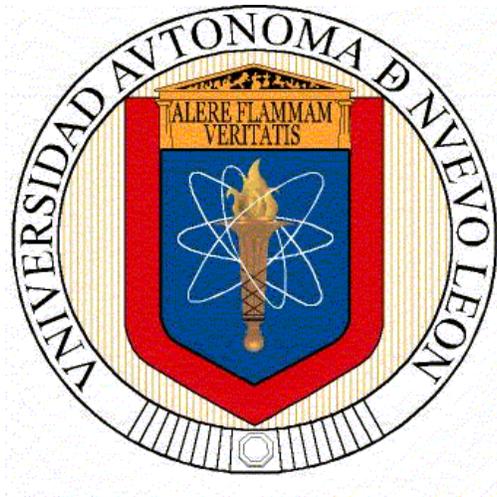


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



TESIS

**CONDUCTAS SEXUALES Y USO DE DROGAS EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DE NIVEL MEDIO Y MEDIO SUPERIOR
EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN**

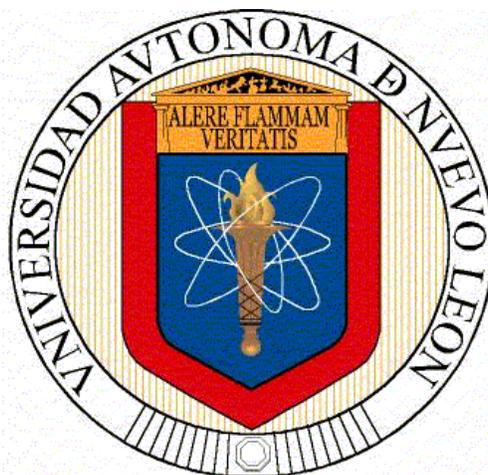
PRESENTA

MARÍA DOLORES CORONA LOZANO

**PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN FILOSOFÍA CON
ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS
COMPARADAS DE BIENESTAR SOCIAL**

SEPTIEMBRE, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



TESIS

**CONDUCTAS SEXUALES Y USO DE DROGAS EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DE NIVEL MEDIO Y MEDIO SUPERIOR
EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN**

PRESENTA

MARÍA DOLORES CORONA LOZANO

**PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN FILOSOFÍA CON
ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS
COMPARADAS DE BIENESTAR SOCIAL**

ASESOR

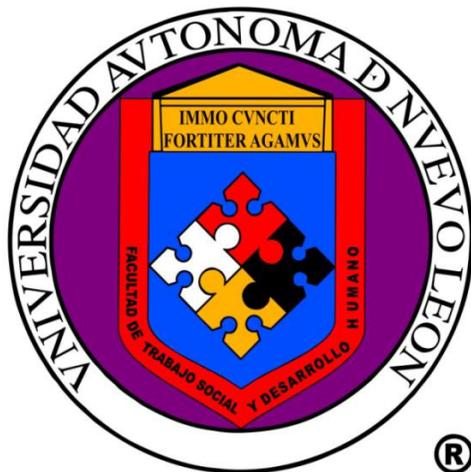
DR. DAVID DE JESÚS REYES.

CO ASESOR

FLAVIO F. MARSIGLIA, PHD

SEPTIEMBRE, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



TESIS

**CONDUCTAS SEXUALES Y USO DE DROGAS EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS DE NIVEL MEDIO Y MEDIO SUPERIOR
EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN**

PRESENTA

MARÍA DOLORES CORONA LOZANO

**PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN FILOSOFÍA CON
ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS
COMPARADAS DE BIENESTAR SOCIAL**

ASESOR

DR. DAVID DE JESÚS REYES.

CO ASESOR

FLAVIO F. MARSIGLIA, PHD

SEPTIEMBRE, 2017



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

FTSDH-D-ET-01

CARTA ACEPTACIÓN DE TESIS

Los suscritos miembros de la Comisión de Tesis de Doctorado de la

Mtra. María Dolores Corona Lozano

Hacen Constatar que han evaluado la Tesis "Conductas sexuales y uso de drogas en adolescentes escolarizados de nivel medio y medio superior en el Estado de Nuevo León" y han dictaminado lo siguiente.

	APROBADA	RECHAZADA	DIFERIDA	FIRMA
Dr. David De Jesús Reyes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Flavio Francisco Marsiglia (Co-Asesor)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dra. Raquel Alicia Benavides Torres	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dra. Claudia Benavides Espinoza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. José Alejandro Meza Palmeros	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En vista de lo cual, hemos decidido APROBAR esta tesis y damos nuestro consentimiento para que sea sustentada en examen de grado del Doctorado en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social

Vo Bo AMC
MTS Ana Maria Contreras Ramirez
Subdirectora de Estudios de Posgrado
Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano UANL



San Nicolás de los Garza N.L. a 12 de octubre de 2017



Cd. Universitaria C.P. 66450
San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México
Tels. (81) 8352 1309 8378 9177
8352 9511 8378 5358 8379 4306 ext. 7690 (Dirección)

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por darme la vida y salud necesaria para cursar este Programa de Posgrado de Excelencia y llegar a cumplir uno de mis más grandes objetivos.

A todos los jóvenes que participaron compartiendo información para poder llevar a cabo este estudio en pro de la salud de ellos y sus pares. Sin su colaboración no se hubiese terminado este proyecto.

Al Consejo Nacional para la Ciencia y Tecnología:

Por otorgarme el apoyo financiero con la cual pude cursar este Programa Doctoral.

A las Autoridades Directivas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León:

ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, Directora y Dr. Lucio Aguilera Rodríguez Ex Director. Por el apoyarme con la adecuación de horarios de trabajo para no interrumpir mi formación académica y personal.

Al Dr. David DeJesús Reyes por compartir su conocimiento llevándome de la mano por este camino de la investigación, en algunos momentos arduo y en otros más llevadero, con grandes y pequeños obstáculos. Durante este viaje también crecimos como personas al compartir alegrías y tristezas, acuerdos y desacuerdos. Gracias David por tu paciencia y tolerancia y por coincidir en mi vida aprendí los conocimientos necesarios para hacer investigación, pero sobre todo aprendí el valor y respeto que merece todo ser humano.

A las Autoridades de la Universidad Estatal de Arizona (ASU) específicamente SIRC, CITIR por el apoyo financiero y académico para llevar a cabo mi estancia académica y **a la Academia del Sueño Americano** por darme la oportunidad de conocerlos y enrolarme con sus capacitadores en sus programas de apoyo a la comunidad migrante. **Al personal** tanto de SIRC, CITIR y Academia gracias por hacer que me sintiera parte de Ustedes.

Al Dr. Flavio Marsiglia y Dr. Steven Kullis, por coincidir en tiempo, espacio e intereses, Flavio y Dr. Kullis, gracias por creer en mí, sus consejos, conocimientos, experiencias y apoyo fueron decisivos para finalizar este trabajo, que hoy cierra este capítulo de mi vida, Gracias de

nuevo por permitirme formar parte de su equipo de trabajo, también agradezco esa forma tan peculiar en Ustedes de hacer sentir a las personas como parte de tu familia es invaluable, sus consejos y aportes a este trabajo fueron decisivos.

A todos mis maestros del Programa Doctoral, cada uno de Ustedes dejó en mí algo que me animó a continuar y valorar lo que hacía en pro de la salud integral de la juventud mexicana, algo que me decía no te rindas tu puedes, continúa, no pares, tu esfuerzo tiene un objetivo, Gracias a todos Ustedes por compartir sus conocimientos y experiencias, al mismo tiempo que me motivaban a continuar.

Agradezco al personal administrativo la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la UANL, así como a la planta de profesores que contribuyeron en mi formación durante el camino recorrido del doctorado: Dr. Manuel Ribeiro, Dr. Eduardo López Estrada, Dra. Claudia Campillo, Dr. Alejandro Román, Dra. Elizabeth Mendoza, Dra. María Elena Ramos. Dr. David DeJesús Reyes. Gracias a la Mtra. Olga Lidia Martínez y a la Mtra. Ana María Contreras, subdirectoras al inicio y al final del programa cursado.

A todos mis compañeros del Programa Mantente Real en México, sus palabras de motivación y aliento siempre llegaban en el momento que más lo necesitaba animándome a continuar.

A la Dra. Silvia Espinoza Ortega y Erika Castillo Iracheta les agradezco sus palabras de aliento y motivación que siempre me dan y a todo el personal de la FAEN por su compañerismo.

Dedico este trabajo especialmente a toda mi familia, mis padres Heleodoro y Dolores mis pilares más fuertes que siempre me impulsaron a superarme, mis hermanas y hermano, mi cuñada (os) y sobrinos (as). A Saúl, Saúl Emmanuel, Yelile, Marie, Nghia, Yelile Mabel, Yannis Michelle e Isabella por su paciencia, tolerancia y compañía durante todo el camino que recorrí para llegar a conseguir esta meta.

RESUMEN

En este trabajo se identifican las conductas sexuales que practican los adolescentes y el consumo de drogas lícitas e ilícitas como elementos predisponentes a la práctica de conductas de riesgo, a nivel macro fase I en todo el estado de Nuevo León y a nivel micro en la fase II en un solo municipio.

El número de embarazos no planeados y tasas de incidencia y prevalencia de Infecciones Sexualmente Transmisibles (ITS) que presentan los adolescentes entre 12 y 19 lo hacen un problema prioritario que debe ser atendido por autoridades gubernamentales y sanitarias a nivel nacional y mundial. Actualmente los jóvenes viven en un mundo globalizado donde el proceso de expansión del sistema económico imperante y su ideología intrínseca promueven la tendencia de privatización de los servicios de salud y la educación, lo cual favorece la atención individualista en lugar de atacar los problemas que afectan a la colectividad (Huerta, 2011). Esta ideología enfoca la distribución inequitativa de los bienes y los une a determinantes estructurales tales como la falta de empleo, bajos niveles de ingresos económicos, viviendas con condiciones sanitarias deficientes y pobreza, mismos que dan como resultado problemáticas de salud que pueden ser prevenibles siempre y cuando se cuente con políticas y programas de salud adecuados, un ejemplo de ello es la adopción de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes, situaciones que al unirse con la ingesta de drogas potencializa los riesgos a la salud a los que se exponen los adolescentes, futuro capital social del país (Hernández y Cruz, 2008; OPS/OMS, 2013).

En México algunos autores señalan que la unión de las conductas sexuales y el uso de drogas puede ser propiciada por el pobre control parental y la presión del medio ambiente social, lo que desencadena en conductas y prácticas de riesgo como la prostitución, la promiscuidad, las relaciones sexuales grupales, el intercambio de parejas, los abortos y tener relaciones sexuales bajo efectos de sustancias psicoactivas que disminuyen la percepción de riesgo (Benítez y Rueda, 2007; Mendoza et al., 2012; Acosta et al., 2010; Uribe y Orcasita, 2009).

El objetivo de estudio de este trabajo fue analizar las conductas sexuales y el uso de drogas de los estudiantes adolescentes del estado de Nuevo León. La muestra probabilística que se conformó para la fase I fue de 2216 estudiantes de los niveles de educación medio y medio superior. En la fase II se trabajó con 693 adolescentes, todos del primer año de secundaria.

Los datos recolectados fueron procesados en el paquete SPSS dando los siguientes resultados: El sexo predominante en la fase I fue el masculino con un 53%, similar en la fase II, con 52%, el tipo de familia con mayor frecuencia en la fase I, fue la nuclear y en la fase II, extendida; 245 estudiantes reportaron ser sexualmente activos y el 46% de los integrantes de la muestra manifestaron su disposición de tener relaciones sexuales antes del matrimonio; la edad de la primera relación sexual osciló entre 11 y 18 años con una media de 15.21, una moda de 15 y una desviación estándar de 1.28.

El consumo de alcohol se identificó en el 51% de los participantes. El 10% de la muestra admitió utilizar drogas, la droga de mayor frecuencia fue la marihuana. El 28.18% de los estudiantes sexualmente activos reconocieron consumir alcohol antes o durante las relaciones sexuales. Con la prueba estadística de regresión logística binaria se estableció una relación causal entre *variables consumo de bebidas alcohólicas y alguna vez has tenido relaciones sexuales*. Por lo cual se concluye que a mayor consumo de alcohol, mayor riesgo de práctica de relaciones

sexuales no seguras. Con los datos anteriores se puede afirmar que la ingesta de alcohol o la utilización de drogas predicen las prácticas de relaciones sexuales de riesgo.

También se confirma que la desigualdad de oportunidades sigue estando presente, aún y que las autoridades gubernamentales, sanitarias y educativas trabajan arduamente para la disminución de inequidades. En el presente estudio se observó que algunos de los elementos asociados a las conductas sexuales de riesgo fueron el acceso a los servicios de salud y la educación sexual. Se reportó que solamente el 21.8% de los estudiante tiene acceso a algún servicio de salud, público o privado, el resto de la población no tienen acceso; otro elemento asociado a la práctica de estas conductas es la educación sexual, manifestada por la brecha entre lo que se dice conocer y lo que se hace en relación a salud sexual y reproductiva.

Por los resultados obtenidos en este trabajo se evidencia la magnitud del problema de salud pública que se tiene en México en relación a las conductas sexuales de riesgo y su asociación con la ingesta de drogas lícitas e ilícitas entre la población adolescente, sin distinción de ámbito social o económico, lo que demanda un cambio en las políticas sociales y de salud que identifiquen la multifactorialidad del problema y la necesidad de tener políticas y programas de salud donde el adolescente sea el actor principal y sea atendido por un equipo multidisciplinario en los múltiples escenarios donde ellos se encuentren y que se atienda todas las aristas que lo integran: políticas, económicas, de salud y de educación.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	i
RESUMEN	iii
CAPÍTULO I	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Contextualizando Problema.....	9
1.3 Objetivos generales y objetivos específicos.....	21
1.4 Hipótesis a Trabajar.....	21
CAPITULO II.....	22
2.1 Marco Teórico Referencial.....	23
2.1.1 Determinantes Sociales.....	22
2.1.2 La Teoría de Acción Razonada.. Teoría de Acción Planificada.....	29
2.1.3 Teoría de Aprendizaje Social (modelo socio-cognitivo) de Bandura.....	33
2.1.4 El Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974).....	33
2.1.5 El Modelo Transteórico del Cambio de Conducta Grimley, Prochaska y Prochaska.....	33
2.1.6 Teoría de la Conducta Problema: Jensor y Jenosor. Teoría para la Conducta de riesgo de los adolescentes.....	36
2.2 Marco Conceptual.....	41
2.2.1 Adolescencia.....	41
2.2.2 Sexualidad y Reproducción	42
2.2.3 Drogas y Conductas Sexuales.....	47

CAPÍTULO III	49
3.1 Metodología.....	49
3.1.1. Tipo de estudio.....	49
3.1.2 Población, Muestra y Muestreo.....	49
3.1.3 Criterios de Inclusión.....	51
3.1.4 Criterios de Exclusión.....	51
3.1.5 Instrumento.....	51
3.1.6 Procedimiento para la recolección de datos	52
3.1.7 Análisis de la información.....	52
3.18 Limitaciones del estudio.....	53
3.19 Ética del estudio.....	53
CAPÍTULO IV.....	54
4.1. Resultados.....	54
CAPÍTULO V	
Discusión, Conclusiones y Recomendaciones	84
5.1 Discusión.....	84
5.2 Conclusiones.....	87
5.3 Recomendaciones.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	91
Anexos.....	102

Anexo A. Consentimiento Informado.

Anexo B. Instrumento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

Anexo C. Instrumento MEX3 Keeping in Real,

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	Datos Demográficos de la Población de Estudio.....	56
Tabla No. 2	Datos Demográficos de los Padres de los adolescentes.....	58
Tabla No. 3	Conformación familiar de los adolescentes participantes en el estudio.....	59
Tabla No. 4	Liderazgo y toma de decisiones familiares.....	60
Tabla No. 5	Consumo de alcohol y drogas por sexo.....	61
Tabla No. 5.1	Bebidas alcohólicas y drogas utilizadas antes o durante las relaciones sexuales.....	62
Tabla No. 6	Último grado en que se recibió la educación sobre biología de la reproducción y sexualidad.....	63
Tabla No. 6.1	Educación sexual y reproductiva de los estudiantes.....	64
Tabla No. 7	Conocimiento de sexualidad y reproducción.....	65
Tabla No. 8	Intención de práctica de conducta sexual de riesgo.....	66
Tabla No. 9	Como evitar una infección sexual.....	68
Tabla No. 10	Conocimiento sobre el uso del condón como medio anticonceptivo.....	69
Tabla No. 11	Conocimiento sobre uso de otros métodos anticonceptivos.....	71
Tabla No. 12	ANOVA ente índices de conocimientos de ITS y sexualidad y reproducción y edad de los adolescentes.....	73
Tabla No. 12.1	Diferencia entre el nivel de conocimientos de ITS y sexualidad y reproducción y el género de los adolescentes.....	73
Tabla No. 13	Diferencia entre el nivel de conocimientos de ITS y sexualidad y reproducción y la persona que imparte el conocimientos de los adolescentes	74
Tabla No. 14	Diferencia entre el nivel de conocimientos de ITS, sexualidad y reproducción conocimientos sobre anticonceptivos y el nivel de marginación de los adolescentes.	75

Tabla No. 15	Diferencia entre el nivel de conocimientos de ITS, sexualidad y reproducción y conocimientos sobre método anticonceptivos y el nivel de escolaridad de los adolescentes.....	76
Tabla No. 16	Diferencia ente el nivel de conocimientos métodos anticonceptivos y acceso y acceso a los servicios de salud.....	77
Tabla No. 17	Diferencia entre el nivel de conocimientos métodos anticonceptivos y el Tipo de familia.....	77
Tabla No. 18	Regresión Logística Binaria Disposición a relaciones sexuales antes del Matrimonio y consumo de alcohol.....	78
Tabla No. 19	Regresión Logística Binaria: Uso de anticonceptivos e ingesta de alcohol.....	79
Tabla No. 20	Regresión Lineal Múltiple: Protección adecuada e Ingesta de drogas.....	80
Tabla No. 21	Alguna vez has tenido relaciones sexuales y consumo de alcohol.....	83
Tabla No. 22	Regresión Lineal Binaria Fase 2: Conductas sexuales de riesgo e ingesta de alcohol.....	84

CAPÍTULO I.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La sexualidad y el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes figuran en la actualidad como dos de los asuntos con mayor prioridad en las agendas políticas a nivel mundial (UNICEF, 2013; OPS, 2008). Dado que las decisiones tomadas en la adolescencia son determinantes para el futuro de los jóvenes y éstos forman el capital social futuro de los países (OMS, 2010), la preocupación de los distintos gobiernos radica en reducir los riesgos de infecciones de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los embarazos tempranos, así como las complicaciones a la salud derivadas del uso de drogas lícitas e ilícitas. Al mismo tiempo, la salud reproductiva es de interés relevante debido a las necesidades y problemas propios de la etapa adolescente, dentro de los que se encuentran la proporción elevada de jóvenes entre 12 y 19 años embarazadas, ya que existen evidencias de que la gestación a temprana edad pueden ser un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién nacido (Menkes y Serrano, 2010, Ulanowicz, et al, 2006).

Aunado a lo anterior, actualmente los jóvenes viven en un mundo globalizado donde el proceso de expansión del sistema económico imperante y su ideología intrínseca promueven la tendencia de privatización de los servicios de salud y la educación, lo cual favorece la atención individualista en lugar de atacar los problemas que afectan a la colectividad (Huerta, 2011). Esta ideología enfoca la distribución inequitativa de los bienes y los une a determinantes estructurales como la falta de empleo, bajos niveles de ingresos económicos, viviendas con condiciones sanitarias deficientes y pobreza, mismos que dan como resultado problemáticas de salud que pueden traducirse muchas veces en la adopción de conductas sexuales de riesgo¹ (Hernández y Cruz, 2008; OPS/OMS, 2013), crecimiento del número de embarazos no planeados y uso de drogas², situaciones que al unirse potencializan los riesgos a la salud a los que se exponen los adolescentes; estos riesgos pueden ser minimizados a través de cambios en los factores personales, familiares, escolares y en los determinantes sociales de salud³ que se requieren para mejorar la calidad de vida de la población (Ramírez et al, 2008).

Un número importante de investigadores entre los que se encuentran Ross y Williams (citados por Cásares, 2007), afirman que la unión de las conductas sexuales de riesgo y el uso de drogas al inicio o durante las relaciones sexuales, han dejado de ser conductas exclusivas de ciertos estratos socioeconómicos de la población para extenderse a todos los segmentos, especialmente a los más vulnerables, entre los que se encuentran los adolescentes. Ellos viven en contextos donde todo se vale, promocionados por una cultura de imagen y que tiende cada vez más hacia las

¹ Conducta sexual de riesgo: comportamiento sexual como el inicio del coito o actividad sexual que los adolescentes llevan a cabo sin la protección necesaria para prevenir infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y embarazos. Para fines de esta investigación éstas pueden ser sexo anal, sexo oral, sacar antes (coito interrumpido), sexo no seguro (no uso de condón durante las relaciones) y no uso de métodos anticonceptivos (García, Menéndez, Fernández y Cuesta, 2012).

² Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión oral, intramuscular y/o endovenosa, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona. Para fines de esta investigación se tomarán las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y bebidas energéticas

³ Determinantes Sociales de Salud: condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, es decir el contexto de su vida diaria y los resultados de la interacción con las personas

conductas irresponsables, donde el sexo es confundido entre lo fisiológico y lo sociocultural, entre lo bueno y lo malo; dudoso entre lo permitido y lo prohibido (Marín y Reyes, 2003).

La unión del uso de alcohol o drogas con las conductas sexuales en los jóvenes, se puede apreciar también en los resultados obtenidos por Lomba, Apóstelo y Mandes (2009); dichos resultados ratifican lo señalado por Cásares (2007), sobre la extensión de esta unión a todos los estratos sociales. Al realizar su estudio con jóvenes portugueses, los autores encontraron que en los últimos 12 meses previos a la recolección de datos el 83.3% de los jóvenes había sostenido relaciones sexuales, 51% bajo la influencia del alcohol y 22.9% bajo la influencia de otras drogas. El 46.7% de los jóvenes reconoció que dicha situación los había llevado a practicar sexo no seguro. Se concluyó que el consumo de alcohol a edad temprana y drogas se asoció proporcionalmente a experiencias sexuales precoces y que los consumidores de alcohol y drogas fueron mucho más propensos a adoptar conductas sexuales de riesgo que los no consumidores.

La relevancia social de la asociación de las conductas sexuales y el uso de drogas también se remarca por Krauskopf (2006), por el Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas en Estados Unidos (2014) y por el Centro de Integración Juvenil (2013), al dar a conocer que el consumo de alcohol, marihuana y otras drogas comprometen el juicio de la persona, y esto favorece la deserción escolar y el bajo rendimiento, lo que puede elevar la probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo entre las que se encuentran las sexuales. Al mismo tiempo, aumenta la posibilidad de sufrir las consecuencias negativas de estas conductas que repercuten en la esfera social y económica de los jóvenes al obligarlos a la inserción laboral prematuramente y así perpetuar los círculos de pobreza.

En México algunos autores señalan que la unión de las conductas sexuales y el uso de drogas puede ser propiciada por el pobre control parental y la presión del medio ambiente social, lo que desencadena en conductas y prácticas de riesgo como la prostitución, la promiscuidad, las relaciones sexuales grupales, el intercambio de parejas, los abortos y tener relaciones sexuales bajo efectos de sustancias psicoactivas (Benítez y Rueda, 2007; Mendoza et al., 2012; Acosta et al., 2010; Uribe y Orcasita, 2009).

Otro de los factores de riesgo⁴ que también se ha ligado con frecuencia a las conductas antes señaladas es la desigualdad en el acceso a los servicios de salud y a la educación, situación que impera en muchos países a nivel mundial, en América Latina y específicamente en México. La limitación de acceso a los servicios de salud se hace más común en los adolescentes y se evidencia en mayor proporción en los jóvenes con un mayor índice de marginación y con menor nivel de escolaridad (Bahamón, Vianchá y Tobos, 2014; Guzmán, 2014; Centro de Integración Juvenil, 2013; López, 2008). Por su parte, Borrel y Artazcoz (2007) indican que la desigualdad y sus complicaciones son evitables, ya que pueden reducirse mediante políticas públicas. El problema consiste en que en la mayoría de los países dichas políticas están centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar acciones sobre el entorno social, dejando de lado las “causas de las causas”, sin centrarse en los adolescentes como actores principales del desarrollo del país (Kauskopf, 2006).

En consecuencia, los problemas de salud subsisten, las inequidades en salud y educación aumentan y los resultados obtenidos de acuerdo a las políticas de salud vigentes resultan insuficientes; un ejemplo de ello es que existe un gran porcentaje de jóvenes que no hacen uso de los anticonceptivos aún y que expresan su deseo de limitar o espaciar su descendencia, acción que muchas veces puede derivarse de un acceso o disponibilidad de métodos de protección restringida (demanda insatisfecha) o de una percepción de riesgo disminuida, datos que pueden explicar los reportes de diversas instituciones que señalan que entre los años 2005 y 2010 las infecciones de transmisión sexual aumentaron, siendo la candidiasis urogenital y el Virus del Papiloma Humano (VPH) las afecciones de mayor incidencia en jóvenes de 15 a 24 años (CDC, 2017). Es muy importante considerar que en este lapso se dio el 40% de los casos nuevos de infecciones por VIH, 16 millones de mujeres jóvenes dieron a luz y aumentó considerablemente el inicio en el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas a edades tempranas (OMS, 2005, INEGI, 2013; OMS, 2011).

Por lo anterior es importante reconocer que la población de 15 a 24 años de edad es de alta prioridad para las políticas y programas de población, debido a que las decisiones que ellos

⁴ Factores de riesgo para fines de esta investigación son: cualquier característica o cualidad de una persona comunidad o del entorno, que se sabe va unida a una elevada probabilidad de actuar como motivantes para llevar a cabo conductas sexuales de riesgo o uso de drogas , inicio de vida sexual a temprana edad, múltiples parejas sexuales, el medio ambiente, amigos, escolaridad, situación familiar (Hernández y Cruz 2008).

tomen en esta etapa afectarán el curso de su vida y serán decisivas al moldear su propio destino y al forjar el perfil demográfico futuro de los países (UNICEF, 2006).

Los jóvenes en la etapa adolescente en su búsqueda social de autoafirmación y aceptación asumen conductas sexuales de riesgo, por lo que necesitan que la inequidad en salud y educación disminuyan y la sociedad sea más abierta (UNICEF, 2006); se requiere que se les permita disponer de lugares y escenarios donde se estimule una mayor comunicación en materia de sexualidad con ambientes que favorezcan el intercambio de conocimientos y la puesta en práctica de líneas de acción innovadoras que satisfagan las demandas que los jóvenes tienen sobre esa materia y así poder abrir la visión del concepto de sexualidad (SEGOB-CONAPO, 2010), de una forma tal que la comunicación y el intercambio de conocimientos sobre estos temas sea más directa y con menos rodeos, con más eficacia y eficiencia; al mismo tiempo que cuenten con programas y políticas enfocadas en la prevención y reducción del uso de drogas lícitas e ilícitas que ayuden a los jóvenes a reconocer su uso como factor de riesgo para la práctica de conductas sexuales (Juárez y Gayet, 2005; SEGOB-CONAPO, 2010).

El gobierno de la República Mexicana, en alusión al tema de la asociación de las conductas sexuales y el acceso a los servicios de salud, da a conocer que se cuenta con algunas políticas incluyentes en materia de salud, pero admite que quedan algunos jóvenes sin cobertura, declaración con la que se identifica la vulnerabilidad en que se encuentra esta población para contraer cualquier enfermedad, inclusive las de transmisión sexual, y presentar complicaciones derivadas de las mismas; el riesgo se aumenta por el inicio de las relaciones sexuales a edad temprana y el consumo de alcohol o drogas (SSA, 2010).

El Plan Nacional de Salud de México (2007-2012) informa la existencia de desigualdades al publicar que el 72% de los adolescentes varones sexualmente activos declaran haber utilizado algún método anticonceptivo o de protección en su primera relación sexual, mientras que sólo el 41% de las adolescentes femeninas, sexualmente activas, señalan haberlo utilizado. Esto ratifica lo expresado por la SSA en su boletín epidemiológico y por la ENADID (2009), en el sentido de que los hombres hacen uso mayor de los métodos de protección y anticoncepción que las mujeres (SSA, 2012).

Aún y con las acciones aplicadas por el gobierno federal y estatal, el aumento de la fecundidad de mujeres adolescentes continúa. En el censo de población y vivienda del 2010 en Nuevo León se reporta que el 71% de mujeres de 15 años y más han tenido cuando menos un hijo nacido vivo; otro dato importante es que el 16% de los nacimientos entre 2010 y 2013 provienen de madres adolescentes (INEGI, 2013; SEGOB-CONAPO, 2010).

La Secretaría de Salud en México sugiere que para poder incidir en la disminución de la natalidad no solamente se debe trabajar con la dotación de anticonceptivos, sino también en cada uno de los elementos señalados en los párrafos anteriores donde se señala la necesidad inminente de incluir los diferentes contextos (económico, social, cultural y político) que rodean a los jóvenes y los acercan al consumo de drogas lícitas e ilícitas, lo que puede actuar como facilitador de relaciones sexuales sin protección (CIEP, 2014, NIDA 2014).

Con relación a lo anterior, la fracción décima del Artículo 7º de la Ley General de Salud de México, como respuesta a las recomendaciones a nivel mundial, declara que las acciones para el desarrollo de las actitudes solidarias en los individuos y la creación de conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como la importancia de propiciar el rechazo a los vicios y adicciones, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias, son responsabilidad del Estado, organismos descentralizados y particulares; por ello se ha implementado un número importante de programas de intervención, con enfoques de trabajo diferentes en cuanto a objetivos, amplitud, aplicación y contenido, sin embargo, no han tenido el resultado esperado, ya que el aumento en los embarazos en la población adolescente, las ITS y el consumo de drogas continúan en el país (INEGI, 2013; OPS, 2010).

Otro elemento que algunos autores involucran en la práctica de conductas sexuales de riesgo es la educación que se imparte a través de información derivada de programas preventivos que no han sido validados, además de que específicamente en materia de salud sexual han sido criticados por la respuesta de la población adolescente a la información que se le ofrece. Se ha manejado el supuesto de que en ella se abordan de una manera explícita prácticas históricamente

consideradas tabúes, sin incluir la promoción a la abstinencia, promoviendo y estimulando la actividad sexual precoz (Gruseit, 2002).

Al igual que las instituciones de educación y las de salud, también se contempla el medio ambiente que rodea a los adolescentes como un elemento que puede determinar la problemática central de este estudio, donde se incluye a la familia, la cual ejerce su papel de formadora de las conductas de sus integrantes en todos los aspectos, incluso la sexualidad, la cual muchas veces se lleva a cabo utilizando mecanismos de silencio y censura, con una visión reproductiva acrítica y poco dialogante, lo que facilita que las conductas formadas no sean las adecuadas (Carvajal, 2006; Garita, 2000). Otra de la característica del ambiente familiar que influye para la adopción de conductas de riesgo es la disminución de la solidaridad, misma que se presenta muchas veces por razones económicas, sociales, políticas y culturales. Es común encontrar entre las familias donde es escasa la solidaridad un aumento del consumo de drogas y la utilización de éstas para facilitar el inicio de relaciones sexuales (Villatoro, 2002; OMS, 2009; Puex, 2003; Rossini, 2003).

Además de las instituciones educativas, de salud y la familia, el medio ambiente externo (contexto) puede ser catalogado como un mecanismo importante en la formación de conductas en los jóvenes, debido a que las condiciones de vida en donde nacen, crecen y se desarrollan las personas, muchas veces acentúan el riesgo para el consumo de drogas, adquisición de enfermedades como el VIH/ SIDA y otras infecciones de transmisión sexual además de un embarazo precoz o indeseado. El incremento de la oferta de espacios extra-familiares para explorar puede propiciar una diversidad enorme de sitios y objetos que a los adolescentes les llama la atención y favorece el deseo de probar y experimentar sin percibir las consecuencias que esto puede tener (Olarra, 2000; SSP, 2011). El ambiente externo o contexto comprende o está relacionado con los siguientes elementos: la influencia del grupo de amigos, las limitaciones de acceso a los servicios de salud y también el fenómeno de consumo de drogas en los adolescentes. El grupo de amigos conforma la esfera que domina la vida de los jóvenes entre los 12 y los 18 años (SSP, 2011). Durante la adolescencia, el tiempo de contacto con los padres se reduce notablemente mientras que con los amigos se aumenta; por lo tanto, cuando se une la deserción escolar a la disminución de contacto con la familia, el resultado de esta ecuación es la reducción

de los espacios de contención y formación, quedando sólo el contacto con sus amigos, que si bien les aporta elementos que les permitirán satisfacer necesidades básicas como el pertenecer a un grupo, ser reconocidos dentro de él y construir su identidad, también suelen ofrecer un poder de persuasión mucho mayor que el del propio hogar, lo que configurará actitudes y creencias susceptibles de convertirse en conductas de riesgo, dado el escaso control familiar existente (SSP, 2011).

La desigualdad en el acceso a los servicios de salud, como ya se señaló, es otro elemento del contexto. Este hecho puede explicar que la tasa específica de fertilidad en adolescentes permanezca alta, lo que se manifiesta en México al existir inequidad en la adquisición de métodos anticonceptivos y de protección, sobre todo en la población femenina de escasos recursos (Banco Mundial- LAC, 2011) y que viven en zonas donde por tradición cultural se exige una reproducción temprana; es por ello que la incidencia del embarazo en adolescentes se puede observar en mayor número en los sectores rurales, poblaciones indígenas y en los espacios de alta densidad migratoria (OPS, 2008).

Finalmente, el fenómeno del uso de drogas asociadas a las relaciones sexuales de los adolescentes debe ser visto como un producto generado por la influencia del contexto, así como también de la creciente globalización con sus consecuencias en la población adolescente, a la que se le dificulta integrar sus conductas sexuales a una sociedad compleja, por lo que generan conductas asociadas como una reacción adaptativa (Olarra, 2000).

