7.8% presentan síntomas depresivos y 0.8% distimia. Tales alteraciones sin duda tienen un impacto en su desarrollo personal, social y escolar, lo que puede estar estrechamente relacionado con las precarias condiciones de vida que muchos de ellos presentan, la falta de empleo bien remunerado, mayores oportunidades de formación, la violencia social imperante con su consecuente influjo en los procesos y dinámicas familiares, entre otros aspectos (Benjet *et al.*, 2009; Veytia, González, Andrade, Oudhof, 2012).

Existen diversos instrumentos a través de los cuales se ha explorado este trastorno, siendo uno de los más utilizados es la *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos* (CES-D por sus siglas en inglés) (González-Forteza, Wagner y Jiménez, 2012). Dicha escala fue creada por Radloff (1977), en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH por sus siglas en inglés), con la finalidad de contar con un instrumento breve de detección de síntomas depresivos para población no clínica, así como factores de riesgo asociados con la depresión. Los reactivos que se incluyen en la escala fueron tomados de otros instrumentos como el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autovaloración de Zung, y el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota. En éste se solicita al sujeto que a partir de algunas experiencias ocurridas en la última semana, indiquen el número de días: cero; “desde uno hasta 2”; “desde 3 hasta 4”; “desde 5 hasta 7” en que se sintieron así. Los valores que se asignan a las opciones de respuesta son: de cero (“cero días”), uno (“desde uno hasta 2”), 2 (“desde 3 hasta 4”), 3 (“desde 5 hasta 7”).

Como instrumento de tamizaje, creado antes de la aparición del DSM IV y V y del CIE 10, no integra todos los criterios que se incluyen en éste, así, respecto al DSM IV, cuenta hasta con 6 reactivos para evaluar la disforia, pero uno solamente para cada uno de los criterios de problemas de sueño, peso, autoestima y concentración; asimismo, ocho reactivos no muestran coincidencia con ningún criterio sugerido en el DSM IV cuyos criterios de agitación e ideación suicida y retardo psicomotor no se exploran en éste. Finalmente, la temporalidad que se registra es de una semana, a diferencia del DSM IV que considera un mínimo de dos semanas como criterio (Reyes Ortega *et al.*, 2003).

El CES-D ha sido aplicado y validado en diferentes tipos de poblaciones de varios países. En Perú, Escurra y Delgado (2012), lo emplean en una muestra de 2 mil 400 estudiantes universitarios, reportando una adecuada calibración de los ítems bajo el modelo de Rash, de la Teoría de Respuesta al Ítem. En México, se ha aplicado para evaluar sus características psicométricas de validez y confiabilidad desde hace más de dos décadas; en 1986, Masten, Caldwell-Colbert, Alcalá y Mijares, lo administraron en estudiantes bachilleres y universitarios, obteniendo una alta consistencia interna (0.86) y validez concurrente, respecto a la Escala de Depresión de Beck; Reyes Ortega *et al.* (2003), actualizaron la escala, a partir de su aplicación en 300 pacientes de más de 60 años, obteniéndose altos índices de confiabilidad (0.90); por su parte, Aguilera, Carreño y Juárez (2004) lo utilizaron en una muestra de 310 escolares con edad promedio de 11.54 años de zona rural, obteniendo por igual altos índices de consistencia interna, de .76 (alfa de Cronbach), siendo éste de hasta .84 si se eliminan los reactivos de la dimensión afecto positivo. La estructura factorial de la prueba, reporta cuatro dimensiones: I. afecto negativo; II. afecto positivo; III. actividad retardada y somatización y IV. relaciones interpersonales (Radloff, 1977).

Uno de los primeros trabajos que exploran la estructura factorial de la prueba en adolescentes, es el de Mariño, Medina-Mora, Chaparro y Gonzalez-Forteza (1993), quienes obtienen tres factores, siendo estos los de afecto positivo, afecto negativo y síntomas somáticos, no así el de relaciones interpersonales. En otro trabajo llevado a cabo con mujeres adultas de zonas rurales (Salgado de Snyder y Maldonado, 1994), se obtiene una estructura factorial no igual pero similar en cuanto a la estructura conceptual del instrumento, según lo referido por Radloff (1977). En el estudio de Vera Noriega (1996), con mujeres de una zona rural de Sonora, se obtiene una estructura factorial de dos dimensiones: afectiva (3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19 y 20) y de somatización (1, 2, 5, 9, 11, 13 y 17).

Otros estudios que analizan la estructura factorial de la prueba, señalan hallazgos similares o diferentes configuraciones. Así, en el trabajo de Aguilera, Carreño y Juárez (2004), el análisis factorial obtiene igualmente cuatro factores, aunque con distinta conformación de reactivos,

el de “afecto negativo”, coincide en 5 de los 7 incluidos por Radloff (“me sentí deprimido/a”, “sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia y amigos”, “lloraba a ratos”, “tenía miedo” y “me sentía triste”. El factor “afecto positivo”, incluyó cinco reactivos, los cuatro referidos por Radloff y uno más: “sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo”. El tercer factor: “actividad retardada y somatización”, de Radloff, nombrado por ellos como “quejas psicósomáticas”, agrupó tres reactivos, dos de los cuales son similares a los reportados por Radloff y uno más considerado en el factor afecto negativo de Radloff. Finalmente, el cuarto factor: “relación interpersonal” se estructuró por cinco reactivos, dos de éstos similares a lo referido por Radloff (“sentí que no le caía bien a los demás” y “sentí que la gente era poco amigable”), aunado a tres más que Radloff incluye en actividad retardada y somatización “tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo”, “me molestaron cosas que generalmente no me molestan” y “platicué menos de lo normal”. Dos de los reactivos de la escala: “me sentí solo/a” y “no tenía hambre, no tenía apetito” no se incluyen en los factores citados, además, los distintos factores se correlacionan entre sí, excepto el afecto positivo. Estas diferencias señalan la importancia que tienen las características de la cultura, en las distintas poblaciones estudiadas, al igual que de los grupos etarios en quienes se ha aplicado el instrumento.

El CES-D, teóricamente se relaciona con los constructos de salud física e integración social, incluye un total de 20 reactivos, aunque existe una versión breve de siete (Salinas *et al.*, 2013), los cuales evalúan cuatro dimensiones, lo que se explora en la última semana. Esta condición, plantea que el instrumento evalúa aspectos referidos al riesgo de depresión, más no a la condición o estado depresivo, ya que ello, necesariamente tendría que considerar un aspecto distinto de temporalidad, sin embargo, estudios como el de Herrero y Gracia (2007, p. 45), refieren estabilidad temporal de los resultados a los seis meses, lo que señala ya no únicamente una manifestación de distrés, sino de “algunos aspectos más permanentes del trastorno afectivo”.

Respecto al punto de corte para determinar la existencia de características depresivas en la población, se señalan distintos puntajes. En 1986, Radloff y Locke (citado en Aguilera, Carreño y Juárez, 2004), es-

tablecen 16 puntos como criterio de ello en adultos angloamericanos, mismo que aplica Vera Noriega en su estudio con mujeres de una zona rural de Sonora (1996). En México, Salgado y Maldonado (1994); proponen 35 puntos como criterios para identificar estas características en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales, mientras que Mariño, Medina, Chaparro y González-Forteza (1993), establecen como puntaje de referencia 26 para jóvenes.

Aguilera, Carreño y Juárez (2004), estudian a trescientos diez escolares de zona rural. A partir del punto de corte establecido (media más una desviación estándar, lo que equivale a un puntaje de 27), obtienen que un 15.8% de los sujetos presentan sintomatología depresiva. En este mismo trabajo, las variables de edad, sexo, ser hijo de padre migrante o no, no mostraron diferencias significativas, excepto, en la variable realización de trabajos fuera del hogar, en que el 23.9% estuvo por encima del punto de corte, mientras que el 10.9 % en los que sólo estudiaban. El análisis de regresión logística advierte que, los que trabajan cuatro horas al día el riesgo aumenta 2.2 veces, mientras que en aquellos que lo hacen hasta ocho horas, el riesgo de padecer sintomatología depresiva es mayor en hasta 2.6 veces al punto de corte. En este sentido, es posible que la falta de interacción con el entorno familiar, así como las condiciones económicas precarias, aunadas a la deserción escolar, la falta de mayores ingresos por el trabajo agrícola en la familia o bien de tierra para trabajar, inciden en las manifestaciones anímicas de este sector poblacional.

González-Forteza *et al.*, (2011), aplicó el CES-D a 57 mil 403 estudiantes de nivel medio superior y superior de la ciudad de México. El coeficiente Alpha de Cronbach fue de 0.82, lo que indica una alta consistencia interna. A partir del análisis factorial, se identificaron cuatro factores: afecto deprimido, afecto positivo, somatización e interpersonal (únicamente dos reactivos). La validez concurrente mostró diferencias estadísticamente significativas entre aquellos que obtuvieron puntajes menores al percentil 25 respecto de aquellos con percentiles mayores a 75. Finalmente, a partir del puntaje de la media más una desviación estándar, se obtuvo que el 14.7% de los sujetos presenta sintomatología depresiva.

En el trabajo de González-Forteza *et al.* (2012), llevado a cabo con 116 mil 214 estudiantes de bachillerato y superior también de la ciudad de México, en que se aplica el CES-D junto a otros instrumentos que evaluaban el consumo de tabaco y alcohol, se obtuvieron medias para el CES-D de 9.5 en estudiantes de bachillerato y 9.7 para los de nivel superior.

Veytia, González, Andrade y Oudhof (2012), por su parte, evaluaron la depresión y su relación con sucesos vitales estresantes, en 2 mil 292 adolescentes desde quince hasta diecinueve años de edad del estado de México. Obtuvieron una M= 16.2 en mujeres y una M= 16.02 en hombres; además, 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión, mucho mayor en mujeres (21.3%) que en hombres (8.8%).

Otro de los estudios llevados a cabo en población adolescente, es el de Cubillas, Román, Valdez, Galaviz (2012), con mil 358 estudiantes de educación media en Sonora. Los resultados indican que un 22.3% presentan sintomatología depresiva.

En población rural e indígena son muy limitados los trabajos que reportan alguno de los trastornos mentales y en específico, de la depresión. Uno de éstos es el estudio de Salgado y Díaz (1999), llevado a cabo con mujeres de áreas rurales, ellos señalan que las alteraciones afectivas se explican en términos de “nervios”; otro más, es el de Sainz y Natera (2007), quienes adaptan y validan el CES-D en población *ñahnú* de Hidalgo, México.

2.5 La impulsividad

La impulsividad incluye una serie de conductas de riesgo que ponen en peligro el bienestar tanto del sujeto como el de los demás, ya que las realiza, sin tomar en cuenta las consecuencias de sus actos (González-Forteza, Andrade Palos y Jiménez Tapia, 1997). Una explicación similar expresan Patton, Stanford y Barratt (1995), señalan que la impulsividad es la tendencia a actuar sin considerar los potenciales riesgos implicados.

En el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR; APA, 2000) es común su referencia en diversos trastornos como los relacionados con el control de impulsos, el trastorno límite de la

personalidad, el trastorno antisocial de la personalidad, entre otros, en el caso específico de los niños, forma parte importante del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que considera esta condición como parte del subtipo hiperactivo-impulsivo.

La impulsividad está estrechamente relacionada con la ideación suicida (Rudd, 2008). González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003, p. 527), señalan la importancia que presenta esta variable como factor que incrementa la probabilidad de presencia de ideación suicida. En un estudio realizado con 936 estudiantes de secundaria de nivel socioeconómico bajo de la ciudad de México, encontraron que: “Para quienes presentaron depresión e ideación suicida también presentaron más de cuatro veces la impulsividad como un factor asociado (OR= 4.4, IC 95%= 2.1-9.3)”;

asimismo, en cuanto al riesgo de presentar depresión e ideación suicida, la impulsividad presenta un “OR= 3.4, IC 95%= 1.7-7.1”, lo que significa más de tres veces que el resto de los sujetos. Además que “las personas impulsivas tienen mayor riesgo de haber tratado de quitarse la vida; y el riesgo de intento suicida no parece aumentar cuando se combinan la impulsividad y las respuestas agresivas y resolutivas ($\chi^2 (3) = 3.83, p = 0.28$)” (González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003, p. 527).

En el trabajo de Córdova, Rosales, Guzmán y Zúñiga (2013), llevado a cabo con doscientos ochenta estudiantes de bachillerato de San Luis Potosí, se aplicó entre otros instrumentos, la Escala de Impulsividad de 15 reactivos, de Plutchick y Van Praag (1989), obteniéndose que los sujetos con mayor nivel de ideación suicida presentan mayor nivel de impulsividad que en los de menor nivel de ideación suicida.

Muñoz y Grana (2001), señalan que la impulsividad, está estrechamente relacionada con el consumo de drogas, en específico con el alcohol (McMurrin, Blair y Egan, 2002), así como a limitadas habilidades en la resolución de problemas. En las personas con impulsividad se advierte una mayor manifestación de conductas agresivas, desconfianza e ira (Harmon-Jones, Barratt y Wigg, 1997). Por otra parte, altos niveles de impulsividad son frecuentes en sujetos que manifiestan violencia reactiva (Velasco Gómez, 2013, p. 673), la cual incluye: “actos violentos originados tanto como respuesta defensiva como por la dificultad para controlar

sentimientos como el enfado o la ira”; de igual manera, se relaciona con la conducta antisocial (Tremblay, Pihl, Vitaro y Dobkin, 1994).

Se ha citado la relación de la impulsividad con los problemas en la escuela -aunque sólo en varones-, así como con la evaluación cognitiva del estrés (González-Forteza, Andrade y Jiménez, 1997). Barrat (citado en Morales, 2007), refiere una estrecha relación entre las personas con impulsividad y los problemas de aprendizaje, aspecto que Harmon-Jones, Barratt y Wigg (1997) precisan, acontece sobre todo en la lectura, ya que impide desarrollar el potencial de inteligencia cristalizada. Se destaca que los sujetos que presentan impulsividad y alta competencia académica, tiendan a presentar mayores problemas académicos y fracaso escolar (Helmers, Young y Pihl, 1995).

Existen diversos instrumentos a través de los cuales se evalúa la impulsividad, en algunos de los cuales se integra como subescala de la prueba en su conjunto, como el I6 FP (Cattel, 2001); el MMPI (Butcher *et al.*, 2012), así como el Matching Familiar Figures Test (Buela, Carretero y De los Santos-Roig, 2002), relacionada con el tiempo cognitivo utilizada para diferenciar entre sujetos reflexivos y sujetos impulsivos; el Impulsive Behavior Scale (Whiteside y Lynam, 2001), integrado por 4 subescalas: premeditación, urgencia, sensación de búsqueda y perseverancia; la Escala de Impulsividad de Barratt, que consta de 30 reactivos y evalúa la impulsividad cognitiva (tendencia a tomar decisiones rápidas), motora (tendencia a actuar de forma súbita) y ausencia de planificación (mayor interés por el presente que por el futuro) (García-Portilla, Bascarán, Sáiz, Bousoño y Bobes, 2006); la Escala de Valoración de la Impulsividad (Lecrubier, Braconnier, Said y Payan, citados en García-Portilla, Bascarán, Sáiz, Bousoño y Bobes, 2006), que consta de 7 reactivos y evalúa un solo factor; la Escala de Impulsividad Estado, de 20 reactivos y evalúa tres factores: gratificación, automatismo y atencional (Iribarren, Jiménez, García y Rubio, 2011); la Escala de Impulsividad de Plutchik (Plutchik y van Praag, 1989), instrumento de 15 ítems que evalúa la tendencia a actuar de forma impulsiva en relación a la capacidad de planificación, el control de los estados emocionales y de conductas como la ingesta, el gasto de dinero o el comportamiento sexual, entre otras.

La escala *impulsividad* de Climent, Aragón y Plutckick, 1989, validada por González-Forteza, en 1992 y 1996) se integra por cinco reactivos e incluye aspectos como el comportamiento arriesgado, impulsivo, peligroso, no pensar en las consecuencias de los actos y el desesperarse con la gente. Los reactivos se presentan en formato de respuesta tipo Likert, con opciones de “casi nunca”, “a veces”, “con frecuencia” y “con mucha frecuencia”, con valores “desde uno hasta 4”. Esta escala fue aplicada por Carrasco, García y García (20014) en una muestra de mil 586 aspirantes a la licenciatura de Nutrición y Psicología de la UNICACH de entre diecisiete hasta veinticuatro años de edad.

2.6 La autoestima en adolescentes

En la literatura sobre la adolescencia se puede encontrar la idea que se refiere a un periodo de la vida del ser humano que se ubica entre la niñez y la edad adulta; algunos optan por decir período de la vida (McKinney, 1982); otros fase de desarrollo (Hoffman Lois, s.f.); unos más etapa de transición (Erikson, 1987). Sin embargo, todos la ubican en el ciclo de la vida entre el niño y el adulto. La etapa de la adolescencia constituye una cultura particular permeada por una más general misma que se construye en una contextualidad específica (González-Forteza *et al.* 1999). Según Gómez-Bustamante y Cogollo (2010), la adolescencia se considera una etapa del desarrollo con continuos cambios y desafíos, no necesariamente negativos y problemáticos, al menos que condiciones socioculturales o neurobiológicas específicas lo provoquen, alteren el equilibrio afectivo, la percepción subjetiva y objetiva de bienestar.