Tomando en cuenta lo descrito en los párrafos anteriores, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000) donde se evalúa el conocimiento de métodos anticonceptivos y el consumo de alcohol y tabaco entre jóvenes de ambos sexos de 10 a 19 años de edad en México, confirma la interacción entre varios elementos como ambiente, estructura y los adolescentes. Se reporta que en promedio los jóvenes presentan una prevalencia de 11% mayor a la exposición del consumo del alcohol que en épocas pasadas, la cual se modifica con la edad; llama la atención que desde los 15 años el 10% de jóvenes integrantes de la muestra consumen regularmente alcohol y a los 19 años asciende el porcentaje de consumo a 31% y una cantidad considerable de estos jóvenes reporta iniciar su vida sexual bajo el efecto del alcohol.

En un estudio realizado en México por Gaytán (2005) con estudiantes de nivel medio superior, se reportó que de los varones que habían tenido relaciones sexuales, el 78% eran usuarios de drogas, y sólo el 16 % de las mujeres dijeron haberlas consumido. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas representa en México un serio problema de salud pública debido al enorme costo y al daño que provoca a las personas, sus familias y a la sociedad; ya que los adolescentes, al no tener percepción del riesgo, están en mayor peligro de asumir la conducta de uso (Kumate, 2000).

Desde una mirada social a los datos señalados en los párrafos anteriores, se puede tener un panorama de las diferencias que se presentan en el campo de la salud, debido muchas veces a que no se toman en cuenta las necesidades específicas de cada grupo poblacional y los riesgos que conlleva cada una de las etapas de la vida. Se desconoce además de qué manera se perciben la salud, tipo y satisfacción de la demanda en el sistema de salud vigente, el grado de acceso a los recursos básicos en salud, además del control de recursos de salud en el ámbito familiar, comunitario e institucional. Esto se manifiesta en la forma en que se promueve la salud y en los modelos adoptados para estructurar los sistemas de salud y seguridad social, por lo cual, si no se incorpora el entorno social al diseño de las estrategias o políticas de salud, no se pueden lograr las metas establecidas en ellos (Sojo, 2002).

Por lo tanto la OMS recomienda a todos los países que presenten problemas derivados de las conductas sexuales de los adolescentes que utilicen estrategias que incluyan los diferentes contextos que al interactuar con los jóvenes y se actué de forma probabilístico y no mecanicista, que se enfoquen en la red de relaciones biológicas y sociales existente en el sistema del cual forman parte los jóvenes para poder inferir y alcanzar los objetivos planeados (Rosen 1985:81 referido por Arellano, 2008).

Las autoridades de salud de México reconocen también que los problemas de salud sexual y reproductiva en los adolescentes van en aumento y que es inminente la necesidad de realizar trabajos de investigación que permitan conocer qué elementos del entorno social interaccionan y dan como resultado la práctica de conductas sexuales de riesgo y el uso de drogas en los jóvenes de los distintos estratos socioeconómicos y de las diferentes zonas geográficas (rurales y urbanas). Los resultados de esta investigación les dará información a las autoridades para

continuat con sus esfuerzos en el diseño de políticas educativas y de salud acordes a las necesidades específicas y con un enfoque hacia el ejercicio de una sexualidad libre de riesgos y a la promoción de una vida libre de adicciones (Potenziani, 2007; OPS, 2008).

1.2 CONTEXTUALIZANDO EL PROBLEMA

La adolescencia ha sido considerada por mucho tiempo como una etapa exenta de problemas de salud (OPS, 2001), pero actualmente se tiene evidencia de que este grupo enfrenta serios problemas. De acuerdo con el Population Reference Bureau (2013) existían a nivel mundial 1;809.6 millones de personas entre 10 y 24 años con tendencia a iniciar relaciones sexuales completas cada vez a una edad más temprana, con base a un modelo caracterizado por el coitocentrismo, el uso inestable del preservativo y muchas veces sin el uso de otros métodos anticonceptivos. Esto demanda de la sociedad y de las autoridades una educación sexual que los proteja y les de garantía de tener altos niveles de salud sexual y calidad de vida, que les permita disminuir los riesgos a los que se exponen (García, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el impacto anual de los problemas y peligros a los que se enfrentan los jóvenes es de 2,5 millones de jóvenes entre 10 y 24 años que mueren por causas prevenibles; además, 16 millones de mujeres entre 15 y 24 años dan a luz. Otro dato alarmante es que el 40% de los casos nuevos de infecciones por VIH se presentan en adolescentes del mismo rango de edad, así mismo, el número de adolescentes que se inician en el consumo de tabaco y alcohol a edades tempranas ha aumentado de manera considerable (OMS, 2011).

Por su parte, la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ) señala que la tasa de fecundidad de las adolescentes de América Latina ha aumentado significativamente en los últimos 30 años. Se reporta que el porcentaje de embarazos en esta población se encuentra en 7,3%, mismo que corresponde aproximadamente a 80 embarazos por cada 1000 adolescentes, 50% más alto que el promedio mundial, que es 4,8 % (BID, 2011).

Ratificando lo descrito en el párrafo anterior, la OMS, en su reporte 345 (2011) señala que a nivel mundial la práctica de las conductas sexuales de riesgo y el uso de drogas por adolescentes fueron las responsables del 2.9 millones de muertes (5.2% de la tasa de mortalidad total); un ejemplo de ello es que en el año 2010 el número de casos diagnosticados con VIH fue de 34

millones. Las muertes relacionadas con esta enfermedad disminuyeron a 1.8 millones gracias al uso de los antirretrovirales y no a las acciones de prevención. Otro resultado emitido por la ONU sobre las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo es el alza en el número de embarazos no deseados o no planeados, además del aumento de la incidencia y prevalencia de las ITS (ONU, 2011).

Asimismo, en el Informe sobre uso de drogas 2011, la OMS considera el consumo de alcohol como un factor asociado a la práctica de conductas sexuales impulsivas, muchas veces de riesgo. Este consumo es considerado como un factor de riesgo para los embarazos en adolescentes y la adquisición de ITS; esto está relacionado con el incremento en un 12% de los consumidores de drogas a nivel mundial (OMS, 2011).

Otro organismo a nivel mundial, la Organización Panamericana para la Salud (OPS), se adhiere a la OMS y da conocer la gravedad de la problemática derivada de la práctica de conductas sexuales de riesgo y uso de drogas. Dicho organismo reporta que América Latina ocupa el segundo lugar en embarazo de adolescentes, solamente superado por África; al mismo tiempo que ratifica que el consumo de drogas como el alcohol es un factor de riesgo importante que propicia las prácticas sexuales sin protección y señala que la mitad de los nuevos datos sobre la infección por VIH se están notificando en personas con edades menores a 25 años, y la forma de contagio, en su mayoría, es por vía sexual y en la etapa de adolescencia. Estados Unidos, al igual que la OMS y la OPS, considera a los adolescentes como una población en riesgo y con vulnerabilidad al referir que los mayores índices de contagio por VIH están en los jóvenes varones de 17 y 19 años (Villaseñor, 2003).

En lo que concierne a México, similar a lo que pasa a nivel mundial, en un estudio llevado a cabo por Ramón (2003) se reportó como resultado que pese a que existía conciencia sobre el riesgo de tener relaciones sexuales sin protección, facilitado por el consumo de drogas, la mitad de todos los jóvenes no utilizó preservativo en la última relación sexual que tuvieron antes de su participación en el estudio. Entre quienes no lo usaron hubo una proporción más elevada de mujeres; este dato contradice lo reportado por otros autores que mencionan que existe mayor conciencia del peligro entre las mujeres. Es relevante reconocer que teniendo los jóvenes conocimientos sobre prevención de riesgo, esto no se traduce en acciones preventivas reales, por

lo que se concluye que hay contradicción y disonancia entre lo que se piensa y lo que se hace (Ramón, 2003).

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) coincide con lo señalado por Ramón (2003) acerca de la utilización de medidas de protección entre los jóvenes. En el año 2014 el 62.3% de las mujeres de 15 a 29 años inició su vida sexual y el 49.4% de ellas no utilizó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual, aún y cuando el 96% de ellas manifestó conocer cuando menos un método anticonceptivo (INEGI, 2016). Una posible interpretación de estos resultados es la persistente diferencia de poder entre los dos géneros. Las mujeres suelen tener los conocimientos, pero llegado el momento de negociar el sexo más seguro no logran negociar efectivamente que sus compañeros usen preservativos (Villar-Loubet et al, 2011). Existe evidencia que las mismas dinámicas de poder y riesgo también se encuentran en parejas del mismo género (Dworkin et al, 2017).

El crecimiento del número de embarazos no planeados y el uso de drogas han sido factores importantes en la transición epidemiológica que se vive actualmente en México y el mundo; como resultado de esta transición hay un cambio en las causas de enfermedad y muerte; los problemas infecciosos son sustituidos por una condición de morbilidad crónica y de estilos de vida no saludables, en este sentido, los estudios han apuntado que las verdaderas causas tienen más que ver con factores de riesgo prevenibles mediante cambios en los componentes personales, familiares, escolares y con determinantes sociales que requieren de cambios profundos, para convertir estos en herramientas a favor de una mejora en la calidad de vida, así como perfilar las necesidades de los adolescentes con un enfoque holístico que parta de la promoción de estilos de vida sana y tenga como objetivo un desarrollo justo y equitativo, encaminado al apoyo de la respuesta social organizada (Mora y Hernández, 2015; Santos-Preciado et al, 2003).

En concordancia con lo anterior, a nivel nacional se reconoce que la promoción es la estrategia más efectiva de salud pública, capaz de disminuir la vulnerabilidad en los problemas de salud física, social y psicológica, a través de su actuación sobre los componentes en forma general y no individual, y tiene la finalidad de mantener el estado óptimo de bienestar de las poblaciones,

sobretudo de los adolescentes y jóvenes, al mismo tiempo que es considerada un elemento esencial para el avance social, económico y político de un país y aplicable para la disminución de la actividad sexual precoz y sin protección. Esto puede generar morbilidad, lo cual repercutiría en la calidad de vida del futuro capital humano del país y sus familias, por lo que se demanda para ello la atención integral de los adolescentes (Marín y Reyes, 2006; López 2010; Díaz 2003) y debe basarse en las necesidades sentidas y en los derechos que este segmento de la población manifiesta, dado que en muchas ocasiones son tomados como actores que no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada; por lo tanto hay que motivar el desarrollo de estudios de investigación enfocados en este grupo etario (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2007) ratifica lo ya mencionado al señalar que la importancia de este grupo poblacional no radica solamente en su gran número, sino en el hecho de que plantea a la sociedad y al gobierno el enorme desafío de garantizar la satisfacción de sus necesidades y el pleno desarrollo de sus capacidades, debido a que esta ellos, los adolescentes, conformarán la población laboral en los próximos 25 años. El problema se agrava al reconocer que los programas y las políticas de salud se siguen presentando de una forma global; que casi siempre prestan poca atención a la dimensión social, económica, política, psicológica y sexual que rodea la salud y el bienestar de las mujeres y hombres en esta etapa (Carvajal, 2006).

Con relación a las políticas públicas y de salud en México, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes se percibe como un tema relevante para los encargados del diseño de programas en diferentes áreas: salud pública, educación, desarrollo social y economía (Juárez, 2010), sin embargo, y a pesar de la heterogeneidad de las diversas programas, estrategias y normas, la realidad social en cuestión de sexualidad de los adolescentes pone en evidencia, como ya se mencionó anteriormente, que los objetivos no se han logrado, y que las metas planeadas no se han alcanzado en su totalidad, por lo que se llega a la conclusión de que este iniciativa es difícil de atender sólo con un enfoque de perspectiva social y política pública. Lo que se requiere es incluir una serie de elementos entre los que se encuentran las valoraciones culturales de lo femenino y lo masculino, la exposición a la tecnología de la comunicación e información masiva

y el significado que se le da a la sexualidad y al cuerpo, así como también a la familia, la educación y la migración, entre otros (Campero Cuenca et al, 2013).

A lo anterior se puede agregar que existen pocas evaluaciones realizadas a las políticas de salud sexual y reproductiva en México. Dichas políticas solamente han seguido dos patrones de análisis, uno de tipo económico (costo beneficio o costo-efectividad) y el otro de calidad y acceso a servicios de salud (Juárez y Gayet, 2005). Estos modelos se han orientado sólo a la operación de las políticas diseñadas y su impacto en las prácticas de la población adolescente, sin utilizar una visión global que tome en cuenta el marco general de creencias de los distintos sectores de la población acerca de la sexualidad misma (Juárez y Gayet, 2005).

Existen antecedentes de que en México se reconoce la importancia de la educación sexual de su población. Desde 1864, cuando el país se encontraba en la transición de una política imperialista (1863-1867) conservadora apoyada por la iglesia católica y luchaba por una más liberal, existían campañas y reglamentaciones coordinadas por instancias gubernamentales para combatir las infecciones sexualmente transmisibles (ITS); estas campañas tuvieron muy pocos logros debido a los prejuicios sociales imperantes en esa época y por no tomar en cuenta que las costumbres sexuales obedecían a fuerzas más poderosas que el temor a la enfermedad (Fajardo, 2002).

Las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva, propiamente dichas, tienen sus inicios en el período porfiriano, donde se establecieron una serie de medidas para evitar la propagación de las enfermedades contagiosas y sobre todo de aquellas denominadas venéreas. A partir de 1891 se siguieron implementando distintas políticas de salud dirigidas al tema de interés con un enfoque mayormente reproductivo y dirigido a las parejas unidas (casadas o no) sin incluir a los adolescentes que no estaban unidos a una pareja (Muñoz-UNAM, 2009).

Durante el gobierno de presidente Calles se cambió el enfoque reproductivo por el de la prevención utilizando la educación higiénica como medio, acción que la sociedad juzgó atrevida. En 1926 se promulgó el reglamento de comercio sexual y nació la iniciativa de los exámenes para contraer matrimonio y certificar que no se padecieran enfermedades que pusieran en peligro la salud de la especie. El reglamento se derogó en 1938 debido a que no fue aceptado por la ciudadanía, por cuestiones morales (Miranda, 1991:554).

Desde 1932 se recomienda incluir la educación sexual en las escuelas públicas y fue hasta 1934, durante la presidencia del Lic. Lázaro Cárdenas, cuando se promovió la educación sexual en los niveles de primaria y secundaria (Muñoz, 2009). Es hasta el año de 1972 cuando, respondiendo al llamado mundial, el gobierno mexicano reformó radicalmente la política de salud modificando el contenido del Artículo 4 de la Constitución Mexicana que actualmente expresa que “todos los individuos tienen derecho a decidir de una manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus nacimientos”; y anunció su decisión de iniciar acciones específicas sobre la promoción de la paternidad responsable a través de la planificación familiar. La nueva Ley de Población, aprobada por el Congreso de la Unión en diciembre de 1973 y publicada en el Diario Oficial en enero de 1974, es el marco de referencia para el inicio legal de la planificación familiar en México, que involucra un contexto en el que se incluyen los aspectos de desarrollo social y los de salud (Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987).

Como resultado de la promulgación de la Ley de Población y el inicio legal de la planificación familiar en 1977, se emitió el primer programa de planificación familiar con el nombre de Plan Nacional de Planificación Familiar, el cual involucraba ya a las tres principales instituciones gubernamentales de salud en el país, el ISSSTE, el IMSS y la SSA; esta última fue la encargada de coordinarlo (Palma, 2003:24).

El programa consistía en otorgar los métodos anticonceptivos dentro de un esquema voluntario a la población necesitada de regular su fertilidad y su coordinación quedó bajo la responsabilidad absoluta de profesionales de la salud de instituciones gubernamentales y no gubernamentales; tenía como meta acumular un número predeterminado de usuarias que permanecieran activas en el uso de medios para regular la fertilidad y así reducir la tasa de crecimiento natural de la población de 3.2 % a 1.0 % en el año 2000; esta meta se convirtió en una estrategia para apoyar al Consejo Nacional de Población (CONAPO) en su objetivo de disminuir la tasa de crecimiento. Este Plan tenía escrito con letras mayúsculas un postulado: “Adecuar el crecimiento de la población al desarrollo económico y social del país” (Martínez, 1999).

En 1993 el gobierno mexicano continuó consolidando el programa de planificación familiar y dentro de sus puntos de interés se retomó la iniciativa de las instituciones no gubernamentales sobre la necesidad de atender directamente a la población adolescente. Se tomaron como bases

las acciones previas llevadas a cabo por las organizaciones no gubernamentales y las gubernamentales, para satisfacer la necesidad de los adolescentes en su demanda de educación para la salud; el trabajo se centró en la prevención del embarazo, la prevención, detección y control de las infecciones sexualmente transmisibles, entre las que se encuentra el VIH/SIDA, la violencia y las adicciones.

Siguiendo estos señalamientos, en 1994 la Secretaría de Salud inició el Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente con énfasis en salud reproductiva denominado “En buen plan...planifiquen”. La evaluación de este programa en el período 1994-1998 se consideró de suma utilidad para el establecimiento de una línea de base para futuras comparaciones e identificaron las áreas que requerían fortalecerse y que necesitaban cambios. Al evaluar los conocimientos de las y los adolescentes sobre sexualidad y salud reproductiva se detectó que éstos eran limitados, a pesar de que refirieron haber recibido información sobre estos tópicos; el acceso era abierto y gratuito a los servicios de salud en el primer y segundo nivel de atención. Este programa sirvió también de base para la formalización del programa en el 2001 (SSA, 2002).

A partir del año 2000 se empieza a utilizar en México un nuevo enfoque denominado “análisis dinámico” para la evaluación de las políticas dirigidas a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes tomando en cuenta que las prácticas son el producto de la reacción de factores biológicos, personales, sociales e institucionales, y que todos éstos son necesarios de tomarse en cuenta para tratar de diseñar políticas dirigidas a modificar estas prácticas (Juárez y Gayet, 2005).

Continuando los trabajos de atención a los adolescentes, fue en el 2001 cuando el Gobierno Federal de la República Mexicana tomó la decisión de constituir como programa prioritario el de Atención a la Salud de las y los Adolescentes. Aún y cuando en México se habían logrado avances significativos en materia de salud en la infancia y la adolescencia, se detectó la necesidad de consolidar un modelo de atención integral; fue por esta razón que entre marzo y mayo del 2001 se reunió información sobre 160 instituciones oficiales y particulares que trabajaban con temas de adolescentes, de las cuales sólo alrededor de 37 operaban acciones de

promoción, consejería, atención asistencial y rehabilitación y finalmente se decidió establecer una integración de esfuerzos apoyados con la política social de salud vigente (Andar, 2005).

En ese mismo año la SSA incluyó dentro de su estructura orgánica la Dirección de Salud Reproductiva, la cual tuvo su origen en la Dirección de Planificación Familiar y se basó en los enfoques a nivel mundial acerca de las necesidades de la población, cambiando su marco de solamente la acción de la planificación familiar a la salud reproductiva (Rico, 2005).

El Plan Nacional de Salud 2001-2006 (PNS), acorde con la política internacional del reconocimiento de la mujer como sujeto de derechos, decidió conjuntar su trabajo en el binomio mujer-salud; se centró en disminuir las desigualdades de acceso a los servicios de salud a través de la promoción de la equidad, y entre sus estrategias para vincular a la salud con el desarrollo, creó el Programa Mujer y Salud (PROMSA); este programa constituyó una iniciativa innovadora cuyo propósito fue incorporar la perspectiva de género en todas las políticas de salud, intentando ayudar a reducir las inequidades de género y lograr que sean atendidas las necesidades específicas de las mujeres y los hombres incluyendo las de salud sexual y reproductiva a lo largo de su ciclo de vida, para que estén en condiciones de desarrollarse plenamente (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2005).

En este mismo orden de ideas, el Gobierno de la República instituyó también el Programa para la Atención a la Salud de la Adolescencia como un instrumento para permitir la integración institucional de la respuesta social organizada en México, con el fin de asegurar la salud de toda la población adolescente a través de medidas para elevar la calidad de vida mediante el combate a los rezagos, el fortalecimiento de la equidad y el incremento de la efectividad y excelencia de la atención a la salud. El programa tiene como propósito desarrollar acciones integrales para promover la salud de los adolescentes haciendo énfasis en: 1) diversos factores protectores y de riesgo; 2) los derechos de los adolescentes 3) el género y 4) la promoción de la salud (SSA, 2002).

El programa está enfocado en la atención a la población adolescente de 10 a 19 años y es continuidad del programa de atención a la infancia; incluye un énfasis en factores de riesgo y factores protectores de la salud de las y los adolescentes que permite no sólo el desarrollo de acciones hacia la atención de enfermedades, sino la atención hacia aquellos factores sociales,

psicológicos, biológicos y familiares que influyen en el auto cuidado, bienestar y calidad de vida en la adolescencia (SSA, 2002). Su misión es aplicar acciones esenciales de salud para las y los adolescentes, enfocadas a la atención integrada, a la mejora de su salud y a atender sus necesidades basándose en un enfoque de riesgo y resiliencia, además de lograr, por medio de la autodeterminación y el autocuidado, que sean agentes de cambio para elevar su calidad de vida, mediante acciones de prevención de enfermedades y al mismo tiempo protejan su salud, utilizando la red de servicios para la referencia de problemas sexuales y reproductivos, de salud mental, adicciones y manejo de otras complicaciones que requieren hospitalización, tales como accidentes y cáncer, con el concurso de otros sectores públicos y sociales (SSA, 2002).

Finalmente, este programa se justifica al mencionar que el mundo actual ofrece a las y los adolescentes no sólo oportunidades notables, sino también riesgos para su salud; resulta evidente que las medidas de prevención se deben intensificar y su inclusión como grupo de edad específico en la planeación a nivel nacional debe estar ligada a los programas relacionados con la infancia. La garantía de que las y los adolescentes tengan acceso a los recursos de salud necesarios para proteger su sano desarrollo va a fructificar en una apreciable cantidad de años de vida saludable (SSA, 2002).

No obstante todo lo antes mencionado, es importante destacar que aún y que se reconoce el arduo trabajo en la materia que México ha llevado a cabo a través de los programas y políticas en años recientes, es un hecho que las metas y objetivos planeados en cada uno de estas iniciativas no se han logrado todavía. Quedan grandes retos que demandan una mejor coordinación intersectorial y entre las instituciones encargadas de aplicar las acciones; debe recalcarse que es necesario tomar en cuenta la influencia de la sociedad y la cultura, así como todo lo relacionado con la falta de oportunidades, y la desigualdad en el acceso a los servicios de salud y los empleos, sin dejar de enfatizar que toda política pública enfocada en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes debe estar sustentada en el marco del respeto a sus derechos, donde los jóvenes sean reconocidos como seres con autonomía y con capacidad de tomar decisiones acertadas sobre su cuerpo y bienestar (Campero Cuenca, et al., 2013).

A nivel nacional Nuevo León es considerado como estado vanguardista y de muy baja marginación económica; es el tercer estado con el mayor producto interno bruto y también

ocupa el segundo lugar en desarrollo social, de acuerdo al CONEVAL (2014). Un 40% de la población vive en algún rango de pobreza, pero sólo el 3% de sus habitantes se encuentran en pobreza extrema (Gobierno de Nuevo León, 2016).

El avance educativo de su población es relevante debido a que el grado de escolaridad promedio es de 10.3, a diferencia del promedio nacional que es de 9.1, sin embargo, aún y con este progreso el porcentaje de abandono escolar subió hasta 25%. Entre las principales causas a las que se le atribuye la deserción está la desmotivación académica y la indiferencia por aprender (INEGI, 2015). Aunado a esto, las adolescentes que ya han tenido un hijo manifiestan no desear seguir estudiando, y esto puede asociarse a que se percibe a la maternidad como una meta a la que hay que llegar desde muy jóvenes (De Jesús y Menkes, 2016). Esto contradice las expectativas que se tienen de los jóvenes estudiantes, en el sentido de que éstos deben ser más pro-sociales, asertivos y socialmente habilidosos, en comparación con los jóvenes no escolarizados, los cuales tienden a ser más proclives a practicar conductas de riesgo, incluyendo las sexuales y el consumo de drogas (López y Da Costa, 2008).

En relación a salud sexual y reproductiva, Nuevo León es el estado con menos demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos y también es una de las entidades federativas con menor fecundidad en el país. El 15.8% de su población total (5.117, 504) son mujeres adolescentes; la tasa de fecundidad general descendió de 2.4 a 2.1 de 1990 al 2010, pero en los últimos años presentó un estancamiento (De Jesús y Menkes, 2016).

Cabe destacar que las autoridades gubernamentales y sanitarias reconocen que de cada 10 mujeres embarazadas atendidas por las instituciones de salud, 3 son adolescentes con edades entre 12 y 19 años y el 3.2% de muertes en este mismo rango de edad se produce a causa del VIH (Plan de Desarrollo, N.L., 2016). Como respuesta a lo anterior, el estado ha diseñado programas y estrategias que incluyen educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA); dichos programas también han sido enfocados en la educación para la salud acerca del uso adecuado de métodos anticonceptivos y consumo de drogas, todo ello con el objetivo de disminuir estos indicadores. Adicionalmente se ha planteado la meta de decrecer de 62.6 nacimientos por cada mil

adolescentes a 62.1 nacimientos en 2020 y a 61.8 nacimientos en 2030 (SEGOB-CONAPO, 2010).

El consumo de sustancias en el estado constituye un problema de salud pública complejo y multifactorial y es considerado además como un elemento que propicia las conductas sexuales de riesgo. Al respecto, la Encuesta Nacional de Salud (ENA, 2000) señala que el 53% de los jóvenes entre 15 y 24 años, cifra mayor que la media nacional, toman bebidas alcohólicas y que el 55.6% de los pacientes farmacodependientes que se atendieron en instituciones públicas también se encuentran en ese rango de edad. Otras fuentes coinciden con la ENA y mencionan que la edad de inicio en el consumo del alcohol oscila entre los 10 y 15 años, con una media de 15 años (Villarreal 2002; Cantú 2002; López, 2003; Martínez, 2004). El consumo de las drogas ilegales se da entre los 10 y 14 años (Plan de Desarrollo 2016-2021).

El Plan de Desarrollo (2016-2021) del estado de Nuevo León contempla el compromiso de realizar un mayor número de actividades para la prevención sobre todo para los jóvenes entre 12 y 17 años, al mismo tiempo que da a conocer la necesidad de realizar diseño y rediseños de los programas con fundamento en los resultados de estudios de investigación, lo que permitiría en un futuro ofrecer diferentes opciones para la calidad de vida mediante un desarrollo personal, interpersonal, social y escolar mejor a todos los jóvenes de la entidad (Alonso, 2004; Plan de Desarrollo 2016-2021).

La unión de conductas sexuales y el uso de drogas ha sido abordado en diferentes estudios de investigación; entre éstos se encuentra el realizado por Valles-Solís et al (2011) con 112 jóvenes regiomontanos de entre 18-24 años. El estudio reportó que el 41% de los participantes tuvieron relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol u otras drogas y mostró una correlación altamente significativa de $p < 0.01$.

En todas las iniciativas y acciones que se lleven a cabo se deberá tomar en cuenta que la salud de los adolescentes es un elemento indispensable para el avance social, político y económico de los países, por lo que es de suma importancia desarrollar investigaciones encaminadas a identificar los elementos que influyen a que los adolescentes adopten conductas sexuales de riesgo derivadas del uso de drogas antes o durante las relaciones sexuales (Plan Iberoamericano de Cooperación e Integración de la Juventud, 2009-2015).

También se debe de considerar que la población mexicana sigue enfrentándose a múltiples inequidades, por lo que se debe de incluir esta variable en los proyectos a realizar con la finalidad de identificar su asociación con la práctica de conductas sexuales de riesgo facilitadas por el consumo de drogas lícitas o ilícitas (Reyes et al 2009). Otra asociación sugerida por algunos autores es la identificación de las conductas sexuales que aumentan el riesgo de contraer ITS y el uso de drogas (Rodríguez et. al., 2008), por lo cual es importante continuar llevando a cabo estudios de investigación que permitan explorar marcos teóricos o modelos explicativos que puedan identificar las variables moderadoras o mediadoras que determinan la adopción de estas conductas.

Por todo lo antes expuesto y porque es importante determinar la asociación de estas dos variables, de una forma tal que se pueda conocer si el consumo de drogas se lleva a cabo como facilitador de las relaciones sexuales, o si se suma otra variable más del contexto social, o es, por una relación multifactorial que se puede evidenciar en la asociación del intercambio de sexo por drogas o por dinero, surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Es el uso del alcohol u otra droga un facilitador para las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes escolarizados neoloneses?

¿Existe asociación entre las conductas sexuales y el uso de drogas entre los adolescentes escolarizados de Nuevo León?

¿Cuáles son los elementos facilitadores para las conductas sexuales de riesgo, aparte del alcohol u otras drogas, que presentan los adolescentes escolarizados de nivel medio y medio superior del estado de Nuevo León?

1.3 OBJETIVOS GENERALES Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Objetivo General:

Analizar las conductas sexuales y el uso de drogas de los estudiantes adolescentes del estado de Nuevo León.

Objetivos Específicos:

- 1.- Identificar las conductas sexuales que presentan los adolescentes escolarizados de nivel medio y medio superior del estado de Nuevo León.
- 2.- Identificar el consumo de alcohol u otras drogas en los adolescentes escolarizados de nivel medio y medio superior del estado de Nuevo León.
- 3.- Identificar el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes de acuerdo a sexo, edad, nivel de escolaridad y nivel de marginación.
- 4.- Determinar si existen diferencias entre las conductas sexuales y el uso de drogas en los adolescentes de acuerdo al sexo, edad, nivel de escolaridad y nivel de marginación.

HIPÓTESIS A TRABAJAR:

H1: Las conductas sexuales de riesgo están asociadas al consumo de drogas ilícitas e ilícitas entre los estudiantes adolescentes del estado de Nuevo León.

CAPÍTULO II

2. 1 MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL

Aunque no es el objetivo de este trabajo destacar las características de los modelos más sobresalientes en el ámbito del consumo de drogas y conductas sexuales de riesgo, siempre es preciso disponer de un marco teórico de referencia que permita identificar cuáles enfoques se han utilizado para la explicación de las conductas sexuales y el uso de drogas entre los adolescentes. Las variables de interés del presente estudio han sido estudiadas desde los enfoques de diversas teorías y modelos, entre las que se encuentran la Teoría de Acción Razonada; el Modelo Socio-cognitivo desarrollado por Bandura (1994); el Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974); el Modelo Transteórico del Cambio (Grimley, Prochaska y Prochaska, 1997) y la Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977). Dichos modelos han reportado resultados muy importantes, pero éstos han sido suficientes o bien sus directrices no han sido aplicables a las diferentes poblaciones, prueba de ello es que los problemas de embarazo y uso de drogas en la población adolescente siguen en aumento.

Desde el punto de vista teórico se considera de sumo interés conocer más a detalle cada uno de los marcos antes mencionados y poder tomar de cada uno de ellos elementos que apoyen el análisis y que permita construir un marco ecléctico acorde a los objetivos y alcances del presente estudio.

2.1.1- DETERMINANTES SOCIALES

Uno de los enfoques que se está proponiendo entre las autoridades sanitarias para analizar y tratar de explicar los diferentes problemas de salud es el marco de los Determinantes Sociales de Salud, el cual resalta la necesidad de identificar el ambiente donde nace, crece y se desarrolla la persona como un determinante para que las personas asuman ciertas conductas (Salazar, 2012).

Para poder investigar sobre desigualdades en salud es necesario partir de un modelo conceptual que muestre los mecanismos y los procesos causales que intervienen (Borell, 2010).

La literatura señala que desde 1820 se estableció la relación entre la pobreza y las enfermedades, y en 1847 varios autores reportaron que las enfermedades eran el resultado de la interacción de los factores físicos con los factores económicos y sociales, y sugerían como remedio la prosperidad, la educación y la libertad (Terris, 1999, referidos en OPS/Perú/05). Con el paso del tiempo y los avances científicos que se dieron en esa época la concepción de la interacción de los factores económicos y sociales se dejó atrás adoptando el modelo unicausal y después el multicausal haciendo que la epidemiología se hiciera mecanicista e individualista (Tam y Lopman, 2003:477 referidos en OPS/Perú/05).

Los determinantes sociales se definen como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; es decir, el contexto de su vida diaria y los resultados de la interacción con las personas (OMS, 2004). La OMS propone a los determinantes sociales de salud como marco de análisis de las condiciones de salud en el mundo, partiendo del hecho de que desde el siglo XIX la medicina social europea lo planteaba al postular que “la salud del pueblo es motivo de preocupación social y que las condiciones sociales y económicas tienen relación con la salud y la enfermedad, y que esta relación debería ser motivo de investigación (Rosen 1985:81, referido por Arellano, 2008).

Por su parte la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su reporte final también refiere que la mala salud de los pobres y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y que esto repercute en las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y en la posibilidad de tener una vida próspera. Esta distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política (CDSS, 2009).

Álvarez (2009) refiere que el término de determinantes sociales de la salud ha adquirido un significado dual al referirse por una parte a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y por otra a los grupos sociales y los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de los factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad. Es por esta razón que algunas veces el concepto es tratado de manera ambigua, como los determinantes de la salud y los determinantes de las inequidades en salud, por lo cual se debe de tener cuidado de no separar sus componentes en el momento de utilizarlo (Álvarez, 2009).

Apoyando lo propuesto por la OMS de no separar el contexto social de la salud, muchos países, entre ellos México, se han enfocado en desarrollar iniciativas donde se tomen en cuenta los determinantes sociales de la salud. Actualmente la Secretaría de Salud retoma la necesidad de estudiar las relaciones entre el medio ambiente y las personas en el modelo operativo de promoción de la salud (SSA, 2009) donde se señala la importancia de contar con condiciones de vida, trabajo, higiene y seguridad que estimulen a las personas para que se cuiden entre sí. También se reconoce la necesidad de tener un diagnóstico comunitario basado en los determinantes sociales de salud para apoyar los procesos de diseño y evaluación de la efectividad de los programas preventivos.