Entre las vicisitudes del proceso de la adolescencia, la definición de la identidad biopsicosocial va permitiendo la definición de las posteriores etapas de vida. Todos estos pasos, algunos simultáneos otros diferidos, van configurando el propio devenir del adolescente (González-Forteza *et al.* 1999). En este devenir la población adolescente constituye un grupo social altamente vulnerable a las problemáticas psicosociales que se derivan de su desarrollo físico, psicológico y sus relaciones sociales, así como de las condiciones del entorno. De allí la necesidad de realizar estudios que consideren los elementos que inciden sobre el desarro-

llo de los adolescentes, tanto positivos como negativos, y hagan énfasis en los positivos, de tal manera, que fortalezcan la capacidad de afrontamiento, seguridad, satisfacción y el bienestar personal, entre otros, que a su vez, le permitan hacer frente a las problemáticas del desarrollo (Gómez-Bustamante y Cogollo, 2010).

Uno de los elementos positivos es la autoestima. Esta es un predictor significativo del el bienestar general y la estabilidad emocional de los adolescentes, disminuyendo las psicopatologías, fortalece las expectativas de autoeficacia en el enfrentamiento de diversas situaciones, lo que incide en la motivación de logros, disminuye la tendencia al fatalismo y la evitación de problemas, sin embargo, los profesionales de la salud algunas veces restan importancia a los factores protectores de la salud mental y se centran en los factores de riesgo (Gómez-Bustamante y Cogollo, 2010).

Según Rosenberg (citado por Ceballos, Camargo, Jiménez y Requena, 2011), la autoestima es una actitud positiva de la persona hacia sí misma. La autoestima alta, expresa el sentimiento de ser suficientemente bueno. El individuo siente que es una persona de valor; se respeta a sí mismo por lo que es, no tiene temor de sí mismo. Una valoración positiva evita conductas de riesgo, fortalece la seguridad, se manifiestan actitudes positivas hacia el entorno y las relaciones con los otros. Según Armendáriz, Rodríguez y Guzmán (2008), tener una alta autoestima es un factor protector que aleja al sujeto de las influencias no saludables, una baja autoestima por lo contrario implica autorechazo, autoinsatisfacción, autodesprecio, que sitúa al individuo con mayor vulnerabilidad para realizar conductas riesgosas.

En una investigación donde se aplicó la Escala de Autoestima diseñada por Rosenberg (Ceballos, Camargo, Jiménez y Requena, 2011), con veintidós adolescentes embarazadas, entre los once hasta dieciocho años de edad, de un barrio de la ciudad de Santa Marta, Colombia, encontraron que el 32% presenta una baja autoestima, y que no existe diferencia significativa entre el tipo de familia (nuclear y extensa) de la que provienen. Esta investigación muestra que es posible pensar que las adolescentes con baja estima personal, se permitieron asumir conductas sexuales de riesgo, teniendo como una de las consecuencias el

embarazo. Aplicando la misma escala, algunas investigaciones reportan la importancia de la autoestima como un elemento que protege a los adolescentes, evita conductas de riesgo y ofrece un bienestar subjetivo generalizado que favorece su desarrollo psicosocial.

Armendáriz, Rodríguez y Guzmán (2008), realizaron una investigación descriptiva y correlacional con una muestra de 134 adolescentes estudiantes de secundaria de localidades rurales del estado de Nuevo León, en ella, la autoestima mostró un efecto importante sobre el consumo de alcohol; los que no consumen alcohol y tabaco mostraron índices de autoestima más alta que los que han consumido estas sustancias. Álvarez, Alonso y Guidorizzi (2010), reportan que en una muestra de 109 adolescentes, de entre diecisiete hasta veinte años aspirantes a la facultad de enfermería en la ciudad de Querétaro, en México, encontraron que, cuando el adolescente presenta alta autoestima, disminuye el riesgo de consumir alcohol, concluyendo que la autoestima contribuye a preservar el propio bienestar biológico, psicológico y social. El tener una alta autoestima es un factor protector en la vida y es indispensable en la adolescencia, ya que el tener baja autoestima, puede convertirse en factor de riesgo para iniciar el abuso de bebidas alcohólicas. Los datos anteriores indican que las familias funcionales y la alta autoestima en los adolescentes ejercen un rol modulador y modelador en el desarrollo de los factores de riesgo de psicopatología temprana, es decir, se constituyen en factores protectores del bienestar emocional en los jóvenes.

Gómez-Bustamante y Cogollo (2010), estudiaron una muestra probabilística de mil 152 estudiantes de centros educativos públicos y privados en Cartagena, Colombia, su hallazgo confirma que la autoestima es un predictor significativo en el bienestar general y la estabilidad emocional de los adolescentes disminuyendo a su vez la aparición de psicopatología, argumentando que la autoestima fortalece las expectativas de autoeficacia en el enfrentamiento de diversas situaciones, lo que incide en la motivación de logro, disminuye la tendencia al fatalismo y la evitación de problemas.

Por otro lado, González-Forteza *et al.* (1999) estudiaron la autoestima con la relación mamá/papá en ochocientos dieciséis estudiantes de entre trece hasta dieciocho años de edad, que cursaban el nivel de

educación media y media superior en la ciudad de México. El resultado muestra una estrecha relación entre la autoestima y la percepción de afecto y de interés en la comunicación que los padres tienen con su hijo(a) adolescente (salvo que la comunicación del padre con los varones no correlacionó significativamente con su autoestima). La dimensión de control, que se refiere al interés del padre y de la madre en las amistades del hijo(a) y en establecerle límites en sus contactos extrafamiliares, tampoco estuvieron estrechamente relacionados con la autoestima de los(as) adolescentes.

Martínez-Antón, Buelga, y Cava (2007) realizaron un estudio con mil 319 adolescentes españoles de ambos sexos, con edades de entre los once hasta los dieciocho años, con el objetivo de analizar la autoestima, el ajuste psicosocial y la satisfacción con la vida del adolescente. En dicho estudio, encontraron que los índices de ajuste psicosocial con relación a la satisfacción en la vida del adolescente se ha observado que una elevada autoestima supone una mayor satisfacción con la vida. De tal forma que la relación encontrada entre la autoestima y la victimización es significativa y negativa, los sujetos que puntuaron mayor autoestima padecen menor victimización, además que la autoestima presenta un efecto positivo en la satisfacción con la vida del adolescente, observándose una correlación más elevada entre la variable autoestima y satisfacción con la vida. De esta manera concluyen que una elevada autoestima se relaciona positivamente con una mayor satisfacción con la vida, mientras que, por el contrario, una menor autoestima se relaciona con una valoración negativa de la propia vida. Comprueban que determinados factores de carácter psicológico, como tener una autoestima positiva se vincula con un menor número de problemas de conducta en la escuela.

En el trabajo de Beltrán Martínez (2014) se analiza, en una muestra incidental de 341 alumnos de un colegio privado del municipio de Alicante, del tercer ciclo de primaria y primer ciclo de secundaria, con edades entre los diez hasta los catorce años, la relación entre los miedos en la preadolescencia y adolescencia con la autoestima. Se encontró en cuanto al sexo que las correlaciones fueron negativas y significativas para ambos, aunque más acentuadas para las mujeres. Por grupos de

edad, los adolescentes obtuvieron correlaciones considerablemente mayores que los pre-adolescentes. Se obtuvieron correlaciones negativas entre la autoestima y los miedos, sin diferencias significativas entre chicos ($M= 32.07$) y chicas ($M= 31.70$), ni entre los diferentes grupos de edad, reflejando todos ellos puntajes elevados en autoestima.

Otro estudio utilizando un instrumento diferente al de Rosenberg muestra la importancia que tiene la autoestima en la vida psíquica y comportamental de los adolescentes. Sánchez, Jiménez y Merino (1997) estudiaron el deterioro de la autoestima y deterioro del autoconcepto en una muestra de mil 929 adolescentes escolarizados españoles, entre tres hasta dieciocho años de edad, con una media de edad de 15 años y 5 meses. Utilizando el Millon Adolescent Personality Inventory (M.A.P.I.) o Inventario de Personalidad para Jóvenes de Th. Millon, encontraron que tanto los sujetos deteriorados en su autoestima como en su autoconcepto, son desinteresados por los diversos aspectos escolares reflejándose en una notable desconfianza y en un inadecuado rendimiento académico. Estos adolescentes se muestran inseguros, socialmente inhibidos, con sentimiento de ser diferentes a sus iguales, emocionalmente lábiles, sintiéndose molestos con su imagen corporal y poco sociable.

2.7 El *POSIT*, como tamizaje de diversas áreas de funcionamiento adolescente

Los instrumentos de tamizaje son cuestionarios de valoración que sirven como herramientas para detectar el consumo de sustancias o el riesgo de desarrollar problemas de dependencia, ofrecen utilidad dentro de los programas de diagnóstico psicosocial y preventivos, debido a la brevedad y facilidad de su aplicación. Una de dichas herramientas, es el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers, *POSIT*), el cual es un instrumento de tamizaje con alto nivel de sensibilidad (Medina-Mora, 1998) para detectar y atender oportunamente a usuarios de sustancias adictivas, personas en riesgo de consumo y vulnerabilidad en diferentes áreas de la vida. Fue elaborado y validado en Estados Unidos por el National Insti-

tute on Drug Abuse (NIDA) de Maryland, Estados Unidos y el National Institute of Health en 1991, como parte del Sistema de Evaluación y Referencia del Adolescente (Adolescent Assesment / Referral System, AARS) (Rahdert, 1991).

Se aplica en escuelas, servicios de salud, justicia, servicios de protección, entre otros. Está diseñado para la población adolescente de entre 12 hasta 19 años y tiene una duración de aplicación desde 15 hasta 30 minutos aproximadamente, se centra en la detección temprana y en la oportuna canalización a los servicios de salud correspondientes, permite diseñar estrategias, tomar acciones preventivas y de intervención en los adolescentes con mayor riesgo o problemáticas psicosociales (Guía Clínica AUGÉ, 2013).

El POSIT es un instrumento validado en México por Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora en 1998, a cargo de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Éste señala las áreas en las cuales posiblemente exista una problemática en el adolescente, aunque no es factible obtener un diagnóstico definitivo únicamente a través de sus resultados, por lo que funge como una herramienta de apoyo para llegar a un posible diagnóstico.

Su versión original consta de 139 reactivos con opciones de respuestas dicotómicas (sí / no) que integra 10 áreas de análisis: uso / abuso de sustancias, salud física, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés vocacional, habilidades sociales, entretenimiento y recreación, y conducta agresiva/delictiva (Guerrero y León, 2008).

En su versión mexicana (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1998), el instrumento se adaptó de la versión en inglés a la versión hispana en español y finalmente a la versión mexicana en español se redujo a 81 reactivos incluyendo 7 de las áreas de funcionamiento de vida en los adolescentes consideradas en la versión original, ya que sólo el 58.3% de los reactivos poseen una elevada confiabilidad y validez para detectar a sujetos adolescentes que presentan problemáticas por el uso de sustancias. El nombre del área “interés vocacional” fue cambiado por “interés laboral”, ya que los reactivos que la integran poseen mayor relación con este campo. Asimismo, “salud física”, “ha-

bilidades sociales”, “entretenimiento y recreación” fueron eliminadas dada su baja consistencia (valores alfa menores a .50) y número reducido de reactivos, por lo que no serían confiables para detectar problemáticas en el contexto cultural de los adolescentes mexicanos. Cinco de los reactivos (8, 15, 40, 66 y 80), pertenecen simultáneamente a dos áreas (“salud mental” y “nivel educativo”); cuarenta de sus reactivos suponen *red flags*, es decir, su sola presencia indica riesgo en el área de funcionamiento donde se encuentra; dos de estos reactivos (66 y 80), pertenecen simultáneamente a dos áreas, sin embargo, son considerados como “*red flags*”, únicamente en el área “nivel educativo” pero no en “salud mental”, donde igualmente están presentes (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1998).

La versión final mexicana posee índices de confiabilidad a través del coeficiente Alpha de Cronbach de .9057, quedando integrada de la siguiente manera:

Área de funcionamiento	Reactivos
1. Uso/abuso de sustancias ($\alpha = .8708$)	2, 17, 21, 25, 33, 38, 41, 46, 47, 48, 54, 56, 57, 58, 62, 65, 68.
2. Salud mental ($\alpha = .8026$)	5, 6, 8, 10, 15, 23, 28, 40, 43, 55, 60, 63, 66, 75, 76, 80.
3. Relaciones familiares ($\alpha = .7458$)	4, 14, 20, 22, 32, 39, 45, 52, 70, 71.
4. Relaciones con amigos ($\alpha = .6473$)	3, 13, 19, 29, 67, 73, 77.
5. Nivel educativo ($\alpha = .7319$)	7, 8, 12, 15, 18, 26, 34, 40, 42, 61, 66, 69, 72, 74, 79, 80.
6. Interés laboral ($\alpha = .6430$)	16, 27, 36, 44, 51, 78.
7. Conducta agresiva/delinuencia ($\alpha = .7032$)	1, 9, 11, 24, 30, 31, 35, 37, 49, 50, 53, 59, 64, 81.

Índices en las áreas de funcionamiento de los adolescentes

1. Uso / abuso de sustancias

Este apartado evalúa las dificultades que puede enfrentar el adolescente como consecuencia de su consumo excesivo o por el efecto del uso del alcohol o drogas en los diversos contextos donde se desenvuelve, como el escolar, el familiar y el social. Explora los niveles y el grado de control del consumo o la posible dependencia a dichas sustancias. Asimismo, proporciona indicadores de un alto consumo como la manifestación de preocupación de quienes rodean al adolescente, así como cambios de conducta correspondientes a la desinhibición, conducir en estado de ebriedad, agresión hacia sí mismo o a los demás, olvido, variantes en el estado de ánimo y el gasto económico por el consumo.

Respecto al consumo de tabaco en adolescentes, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), reporta una prevalencia de fumadores activos de 12.3%, lo que corresponde a 1.7 millones de adolescentes fumadores; de acuerdo al sexo, el 16.4% son hombres y el 8.1% mujeres. Los adolescentes fumadores son principalmente ocasionales (10.4%), siendo solo el 2% (263 mil adolescentes) los que fuman diariamente. La prevalencia de exfumadores es de 9.9% (1.3 millones de adolescentes), siendo ésta principalmente de quienes fumaban ocasionalmente. El 77.8% (10.5 millones) de los adolescentes mexicanos nunca ha fumado.

En dicha encuesta se refiere que no se observan cambios en la prevalencia global o por sexo de consumo activo de tabaco entre el año 2008 y 2011, sin embargo al comparar los datos con el año 2002 se aprecia un incremento estadísticamente significativo en la prevalencia de fumadoras activas (3.8%, ENA, 2002; 8.1%, ENA, 2011). Las regiones sur, centro sur y noroccidental tienen las prevalencias más bajas, siendo éstas de 9.2%, 8.2% y 7.1%, respectivamente.

De acuerdo con la edad de inicio, los fumadores adolescentes activos que fuman diariamente inician su consumo en promedio a los 14.1 años, siendo similar para hombres y mujeres. En cuanto a la cantidad de cigarros consumidos se reporta que consumen en promedio 4.1 cigarros al día, observándose una diferencia entre los sexos, 4.2 cigarros en los hombres y 3.6

cigarros en las mujeres. La moda es de un cigarro diario y la mediana de 3 cigarros al día. Respecto a los datos reportados en la ENA 2002 y 2008, no hay cambios significativos en el promedio de consumo diario.

La ENA 2011, reporta que en la población adolescente el consumo de alcohol aumentó significativamente en las tres prevalencias (“alguna vez”, “en el último año” y “en el último mes”), de tal manera que el consumo “alguna vez”, pasó desde 35.6% hasta 42.9%; en el “último año” desde 25.7% hasta 30.0%; y “en el último mes”, de desde 7.1% hasta 14.5%. Esta misma tendencia se observó en los hombres y en las mujeres, especialmente en el consumo del “último mes” ya que se incrementó en el caso de ellos desde 11.5% hasta 17.4% y en ellas desde 2.7% hasta 11.6%. También se observó que de 2002 a 2011 el índice de adolescentes que consumen diariamente alcohol se mantuvo estable, el consumo consuetudinario disminuyó y el índice de dependientes registró un incremento significativo, que incrementó desde 2.1% hasta 4.1%, mientras que el consumo alto de 2008 a 2011 se mantuvo igual y el consuetudinario disminuyó desde 2.2% hasta 1. Se observó las mismas tendencias en los hombres y en las mujeres, el consumo diario se mantuvo con prevalencias muy bajas en ambos sexos, el consumo consuetudinario disminuyó y la dependencia en los hombres se duplicó (3.5% a 6.2%) y en las mujeres se triplicó (.6% a 2%).

2. Salud mental

Esta área indaga el estado de la salud mental del adolescente mediante la exploración de variables que indican factores de riesgo correspondientes a la regulación y control emocional, la frustración, la impulsividad y el nerviosismo; además de elementos como el cansancio, el sentido de soledad, la paranoia, la capacidad de concentración y planeación, la hiperactividad y el insomnio; y sobre cómo estos factores repercuten en su sano funcionamiento dentro de los diversos contextos cotidianos.

Los adolescentes afrontan una gran variedad de demandas que deberán resolver, entre ellas el establecimiento de la independencia, la identidad y la elección vocacional. Ante dichas situaciones muchos adolescentes pueden llegar a presentar diversas problemáticas con

relación a aspectos emocionales ligados a quejas somáticas como cansancio, insomnio, estrés, dificultades en la concentración y frustración, entre otras; también pueden presentar dificultades de socialización. El no tener ningún recurso de apoyo como la familia o los grupos de pares, suele incrementar la sensación de desesperanza y con ello el riesgo de iniciar o incrementar el consumo de sustancias o incluso la presencia de pensamientos suicidas (Barcelata, Durán y Lucio, 2004).

De acuerdo con los resultados de la investigación realizada por Barcelata, Durán y Lucio sobre indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos en 2004, aproximadamente el 50% no está satisfecho con su imagen corporal, el 70% se describe como irritables, con pensamientos repetitivos y tener poco apetito. El 53% de mujeres y 23% de hombres está a disgusto de sí mismo, las mujeres se describen en mayor proporción que los hombres, como temerosas y con dificultades de concentración. Se observa que las mujeres (50%) se sienten más impopulares que los hombres (30%), por el contrario, un mayor porcentaje de hombres (70%), en comparación con las mujeres (49%), se cree inteligente y con habilidades.

3. Relaciones familiares

Los reactivos de este apartado evalúa el sistema familiar respecto al estilo de crianza, los patrones de comunicación y de interacción de los padres con el adolescente, explora la existencia de una saludable y armoniosa convivencia o por el contrario de problemáticas dentro del seno familiar como discusiones y peleas, que no son óptimas para el adecuado desarrollo del adolescente. Cuando los adolescentes no se desarrollan en un ambiente familiar de comprensión y afecto, donde no se les ayuda y apoya en periodos de transición no siempre fácilmente superables, su potencial para asumir los roles adultos socialmente normativos se ve disminuido, reflejándose en conductas de riesgo y antisociales (Mariño, González-Forteza y Medina-Mora, 1999).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1995), dentro de los factores que influyen sobre el comportamiento de riesgo en los adolescentes se encuentran las problemáticas familiares, situaciones

que muchas veces, los adolescentes tratan de enfrentar mediante el uso de alcohol y otras drogas.

Investigaciones realizadas en nuestro país con adolescentes indican una estrecha relación entre consumo de drogas y problemas familiares. Uno de los factores de riesgo con mayor presencia para el uso de drogas es el pertenecer a familias disfuncionales (Castro, 1990; Castro y Chávez, 1986). Así también, el tener poco contacto con la familia, percibir lejano el ambiente familiar, provenir de familias caóticas o desarticuladas, la inadecuada o limitada comunicación, el no conocer a alguno de los padres, haber sufrido maltrato, indiferencia o abandono por parte de sus familiares, entre otros (Medina-Mora *et al.*, 1992). Lo anterior conlleva consecuencias graves como deserción escolar, vagancia, desempleo, comportamientos delictivos y problemas de tipo emocional como soledad, desesperanza, irritabilidad, depresión y ansiedad.

4. Relaciones con amigos

Esta área examina el tipo y calidad de las relación de amistad que el adolescente establece como parte de su proceso de socialización con sus pares, las problemáticas que pueden surgir como consecuencia de la influencia del círculo de amistades respecto al uso del alcohol y otras drogas, el bajo desempeño escolar, conductas delictivas y una negativa vinculación con las figuras paternas.

Miller, Alberts, Hecht, Trost y Krizek (2001), describen diversos tipos de grupos de pares que influyen en el inicio y mantenimiento en el consumo de sustancias del adolescente: 1. Como *cohorte*, estableciendo qué actitudes o comportamientos son normativos para pertenecer al grupo; 2. Como *grupo de referencia*, si el adolescente se identifica con el grupo de consumidores frente a la identificación con otros grupos; 3. Como *pandilla*, o grupo más cercano de amigos, si éstos son consumidores; 4. Como *mejor amigo*, nivel que ejerce más influencia que ningún otro, ya que el consumo de alcohol del amigo más cercano, es el mayor predictor del consumo del adolescente.

En todos los niveles descritos, la influencia de los pares en el consumo del adolescente aparece cuando esos pares (como cohorte, como

grupo de referencia, como pandilla o como mejor amigo) son también consumidores.

5. Nivel educativo

Dicha área de funcionabilidad concierne a las habilidades que posee el adolescente dentro del ámbito académico como la calidad de la lectoescritura y capacidades cognoscitivas altamente útiles dentro del ambiente escolar, como la memoria, la atención y la concentración, así como capacidades de planeación, organización y comprensión. También explora la presencia de dificultades en dicho ámbito, como consecuencia de la falta de energía, el descuido y la hiperactividad.

El bajo rendimiento en la escuela se ha convertido en un importante problema para el sector educativo, por su alta incidencia en la población adolescente, que interrumpe o abandona su formación académica.

Los factores por los cuales el alumno adolescente no consigue el desempeño académico que se espera de él son diversos, no solo escolares (profesor / alumno / escuela), sino también, los factores personales (inteligencia y aptitudes, personalidad, ansiedad, motivación, autoconcepto, entre otros), factores sociales (características del entorno en el que vive el alumno) y factores familiares (sistema, estructura y dinámica familiar), que interactúan en el proceso de enseñanza-aprendizaje (Marchesi y Hernández, 2000).

6. Interés laboral

Esta área se conforma por reactivos que competen tanto al previo desempeño escolar, como a la historia y la experiencia del adolescente ante su incursión al campo laboral, indagando elementos como el nivel de compromiso con el empleo, así como factores como el ausentismo, la rotación y la duración del mismo, o por el contrario la no existencia de experiencia en dicho campo.

De los jóvenes desde 14 hasta 29 años, el 19.2% trabajó por primera vez antes de los 15 años, siendo los hombres quienes en mayor medida se encuentran en dicha proporción (Encuesta Nacional de Juventud, 2010). Las condiciones laborales de nuestro país pone en

especial vulnerabilidad al sector adolescente que cada vez ingresa a más temprana edad al mercado de trabajo, exponiéndolo a precarias condiciones laborales, a las cuales se ve en la necesidad de ceder ante diversas dificultades.

En México, los adolescentes desde 14 hasta 19 años que trabajan suman 3 millones 787 mil 985, lo que representa 8.4 por ciento de la población ocupada del país, según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010), de éstos, un 48% (un millón 853 mil) cuenta con estudios de secundaria; otro 33% (un millón 281 mil) concluyeron la primaria, e incluso hay 413 mil con bachillerato.

En cuanto al género, hay 7 varones por cada 3 mujeres que trabajan, los primeros suman más de 2.5 millones y las segundas 1.2 millones. El 81% de los jóvenes que han ingresado al mercado laboral, sea formal o informal, todavía viven con sus padres; el INEGI (2010) daba cuenta de que 110 mil 491 fungen como jefes de familia, en tanto que son los principales proveedores económicos, y otros 44 mil 628 son cónyuges de estos. En el caso de los adolescentes que trabajan, 29.4% (un millón 115 mil) ni siquiera reciben ingresos, otro 18% (603 mil), gana un salario mínimo o menos, y un millón 137 mil adolescentes más perciben entre uno y dos salarios mínimos.

7. Conducta agresiva / delincuencia

Los reactivos de este apartado pertenecen a la indagación de componentes de la conducta delictiva, desde el desacato de normas en la casa y en la escuela hasta la agresión, la intimidación, el vocabulario prosaico, robo, uso de armas y daños a propiedad privada. Así también, componentes personales del adolescente como el temperamento o el carácter, factores condicionantes de la conducta violenta o criminal.

Las conductas antisociales a menudo tienen serias consecuencias inmediatas, tanto para el joven que las presenta (problemáticas familiares, expulsión de la escuela u hospitalización) como para aquellos con quienes interactúa (las víctimas) (Gaeta y Galvanovskis, 2011). Además, al llegar a adultos, estos jóvenes están en mayor riesgo de presentar diversas problemáticas psicosociales, como deserción escolar, el uso de sustancias y la conducta delictiva.

En México, las conductas antisociales y en especial la delincuencia han aumentado de manera significativa en los últimos años dentro del sector adolescente; Gaeta y Galvanovskis (2011), refieren que en general se incrementaron en mayor medida las conductas relacionadas con el factor de violencia y robo (actos como sustraer dinero con valor menor a 50 pesos, tomar mercancía sin pagar, participar en riñas, golpear o dañar objetos, golpear o herir a personas y prender fuego a objetos), y en menor grado los actos antisociales graves (hurtar valores por 500 pesos o más, forzar cerraduras, atacar a alguien usando algún objeto o arma, vender drogas y usar un cuchillo o pistola para robar) (Medina-Mora, Villatoro, Gutiérrez, Juárez y Fleiz, 2005).

Las estadísticas del Consejo de Menores indican que a nivel nacional, tan sólo durante 2002, ingresaron más de 31 mil adolescentes desde 11 hasta 17 años de edad a centros de tratamiento juveniles. Estas cifras ponen de manifiesto la necesidad de analizar la evolución de dicho comportamiento, así como los factores que propician este tipo de conductas entre los jóvenes (Secretaría de Seguridad Pública, 2005). Al respecto, en el proceso de validación del Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT) en nuestro país, dirigido por Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora (1998), el puntaje promedio en las respuestas emitidas por los adolescentes estudiantes (41.7 ± 16.09) y por los adolescentes en tratamiento por consumo de sustancias (68.9 ± 25.03) son significativamente diferentes.

Con la aplicación de este mismo instrumento, Guerrero y León (2008) obtienen los siguientes resultados para cada una de las subescalas: En uso o abuso de drogas, la $M= 0.29$, lo que representa un 29% de índice de riesgo (IR)¹, situándose 71% por abajo del punto de corte de la escala (1); mientras que por sexo, el nivel de riesgo fue menor en mujeres ($M= 0.27$), respecto de los hombres ($M= 0.31$).

En salud mental, se obtuvo una $M= 2.22$, lo que representa el 44.4% de IR, situándose 55.6% por abajo del punto de corte (5). En las muje-

¹ El índice de riesgo se obtiene mediante la regla de tres simple, al multiplicar el puntaje de media alcanzado por cien y dividir el resultado con el punto de corte de la subescala.

res se revela un riesgo significativamente menor ($M= 1.57$) que en los hombres ($M=2.78$).

En relaciones familiares, los puntajes reportan una $M= 1.60$, lo que representa el 53.33% de IR, ubicándose 46.67% por abajo del punto de corte (3). En las mujeres se observa un riesgo ligeramente menor ($M= 1.56$) que en los hombres ($M= 1.64$).

En relaciones con amigos, los puntajes tienen una $M= 1.50$, lo que representa el 150% del riesgo, ubicándose 50% por arriba del punto de corte (1). En mujeres se observa un riesgo mayor ($M= 1.69$) que en hombres ($M= 1.33$).

En nivel educativo, las puntuaciones corresponden a una $M= 2.62$, lo que representa el 52.4% de IR, con una diferencia del 47.6% por debajo del punto de corte (5). En las mujeres se observa menor riesgo ($M= 2.46$) que en los hombres ($M= 2.76$).

En interés laboral, las puntuaciones muestran una $M= 0.81$, lo que representa el 27% de IR, con una diferencia de 73% por abajo del punto de corte (3). Las mujeres muestran mayor riesgo ($M= 1$) que los hombres ($M= 0.65$).

En conducta agresiva/delictiva, los puntajes exponen una $M= 2.40$, lo que representa el 48% de IR, con una diferencia del 52 % por debajo del punto de corte (5). En las mujeres se refiere un riesgo ligeramente menor ($M= 2.27$) que en los hombres ($M= 2.51$).

Con el análisis de las medias obtenidas por la población en conjunto en cada área, y a partir de los puntos de corte, se observa en la siguiente tabla, los niveles de riesgo los cuales se encuentran distribuidos de mayor a menor vulnerabilidad:

ÁREA DE FUNCIONAMIENTO	MEDIAS	PORCENTAJE
1. Relaciones con amigos (mayor vulnerabilidad)	1.50	150
2. Relaciones familiares	1.60	53.33
3. Nivel educativo	2.60	52.40
4. Conducta agresiva	2.40	48
5. Salud mental	2.22	44.4
6. Uso abuso de drogas	0.29	29
7. Interés laboral (menor vulnerabilidad)	0.81	27

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de Guerrero y León (2008).

El análisis de IR para toda la escala, o Índice de Riesgo Global (IRG), se obtiene a partir del puntaje de media alcanzado, el cual es igual a 11.48, que representa el 33.76% del riesgo y se ubica por debajo del punto de corte (34), con una diferencia de 66.24%. En el análisis del IRG por sexo, se observa que las mujeres presentan menor vulnerabilidad general ($M= 10.85$) que los hombres ($M= 12.01$).

Respecto a la confiabilidad del instrumento, con un intervalo de confianza del 95%, se obtiene un índice general de confiabilidad a través del coeficiente Alpha de Cronbach de .896.

En las correlaciones obtenidas en el cuestionario como conjunto, las áreas que más se correlacionan con el IRG son: salud mental, relaciones familiares y relaciones con amigos. Esto es, a mayor riesgo de los estudiantes en dichas áreas, mayor riesgo de iniciar o incrementar el consumo de sustancias.

Las variables sociodemográficas como el sexo, la edad y la escolaridad no son predisponentes del consumo, en función de los resultados de este estudio (Guerrero y León, 2008).

En cuanto a la relación que guarda el área de relaciones familiares con el resto de las áreas del POSIT, los datos revelan que del grupo de adolescentes consumidores de drogas, para los hombres, las correlaciones más importantes se presentan en las áreas: Nivel educativo ($r= .6454$), Salud mental ($r= .6321$) y Conducta agresiva/delincuencia ($r= .5866$). Por otro lado, en las mujeres, las áreas mayormente implicadas son: Conducta agresiva/delincuencia ($r= .6644$) y Relación con amigos ($r= .5615$) y de manera general, correlaciones de: Salud mental ($r= .6356$) y Nivel educativo ($r= .6309$). En el grupo de adolescentes estudiantes, los datos más importantes para los hombres se presentan en las áreas: Salud mental ($r= .4553$) y Nivel educativo ($r= .4199$) y en las mujeres: Nivel educativo ($r= .6497$) y Salud mental ($r= .5310$). En general, los datos refieren las siguientes correlaciones: Nivel educativo ($r= .4846$) y Salud mental ($r= .4807$) (Mariño, González-Forteza y Medina- Mora, 1999).

3. Análisis e interpretación de los resultados

En este apartado se presenta información sociodemográfica de los estudiantes que participan en el estudio, consistencia interna de los instrumentos, estadísticos de tendencia central, análisis de frecuencia de los reactivos de orientación escolar y sexualidad, recuento de casos con presencia / ausencia o nivel alto / bajo de cada una de las variables como ideación suicida, sintomatología depresiva, impulsividad, autoestima, así como de las dimensiones del POSIT, casos de ideación suicida, otras manifestaciones sintomáticas, los modelos de regresión logística multivariable para las variables ideación suicida y sintomatología depresiva.

3.1. Datos sociodemográficos

Del total de sujetos a quienes se aplicaron los instrumentos, 395 (65%) son hombres y 213 (35%) mujeres, cuya edad abarca un rango desde 12 hasta 22 años, con mayor número en aquellos de 13 años con 124 (20.4%), de 14 años con 118 (19.4%), de 15 años con 103 (16.9%), de 16 años con 77 (12.7%), de 17 años con 66 (10.9%), de 18 años con 54 (8.9%), de 12 años con 31 (5.1%), de 19 años con 24 (3.9%), y en aquellos desde 20 hasta 22 años de edad solo 11 estudiantes; de éstos, 396 son de secundaria, 165 (27.1%), de 1° de secundaria, 139 (22.9%), de 2° de secundaria, 92 (15.1%) de 3° de secundaria y 212 de bachillerato, de los cuales 85 (14.0%) cursan el 2° semestre, 67 (11.0%), el 4° semestre, y 60 (9.9%), el 6° semestre. Respecto al promedio conseguido en el último ciclo escolar, 222 (36.5%), lograron desde 8.1 hasta 9, 185 (30.4%), 7.1 hasta 8, 59 (9.7%); 9.1 hasta 10, mismo número que obtuvo desde 6.1 has-

ta 7, 6 (1.0%) alcanzaron 1.1 hasta 6, 2 (.3%) 5 o menos, y de 75 estudiantes (12.3%) no se tiene información (tabla 1).