Con base en lo estipulado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2005), se reconoce la interdependencia de la salud y las condiciones sociales, además de la necesidad de brindar una oportunidad para promover las políticas sanitarias que abordan las raíces sociales del sufrimiento humano injusto y evitable; se señala además la influencia que ejercen los estilos de vida de las personas y sus condiciones de vida sobre su salud. Por muy relevante que puedan ser las susceptibilidades genéticas a las enfermedades del individuo, las causas más comunes de la mala salud de las poblaciones son las ambientales (Wilkinson, 2003).

Actualmente la salud ocupa un lugar muy importante en la agenda de desarrollo nacional e internacional, y las inequidades en materia de salud surgidas constituyen la principal preocupación de los países; es por ello que se ha propuesto la utilización del marco de determinantes sociales de salud para en una primera instancia elaborar un diagnóstico situacional de las causas de morbi-mortalidad y de ahí derivar intervenciones preventivas específicas que apoyen a disminuir los riesgos (SSA, 2009; Martínez, 2009).

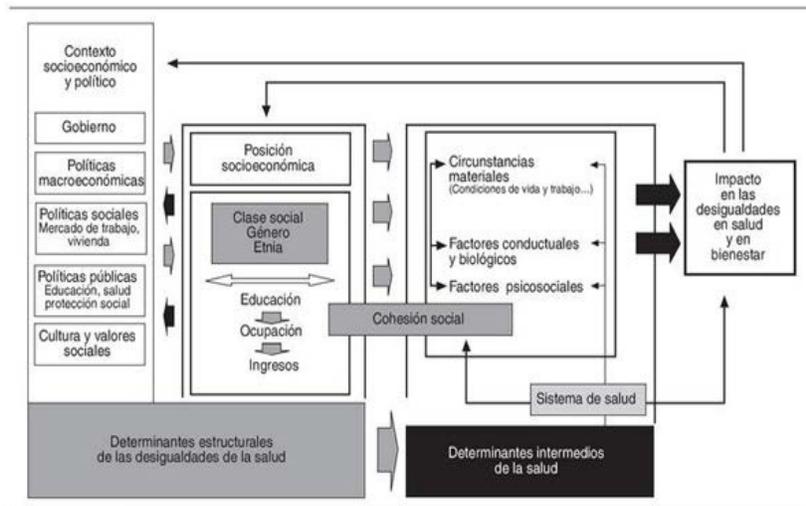
La CDSS (2009) en su informe final señala la necesidad de un nuevo enfoque donde las políticas sociales sean el resultado prioritario de mejorar la vida de la población y de apoyar el desarrollo de los países, aún sean los más pobres. Tradicionalmente la sociedad espera apoyo para resolver sus problemas de salud y el hecho de no recibirlo es un determinante para la salud, por lo cual el organismo hace un llamado para que los gobiernos de los países trabajen en pos de un sólido sector público comprometido, capaz de involucrar a la sociedad civil y al sector privado en definir el interés común y reinvertir en la acción colectiva. En un mundo globalizado, se impone aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales.

Derivado del llamado que hace la CDSS a los países y sus políticas sociales, se propone iniciar sus actividades partiendo de un diagnóstico que mida la magnitud del problema y que sirva como punto de partida para analizar y evaluar las intervenciones que se lleven a cabo enfocadas para la disminución del mismo, tomando como referencia que en los países donde no se cuenta con bases de datos sobre el problema a trabajar suelen existir dificultades a la hora de mejorar la equidad de los servicios (OPS, 2009).

Acorde a lo anterior, el dispositivo global de aprendizaje sobre determinantes sociales de salud y políticas públicas, emitido por la OMS (2009), menciona que no sólo las circunstancias sociales –estratificación social y posición social determinan las inequidades sociales (en el nivel poblacional) sino que también operan a través de determinantes intermedios generando inequidades en salud. Los marcos institucionales socioeconómicos y macroeconómicos, el conjunto de valores sociales aplicados por una determinada sociedad y las políticas públicas inequitativas son factores de fundamental importancia en la conformación de las inequidades sociales. Las personas y grupos sociales que están más abajo en la escala social poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente. Las causas materiales y psicológicas, contribuyen con estos riesgos y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muerte a todos los grupos sociales. Las desventajas sociales pueden manifestarse en forma absoluta o relativa, y la tendencia es a concentrarse en los mismos grupos sociales, sus efectos en la salud se acumulan durante toda la vida. (OPS, 2004).

Definitivamente es importante tratar de mejorar la salud de las poblaciones del mundo y fomentar la equidad sanitaria, para lo cual es preciso desarrollar nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta los factores sociales que influyen en la salud, pero esto no significa que los sistemas de salud equitativos dejen de tener importancia. Debe reconocerse que muchas veces los sistemas de salud son parte misma del problema y que ellos y las nuevas estrategias son imprescindibles para abatir las inequidades en salud. Es por ello que se debe buscar respuesta a problemas fundamentales como el origen de las diferencias en salud entre los grupos sociales, investigando sus huellas en sus raíces más profundas; los mecanismos que conducen las causas originarias de las diferencias actuales en la situación de salud de las poblaciones; dónde y cómo se debe intervenir para reducir las inequidades en salud (OMS, 2004).

La CDSS parte de un esquema general de la determinación social de la enfermedad que coincide y recupera el enfoque de la epidemiología social europea. Existen según este modelo dos tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud y los segundos son los llamados determinantes intermediarios. Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar; lo antes expuesto se puede apreciar de una manera más clara en la siguiente representación esquemática de las relaciones entre los diferentes componentes del modelo (OMS 2003-2005).



Fuente: Sotar e Irwin¹.

Fuente: (WHO, 2003 – 2005)

A continuación se da una explicación más amplia del modelo de determinantes sociales de salud aprobado por la CDSS:

A) Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia (OMS y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2005-2008).

Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. Por su parte, la posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios (OMS y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2005-2008).fff

B) DETERMINANTES INTERMEDIARIOS

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario.

Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar (OMS y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2005-2008).

La actuación en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. La acción comunitaria en este ámbito tiene un doble objetivo. En primer lugar, alentar y apoyar el desarrollo de acciones y redes para recoger, transmitir e intercambiar información con vistas a evaluar y desarrollar las políticas, estrategias y medidas comunitarias, con el objetivo de establecer intervenciones efectivas destinadas a abordar los factores determinantes de la salud. En segundo lugar, promover y estimular los esfuerzos, mediante proyectos innovadores que se convertirán en ejemplos de prácticas eficaces (González, 2013).

En el 2003 la Comisión Nacional de Salud Pública de México, propuso una estrategia nacional con el objetivo de crear las condiciones sociales para una buena salud para toda la población a través de once ámbitos entre los cuales se encuentra la protección efectiva contra las infecciones sexualmente transmisibles, la sexualidad segura y la buena salud reproductiva, así como la reducción del uso del tabaco y el alcohol, con miras a una sociedad libre de drogas; todos los ámbitos se refieren a los principales determinantes de la salud pública (Bonney, et al, 2007).

El desarrollo de estudios de investigación sobre los problemas antes descritos puede apoyarse en el marco de Determinantes Sociales de Salud, recomendado por la OMS (2012). Como ya se señaló anteriormente, este marco describe la interacción de factores del medio ambiente externo con ciertas conductas entre las que se encuentran las de tipo sexual y el uso de drogas lícitas o ilícitas⁵.

Diversos estudios de investigación realizados por Gaytán (2005), Goncalvez (2007) y Calafat (2009) reportaron la existencia de una relación significativa entre las dos variables; además se aseveró que los jóvenes que tenían mayor propensión a la conducta sexual de riesgo o no segura eran varones que tuvieron mayor número de parejas sexuales en el último año y presentaron mayor frecuencia en el consumo de alcohol, por lo cual se concluyó que el uso del

⁵ Las drogas lícitas son aquellas sustancias cuyo consumo no está prohibido por ley, el alcohol y el tabaco. Las drogas ilícitas son aquellas sustancias cuyo consumo está prohibido por ley, marihuana, éxtasis, anfetaminas, tranquilizantes, cocaína, entre otras (Contreras, 2004).

alcohol y las múltiples parejas actúan como factores de riesgo. A estos hallazgos debe agregarse el inicio de vida sexual a temprana edad y la práctica de las relaciones sexuales bajo los efectos de alguna droga.

2. 1.2 La Teoría de Acción-Razonada - Teoría de Acción Planificada

La teoría de la acción razonada, planteada por Fishbein y Azjen (1975) es uno de los modelos más difundidos sobre la relación entre factores cognitivos y consumo de drogas. Es un planteamiento que en sus orígenes intentó explicitar las relaciones entre las actitudes y la conducta social en general. No obstante, su relevancia para comprender las conductas de consumo de drogas y sexuales de riesgo ha hecho que sea uno de los modelos más citados en estos ámbitos. Asimismo, sus implicaciones han tenido una amplia influencia sobre muchos programas de prevención (Kumate, 2002).

La teoría se centra en las influencias que, de un modo más directo y más próximo, actúan sobre las conductas de riesgo en general. Tales influencias vienen dadas por expectativas, creencias, actitudes y, en general, variables relacionadas con la cognición social. Los otros factores identificados por las investigaciones sobre el consumo de drogas y conductas sexuales de riesgo (por ejemplo, la influencia del grupo de amigos y los factores personales) tendrán siempre un efecto indirecto, mediado por estas variables más próximas (Luengo, et al, 2002).

En concreto, la teoría de la acción razonada comienza planteando que la “causa” más inmediata del uso de drogas o de las relaciones sexuales de riesgo son las intenciones para consumir o no consumir, para protegerse o no protegerse (INJUDE, 2010). Estas intenciones (o decisiones) estarán determinadas por dos componentes: las actitudes hacia el consumo y la protección y las creencias “normativas” sobre los mismos tópicos.

A su vez, las actitudes vienen dadas por dos elementos; por una parte, las consecuencias (positivas y negativas) que los adolescentes esperan del consumo de drogas y de la práctica de las relaciones sexuales, por otra parte, el valor afectivo que esas consecuencias tengan para el sujeto. Si el individuo concede más valor a los beneficios que a los costes del consumo, mostrará actitudes positivas hacia él (INJUDE, 2010).

Las creencias normativas (“norma subjetiva”) también vienen determinadas por dos componentes: por un lado, la percepción de que otras personas importantes para el sujeto

aprueban, esperan y desean su consumo y su práctica; por otro lado, la motivación del sujeto para acomodarse a las expectativas o deseos de esas personas. Si el adolescente percibe que sus amigos (u otros grupos de referencia a quienes desea agradar) esperan que consuma o practique, su decisión tenderá a inclinarse hacia el consumo. En relación con esto, la creencia (acertada o equivocada) de que el consumo está ampliamente extendido y aceptado en sus grupos de referencia, ejercerá influencia sobre la intención de consumir; lo mismo sucederá con la práctica de relaciones sexuales (Guzmán, López, Alonso y Benavides, 2008).

Un último elemento de la teoría es la importancia relativa de las actitudes y la norma subjetiva. A la hora de tomar su decisión, la persona no necesariamente concede igual “peso” a estos dos componentes. En algunos individuos, la decisión se ve más influida por costes, beneficios y actitudes; en otros, la decisión puede estar más afectada por las expectativas de los demás (Hedeker, Flay y Petraitis, 1996).

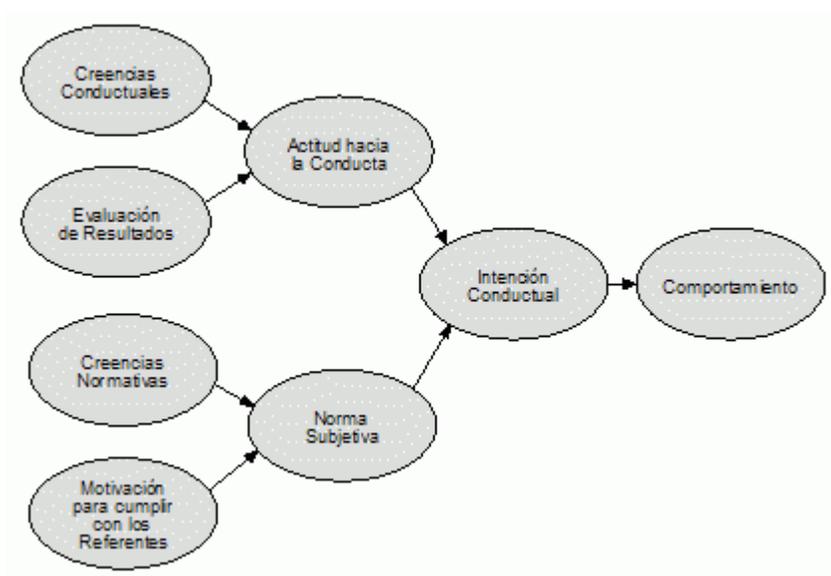
La teoría de la acción razonada ha sido muy versátil y ha mostrado su capacidad para predecir muy diferentes tipos de conducta (elección de marcas determinadas de productos, aborto, alistamiento en el ejército). Su utilidad para predecir la práctica de relaciones sexuales de riesgo y el uso de drogas también ha sido demostrada. Además, los presupuestos de la teoría son tomados en cuenta por muchos programas de prevención, y un gran número de programas intenta actuar sobre el componente de las actitudes, proporcionando información que pueda cambiar las creencias sobre las consecuencias del uso de las sustancias y las relaciones sexuales de riesgo (Azjen, Timko y White, 1982).

De acuerdo con Azjen (1988), el modelo se ha ampliado y se ha incluido un nuevo ingrediente, dando lugar a la llamada “teoría de la acción planificada”. En esta versión, la intención se ve afectada no únicamente por las actitudes y la norma subjetiva, sino también por la percepción sobre la capacidad para controlar la conducta. Es decir, si el sujeto percibe que no es capaz de ejecutar una determinada conducta, tendrá poca intención de realizarla, aún y cuando sus actitudes hacia ella sean positivas o aún y cuando perciba que los demás aprueban esa conducta (Petraitis et al, 1995).

Según la teoría, en el ámbito concreto del consumo de drogas y las conductas sexuales, esta percepción de control influirá de dos maneras:

Por una parte, son importantes las creencias del sujeto sobre su capacidad para obtener y utilizar las drogas; si el adolescente percibe que no tiene habilidad o recursos para conseguir las sustancias o para utilizarlas, su intención se inclinará hacia el no consumo, lo mismo sucederá en relación con las relaciones sexuales sin protección. Además, es importante la percepción del sujeto sobre su capacidad para resistir la presión de los demás; si el individuo percibe que no tiene habilidades para enfrentarse a los mensajes que le invitan al consumo, tenderá a consumir, e igualmente sucederá con el sexo no seguro (López y Rodríguez-Arias, 2012).

El siguiente esquema muestra de una manera más ilustrativa los conceptos y relaciones que marca la teoría de acción razonada.



Fuente: Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Azjen), 1995

A continuación se describen algunos estudios de investigación donde se ha aplicado esta teoría en relación a las variables de interés del presente trabajo.

Kumate (2003) realizó un estudio denominado “Percepción de Riesgo y Consumo de Drogas en Jóvenes Mexicanos” en una muestra de estudiantes de este país. El objetivo de la investigación fue conocer los precursores del consumo de drogas en esa población y se tomaron como bases la Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Azjen (1995) y la Teoría de Autoeficacia de Bandura (1994). Las conclusiones plantearon que los adolescentes mexicanos, al no tener una alta percepción de riesgo, están en mayor peligro de iniciar el consumo de drogas, ya que por un lado

creen en general que las drogas no son tan peligrosas, y aunque existe una baja tolerancia social hacia el consumo, los adolescentes consideran que es fácil conseguir la droga y muy probablemente existe la creencia de que pueden tener control si deciden consumir. Las recomendaciones del estudio se enfocaron en reforzar la prevención del consumo drogas a través de intervenciones preventivas que promuevan de manera intensa la percepción de riesgo que conlleva el uso de drogas, para desalentar la posible intención de los jóvenes por experimentar dicho uso.

Por su parte Lameiras y cols. (2008) realizaron un estudio con jóvenes españoles con edades entre catorce y veinticuatro años. Se investigó el uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal; los objetivos fueron evaluar la frecuencia del uso del preservativo e identificar los factores que predisponen, facilitan y refuerzan su utilización. Se aplicó el modelo Precede, que es una combinación de las variables de las teorías de Acción Razonada (Fishbein y Azjen, 1975), Autoeficacia (Bandura, 1994) y Creencias de Salud (Becker, 1974). Los hallazgos mostraron que ser mayor de 18 años y tener más actividad sexual se asocia con una menor frecuencia del uso del preservativo. Se identificaron como predictores confiables: la intención de conducta de no riesgo y la habilidad auto percibida para usar el preservativo masculino con la pareja habitual; el uso del preservativo masculino la primera vez que mantuvo relaciones coito-vaginales; hablar con la pareja sobre las prácticas sexuales por llevar a cabo y sobre los métodos de prevención que se van a utilizar; la baja frecuencia de relaciones con penetración vaginal (dentro del grupo de factores facilitadores) y finalmente haber sentido agobio, culpa o arrepentimiento por no tomar precauciones tras alguna práctica coito-vaginal (dentro del grupo de factores reforzantes). Los resultados de este estudio confirmaron la utilidad del modelo Precede para efectuar el diagnóstico de la conducta sexual.

2.1.3. Teoría de Aprendizaje Social (modelo socio-cognitivo) de Bandura.

El modelo socio-cognitivo desarrollado por Bandura (1994) acerca del comportamiento humano se explica a partir de tres elementos que se interrelacionan modificándose el uno al otro: a) los determinantes personales, que incluyen factores cognitivos, afectivos y biológicos; b) la conducta, y c) el ambiente. Desde este punto de vista, una actuación preventiva eficaz debe actuar sobre estos tres factores, incluyendo los siguientes componentes: 1) información, con el

fin de alertar a la población y aumentar su conocimiento acerca de los riesgos que conlleva el sexo sin protección, 2) desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol, necesarias para que los conocimientos adquiridos se traduzcan en conductas concretas, 3) potenciar la auto-eficacia, de forma que el adolescente tenga oportunidad de practicar y mejorar sus habilidades en situaciones de alto riesgo, y 4) apoyo social, fomentando el apoyo interpersonal para afirmar los cambios que una persona va realizando en sus hábitos.

Para que la información resulte eficaz, debe transmitirse a los destinatarios la creencia de que ellos mismos pueden modificar sus hábitos y mejorar su salud y, a continuación, enseñarles a realizar dichos cambios. La información sobre los hábitos de salud y las enfermedades puede hacer hincapié en los beneficios de los comportamientos saludables, o bien en las pérdidas o daños como consecuencia de unos hábitos nocivos (Becoña, 2007).

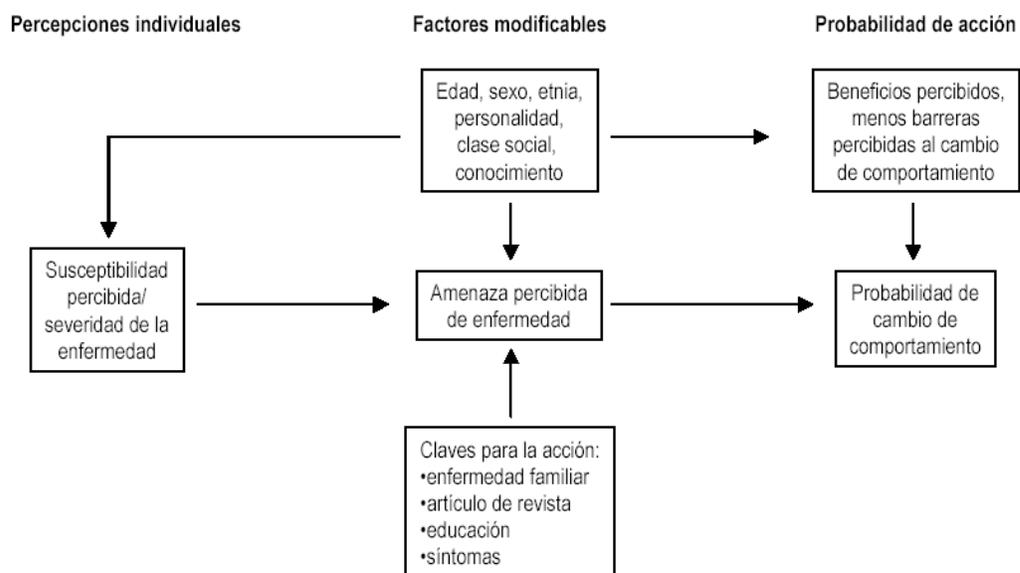
2.1.4. El Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974)

El modelo de Becker (1974) se encuentra entre las teorías del valor-expectativa; dicho modelo señala que las conductas de protección están en función de: a) la percepción subjetiva del riesgo que corre el sujeto de contraer una enfermedad; b) la gravedad percibida acerca de la enfermedad, es decir, la seriedad que el sujeto le atribuye, incluyendo consecuencias médicas como el dolor y la muerte así como también las sociales y económicas; c) los beneficios esperados por la puesta en práctica de las conductas de protección ; d) las barreras percibidas, o los costos derivados de realizar un comportamiento saludable. Estos inconvenientes pueden derivarse de la peligrosidad del comportamiento, por su costo económico, por lo desagradable de su ejercicio, o por el tiempo requerido; el sujeto compara los costos de poner en práctica la conducta preventiva y los beneficios que puede obtener y e) las señales de atención que le recuerdan al sujeto la realización de actuaciones preventivas (Espadas, Quiles y Méndez, 2003).

Diversos autores han aplicado este modelo en la línea de investigación sobre la prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), señalando que para que un adolescente adopte conductas de prevención deben darse cinco elementos: a) que perciba el SIDA como una enfermedad grave, b) que esté realmente en riesgo o sea susceptible de adquirirlo, c) que conozca los mecanismos de prevención, d) que se encuentre motivado para ponerlos en práctica, y e) que

cuenta con los recursos necesarios para implantar finalmente las conductas de protección (Espadas, Quiles y Méndez, 2003).

El siguiente esquema muestra los elementos y relaciones que señala el modelo Becker (1974).



Fuente: Modelo de Creencias de Salud: Becker (1974)

2.1.5. El Modelo Transteórico del Cambio de Conducta de Grimley, Prochaska y Prochaska (1984)

El modelo transteórico o de etapas de cambio de conducta (Prochaska & DiClemente, 1984) es un modelo integrativo y comprensible que se desarrolló a partir de la investigación del proceso que siguen las personas cuando deciden cambiar una conducta problema, por ejemplo, el abuso de sustancias, el sobrepeso y el sexo seguro, entre otras. Este modelo se ha utilizado para explicar los mecanismos de adquisición y mantenimiento de diferentes conductas problema. Según esta teoría, para que las campañas y programas de prevención obtengan el éxito esperado, deben tener presente la disposición hacia el cambio por parte de los destinatarios (Espadas, Quiles y Méndez, 2003).

En lo que respecta a las variables del presente estudio, y de acuerdo con la literatura, tan sólo un tercio de las personas que son objeto de programas preventivos se encuentran preparadas para

usar el preservativo de forma correcta y consistente. De esta forma, los programas orientados a la acción estarían perdiendo dos tercios de la población de alto riesgo, debido a que estos sujetos tienen menor probabilidad de responder a los mensajes de salud (Cabrera y Gustavo, 2000).

Bajo las explicaciones del modelo en el fenómeno de estudio, existen varios estadios de cambio que preceden y siguen a la toma de decisión de una persona de usar consistentemente medios de protección durante las relaciones sexuales y de no utilizar ningún tipo de droga: 1) precontemplación: en esta etapa se encuentran los sujetos que no utilizan protección durante las relaciones sexuales y los que usan algún tipo de droga, que no tienen intención de empezar a hacerlo en un futuro inmediato, 2) contemplación: se hallan en esta fase las personas que no utilizan los métodos de protección siempre, pero tienen la intención de empezar a hacerlo en los próximos seis meses, 3) preparación: los sujetos en esta etapa utilizan medios de protección a veces, o casi siempre, y pretenden comenzar a usarlo siempre durante el próximo mes, 4) acción: personas que emplean métodos de protección siempre, y llevan haciéndolo un tiempo inferior a seis meses, y 5) mantenimiento: personas que hacen un uso consistente de los métodos durante un período superior a los seis meses (Cabrera y Gustavo, 2000).

La segunda dimensión de este modelo son los procesos de cambio. Éstos se refieren a la forma en que los individuos van cambiando, e incluyen sus actuaciones manifiestas y encubiertas. El modelo describe once procesos de cambio (Grimley, Prochaska y Prochaska, 1997) y se agrega otro componente, el balance decisional, el cual se define como la valoración de las ventajas frente a las desventajas. Este es un aspecto en común con el modelo de creencias de salud, que también otorga un papel relevante a la evaluación de los beneficios y pérdidas (Cabrera y Gustavo, 2000). Desde la perspectiva del modelo transteórico del cambio, las personas que se sitúan en las primeras etapas (precontemplación, contemplación) valoran más los contras que los pros del uso de preservativo. Según se avanza en los estadios, la tendencia se invierte, valorándose menos los inconvenientes y otorgando mayor valor a las ventajas (Cabrera y Gustavo, 2000).

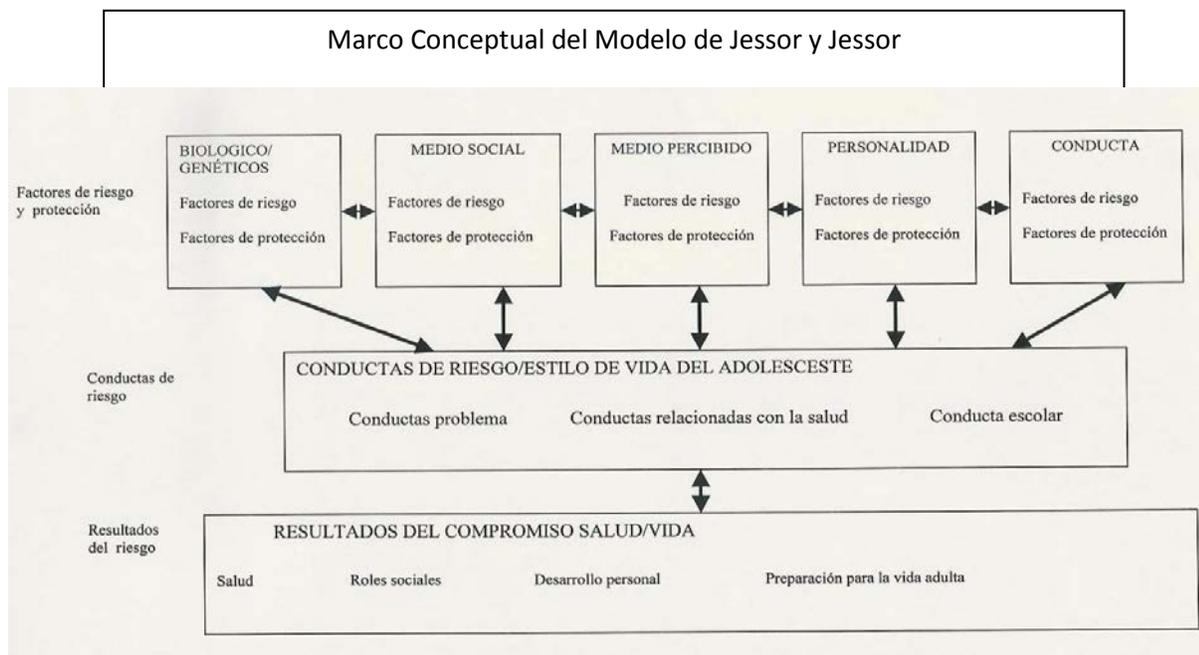
2.1.6. Teoría de la Conducta Problema: Jessor y Jessor – Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes

Su planteamiento se basa en que está surgiendo en los últimos años un nuevo paradigma: la ciencia conductual del desarrollo. La teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes se caracteriza claramente por su complejidad y como muestra de ello considera factores de riesgo y protección, conductas de riesgo y resultados de riesgo. La teoría da un gran peso para la aparición de las conductas de riesgo en los adolescentes a la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación, los cuales son un elemento fundamental para mantener una parte de la población adolescente en lo que se ha denominado “en riesgo”. Dicha afirmación está sustentada en los datos proporcionados por dos fuentes: la epidemiología conductual y la psicología del desarrollo y social, especialmente en su aplicación a la conducta problema de los adolescentes (Jessor, 2001).

La teoría para la conducta de riesgo se basa en el hecho de que el reconocimiento de la importancia de los factores de riesgo conductuales ha llevado, a su vez, a una confluencia con la psicología del desarrollo y la psicología social, dada la relevancia de conocer la conducta social, teniendo en cuenta la etapa del desarrollo específica (Jessor, 2001).

Una conducta de riesgo es “cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente”. Se utiliza la denominación de conducta de riesgo y no la de conducta de búsqueda de riesgo, porque este último término se considera desafortunado, por ser a veces tautológico y por llevar a que se considere que todos los adolescentes son buscadores de riesgo. Esta denominación sólo sería apropiada para aquellos adolescentes que son conscientes del riesgo y además buscan deliberadamente el mismo. Jessor (2001) propone una visión comprensiva y simultánea de todas las conductas de riesgo, sugiriendo que la intervención debe orientarse a cambiar las circunstancias que sostienen un grupo o síndrome de conducta de riesgo en la adolescencia (Jessor, 2001).

El siguiente esquema muestra el marco conceptual de la teoría de la conducta problema.



Fuente: The conceptual structure of Problem Behavior Theory (R. Jessor, & S.L. Jessor, 1977, p. 38).

A continuación se describen algunos estudios donde se ha aplicado esta teoría.

Gonclaves y Castella (2003) realizaron un estudio titulado “Comportamientos de riesgo entre jóvenes: el síndrome de la conducta problema” en una población de 389 jóvenes de ambos sexos, provenientes de diferentes clases sociales, desde las más pobres hasta las más adineradas; estudiantes del tercer año de enseñanza media de escuelas públicas y privadas en Brasil. El objetivo del estudio fue identificar los factores que contribuyen para desarrollar los comportamientos de riesgo. Los resultados mostraron que los comportamientos de riesgo tienden a presentarse en forma de un síndrome, el cual representa la predisposición de una persona que ya tiene experiencia en algunos comportamientos de riesgo en involucrarse en otros múltiples comportamientos de la misma naturaleza. Los autores hacen la recomendación de una intervención relacionada con los estilos de vida anteriores al involucramiento en el comportamiento de riesgo específico.

En el estudio llamado “Consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en adolescentes”, realizado por Palacios, Bravo y Andrade (2007) se trabajó con una muestra de 1000 jóvenes de entre 14 y 22 años, residentes de la Cd. de México. Los objetivos de la investigación fueron conocer la diferencia en la conducta sexual de adolescentes que han y no han consumido alcohol y determinar la asociación del consumo del alcohol y la conducta sexual de riesgo. Como resultados se reportó que existieron diferencias de acuerdo al género en lo que se refiere a la conducta sexual y el consumo del alcohol; los adolescentes que habían consumido alcohol mostraron una mayor frecuencia de relaciones sexuales y usaron menos el condón; también afirmaron tener un mayor número de parejas sexuales. El consumo del alcohol mostró asociación con la edad del inicio sexual.

Las conclusiones y recomendaciones del estudio fueron las siguientes: el conocimiento de variables que intervienen en las conductas saludables dentro del comportamiento de los adolescentes puede estar jugando un papel importante a la hora de crear programas de prevención específicos para la conducta sexual de riesgo, así como para la disminución de la aparición de conductas de riesgo en el adolescente; hay que destacar que los programas de prevención se deben centrar en 1) desarrollar las habilidades con las que cuentan los adolescentes 2) promover actividades diferentes al consumo de alcohol, 3) entrenar a los adolescentes a ser más eficaces en la petición y uso del condón y 4) favorecer la promoción del uso del condón durante las relaciones sexuales casuales.

En este mismo orden de ideas, algunos estudios de investigación donde se recomienda la utilización de una revisión de modelos y teorías que se han utilizado son los siguientes:

Espada, Quiles y Méndez (1982) realizaron el estudio metacéntrico “Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia” con el objetivo de sintetizar los principales modelos teóricos que expliquen la adopción de medidas de protección ante situación de riesgo relacionadas con el SIDA. Con el fin de apoyar la contextualización del problema, analizaron los modelos teóricos, investigaciones y antecedentes en general que formaron parte de una investigación mayor cuyo objetivo fue analizar la prevalencia del VIH/SIDA e identificar factores de riesgo en consumidores de drogas en Centroamérica. Se concluyó que todas la teorías analizadas -la teoría de acción-razonada, el modelo socio-cognitivo desarrollado por Bandura

(1994), el modelo de creencias de salud (Becker, 1974) y el modelo transteórico del cambio (Grimley, Prochaska y Prochaska, 1997)- aportan elementos valiosos para entender la relación del VIH/SIDA en consumidores de drogas, así como la influencia de contextos de vulnerabilidad y de los diversos factores que explican las dimensiones y características que ha tomado la epidemia en cada uno de los países de la región de intervención.