En cuanto a la ocupación y escolaridad de los padres, la de campesino, es la que se registra en mayor número por parte de los padres (n= 413, 67.9%), seguido del de empleado, con 32 casos (5.3%), comerciante con 22 (3.6%) y profesionista con 16 (2.6%); mientras que para las mamás, se tiene una mayor frecuencia para la ocupación de ama de casa (n= 474, 78.0%), seguido de la de campesina con 13 casos (2.1%) y empleado y comerciante con 7 para cada uno (1.2%). La escolaridad es un poco mayor para los papás respecto de las mamás, aunque similar en cuanto al grupo con mayor número de casos, siendo este en el caso de los padres el de primaria, con 294 (48.4%), seguido de aquéllos que solo saben leer y escribir, con 116 (19.1%), de los que tienen secundaria, con 84 (13.8%), analfabetas, con 49 (8.1%), preparatoria con 18, (3.0%), y licenciatura con 14 (2.3%); mientras que en las mamás, el mayor número de casos se presenta en aquellas con escolaridad de primaria (n= 214, 35.2%), seguido de analfabetas con 145 (23.8%), de las que sólo saben leer y escribir con 107 (17.6%), de las que tienen secundaria con 50 (8.2%), preparatoria con 13 (2.1%), y, licenciatura con 2 (.3%) (tabla 2).

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Variables		Frecuencia	%
Sexo	Hombre	395	65.0
	Mujer	213	35.0
	Total	608	100.0
Edad	12	31	5.1
	13	124	20.4
	14	118	19.4
	15	103	16.9
	16	77	12.7
	17	66	10.9
	18	54	8.9
	19	24	3.9

Variables		Frecuencia	%
Edad	20	7	1.2
	21	3	.5
	22	1	.2
	Total	608	100.0
Escolaridad	1° de secundaria	165	27.1
	2° de secundaria	139	22.9
	3° de secundaria	92	15.1
	2° semestre de bachillerato	85	14.0
	4° semestre de bachillerato	67	11.0
	6° semestre de bachillerato	60	9.9
	Total	608	100.0
Promedio	9.1 hasta 10	59	9.7
	8.1 hasta 9	222	36.5
	7.1 hasta 8	185	30.4
	6.1 hasta 7	59	9.7
	5.1 hasta 6	6	1.0
	5 o menos	2	.3
	Sin información	75	12.3
	Total	608	100.0

Tabla 2. Ocupación y escolaridad de los padres

Variables Frecuencia		Padre		Madre	
		%	Frecuencia	%	
Ocupación	Campeño	413	67.9	13	2.1
	Empleado	32	5.3	7	1.2
	Comercio	22	3.6	7	1.2
	Profesionista	16	2.6		
	Otro	83	13.7	19	3.1
	Ama de casa			474	78.0
	Sistema	42	6.9	88	14.5
	Total	608	100.0	608	100.0

Variables Frecuencia		Padre		Madre	
		%	Frecuencia	%	
Escolaridad	Analfabeta	49	8.1	145	23.8
	Solo sabe leer o escribir	116	19.1	107	17.6
	Primaria	294	48.4	214	35.2
	Secundaria	84	13.8	50	8.2
	Preparatoria o Técnica	18	3.0	13	2.1
	Licenciatura	14	2.3	2	.3
	Sistema	33	5.4	77	12.7
	Total	608	100.0	608	100.0

3.2 Consistencia interna de los instrumentos

La confiabilidad de los instrumentos se obtuvo a partir del coeficiente Alpha de Cronbach, niveles moderados para la EA (.522) y EI (.539), moderado aceptable, para la CES-D (.777) e IS (.721), mientras que para el POSIT (.886), a través de la prueba de Kuder Richardson 20, KR 20, el nivel es alto (tabla 3).

Tabla 3. Análisis de confiabilidad de consistencia interna

Escala	Alpha de Cronbach	Nivel
Escala de Autoestima (10 ítems)	.522	Moderado
Escala de Impulsividad (5 ítems)	.539	Moderado
CES-D (20 ítems)	.777	Moderado-aceptable
Escala de Ideación Suicida (4 ítems)	.721	Moderado-aceptable
POSIT (81 ítems, dicotómicos)	.886 (Kuder-Richardson 20)	Alto

3.3 Medidas de tendencia central para cada una de las variables

Respecto a los datos estadísticos de tendencia central (tabla 4), se presenta información relacionada con la media y desviación estándar obte-

nida para cada una de las escalas, así como de sus subescalas, en el caso del CES-D y POSIT.

Así, para el CES-D, se obtiene una media general de 18.5, mientras que para las subescalas afecto negativo la M= 6.0, para afecto positivo 7.4, para somatización 3.7 y para relaciones interpersonales 1.8. Destaca el hecho de que se obtiene un puntaje de media, superior al referido en otros estudios como el de Veytia, González, Andrade y Oudhof (2012), en que la M= 16. Para la Escala de Autoestima la M= 26.7, en la de Impulsividad 8.6 y en la de Ideación suicida 1.7. Finalmente, en el POSIT, se obtiene una media para el Índice de Riesgo Global de 22.2, mientras que para las dimensiones de la prueba la M= 2.6 para uso / abuso de sustancias, 4.6 para salud mental, 3.6 para relaciones familiares, 2.0 para relaciones con amigos, 5.4 para nivel educativo, 1.6 para interés laboral y 2.4 para conducta agresiva/delictiva.

Tabla 4. Medias y Desviación típica para cada variable

Variable	Media	Desviación típica	Punto de corte / Bandera roja
CESD Total	18.5	8.4	0-60 (corte >= 16)
Afecto negativo	6.0	5.0	
Afecto positivo	7.4	3.0	
Somatización	3.7	2.6	
Relaciones interpersonales	1.8	1.6	
Escala de Autoestima	26.7	4.0	10-40 puntos
Escala de Impulsividad	8.6	2.3	5-25 puntos
Escala de Ideación Suicida	1.7	2.4	0-12 puntos (corte >= 1)
POSIT, Índice de Riesgo Global	22.2	11.2	0-81 puntos 34
Uso / abuso de sustancias	2.6	2.9	1
Salud mental	4.6	3.2	5
Relaciones familiares	3.6	1.9	3
Relaciones con amigos	2.0	1.5	1
Nivel educativo	5.4	2.8	5
Interés laboral	1.6	1.4	3
Conducta agresiva / delictiva	2.4	2.3	5

3.4. Análisis de las variables de estudio

Uno de los aspectos que se exploran en el trabajo, es la opinión que los estudiantes tienen respecto a la escuela, “sí les disgusta”, “les aburre”, “son buenos para el estudio” y “les gusta estudiar”. Respecto a si les disgusta o no la escuela”, la mayor parte respondió que *casi nunca* (n= 245, 40.4%), otros más que *algunas veces* (n= 226, 37.3%), y los menos que *todo el tiempo* (n= 89, 14.7%) y *la mayor parte del tiempo* (n= 46, 7.6%). Como se aprecia, el 22.3% de los estudiantes, muestra poco o ningún gusto por estar en la escuela. En cuanto a si *les aburre la escuela*, la mayor parte respondió que *algunas veces* (n= 342, 56.3%), le siguen los que responden que *casi nunca* (n= 227, 37.3%), y los menos señalan que *la mayor parte del tiempo* (n= 29, 4.8%) y *todo el tiempo* (n= 10, 1.6%). En conjunto, el 6.4% señala aburrimiento *la mayor parte del tiempo* o *todo el tiempo*, al estar en la escuela. En el reactivo, “soy bueno para el estudio”, el mayor número de estudiantes responde que *algunas veces* (n= 268, 44.5%), *la mayor parte del tiempo* (n= 191, 31.7%), *todo el tiempo* (n= 106, 17.6%) y *casi nunca* (n= 37, 6.1%). En general, muy pocos (6.1%) consideran no ser *buenos* para el estudio o que *casi nunca* les guste estudiar (3.8%) (tabla 5).

Tabla 5. Orientación escolar

Reactivo		Recuento	% del N de la columna
Me disgusta la escuela	Todo el tiempo	89	14.7%
	La mayor parte del tiempo	46	7.6%
	Algunas veces	226	37.3%
	Casi nunca	245	40.4%
	Total	606	100.0%
Me aburre la escuela	Todo el tiempo	10	1.6%
	La mayor parte del tiempo	29	4.8%
	Algunas veces	342	56.3%
	Casi nunca	227	37.3%
	Total	608	100.0%

Reactivo		Recuento	% del N de la columna
Soy bueno para el estudio	Todo el tiempo	106	17.6%
	La mayor parte del tiempo	191	31.7%
	Algunas veces	268	44.5%
	Casi nunca	37	6.1%
	Total	602	100.0%
Me gusta estudiar	Todo el tiempo	243	40.0%
	La mayor parte del tiempo	204	33.6%
	Algunas veces	137	22.6%
	Casi nunca	23	3.8%
	Total	607	100.0%

En cuanto al tópico de la sexualidad, a través de 6 reactivos se explora si el estudiante ha tenido relaciones sexuales, edad de inicio, uso de condón y número de parejas. Así, en la tabla 5 se indica en primer término que 86 estudiantes (14.7%) han tenido relaciones sexuales, de éstos, la mayor parte tuvo su primer relación sexual entre los 14 y 15 años de edad (n= 36, 42.4%), seguido de aquellos con 16 años y más (n= 28, 34.1%), de 12 y 13 años (n= 16, 18.8%) y 4 (4.7%), con 11 años o menos. Asimismo, de ellos 52 (61.9%) utilizaron condón y 32 no (38.1%) en su primera relación sexual. Respecto al número de relaciones sexuales tenidas en los últimos 6 meses, 40 (52.6%) manifestaron que una o dos, 20 (26.3%), 3 o 4, 7 (9.2%), 5 o 6, y 9 (11.8%) 7 o más.

El número de parejas sexuales referido por quienes tuvieron relaciones sexuales fue desde 1 hasta 2 en 58 de ellos (77.3%), desde 3 hasta 4 en 9 casos (12.0%), desde 5 hasta 6 en 6 estudiantes (8.0%), y de 7 o más en 2 de ellos (2.7%). Respecto al uso del condón 31 (38.3%), refiere *usarlo siempre*, 22 (27.2%) expresaron que lo hacen *algunas veces* y 14 (14.3%) *nunca* o *casi siempre*. Como se aprecia, el número de casos que reporta haber tenido relaciones sexuales es del 14.7%, de los cuales casi dos terceras partes (61.9%) usaron condón en su primer relación sexual, la cual ocurrió cuando tenían 14 o más años. Destaca en ello, que 4 estudiantes refirieran haber iniciado vida sexual con 11 o menos

años. Cerca del 79% han tenido desde 1 hasta 4 relaciones sexuales en los últimos 6 meses, con una o dos parejas, aunque resulta evidente, que el uso del condón tiende a disminuir después de la primera relación sexual (tabla 6).

Tabla 6. Sexualidad

Reactivo		Recuento	% del N de la columna
¿Has tenido relaciones sexuales con otras personas?	Sí	86	14.7%
	No	501	85.3%
	Total	587	100.0%
¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?	11 años o menos	4	4.7%
	12-13 años	16	18.8%
	14-15 años	36	42.4%
	16 años o más	29	34.1%
	Total	85	100.0%
¿En tu primera relación sexual con otra persona, usaste condón?	Sí	52	61.9%
	No	32	38.1%
	Total	84	100.0%
En los últimos 6 meses, ¿cuántas relaciones sexuales has tenido?	Ninguna	0	.0%
	1 o 2	40	52.6%
	3 o 4	20	26.3%
	5 o 6	7	9.2%
	7 o más	9	11.8%
	Total	76	100.0%
En los últimos 6 meses, ¿cuántas parejas sexuales has tenido?	Ninguna	0	.0%
	1 o 2	58	77.3%
	3 o 4	9	12.0%
	5 o 6	6	8.0%
	7 o más	2	2.7%
	Total	75	100.0%

Reactivo		Recuento	% del N de la columna
¿En tus relaciones sexuales usas condón?	Nunca	14	17.3%
	A veces	22	27.2%
	Casi Siempre	14	17.3%
	Siempre	31	38.3%
	Total	81	100.0%

En el POSIT, 87 estudiantes (14.3%) presentan Índice de Riesgo Global, mientras que el recuento de casos para cada subescala del instrumento es mayor para relaciones con amigos (n= 352, 57.9%), seguido de relaciones familiares (n= 331, 54.4%), uso/abuso de sustancias (n= 303, 49.8%), nivel educativo (n= 283, 46.5%), salud mental (n= 217, 35.7%), conducta agresiva / delictiva (n= 69, 11.3%) e interés laboral (n= 67, 11.0%). Es de destacar, como el ámbito de las relaciones (con amigos o familia), constituye un indicador de riesgo para los escolares, así como el abuso de sustancias y el nivel educativo; mientras que los aspectos laborales y la conducta agresiva no lo son en esta población.

Tabla 7. POSIT. Casos por dimensión

Subescala		Recuento	% del N de la columna
Uso / Abuso de sustancias	No	305	50.2%
	Sí	303	49.8%
	Total	608	100.0%
Salud mental	No	391	64.3%
	Sí	217	35.7%
	Total	608	100.0%
Relaciones familiares	No	277	45.6%
	Sí	331	54.4%
	Total	608	100.0%

Subescala		Recuento	% del N de la columna
Relaciones con amigos	No	256	42.1%
	Sí	352	57.9%
	Total	608	100.0%
Nivel educativo	No	325	53.5%
	Sí	283	46.5%
	Total	608	100.0%
Interés laboral	No	541	89.0%
	Sí	67	11.0%
	Total	608	100.0%
Conducta agresiva / delictiva	No	539	88.7%
	Sí	69	11.3%
	Total	608	100.0%
Índice de Riesgo Global	No	521	85.7%
	Sí	87	14.3%
	Total	608	100.0%

Al caracterizar la presencia o nivel en que se presenta la sintomatología referida con la depresión, impulsividad e ideación suicida y la autoestima, se obtiene, sintomatología depresiva elevada en 316 casos (52.0%), autoestima baja en 239 (39.3%) y normal o alta en 369 (60.7%); en cuanto a impulsividad, se aprecia un nivel mayor en 62 casos (10.2%) y menor en 546 (89.8%); finalmente los casos con la presencia de al menos un síntoma de ideación suicida se encuentran presentes en 349 (57.4%) y sin ideación suicida en 259 (42.6%). Existe así un amplio número de casos (más del 50%), con al menos un síntoma de ideación suicida y sintomatología depresiva, en tanto que la impulsividad se hace evidente en apenas poco más del 10% de la población (tabla 8).

Tabla 8. Niveles de presencia de sintomatología

Variable	Nivel	Recuento	% del N de la columna
Sintomatología depresiva elevada	No	292	48.0%
	Sí	316	52.0%
	Total	608	100.0%
Autoestima	Baja	239	39.3%
	Normal o Alta	369	60.7%
	Total	608	100.0%
Impulsividad	Baja	546	89.8%
	Alta	62	10.2%
	Total	608	100.0%
Ideación suicida	Sin ideación suicida	259	42.6%
	Con ideación suicida	349	57.4%
	Total	608	100.0%

En la tabla 9 se describen los casos relacionados entre las variables psicosociales de depresión, autoestima, impulsividad e ideación suicida, respecto de cada una de las dimensiones del POSIT. En cuanto a la variable sintomatología depresiva, ésta presenta un mayor número de casos con la dimensión relaciones con amigos (210), seguido de uso / abuso de sustancias (188), relaciones familiares (184), nivel educativo (182) y salud mental (159), siendo mucho menor para las dimensiones conducta agresiva / delictiva (46) e interés laboral (44); para la variable baja autoestima, ésta se presenta en un mayor número de casos con la dimensión relaciones con amigos (163), relaciones familiares (155), uso / abuso de sustancias (153), nivel educativo (138), salud mental (122), y mucho menor para conducta agresiva / delictiva

(39) e interés laboral (26); la variable impulsividad, se presenta en un rango de entre 10 y 44 casos, mayor con la dimensión relaciones con amigos, con 44 casos, seguido de uso / abuso de sustancias, con 42, relaciones familiares con 39, nivel educativo con 38, salud mental con 31, conducta agresiva / delictiva con 15 e interés laboral con 10; finalmente, para la variable ideación suicida, se tiene un mayor número de casos con la dimensión relaciones con amigos (233), relaciones familiares (210), uso / abuso de sustancias (205), nivel educativo (195), salud mental (166), y mucho menor para conducta agresiva / delictiva (50) e interés laboral (43).