Villarreal (2009), en su tesis doctoral “Un modelo estructural del consumo de drogas y conducta violenta en adolescentes escolarizados”, planteó como objetivo del trabajo analizar el consumo de drogas y la conducta disruptiva/violenta en el aula en función de variables familiares, escolares, sociales e individuales. La investigación se realizó en cuatro escuelas ubicadas en el estado de Nuevo León, México, específicamente en los municipios de San Nicolás de los Garza y Escobedo. La muestra estuvo integrada por 1,285 alumnos. Como parte del trabajo, el autor propone que para el abordaje de los problemas ya descritos se deben usar las teorías que han intentado explicar el consumo de drogas en la adolescencia, entre las que se encuentran las siguientes:

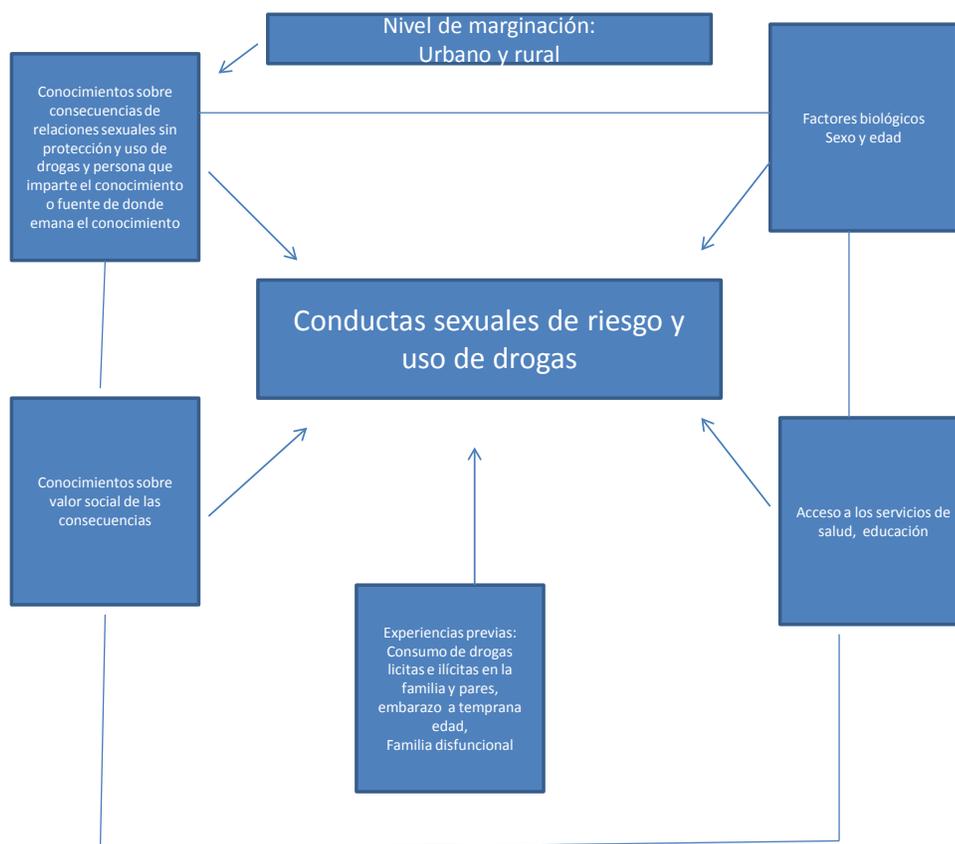
Modelo de Desarrollo Social (Hawkins, Catalano y Miller, 1992), Modelo Integrador de Elliot, Huizinga y Ageton (1985), Teoría del Cluster de Iguales (Oetting y Beauvais, 1987); Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977); Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Azjen, 1975); Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977); Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974), Teoría de la Inoculación (McGuire, 1968) y Teoría del Control Social (Hirschi, 1969). El autor termina utilizando un marco teórico hipotético derivado de estas teorías, con el cual explica resultados obtenidos.

Por último, Lameiras, et al (2008), en su estudio “Uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre catorce y veinticuatro años”, realizado en una muestra de 2,171 jóvenes entre 14 y 24 años de edad; menciona que toma para su estudio las variables que han gozado de mayor apoyo empírico en los modelos de Creencias de Salud de Becker (1974), el de Acción Razonada y Conducta Planeada de Arjzen y Fishbein (1975) y el de Autoeficacia de Bandura (1975); toma las variables señaladas en cada uno de los modelos anteriores y las adapta al modelo de Precedes formulado por Green, Kreuter, Deeds y Partrifge

(1980), con el que trata de explicar los factores que predisponen, facilitan y refuerzan la conducta del uso sistemático del preservativo masculino.

Después de revisar los marcos teóricos anteriores se puede apreciar que todos coinciden en que existen elementos que pueden actuar como determinantes para la práctica de conductas de riesgo; dichos determinantes pueden ser de tipo cognitivo, afectivo y biológico, entre los que se incluyen creencias, valores, actitudes, normas, edad, sexo, escolaridad, recursos económicos, acceso a los servicios de salud y tipo de familia, entre otros. Coinciden también en señalar la presencia de elementos modificables que pueden ser manipulados para actuar como elementos protectores.

Por todo lo anterior se plantea utilizar un marco ecléctico que toma elementos de los diferentes marcos teóricos antes descritos para la explicación de las variables de interés del presente estudio. Se parte de las variables propias del individuo (elementos biológicos: edad, sexo), medio ambiente (elementos contextuales: familia, educación y acceso a los servicios de salud) y estructurales (nivel de marginación-pobreza). El marco se esquematiza a continuación:



2.2 -Marco Conceptual:

Es importante detallar en forma breve cada uno de los apartados de interés para este estudio, lo que permitirá reconocer la forma en que se utilizará cada uno de los conceptos que se abordarán.

2.2.1 Adolescencia:

La adolescencia es una etapa en el desarrollo humano de grandes cambios físicos y emocionales en la cual se transforma el niño en adulto. Durante este período los jóvenes definen la personalidad y la identidad sexual, se construye la independencia y se adopta el rol que desempeñará en la sociedad; se fijan metas de vida que decidirán qué orientación va a tomar y se fortalece la autoafirmación (Zouazo, 2009).

Esta etapa comprende el período entre la niñez y la condición de adulto. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera adolescentes a los jóvenes entre los 10 y los 20 años, con variaciones culturales, dado que algunas culturas reconocen que es una transición de una década o más entre la infancia y la edad adulta, mientras que en otras es producto de un breve rito de iniciación que puede durar unos días o unas horas.

Este ciclo se inicia en la pubertad y se extiende hasta la madurez física, psicológica y social del individuo; se considera un período crítico en el desarrollo de las personas, porque aparte de los cambios biológicos de este período, las transformaciones psíquicas están profundamente influenciadas por el ambiente social y cultural. El/la adolescente por naturaleza propia ama la aventura, encuentra excitante experimentar riesgos, es inestable e impulsivo, siente la necesidad de ser independiente y de adquirir valor ante los demás (Berthely, 2009).

Entre los cambios fisiológicos más importantes que se presentan en esta etapa se encuentra la maduración de los órganos para la reproducción, derivados de la secreción en el organismo de diversas hormonas; estos cambios aparecen y se acentúan durante los primeros años de la adolescencia, en las mujeres generalmente entre los 10 y los 12 años, y en los varones entre los 12 y los 14 años. Esto no quiere decir que en las edades posteriores el cuerpo no siga viviendo modificaciones, sino que es en estos períodos cuando los cambios son más evidentes e intensos y se da comienzo a la sexualidad, que muchas veces se enfoca solamente en el inicio de las relaciones sexuales y no como un conjunto de aspectos entre los que se pueden encontrar la identidad sexual y las conductas sexuales no coitales, entre otras.

Esta etapa también es un tiempo de transición del rol. Sin embargo, esta perspectiva se aplica a las consecuencias de la sexualidad juvenil con el enfoque en el embarazo y la paternidad con más frecuencia que en la aparición de la sexualidad, la cual debe ser vista como el inicio de las relaciones sexuales o la anticoncepción (Graber, J., referido por Jessor, 1998).

2.2.2 Sexualidad y Reproducción

La salud sexual del adolescente se considera como una integración de los elementos corporales, emocionales, intelectuales y culturales de las personas y es el medio por el cual se desarrolla su personalidad, la comunicación y el amor, por lo cual se le considera una etapa en la se está más

expuesto a los riesgos de embarazos no planeados ni deseados y a las infecciones de transmisión sexual (Guerrero, 2008 referido en Ayala-Castellanos 2011).

La primera relación sexual se puede considerar un evento importante en la vida de los individuos debido a que es el que marca el comienzo para la vida afectiva y sexual futura de las personas; la relevancia está ligada a las circunstancias en que ocurre y por lo tanto a las consecuencias que se deriven de este encuentro. En México se ha desarrollado una tendencia incipiente a desasociar la actividad sexual de la reproductiva y la vida conyugal, sin embargo estos eventos se siguen presentando en tiempos muy cercanos (CONAPO, 2009).

Las conductas sexuales reflejan la diversidad y multiplicidad de formas en que se asume la sexualidad, la cual, de acuerdo a diversos autores, se define como la construcción social de diferentes manifestaciones y es modelada por la cultura, la etnia y el grupo etario (Checa, 2005, De Jesús, 2007). La sexualidad se asocia a la construcción de la identidad de los adolescentes y es el resultado de la incidencia decisiva de factores tales como la pertenencia de género, el grupo familiar y la cultura, entre otros.

Como ya se señaló anteriormente, la adolescencia es una etapa de cambios en la cual el sujeto se encuentra en constante experimentación, consigo mismo y con lo que lo rodea; de esta manera, la sexualidad es considerada como una experiencia placentera, prestigiosa, saludable y que compete únicamente a una decisión personal (INJUVE, 2005). Ligado a ello, la importancia que dan los jóvenes a la sexualidad aumenta de forma paralela a como aumentan los deseos de objetivos vinculados a un placer inmediato y sin compromisos (Elzo, 2005; Bauman, 2005).

Todos los cambios que se producen en el adolescente se dan en una forma paralela a los cambios de la estructura socioeconómica en la que se encuentran inmersos y son coherentes con una sociedad que tiende hacia el liberalismo en todos sus aspectos y que cede en parte a las regulaciones éticas del mercado (Bauman, 2004, 2005); un ejemplo de ello es la disminución de la tasa de fecundidad en México en un 33% entre 1975-1985, cambio que se ve más evidente en la población de mayor edad, mientras que en la población adolescente se mantiene constante sin disminución alguna (De Jesús, 2011). Sin embargo, en relación a la sexualidad, se mantienen grandes desigualdades de género, como puede ser un estilo de sexualidad androcéntrica dominante (Megias, et al 2005), lo que crea la necesidad de una comprensión diferenciada de la

sexualidad y otras prácticas, en especial cuando éstas se relacionan con el consumo de drogas (Gómez, 2005).

De Jesús (2007), en un estudio que llevó a cabo en población neolonesa, reportó que es a partir del contexto, las vivencias y los significados en torno a la sexualidad y la reproducción que dan los adolescentes y que mucho de ello depende de los estereotipos de género y de la influencia e interrelación de los sujetos con su estructura familiar, social y económica.

Coleman (1994), también marca la relación de género al referir que el sexo con el que se nace determina, aún antes de venir al mundo, la manera en que la cultura orientará el comportamiento de hombres y mujeres; así los individuos aprenden por medio de la socialización qué comportamientos resultan aceptables y cuáles no para cada uno de los sexos.

Además del género, múltiples estudios de investigación han logrado determinar que un gran número de adolescentes inician su vida sexual bajo los efectos del alcohol o alguna droga, lo que causa las prácticas sexuales sin protección (Bellis, Gaytan, Diaz, 2004, Aguilera 2006), y por consecuencia la elevación de las tasas de morbilidad a causa de infecciones sexualmente transmisibles, embarazos no deseados/ no planeados y abortos.

En México, los problemas derivados de las prácticas sexuales sin protección relacionados con el uso de drogas antes o durante las relaciones sexuales se incluyen en la lista de las 20 causas más frecuentes de muerte y son ligadas al embarazo, parto y puerperio en mujeres de 15 a 19 años de edad (Salud Pública de México, la salud del adolescente en cifras). Dichos datos se confirman a partir de la información plasmada en el Plan Nacional de Salud 2007-2012, el cual reporta que el 13% de las muertes maternas que se presentaron en el país en el 2005 ocurrieron en adolescentes y que dichas muertes fueron ocasionadas por problemas relacionados con la maternidad; por esta razón lo remarcan como un problema prioritario a atender, debido a que en las instituciones públicas de salud el 21% de los partos atendidos en el 2005 fueron en menores de 20 años y casi 7,289 ocurrieron en niñas de 10 a 14 años de edad. El riesgo de morir de las adolescentes que se embarazan es 1.2% veces mayor que en las mayores de 20 años (PNS 2007-2012).

El Gobierno de la República Mexicana, al continuar con la línea de la prevención de los problemas de Salud, contempla en el Plan Estratégico de Salud 2013-2020 la necesidad de seguir trabajando en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Se reporta que hay

ciertas condiciones que generan preocupación, una de ellas es que en los adolescentes no se ha podido reducir a cero el número de casos de transmisión vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a pesar de que ya existe acceso al tratamiento antirretroviral gratuito. Al mismo tiempo que en su estrategia 1.5 y línea de acción se plantea trabajar en pro de la disminución de las ITS incluyendo el VIH/SIDA y la prevención de embarazo, a esta estrategia y línea de acción se le une la estrategia 1.4, la cual está diseñada para el combate de las adicciones con el objetivo de prevenir y disminuir la demanda de drogas (Gobierno de la República, 2013).

El enfoque anterior se refleja en gran proporción en el estudio realizado por López (2003) titulado “Sexo, autoeficacia y actitud hacia las conductas de riesgo en la población adolescente”. Se trabajó con una muestra de 962 adolescentes de la ciudad de Monterrey, y como resultados se reportó que el 74% de los adolescentes participantes afirmaron que la primera relación sexual fue en su casa, 76% no usaron condón y el promedio de parejas sexuales hasta los 18 años fue de tres en los varones y dos en las mujeres. Se llegó a la conclusión de que las mujeres deben desarrollar mayor asertividad para poder solicitar el uso del condón a sus parejas, y los varones, una mayor conciencia del peligro de contraer enfermedades cuando se incurre en conductas de riesgo, así como reflexionar sobre la actitud de “aprovechar” cualquier oportunidad para sostener relaciones sexuales sin importar que sean de alto riesgo.

Climent (2009), también da su aporte al plan estratégico de salud de México 2013-2020 debido que involucra la educación sexual como elemento determinante para la adopción de conductas de riesgo y describe algunas de las recomendaciones para abordar esta temática desde las instituciones de salud y educación comunitaria considerando un enfoque desde la perspectiva de género y de derechos que inicie desde el análisis crítico de los estereotipos que han llevado a cristalizar ciertas expectativas respecto a los roles y comportamientos de hombres y mujeres, lo que aseguraría el derecho al ejercicio de una sexualidad libre, placentera y saludable.

En el estudio de Climent (2009) se señala que para comprender la implicación de los diferentes enfoques se deberán enfatizar los conocimientos sobre los aspectos biológicos-preventivos o el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos; además concluye haber encontrado algunas relaciones interesantes y aparentemente contradictorias entre la socialización de género, la educación sexual y los comportamientos sexuales y reproductivos; entre estas relaciones se

encuentran las siguientes: una baja valoración del estudio, una actitud permisiva en relación con la sexualidad y una alta valoración de la maternidad como un proyecto inmediato; una valoración de los aprendizajes escolares en el discurso que es desmentido en la práctica, las madres aceptan que sus hijas abandonen los estudio, permisividad en relación con la sexualidad y valoración de la maternidad precoz; una actitud restrictiva en cuanto a la sexualidad y una valoración de la maternidad, pero como proyecto mediato y dentro de una unión conyugal estable (Climent, 2009).

Por su parte, Castro (2008) en un estudio que realizó en Bolivia, identifica claramente cómo influyen los determinantes sociales y culturales en las decisiones de las mujeres sobre la salud sexual y reproductiva en los pueblos indígenas; enfatiza que una de los principales determinantes es la falta de acceso a información clara y adecuada para las mujeres y agrega que la migración y otros agentes como la escuela, las instituciones de salud y la influencia religiosa, entre otros aspectos, contribuyen a reproducir las inequidades de género con consecuencias negativas.

Castro (2008) continúa mencionando que en relación con el comportamiento reproductivo de las mujeres indígenas se muestra que son pocas las que usan métodos anticonceptivos, sólo el 3% los utiliza y eso es después del segundo hijo. Además menciona que la escuela tiene un rol importante en el acceso a información sobre sexualidad y reproducción y es un espacio para que los jóvenes de ambos sexos interactúen y se transmitan a su vez información al mismo tiempo que aprenden a conocer sus cuerpos y a compartir experiencias en temas relativos a la salud sexual y reproductiva. El autor agrega que el porcentaje de conocimiento de los métodos anticonceptivos siempre es mayor entre los varones que en las mujeres; remarca que en las poblaciones indígenas estudiadas existe diferencia en cuanto al conocimiento sobre el uso del condón como forma de protección. La proporción de este conocimiento es de un 70% para la población masculina y de un 29% para la femenina (Castro, 2008).

El gobierno mexicano publica los resultados de diversas acciones que ha implementado en relación al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Se puede afirmar que este objetivo se ha logrado casi en forma universal entre los jóvenes debido a que diversos estudios de investigación reportan que un 97% de la población de adolescentes los conoce, sin embargo la

cifra de ITS sigue aumentando, así como el número de embarazos no planeados o no deseado también; datos que sugieren que no se ha podido concretar el uso de los métodos en las relaciones sexuales de los jóvenes; estos datos son más alarmantes en ciertos grupos sociales, al mismo tiempo que se pone en tela de juicio la calidad de la información que se les ha hecho llegar a los adolescentes con relación a este tema.

2.2.3 Drogas y conductas sexuales

Según revela un estudio publicado por la revista BMC Public Health en España, los adolescentes y jóvenes europeos beben alcohol para aumentar sus posibilidades de tener sexo y consumen drogas para tener relaciones más placenteras. El estudio se llevó a cabo en nueve ciudades europeas y pone de manifiesto cómo un tercio de los hombres y una cuarta parte de las mujeres encuestadas, todos con edades entre los 16 y los 35 años, beben alcohol para aumentar sus posibilidades de mantener relaciones sexuales. La investigación revela, igualmente, que jóvenes y adolescentes consumen drogas como la cocaína, el éxtasis o la marihuana para aumentar la excitación sexual, prolongar la relación o elevar las sensaciones (BMC, Public Health).

Uno de los resultados del consumo de drogas durante las relaciones sexuales es la no utilización de protección, conducta de riesgo que puede traer complicaciones a los adolescentes entre las que se encuentra el embarazo no planeado o la adquisición de ITS (Díaz, 2003). De acuerdo con la OMS estas conductas de riesgo se deben muchas veces a la falta de información sobre el uso correcto de los métodos de protección y anticonceptivos.

Este hecho fue abordado por Lomba (2008), quien en su investigación que llevó a cabo informó que los ambientes recreativos nocturnos son lugares claves de la socialización de los jóvenes y que entre quienes frecuentan estos lugares, el consumo de alcohol y drogas provoca cambios en la toma de decisiones sobre las relaciones sexuales y se asocia a una mayor probabilidad de practicar conductas sexuales de riesgo; esta conclusión se derivó de la aplicación de 1.142 encuestas a jóvenes que asistieron a locales de ocio nocturno y del análisis de las relaciones entre el hecho de ir a dichos lugares y el consumo de alcohol y drogas; se estudió además las asociaciones entre el consumo de sustancias y las conductas sexuales que practican estos jóvenes.

En este mismo estudio, los resultados reportaron que las sustancias más consumidas fueron alcohol, cannabis, cocaína y éxtasis. Los consumidores de alcohol y drogas presentaron hábitos recreativos nocturnos mucho más arraigados que los no consumidores, y el consumo de drogas aumentó en proporción a las actividades recreativas. En los últimos 12 meses el 83.3% de los entrevistados había mantenido relaciones sexuales ($X = 2.0$ parejas; $SD = 2.3$), el 51.0% habían practicado sexo bajo la influencia del alcohol, el 22.9% bajo la influencia de las drogas, y el 46.7% reconoció que dicha influencia los había llevado a practicar sexo no seguro. El consumo precoz de alcohol y drogas se asoció proporcionalmente con experiencias sexuales precoces. Los consumidores de alcohol y drogas fueron mucho más propensos a adoptar conductas sexuales de riesgo que los no consumidores. Como conclusión se estableció que disfrutar del ambiente recreativo nocturno expone a los jóvenes a factores ambientales que al combinarse con el consumo de sustancias influye en el tipo de relaciones que se tendrá con la unión del consumo de alcohol y drogas y conductas sexuales que se practiquen (Lomba, 2008).

Califano (2007) ratifica lo expuesto anteriormente en su estudio “Sexo, alcohol y drogas juntos en chicos”, realizado en adolescentes entre 12 y 17 años. Los resultados de la investigación mostraron que existía una conexión estrecha entre la conducta sexual y el uso de drogas debido a que los adolescentes que mantenían relaciones sexuales se encontraban más propensos a probar el licor y las drogas, además se reportó que en los que ya se habían iniciado sexualmente el 66% habían probado el alcohol, el 31% se habían embriagado cuando menos una vez al mes, el 45% había probado la marihuana y un 45% el cigarrillo (Califano, 2007)

También el sexo de los adolescentes en algunos momentos puede ser considerado un factor determinante para el consumo de drogas durante las relaciones sexuales, esto de acuerdo con los resultados obtenidos en algunos estudios de investigación que dan a conocer que los jóvenes de sexo masculino presentan mayor disposición al uso de las drogas y a la práctica de conductas sexuales de más riesgo que las mujeres (López, 2010).

CAPÍTULO III

3.1 METODOLOGÍA

De acuerdo a los objetivos y variables de estudio se decidió utilizar un diseño de tipo cuantitativo, el cual permitió medir, mediante la aplicación de encuestas estructuradas la información obtenida.

A continuación se describe el tipo de muestra, la población de estudio, la técnica de la obtención de la muestra y el muestreo, así como el instrumento utilizado y el análisis de datos.

3.1.1 Tipo de estudio:

El diseño del estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, predictivo y transversal, ya que según Polit y Hungler (2002) se describen las variables de interés y el levantamiento de datos se hizo en un solo corte de tiempo; es de tipo predictivo porque se busca el efecto de una variable sobre la otra y se partió de la utilización de un instrumento medible por escalas previamente establecidas.

3.1.2. Población, muestra y muestreo:

La población de interés estuvo constituida por adolescentes de ambos sexos que asistieron a escuelas secundarias y preparatorias situadas en el estado de Nuevo León tanto de las zonas urbanas como de las rurales, en el ciclo escolar 2012-2, los dominios de estudios fueron dos el de secundaria y el de bachillerato. El dominio de secundaria estuvo integrado por 704 escuelas

públicas que existían en el estado de Nuevo León, de las cuales el 2.1% fueron secundarias comunitarias, 53.3% secundarias generales, 9.5% secundarias para trabajadores, 23.6% secundarias técnicas y 11.5% telesecundarias. El dominio de bachillerato quedó constituido por el total de alumnos de 143 escuelas públicas del estado en el 2012, de las cuales 36.4% son de bachillerato general, 35.7% de bachillerato técnico y 28% de escuelas de profesional técnico.

La marginación se tomó en cuenta como elemento que puede causar diferencias en la salud sexual y reproductiva de las personas, se definieron cinco estratos tomando en cuenta la clasificación publicada por el INEGI para , marginación muy baja 49%, 34% baja, 9% media, 4% alta y 5% muy alta.

La muestra fue seleccionada mediante el método probabilístico de acuerdo al total de población de cada uno de los dominios y la zona de marginación en que se encuentran las escuelas del estado de Nuevo León, con una confiabilidad del 95% y un margen de error de 5%, dando como resultado el número total de los participantes que fue de 2216.

Con la finalidad de realizar un análisis estadístico con mayor profundidad a nivel microambiente y comparar comportamientos de los estudiantes con relación a las variables de interés del presente estudio, se decidió, después de haber terminado la fase 1, seleccionar una muestra probabilística adicional de 693 estudiantes con características muy específicas: edad de 11 a 14 años, nivel de escolaridad de primer grado de educación secundaria y residentes de un municipio cercano al área metropolitana de Monterrey que se distingue por encontrarse entre los municipios con menor pobreza alimentaria a nivel nacional (García, Rodríguez, Córdova y Fernández, 2016) y por tener autoridades gubernamentales que demuestran su interés en la implementación de programas de salud preventivos e intenta ser el primer municipio a nivel nacional en cuanto desarrollo y calidad de vida.

En este municipio se encuentran zonas de clase social alta, reconocidas a nivel internacional, así como zonas de clase media y baja; estas últimas identificadas como de alto consumo de drogas licitas e ilícitas de acuerdo al Centro de Integración Juvenil del Estado de Nuevo León. Para poder realizar la comparación con los adolescentes de la fase 1 se decidió excluir la zona de clase social alta y se procedió a seleccionar solo a los estudiantes de las escuelas localizadas en las zonas de clase media y baja.

Es importante destacar que este municipio no salió seleccionado en el proceso de aleatorización llevado a cabo en la fase I y que los datos recolectados fueron solamente analizados de forma descriptiva.

3.1.3 Criterios de inclusión

Primera muestra: adolescentes (12-19 años) que se encontraban estudiando en el nivel medio (secundaria) y el nivel medio superior (preparatoria) del sector público, en el estado de Nuevo León; los menores de 18 años que contaran con permiso autorizado de los padres, sin problemas de salud que les impidiese leer y contestar el cuestionario y que se encontrasen presentes en el salón de clase el día que se levantaron los datos.

Segunda muestra: adolescentes entre 11 y 14 años residentes del municipio de San Pedro Garza García, reportados como estudiantes activos del primer año de secundaria del sector público, que contaron con permiso autorizado de los padres, sin problemas de salud que les impidiesen a leer y contestar el cuestionario y que se encontrasen presentes el día de la recolección de datos.

3.1.4 Criterios de exclusión

En ambas muestras se excluyó a los alumnos que no asistieron a clase, que se encontraban por algún motivo fuera del aula en el día y la hora en que se levantaron los datos, así como los que no contaban con el permiso de autorización de sus padres o rehusaron contestar el cuestionario.

3.1.5 Instrumento

El instrumento utilizado en la primera fase fue la Encuesta sobre salud reproductiva de los estudiantes de educación secundaria y media superior, para hombres y mujeres, diseñada por el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (2006) y con actualización en el 2013, la cual cuenta con diseño para varones y mujeres. Es auto aplicable y contiene 184 ítems distribuidos en los siguientes apartados: Características generales , incluye 20 ítems sobre variables sociodemográficas, 26 para identificar los conocimientos de biología reproductiva y sexualidad, 9 para conocimientos de ITS, 26 sobre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos, 33 para sexualidad y uso de métodos anticonceptivos, 23 para conocimientos de fecundidad, 10 sobre hábitos, 16 sobre salud y uso de drogas, 7 para acceso a los servicios de salud, 11 para violencia inter familiar, y expectativa de vida y 19 para situación de pareja y

características de la vivienda. Esta encuesta ya se ha aplicado anteriormente en población mexicana en la parte sur y centro del país.

El instrumento que se utilizó en la fase 2 del estudio fue el MEX3 Keeping in Real, diseñado por el Dr. Flavio Marsiglia del Centro de Investigación Interdisciplinaria del Sur oeste (SIRC) de la Universidad Estatal de Arizona. El instrumento cuenta con un Alpha de Crombach de .90 y consta de 63 ítems distribuidos en 10 escalas, todas con opciones de respuesta en escala tipo likert de 4 a 7 puntos y algunas de tipo dicotómicas. Las escalas son las siguientes: sobre ti y tu familia, 14 ítems; educación, 6 ítems; tus actitudes, 10 ítems; tus hábitos, 4 ítems; experiencias con alcohol y drogas, 6 ítems; conductas y decisiones, 4 ítems; seguridad personal, 3 ítems; relaciones con padres, 6 ítems; mis sentimientos, 2 ítems; religión, 3 ítems y relaciones, 5 ítems).

3.1.6 Procedimiento para la recolección de datos:

Como parte del procedimiento se solicitaron los permisos y autorizaciones de los Comités de Ética e Investigación y de las instituciones participantes. Una vez que se contó con los permisos y autorizaciones necesarias se procedió a establecer la fecha y hora de la visita a cada una de las escuelas seleccionadas para la recolección de los datos en ambas fases de proyecto y así poder llevar a cabo el llenado de las encuestas conforme a la agenda establecida.

Para el levantamiento de los datos en ambas fases del estudio se llevó a cabo la capacitación de las personas que apoyaron a la investigadora principal en esta actividad, ello con la finalidad de disminuir los errores por sesgo y se estableció el tiempo de llenado del instrumento: aproximadamente una hora.

Una vez concluida la etapa de levantamiento de datos se procedió a trabajar en la codificación y ordenamiento de las encuestas, lo que facilitó su captura y análisis.

3.1.7 Análisis de la información

Al terminar la codificación y ordenamiento de los datos se procedió a la captura mediante el programa estadístico SPSS (Statistic Package for the Social Sciences for Windows, versión 20); se obtuvieron estadísticas descriptivas de cada variable, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con la cual se decide la utilización de la estadística paramétrica o no paramétrica en la búsqueda de la inferencia de las variables de interés; para la comparación de

las muestras se utilizó ANOVA y para la predicción se aplicó el Análisis de Regresión lineal y múltiple y la regresión logística binaria.

3.1.8 Limitaciones del estudio

El presente estudio es tipo probabilístico, por lo que los resultados obtenidos sólo podrán ser generalizados al estado de Nuevo León o en poblaciones con condiciones de vida y medio ambiente similares a la muestra estudiada.

3.1.9. Ética del estudio

De acuerdo a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud, título II, artículo 13, fracción V: se contó con el consentimiento informado de las escuelas que participaron y de la Secretaría de Educación del Estado de Nuevo León.

Artículo 16: se protegió el anonimato de los sujetos de investigación al omitir su nombre en la cédula.

Artículo 17, Fracc. II: se consideró una investigación de riesgo mínimo, ya que no implicó la manipulación de condiciones que dañaran la salud física y mental del sujeto en estudio.

Artículo 21, Fracc I, IV y VI: el sujeto de investigación recibió una explicación clara y amplia de los objetivos de la investigación y se otorgó respuesta a cualquier pregunta.

CAPÍTULO IV

4.1 Resultados

A continuación se describen los resultados del estudio en sus dos fases. En primer lugar se detallan los correspondientes a la fase I, que identifican a los 2216 estudiantes de educación media y media superior del estado de Nuevo León; enseguida se puntualiza lo relacionado a la fase II.

El reporte de los hallazgos se inicia con los datos sociodemográficos, se utilizan las medidas de tendencia central para la descripción de la población y del fenómeno de interés, se continúa con la estadística inferencial para establecer comparación entre las variables de estudio y como punto final la estadística predictiva, donde se busca determinar el efecto de la variable independiente sobre las dependientes y del resultado que puede derivarse de una tercera variable y afectar de alguna forma a la variable dependiente, al mismo tiempo que modifica la fuerza de la relación entre las variables (Baron & Kenny, 1986).

Datos sociodemográficos de la población de estudio de la fase I (Macroambiente). La muestra se integró por 2216 adolescentes que asisten al nivel medio y medio superior en escuelas públicas del Estado de Nuevo León, 53% fueron del sexo masculino y 47% del femenino (ver tabla No. 1).

Los 5 niveles de marginación, en relación al índice de pobreza de acuerdo al INEGI, tuvieron presencia dentro de la muestra representativa, ello de acuerdo con las características del estado

de Nuevo León; el mayor porcentaje se concentró en el nivel de baja marginalidad, con un 42.7%, mientras que el más bajo se situó en el nivel de alta marginación, con un 5.2% (ver tabla No. 1).

En lo que se refiere al nivel de escolaridad de los integrantes de la muestra, ésta se conformó por un 42.6% de estudiantes de educación media y un 57.4% del medio superior; el porcentaje mayor de nivel medio fue el de tercer grado de secundaria, con 23.5% y del nivel medio superior el de primer año de preparatoria, con un 39%.

El 14.5% de los estudiantes labora en trabajos informales entre los que se encuentran empleados en tiendas de autoservicio, paqueteros, cuidadores de niños y comerciantes en mercados rodantes; el 74.9% de ellos lo hace para ayudarse en sus gastos personales, el 30.4% para apoyar con los gastos familiares y el 27.5% para pagar su escuela (Ver tabla No.1).

Tabla No. 1. Datos Demográficos de la Población de Estudio

Variable	Fr.	%
Sexo:		
Femenino	1178	53.
Masculino	1038	47
Nivel de Marginación:		
Muy alto	103	4.6
Alto	89	4.0
Medio	205	9.3
Bajo	730	33.9
Muy Bajo	1079	48.9
Grado Escolar:		
1°.Secundaria	79	3.6
2°.Secundaria	371	16.7
3° Secundaria	520	23.5
1° Preparatoria	864	39.0
2°.Preparatoria	363	16.4
3°. Preparatoria	19	0.9
Trabajo:		
Si	323	14.6
No	1892	85.3
Razón para trabajar:		
Ayudar a gastos del hogar	99	30.4
Ayuda gastos personales	242	74.9
Ayuda gastos escolares	89	27.5
Otros gastos	76	23.9

La edad de los estudiantes osciló entre 12 y 19 años, con una media de 15.24 y una moda de 16, la desviación estándar reflejada fue de 1.61 años; 245 estudiantes reportaron ser sexualmente activos; la edad de su primera relación sexual se encuentra entre 11 y 18 años con una media de 15.21, una moda de 15 y una desviación estándar de 1.28. La mayoría de ellos (as) (62%) señalaron que su relación sexual fue por amor y con su novio (a) y el 3% reconoció que hubo alcohol y drogas de por medio.

El 70% de los varones y el 36% de las mujeres con vida sexual activa afirmaron haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual; los jóvenes que presentaron conductas sexuales de riesgo por el no uso de método anticonceptivo o de protección, señalaron que la razón principal para no utilizarlo fue que no planeaban tener relaciones sexuales.

Otra conducta de riesgo sexual fue detectada y descrita por el 56% de los adolescentes al indicar haber tenido más de una relación sexual; el número de parejas con las que han sostenido relaciones en el presente año osciló en un rango de 1 a 6 con una media de 2. Aunado a la conducta sexual de riesgo anterior, el 4.9% señaló haber tenido relaciones con personas de su mismo sexo. El embarazo como resultado de la práctica de relaciones sexuales sin protección se reportó en nueve adolescentes entre los 13 y los 17 años, con una media de 14 años.