Al realizar la revisión a partir de cada una de las dimensiones del POSIT, respecto de las variables analizadas, se tiene que para uso / abuso de sustancias, se presenta un mayor número de casos con la variable de ideación suicida (205), seguido de sintomatología depresiva (188), baja autoestima (153) e impulsividad (42); para salud mental, ideación suicida (166), sintomatología depresiva (159), baja autoestima (122) e impulsividad (31); para relaciones familiares, ideación suicida (210), sintomatología depresiva (184), baja autoestima (155) e impulsividad (39); para relaciones con amigos, ideación suicida (233), sintomatología depresiva (210), baja autoestima (163) e impulsividad (44); para nivel educativo, ideación suicida (195), sintomatología depresiva (182), baja autoestima (138) e impulsividad (38); para interés laboral, sintomatología depresiva (44), ideación suicida (43), baja autoestima (26) e impulsividad (10) y para conducta agresiva/delictiva, ideación suicida (50), sintomatología depresiva (46), baja autoestima (39) e impulsividad (15). Así, resulta evidente el predominio de casos relacionados de la variable ideación suicida con casi todas las dimensiones del POSIT, excepto para la de interés laboral, seguido de sintomatología depresiva, baja autoestima e impulsividad.

Tabla 9. Casos relacionados entre las variables psicosociales y POSIT

Variables	Síntomatología depresiva elevada				Autoestima			Impulsividad			Ideación suicida		
	NO Recuento	Sí	Total	Baja	Normal o Alta	Total	Baja	Alta	Total	Sin ideación suicida	Con ideación suicida	Total	
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	
Uso / Abuso de sustancias	No	177	128	305	86	219	305	285	20	305	161	144	305
	Sí	115	188	303	153	150	303	261	42	303	98	205	303
Salud mental	No	234	157	391	117	274	391	360	31	391	208	183	391
	Sí	58	159	217	122	95	217	186	31	217	51	166	217
Relaciones familiares	No	145	132	277	84	193	277	254	23	277	138	139	277
	Sí	147	184	331	155	176	331	292	39	331	121	210	331
Relaciones con amigos	No	150	106	256	76	180	256	238	18	256	140	116	256
	Sí	142	210	352	163	189	352	308	44	352	119	233	352
Nivel educativo	No	191	134	325	101	224	325	301	24	325	171	154	325
	Sí	101	182	283	138	145	283	245	38	283	88	195	283
Interés laboral	No	269	272	541	213	328	541	489	52	541	235	306	541
	Sí	23	44	67	26	41	67	57	10	67	24	43	67
Conducta agresiva / delictiva	No	269	270	539	200	339	539	492	47	539	240	299	539
	Sí	23	46	69	39	30	69	54	15	69	19	50	69
Índice de Riesgo Global	No	268	253	521	182	339	521	477	44	521	237	284	521
	Sí	24	63	87	57	30	87	69	18	87	22	65	87

En la tabla 10 se presenta información a partir de la variable ideación suicida y su relación con otras variables psicosociales, como la sintomatología depresiva, autoestima e impulsividad. En este sentido, los sujetos que presentan ideación suicida, sintomatología depresiva, autoestima baja y alta impulsividad incluyen un total de 19 casos, los que indicarían un mayor nivel de riesgo psicosocial, los casos con las mismas características, excepto que presentan baja impulsividad, es de 85. El recuento de estos casos, si se suma el total de aquellos que presentan todas las manifestaciones, con o sin impulsividad, es de 104. Si se considera aquellos casos con ideación suicida, sintomatología depresiva, alta impulsividad, pero con normal o alta autoestima, el número de casos es de 13. Si se añan estos casos al total que previamente se indica, se tiene un total de 117 que presentan ideación suicida, sintomatología depresiva y baja autoestima o impulsividad.

Tabla 10. Casos con ideación suicida y otras manifestaciones

Variable								Recuento
Ideación suicida	Sin ideación suicida	Sintomatología depresiva elevada	No	Autoestima	Baja	Impulsividad	Baja	40
					Alta		2	
					Normal o Alta	Impulsividad	Baja	123
			Alta	2				
			Sí	Autoestima	Baja	Impulsividad	Baja	31
					Alta		8	
	Normal o Alta	Impulsividad			Baja	49		
	Alta		4					
	Con ideación suicida	Sintomatología depresiva elevada	No	Autoestima	Baja	Impulsividad	Baja	49
					Alta		5	
					Normal o Alta	Impulsividad	Baja	62
			Alta	9				
Sí			Autoestima	Baja	Impulsividad	Baja	85	
				Alta		19		
	Normal o Alta	Impulsividad		Baja	107			
Alta	13							

El resumen de los casos a partir de los resultados obtenidos en el POSIT, señala la presencia de dificultades en las distintas dimensiones de la prueba, indica que 15 de 19 casos presenta uso/abuso de sustancias, 11 dificultades relacionadas con su salud mental, 14 en la dimensión relaciones familiares, 14 en la dimensión relaciones con amigos, 15 en nivel educativo, 3 en interés laboral y 6 en conducta agresiva/delictiva (tabla II).

Tabla II. Resúmenes de casos

Folio	Uso / abuso de sustancias		Salud Mental		Relaciones familiares		Relaciones con amigos		Nivel educativo		Interés laboral		Conducta agresiva / delictiva		Índice de Riesgo Global	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
	Recuento															
12	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0
77	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
92	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0
107	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1
148	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0
191	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1
203	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0
241	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1
253	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0
273	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
284	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0
295	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1
306	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1
320	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1
350	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1
367	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0
369	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
422	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1
562	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0
Total	4	15	8	11	5	14	5	14	4	15	16	3	13	6	11	8

3.5 Modelos de regresión logística multivariable

Con el propósito de identificar las posibles asociaciones entre las diferentes variables analizadas en este estudio y, a partir de ello, cuantificar la probabilidad de que un joven manifieste una condición de alerta en cuanto a ideación suicida y depresión, se aplicaron los siguientes modelos de regresión logística multivariable a partir de las variables dependientes y predictoras que se especifican en la tabla 12.

Tabla 12. Modelo de regresión logística. Variables dependientes y predictoras

No.	Variable dependiente	Variables predictoras
1	Ideación suicida (IS)	Autoestima (AU), Impulsividad (IM), Sintomatología depresiva (SD)
2	Sintomatología depresiva (SD)	Autoestima, Impulsividad, Ideación suicida
3	Ideación suicida	Presencia de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Uso / abuso de sustancias (UAS) • Salud mental (SM) • Relaciones familiares (RF) • Relaciones con amigos (RA) • Nivel educativo (NE) • Interés laboral (IL) • Conducta agresiva / delictiva (CAD)
4	Sintomatología depresiva	Presencia de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Uso Abuso de sustancias • Salud mental • Relaciones Familiares • Relaciones con amigos • Nivel educativo • Interés laboral • Conducta agresiva / delictiva

Todas las variables predictoras se categorizaron en formato binario de acuerdo a lo especificado por los autores de las pruebas.

- Autoestima (0. baja / 1. normal).
- Impulsividad (0. baja / 1. normal).

- Sintomatología depresiva (0. sin sintomatología depresiva / 1. con sintomatología depresiva).
- Ideación suicida (0. sin ideación / 1. con presencia de Ideación).
- Riesgo en las áreas funcionales evaluadas por el POSIT (0. no / 1. sí).

Los coeficientes del modelo 1 para Ideación suicida y los cocientes de probabilidades (Odds Ratio) para cada uno de ellos se muestran en la tabla 13:

Tabla 13. Modelo 1. Ideación suicida respecto de A, I y SD

Predictor	Coefficiente	Sig	OR
Autoestima	-.464	.010	.629
Impulsividad	.579	.067	1.785
Sintomatología depresiva	1.103	.000	3.014
Constante	-.017	.919	.983

Esto implica que el modelo, en su transformación lineal LOGIT, puede expresarse como:

$$IS = -.017 - (.464) AE + (.579) IM + (1.103) DEP$$

La prueba de significancia aplicada al modelo en general, obtiene un *valor-p* de .000, lo que sugiere que el modelo es significativo. Para cada una de las variables predictoras el valor de significancia es inferior a .05 (AE y DEP), y ligeramente superior a este valor en IM. Esto indica que todas tienen una significancia aceptable dentro del modelo. Para los coeficientes los niveles normales de autoestima inhiben la presencia de ideación suicida. En cambio, la presencia de niveles elevados altos de impulsividad y depresión, incrementan la probabilidad de que un joven presente esta problemática. En este sentido, las OR obtenidas sugieren que la presencia de niveles altos de impulsividad hace aumentar en casi el doble (1.785) las probabilidades estimadas de presentar ideación suicida. Pero sin duda, lo más destacado es el hecho de que la presencia de sintomatología depresiva hace aumentar la probabilidad estimada de ideación

suicida tres veces (3.014); con lo cual, se comprueba la referencia teórica de que niveles elevados de depresión configuran un escenario propicio para la ideación suicida y, eventualmente, el intento suicida.

Al resolver el modelo para las situaciones extremas se obtienen los siguientes resultados (tabla 14):

Tabla 14. Probabilidad de ocurrencia de IS a partir de la presencia o ausencia de A, I y SD

	NAE	NIM	Sintomatología depresiva	Probabilidad IS
Presencia	No	SI	SI	.84
Presencia	SI	NO	NO	.38

Como se aprecia en la situación crítica, la probabilidad de que se presente ideación suicida cuando no hay niveles normales de autoestima y sí elevados niveles de impulsividad y presencia de sintomatología depresiva, es muy elevada, cercana a 1.

Respecto al modelo para ideación suicida, con relación a las áreas de funcionamiento POSIT, los coeficientes y los cocientes de probabilidades se muestran en la tabla 15.

Tabla 15. Modelo de ideación suicida como función de las dimensiones del POSIT

Predictor	Coficiente	Sig	OR
UAS	.332	.094	1.394
SM	.976	.000	2.653
RF	.318	.076	1.374
RA	.409	.033	1.505
NE	.265	.193	1.303
IL	-.152	.608	.859
CAD	-.149	.645	.861
Constante	-.666	.000	.514

Estos resultados implican que el modelo, en su transformación lineal LOGIT, puede expresarse como:

$$IS = -.066 + (.332) UAS + (.967) SM + (.318) RF + (.409) RA + (.265) NE - (.152) IL - (.149) CAD$$

La prueba de significancia del modelo en general arrojó el *valor-p* de .000, lo que indica que el modelo es significativo. En cambio, los valores de probabilidad en las pruebas de significancia individuales de las variables predictoras, únicamente son significativos para las áreas funcionales de salud mental y relaciones con amigos, con valores menores .05. Al respecto, ambas áreas funcionales favorecen la aparición de ideación suicida; es decir, cuando existe riesgo en el área de salud mental, es más probable que exista presencia de ideación suicida, lo mismo sucede cuando existe riesgo en el área de relación con los amigos. En este sentido, de acuerdo a los OR de cada una de estas predictoras, la probabilidad de que un joven presente ideación suicida crece 2.653 veces cuando existe riesgo en salud mental y 1.505 veces cuando hay riesgo en el área de relaciones con amigos. Pese a que no son significativos, los valores menores de significancia en las áreas de uso abuso de sustancias, relaciones familiares y nivel educativo sugieren que, en alguna medida, la aparición de riesgo en estas áreas funcionales incrementa la probabilidad de presentar ideación suicida.

La solución al modelo para las situaciones extremas se muestra a continuación (tabla 16):

Tabla 16. Probabilidad de ocurrencia de IS a partir de la presencia o ausencia de A, I y SD

	UAS	SM	RF	RA	NE	IL	CAD	Probabilidad IS
Presencia	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	.83
Presencia	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	.27

Es evidente que cuando existe presencia de una condición de riesgo en las áreas que fungen como factor, la probabilidad de presentar ideación suicida es mayor, cercana a 1.

El siguiente modelo corresponde a la sintomatología depresiva como función de impulsividad, autoestima e ideación suicida. Los coeficientes y los cocientes de probabilidades del modelo obtenido se muestran en la tabla 17:

Tabla 17. Modelo de sintomatología depresiva como función de I, A e IS

Predictor	Coefficiente	Sig	OR
AE	-.356	.044	.700
IM	.683	.024	1.980
IS	1.103	.000	3.013
Constante	-.400	.025	.670

Estos resultados implican que el modelo, en su transformación lineal LOGIT, puede expresarse como:

$$DEP = -.400 - (.365) AE + (.683) IM + (1.103) IS$$

El modelo, en general, es significativo con un *valor-p* de .000. Todas las variables predictoras del modelo son, de igual manera, significativas al .05. Al igual que como sucede con la ideación suicida, los niveles normales de autoestima inhiben la presencia de sintomatología depresiva; es decir, la autoestima funge como un elemento protector. En cambio, la presencia de niveles elevados de impulsividad y de ideación suicida incrementan la probabilidad de que un joven presente sintomatología depresiva. Las OR obtenidas dejan ver que es la impulsividad la variable predictora que tiene un efecto mayor en el modelo, dado que cuando un joven presenta niveles mayores de impulsividad, prácticamente duplica la probabilidad estimada (OR= 1.980) de presentar sintomatología depresiva. Como es evidente, el coeficiente de probabilidad de la predictora sintomatología depresiva corresponde en valor al encontrado en

el modelo para ideación suicida. En este sentido, el presentar ideación suicida aumenta tres veces la probabilidad de que un joven denote sintomatología depresiva.

En el modelo de ideación suicida, el diferencial entre las probabilidades de las situaciones extremas es amplio, siendo altamente probable de presentar sintomatología depresiva cuando se acompaña de ausencia de niveles normales de autoestima y de presencia de niveles altos de impulsividad y de ideación suicida (tabla 18).

Tabla 18. Probabilidad de ocurrencia de SD a partir de la presencia o ausencia de A, I e IS

	NAE	NIM	IS	Probabilidad DEP
Presencia	NO	SÍ	SÍ	.79
Presencia	SÍ	NO	NO	.31

El modelo 4 establece la probabilidad de presentar sintomatología depresiva en función de las siete áreas de funcionamiento POSIT. Los coeficientes del modelo y los cocientes de probabilidades se muestran en la tabla 19.

Tabla 19. Modelo de sintomatología depresiva como función de las dimensiones del POSIT

Predictor	Coficiente	Sig	OR
UAS	.308	.118	1.361
SM	1.107	.000	3.026
RF	.091	.610	1.096
RA	.254	.188	1.289
NE	.321	.111	1.378
IL	.218	.462	1.244
CAD	-.268	.389	.765
Constante	-.785	.000	.456

Estos resultados implican que el modelo, en su transformación lineal LOGIT, puede expresarse como:

$$IS = -.785 + (.308) UAS + (1.107) SM + (.091) RF + (.254) RA + (.321) NE + (.218) IL - (.268) CAD$$

La prueba de significancia del modelo en general arrojó el *valor-p* de .000, lo que indica que el modelo es significativo. Los valores de probabilidad en las pruebas de significancia individuales de las variables predictoras, únicamente es significativo para el área funcional salud mental. No obstante, son notables algunos cocientes de probabilidad, como los que presenta el nivel educativo y uso / abuso de sustancias, los cuales sugieren que cuando existe riesgo en estas áreas funcionales, la probabilidad de presentar sintomatología depresiva se ve incrementada. Pese a que la prueba de significancia no resultó positiva, se esboza que el área funcional de conducta agresiva / delictiva funge como un protector. Esto implicaría que niveles de riesgo altos en esta área funcional favorecerían una baja probabilidad de presentar sintomatología depresiva. En cuanto al área de funcionamiento que si es significativa en el modelo, que es salud mental, se puede decir que niveles altos de riesgo en esta área, aumentan la probabilidad de presentar sintomatología depresiva. En este sentido, el OR de esta variable indica que la probabilidad estimada de presentar sintomatología depresiva cuando existe un riesgo alto en salud mental es casi tres veces mayor que cuando este riesgo está ausente.

La solución al modelo en las situaciones críticas hacen evidente lo arriba comentado. Esto se expone en la tabla 20.

Tabla 20. Probabilidad de ocurrencia de SD a partir de las dimensiones del POSIT

	UAS	SM	RF	RA	NE	IL	CAD	Prob. SD
Presencia	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	.81
Presencia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	.25

Como se aprecia, el presentar *riesgo alto* en las áreas funcionales del POSIT se asocia de manera importante con una probabilidad estimada de presentar sintomatología depresiva. Esto resalta la importancia de atender tales áreas funcionales para hacer reducir los riesgos y, de esta manera, procurar que la probabilidad de presentar sintomatología depresiva sea menor.

4. Discusión y conclusiones

Los datos obtenidos sobre orientación escolar, sexualidad, ideación suicida, sintomatología depresiva, impulsividad, autoestima y las diversas áreas de funcionamiento incluidas en el POSIT, advierten de distintas problemáticas psicosociales en la población estudiada.

Respecto al ámbito de orientación escolar, destaca que 22 de cada 100 estudiantes refiere *poco* o *ningún gusto* por la escuela, que 6 de cada 100 exprese *aburrimiento la mayor parte del tiempo* o *todo el tiempo* que permanece en la escuela. Si bien, muchos de estos adolescentes difícilmente continuarán su escolarización en el nivel universitario, el interés por estar en la escuela, conlleva a un mayor involucramiento en las actividades académicas desarrolladas, lo que independientemente de su continuidad puede incidir en un mayor aprovechamiento académico y aprendizajes. Existe la opinión generalizada de que son *buenos* para estudiar o que les gusta hacerlo, ya que sólo 6 de cada 100 y 4 de cada 100 expresan lo contrario sobre estos aspectos, respectivamente.