En las tablas No. 2 y 3 se observan algunos elementos que se pueden considerar como facilitadores para la adopción de conductas sexuales de riesgo y consumo de drogas: el 98.1% de los estudiantes reportaron que sus padres se encuentran vivos, pero es sumamente importante destacar que un 2.8% de estos adolescentes expresaron que actualmente no saben que pasó con alguno de ellos, si están vivos o muertos; el 16% de los padres y el 5% de las madres, por alguna razón no viven en el mismo hogar; 20% de las familias son de tipo extenso debido a que cohabitan algunos familiares consanguíneos en la misma casa, el 5% son familias compuestas al cohabitar personas no consanguíneas con los adolescentes y solamente el 63%, un poco más de la mitad de la muestra, son integrantes de familias nucleares donde sólo residen los hijos y padres en el mismo lugar (ver tabla 3). Con relación a la escolaridad de los padres, se puede apreciar en la tabla 2 que la educación media es la predominante en el total de la muestra, mientras que al hacer la observación por separado se determina que son las mujeres madres de

familia las que presentan un menor nivel de educación en comparación con los padres; el mayor porcentaje (30.8%) de las madres cuentan con un nivel medio, un 11.8% de ellas se sitúan en el nivel superior y el resto se distribuye entre el analfabetismo y el nivel básico; entre los padres, el nivel medio se presentó en un 26.8% de las personas que conformaron la muestra y solamente el 15.0% cuentan con escolaridad de nivel medio superior (ver tabla No.2).

Otro elemento que puede considerarse como facilitador de las conductas sexuales de riesgo y el uso de drogas es el acceso a los servicios de salud; al respecto se reporta que el 21.8% de los integrantes de la muestra afirmaron tener acceso a algún servicio de salud (público o privado), el resto de la muestra señaló que cuenta con el seguro popular pero que no acuden; el 31.4% no lo utiliza porque los centros de salud asignados para recibir el servicio están muy retirados de su hogar, el resto de la población de estudio señaló que no acude por percibir que no les brindan la atención adecuada o no les respetan sus derecho

Tabla 2: Datos Demográficos de los Padres de los Adolescentes

Variable	Fr.	%
Esta viva tu mamá:		
Si	2174	98.1
No	30	1.4
No se	12	0.5
Nivel de Escolaridad mamá:		
Primaria	332	15.0
Secundaria	682	30.8
Preparatoria	311	14.0
Técnica	90	4.1
Licenciatura	262	11.8
No Se	539	24.3
Esta vivo tú papá:		
Si	2066	93.2
No	95	4.3
No se	51	2.3
Nivel de escolaridad del papá:		
Primaria	263	11.9
Secundaria	593	26.8
Preparatoria	335	15.1
Técnica	66	3.0
Licenciatura	333	15.0
No Se:	626	28.2

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

Tabla No. 3: Conformación familiar de los adolescentes participantes en el estudio

Variable	Fr.	%
Vive tú mamá en tu casa:		
Si	2083	94
No	110	5
No respondieron	22	1
Tipo de familia:		
Monoparental	265	12
Nuclear	1396	63
Extendida	443	20
Compuesta	110	5

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

Con relación a los roles de género predominantes en México se puede apreciar que todavía preexisten los tradicionales. Los resultados obtenidos en este estudio muestran que la jefatura del hogar se ejerce por parte del padre (36.3%); la mamá sólo se reconoce como jefa de familia en un 3.9%, mientras que el abuelo en un 7%; la jefatura compartida sólo la reporta el 2% de la muestra. Es significativo señalar que el 47% de la muestra no contestó la pregunta y que el resto reconoce como jefe del hogar a otro miembro de la familia. El nivel de escolaridad del jefe (a) de familia con mayor porcentaje fue el de estudios de secundaria, con un 26.9% (ver tabla No. 4).

La toma de decisiones en el hogar es una función que se ejerce como actividad que marca quién es la persona de autoridad en el hogar; de acuerdo con los datos del presente estudio, ésta se lleva a cabo en un 72.7% por el padre de familia y solamente el 17.6% indica que es la madre quien lleva a cabo esta función. La responsabilidad del trabajo del hogar, acción que tradicionalmente forma parte del rol de la madre, es llevada a cabo en un 36.2% por la mamá, un 56.4 por las hijas e hijos y sólo un 1.9% por el padre. El rol de proveedor económico corresponde al padre con un 80.4% y solamente el 13.9% reconoce en esta actividad a la madre de familia (ver tabla No.4).

Tabla 4: Liderazgo y toma de decisiones familiares.

Variable	fr.	%
Jefe de familia		
Padre	805	36.3
Madre	86	3.9
Abuelos	151	7.0
Hermanos/hermanas	24	1.1
Otras personas	57	2.6
Dos respuestas (padre y madre; padres y abuelos)	43	2.0
No respuesta.	1021	47.0
Nivel de estudios del jefe de familia		
Sin estudios	5	0.2
Primaria	295	13.3
Secundaria	596	26.9
Preparatoria	280	12.6
Técnico	68	3.1
Profesional	268	12.1
Maestría / Doctorado	35	1.6
No respuesta.	647	29.2
Toma de decisiones		
Padre	1611	72.7
Madre	391	17.6
Abuelos	65	3.0
Hermanos/hermanas	22	1.0
Padrastro	1	0.0
Otros (tíos, tías)	8	0.5
Todos en la familia, ninguno	2	0.1
No respuesta	6	0.3
Responsable de los quehaceres del hogar		
Padre	43	1.9
Madre	803	36.2
Abuelas y abuelos	38	1.7
Hermanos/hermanas	29	1.3
A mi	1249	56.4
Otro	51	2.3
Responsable de los gastos económicos de tú familia		
A mi	45	2.0
Padre	1782	80.4
Madre	308	13.9
Hermanos (as).	16	0.7
Abuelos (as).	36	1.6
Tíos y otros familiares	25	1.1

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

Consumo de alcohol y otras drogas.

El 51.2% de los 2216 adolescentes de ambos sexos consumen bebidas alcohólicas. De este porcentaje de jóvenes el 54.5% son del sexo masculino y el 46.5 restante del femenino; la edad de inicio en esta actividad en la población reportó un rango entre 8 y 16 años con una media de 13, moda de 14 y desviación estándar de 2.2 años; el número de copas que consumieron en la última vez osciló entre 1 y 48, con una media de 4. Como se puede apreciar en la tabla No. 5, la forma de consumo entre las mujeres y los hombres varía en cuanto a frecuencia, con un predominio a favor de los varones.

El 10% de los estudiantes admitieron utilizar drogas; más utilizada fue mariguana seguida por los inhalantes, cocaína, tachas y crack. El uso de estas sustancias también se dio más frecuentemente en los varones (ver tabla No. 5).

Tabla No. 5 Consumo de alcohol y drogas por sexo.

Alcohol	Femenino	Masculino
	fr.	fr
Diario	1	16
Una o varias veces a la semana	102	226
Menos de una vez al mes	227	227
No consumo actualmente, pero consumí en algunas ocasiones	209	192
Drogas ilícitas		
Diario	1	8
Una o varias veces a la semana	10	21
Menos de una vez al mes	28	43
No consumo actualmente, pero consumí en algunas ocasiones	35	72

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

Consumo de alcohol y drogas antes o durante las relaciones sexuales.

El 28.18% de los estudiantes que señalaron ser sexualmente activos consumieron alcohol antes o durante las relaciones sexuales siendo la cerveza la bebida reportada con un mayor porcentaje. El 9.25% de estos adolescentes admitió consumir o haber consumido drogas antes o durante las relaciones sexuales; la droga más utilizada fue la mariguana (65.77%), seguida de los inhalantes y la cocaína (ver tabla 5.1).

Las razones más frecuentes para el consumo de alcohol y drogas antes o durante las relaciones sexuales son por orden de importancia: el ser más potentes, aumentar la satisfacción, ayudar a desinhibirse y *porque mis amigos lo hacen*.

Tabla 5.1 Bebidas alcohólicas y drogas utilizadas antes o durante las relaciones sexuales

Bebidas	Hombres	Mujeres
Cerveza	30	14
Tequila, Ron y Bandys	4	11
Mezclas	1	0
Otros	3	0
Drogas ilícitas		
Mariguana	14	4
Crack, cocaína, cocaína piedra, cristales	1	0
Inhalantes (resistol, thinner)	1	0
Otros	1	2

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

Conocimientos sobre la biología de la reproducción

La edad en que los adolescentes recibieron la última información sobre biología de la reproducción y sexualidad osciló entre los 9 y 19 años, con una media de 13.82, una mediana de 14, una moda de 15 y una desviación estándar de 2.6 años. Los adolescentes también indicaron que la mejor edad para recibir la educación sobre estos temas sería entre los 5 y los 30 años, con una moda de 12 y una desviación estándar de 2.6. Los tópicos acerca de los cuales se les ha brindado información son la menstruación, en un 79.4%; sobre métodos anticonceptivos, en un 74.6% y sobre infecciones de transmisión sexual, en un 77%.

Al cuestionarles sobre el nivel escolar en el cual se les impartió la educación sexual y reproductiva, el porcentaje más alto fue para el nivel medio (secundaria), con un 38.1%, que corresponde aproximadamente a la edad de entre 13 y 15 años, enseguida el nivel básico (primaria), correspondiente a una edad entre 6 y 12 años, con un 22.1%. Es importante enfatizar

que el 14.0% de la muestra mencionó que no se les han impartido estos temas en ninguno de los niveles a los que han asistido (ver tabla 6).

Tabla No. 6. Último grado en que se recibió la educación sobre biología de la reproducción y sexualidad..

	Fr	%
Primaria	510	22.1
Secundaria	878	38.1
Preparatoria/Cetis	364	15.7
Licenciatura	3	0.1
Nunca	541	14.0

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias n=2216

La persona que brindó el conocimiento en su mayoría fue el maestro o maestra de la escuela, con un 41.4%; el personal de salud se identificó en 36.7% y lo conformaron los médicos (as), enfermeras, psicólogos (as) y las trabajadoras sociales. El 39 % de los adolescentes mencionó haber obtenido información sobre los tópicos antes mencionados fuera de la escuela; el 12.8% reconoció a la madre como la trasmisora de conocimientos, mientras que el padre sólo fue identificado en un 6.3%. Estos datos se pueden observar en la tabla 6.1.

También en la misma tabla se puede observar que los adolescentes manifestaron que la mejor forma de recibir la educación sexual y reproductiva es en grupos de hombres y mujeres juntos, con un 56%; cabe destacar que el 21% reportó que no importa si es en grupos aislados por género o no, pero que se imparta. El 0.4% mencionó que no se debe hablar de estos tópicos.

Tabla 6.1 Educación sexual y reproductiva de los estudiantes

Variables	fr	%
Quien fue la persona que impartió las clases de salud sexual y reproductiva en la escuela?		
Maestro / maestra	918	41.4
Médicos (as)	212	9.26
Psicólogos (as)	364	16.4
Trabajadores (as) Sociales	146	6.6
Enfermeros (as)	90	4.1
Otros	38	1.7
Nadie	448	202
Has recibido educación sexual y reproductiva fuera de la escuela?		
Si	865	39.0
No	1337	60.3
No respuesta	14	0.6
Quién fue la persona de la que se te impartió la educación sexual y reproductiva fuera de la escuela.		
Padre	140	6.3
Madre	284	12.8
Padre y Madre	94	4.2
Hermana/hermano	12	0.5
Otro familiar	25	1.1
Médico	111	5.0
Amigos (as).	54	2.4
Novio/ novia	5	0.2
Personal de una iglesia	4	0.2
Varias respuestas	116	5.2

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

La evaluación de los conocimientos sobre la reproducción y sexualidad se puede apreciar en la tabla 7, en donde se identifica que solamente el 9.8% de la población de estudio contestó correctamente la pregunta *¿Cuándo es más probable que una mujer se embarace?* El 88.3% manifestó no saber. En la pregunta sobre si una mujer puede quedar embarazada en la primera relación sexual si no usa anticonceptivos, el 47.6% contestó correctamente que sí; en relación con la interrogante de si han escuchado hablar sobre la masturbación, se les cuestionó si este acto es una forma normal de conducta sexual en las personas de todas las edades, a lo que el 39% contestó que sí, el 44.7% contestó que no saben; el 27.8 de la muestra manifestó no saber si están de acuerdo con que la mujer se masturbe y el 31.6 contestaron afirmativamente.

Tabla No. 7 Conocimiento de sexualidad y reproducción

Variables	fr	%
Cuál es la fecha en que una mujer tiene más probabilidad de embarazarse		
Una semana antes de la menstruación	434	19.7
Durante la menstruación	259	11.7
Una semana después de la menstruación.	249	11.3
Dos semanas después de la menstruación.	216	9.8
Cualquier fecha es igual	175	7.9
No se	883	20.7
Tú has oído hablar sobre la masturbación?		
Si	1847	83.7
No	357	15.7
No sé	12	0.5
Si tú respuesta fue si a la pregunta anterior, es normal la masturbación a cualquier edad?		
Si	863	39.0
No	360	16.3
No sé y no contestó	983	44.7
Estás de acuerdo con que la mujer se masturbe?		
Si	573	26.0
No	613	27.8
No se y no contesto	1020	46.2
Estás de acuerdo con que el hombre se masturbe?		
Si	698	31.6
No	481	21.8
No sé, no contestó	937	46.5
Si la mujer no usa anticonceptivos puede quedar embarazada en su primera relación sexual.		
Si	1050	47.6
No	98	4.4
No sé y no contestó	1158	52.0

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

Para poder determinar el nivel de conocimiento que tiene la población de estudio, se decidió construir un índice⁶ con las variables correspondientes a conocimientos sobre sexualidad y reproducción, transformando las respuestas a correctas e incorrectas, presentando una valor mínimo de 0 correspondiente a ninguna correcta y valor máximo de 100 donde el adolescente contestó correctamente todas las preguntas. La media presentada por la población de estudio fue

⁶ Índice estadístico: Número que se construye para poder comparar variables. Para este estudio se calcula un número con la sumatoria de los números correspondientes de respuesta, donde se le asigna un valor de 1 a la respuesta correcta y 0 a la incorrecta y el total se valora y se transforma a una escala del 0 al 100. $((\text{sum variables}) - \text{val. mínimo}) / (\text{val. máximo} - \text{val. mínimo}) * 100$. presentando una valor mínimo de 0 correspondiente a ninguna respuesta correcta y valor máximo de 100 donde el adolescente contestó correctamente todas las preguntas.

de 63.93, con una moda de 66.7 y una desviación estándar de 17.7; dichos valores apoyan lo reportado en la tabla 7, donde se observa que el nivel de conocimiento presenta deficiencias. Solamente el 9.8% de los estudiantes saben cuál es el período fértil de la mujer, o sea, cuándo una mujer tiene más probabilidades de embarazo

Intención de adoptar conductas sexuales de riesgo

En la tabla 8 se puede observar la intención de la práctica de conductas sexuales de riesgo entre la población de estudio. El 46% de los adolescentes manifestó estar de acuerdo con tener relaciones sexuales antes del matrimonio y solamente el 15.4% señaló que no tendrían relaciones sexuales por cuestiones religiosas, 39.7% por no traicionar la confianza de sus padres; los principios morales sólo detendrían al 35.8%, el temor al contagio al 42.1%, la posibilidad de embarazo al 47.6 y lo que diga la gente sólo al 9.12%

Tabla 8 Intención de práctica de conducta sexual de riesgo

Variable	fr	%
Estás de acuerdo con tener relaciones sexuales antes del matrimonio.		
Si	1014	46.0
No	1178	53.4
No respondieron	24	0.6
Las cuestiones religiosas, te detendrían para la práctica de relaciones sexuales.		
Si	340	15.4
No	807	36.6
No respondieron	1069	52.0
El traicionar la confianza de tus padres, te detendrían para la práctica de relaciones sexuales.		
Si	835	37.9
No	312	14.1
No respondieron	1069	49.0
Los principios morales, te detendrían para la práctica de relaciones sexuales.		
Si	789	35.8
No	357	16.2
No respondieron	1070	51.9
El temor al contagio de enfermedades, te detendrían para la práctica de relaciones sexuales.		
Si	928	42.1
No	219	9.9
No respondieron	1062	49.0
La posibilidad de embarazo, te detendrían para la práctica de relaciones sexuales.		
Si	1050	47.6
No	98	4.4
No respondieron	1068	49.0
Lo que diga la gente, te detendrían para la práctica de relaciones sexuales.		
Si		
No	194	8.8
No respondieron	949	43.0
	1073	51.8

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

Conocimientos sobre Infecciones Sexualmente Transmisibles

Para identificar el nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual, en primer lugar se les cuestionó a los adolescentes si había recibido educación acerca de cómo prevenir las ITS. El 89.7% mencionó que sí. En el 65% de la población de estudio la persona que les transmitió el conocimiento fue el maestro (a), seguido por la madre de familia; es importante destacar que el 50% de los adolescentes han manifestado la necesidad de recurrir a la internet, los libros, folletos y los documentos audiovisuales para obtener información adicional a la que se recibe en la escuela o en la casa.

Para la evaluación de los conocimientos sobre ITS se les cuestionó si habían oído hablar acerca del SIDA, a lo cual el 96.5% contestó afirmativamente; el 95% señaló que es una infección de transmisión sexual, pero el 3% afirmó que solamente les da a los homosexuales y el 11% que se cura fácilmente con medicamento, lo que permite afirmar que los conocimientos no son los correctos.

Con relación a los conocimientos de otras infecciones de transmisión sexual, el 62.7% mencionó contar con conocimientos acerca de la sífilis, el 70.9 afirmó conocer la gonorrea, el herpes genital solamente el 65.4% de la muestra aseveró conocerlo; el 16.6% respondió que sí cuentan con conocimientos sobre el chancro; mientras que la respuesta afirmativa para el conocimiento sobre el piojo del pubis fue solamente del 22.0%; un 46.7% para la hepatitis b y un 75.6% para el virus del papiloma humano. Estos resultados indican que hay necesidad de brindar una mayor y mejor educación sexual a los adolescentes.

Conductas de riesgo para infecciones de transmisión sexual

En la evaluación del riesgo para contraer ITS se puede apreciar una discrepancia entre lo que se dice saber y lo que se debe hacer para prevenir una infección de transmisión sexual. Los resultados obtenidos aportan datos de la brecha que hay entre lo que se conoce y lo que se practica (ver tabla No. 9).

Tabla 9: Como evitar una infección de transmisión sexual

VARIABLES	fr.	%
Sabes que puede hacer una persona para evitar una ITS.		
Si	1937	87.4
No	279	12.5
Usar el condón evita una ITS.		
Si	1882	84.9
No	39	1.8
No se	286	13.3
Usar óvulos o tabletas evita una ITS.		
Si	881	39.8
No	576	26.0
No se	759	34.2
Tener relaciones con una sola pareja evita una ITS.		
Si	1280	57.8
No	381	17.2
No se	555	20.0
Pedir fidelidad a la pareja evita una ITS.		
Si	1071	48.3
No	499	22.5
No se	646	29.2
No tener relaciones sexuales evita una ITS.		
Si	1033	46.6
No	605	27.3
No se	578	26.1
No tener relaciones sexuales con personas infectadas evita una ITS.		
Si	1363	61.5
No	447	20.2
No se	400	28.3
No usar agujas infectadas evita una ITS.		
Si	1212	54.7
No	525	23.7
No se	479	15,6

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

En los conocimientos sobre ITS se obtuvo una media de 51.1, una moda de 60 y una desviación estándar de 20.6; valores que siguen ratificando que entre la población de estudio el conocimiento que se tienen sobre los temas de interés para este estudio es insuficiente e incorrecto.

Conocimientos sobre métodos anticonceptivos

El 33.4% de la muestra afirmó contar con información acerca del condón. Para corroborar el conocimiento que tienen los adolescentes que contestaron afirmativamente se les preguntó cómo se usa el condón, a lo que el 31.8% contestó correctamente manifestando que debe usarse solamente una vez. Es importante resaltar que el 61.8% reportó no saber y que el 0.6% restante seleccionó las opciones incorrectas. Al valorar el uso de este método de protección y anticoncepción solamente el 7.3% acertó al contestar que el condón debe usarse desde el inicio de la relación sexual, el resto de la población erró en sus respuestas. Estos datos se pueden observar en la tabla 10.

Tabla 10 Conocimiento sobre el uso del condón como medio anticonceptivo

Variable	fr.	%
Conoces el Condón?		
si	740	33.4
no	1476	65.0
Como se usa el condón?		
Puedes usar el mismo en más de una relación sexual.	12	0.5
Puedes usar uno solamente en cada relación sexual.	705	31.8
Lo usas después de la relación sexual	3	0.1
No se	1529	68.1
Cuando se usa el condón masculino?		
Cuando se ha eyaculado	17	0.8
Cuando el pene esta erecto	161	7.3
Desde el inicio de la relación sexual	391	17.6
No se	1647	74.3

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

El conocimiento sobre el uso de los hormonales orales e inyectables como métodos anticonceptivos se evaluó a través de preguntas sobre el tema. El 87% de la población encuestada afirmó conocerlos, pero tan sólo el 17.7% de los estudiantes señalaron la respuesta correcta y el 82.3% restante optaron por señalar respuestas incorrectas.

Las inyecciones anticonceptivas se reconocen por el 36.9% de los integrantes de la muestra, el uso correcto de este método anticonceptivo solamente fue reportado por el 12.1%. El 49.5% de la

muestra afirmó conocer las pastillas hormonales de emergencia, mientras que la forma correcta de uso de las mismas fue reportado por el 5.7%, con estos datos se puede afirmar que el nivel de conocimientos es deficiente.

El 58.2% de los adolescentes participantes afirmaron conocer los métodos anticonceptivos mecánicos, específicamente el dispositivo intrauterino también conocido como DIU; de este porcentaje el 44.8% indicó que el dispositivo debe ser colocado por el médico o personal de salud capacitado, respuesta correcta que alude un buen nivel de conocimiento sobre este método anticonceptivo. La salpingoclasia u obturación de las trompas (OTB) y la vasectomía como métodos anticonceptivos definitivos fueron identificados como conocidos por un 51.6% y un 72.3%, respectivamente.

La tabla 11 muestra los conocimientos de los adolescentes sobre otros métodos anticonceptivos. Se puede apreciar que el 35.8% afirmó conocer acerca de las jaleas, óvulos, espumas y diafragmas como métodos anticonceptivos; al cuestionarlos sobre su uso, el 64.8% respondió no saber y solamente el 14.7% señaló el uso adecuado.

En relación con el método del ritmo, un 16.1% emitió una respuesta correcta al señalar la necesidad de tomar en cuenta el periodo menstrual de la mujer para su uso y el 17.1% también acertó al indicar que debe tomarse en cuenta la fecha de ovulación de la mujer para que este método funcione.

El 44.2% de los estudiantes afirmó conocer el método del coito interrumpido, respuesta que fue reafirmada al señalar el 49.4% del total de la muestra que este método consiste en que el hombre eyacula fuera de la vagina de la mujer.

Tabla 11 Conocimientos sobre uso de otros métodos anticonceptivos

Variables	fr.	%
Conoces o has oído sobre las jaleas, espumas, óvulos o diafragma como métodos anticonceptivos?		
Si	793	35.8
No	1419	64.0
No se	4	0.2
Si tu respuesta fue afirmativa. Como se usan?		
Antes de las relaciones sexuales.	325	14.7
Después de cada relación sexual	75	3.4
Una vez al mes	94	4.2
No se	1436	64.8
Conoces o has oído sobre el método del ritmo para el control el control natal?		
Si	510	23.0
No	1699	76.7
Cuando se usa el método del ritmo?		
Todos los días del mes	37	1.7
Una vez al mes	15	0.6
De acuerdo con la menstruación de la mujer	356	16.1
No se	1714	77.3
Que se debe de tomar en cuenta cuando se usa el método del ritmo?		
La edad de la mujer	36	1.6
La fecha de la ovulación (probable)	378	17.1
El número de hijos que tiene la mujer.	8	0.4
No se	1712	77.3
Conoces o has oído sobre el coito interrumpido o retracción?		
Si	979	44.2
No	1226	55.3
No se	11	0.5
Que es el coito interrumpido o la retracción?		
El hombre eyacula fuera de la vagina de la mujer	874	39.4
Definitivamente es cirugía la hacer un médico	17	0.8
No debes de tener relaciones sexuales en un mes	18	0.8
No se	1248	56.3

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

Se construyó un índice (Número que se construye para poder comparar variables, para este estudio se calcula un número con la sumatoria de los números correspondientes de respuesta, donde se le asigna un valor de 1 a la respuesta correcta y 0 a la incorrecta y el total se valora y se transforma a una escala del 0 al 100 donde el valor mínimo de 0 correspondiente a ninguna respuesta correcta y valor máximo de 100, donde el adolescente contestó correctamente todas las preguntas) con los resultados (correctos e incorrectos) de las variables en relación a los conocimientos sobre métodos anticonceptivos, con el objetivo de conocer el nivel de

conocimientos que tienen los estudiantes que integraron la muestra, la Media presentada fue de 47.19, moda de 30.43, mediana 43.47 y desviación estándar de 21.30, cifras con las cuales se puede concluir que el conocimiento de los jóvenes es deficiente.

Estadística Comparativa, ANOVA

Los resultados obtenidos a través de la aplicación de la prueba estadística χ^2 sobre las variables sexo de los integrantes de la muestra y consumo de alcohol o drogas antes o durante las relaciones sexuales mostraron una asociación positiva significativa de $\lambda(2) = 74.52$, $p = .000$, con los cuáles se puede asegurar que si existe diferencia entre el sexo las personas y el consumo de alcohol o drogas de la población estudiada.

Diferencia de medias, ANOVA

Para conocer si existe diferencia de medias entre las variables de interés para este estudio, se aplicó la prueba estadística ANOVA⁷ entre los índices⁸ construidos de cada una de las variables de estudio, dando como resultado una diferencia significativa entre los índices de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual (ITS), índice de conocimientos sobre sexualidad y reproducción y el índice de conocimientos sobre métodos anticonceptivos con la edad de los adolescentes, lo que confirma que a mayor edad, mayor es el conocimiento sobre estos temas, con una $F(2, 1709) = 30.696$, $p = .000$ y $F 4.314$, $p = .01$ respectivamente (ver tabla 12)

⁷ ANOVA es una prueba estadística que sirve para probar hipótesis a través del análisis de la variabilidad (varianza). Divide la variación total de las observaciones en fuentes de variación, estas fuentes son las hipótesis o modelo y la residual o debida al error experimental. A través de comparar la variación de las hipótesis con la residual se decide acerca de aceptar o rechazar la hipótesis. Si la variación residual es más grande, entonces la hipótesis no es cierta. Si la variación es mayormente provocada por la hipótesis (relación lineal entre Y y X) entonces la hipótesis es cierta.

⁸ Índice estadístico: Número que se construye para poder comparar variables, para este estudio se calcula un número con la sumatoria de los números correspondientes de respuesta, donde se le asigna un valor de 1 a la respuesta correcta y 0 a la incorrecta y el total se valora y se transforma a una escala del 0 al 100. $((\text{sum variables}) - \text{val. mínimo}) / (\text{val. máximo} - \text{val. mínimo}) * 100$. presentando un valor mínimo de 0 correspondiente a ninguna respuesta correcta y valor máximo de 100, donde el adolescente contestó correctamente todas las preguntas,

Tabla 12. ANOVA entre índices de conocimientos de ITS y Sexualidad y Reproducción y la edad de los Adolescentes.

Variable	Edad	Media	D.S.
Índice de conocimientos ITS.	13-14	44.76	1.04
	15-16	53.51	0.61
	17-19	53.56	1.31
Índice de conocimientos sobre sexualidad y reproducción	13-14	61.87	19.55
	15-16	64.60	16.88
	17-19	65.19	17.67
Índice de conocimientos sobre Métodos anticonceptivos	13-14	39.40	18.85
	15-16	49.76	21.37
	17-19	50.75	21.86

ANOVA						
variable	Suma de cuadrados	gl	λ^2	F	P	
Índice de conocimientos ITS.	25157.99	2	12578.99	30.696	.000	
Índice de conocimientos sobre sexualidad y reproducción	2711.84	2	1355.92	4.314	.014	
Índice de conocimientos sobre Métodos anticonceptivos	36610.66	2	18305.33	42.264	.000	

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

Al comparar los índices de las variables de interés con el género de los adolescentes se aprecia una diferencia significativa entre los adolescentes de uno y otro género, siendo los varones los que obtienen una media mayor, con $F(1, 1709) = 13.04, p = .000$ y las mujeres, $F(1, 1709) = 69.909, p = .000$; $F(1, 1709) = 68.039, p = .000$ (ver tabla 12.1)

Tabla 12.1 Diferencia entre el nivel de conocimientos de ITS y sexualidad y reproducción y el género de los Adolescentes.

Variable	Genero	Media	D.S.
Índice de conocimientos ITS.	Mujer	49.489	21.28
	Hombre	53.089	19.70
Índice de conocimientos sobre sexualidad y reproducción	Mujer	60.599	19.24
	Hombre	67.659	15.10
Índice de conocimientos sobre Métodos anticonceptivos	Mujer	43.251	20.71
	Hombre	51.607	21.09

ANOVA					
Variable	Suma de Cuadrados	gl	λ^2	F	P
Índice de conocimientos ITS.	5513.16	1	5513.16	13.049	.000
Índice de conocimientos sobre sexualidad y reproducción	21204.22	1	21204.22	69.909	.000
Índice de conocimientos sobre Métodos anticonceptivos	29704.91	1	29704.91	68.039	.000

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

En la comparación de los mismos índices de interés con la variable sobre la persona que imparte la educación sexual y reproductiva de los adolescentes se encontró una diferencia significativa entre las diferentes personas encargadas de transmitir los conocimientos a los adolescentes: $F=9.851, p=.000$; $F 3.211, p=.041$ y $F=38.747, p=.000$, respectivamente (ver tabla 13).

Tabla 13. Diferencia entre el nivel de conocimientos de ITS y Sexualidad y Reproducción y la persona que imparte el conocimiento de los Adolescentes.

Variable	Persona	Media	D.S.
Índice de conocimientos ITS.	Maestros(as)	52.159	19.97
	Personal de salud	52.566	19.89
	Otro tipo de personal	46.997	22.47
Índice de conocimientos sobre sexualidad y reproducción	Maestros(as)	64.299	18.15
	Personal de salud	64.736	16.52
	Otro tipo de personal	61.891	18.91
Índice de conocimientos sobre Métodos anticonceptivos	Maestros(as)	49.271	20.69
	Personal de salud	49.785	21.55
	Otro tipo de personal	38.675	19.82

ANOVA

variable	Suma de Cuadrados	gl	λ^2	F	P
Índice de conocimientos ITS.	8252.23	2	4126.11	9.815	.000
Índice de conocimientos sobre sexualidad y reproducción	2019.172	2	1009.58	3.211	.041
Índice de conocimientos sobre Métodos anticonceptivos	33671.66	2	16835.83	38.747	.000

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

También se aplicó el ANOVA para poder comparar el nivel de marginación en el que se sitúan los integrantes de la muestra y el nivel de conocimientos sobre ITS, sexualidad y reproducción y conocimientos sobre anticonceptivos; los resultados reflejan una diferencia de medias significativa con una F de 7.472, $p=.000$; $F=2.347, p=.05$, respectivamente (ver tabla No.14).

Tabla 14. Diferencia entre el nivel de conocimientos de ITS, Sexualidad y Reproducción y conocimientos sobre anticonceptivos y el nivel de marginación de los adolescentes.

Variable	Nivel de marginación	Media	D.S.
Índice de conocimientos ITS.	Muy alta	51.262	22.43
	marginación	43.483	21.37
	Alta marginación	49.024	20.88
	Media marginación	50.246	20.16
	Baja marginación	54.302	20.20
Índice de conocimientos sobre sexualidad y reproducción	Muy alta	60.194	19.83
	marginación	65.168	15.00
	Alta marginación	65.203	18.16
	Media marginación	63.415	17.42
	Baja marginación	64.945	19.96
Índice de conocimientos sobre métodos anticonceptivos	Muy alta	43.689	20.12
	marginación	39.423	21.07
	Alta marginación	42.820	22.12
	Media marginación	44.891	19.44
	Baja marginación	53.446	22.02
	Muy baja marginación		

ANOVA

Variable	Suma de Cuadrados	gl	χ^2	F	P
Índice de conocimientos ITS.	12526.61	4	3131.654	7.47	.000
Índice de conocimientos sobre sexualidad y reproducción	2963.77	4	738.44	2.347	.052
Índice de conocimientos sobre métodos anticonceptivos.	37133.94	4	9283.48	21.440	.000

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

Con relación al nivel de escolaridad, en la tabla 15 se muestra una diferencia significativa al comparar las medias de la población de estudio con los índices de conocimientos sobre ITS, el de sexualidad y reproducción y con el de métodos anticonceptivos: $F=19.59$, $P=.000$; $F=2.560$, $P=.037$; $F= 34.98$, $p .000$, respectivamente. Es importante destacar que los adolescentes que se encuentran realizando sus estudios de secundaria en la modalidad de telesecundaria obtuvieron una media mayor que aquellos que los realizan en la modalidad presencial

Tabla 15. Diferencia entre el nivel de conocimientos de ITS, Sexualidad y Reproducción y conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos y el nivel de Escolaridad de los Adolescentes

Variable	Escolaridad	Media	D.S.
Índice de conocimientos ITS.	Secundaria	46.306	22.06
	Secundaria Técnica	49.655	15.66
	Telesecundaria	47.272	18.30
	Bachillerato	52.905	19.92
	Bachillerato técnico	57.445	17.74
Índice de conocimientos sobre sexualidad y reproducción	Secundaria	62.699	19.44
	Secundaria Técnica	64.367	15.11
	Telesecundaria	63.636	14.21
	Bachillerato	63.744	17.48
Índice de conocimientos sobre métodos anticonceptivos	Bachillerato técnico	66.391	15.34
	Secundaria	41.206	19.31
	Secundaria Técnica	41.154	17.93
	Telesecundaria	51.185	22.24
	Bachillerato	48.454	20.98
	Bachillerato técnico	56.438	21.99

ANOVA

Variable	Suma de Cuadrados	gl	χ^2	F	P
Índice de conocimientos ITS.	31962.56	4	7990.642	19.59	.000
Índice de conocimientos sobre sexualidad y reproducción	3219.86	4	804.965	2.560	.037
Índice de conocimientos sobre métodos anticonceptivos	57744.68	4	14435.41	34.298	.000

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

Al contrastar el acceso a los servicios de salud y el tipo de familia con los índices de conocimientos de ITS y sexualidad y reproducción no se reportó diferencia significativa, por lo que se puede deducir que no existe diferencia de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva entre los estudiantes de acuerdo a su acceso a los servicios y al tipo de familia a la que pertenecen. Los resultados fueron: $F=.578$, $p= .447$; $F=.2210$, $p=.137$; $F=.960$, $p = .38$ y $F=.143$, $p = .867$, respectivamente. Lo anterior refleja que los jóvenes obtienen conocimientos sobre ITS y sexualidad y reproducción mayormente a través de revistas, internet o de los amigos

y los conocimientos sobre métodos anticonceptivos se reciben en mayor proporción en las escuelas.