Esta imagen de sí, señala desde la perspectiva de los estudiantes que el poco gusto por la escuela para algunos de ellos, o el aburrimiento, es necesario explorarlo en otros ámbitos como las estrategias de enseñanza, los recursos de apoyo con que cuentan para el desarrollo de sus actividades, entre otros factores.

El inicio de la vida sexual activa, ha ocurrido en casi 15 de cada 100 estudiantes, cifra mucho menor que la referida en encuestas nacionales previas, incluso la del año 2000 (INEGI, SEP, 2011), en que 22.3 de la población estudiada había tenido relaciones sexuales, en tanto que

para el 2010, este porcentaje se había incrementado al 33.5%, más del doble que el citado en este trabajo; dicho inicio de relaciones sexuales ocurre en su mayor parte (76.7%) de los 14 años en adelante, es de llamar la atención que en el resto suceda a los 13 años o antes.

El uso del condón se registra en el 61.9% de los casos, lo cual se encuentra por debajo de la media nacional, que indica un 70% (ENUSAT, 2012); aunque dicho uso tiende a disminuir en las subsecuentes relaciones sexuales, ya que el 38% refiere usarlo *siempre* y 14.3% *casi siempre*. Si se conjuntan ambos porcentajes, suman 52.3%, menor al obtenido a nivel nacional (60%). En este sentido, una actividad sexual segura no es posible en muchos de los casos, lo que puede implicar enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados.

El análisis de las medidas de tendencia central obtenidas de cada una de las escalas aplicadas: sintomatología depresiva, ideación suicida, impulsividad y autoestima, reportan puntajes diferenciados respecto a lo obtenido en otros trabajos.

Así, en la aplicación del CES-D, se obtiene una $M=18.5$, mucho mayor que la registrada por González-Forteza *et al.* (2012), con 116 mil 214 estudiantes de bachillerato y superior de la ciudad de México, en que la $M=9.5$ para estudiantes de bachillerato; y ligeramente superior al resultado de Veytia, González, Andrade y Oudhof (2012), realizado con 2 mil 292 adolescentes desde 15 hasta 19 años de edad del Estado de México, en que la $M=16.2$ para mujeres y de 16.02 para hombres.

En la escala de ideación suicida, se alcanza un puntaje global para la $M=1.7$, de 1.5 en hombres y de 2.2 en mujeres. En el trabajo de González-Forteza (2007), que incluye información de tres estudios (1992, 1996 y 1999) en que se aplica dicha escala, indica para 1992 una $M=1.6$ en hombres y de 2.1 en mujeres; para 1996, de 2.2 y 2.3, y para 1999, 1.6 y 2.5, respectivamente. Esto da cuenta de un índice ligeramente menor en el caso de los hombres, con relación a los trabajos de 1992 y 1999, aunque mucho menor respecto al estudio de 1996, mientras que en el caso de las mujeres, sólo es ligeramente mayor al estudio de 1992, y ligeramente menor que el de 1996 y 1999. En general, entonces, se obtienen puntajes menores que los estudios referidos.

En cuanto a la escala de impulsividad, la $M= 8.6$, mayor a la referida en el trabajo de Carrasco, García y García (2014), llevado a cabo con aspirantes a ingresar a la universidad, en que la $M= 8.32$.

Para la escala de autoestima, la $M= 26.7$, menor a la referida en los estudios de 1992, en que se alcanza una $M= 29.5$ en hombres y de 29.3 en mujeres; y 1996, en que la $M= 28.2$ para hombres y 27.3 para mujeres, pero mayor al de 1999, con una $M= 21.2$ y 21.7, respectivamente (González-Forteza, 2007).

En el POSIT el puntaje de media para el Índice de Riesgo Global es de 22.2, mientras que para las dimensiones de la prueba, la $M= 2.6$ para uso / abuso de sustancias, 4.6 para salud mental, 3.6 para relaciones familiares, 2.0 para relaciones con amigos, 5.4 para nivel educativo, 1.6 para interés laboral y 2.4 para conducta agresiva / delictiva. Si se considera el punto de corte establecido en otros estudios (Guerrero y León, 2008), se obtiene un $IRG= 65.29$, lo cual es significativamente mayor que el alcanzado en el trabajo referido; sin embargo, se destaca una amplia dispersión ($DT= 11.25$), lo que sugiere que existen casos en los extremos de la distribución, esto es, con puntajes que señalan un diferencial de riesgo mayor y puntajes menores. En cuanto a las dimensiones del POSIT, se obtiene un diferencial de riesgo por arriba del 100% respecto al punto de corte correspondiente, lo que indica áreas de funcionamiento problemáticas para uso / abuso de sustancias, relaciones con amigos, relaciones familiares y, en menor medida, para nivel educativo, mientras que las dimensiones conducta agresiva / delictiva, interés laboral y salud mental, son las que presentan un diferencial de riesgo menor.

Al realizar la contabilidad de casos para el POSIT, se confirma que las dimensiones con un mayor número de casos con diferencial de riesgo por encima del punto de corte son las de: relaciones con amigos (57.9%), relaciones familiares (54.4 %), uso / abuso de sustancias (49.8%), nivel educativo (46.5%) y salud mental (35.7%). Esto sugiere que en más de la mitad o la mitad de los jóvenes de la comunidad, las áreas de funcionamiento problemáticas son aquellas asociadas a las relaciones interpersonales y familiares y al uso/abuso de sustancias.

En la contabilidad de casos con sintomatología para cada una de las variables en análisis, resalta que más del 50% presenten al menos un síntoma de ideación suicida (57.4%) y sintomatología depresiva (52.0%). En contraparte, la expresión de la impulsividad, no es un aspecto evidente en la manifestación comportamental de los estudiantes, con apenas un 10.2% de los casos.

La relación entre el recuento de los casos que presentan algunas de las variables de análisis: ideación suicida, sintomatología depresiva, autoestima e impulsividad, respecto de cada una de las dimensiones del POSIT, indica una amplia relación entre ideación suicida con casi todas las dimensiones del POSIT, especialmente con las de relaciones con amigos, relaciones familiares, uso/abuso de sustancias, nivel educativo y salud mental, excepto para conducta agresiva/delictiva e interés laboral; lo mismo ocurre para las variables sintomatología depresiva, baja autoestima e impulsividad, que mantienen un despliegue similar en cuanto a las dimensiones del POSIT con que se relacionan.

Dicho recuento para los sujetos que presentan ideación suicida, sintomatología depresiva, autoestima baja y alta impulsividad, esto es, un muy elevado nivel de riesgo psicosocial, incluyen un total de 19 casos (3.12%), si se añan los casos con las mismas características, excepto que presentan baja impulsividad, se tiene un total de 85 (13.98%). El total de estos casos suma 104 (17.11%), lo que refiere un importante número a considerar para su atención en los centros escolares.

Los modelos de regresión logística multivariable para ideación suicida, respecto a las variables predictoras en análisis: sintomatología depresiva, impulsividad y autoestima, confirman en cuanto a ésta última, lo referido en otros estudios (Armendáriz, Rodríguez y Guzmán, 2008; Álvarez, Alonso y Guidorizzi, 2010), en que se considera una variable protectora, de manera que a mayor autoestima menor índice de ideación suicida, mientras que elevados niveles de impulsividad y sintomatología depresiva, hacen aumentar a casi el doble y al triple respectivamente la posibilidad de que un adolescente presente ideación suicida.

El análisis para la variable ideación suicida respecto a las dimensiones del POSIT, indica que únicamente las áreas funcionales de salud mental y relaciones con amigos son significativas como variables

predictoras, así la primera eleva la probabilidad de que un adolescente presente ideación suicida a casi tres veces y la segunda más de una y media veces.

En el modelo que explora la sintomatología depresiva como función de impulsividad, autoestima e ideación suicida, se advierten resultados similares a los encontrados para ideación suicida. Así un alto nivel de autoestima funciona como factor de protección, mientras que la impulsividad, incrementa en casi dos veces la probabilidad de ocurrencia de sintomatología depresiva, lo que para la variable ideación suicida es de hasta tres veces.

El análisis para la variable sintomatología depresiva, respecto a las dimensiones del POSIT, indica que únicamente el área funcional de salud mental es significativa como variable predictora, en poco más de tres veces.

Los modelos analizados destacan, en suma, la autoestima como factor protector para ideación suicida y sintomatología depresiva, mientras que la sintomatología depresiva constituye un predictor altamente significativo que incrementa la probabilidad de ocurrencia de ideación suicida, lo mismo que la ideación suicida de la sintomatología depresiva, lo que refiere una relación muy estrecha entre ambas variables. Del POSIT, la dimensión salud mental reporta ser un predictor importante para sintomatología depresiva e ideación suicida.

Los datos obtenidos en el estudio, permiten establecer algunos comentarios finales en torno a las problemáticas psicosociales en esta comunidad indígena. En primer lugar, es importante desarrollar en los estudiantes, mayor interés por permanecer en la escuela, para lo cual, es necesario continuar la indagación sobre este aspecto, no obstante, la diversificación de estrategias didácticas, diversificación de actividades académicas, culturales, recreativas y deportivas puede coadyuvar al logro de este propósito.

En segundo lugar, el inicio de la vida sexual activa acontece desde muy temprana edad, aunque el total de estudiantes que han tenido relaciones sexuales es menor a la media nacional. El que un menor número de casos utilice el condón, destaca la necesidad de atender aspectos de salud reproductiva en la población estudiantil, incluso desde la primaria.

En tercer lugar, los puntajes para las medias obtenidas de las variables ideación suicida, sintomatología depresiva, impulsividad y autoestima son muy similares a las de otros estudios, excepto para sintomatología depresiva, cuya media es mayor. Sin embargo, el recuento de casos es de más del 50% para ideación suicida y sintomatología depresiva. Ello hace altamente significativa la necesidad de atención de estas problemáticas en el contexto escolar, dado que su incidencia incrementa la vulnerabilidad y riesgo del estudiante respecto de otras alteraciones como el uso de sustancias, el comportamiento disocial, lo que se relaciona a su vez con dificultades escolares e incluso la interrupción o abandono escolar. Además, el número de casos que presenta toda la sintomatología: ideación suicida, sintomatología depresiva, baja autoestima e impulsividad (o sin ésta última), es de 104 casos (17.11%), lo que demanda la implementación de servicios de tutoría, orientación escolar o atención psicológica en la escuela u otras dependencias existentes en la comunidad.

En cuarto lugar, el Índice de Riesgo Global obtenido en el POSIT, es mucho mayor que el obtenido en otros trabajos, aunado a ello, en el recuento de casos, cerca del 50% o más de los estudiantes, presenta un riesgo importante para las dimensiones relaciones con amigos, relaciones familiares y uso / abuso de sustancias, ámbitos en los que la prevención e intervención se hace particularmente importante.

En quinto lugar, el conocimiento obtenido, muestra la relevancia que tiene la autoestima como factor protector y predictor de la ocurrencia de ideación suicida y sintomatología depresiva e igualmente, la importancia de la dimensión salud mental para ambas variables y la de relaciones con amigos para ideación suicida. En este sentido, la intervención puede orientarse de forma puntual a la atención de éstas variables. Desde esta perspectiva, la atención a aspectos relacionados sobre la relación del adolescente con los amigos, es un aspecto de capital importancia en la actividad de orientación y tutoría que se realiza con estos alumnos e incluso en las estrategias metodológicas implementadas en cada clase, en tanto promuevan comportamientos o actitudes prosociales.

En sexto lugar, los instrumentos aplicados son breves, económicos y de fácil uso, lo que puede ser útil para el desarrollo de detección de casos o diagnósticos escolares sobre problemáticas psicosociales.

El estudio se realiza sobre estudiantes de un municipio tsotsil, por lo que para dar cuenta de las características de este grupo poblacional más ampliamente, es importante continuar con un análisis más detallado sobre las variables abordadas, en investigaciones futuras. La construcción del conocimiento social de adolescentes indígenas, es una tarea prioritaria para orientar la intervención en el ámbito de la salud, específicamente de problemáticas psicosociales de las que no se tiene información en este grupo poblacional, por lo que la exploración de este tipo de tópicos es una veta en la que aún debe profundizarse en grupos indígenas.

Bibliografía y referencias documentales

- Acosta-Hernández, M. E., Mancilla-Percino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F. R., Cruz-Sánchez, J. S., Duran-Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Arch Neurocién (Mex)*; 16 (3):156-161.
- Aguilera, R. M., Carreño, M. S., y Juárez, F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 27 (6): 57-66.
- Albarracín, D.; Johnson, B. T.; Fishbein, M.; and Muellerleile, P. A. (2001). Theories of Reasoned Action and Planned Behavior as Models of Condom Use: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 127 (1): 142-161.
- Alonso, C., M. M., Álvarez A., A. y Guidorizzi Z., A. C. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 18, pp. 634-640.
- Álvarez Aguirre A., Alonso Castillo M. M., Guidorizzi Zanett A. C. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, May-Jun; 18 (Spec): 634-40.
- Andrade Palos P. y Betancourt Ocampo, D. (2008). Factores individuales, familiares y sociales y conductas de riesgos en adolescentes. En: Andrade Palos, P. Cañas Martínez, J. L. y Betancourt Ocampo, D. (Comps). *Investigaciones psicosociales en adolescentes*. México: UNICACH.
- Armendáriz G., N. A., Guzmán F., F. R. y Rodríguez A., L. (2008). Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, vol. 4 (1), pp. 1-16.

- Au, A., Lau, S. y Lee, M. (2009). Suicide Ideation and Depression: The Moderation Effects of Family Cohesion and Social Self-concept. *Adolescence*, 44, 851-868.
- Barcelata, B., Durán C. y Lucio E. (2004). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 64-73.
- Bárcena Gaona, S., Robles Montijo, S. y Díaz-Loving, R. (2013). El papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3 (1), 956 - 968.
- Beck, A., Kovacs, M., Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*, 47 (2): 343-352.
- Beltrán Martínez S. (2014). Los miedos en la pre-adolescencia y adolescencia y su relación con la autoestima: Un análisis por edad y sexo. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, enero - junio, 1 (1): 27-36.
- Benjet C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C. et al. (2004). La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Mex*, 46 (5): 417-423.
- Benjet, C., Borges, G., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, E., Méndez, E. et al. (2009). La Encuesta de Salud Mental en adolescentes de México. En: Rodríguez, J., Kohn, R, Aguilar-Gaxiola, S. (eds.). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 90-100.
- Berenzon, Shoshana, Lara, María Asunción, Robles, Rebeca, Medina-Mora, María Elena (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Mex*, 55: 74-80.
- Bonanno, R., y Hymel, S. (2010). Beyond Hurt Feelings: Investigating why some Victims of Bullying are at greater Risk for Suicidal Ideation. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56 (3), 420-440.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco R., Ouéda, C., Villatoro, J. y Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32:413-425.

- Buela, G., Carretero, H., y De los Santos-Roig, M. (2002). *Test de emparejamiento de figuras conocidas-20*. Madrid: TEA Ediciones.
- Butcher, J. A., Mineka, S., Holley, J. M. (2007). *Psicología clínica* (12a edición). España: Pearson, Addison Wesley.
- Butcher, J. N., Grant Dahlstrom, W., Graham, J. R., Tellegen, A. y Kaemmer B. Adaptadores: Ávila-Espada, A. y Jiménez-Gómez, F. (2012). *Inventario Multifásico de la Personalidad-2*. España: TEA Ediciones
- Camacho del Carpio, X. Y. y Gordillo Moreno D. del C. (1998). *La influencia de la publicidad televisiva en el consumo de vinos y licores en jóvenes de 15 a 18 años en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez*. Tesis de licenciatura. Facultad de Pedagogía. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México: UNACH.
- Campero, L., Atienzo, E., Suárez, L., Hernández, B. y Villalobos, A. (2013). *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas*. México D.F. Documento disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_299-307.pdf
- Caricote, E. (2006). *Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia*. Carabobo, Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Carrasco González, A. M., Barriga Jiménez S., León Rubio, J. M. (2004). Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, julio - diciembre, 9 (002): 205-226.
- Carrasco Grajales, V. M., García De León, C., García Lara, G. A. (2014). *Ideación suicida e impulsividad en jóvenes preuniversitarios del estado de Chiapas*. XLI Congreso Nacional del CNEIP, Mazatlán, Sinaloa, México, 2014.
- Caso N., J., Hernández G., L. y González M., M. (2011). Prueba de Autoestima para Adolescentes. *Universitas Psychologica*, 10 (2): 535-543.
- Castillo, S (1989) *Orientación Educativa. El consejo orientador al término de la EGB*. Bogotá: Cincel.
- Castro S., M. E. (1990). Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y atención primaria dentro del plantel escolar. *Salud Pública de México*, 32, 298 - 308.