A diferencia de la comparación entre el índice de conocimientos sobre ITS y de sexualidad y reproducción; el índice de conocimientos y métodos anticonceptivos y el acceso a los servicios de salud presenta una diferencia significativa (ver tabla 16), con una $F = 18.524$, $p = .000$; lo mismo sucede con el tipo de familia al reportar una $F = 3.492$, $p = 0.31$ (ver tabla 16).

Tabla 16. Diferencia entre el nivel de conocimientos métodos anticonceptivos y acceso a los servicios de salud

Variable	Acceso a los servicios	Media	D.S.
Indicie de conocimientos métodos anticonceptivos.	Si	51.379	19.34
	No	46.031	21.67

ANOVA

Variable	Suma de Cuadrados	gl	λ^2	F	P
Indicie de conocimientos métodos anticonceptivos	8319.586	1	8319.586	18.524	.000

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias n=2216

Tabla 17. Diferencia entre el nivel de conocimientos métodos anticonceptivos y el tipo de familia

Variable	Tipo de Familia	Media	D.S.
Indicie de conocimientos métodos anticonceptivos.	Nuclear y Monoparental	47.614	21.23
	Extendida	43.656	21.88
	Compuesta	42.809	21.94

ANOVA

Variable	Suma de Cuadrados	gl	λ^2	F	P
Indicie de conocimientos métodos anticonceptivos	3177.865	2	15.88.933	3.492	.031

Fuente: Cuestionario Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

n=2216

Estadística Predictiva: Regresión Logística Binaria

Para poder determinar la causalidad de las variables de interés del presente estudio, acostumbramos consumir bebidas alcohólicas y disposición para tener relaciones sexuales antes del matrimonio, se aplicó la prueba estadística de regresión logística binaria⁹, dando como resultado significativos, la variable $\lambda^2=.000$, y la varianza explicada se encuentra entre el 0.06 y el 0.08 y clasifica correctamente el 62.4, por lo tanto se acepta que en general el es modelo aceptable. A mayor ingesta de alcohol mayor disposición a tener relaciones sexuales antes del matrimonio

Tabla 18. Regresión Logística Binaria Disposición a relaciones sexuales antes del matrimonio y consumo de alcohol

		Chi cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	115.745	1	.000
	Bloque	115.745	1	.000
	Modelo	115.745	1	.000

Resumen del modelo

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	2596.490 ^a	.057	.077

Tabla de clasificación

	Observado	Pronosticado		
		Rel. sexuales antes del matrimonio		Porcentaje correcto
		Sí	No	
Paso 1	Rel. sexuales antes del matrimonio	Sí 463	No 468	49.7
		No 268	761	74.0
Porcentaje global				62.4

Variables en la ecuación

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a	Ingesta de alcohol	-.920	.088	108.127	1	.000	2.510
	Constante	-2.293	.236	94.574	1	.000	.101

⁹ Regresión logística binaria: Prueba estadística que se utiliza para establecer la causalidad cuando la variable dependiente tiene solo dos opciones de respuesta

Para continuar el establecimiento de relación causal entre las variables consumo de bebidas alcohólicas con la utilización de métodos anticonceptivos la última vez que tuviste relaciones sexuales, se aplicó de nuevo la prueba estadística regresión logística binaria reflejando un efecto significativo, con una $\lambda^2=.03$ que confirma que la variable dependiente es causada por la variable independiente, la varianza explicada se encuentra entre .03 y .04 y el modelo clasifica correctamente el 62.7%, por lo que se concluye que el modelo es aceptable; a mayor ingesta de alcohol menor uso de métodos anticonceptivos.

Tabla 19 Regresión Logística Binaria Uso de anticonceptivos e Ingesta de Alcohol

	Chi cuadrado	gl	Sig.
Paso	4.701	1	.030
Bloque	4.701	1	.030
Modelo	4.701	1	.030

Resumen del modelo

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	197.202 ^a	.031	.042

Observado		Pronosticado		Porcentaje correcto
		Sí	No	
La última vez que tuviste relaciones sexuales con penetración; es decir coito, ¿tú o tu pareja utilizaron algún método anticonceptivo?	Sí	74	16	82.2
	No	40	20	33.3
Porcentaje global				62.7

Variables en la ecuación

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Consumo de alcohol	-.838	.389	4.654	1	.031	.432
Constante	.223	.335	.443	1	.506	1.250

Regresión Lineal Múltiple.

Para alcanzar el objetivo general de determinar la presencia de conductas sexuales de riesgo y el uso de drogas antes y durante las relaciones sexuales en la población adolescente escolarizada del nivel medio y medio superior del Estado de Nuevo León, se aplicó una regresión lineal múltiple¹⁰, prueba que ayuda a comprobar la presencia de causa y efecto, a la variable dependiente, has tenido relaciones sexuales con penetración, es decir coito y las variables independientes que tipo de droga has consumido en los últimos tres meses, en los últimos tres meses con qué frecuencia has tomado alcohol, cuantas copas consumistas la última vez y a qué edad consumistas tu primera copa, dando como resultado una predicción significativa con una F de 37.52, $p = .000$, lo que se aprecia en la tabla 18, por lo que se puede concluir que la utilización de drogas lícitas o ilícitas antes o durante las relaciones sexuales son la causa de que no se utilice la protección adecuada (sexo seguro).

Tabla 20 Regresión Lineal Múltiple: Protección adecuada e Ingesta de drogas

Modelo	R	R ²	R ² ajustada	Error estándar de la estimación
1	.286 ^a	.082	.079	39.034

ANOVA

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media de cuadrados	F	Sig.
Regresión	228686.692	4	57171.673	37.524	.000
Residual	2576431.709	2211	1523.614		
Total	2805118.400	2212			

4.2 Fase II (Microambiente).

¹⁰ Regresión Lineal Múltiple: Prueba estadística para comprobación de hipótesis o causa, donde las variables independientes y dependiente deben ser de tipo ordinal,

A continuación se describen los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario MEX3 Keeping in Real diseñado por el Dr. Flavio Marsiglia del SIRC de la Universidad Estatal de Arizona, que se aplicó para establecer la comparación entre el macroambiente del Estado de Nuevo León con el microambiente de un lugar específico del mismo estado, el Municipio de San Pedro Garza García, que como antes se expuso es un lugar que se caracteriza por tener autoridades municipales que se interesan por el desarrollo de su municipio en todas las esferas, política, económica y social, al mismo tiempo que se distingue por la polaridad de su población, cuenta con la zona de mayor poder adquisitivo del país, pero también tiene zonas reconocidas como de pobreza extrema.

4.2.1. Datos sociodemográficos Fase I

Las secundarias integrantes de la muestra se eligieron con características similares en relación a su situación socioeconómica, todas son de clase media baja de acuerdo al INEGI; datos que son validados con la respuestas que los jóvenes emitieron a la pregunta de que si en su casa hay el dinero suficiente para la compra de comida, pago de servicios y gasolina, solamente el 5.4% de ellos contestaron que si, el resto de la población de estudio 78% menciona solo algunas veces tienen los fondos económicos suficiente para cubrir todos los gastos. Solamente el 32% de los padres cuentan con una escolaridad mayor a secundaria, mientras que 30% reportan secundaria completa y el 48% se divide desde primaria incompleta hasta secundaria incompleta.

Los adolescentes participantes en esta fase fueron 693 escolares de cuatro escuelas secundarias del Municipio de San Pedro Garza García, N.L., la edad de los integrantes de la muestra oscilo entre 11 y 14 años con una mediana y moda de 12 y desviación estándar de +- 1; 52% hombres y 48% de mujeres. En relación con la familia, 12% reportan proceder de fuera del Estado de Nuevo León incluyendo 10 alumnos que son originarios de diferentes países, en su mayoría Estados Unidos, un 46% de los chicos refieren pertenecer a familias nucleares (habitan en casa solo padres e hijos) y el 54% restante a familias extendidas (padres, hijos y familiares consanguíneos) y compuestas (padres, hijos y personas no consanguíneas). El 70% de la población manifiesta su pensamiento de en un futuro emigrar a Estados Unidos.

El 20% (157) del total (693) de escolares del primer año de secundaria participantes han tenido relaciones sexuales y de ellos el 86% dan a conocer que han ingerido alcohol o alguna droga antes de sostener relaciones sexuales; 89% no utilizó ningún método de protección (condón) o método anticonceptivo; la edad de inicio de las relaciones sexuales osciló entre 10 y 14 años con una media de 12, datos que coinciden con la Encuesta Nacional de Salud que reporta que la edad en que los adolescentes mexicanos comienzan a experimentar relaciones sexuales es cada vez menor y confirma la gravedad del problema de salud pública por la exposición de riesgo. Problema que se agrava todavía más al conocer que el 29% de los jóvenes señalan no haber tenido ningún curso de educación sexual en su educación primaria y 21% solo uno, el 50% restante oscila entre 2 y 4 cursos.

La ingesta de alcohol reporta en 38% de los adolescentes y la edad de inicio muestra un rango mínimo de 9 y un máximo de 14 con una media de 12, cabe destacar que solo 2 jóvenes son los que dan a conocer haber iniciado en la ingesta del alcohol hasta los 14 años, lo que coincide con la Encuesta Nacional de Adicciones donde se reporta que la edad de inicio en la ingesta de alcohol es cada vez menor; el 20% admiten fumar cigarrillos, el 12% consume marihuana y 4% reporta haber utilizado más de una droga entre las que se encuentran la cocaína, los inhalables y las pastillas.

Estadística Comparativa para establecer asociaciones.

Para poder determinar si la ingesta de alcohol o otras drogas se puede considerar como facilitador que puede desencadenar conductas sexuales de riesgo se lleva a cabo una prueba estadística que permite determinar si existe diferencia entre los estudiantes que si tienen relaciones sexuales y consumen alcohol y los que si tienen relaciones sexuales y no consumen alcohol reportando $\chi^2 = 38.29$, $p = .000$; resultado donde se puede apreciar una relación significativa positiva entre el consumo de alcohol y otras drogas y el inicio de la práctica de relaciones sexuales y como se reportó en los párrafos anteriores no se utilizó ningún método de protección o anticonceptivo

Tabla 21 Alguna vez has tenido relaciones sexuales y consumo de alcohol

		Alguna vez has tenido relaciones sexuales?		Total
		No	Si	
Consumo de Alcohol	SI	187	25	212
	NO	475	6	481
Total		662	31	693

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38.291 ^a	1	.000		
Corrección por continuidad ^b	35.863	1	.000		
Razón de verosimilitudes	34.880	1	.000		
Estadístico exacto de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	38.235	1	.000		
N de casos válidos	693				

Estadística Predictiva, Regresión Logística Binaria,

Se aplicó la prueba estadística de regresión logística binaria para poder establecer una relación causal entre las variables consumo de bebidas alcohólicas y alguna vez has tenido relaciones sexuales, dando resultados significativos, $\lambda^2=.000$, y la varianza explicada se encuentra entre el 0.04 y el 0.14 y clasifica correctamente el 95.3% de los casos, por lo tanto se acepta que en general el es modelo aceptable. Lo que significa que a mayor consumo de alcohol mayor riesgo de práctica de relaciones sexuales. Este resultado permite aceptar la Hipótesis No. 1 que plantea que las conductas sexuales de riesgo son producto del consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Tabla 22 Regresión Lineal Binaria Fase II
Conductas sexuales de Riesgo e Ingesta de alcohol

		Chi cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	33.783	1	.000
	Bloque	33.783	1	.000
	Modelo	33.783	1	.000

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	239.892 ^a	.046	.145

Tabla de clasificación

	Observado	Pronosticado			
		Q9.2 ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?		Porcentaje correcto	
		No	Si		
Paso 1	Q9.2 ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?	No	683	0	100.0
		Si	34	0	.0
	Porcentaje global				95.3

Variables en la ecuación

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a	q3TT	2.204	.432	25.981	1	.000	9.057
	Constante	-4.226	.381	123.201	1	.000	.015

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Discusión

Después de haber elaborado el reporte de los resultados de la Fases I y II del presente estudio, se pueden establecer coincidencias y discrepancias con lo reportado por los diferentes autores citados en el planteamiento del problema y el marco de referencia. Así como también se puede apreciar que las condiciones de índole psicosocial que afectan a la población adolescentes de una manera relevante, poniendo de manifiesto la necesidad del revisar las estrategias para la recolección de datos y su análisis, tomando en cuenta que las variables a estudiar pueden ser alteradas debido a que los adolescentes no fácilmente expresan su realidad por temor a ser juzgados.

Los datos obtenidos en el presente estudio son similares a los citados por Lomba, Apostol y Mendes (2009); Ross y Williams (2007); Cásares (2007) y Marín y Reyes (2003); ellos identificaron que las conductas sexuales unidas al uso de drogas no son exclusivas de una sola clase social, sino que este fenómeno se da en cualquier estrato socioeconómico. En este estudio se encontró una asociación significativa positiva entre las variables de interés, aún y cuando los integrantes de la muestra de ambas fases eran distintos en cuanto a zona geográfica de procedencia, nivel socioeconómico y edad.

Los hallazgos reportados en esta investigación también coinciden con los informes publicados por Krauskopf (2006); Lomba, Apostolo y Mendes(2009); el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas en Estados Unidos (2014), y el Centro de Integración Juvenil (2013), sobre la actuación de las drogas como facilitadores de las relaciones sexuales de riesgo.

El 46.38% de los jóvenes encuestados en la fase I afirmaron consumir alcohol u otras drogas y el 11% (245 casos) reconoció ser sexualmente activo; de la fase II, el 20% del total de escolares (157 de 693) del primer año de secundaria manifestaron haber tenido relaciones sexuales y el 86% reconoció haber ingerido alcohol o alguna droga antes de sostener relaciones sexuales.

A diferencia de lo expresado por la UNICEF (2006) y lo ratificado por el Population Reference Bureau (2013) sobre la identificación de los jóvenes de 15 y 24 años como un asunto de alta prioridad para la adopción de conductas sexuales de riesgo y el seguimiento del modelo del coitocentrismo en ellos , así como el consumo de drogas, este estudio refleja la necesidad de realizar estas actividades a una edad más temprana debido a que los datos que se recolectaron en la fase II permitieron conocer que la población de muestra se encontraba entre los 11 y los 14 años y que ya se presentan indicios de conductas sexuales de riesgo. Adicionalmente, el estadístico $\chi^2 = 38.21$, $p = .000$ obtenido en este proyecto para conocer la asociación de las variables práctica de relaciones sexuales sin protección después de la ingesta de alcohol o drogas que ocurre después de una fiesta ratificó lo dado a conocer por la OMS (2011); Menkes y Serrano (2010); Ulanowicz, et, al, (2006); Califato (2007); el Centro de Integración Juvenil (2013, 2014) y la ENADID (2009).

En lo que se refiere a otros factores que pueden ser asociados a las conductas sexuales y el uso de drogas, los datos del presente estudio coinciden con lo señalado por Benítez y Rueda (2007); Mendoza et al (2012); Acosta et al. (2010); Uribe y Orcasita, (2009) acerca del pobre control parental y la presión del medio ambiente social. Los adolescentes participantes señalaron que el 20% de los padres (padre o madre) no viven con ellos y admitieron consumir alcohol por que sus amigos lo hacen.

Este trabajo revela que la desigualdad de oportunidades sigue estando presente, aún y que las autoridades gubernamentales, sanitarias y educativas trabajan arduamente para su disminución, se observan como un factor ligado a las variables de estudio, dado que solamente el 21.8% de los estudiantes participantes tiene acceso a algún servicio de salud, público o privado, el resto de la población no tienen acceso debido a la distancia entre el centro de salud que les corresponde y el lugar de residencia. Estos datos ratifican lo señalado por Bahamón, Vianchá y Tobos, (2014); Guzmán (2014); Centro de Integración Juvenil (2013); López (2008); Gobierno de la República Mexicana, Evaluación Transversal de Políticas y Programas (2012) y el Plan Nacional de salud (2007-2013). En todos los estudios se reporta que las limitaciones para el acceso a los servicios de salud y de educación, así como la facilidad de adquisición del alcohol o las drogas, son factores que facilitan la práctica de conductas sexuales de riesgo.

Ligado a lo anterior, existen datos que permiten reportar la relación de semejanza de los resultados del presente estudio con lo señalado por Juárez y Gayey (2005), quienes enfatizan la necesidad de generar mayores conocimientos sobre la materia de tal manera que se satisfaga la demanda que los jóvenes tienen sobre los temas de interés, y que dichos conocimientos sean impartidos por personas capacitadas. En este trabajo se encontró que el 23% de la muestra reportó no haber recibido ningún curso de educación sexual y el 38.9% recibió orientación en los cursos en la educación media (secundaria); en el 41.4% de los casos fue el personal de salud el que transmitió los conocimientos, el resto de la población lo recibió del maestro, trabajadoras sociales, revistas, libros e internet; los adolescentes encuestados expresaron su necesidad de recibir la educación sexual a una edad más temprana y continuarla hasta los 19 años.

5.2 Conclusiones

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran la magnitud del problema de salud pública que se tiene en México en lo que se refiere a las conductas sexuales de riesgo y su asociación con la ingesta de drogas lícitas e ilícitas entre la población adolescente, sin distinción de ámbito social o económico. Al mismo tiempo pone en evidencia a las políticas sociales implementadas en el país que tienen como objetivos prevenir, detectar y controlar los problemas derivados de la práctica de estas conductas, así como también minimizar las repercusiones físicas, sociales y económicas que los jóvenes presentarán en el futuro.

Se ratifica que el problema debe de ser visto como un fenómeno multifactorial, el cual deberá ser tratado por un equipo multidisciplinario que pueda atender todas las aristas que lo integran: políticas, económicas, de salud y de educación.

En la fase I, en la cual se realizó el estudio aleatorio que se aplicó en todo el Estado de Nuevo León, tanto en zonas rurales como urbanas, se logró establecer una visión panorámica de las variables de estudio y como la población neolonesa siga considerando todo lo relacionado con el sexo y adicciones como temas tabus que no se pueden tratar abiertamente, al manifestar un gran porcentaje de ellos la necesidad de continuar recibiendo cursos sobre sexualidad y prevención de adicciones. Se mostró un porcentaje bajo pero significativo de adolescentes escolarizados de 14 a 19 años como actores de la práctica de conductas sexuales de riesgo facilitadas muchas veces por el consumo de drogas lícitas e ilícitas, aún y que han sido objeto de educación sexual y de prevención de adicciones en sus cursos normales de educación básica y media, así como de los distintos programas de salud establecidos.

En la fase II del estudio, donde se recolectaron datos de una zona geográfica específica de una parte de la zona metropolitana de Monterrey, con adolescentes entre 11-14 años de edad, todos ellos del primer año de educación media (primero de secundaria), se pudo apreciar un aumento de las prácticas de las conductas sexuales de riesgo y el consumo de alcohol y drogas ilícitas motivadas muchas veces por el contexto social en donde viven y crecen. Los resultados mostraron que el inicio de las relaciones sexuales (coitales) y el consumo de drogas lícitas e

ilícitas se dan a edades más tempranas, lo que puede derivar en graves problemas sociales y de salud en un futuro, al actuar como barreras para que continúen su formación educativa alterando sus proyectos de vida.

A pesar de los esfuerzos que las autoridades educativas han puesto para que los niños y adolescentes adquieran conocimientos sobre sexualidad y reproducción humana y el uso de drogas, el embarazo adolescente, como una de las consecuencias más comunes de las conductas sexuales de riesgo facilitadas por el uso de drogas lícitas e ilícitas, sigue incrementando, la deserción y abandono escolar siguen presentándose, así como perpetuando el círculo de pobreza al que ingresan los jóvenes al incorporarse al sector laboral sin la preparación educativa necesaria que les permita salir adelante.

Por todo lo antes expuesto, se puede aseverar que los programas sociales y de salud actuales demandan un rediseño que tome en cuenta la realidad social de la población adolescente mexicana, donde ellos, los jóvenes entre 11 y 19 años, sean el núcleo de las estrategias que se planeen, implementar estos programas con la participación de personal de salud, educativo y administrativo consiente de la importancia de trabajar con el futuro capital social del país, del cual dependerá el desarrollo político, social y económico del mismo.

5.3 Recomendaciones

Es importante replicar este estudio en una población no escolarizada; ello permitiría conocer la problemática en niños y adolescentes que por alguna razón han abandonado la escuela y así sería posible realizar aportaciones más reales para el rediseño de las políticas para que este sector de la población se haga partícipe de los programas sociales y de salud enfocados en la disminución del embarazo y el uso de las drogas, disminuyendo así las inequidades en el acceso a los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y contribuyendo a la prevención de las adicciones.

Otra recomendación consiste en extender este estudio no sólo a la población del estado de Nuevo León sino a todos los estados de la República Mexicana, para que las autoridades debatan sobre el porque los programas y políticas implementadas no han obtenido el éxito esperado; otra

compromiso que pueden las autoridades asumir es la planeación, el diseño y la implementación de sus políticas sociales de acuerdo a las necesidades de la población joven de todo el país, con los recursos materiales y humanos adecuados capacitados en el manejo de estos temas tan delicados pero tan importantes para la salud física, psicológica y social de los individuos que reconozcan los derechos de los adolescentes al ejercicio de su sexualidad lo más libre de riesgos posibles.

Se propone visualizar a los adolescentes como un grupo etario trascendente para el desarrollo del Estado y del País que demanda políticas públicas con enfoque de derechos, que les permitan que la sociedad los perciba como ciudadanos de valor, centradas en ellos y en la disminución de los riesgos a los que se expone este capital humano en el ejercicio de su sexualidad; en si políticas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes de ambos sexos que busquen el mejoramiento de sus condiciones de vida que fomenten la equidad y el acceso a las oportunidades que les permitan el mejoramiento de sus capacidades.

También, Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto la gran importancia de la inclusión de los profesionales adecuados en la planeación y ejecución de las políticas públicas para el bienestar de la sociedad; en los equipo de trabajo para el diseño e implementación de los programas sociales y de salud que se vayan a reestructurar, estrategia que facilitaría la asignación de tareas a los profesionales en cada una de las acciones que se emprendería, tanto del sector educativo como del sector salud.

Además de lo antes expuesto también es importante seguir llevando a cabo estudios de investigación donde se explore la resiliencia en los adolescentes, es decir, que elementos de los contextos social, económico, político y educativo son los que fortalecen a los chicos que no asumen conductas de riesgo (sexuales y de uso de drogas).

Por último, sería relevante poder llevar a cabo estudios de tipo cualitativo que proporcionen bases más sólidas sobre los factores personales que facilitan la práctica de conductas de riesgo en la población adolescente, favoreciendo la expresión de sus ideas, concepciones o representaciones que ellos tienen sobre las variables a investigar de una atmosfera de confianza

donde el se sienta visible e importante; esto sería de relevancia para el trabajo de prevención, detección y control de cualquier conducta de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acosta, F., Galindo, B & Santos, Y. (2010). *Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en los patrones de comportamiento violento*. Revista Psicología y Salud, v. 20 n 1 pp.(41-53) enero- junio, México.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Theory of Action Reasoned*. *Journal of Experimental Social Psychology*, núm 6, pp(466-487).
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Home wood, Illiniois: Dorsey, Estados Unidos.
- Ajzen, I. (1991). *La teoría del comportamiento planificado*. Comportamiento Organizacional y Recursos Humanos Procesos de Decisión. núm 50, pp (179-211) .
- Ajzen, I., Timko, C. & White, J.B. (1982). *Self-monitoring and the attitude-behavior relation*. *Journal of Personality and Social Psychology*, núm 42, pp (426-435).
- Alonso, M., Esparza, S., López, K., Rodríguez, L., Guzmán, F. y Alonso, M.(2004). *Prevención del consumo de drogas y fortalecimiento de conductas saludables en jóvenes de preparatoria*. Ciencia UANL / año 16, núm. 62, abril junio, México.
- Ayala- Castellano, M (2011). *Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara*, México. Ginecol Obstet Mex 2011; vol 79, núm 02.
- Benavides, R. (2008). *An interaction model of parents´and adolesents´influences on Mexican adolescent intentions for contraception and condom use*. (Disertación Doctoral, Universidad de Texas en Austin, 2007) Proquest Digital Dissertations, AA3322. ISBN: 9780549267300.Estados Unidos.
- Alvarez, L. (2009). *Los determinantes de la salud: más allá de los factores de riesgo*. Gerencia y Políticas de Salud, vol.8, núm 17, julio-diciembre 2009, pp.(69-79) Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
- Andar (2005).*Informe sobre América Latina, La violencia contra niños, niñas y adolescentes*. UNICEF, Buenos Aires, Argentina.

- Arrellano, O., Escudero, J. y Carmona, A. (2008). *Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*, ALAMES. Medicina Social (www.medicinasocial.info). vol 3-324 - núm 4, noviembre 2008.
- Bahamón, M., Vianchá, M., y Tobos, A. (2014). *Prácticas y conductas sexuales de riesgo: una perspectiva de género*. Psicología desde el Caribe. issn 0123-417x (impreso) issn 2011-7485 (on line) vol. 31, núm 2, mayo-agosto 2014, Colombia
- Bandura, A. (1994). *Social Cognitive Theory*. *Annual of Child Development*, vol 6, pp (1-609). Estados Unidos
- Banco Mundial- LAC (2011). *Embarazo en Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre las Decisiones de Fecundidad Adolescente, la Pobreza y los Logros Económicos*, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Washington, D.C. Estados Unidos.
- Becker, (1974). *Modelo de creencias de salud*. Artículo en línea <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.1-el-modelo-de-creencias-en-salud-becker-1974>.
- Becoña, E (2007). *Teorías y modelos explicativos en prevención de drogodependencias. Curso-Taller "Prevención del consumo problemático de drogas"*. República Oriental de Uruguay. Artículo en línea <https://www.fundacioncadah.org/cpanel3/API/download.php?id=97&accoun>.
- Bellis, M (2004). *Pociones sexuales. Relación entre alcohol, drogas y sexo*. Adicciones revista versión on line. vol 6 num. 4, Recuperado Marzo 2016 <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/390>.
- Benítez, L. & Rueda, C. (2007). *Factores determinantes para la iniciación sexual y prácticas sexuales en jóvenes universitarios en Cali, Colombia*. Revista Colombiana Salud Libre, vol.2 núm 2, pp (90-110). Colombia.

- Berthely, L (2009). *Gaceta Parlamentaria No, 2817*. Artículo en línea
<http://www.gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/60/2009/ago/20090810.html>
- BID (2011). Banco Internacional de Desarrollo. *El fracaso educativo: Embarazo para no ir a clases*. Recuperado Abril 2013. <http://www.iadb.org/es/noticias/articulos/2011-12-05/embarazos-en-adolescentes-en-america-latina-y-el-caribe,9721.html>.
- Bonnefoy J, Morgan A, Kelly M, Butt J, Bergman V, Tugwell P. (2007). *Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide*. [libro en internet]. Geneva: Measurement and Evidence Knowledge Network (MEKN) – WHO / Universidad del Desarrollo / National Institute for Health and Clinical Excellence, 2003. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/add_documents/mekn_final_guide_112007.pdf
- Borrell, C & Artazcoz, L (2008). *Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro*. Revista Española de Salud Pública, versión On-line ISSN 2173-9110
versión impresa ISSN 1135-5727, vol. 82 núm.3 mayo/junio Madrid, España.
- Borrel C, Artazcoz L, Gil-Gonzalez D, Pérez G, Rohifs I, Perz K. *Perceived sexism as a health determinant in Spain*. Journal of Women Health. 2010, vol. 19 vol. 7 pp (41-50). España
- Cabrera, A y Gustavo, A. (2000). *El modelo transteórico del comportamiento en salud*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 18, núm. 2, 2000, pp. (129-138) Universidad de Antioquia .png, Colombia.
- Calafat, A, Juan M, Becoña, E., Mantes, A, Ramón A. *Sexualidad de riesgo y consume de drogas en el conte: Una perspectiva de género*. Psicothema 2009, ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG, vol. 21, núm 2, pp. (227-233). España.
- Califano, J. (2009). *Sexo, amor y drogas juntos en chicos*. Artículo en línea, G:\SEXO Y DROGAS\Terra - Sexo, alcohol y drogas juntos en chicos - Sexualidad - Mujer.mht, Abril 2009. Estados Unidos.

- Campero-Cuenca, L; Atienzo, E; Suárez, L; Hernández, B; Villalobos, A., (2013). *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas*. Gaceta Médica de México. 2013 núm 149 pp (299-307). México
- Carvajal, S. C. & Granillo, T. M. (2006). *A prospective test of distal and proximal determinants of smoking initiation in early adolescents*. Addictive Behavior, núm 31, (649- 660).Estados Unidos
- Castrejón, J. (1983). *El sistema educativo en México*. Perfil Educativo No. 2, julio-agosto. México
- Castro, M. (2008). *Los determinantes socioculturales en la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas*. Artículo en línea, recuperado Mayo 2011 , México <http://www.scielo.org.bo/pdf/umbr/n18/v1n18a10.pdf>,
- Centro de Integración Juvenil (2013). *Encuesta Nacional sobre adicciones 2011*, México
- Contreras, C (2004). *Drogas Legales e Ilegales*. Universidad de México. Diciembre 2003-Enero 2004. México
- Checa, S (2005). *Implicaciones del género en la construcción sexual adolescente*. Adolescencia y Juventud, Anales de la educación común, 3er siglo. año 1, núm. 1-2, septiembre. Argentina.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Documento en línea, recuperado Febrero 2017. <https://www.cdc.gov/Spanish/>
- Centro de Investigación y Estudios Políticos Estratégicos (CIEP) (2014). *Informe Encuesta Sociopolítica* Noviembre 2014. Recuperado Marzo 2015 <http://www.ciep.ucr.ac.cr/images/INFORMESUOP/Informe-encuesta-CIEP-agosto-2015.pdf>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2005). *Programa Mujer y Salud (Promsa)*.México.

- Climent, G, (2009). *Socialización de género y educación sexual de adolescentes embarazadas*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.Argentina
- Coleman, J. (1994). *Foundations of social theory*. Boston, MA: Harvard University Press.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), *Determinantes Sociales de Salud:Valores, enfoque y perspectivas*
<http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoesp/unidad1B.html>.
- CONAPO. Comunicado de Prensa 27/07. Los jóvenes alta prioridad para la política de población: CONAPO. Agosto 2007. México
- CONEVAL (2012). *Informe de pobreza y evaluación en el Estado de Nuevo León, 2012*. Artículo en línea www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes%20de%20pobreza%20y%20evaluación%202010-2012_Documentos/Informe%20de%20pobreza%20y%20evaluación%202012_Nuevo%20León.pdf.
- Da Silva, M., Rumbao, F., Bénitez, G., García, R., y Rodríguez, T. *Consumo de alcohol y relaciones sexuales en adolescentes del sexo femenino*. Revista de la Facultad de Medicina, vol. 24, núm. 2, 2001, pp. (135-139) Caracas, jul. 2001. Venezuela.
- DeJesús, D (2007). *Adolescencias Escindidas: Sexualidad y Reproducción en contextos urbanos marginales de Nuevo León*. ISBN: 978-607-433-729-7. UANL, México.
- DeJesús, D y Menkes, C (2016). *Salud reproductiva de los estudiantes de escuelas públicas de educación media y media superior de Nuevo León*. UNAM, CRID y UANL, México.
- Diaz, G (2003). *Psicología del mexicano. Descubrimiento de la etnopsicología*. Trillas. México:
- Dworkin, Ronald,(2003) *Virtud soberana, la teoría y la práctica de la igualdad*. Barcelona, Paidós, 2003.

- Elzo, J. (2005). *Valores identidades de los jóvenes. Una aproximación empírica*. Extraído el 1 de septiembre de 2007 de http://www.jordipujol.cat/files/articles/Javier_Elzo.pdf.
- Elliot D., Huizinga D y Ageton S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Sage Publication, London, Inglaterra.
- Encuesta Nacional de Salud, ENSA (2000). Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- Encuesta Nacional sobre Fecundidad y salud (1987). Recuperada Marzo 2015. <http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/1437>.
- Espada, J, Quiles, M, Méndez F (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. Papeles del Psicólogo, mayo-agosto, año/vol. 24, núm. 085, pp. (29-36). Madrid, España
- Fajardo, L. (2002). *Voces excluidas: legislación y derechos de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en Colombia*. ISBN: 958-33-7769-4. Colombia diversa, DIAKONIA, Colombia.
- Florenzano, R. (1992). *La familia como factor de riesgo*. Revista Creces, Julio 1992. Chile.
- Gallegos, E, Villarruel, A, Loveland-Cherry, C Ronis, D y Zhou, Y (2008) *Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado*. Salud Pública de México, vol 50-1. México
- García, V., Rodríguez, S., Alcaráz, J. y Fernández, M. (2014). *Diagnóstico macrosocial de riesgo del consumo de drogas en México*. Acta de Investigación Psicológica, vol.6 núm 3, pp (2516-2526). México.
- Garita, C. (2000). *Estudio sobre sexualidad y adolescencia*. UNFPA, recuperado Marzo, 2015 www.unfpa.or.cr/index.php/documento.
- Gaytán, F., Gutiérrez, M., Moreno M., Bretón M., y Villatoro, J. (2005). *Consumo de drogas y abuso de alcohol en estudiantes de nivel medio superior.*, Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz, México.