- Castro S., M. E. (2001). Factores de protección asociados al riesgo del consumo de sustancias adictivas en población de jóvenes estudiantes (pp. 277-289). En Tapia, R. (coord.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (2a. edición). México: El Manual Moderno.
- Castro S., M. E. y Chávez, A. M. (1986). Predictores del consumo de drogas en jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 3, 5-10.
- Cattel Raymond, B. (2001). *Cuestionario de 16 factores de la personalidad* (2ª edición). México: Manual Moderno.
- Ceballos Ospino G. A., Camargo Goenaga K., Jiménez Sánchez I. y Requena Mendoza K. (2011). Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa María Colombia. *Revista de Psicología*, enero - junio, 3 (1): 30-38.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA) (2010). *Epidemiología del VIH en México en el año 2010*. México: CENSIDA.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (1997). *Subdirección de Investigación Correlatos psicosociales del abuso y dependencia de drogas*. México: CIJ (informe interno).
- Centros de Integración Juvenil, A. C., Subdirección de Investigación (1999). *Ajuste psicosocial y consumo de drogas. Informe de Investigación 97-27*. México: CIJ, A. C.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (2000). *Subdirección de Investigación. Adherencia escolar y consumo de drogas Informe de Investigación 99-07*. México: CIJ, A. C.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (2009a). *De la prevención universal a la prevención selectiva*. México: CIJ, A. C.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (2009b). *Prevención del consumo de drogas en el contexto escolar. Manual para el profesor*. México: CIJ, A. C.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2005). Documento disponible en línea <http://www.coneval.gob.mx/contenido/home/2234.pdf> [Fecha de consulta 08 de Marzo de 2011].
- Córdova, M., Rosales, P., Caballero, R. y Rosales, J. C. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15 (2): 17-21.

- Córdova Osnaya, M., Rosales Pérez, J. C., Guzmán Luna, B. R., Zúñiga Villanueva, G. (2013). Características del estudiante con y sin ideación suicida del colegio de bachilleres de San Luis Potosí (México). *Salud y Sociedad*, mayo - agosto, 4 (2): 120-134.
- Cubillas Rodríguez, M. J., Román Pérez, R., Valdez, E. A., Galaviz Barreras, A. L. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Mental*, 35: 45-50.
- Díaz, N. B. y García, A. R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Pan American Journal of Public Health*, 24 (4): 223-232.
- Dishion, T. J., Kavanagh, K., Schneiger, A., Neilson, S. y Kaufman, N. K. (2002). Preventing early adolescent substance use: A Family-Centered Strategy for the Public Middle School. *Prevention Science*, 3 (3): 191-201.
- Dubois, D.L., Bull, C.A., Sherman, M.D. y Roberts, M. (1998). Self-esteem and adjustment in early adolescence: A social-contextual perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 27, 557-583.
- Durkheim, E. (2009). *Educación y sociología la obra pedagógica de Durkheim*. México: Popular.
- Encuesta Nacional de Juventud. (2010). *Instituto mexicano de la juventud (IMJUVE)*: México.
- Enrique Gracia, J. H. (2007). Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD-7), *Salud Mental*, 30 (5): 40-46.
- Erikson, E. (1987). *Sociedad y adolescencia* (11a edición). México: Siglo XXI.
- Escurra Mayaute, L. M., Delgado Vásquez, A. E. (2012). Análisis psicométrico de la Escala de Depresión CES-D bajo el modelo de crédito parcial de Rasch. *Persona*, 15, 173-190.
- Estévez, E., Jiménez, T. y Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia: Nau Llibres.
- Fergusson, D.M., Goodwin, R. D., Horwood, L. J. (2003). Major depression and cigarette smoking: Results of a 21-year longitudinal study. *Psychol Medicine*, 33: 1357-1367.

- Fleiz, C., Borges, G., Rojas, E., Benjet, C., Medina-Mora, M. E. (2007). Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental*, septiembre - octubre, 30 (5): 63-73.
- Fortenberry, J. D., Wanzhu, T., Harezlak, J., Katz, B. P., Orr, D. P. (2002). Condom Use as a Function of Time in New and Established Adolescent Sexual Relationships. *Am J Public Health*, february; 92 (2): 211-213.
- Franklin, C., y Streeter, C. L. (1995). School reform: Linking public schools with human resources. *Social Work*, 40 (6): 773-82.
- Franko, D., Striegel-Moore R., Bean, J., Tamer, R. et al. (2005). Psychosocial and Health Consequences of Adolescent Depression in Black and White Young Adult Women. *Health Psychol*, 24(6):586-593.
- Furr, S., Westefeld, J., McConnell, G., Jenkins, J. (2001). Suicide and Depression among College Students: A Decade Later. *Professional Psychology: Research Practice*, 32:7-100.
- Gaeta, M. L. y Galvanovskis A. (2011). Propensión a conductas antisociales y delictivas en adolescentes mexicanos. *Psicología Iberoamericana*, 19 (2), 47-54.
- García de Jalón, E. Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25 (3): 87-97. Documento en línea, disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25-3html>
- García-Portilla, M. P., Bascarán, F. M. T., Sáiz, M. P. A., Bousoño, G. M. y Bobes, G. J. (2006). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (4ª edición). Barcelona: Ars Médica.
- Garlow, S., Rosenberg, J., Moore, J., Haas, A., Koestner, B., Hendin, H. y Nemeroff, C. (2008). Depression, Desperation, and Suicidal Ideation in College Students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25, 482-488.
- Garza, C., Rojas, R., Hernández, M. y Olaiiz, G. (2000). *Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000*. México, D.F: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Gobierno Federal (2011). *Encuesta nacional de adicciones 2011*. Tabaco. México.
- Gobierno Federal (2011). *Encuesta nacional de adicciones 2011*. Alcohol. México.

- Gómez-Bustamante E. M. y Cogollo Z. (2010). Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 12 (1): 61-70.
- Gómez Cobos, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, julio - diciembre, 10 (2):105-122.
- González-Forteza, C. (1992). *Estresores psicosociales y respuestas de enfrentamiento en los adolescentes: Impacto sobre el estado emocional*. Tesis de Maestría en Psicología Social, Facultad de Psicología. México: UNAM.
- González-Forteza, C. (1996). *Factores protectores y de riesgo de depresión e intento de suicidio en adolescentes*. Tesis de doctorado en psicología, Facultad de Psicología. México: UNAM.
- González-Forteza, C., Jiménez Tapia, A. y Gómez Castro, C. (1995). Indicadores psicosociales asociados a la ideación suicida en adolescentes: Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Anales*, 6, 135-139.
- González-Forteza, C., Andrade Palos, P. y Jiménez Tapia, A. (1997). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, marzo - junio, 20 (1): 27-35.
- González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A. M., Facio-Flores, D. Medina-Mora, I. (1998). *Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes*. México. Salud pública. Documento disponible en línea. <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n5/Y0400507.pdf> [5 de enero 2013].
- González-Forteza C., Jiménez Tapia A., Pérez Campuzano E., Ramos Lira L., Caballero Gutiérrez M. A. y Saltijeral Méndez M. T. (1999). Padres afectivos: apoyo para la autoestima de sus hijos adolescentes. *Psicología Conductual*, 7 (3):501-507.
- González-Forteza, C., Ramos Lira, L., Caballero Gutiérrez, M. A. y Wagner Echeagarray, F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15 (4): 524-532.

- González-Forteza, C., Jiménez Tapia, A., Mondragón Barrios, L. (2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. Autoestima, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. *Revista Salud Mental*, 30 (5): 20 – 26.
- González-Forteza, C., Arana Quezadas, D. S., Jiménez Tapia, J. A. (2008). Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. *Revista Salud Mental*, 31 (1): 23-27.
- González-Forteza, C., Solís Torres, C., Jiménez Tapia, A., Hernández Fernández, I., González-González, A., Juárez García, F., Medina-Mora, M. E., Fernández-Varela Mejía, H. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34: 53-59.
- González-Forteza, C., Wagner Echeagaray, F. A., Jiménez Tapia, A. (2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental*, 35:13-20.
- González-González, A., Juárez García, F., Solís Torres, C., González-Forteza, C., Jiménez Tapia, A., Medina-Mora, M. E., Fernández-Varela Mejía, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35: 51-55.
- González-Pier, E., Gutiérrez-Delgado, C., Stevens, G., Barraza-Lloréns, M., Porras-Condey, R., Carvalho, N., Loncich, K., Dias, R. H., Kulkarni, S., Casey, A., Murakami, Y., Ezzati, M., Salomon, J. A. (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública de México*, 49, suplemento I, S37-S52.
- Goodman, E., Capitman, J. (2000). Depressive Symptoms and Cigarette Smoking among Teens. *Pediatrics*, 106: 748–755.
- Guerrero M., A. y León P., B. (2008). *Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT). Guía Técnica*. México: Centros de Integración Juvenil, A. C.

- Guzmán Facundo, F. R. y Pedrao, L. J. (2008). Factores de riesgo personales e interpersonales en el consumo drogas ilícitas en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles (2008). *Rev Latino-am Enfermagem*, mayo -junio, 16 (3), 7 páginas. www.eerp.usp.br/rlae
- Hall Ramírez, Victoria (2003). *Depresión. Fisiopatología y tratamiento*. Costa Rica: Centro de Información de Medicamentos. Universidad de Costa Rica.
- Harmon-Jones, E.; Barratt, E. S. y Wigg, C. (1997). Impulsiveness, aggression, reading, and the p300 of the event-related potential. *Personality and Individual Differences*, 22 (4): 439-445.
- Harter, S. y Monsour, A. (1992). Development analysis of conflict caused by opposing attributes in the adolescent self-portrait. *Developmental Psychology*, 28 (2): 251-260.
- Helmers, K. F., Young, S. N. y Pihl, R. O. (1995). Assessment of measures of impulsivity in healthy male volunteers. *Personality and Individual Differences*, 19, 927-935.
- Herrera y Montes, Luis (1982). *La orientación educativa y vocacional en la segunda enseñanza*. México, D.F.: DGEST.
- Hoffman Lois. (S/f). *Psicología del desarrollo* (Vol. I). México: MC Graw Hill.
- Hoge, D.R., Smit, E. K. y Crist, J. T. (1995). Reciprocal effects of self-concept and academic achievement. *Journal of Youth and Adolescence*, 24 (3): 295-314.
- INEGI (2005). *Tabulados básicos del II Conteo de Población y Vivienda 2005*. México: INEGI.
- INEGI. (2010). *Datos preliminares*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2010). *Una propuesta para la prevención del suicidio en México* (la edición). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Iribarren, M. M., Jiménez-Giménez, M., García-de Cecilia, J. M., Rubio-Valladolid, G. (2011). Validación y Propiedades Psicométricas de la Escala de Impulsividad Estado. *Actas Esp Psiquiatr*, 39 (1): 49-60.
- Jane-Llopis, E., Matytsina, I. (2006). Mental Health and Alcohol, Drugs, and Tobacco: A Review of the Comorbidity between Men-

- tal Disorders and the Use of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs. *Drug Alcohol Review*, 25: 515-536.
- Konick y Gutierrez (2005). Testing a Model of Suicide Ideation in College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 181-92.
- Lara, A. (2002). *Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención*. México, D. F.: Tesis para optar por el grado académico de Doctor en Ciencias. Facultad de medicina, UNAM.
- Litten, K. (1999). A prevention program design for inner-city, high school adolescents to combat learned helplessness and depression. *Dissertation Abstracts International*, 60 (3-B), 1306.
- Magdaleno, M., Munist, M. M., Serrano, C.V., Silver, T.J. (1994). Sexualidad y adolescencia. La personalidad en el contexto de la salud integral de los adolescentes. En: *La salud del adolescente y el joven*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud; 1-17. Publicación Científica Núm. 6.
- Marchesi, A. y Hernández Gil, C. (2000). *El fracaso escolar*. Madrid: Doce Calles.
- Mariño, M. C. (1997). *Validación del Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT)*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM: México.
- Mariño, M. C., González-Forteza, C. y Medina-Mora, M. E. (1999). Relaciones familiares en adolescentes: resultados en estudiantes y consumidores de drogas. *Psicología Conductual*, 7 (3): 461- 470.
- Mariño, M. C., González-Forteza, C., Andrade, P. y Medina-Mora, M. E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21 (1): 27 -36.
- Mariño M. C., Medina-Mora M. E., Chaparro J. J. Gonzalez-Forteza, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Rev Mex Psicol*, 10 (2): 141-145.
- Marmorstein, N., Iacono, W. (2004). Major depression and conduct disorder in youth: Associations with parental psychopathology and parent-child conflict. *J Child Psychol Psychiatry*, 45: 377-386.
- Martínez-Antón M., Buelga S, y Cava M. J. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Anuario de Psicología*, 38 (2): 293-303.

- Masten, W. G., Caldwell-Colbert, A. T., Alcalá, S. J., y Mijares, B. E. (1986). Confiabilidad y validez de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 8 (1): 77-84.
- Mckinney J. P. (1982). *Psicología adolescente, edad adolescente*. México: Manual Moderno.
- McMurran, M., Blair, M. y Egan, V. (2002). An investigation of the correlations between aggression, impulsiveness, social problem-solving, and alcohol use. *Aggressive Behavior*, 28, 439-445.
- Medina-Mora, M. E. (1998). *Manual para elaborar el diagnóstico situacional de las adicciones*. México: CONADIC.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., et al. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med*, 35 (12): 1773-1783.
- Medina-Mora, M.E., Mariño, M. C., Berenzon, S., Juárez, F. y Carreño, S. (1992). Factores asociados con la experimentación y con el uso problemático de drogas. *Las adicciones en México: hacia un enfoque multidisciplinario*, 87-97: CONADIC.
- Medina-Mora, M. E., Rojas, E., Borges, G., Vázquez-Pérez, Fleiz, C., Real T. (2008). Comorbidity: Depression and substance abuse. En: Aguilar-Gaxiola S , Gullotta T, eds. *Depression in Latinos. Assessment, Treatment and Prevention*. New York: Springer.
- Medina-Mora, M., Villatoro, V., Gutiérrez, M., Juárez, F. y Fleiz, C. (2005). Tendencias de la conducta antisocial en estudiantes del Distrito Federal: Mediciones 1997-2003. *Salud Mental*, 28 (3), 60-68.
- Mendoza-Victorino, D., Sánchez-Castillo, M., Hernández-López, M. F., Mendoza-García, M. E. (2010). La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en adolescentes: análisis de sus niveles, tendencias y componentes. En: *La situación demográfica en México 2010*. México: CONAPO.
- Miller, M. A., Alberts, J. K., Hecht, M. L., Trost, M. D., y Krizek, R. L. (2001). Adolescent Relationships and Drug Use: Family and Peer Influences. En: M. A. Miller, J. K. Alberts, M. L. Hecht, M. D. Trost y R. L. Krizek (Eds.). *Adolescent Relationships and Drug Use*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

- Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE (2013). *Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años*. Chile: Minsal.
- Mitofsky (2004). *Primera encuesta nacional sobre sexo*. México D.F: Documento disponible en: <http://www.sociologia.uson.mx/lecturas/encuestasobresexoenmexico.pdf>
- Montes Sosa, G. y Montes Villegas, F. (2009). El pensamiento social sobre el suicidio en estudiantes de bachillerato. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, julio-diciembre, 14 (2): 311-324.
- Morales Vives, F. (2007). *El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes*. Tesis Doctoral. Tarragona, España: Universitat Rovira I Virgili.
- Muñoz-Rivas, M. J. y Graña López, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13 (1): 87-94.
- Murphy, K. (2005). Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: a practice friendly review. *J. Clin Psychol*, 61: 607-19.
- Murray, C. J. L., López, A. D. (eds) (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected in 2020* (1st ed.) Boston: Harvard School of Public Health.
- Musitu, G., Jiménez, T. y Estévez, E. (2009). *Relaciones familiares y ajuste en el adolescente*. Madrid: Instituto Acción Familiar.
- Núñez de Villavicencio Porro F. (2001). *Psicología y salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- OMS (2000). *Reproductive Health Research at WHO: a new beginning*. (Reporte Bianual 1998 – 1999). Ginebra, Suiza: OMS.
- OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Documento disponible en Línea. <http://www.ops.org.bo/textocompleto/infm30588.pdf> [fecha de consulta 10 de marzo de 2011].
- OMS (2012). *La depresión*. Documento disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html> [Fecha de consulta; 29 de noviembre de 2013].
- Ortiz, A., Soriano, A., Galván, J. y Meza, D. (2005). Tendencias y uso de cocaína en adolescentes y jóvenes de la ciudad de México. Sistema de reporte de información en drogas. *Salud Mental*, 28 (2): 91-97.

- Parolari, F. (2005). *Psicología de la adolescencia, despertar para la vida*. Bogotá, Colombia: San Pablo.
- Patton, J. H., Stanford, M. S. y Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (6): 768-774.
- Perez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General*, 15 (2), 196-217.
- Pérez-Amezcuca, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E.E., De Castro, F., Leyva-López, A., Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública*, pp. 324-333.
- Plutchik, R. y Van Praag, H.M. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13, 23-24.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Radloff, L. S., Locke, B. Z. (1986). The community mental health assessment survey and the CES-D scale. En: Weissman MM, Myers JK, Ross CE (eds). *Community Surveys of Psychiatric Disorders*. Rutgers University Press, 177-189, New Brunswick.
- Rahdert, E. (1991). *The Adolescent Assessment / Referral System Manual*. DHHS Publication No. (ADM) 91-1735. Rockville, Md: National Institute on Drug Abuse, US Department of Health and Human Services.
- Ramos Quiroga, J. Bosch Munsó, A. R., Castells-Cervelló, X., Nogueira Morais, M., García Jiménez, E. y Casas Brugué, M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Rev Neurol*, 42: 600-606.
- Reyes-Ortega, M., Soto-Hernández, A. L., Milla-Kegel, J. G., García-Ramírez, A., Hubard-Vignau, L., Mendoza-Sánchez, H., Mejía-Garza, L. A., García-Peña, M. C., y Wagner-Echeagaray, F. A. (2003). Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud Mental*, 26 (1): 59-68.

- Ripple CH. y Suniya S.L. (2006) Familial Factors in Illicit Drug Abuse: An Interdisciplinary Perspective. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22 (2).
- Roberts, E. (1980). Reliability of the CES-D: Scale in Different Ethnic Contexts. *Psychiatry Research*, 2: 125-134.
- Rodriguez, M. L. (2008). *Orientación educativa. Supuestos básicos y conceptos fundamentales de la orientación educativa*. Barcelona: CEAC.
- Roig, J., Ibáñez (2004). *Fundamentos de la orientación escolar y profesional. La orientación, problema esencialmente humano*. Madrid: Anaya.
- Rudd, D. M. (2008). Teoría de la vulnerabilidad fluida: un enfoque cognitivo para entender el proceso del riesgo suicida agudo y crónico. En: Thomas E. Ellis (Dir.). *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia* (pp. 351-364). México: Manual Moderno.
- Ruíz, M. C. (2001). Factores familiares vinculados al bajo rendimiento. *Revista Complutense de Educación*, 12 (1), 81-113.
- Sánchez Q., M. I., Moreno R., M. C., Muñoz T., M. V. y Pérez Moreno (2007). Adolescencia, grupo de iguales y consumo de sustancias. Un estudio descriptivo y relacional. *Apuntes de Psicología*, 25 (3): 305-324.
- Tremblay, R. E., Pihl, R. O., Vitaro, F. y Dobkin, P. L. (1994). Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry*, 51, 732-739.
- Salgado De Snyder, V. N., Maldonado, M. (1994). Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública México*, 36: 200-209.
- Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez M. (1999). Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental*, (número especial): 68-74.
- Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, I., Téllez-Rojo, M. M., Franco-Núñez, A., Gutiérrez-Robledo, L. M., Sosa-Ortiz, A. L. (2013). Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). *Salud Pública de México*, 55 (3): 267-274.
- Sánchez, G., Jiménez, F. y Merino V. (1997). Autoestima y autoconcepto en adolescentes: una reflexión para la orientación educativa. *Revista de Psicología de la PUCP*. 15 (2): 202-222.

- Sánchez, R., Cáceres, H. y Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: Incidencia y factores asociados. *Revista Biomédica*, 22, 407-416.
- Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal-González, M. E., Musitu, G., Martínez Ferrer, B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19 (3): 279-287. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, España.
- Sánchez-Sosa, J. C. (2009). *Un modelo explicativo de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Disponible en: <http://www.uv.es/lisis/gonzalo/tesis-rey.pdf>
- SEP / INEGI (2011). *Encuesta nacional de juventud 2010. Resultados generales*. México D.F: Documento disponible en: http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-_Resultados_Generales_18nov11.pdf
- Secretaría de Salud (2008). *Programa de acción específico 2007-2012. Salud Mental*. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
- Secretaría de Salud (2009). *Sistema nacional de información en salud: mortalidad 2000-2005*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Educación. Subsecretaría de Planeación Educativa; Departamento de Estadística (2008). Documento disponible en línea <http://www.educacionchiapas.gob.mx/est.html> [consultado el 10 de Marzo de 2011].
- Secretaría de Salud (2008). *Encuesta nacional de adicciones 2008* (1a edición). México: Secretaría de Salud.
- Shucksmith, J., y Hendry, L. (1998). *Health Issues and Adolescents*. London: Routledge.
- Sun, R., Hui, E. y Watkins, D. (2006). Towards a Model of Suicidal Ideation for Hong Kong Chinese Adolescents. *Journal of Adolescence*, 29, 209-224.
- Tiburcio Sainz, M., Natera Rey, G. (2007). Adaptación al contexto nahñú del Cuestionario de Enfrentamientos (CQ), la Escala de Síntomas (SRT) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). *Salud Mental*, 30 (3): 48-58.

- Trujillo, E., Henao, J. y González, C. (2007). *Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia*. Colombia: Universidad Católica de Colombia.
- Tuesta Cerrón, I., Ramírez Machado, M., Tobón Yagarí, P. (2012). *Suicidio adolescente en pueblos indígenas*. Tres estudios de caso. Perú: UNICEF.
- Vallejo, Osorno y Mazadiego (2008). Sintomatología depresiva medida con las CES-D en adolescentes del norte de Veracruz. En: Andrade Palos, P. Cañas Martínez, J. L. y Betancourt Ocampo, D. (comps). *Investigaciones psicosociales en adolescentes*. México: UNICACH.
- Velasco Gómez, M. J. (2013). Violencia reactiva e instrumental. La impulsividad como aspecto diferenciador. *Revista de Educación*, mayo - agosto, 361, 665-685.
- Veytia López, M., González Arratia López Fuentes, N. I., Andrade Palos, P. Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35, 37-43.
- Whiteside, S. P. y Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and Impulsivity: Using a Structural Model of Personality to Understand Impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.
- Wilburn, V. y Smith, D. (2005). Stress, Self-esteem and Suicidal Ideation in late Adolescents. *Adolescence*, 40, 33-45.
- Wong, J., Cheung, E., Chan, K., Ma, K. et al. (2006). Web-based Survey of Depression, Anxiety and Stress in First-year Tertiary Education Students in Hong Kong. *Aust N Z J Psychiatry*, 40: 777-782.
- World Health Survey: Report of México, WHO (2003).
- Yáñez Aguilar, Z. (1998). *Información que posee el adolescente acerca de los daños físicos que produce el consumo de marihuana, inhalantes, alcohol, tabaco y cocaína*. Tesis de licenciatura, Escuela de Psicología. México: UNICACH.
- Yoder, K. y Hoyt, D. (2005). Family Economic Pressure and Adolescent Suicidal Ideation. Application of the Family Stress Model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 251-264.

Anexos

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Folio: _____

Edad: _____ Sexo: Hombre () Mujer () Grado escolar que
cursas _____ Promedio que obtuviste en el grado escolar pa-
sado: _____ Vives en la comunidad de: _____ Del municipio de:
_____ Religión: _____

En relación con el español:	Muy mal	Mal	Más o menos	Bien	Muy bien
Lo hablas					
Lo escribes					
Lo comprendes					

FAMILIAR	SEXO	EDAD	RELIGION	OCUPACIÓN
PADRE	H(X) M()			
Último grado estudiado (marca con X)	<input type="checkbox"/> No sabe leer ni escribir <input type="checkbox"/> Solo sabe leer o escribir <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional			
MADRE	H() M(X)			
	<input type="checkbox"/> No sabe leer ni escribir <input type="checkbox"/> Solo sabe leer o escribir <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional			

HERMANO 1	H() M()			
	() No sabe leer ni escribir () Solo sabe leer o escribir () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Profesional			
HERMANO 2	H() M()			
	() No sabe leer ni escribir () Solo sabe leer o escribir () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Profesional			
HERMANO 3	H() M()			
	() No sabe leer ni escribir () Solo sabe leer o escribir () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Profesional			
HERMANO 4	H() M()			
	() No sabe leer ni escribir () Solo sabe leer o escribir () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Profesional			

En relación con el español:		Muy mal	Mal	Más o menos	Bien	Muy bien
TU PAPÁ:	Lo habla					
	Lo escribe					
	Lo comprende					
TU MAMÁ:	Lo habla					
	Lo escribe					
	Lo comprende					

Orientación escolar

No.	Preguntas	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Casi nunca
1	Me disgusta la escuela				
2	Me aburre la escuela				
3	Soy bueno para el estudio				
4	Me gusta estudiar				

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

ESCALA DE AUTOESTIMA (Rosenberg, 1965) Validada por: González-Forteza (1992, 1993, 1996, 1997)

No.	Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Siento que soy una persona que vale, al menos como los demás ®				
2	Siento que tengo buenas cualidades ®				
3	En general me inclino a pensar que soy un fracaso				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien, como los demás ®				
5	Siento que no tengo mucho de qué presumir de mí				
6	Tengo una actitud positiva hacia mí misma ®				
7	En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a)®				

No.	Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
8	Desearía poder tener más respeto por mí mismo(a)				
9	A veces me siento inútil				
10	A veces pienso que soy un(a) bueno(a) para nada				

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

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

Contesta las siguientes preguntas para indicar *qué tan frecuente*:

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

SEXUALIDAD

No.	Preguntas	Marque con una (X)			
1	¿Has tenido relaciones sexuales con otras personas?	() SÍ	() NO		
<i>Si contestas NO, pasa a la sección CES-D</i>					
2	¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?	() Menos de 11 años	() 12-13 años	() 14-15 años	() 16 o más
3	¿En tu primera relación sexual con otra persona usaste condón?	() SÍ	() NO		

No.	Preguntas	Marque con una (X)			
4	En los últimos 6 meses ¿cuántas relaciones sexuales has tenido?	() 1 o 2	() 3 o 4	() 5 o 6	() 7 o más
5	En los últimos 6 meses ¿cuántas parejas sexuales has tenido?	() 1 o 2	() 3 o 4	() 5 o 6	() 7 o más
6	¿En tus relaciones sexuales usas condón?	() Nunca	() A veces	() Casi siempre	() Siempre

ESCALA CES-D

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

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

No.	Pregunta	Número de días			
		0	1-2	3-4	5-7
1	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan				
2	No tenía hambre, ni tenía apetito				
3	Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con la ayuda de mi familia o amigos(as)				
4	Sentía que era tan bueno(a) como los demás ®				
5	Tenía problemas para poner atención en lo que estaba haciendo				
6	Me sentí deprimido(a)				
7	Sentí que todo lo que hacía me costó mucho trabajo				
8	Veía el futuro con esperanza ®				
9	Pensé que mi vida era un fracaso				
10	Sentía miedo				

No.	Pregunta	Número de días			
		0	1-2	3-4	5-7
11	Dormía sin descansar				
12	Estaba feliz ®				
13	Platiqué menos de lo normal				
14	Me sentía solo(a)				
15	Sentí que la gente era poco amigable				
16	Disfruté de la vida ®				
17	Lloraba a ratos				
18	Me sentía triste				
19	Sentía que no le caía bien a los demás				
20	No podía “seguir adelante”				

ESCALA IS (Roberts, 1988).

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

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

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

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

CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE PROBLEMAS EN ADOLESCENTES (POSIT)

Te solicitamos por favor contestar las siguientes preguntas. Si alguna de ellas no se aplica exactamente a ti, escoge la respuesta que más

se acerque a la verdad en tu caso. Es posible que encuentres la misma pregunta, o preguntas semejantes, más de una vez. Contéstalas todas.

		SI	NO
1	¿Eres arrogante o alzado?		
2	¿Has tenido problemas porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?		
3	¿Se aburren tus amigos en la fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?		
4	¿Discuten demasiado tus padres o tutores?		
5	¿Te cansas con frecuencia?		
6	¿Te asustas con facilidad?		
7	¿Tienes menos energía de la que crees que deberías tener?		
8	¿Te sientes mal por no poder hacer algo con facilidad?		
9	¿Amenazas a otros con hacerles daño?		
10	¿Te sientes solo(a) la mayor parte del tiempo?		
11	¿Dices groserías o vulgaridades?		
12	¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?		
13	¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?		
14	¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enfadan contigo?		
15	¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?		
16	¿Has tenido algún trabajo eventual con sueldo?		
17	¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o de drogas ?		
18	¿Tienes buena ortografía?		
19	¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?		
20	La mayoría de las veces ¿saben tus padres o tutores dónde estás y lo que estás haciendo?		
21	¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?		
22	¿Participas en muchas actividades en compañía de tus padres o tutores?		
23	¿Te sientes nervioso(a) o alterado(a) o inquieto(a) o intranquilo(a) la mayor parte del tiempo?		
24	¿Has robado alguna vez?		
25	¿Has sentido que eres adicto(a) al alcohol o a las drogas?		
26	¿Sabes leer bien?		

27	¿Has estado ausente o llegado tarde a tu trabajo con frecuencia? (si no trabajas responde que no)		
28	¿Sientes que la gente está en contra tuya?		
29	¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?		
30	¿Pelears a menudo o muchas veces?		
31	¿Tienes mal carácter o eres enojón?		
32	¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando les hablas?		
33	¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		
34	¿Te dice la gente que eres descuidado(a)?		
35	¿Eres testarudo(a)?		
36	¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?		
37	¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?		
38	¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		
39	¿Sabes tus padres o tutores cómo piensas realmente o te sientes?		
40	¿Actúas impulsivamente con frecuencia?		
41	¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		
42	¿Quedas ido o te desconcentras con mucha frecuencia?		
43	¿Tienes dificultades para concentrarte?		
44	¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?		
45	¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores, levantando la voz y gritando?		
46	¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		
47	¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		
48	El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		
49	¿Levantas la voz más que los demás muchachos de tu edad?		
50	¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente?		
51	¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?		
52	¿Les gusta a tus padres o tutores hablar y estar contigo?		
53	¿Has pasado alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supiesen dónde estabas?		
54	¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste o viceversa?		

55	¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?		
56	¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		
57	¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		
58	¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?		
59	¿Molestas mucho a tus amigos?		
60	¿Tienes dificultades para dormir?		
61	¿Tienes dificultades al hacer trabajos escritos?		
62	¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o tener relaciones sexuales con alguien?		
63	¿Sientes que a veces pierdes el control de ti mismo(a) y terminas peleando?		
64	¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?		
65	¿Tienes problemas con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		
66	¿Tienes dificultades en seguir instrucciones?		
67	¿Tienes amigos que han golpeado o amenazado a alguien sin razón o motivo?		
68	¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		
69	¿Tienes buena memoria?		
70	¿Saben tus padres o tutores lo que te interesa?		
71	¿Se ponen de acuerdo tus padres o tutores en cuanto a la forma en que deben tratarte o educarte?		
72	¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?		
73	¿Faltan tus amigos a la escuela sin permiso con mucha frecuencia?		
74	¿Te hace la escuela sentirte tonto(a) a veces?		
75	¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?		
76	¿Te da miedo estar con la gente?		
77	¿Tienes amigos que han robado?		
78	¿Has reprobado algún año en la escuela?		
79	¿Es difícil la escuela para ti?		
80	¿Eres una persona nerviosa o inquieta de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?		
81	¿Gritas mucho?		

Rectoría

Ing. Roberto Domínguez Castellanos
RECTOR

Dr. José Rodolfo Calvo Fonseca
SECRETARIO GENERAL

Mtro. Florentino Pérez Pérez
SECRETARIO ACADÉMICO

Lic. Adolfo Guerra Talayero
ABOGADO GENERAL

Lic. Ricardo Cruz González
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

Mtro. Pascual Ramos García
DIRECTOR DE PLANEACIÓN

C.P. Miriam Matilde Solís Domínguez
AUDITORA GENERAL

Lic. Roberto Ramos Maza
DIRECTOR DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

L.R.P. Aurora Evangelina Serrano Roblero
DIRECTORA DE SERVICIOS ESCOLARES

Dra. María Adelina Schlie Guzmán
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

Mtra. Brenda María Villarreal Antelo
DIRECTORA DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN
Y COMUNICACIONES

Lic. Noé Fernando Gutiérrez González
DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNICACH joven rostro de cultura,
educación y conocimiento. Alma viva del ICACH

Problemáticas psicosociales en adolescentes de una comunidad indígena de Chiapas, México

Se terminó de imprimir durante el mes de abril de 2015 en los talleres de Ediciones de la Noche, Madero núm. 687, 44100, Guadalajara, Jalisco. Teléfono: 33-3825-1301, con un tiraje de 500 ejemplares. El diseño tipográfico estuvo a cargo de Salvador López Hernández y la corrección de Luciano Villarreal Rodas. El cuidado de la edición fue supervisada por la Oficina Editorial de la UNICACH, durante el rectorado del Ing. Roberto Domínguez Castellanos.