- Gobierno del Estado de Nuevo León, (2016). *Información Anual sobre Pobreza y Rezago*.
Artículo en línea
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/31502/Nuevo_Leon_1_.pdf.
- Gobierno del Estado de Nuevo León (2012). *Plan de Desarrollo 2016-2021 del Estado de Nuevo León*. Artículo en línea. <http://www.nl.gob.mx/publicaciones/plan-estatal-de-desarrollo-2016-2021>.
- Gómez, E. (2002). *Equidad, género y salud retos para la acción*. Revista Panam Salud pública/Pan am/Public Health 11 (5/6).
- Goncalves, S., Castella, J. y Carlotto, M. (2007). *Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre adolescentes*. Interamericana Journal of Psychology, año /vol 41, núm 002, pp. (161-166) Sociedad Interamericana de Psicología Austin, Latinoamericanistas. Brasil.
- Gonclaves, S; Catella, J (2003) “*Comportamientos de riesgo entre jóvenes: el síndrome de la conducta problema*”, Universidad de Oriente Santiago (101).. Santiago de Cuba. CUBA
- Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Palo Alto, CA: Mayfield, Estados Unidos.
- Grimley, D., Prochaska, J., Prochaska, E. (1997). *Condom use adoption and continuation: A transtheoretical approach*, ReasechGate. March 1997, on line
https://www.researchgate.net/publication/31431386_Condom_use_adoption_and_continuation_A_transtheoretical_approach. Estados Unidos.
- Gruseit, A., Kippax, S., Aggleton. P., Baldo, M. & Slutkin. G. (2002). *Sexuality education and young people's sexual behavior: A review of studies*. Journal of Adolescent Research. núm 12, pp (421-453). Estados Unidos.
- Guzmán, F., Pedrão, L. Aguilar, A., López, G. y Esparza, A. (2007). *Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles de México*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 11 núm 4, pp. (611-618). México
- Hawkins. J.D. and Catalano, R., 1992). *Communities that Care: Action for Drug Abuse Prevention*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. Estados Unidos.

- Hernández, Z y Cruz, A. (2008). *Conductas sexuales riesgosas y adictivas en estudiantes universitarios*. Psicología y Salud, Universidad Veracruzana, ISSN 1405-1109. Julio-Diciembre, vol. 18 núm 002, pp (227-236). Xalapa, México.
- Hedecker, D., Flay, B.R. y Petraitis, J. (1996). *Estimating individual influences of behavioral intentions: An application of random-effects modeling to the theory of reasoned action*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, núm 64, pp, (109-120).
- Huerta, J (2011). *Las mipymes en la globalización; procesos y estrategias para su internacionalización*. Tesis Doctoral. Universidad Sutónoma de Queretaro. México .
- INEGI 2013. *Indicadores de Natalidad y Fecundidad*. Recuperada Marzo 2015.México
<http://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/>.
- INEGI 2016. *Estadísticas de l día Internacional de la Juventud (15-29 años)*. 12 de Agosto, Aguascalientes, México <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/>.
- INJUVE (2005). *La experiencia de la vida: aprendizaje y riesgos. La experiencia y las prácticas sexuales*. Capítulo VI, parte tercera. En Informe 2004 Juventud en España (pp.384-422).
Extraído el 1 de abril de 2006 España
<http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=879845487>.
- INJUVE (2010). *Estilos de vida y salud en el adolescente. Justificación Teórica de la investigación*. Premios INJUVE para tesis doctorales 2010. México.
- Instituto Nacional Sobre el Abuso de drogas en Estados Unidos (NIDA) (2014). *Entendiendo el uso de las drogas y la adicción*. Recuperado Marzo, 2016, Estados Unidos.
<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/entendiendo-el-uso-de-drogas-y-la-adiccion>.
- Jessor, R (2001). *Problem-Behavior Theory ~ A Brief Overview*. Artículo en línea
http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pb_theory.htm.
- Juárez y Gayet, 2005. *Salud sexual y reproductiva en México, Un nuevo análisis para la evaluación y diseño de políticas*. Papeles de población, núm 45,pp. (177-219).

- Juárez, F, Juárez, José Luis Palma, Singh, S y Bankole, A (2010). *Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades*, Guttmacher Institute, Enero 2010. México.
- Krauskopf, D (2006). Organización Panamericana de la Salud. *Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en ámbitos escolares*. Washington D.C. OPS. Estados Unidos.
- Kumate, J (2002) *Percepción de Riesgo y Consumo de Drogas en Jóvenes Mexicanos*, Recuperado en Febrero de 2012
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/jn2602pers.pdf>. México.
- Lameiras-Fernández, M., Múñez-Mangana, A., Rodríguez-Castro, Y, Bretón, D. y Agudelo, M (2008). *Conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios españoles*. International Journal of Clinical and Health Psychology, núm7, pp. 207-216. España.
- Lomba, L, Apostol, J y Mendes, F (2009). *Consumo de drogas, alcohol y conductas sexuales en los ambientes recreativos nocturnos de Portugal*. Adicciones revista versión online. V 21 n. 24. España.
- López, K & da Costa, A (2008), *Conducta antisocial y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados*. Revista Latino-Americana. Enfermagem vol.16 num.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2008. Brasil.
- López-Amorós M; Schiaffino, A; Moncada, A. y Pérez, G (2010), *Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad*, Gac Sanit vol.24 núm.5 Barcelona set.-oct. 2010. España
- López, K. (2003) *Factores de riesgo y etapas de adquisición de consumo en estudiantes de educación media y media superior*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

- López, S y Rodríguez-Arias J. (2012). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles*. ReaserchGates. January 2012. España.
- López, P., Bravo, E., Benítez, C., Cepero, L. (2011). “Caracterización de la conducta sexual reproductiva en féminas de la enseñanza secundaria” *Medi Sur Revista Científica*, Mayo 2011.Cuba.
- Luengo, A, Romero, E, Gómez, J, Guerra, A, Luengo, M (2002). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa*. Softcover ISBN 10: 8481502022/ ISBN 13: 9788481502022, Madrid, España.
- Marin, M. y Reyes, D. (2003). *Intervenciones promocionales sobre anticonceptivos en adolescentes del Instituto básico de Puerto José, Técnico de Salud Pública, núm.10*, Comunidad de Madrid. España.
- Martínez, J. (1999). *Aspectos demográficos: Planificación Familiar. Texto aparecido en el boletín Carta Sobre Población de noviembre de 1999, que publica el Grupo de Apoyo Académico a Programas de Población*. Resumen del trabajo presentado en el VII Congreso de la Academia Nacional de Medicina en octubre de 1999, México.
- Martínez, G. y Villar, M. (2004). *Estudio descriptivo del uso de drogas en adolescentes de educación media superior de Cd. De Monterrey N.L.* *Revista Latinoamericana Enfermagem*, núm 12 marzo-abril, pp. (391-397).México.
- Megías, I., Rodríguez, E., Méndez, S., y Pallares, J. (2005). *Jóvenes y sexo: el estereotipo que obliga y el rito que identifica.:* Injuve y Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). Madrid, España.
- Menkes, C., Serrano, O. (2010). *Condicionantes Sociodemográficos del embarazo adolescente en México*. Documento recuperado Mayo 2013
http://www.somede.org/documentos/Xreunion/ponencias/M_8_1.pdf
- Mendoza-Meléndez, M., Borges, G., López-Brambila, M., Aguilar-Bustos, O., Beltrán-Silva, M., Gallegos-Cari, A., Orozco, R., García-Pacheco, J., Velasco-Angeles, L., Valdés-

- Corchado, P., Rodríguez-Velázquez, R., Medina-Mora, M., Camacho-Solís, R (2013). *Estudio sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adultos Mayores en la Ciudad de México*. México: IAPA, INPRF, IAAM-DF México
- Mora, A y Hernández, M. (2015). *Embarazo en la adolescencia: como ocurre en la sociedad actual*. Perinatología y Reproducción Humana. vol. 29 núm 2. June 2015. pp (76-82). México
- Morgan, M., Carrizo, H. y García, A. (2005). *Hablemos de sexualidad en la escuela, contenidos básicos*; pp (17) CONAPO. México
- Muñoz, J. (2009). *Contra el oscurantismo: Defensa de la laicidad, la educación sexual y el evolucionismo*. Universidad Nacional Autónoma de México. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Colegio de Ciencias y Humanidades. México.
- Oetting, E. y Beauvais, F. (1987). *Peer cluster theory, socialization characterization, and adolescent drug use: A path analysis*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, núm 63, pp (280-296).
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), (2011), *Crónicas ONU. vol. XLVIII, No. 2, 2011*, Estados Unidos recuperado Marzo 2016 <https://unchronicle.un.org/es/article/el-nexo-entre-las-tic-y-la-pobreza>. México.
- Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ) (2004). *La juventud en Iberoamérica tendencias y urgencias*. CEPAL, Chile.
- Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD), *Informe Mundial de Drogas*, (2005). Estados Unidos.
- Olarra, Víctor, Pizarro, et al. (2000). *Adolescencia y Drogadicción. Un enfoque de prevención escolar en Argentina*, recuperado en Marzo de 2014. en: <http://www.elpracticante.galeon.com> Argentina
- OMS Organización Mundial de la Salud, (2003) en el *Technical Report Series 915*.

- OMS (2005). *Acción sobre los factores determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Marzo 2005. Estados Unidos.
- OMS (2009). *Epidemiología del Uso de Drogas en América Latina y el Caribe; un Enfoque de Salud Pública*. Estados Unidos.
- OMS (2010) , *Maltrato infantil, nota descriptiva No. 150*, Agosto 2010. Estados Unidos
- OMS.(2010). *Unidos para poner fin a la violencia contra las mujeres*. 2010. Estados Unidos.
- OMS. (2014). *El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva No. 364*. Recuperada Marzo 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>. Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.(2001). *Promoción de la Salud. Recomendaciones para la acción*. Mayo 2001.Estados Unidos.
- Organización Panamericana de Salud (2008). *La salud sexual y reproductiva del Joven y del adolescente. Oportunidades, enfoques y opciones*. Sida Norad, ISBN: 978-92-75-3293-5, Washington, D.C.: OPS; 2008. Estados Unidos.
- Organización Panamericana de Salud (2010). *Estrategias y plan de acción regional sobre jóvenes y adolescentes*. Estados Unidos.
- OPS/OMS (2013). *Salud sexual y reproductiva al alcance de adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad*. ISBN 978-92-75-11774-3. Washington, DC : OPS, 2013. Estados Unidos
- Palacios, R., Bravo, I. y Andrade, P. (2007). *Consumo de Alcohol y Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes*. Psychology International, vol. 18-4.
- Palma, Y. (2003). *Política de Población y Planificación Familiar. Investigación en Salud y Demografía*. E Journal UNAM. México.
- Petraitis, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q. (1995). *Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle*. Psychological Bulletin, núm 17, (67-86). Estados Unidos
- Plan Iberoamericano de Cooperación e Integración de la Juventud, 2009-2015. Madrid, 2008.España

- Polit, D & Hugler (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. MCGRAW-HILL / Interamericana de México. México.
- Potenziani, J (2007). *Infecciones de transmisión sexual en población adolescente y adultos jóvenes: un problema de todos*. Recuperado Marzo 2014 , México.
- <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/TESIS/nueva%20bibliografia/Julio%20C.%20Potenziani%20B.%20%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISIPotenziani.htm>
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1984). *In search of how people change. Applications to addictive behaviours*. Am Psychol núm 47 pp (1102).
- Puex, N. (2003). “*Las formas de violencia en los tiempos de crisis: una villa miseria en el conurbano bonaerense*”. En Isla, A y Miguez, D (comps). *Heridas urbanas. Violencia delictiva y transformaciones sociales en los noventa*. Buenos Aires: FLACSO/editorial de la Ciencia. pp.(35-70). Argentina
- Ramírez, M., Jiménez, M., Heredia, M. y Moguel A. (2008). *Investigación y Salud, Las ciencias de la salud en el marco de los procesos de cambio y globalización*. Universidad Autónoma de Yucatán. Centro de investigaciones regionales “Dr, Hideyo Moguchi”. Primera edición, pp (205-220), ISBN 978-607-7573-03-6. México.
- Ramón, A., Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A. (2003). “*Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género*”. Una perspectiva de género, Psicothema, vol. 21, núm. 2, 2009, pp. 227-233 Universidad de Oviedo, Oviedo, España.
- Reyes, B. (2009) *Informe regional en Delicias, desigualdad social e injusticias sobre el verdadero enemigo de la democracia*. Gobierno del Estado de Chihuahua. <http://www.puentelibre.com.mx>. recuperado mayo 2011. México
- Rico, R. (2005). *Cuentas Nacionales de Salud Reproductiva y equidad de género*. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

- Ross & Williams, Citado por Cáceres, A (2016). *Prácticas sexuales de riesgo y su relación. con el consumo de alcohol y otras drogas en estudiantes de educación media y superior.* Revista médica de la Universidad Veracruzana, vol. 16 núm.1 enero- junio 2016. México
- Rossini, G. (2003). “*Vagos, pibes chorros y transformaciones de la sociabilidad en tres barrios periféricos de la Ciudad Entrerriana*”. En Isla, A y Miguez, D (comps). *Heridas urbanas. Violencia delictiva y transformaciones sociales en los noventa.* Buenos Aires: FLACSO/editorial de la Ciencia. pp.(71-113).
- Rodríguez, R., Muñoz, M., Vega, T., Resendiz, J., Gutiérrez, G. y García, M. (2011). *Conducta sexual en estudiantes universitarios: determinante de una salud mental.* 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2011. www.interpsiquis.com - Febrero-Marzo.México
- Salazar, L. (2012). *Seminario internacional sobre determinantes sociales de la salud, intersectorialidad y equidad social en América Latina.* FUNDESALUD, Colombia.
- Salud Pública de México, (2003). *La salud de adolescentes en cifras,* Salud pública México, vol.45 suppl.1 Cuernavaca 2003. México
- Santos-Preciado, J., Villa-Barragán, J; García-Avilés, M; León–Alvárez, G; Quezada-Bolaños, S; Tapia-Conyer, R (2003). *Salud Pública de México,* versión impresa ISSN 0036-3634, v. 45 supl. 1, enero 2003 Cuernavaca, Morelos, México.
- Secretaría de Salud (2010). *Boletín Epidemiológico,* Febrero-Marzo 2010. México
- Secretaria de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012.* Recuperado Febrero 2013. http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Mexico_2007-2012.pdf.
- Secretaría de Salud (2002). *Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente.* México
- SEGOB. *Plan Nacional de Salud 2007-2012.*México
- SEGOB-CONAPO (2010). *Dinámica Demográfica 1990-2010.* Cuadernillo Nuevo León. México

- Shutt-Aine, J & Maddaleno, M (2003). *Salud Sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en Programas y Políticas*. Asdi NORAD, Organización Panamericana de la Salud, oficina Regional de la OMS. Washiungton, D.C. Estados Unidos.
- Sojo, A (2002). *Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. CEPAL, Agencia Española de Cooperación Internacional, Santiago de Chile.
- Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana (2011). *Deserción escolar y conductas de riesgo*. Dirección General de Prevención del Delito y Participación Ciudadana, México.
- Potenziani, J., Abreu, F. *Infecciones de transmisión sexual en población de alto riesgo: adolescentes y adultos jóvenes*. G:\seualdad sida\inf.tras.sex.alto riesgo.mht. México
- Suazo, M.(2009). *Adolescencia y sexualidad*. Revista Respuesta. G:\seualdad sida\soauzo 2009.mht.México.
- Tam, C.C.; Lopman, B.A. (2003). *Determinism versus stochasticism: in support of long coffee breaks*. J Epidemiolo Communiti Health 2003;núm 57, pp (477-478). Estados Unidos.
- Terris, M (1999). *Determinantes sociales de la salud, en Perú*. Ministerio de Salud Universidad Norbert Wiener Organización Panamericana de la Salud, 2005. Estados Unidos.
- Valle-Solís, M, Benavides-Torres R, Álvarez-Aguirre A, Peña-Esquivel J (2011). *Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios* Rev Enferm IMSS 2011; vol. 19 núm 3, México.
- Villar-Loubert O, Jones D, Waldrop-Valverde D, Bruscantini L, Weiss S. Sexual Barrier Acceptability Among Multiethnic HIV-Positive and At-Risk Women. J Womens Health 15409996. marzo de 2011;20(3):365-73.
- Villarreal, F (2002). *Evaluación del conocimiento del daño a la salud por consumo de alcohol y tabaco en estudiantes preuniversitarios, con inclinación al área de la salud e ingeniería en*

- monterrey, n.l., (mexico), Revista SALUD Pública y Nutrición vol 3 núm.2 Abril-Junio 2002.México.
- Villarreal, M (2009). *Un modelo estructural del consumo de drogas y conducta violenta en adolescentes escolarizado*. Tesis Doctoral Filosofía con Especialidad en Psicología. UANL Repositorio Académico Digital. México.
- Villaseñor,A., Caballero,R., Hidalgo,A., Santos, J. (2003). *Conocimiento objetivo y subjetivo sobre VIH/SIDA como predictores del uso de condón en adolescentes*. *Salud Pública de México*, año/vol. 45 núm. 1 (suplemento), Instituto Nacional de Salud Pública, pp (73-80). Cuernavaca, México
- Villatoro, J; Medina-Mora, M; Rojano, C, Fleiz, C; Bermúdez, P; Castro, P; y Juárez, F (2002) *¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la En Cuesta de Estudiantes*. Medición otoño del 2000, *Salud Mental*, vol 25 núm1 pp (43-54) México.
- UNICEF (2006). *Adolescencia y Participación. Palabras y juegos*, Recuperado Mayo 2014 [https://www.unicef.org/lac/GUIA_1\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/GUIA_1(1).pdf).
- UNICEF (2011). Recuperado Mayo 2013 <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/Las-tendencias-demograficas.pdf><http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/Las-tendencias-demograficas.pdf>.
- Ulanowicz, M, Parra, K, Weindler, G, Tisiana, L. (2006). *Riesgo del Embarazo Adolescente*. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, núm. 153 pp. (13-17). Argentina
- Uribe, A., Orcasita, L. (2009). *Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia* *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, núm. 27, mayo-agosto, 2009, pp. 1-31 Fundación Universitaria Católica del Norte Medellín, Colombia.
- Wilkinson, R y Marmot, M. (2003). *Los determinantes sociales de la salud, Los hechos Probados. OMS/ WHO. Europa*, Estados Unidos.

Zouazo, S. (2009): Resumen del trabajo de tesis: “Construcción de identidades de los/as jóvenes del underground rockero alteño-paceño” para postular al título de licenciatura en la Carrera de Antropología de la Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia.

ANEXO

A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A Quién Corresponda:

Yo acepto de manera libre y voluntaria a participar en la investigación “**CONDUCTAS SEXUALES Y USO DE DROGAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE NIVEL MEDIO Y MEDIO SUPERIOR EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN**” y estoy dispuesto a contestar las preguntas de la encuesta, en entendimiento de que los datos recabados en esta encuesta no serán utilizados para perjudicarme o beneficiarme en mi desempeño escolar y siempre se respetará mi decisión de completarla o de retirarme en el momento que yo lo crea conveniente.

Toda la información se manejará de forma anónima y confidencial y puedo solicitar apoyo cuando no entienda algo.

La responsable de este estudio es la MCE, María Dolores Corona Lozano, con quien puedo dirigirme en caso de observaciones o aclaraciones al teléfono 8182596596.

Nombre

Firma

Nombre y Firma de un testigo

<p>ESPECIFICA</p>	<p>11.....Cuñada(s) 12.....Otro: _____ ESPECIFICA</p>
<p>1.7 ¿Cuánto te pagaron por ese trabajo la semana pasada? Al día A la semana Al mes No te pagaron..... ANOTA SÓLO EN UNA DE LAS LÍNEAS</p>	<p>CIRCULA EL NÚMERO DE QUIEN(ES), TOMA(N) LAS DECISIONES PUEDE SER MÁS DE UNA PERSONA</p>
<p>1.8 Ahora vamos a preguntarte sobre tu familia ¿Vive tu mamá? 1Sí 2</p>	<p>1.17 ¿A quién(es) le(s) corresponde(n) los gastos económicos de tu familia? 2Padre 3 Madre 4.....Hermano(s) 5 Hermana(s) 6 Abuelo(s) 7 Abuela (s) 8.....Tío(s) 12.....0 Cuñada(s) ESPECIFICA</p>
<p>1.9 ¿Cuál fue el último año que aprobó tu mamá en la escuela? ESPECIFICA</p>	<p>CIRCULA EL NÚMERO DE A QUIEN(ES), LES CORRESPONDE(N) LOS GASTOS PUEDE SER MÁS DE UNA PERSONA</p>
<p>1.10 ¿Vive tu papá? 1Sí 2 1.11 ¿Cuál fue el último año que aprobó tu papá en la escuela? ESPECIFICA</p>	<p>1.18 ¿A quién(es) le(s) corresponde(n) los quehaceres de tu casa? 2 Padre Hermana(s) Tío(s) Cuñado(s) 1011 Cuñada(s) ESPECIFICA</p>
<p>1.12 ¿Cuántos hermanos y hermanas menores tienes, incluyendo a los que no viven contigo en tu casa actualmente? Hermanos menores Hermanas menores.....</p>	<p>CIRCULA EL NÚMERO DE A QUIEN(ES), LES CORRESPONDE(N) LOS QUEHACERES PUEDE SER MÁS DE UNA PERSONA ESPECIFICA</p>
<p>1.13 ¿Cuántos hermanos y hermanas mayores tienes incluyendo a los que no viven contigo en tu casa actualmente? Hermanos mayores Hermanas mayores.....</p>	<p>2.10 Fuera de la escuela ¿has tenido una plática o clase de educación sexual? 1..... Sí 2.....</p>
<p>1.19 De las personas que viven en tu hogar, circula quién es el jefe o jefe(a) del hogar. 2Padre 3AbueloAbuela 80 otro ESPECIFICA</p>	<p>2.11 Fuera de la escuela sobre educación sexual?</p>

<p>2.7 Esa última clase, curso o plática sobre educación sexual que te dieron en la escuela, ¿incluía información sobre Infecciones de Transmisión Sexual?</p> <p>1.....Sí 2.....No</p>	<p>pene en la vagina de la mujer, a esto se le conoce coito. acuerdo de que las parejas tengan relaciones sexuales (coito) antes del matrimonio?</p> <p>1.....Sí PASE A 2.19 2.....No</p>
<p>2.8 ¿A qué edad piensas que se debe dar educación sexual a las personas? Edad _____</p>	<p>→</p>
<p>2.9 En la escuela ¿Cómo se deben de organizar a los jóvenes de tu edad para enseñarles educación sexual?</p> <p>01En grupos sólo de hombres o sólo de mujeres 02En grupo mujeres y hombres juntos ..03.No importa la forma</p> <p>05De sexualidad no deben de hablarse con gente de mi edad 06Otra _____</p> <p>ESPECIFICA</p>	<p>2.18 ¿Por qué no estás de acuerdo con las relaciones sexuales antes del matrimonio?</p> <p>_____</p> <p>CIRCULA UNA RESPUESTA POR CADA UNA DE LAS LÍNEAS</p> <p>Cuestiones religiosas padres</p> <p>Principios morales enfermedad Posibilidad de un embarazo diga la gente Tem d</p> <p>Sí No</p> <p>1 2 1 2</p> <p>1 2 1 2 1 2 1 2</p>
<p>2.19 ¿El hombre debe llegar virgen al matrimonio, es decir sin experiencia sexual? 1 Sí</p> <p>2 No</p>	<p>2.31 ¿Sabes si existen en el DF servicios públicos para efectuar la interrupción legal del embarazo (ILE)?</p> <p>1 Sí PASE A 2.33... N</p>
<p>2.20 ¿La mujer debe llegar virgen al matrimonio, es decir sin experiencia sexual?</p> <p>1 Sí 2No</p>	<p>→</p> <p>2.32 ¿Cuál o cuáles conoces o has oído hablar?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2.21 ¿Una mujer que no utiliza un método anticonceptivo puede quedar embarazada en su primera relación sexual?</p> <p>1 Sí 2 No</p>	<p>2.33 ¿Estarías de acuerdo en que se realice un aborto a una mujer que....</p> <p>SI NO</p> <p>NO SÉ</p> <p>8 8 8 8</p> <p>_____</p>
<p>2.22 ¿La única finalidad de las relaciones sexuales es tener hijos?</p> <p>1 Sí 2 No</p>	<p>NO SÉ</p> <p>8 8 8 8</p> <p>_____</p>
<p>2.23 ¿En una relación de pareja en unión las relaciones sexuales son importantes?</p> <p>1 Sí 2.....No</p>	<p>_____</p>

	<p>CIRCULA UNA RESPUESTA POR CADA UNA DE LAS LÍNEAS</p> <p>¿Ha sido violada y se embaraza? peligro a causa del embarazo? tiene los recursos económicos para mantener al hijo? 1 2 ¿No se siente responsable o madura para tener hijo?</p> <p>1 2 1 2 1 2</p> <p>_____</p> <p>1 2</p>
<p>2.24 ¿Quién debe decidir cuándo tener relaciones sexuales? 1 La mujer</p> <p>2 El hombre 3.....Ambos</p>	<p>III. CONOCIMIENTO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</p>
<p>2.25 ¿Existen abortos que no son provocados, es decir, son espontáneos?</p> <p>1 Sí 2.....No</p>	<p>3.1 Ahora te preguntaremos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual ¿Conoces o has oído hablar del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)?</p> <p>1 Sí No PASE A 3:5..... No</p>
<p>2.26 ¿Una mujer embarazada que toma o hace algo con la intención de terminar el embarazo estaría provocándose un aborto?</p> <p>1 Sí No PASE A 2.29..... No</p>	<p>3.2 ¿El SIDA es una Enfermedad de Transmisión Sexual?</p> <p>1 Sí 2 No</p>
<p>2.27 ¿Alguna persona cercana a ti se ha realizado un aborto?</p> <p>1 Sí No PASE A 2.29..... No</p>	<p>3.3 ¿El SIDA es una enfermedad que sólo le da a los homosexuales?</p> <p>1 Sí 2 No</p>
<p>2.28 ¿Qué edad tenía cuando se lo hizo? Años _____</p>	<p>3.4 ¿El SIDA se puede curar fácilmente con tratamiento?</p> <p>1 Sí 2 No</p>
<p>2.29 En el Distrito Federal ¿tú sabes si está permitido legalmente que realice un aborto provocado una mujer que</p> <p>CIRCULA UNA RESPUESTA POR CADA UNA DE LAS LÍNEAS</p> <p>SI NO 1 2</p> <p>NO SÉ 8</p> <p>8 8 8 8</p> <p>¿Ha sido violada y se embaraza?</p>	<p>3.5 ¿Conoces o has oído hablar de la sífilis?</p> <p>Se manifiesta con “una llaga, granito o verruga dura no duele, puede aparecer en cualquier parte del cuerpo pero sobre todo en lugares húmedos”.</p> <p>1 Sí 2 No</p> <p>3.6 ¿Conoces o has oído hablar de la gonorrea? manifiesta con “escurrimiento de pus por donde se orina y arde al orinar”.</p> <p>1 Sí 2 No</p>

<p>embarazo? mantener al hijo? _1 2 ¿No se siente responsable o madura para tener un hijo? _1 2</p> <p>_____</p> <p>1 2 1 2</p>	<p>3.7 ¿Qué otras Infecciones de Transmisión Sexual conoces?</p> <p>01..... Herpes genital pubis Humano (VPH) 06.....0 tra(s):</p> <p>_____</p> <p>00..... Ninguna otra 87.....No recuerdo</p>
<p>2.30 ¿Hasta cuántas semanas puede tener una mujer de embarazo para efectuarse en el DF una interrupción legal del embarazo?</p> <p>Como máximo 6 semanas de embarazo.....1 Como máximo 12 semanas de embarazo.....2 Como máximo 16 semanas de embarazo.....4 Como máximo 24 semanas de embarazo.....5</p> <p>No sé.....8</p>	<p>_____</p> <p>CIRCULA LAS QUE CONOCES, PUEDE SER MÁS DE UNA</p> <p>ESPECIFICA</p>
<p>3.8 ¿En general sabes qué puede hacer una persona para evitar el contagio de una Infección de Transmisión Sexual?</p> <p>1 Sí 2.....No</p> <p>PASE A 3.10</p> <p>→</p>	<p>4.4 Supongamos que tienes relaciones sexuales con personas que a continuación se enlistan ¿cuándo le pedirías que usara un condón masculino?</p> <p>_____</p> <p>CIRCULA UNA RESPUESTA EN CADA UNA DE LAS LINEAS</p>
<p>3.9 ¿Qué puede hacer?</p> <p>1 2 Usar óvulos o tabletas anticonceptivas _____ 1 2 Tener relaciones sólo con una pareja _____ 1 2 Pedirle fidelidad a la pareja _____ 1 2 No tener relaciones sexuales _____ 1 2</p> <p>_____ ESPECIFICA</p> <p>_____</p> <p>Usar condón</p> <p>No tener relaciones sexuales con personas infectadas</p> <p>CIRCULA UNA RESPUESTA EN CADA UNA DE LAS LINEAS</p> <p>1 2 No usar agujas/jeringas infectadas _____ 1 2</p> <p>SI NO</p> <p>NO SÉ</p> <p>8 8 8 8 8</p> <p>8</p>	<p>1 Novio Esposo o compañero _____ 1 2</p> <p>Siempre Algunas Nunca veces</p> <p>No sé</p> <p>8 8 8 8 8 8 8 8</p> <p>1 2 3</p> <p>_____</p> <p>3 Prometido 4 Amigo Vecino</p> <p>7 Desconocido 8Prostituto</p> <p>1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3</p> <p>_____</p> <p>4.5 ¿Le pedirías a tu pareja que usara un condón en relación sexual?</p> <p>1 Sí 2.....No</p>

	<p>→</p> <p>4.11 ¿Cuándo se utiliza el método del ritmo?</p>
<p>IV. CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS</p>	<p>1..... Durante todos los días del mes 2..... Una vez al mes</p> <p>3..... De acuerdo con la menstruación de la mujer 8 No sé</p>
<p>4.1 Ahora vamos a preguntarte acerca del conocimiento que tienes sobre los métodos de planificación familiar y su uso</p> <p>¿Conoces o has oído hablar de los condones o preservativos masculinos?</p> <p>1..... Sí 2..... No PASE A</p> <p>→</p>	<p>4.12 ¿Qué se debe de tomar en cuenta para llevar a cabo el método del ritmo?</p> <p>1 La edad de la mujer 2 La fecha probable de ovulación 3 El número de hijos que tiene la mujer 8..... No sé</p>
<p>4.2 ¿Cómo se usa el condón masculino?</p> <p>1.....Se puede volver a usar el mismo en más de una relación sexual 2.....Se usa sólo una vez durante la relación sexual después de tener relaciones sexuales 8.....No sé</p>	<p>4.13 ¿Conoces o has oído hablar del retiro o coito interrumpido?</p> <p>1 Sí 2 No</p> <p>PASE A 4.15</p> <p>→</p>
<p>4.3 ¿Sabes cuándo se debe usar el condón masculino?</p> <p>1.....Cuando se ha eyaculado 2.....Cuando el pene está erecto 3.....Desde que inicia la relación sexual 8.....No sé</p>	<p>4.14 ¿En qué consiste el retiro o coito interrumpido?</p> <p>1 El hombre termina (eyacula) fuera de la vagina de la mujer 2.....Se realiza una operación definitiva por un mes 8..... No sé</p>
<p>4.15 ¿Conoces o has oído hablar de las pastillas anticonceptivas?</p> <p>1 Sí PASE A 4.17..... No</p> <p>→</p>	<p>4.26 ¿A través de quién o de qué medios has obtenido información sobre los métodos anticonceptivos o de planificación familiar?</p>
<p>4.16 ¿Cuándo se toman las pastillas anticonceptivas?</p> <p>1.....Cada que tienes relaciones sexuales durante un mes (según la dosis) 3.....Todos los días durante 21 o 28 días (según la dosis) 4.....Una vez al mes (según la dosis) 8.....No sé</p>	<p>01 Padre</p> <p>Hermanas 05 0</p> <p>Amigos(as) 07</p> <p>particular</p> <p>salud pública</p> <p>folletos o revistas 12 0</p> <p>audiovisuales didácticos</p> <p>Internet 15.....0 otro :</p>
<p>4.17 ¿Conoces o has oído hablar de las inyecciones anticonceptivas?</p> <p>1 Sí PASE A 4.19..... No</p> <p>→</p>	<p>ESPECIFICA</p> <p>_____</p>
<p>4.18 ¿Cuándo se usan las inyecciones anticonceptivas? 1.....Antes</p>	<p>CIRCULA EL NÚMERO DE QUIEN(ES) TE DIERON LA INFORMACIÓN, PUEDE SER MÁS DE UNA</p>

<p>cada relación sexual</p> <p>2.....Cada mes, cada dos meses o cada tres meses (dependiendo de la dosis) 3.....Cada quince días, cada semana (dependiendo de la dosis) 8.....No sé</p>	<p>V. SEXUALIDAD Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</p>
<p>4. 19 ¿Conoces o has oído hablar del DIU o dispositivo intrauterino?</p> <p>1 Sí PASE.A.4.21..... No</p> <p>→</p>	
<p>4.20 ¿Quién debe colocar un DIU o dispositivo intrauterino?</p> <p>1.....La mujer misma 2.....Personal médico o partera</p> <p>3.....La pareja 8.....No sé</p>	<p>5.2 ¿Has sido violada alguna vez o has tenido relaciones sexuales en las que te obligaron físicamente a tenerla (te sometieron) ?</p> <p>1 Sí 2 No</p> <p>PASE A 5.6</p> <p>→</p>
<p>4.21 ¿Conoces o has oído hablar de la operación femenina, ligadura de trompas, salpingoclasia u Oclusión Tubaria Bilateral (OTB)?</p> <p>1 Sí 2 No</p>	<p>5.3 ¿Qué edad tenías cuando fuiste violada la primera vez? Edad _____</p>
<p>4.22 ¿Conoces o has oído hablar de la operación masculina o vasectomía?</p> <p>1 Sí 2 No</p>	<p>5.4 ¿Qué era de ti la persona que te violó?</p> <p>1 Novio Esposo Otro _____</p> <p>ESPECIFICA</p>
<p>4.23 ¿Conoces o has oído hablar de las pastillas de anticoncepción de emergencia?</p> <p>1 Sí 2 No</p> <p>PASE A 4.26</p> <p>→</p>	<p>5.5 ¿Cuántas veces ocurrió la violación? N° de veces _____</p>
<p>4.24 ¿En qué consiste la anticoncepción de emergencia?</p> <p>1..... En tomar una o varias pastillas anticonceptivas lo más pronto posible pero máximo en las primeras 120 hrs. después de tener una relación sexual no protegida</p> <p>2..... Antes de tener relaciones sexuales 3..... En tomarla cuando ya estás embarazada 4..... Ninguna de las anteriores 8.....</p>	
<p>4.25 Si tuvieras una relación sexual no protegida ¿estarías de acuerdo</p>	

<p>tomarte las pastillas de anticoncepción de emergencia?</p> <p>1 Sí 2 No</p>	<p>5.6 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual con penetración; es decir <i>coito</i>? Edad</p> <p>_____</p> <p>Nunca he tenido relaciones sexuales <i>coito (aparte de la violación)</i> 00 PASE A 6.20</p> <hr/> <p>5.7. ¿Qué era de ti la persona con quien tuviste esa primera relación sexual?</p> <p>1.....Novio 2.....E 3.....Prometido 4.....Amigo 5.....Familiar 6.....Vecino 7.....Desconocido</p> <p>8.....Otro</p> <p>_____</p> <p>ESPECIFICA</p>
<p>5.8 ¿Qué edad tenía tu pareja en tu primera relación sexual?</p> <p>I ___ I ___ I años cumplidos</p> <hr/> <p>5.9 ¿Por qué tuviste tu primera relación sexual?</p> <p>1.....Por amor <i>curiosidad</i> propia) 5.....Porque hubo alcohol o droga me convenció me casé o uní 9.....Por v</p>	<p>5.14 ¿Qué método anticonceptivo usaron o qué hicieron en esa primera relación Sexual?</p> <p>01.....Pastillas o píldoras 02..... intrauterino (DIU) o aparato 04.....Preservativos o condones 05..... diafragma 06..... Billings) 07.....Retiro (coito interrumpido) 08.....Implante (Norplant) 10.....Otro</p> <p>_____</p> <p>ESPECIFICA</p> <p>PASE A 5.16</p> <hr/>
<p>5.10 ¿Antes de tener relaciones sexuales tú o tu pareja hablaron entre ustedes sobre las formas de evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?</p> <p>1.....Sí yo hablé del tema pareja hablamos del tema 4....No ninguno habló del tema</p>	<p>5.15 ¿Por qué no utilizaron el condón en la primera relación sexual para evitar una Infección de Transmisión Sexual?</p> <p>01.....MI pareja no quiso 02..... Yo quise <i>igual....No se siente</i> método 05.....No tengo método 06.....P estable 07.....Me conseguirlos... pareja que usemos un condón 09.....Confío en mi pareja</p>
<p>5.11 ¿Usaste tú o tu pareja algún método anticonceptivo durante esa primera relación sexual (incluyendo ritmo o retiro)?</p> <p>1.....Sí PASEA 5.14 2.....No</p> <p>_____</p>	<p>10.....Porque prefiero el método que usé sana 12.....Otro 11.....</p> <p>_____</p>

	<p>ESPECIFICA</p>
<p>5.12 ¿Por qué no utilizaron el condón en la primera relación sexual para evitar una Infección de Transmisión Sexual?</p> <p>01.....Mi pareja no quiso relaciones sexuales acceso al método de salud atrevo a pedirle a mi pareja que usemos un método pareja embarazo</p> <p>06..... 09.....Confío en 10.....M</p> <p>ESPECIFICA</p>	<p>5.16 ¿Dónde obtuvieron el método en esa primera relación sexual? En caso de que hayan practicado el ritmo o retiro, ¿en dónde te dieron esa información?</p> <p>01.....IMSS 05.....Otra institución del Gobierno 06.....MEXFAM</p> <p>07.....Farmacia privado 09.....Tienda de autoservicio a) 0.....P</p> <p>ro: _____</p> <p>ESPECIFICA</p>
<p>5.13 ¿Cuál fue la razón principal por la que tú o tu pareja no usaron método anticonceptivo durante esa primera relación sexual?</p> <p><input type="text"/></p> <p>CIRCULA SOLA UNA RESPUESTA</p> <p><input type="text"/></p>	<p>5.17 ¿Quién tomó la decisión para usar este método la primera relación sexual?</p> <p>1..... Yo 2..... Mi pareja 3..... Ambos</p>
<p>01No estoy de acuerdo en usar métodos anticonceptivos</p> <p>02Mi pareja se opuso</p> <p>03Mi religión no me lo permite</p> <p>04No conocía ningún método anticonceptivo</p> <p>05 No sé cómo se usan los métodos anticonceptivos</p> <p>06No sabía dónde conseguir los métodos anticonceptivos</p> <p>07No planeaba tener relaciones sexuales</p> <p>08No me atreví a pedirselo a mi pareja</p>	<p>5.18 ¿Quién consiguió el método (o la información) en esa primera relación sexual?</p> <p>1..... Yo 2..... Mi pareja 3..... Ambos</p> <p>5.19 ¿El método lo usaron para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?</p> <p>1..... Para evitar un embarazo infección de transmisión sexual embarazo y una infección de transmisión sexual</p> <p>5.20 ¿Has tenido más de una relación sexual?</p> <p>1..... Sí 2.....</p> <p><input type="text"/></p>

<p>. 09Deseaba embarazarme</p> <p>. 10Temor a efectos colaterales</p> <p>. 11 Pena o vergüenza de conseguirlos</p> <p>. 12Falta de dinero</p> <p>13.....Otro _____ ESPECIFICA</p> <p>CUALQUIERA QUE SEA TU RESPUESTA DEBERÁS PASAR A LA PREGUNTA 5.20</p>	
<p>5.21 ¿Cuántos compañeros sexuales has tenido durante el último año?</p> <p> __ Número</p>	<p>5.28 ¿Por qué no utilizaron el condón en la última relación sexual para evitar una Infección de Transmisión Sexual?</p>
<p>5.22 ¿Cuándo tuviste tu última relación sexual? Mes _____ Año _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5.23 ¿Tú o tu pareja actual han hablado entre ustedes sobre las formas de evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?</p> <p>1.....Sí yo he hablado del tema tema habló del tema</p> <p>2.....Sí mi pareja habló del tema</p>	<p>5.29 ¿Dónde obtuvieron la última vez el método en esta relación sexual?</p> <p>En caso de que hayan practicado el ritmo o retiro, ¿en dónde te dieron esa información?</p> <p>01 IMSS 02 SSA</p>
<p>5.24 La última vez que tuviste relaciones sexuales con penetración; es decir coito, ¿tú o tu pareja utilizaron algún método anticonceptivo?</p> <p>1 Sí 2.....No</p> <p>PASE A 5.27</p> <p>→</p>	<p>05 Otra institución del Gobierno MEXFAM</p> <p>06 Otro lugar u hospital privado 09 Tienda de autoservicio</p> <p>10 Partera</p> <p>11..... Otro</p> <p>_____</p> <p>ESPECIFICA</p>
<p>5.25 ¿Por qué no utilizaron el condón en la última relación sexual para evitar una Infección de Transmisión Sexual?</p> <p>01.....MI pareja no quiso igual método vergüenza conseguirlos... usemos un condón 09.....Confío en mi pareja</p> <p>10.....Porque prefiero el método que usé pareja está sana</p> <p>12.....Otro</p>	<p>5.30 ¿Quién tomó la decisión para usar este método la última vez ?</p> <p>1.....Yo 2.....Mi pareja 3.....Ambos</p> <p>5.31 ¿Quién consiguió el método (o la información) la última vez?</p> <p>1.....Yo 2.....Mi pareja 3.....Ambos</p>

<p>6.5 ¿A qué lugar acudiste para interrumpir tu embarazo?</p> <p>1.....Servicios de Salud del Gobierno del Distrito Federal 2.....Consultorio, clínica u hospital privado 9.....Otro _____</p> <p>ESPECIFICA</p> <p>_____</p>	<p>6.16 ¿Cuál fue el resultado de este último embarazo?</p> <p>_____</p> <p>1..... Pérdida (o aborto) 2..... Nacido muerto 3..... Nacido vivo</p> <p>PASE A 6.19</p>
<p>6.6 ¿Has tenido hijos o hijas que hayan nacido vivos? 1 Sí 2.....No PASEA 6.8</p>	<p>6.17 ¿Fue hombre o mujer?</p> <p>1 Hombre 2.....Mujer</p>
<p>6.7 ¿Cuántas hijas e hijos nacidos vivos has tenido (aún cuando no vivas contigo)?</p> <p>Número de hijas nacidas vivas Número de hijos nacidos vivos.....</p>	<p>6.18 ¿Está vivo actualmente? 1.....Sí 2.....No</p> <p>6.19 ¿Qué edad tenías cuando te embarazaste por primera vez? Edad</p>
<p>6.8 ¿Has tenido alguna hija o algún hijo que nació vivo y después murió aunque sólo haya vivido poco tiempo?</p> <p>1.....Sí 2.....No PASEA 6.9</p>	<p>6.20 En el momento que te embarazaste por primera vez... 1..... ¿Querías embarazarte? esperar más tiempo?</p>
<p>6.9 ¿Cuántas de tus hijas e hijos han muerto? Número de hijas fallecidas Número de hijos fallecidos</p>	<p>6.21 ¿A qué edad te gustaría (hubiera gustado) tener primer hijo? Edad..... pienso tener hijos00</p>
<p>6.10 ¿Has tenido alguna hija o hijo que haya nacido muerto? 1 Sí 2.....No PASE A 6.12</p>	<p>6.22 Si tuvieras que escoger el número de hijas e hijos por tener en toda tu vida ¿cuántos tendrías?</p> <p>Número de hijas Número de hijos Ninguno 00 98</p>
<p>6.11 ¿ Cuántas hijas e hijos que hayan nacido muerto has tenido? Número de hijas e hijos nacidos muertos</p>	<p>VII. HÁBITOS DE SALUD</p>
<p>6.12 ¿Actualmente estás embarazada?</p> <p>1 Sí 2.....No 3.....No sé</p> <p>PASE A 6.14</p>	<p>7.1 ¿En los últimos tres meses ¿Con qué frecuencia tomados bebidas alcohólicas?</p> <p>_____</p> <p>ANOTA SÓLO EN UNA DE LAS RESPUESTAS</p> <p>Número de días: A la semana</p> <p>Al mes..... 00.....Menos de</p>

<p>6.13 ¿Cuándo es la fecha probable de parto?</p> <p>Mes _____ Año _____</p> <p><input type="text"/></p> <p>ANOTA LA FECHA PROBABLE</p>	<p>una vez al mes 66.....No tomo actualmente 88.....Nunca he tomado</p> <p>PASE A 7.4</p>
<p>6.14 ¿Cuántos embarazos has tenido (incluyendo el presente, hijos vivos nacidos muertos, pérdidas o abortos)?</p> <p>Total de embarazos..... actual es el único 66 PASE A 6.19 Ninguno.....00 PASE A 6.21</p>	<p>7.2 ¿Cuántas copas consumiste en esa última vez? Número de copas _____</p>
<p>6.15 ¿Cuándo terminó tu último embarazo?</p> <p><input type="text"/></p> <p>Día _____ Mes _____ Año _____</p> <p>ANOTA LA FECHA COMPLETA</p>	<p>7.3 ¿A qué edad consumiste tu primera copa? Edad _____</p> <p>7.4 En los últimos tres meses ¿Con que frecuencia te has drogado?</p> <p><input type="text"/></p> <p>ANOTA SÓLO EN UNA DE LAS RESPUESTAS</p> <p>Número de días: _____ A la vez al mes 66.....Menos de una vez al mes 66.....No tomo actualmente 88.....Nunca me he drogado</p> <p>PASE A 8.1</p>
<p>7.5 ¿Qué tipo de drogas has consumido en los últimos tres meses?</p> <p>01.....Crack pegamentos...) 04.....MariguanaHongos alucinógenos 08..... Éxtasis os _____</p> <p>ESPECIFICA</p>	<p>8.7 En esa agresión:</p> <p><input type="text"/></p> <p>CIRCULA UNA RESPUESTA EN CADA UNA DE LAS LÍNEAS</p> <p>Sí No</p> <p>¿Le gritaste?.....1 2</p> <p>¿Le ofendiste (dijeron groserías).....1 2</p> <p>¿Le avergonzaste, menospreciaste o humillaste?.....1. 2</p> <p>¿Le empujaste o jalaste el pelo?1 2 ¿Le golpeaste con las manos o con algún objeto?.....1. 2</p> <p>¿Le agrediste con algún objeto punzo-cortante navaja, punta, etc)?..... con alguna arma de fuego?.....1 2</p>

	12
<p>VIII. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR</p>	<p>IX. EXPECTATIVAS DE VIDA</p>
<p>8.1 ¿En el último año, ¿cuántas veces ocurrió un pleito o pelea entre miembros de tu hogar?</p> <p>01..... 1 a 5 veces o más veces 88.....</p> <p>PASE A 9.1</p> <p>→</p>	<p>9.1 Durante la semana pasada, le dedicaste tiempo a</p> <p><input type="text"/></p> <p>CIRCULA UNA RESPUESTA EN CADA UNA DE LAS LÍNEAS</p> <p>Algún deporte fiestas, ir al café...) instrumentos...) teatro, visitar museo, lectura...) Alguna práctica religiosa INTERNET Sa lir co</p>
<p>8.2 Has sido agredida en algún pleito o pelea por algunos de los miembros de tu familia en el último año?</p> <p>1.....Sí 2No PAS</p> <p>→</p>	<p>Sí No</p> <p>1 2</p> <p>1 2 1 2</p> <p>1 2</p> <p>1 2 1 2 1 2 1 2</p>
<p>8.3 ¿Quién fue la persona que te agredió la última vez? (anota la relación de parentesco que tienen contigo, qué es de ti)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>9.2 ¿Cuál es la principal razón por la que estudias?</p> <p>1.....Para aprender más/ Para tener más conocimientos estudiar grados más avanzados 3.....Para tener una carrera/ Para ser profesionista económicamente a mi familia padres estén orgullosos de mi buen trabajo 7.....Por vida ..&Para poder mantener a mi familia cuando tenga (futuro) 9.....Otra:</p>
<p>8.4 En esa agresión:</p> <p><input type="text"/></p> <p>CIRCULA UNA RESPUESTA EN CADA UNA DE LAS LÍNEAS</p> <p>¿Te gritaron?.....1 2</p> <p>¿Te ofendieron (dijeron groserías).....1 2</p> <p>¿Te avergonzaron, menospreciaron o humillaron?.....1. 2</p> <p>¿Te empujaron o jalaron el pelo?1 2 ¿Te golpearon con las manos o con algún objeto?.....1 2</p> <p>¿Te agredieron con algún objeto punzo-cortante etc)?.....</p> <p>12 ¿Te agredieron con alguna arma de fuego?.....1</p>	<p>_____</p> <p>_____ ESPECIFICA</p> <p><input type="text"/></p> <p>CIRCULA SÓLO UNA RESPUESTA</p> <p>9.3 ¿En tu opinión cuál crees que sea la principal causa por la que los jóvenes abandonen sus estudios?</p> <p>1Por falta de recursos económicos 2Por falta de apoyo de los padres 3Porque tienen que</p>

<p>Sí No</p>	<p>trabajar 4Po</p>
<p>8.5 ¿Tú has agredido a alguien de tu familia en el último año?</p> <p>1Sí 2</p>	<p>5Problemas con las drogas casan jóvenes/ Porque tienen hijos jóvenes 7Problemas familiares (violencia doméstica, alcoholismo de los padres....) 8No les gusta la escuela/ Falta de interés 9 0 tro:</p>
<p>8.6 ¿Quién fue la persona a la que agrediste la última vez ? (anota la relación de parentesco que tienen contigo, que es de ti)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>ESPECIFICA</p> <p>_____</p> <p>CIRCULA SÓLO UNA RESPUESTA</p>
<p>9.4 Qué prefieres?</p> <p>1.... Un(a) novio(a) con quien casarte vez "frees") 4.... Cambiar seguido de novio(a) después de haber tenido muchas experiencias amorosas 6.... 0 tro _____</p> <p>ESPECIFICA</p>	<p>9.10 ¿A quién crees tú que le deberían de corresponder los quehaceres del hogar?</p> <p>1.....Totalmente a la mujer participación de la mujer 3.....A los dos por igual cierta participación del hombre</p>
<p>9.5 Menciona dos aspectos que tú consideres importantes para que un matrimonio tenga éxito.</p> <p>01Amor/Quererse 02Comunicación entre la pareja, "llevarse bien", "buena convivencia"Evitar violencia doméstica (física, psicológica.) familia/No tener muchos hijos relaciones sexualesConocer bien a su pareja/ Elegir bien a la pareja recursos económicos suficientes/ tener buenos ingresos buena educación a los hijos 11.....0 tras:</p> <p>ESPECIFICA</p> <p>_____</p> <p>CIRCULA SÓLO DOS RESPUESTAS</p>	<p>9.11 ¿A quién crees tú que le deberían de corresponder tomar las decisiones importantes que afectan a los miembros de la familia?</p> <p>1.....Totalmente a la mujer cierta participación de la mujer 3.....A los dos por igual con cierta participación del hombre</p>
<p>9.6 ¿En tu opinión, ¿qué crees que deba hacer una pareja que decide unirse o casarse y no ha terminado sus estudios?</p> <p>1La mujer debe abandonar sus estudios abandonar sus estudios estudiosNo sé 3</p>	<p>9.12 ¿A quién crees tú que le deberían de corresponder los gastos económicos de la familia?</p> <p>1.....Totalmente a la mujer participación de la mujer 3.....A los dos por igual cierta participación del hombre</p> <p>9.13 ¿Quién crees que tiene mayores oportunidades para...?</p> <p>_____</p> <p>CIRCULA UNA RESPUESTA EN CADA UNA DE LAS LÍNEAS</p> <p>Hombre Concluir sus estudios 1 Conseguir un buen trabajo 1 Conseguir mayores ingresos 1 Divertirse 1</p> <p>Mujer Ambos 2 3 2 3 2 3</p>

	2 3
<p>9.7 ¿En tu opinión, ¿qué crees que deba hacer una pareja que tiene un hijo y no ha terminado sus estudios?</p> <p>1La mujer debe abandonar sus estudios abandonar sus estudios estudios 3No sé</p>	<p>9.14 Respecto a la vida familiar ¿qué crees que tú puedas planear por adelantado:</p> <p>Sí No Cuándo terminar tus estudios? 1 Cuándo empezar a trabajar? 1 2 Cuándo casarte? 1 2 Cuándo tener hijos? 1 2 Cuántos hijos tener 1 2 La educación de los hijos? 1 2</p>
<p>9.8 ¿Con cuál forma de vivir en pareja estás más de acuerdo? 1 matrimonio por la iglesia</p> <p>2El matrimonio sólo por el civil el civil 4En unión libre Quién es el jefe de casa</p>	<p><input type="text"/></p> <p>CIRCULA UNA RESPUESTA EN CADA UNA DE LAS LÍNEAS</p>
<p>9.9 Dime qué tanto estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones: En Es</p> <p>acuerdo desacuerdo igual Una vez que te casas nunca debes divorciarte 1 2 3</p> <p>Una mujer es libre de decidir si quiere ser madre soltera 1 2 3</p> <p>Es válido divorciarse y volverse a casar 1 2 3</p> <p>Una pareja de homosexuales tiene derecho de casarse 1 2 3</p> <p>Es válido vivir en unión libre 1 2 3</p> <p>Debería estar permitido casarse con varias esposas 1 2 3</p> <p>Es válido que una pareja quiera formar un hogar sin hijos 1 2 3</p> <p><input type="text"/></p> <p>CIRCULA UNA RESPUESTA EN CADA UNA DE LAS LÍNEAS</p>	<p>9.15 ¿Qué tan importante para ti es en el futuro :</p> <p>Muy Impor- Poco Nada impor- tante imp-or- impor- ta tante tante</p> <p><input type="text"/></p> <p>CIRCULA UNA RESPUESTA EN CADA UNA DE LAS LÍNEAS</p> <p>¿Trabajar fuera de casa? 1 ¿Seguir estudiando? 1 ¿Atender el hogar? 1 ¿Casarte? 1</p> <p>¿Tener hijos? 1 ¿Cuidar a los hijos? 1 ¿Realizar una actividad artística? .. 1</p> <p>2 3 4 2 3 4 2 3 4 2 3 4 2 3 4 2 3 4</p>
<p>X. SITUACIÓN DE PAREJA Y CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA</p>	<p>10.12 ¿Qué edad tenías cuando dejaste de vivir en el hogar de tus padres por primera vez por más de seis meses?</p>
<p>10.1 Ahora quisieramos preguntarte sobre las relaciones de pareja ¿Actualmente tienes novio?</p> <p>1 Sí 2.....No PAS</p>	<p>Edad_____</p>
<p>10.2 ¿Piensas casarte o vivir con él? 1 Sí</p>	<p>10.13 ¿Cuánto tiempo dejaste de vivir en el hogar de tus padres la primera vez? Años _____ Meses _____</p>
<p>10.2 ¿Piensas casarte o vivir con él? 1 Sí</p>	<p>10.14 ¿Cuál fue la razón principal por la que dejaste de vivir en el hogar de tus padres por más de seis meses?</p>

2.....No	vivir en el hogar de tus padres?
10.3 ¿Cuánto tiempo tienen de ser novios? Menos de un mes..... 00 Meses Años.....	01Por razones de estudio 02Para salir a trabajar de los padres trabajar a otro lugar en México o en Estados Unidos problemas de salud de los padres casé o empecé a vivir con mi pareja
10.4 ¿Cuál es tu estado conyugal? 1.....Soltera 2.....Unión libre 3 Casada PASE A 10.10 PASE 10.10	4 ESPECIFICA 10.15 ¿Cuál es tu religión? 00NingunaEvangélicaMormona Jehová 09Cristiana
10.5 ¿Vive contigo tu esposo o compañero? 1 Sí 2.....No	10Otra
10.6 ¿Cuántos años cumplidos tiene tu esposo o compañero (tu ex compañero, el último)? Años_____	ESPECIFICA PASE A 10.23
10.7 ¿En qué mes y año te casaste o uniste por primera vez?Mes _____ Año _____	10.16 ¿Con qué frecuencia (cada cuándo vas) a la iglesia o templo?
10.8 Cuando tú y tu esposo o compañero comenzaron a vivir juntos ¿fueron a vivir solos? 1.....Sí PASE A 10.10 2.....No	1.....Diario vez al mes comuniones, bodas, etc) 5.....Algunas veces al año ESPECIFICA
10.9 ¿Con quién vivieron? 1..... Con mis padres 2..... Con los padres de mi esposo o compañero 3..... Con unos familiares míos 5.....Amigos	10.17 Ahora vamos a hacerte unas preguntas sobre vivienda ¿Cuántos baños con regadera hay en tu vivienda? Número de baños con regadera No hay00

<p>6.....Otros: _____ _____</p> <p>ESPECIFICA</p>	<p>10.18 ¿En tu vivienda tienen boiler o calentador de agua?</p> <p>1.....Sí 2.....No</p>
<p>10.10 ¿A qué edad te gustaría o te hubiera gustado casarte o unirte?</p> <p>Edad No quiero casarme (unirme) 00</p>	<p>10.19 En tu vivienda ¿hay al menos un auto para el uso de algún miembro del hogar, no importa que sea taxi o auto de su trabajo?</p> <p>1.....Sí 2.....No</p>
<p>10.11 ¿Alguna vez dejaste el hogar de tus padres más de seis meses para ir a vivir a otro hogar?</p> <p>1.....Sí PASE A 10.15 2.....No</p>	<p>10.22 En tu casa tienen...</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin: 5px 0;"></div> <p>PUEDES CIRCULAR MÁS DE UNA RESPUESTA</p> <p>1.....Computadora, laptop o mini (X-box, Play Station, etc.) 3.....Reproductor de DVD 4.....Repro</p>
<p>10.20 Contando todos los focos y las lámparas del techo ¿cuántos focos tiene tu vivienda?</p> <p>0..... No hay luz eléctrica 1 1 a 5 a210..... 6 4 16 a 20 5.....21 y más</p>	<p>10.23 ¿Tienes...</p> <p>1.....Celular propio sin internet 2.....Celular propio con internet 3.....Con tengo celular</p>
<p>NUEVAMENTE AGRADECEMOS TU PARTICIPACIÓN Y ESPERAMOS TENER TUS COMENTARIOS</p> <hr/>	

ANEXO C

Instrumento MEX3 Keeping in Real,

Folio No.

Encuesta Estudiantil

Escuela:	Profesor/a:	Turno:	Fecha:
----------	-------------	--------	--------

Estimado estudiante:

Con el objetivo de aprender sobre la salud de los estudiantes de las secundarias en las ciudades de Guadalajara, México (D. F.), y Monterrey, te invitamos a que completes este cuestionario.

Tu participación es **voluntaria**, por lo que no estás obligado a participar si no lo deseas. No obstante para nosotros, tu participación es muy importante.

Por favor **NO ESCRIBAS TU NOMBRE** ya que el cuestionario es **anónimo**. Toda la información que proporcionas es **confidencial**, por lo que profesores, autoridades escolares y padres de familia no tendrán acceso directo a esta información.

Por último, te pedimos NO dejar preguntas en blanco o sin contestar, a no ser que sean preguntas que no se apliquen a ti.

Si tienes alguna duda o pregunta, levanta la mano y alguien se acercará para ayudarte.

INSTRUCCIONES

1. Esta encuesta **NO** es un examen, por lo que **NO** hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor te pedimos que contestes con la mayor seriedad y honestidad posible cada una de las preguntas.

2. En cada pregunta busca la opción que se acerque más a tu situación y encierra en un círculo el número que acompaña dicha respuesta, o bien, si es el caso, responde directamente la pregunta llenando el recuadro.

EJEMPLO:

Una estudiante del sexo femenino y que tiene doce años tendrá que responder las siguientes preguntas como sigue:

¿Tú eres...?

1) Hombre

2

Mujer

¿Cuántos años cumplidos tienes?

12	Años
-----------	-------------

I. SOBRE TI Y TU FAMILIA

1.1 ¿Tú eres?

- 1) Hombre**
- 2) Mujer**

1.2 ¿Cuántos años cumplidos tienes?

_____	Años
-------	-------------

1.3 ¿Cuándo naciste? (*Escribe el día, mes, y año.*)

_____	_____	_____
<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>

1.4 ¿Dónde naciste?

- 1) Distrito Federal (D.F.)**
- 2) Guadalajara**
- 3) Monterrey**
- 4) Otro municipio en este estado**
- 5) Otro estado de la República**
- 6) Otro país _____**

(Especifica dónde)

1.5 ¿Cuántos años has vivido en esta ciudad o localidad?

- 1) Menos de un año**
- 2) 1-2 años**

- 3) 3-5 años
- 4) 6-10 años
- 5) Más de 10 años
- 6) Toda mi vida

1.6 ¿Cuál fue el último nivel de estudio de tu papá?

- 1) Ninguno
- 2) Primaria incompleta
- 3) Primaria completa
- 4) Secundaria incompleta
- 5) Secundaria completa
- 6) Preparatoria incompleta
- 7) Preparatoria completa
- 8) Un nivel mayor que la preparatoria

1.7 ¿Cuál fue el último nivel de estudio de tu mamá?

- 1) Ninguno
- 2) Primaria incompleta
- 3) Primaria completa
- 4) Secundaria incompleta
- 5) Secundaria completa
- 6) Preparatoria incompleta
- 7) Preparatoria completa
- 8) Un nivel mayor que la preparatoria

1.10 ¿Cuántas personas viven en tu casa incluyéndote a ti mismo? (No olvides a los niños pequeños y los ancianos)

_____	Personas
-------	----------

1.11 ¿Quiénes viven en tu casa ahora?	Si	No
A. Padre/ padrastro	1	2
B. Madre/ madrastra	1	2
C. Hermano (a)	1	2
D. Abuelo (a)	1	2
E. Otro pariente (s)	1	2
F. Otro no pariente (s)	1	2

1.12 ¿Qué lugar ocupas (orden) entre entere tus hermanos/as? Por favor escribe '1' si eres el mayor o hijo/a único, '2' si eres el segundo, '3' si eres tercero, etc.

Mi número de orden entre mis hermanos/as:	—
---	---

1.13 Por favor, escribe la primera letra del nombre de tu madre (como 'M' para Maria):

—

1.14 En tu casa hay suficiente dinero para:	Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Nunca
A. Comprar comida	1	2	3	4
B. Comprar gasolina para el carro o para tomar el camión	1	2	3	4
C. Pagar servicios básicos (luz, agua, etc.)	1	2	3	4
D. Pagar gastos escolares	1	2	3	4
E. Comprar la ropa que necesitas	1	2	3	4

1.15 ¿Cuántas veces has viajado a los Estados Unidos?

- 1) Nunca
- 2) Una vez
- 3) Dos veces
- 4) Tres o más veces

1.16 ¿Algún día te gustaría ir a trabajar o a vivir a los Estados Unidos?

- 1) Sí, mucho
- 2) Sí, un poco
- 3) No mucho
- 4) No, para nada

II. EDUCACIÓN

2.1 Tu promedio actual en la escuela es:

- 1) 9.0 – 10.0
- 2) 8.0 – 8.9
- 3) 7.0 – 7.9
- 4) 4.0 - 6.9

2.2 ¿Qué nivel educativo crees que vas a alcanzar?

(Por favor da una sola respuesta)

- 1) No creo que pueda terminar la secundaria
- 2) Sólo la secundaria
- 3) Sólo la preparatoria
- 3) Una carrera técnica
- 4) Una licenciatura o profesión como ingeniería
- 5) Una maestría

2.3 ¿Qué piensas hacer al salir de la secundaria? (Elige la más importante para ti)

- 1) Seguir estudiando
- 2) Trabajar
- 3) Trabajar y estudiar a la vez
- 4) Otra _____

(Especifica)

2.4 ¿Te sientes parte de esta secundaria?

- 1) Para nada

2) Un poco

3) Bastante

4) Mucho

2.5 ¿Durante la primaria, cuántos cursos tuviste de:	Ninguno	Sólo uno	2-3 cursos	Más de 3
A. Prevención en el uso de drogas	0	1	2	3
B. Educación sexual	0	1	2	3

III. TUS HABITOS

3.1 En toda tu vida, ¿cuántas veces tomaste alguna bebida alcohólica (*cerveza, vino, pulque, brandi, whisky, ron, tequila, cooler, presidencola, etc.*)?:

- 0) Ninguna vez → *pasa a la pregunta 3.7*
- 1) Una vez
- 2) 2-3 veces
- 3) 4-7 veces
- 4) 8-15 veces
- 5) 16-30 veces
- 6) 31-50 veces
- 7) Más de 50 veces

3.2 ¿A qué edad tomaste por primera vez una bebida alcohólica?

_____	Años
-------	------

3.3 En los últimos 30 días, ¿cuántas veces tomaste alguna bebida alcohólica?:

- 0) Ninguna vez → *pase a la pregunta 3.6*
- 1) Una vez
- 2) 2-3 veces

- 3) 4-7 veces
- 4) 8-15 veces
- 5) 16-30 veces
- 6) Más de 30 veces

3.4 En los últimos 30 días, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaste?

- 1) Una bebida (o parte de una bebida)
- 2) 2-3 bebida
- 3) 4-7 bebida
- 4) 8-15 bebida
- 5) 16-30 bebida
- 6) Más de 30 bebidas

3.5 En los últimos 30 días, ¿cuántas veces tomaste cinco o más bebidas alcohólicas seguidas (*durante un lapso de tiempo corto*)?

- 0) Ninguna vez
- 1) Una vez
- 2) Dos veces
- 3) De 3 a 5 veces
- 4) De 6 a 9 veces
- 5) 10 o más veces

3.6 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces te has emborrachado?

- 0) Ninguna vez
- 1) De 1 a 2 veces al año
- 2) De 1 a 2 veces al mes
- 3) De 1 a 2 veces por semana

4) Todos los días

3.7 En toda tu vida, ¿cuántas veces has fumado tabaco o cigarrillos?

0) Ninguna vez → *pase a la pregunta 3.11*

1) Una vez

2) 2-3 veces

3) 4-7 veces

4) 8-15 veces

5) 16-30 veces

6) 31-50 veces

7) Más de 50 veces

3.8 ¿A qué edad fumaste tabaco o cigarrillos por primera vez?

_____	Años
-------	------

3.9 En los últimos 30 días, ¿cuántas veces fumaste tabaco o cigarrillos?

0) Ninguna vez → *pase a la pregunta 3.11*

1) Una vez

2) 2-3 veces

3) 4-7 veces

4) 8-15 veces

5) 16-30 veces

6) Más de 30 veces

3.10 En los últimos 30 días, ¿cuántos cigarrillos te has fumado?

0) Ninguno

- 1) Sólo una fumada
- 2) Parte o un cigarrillo entero
- 3) De 2 a 3 cigarrillos
- 4) De 4 a 5 cigarrillos
- 5) De 6 a 10 cigarrillos
- 6) De 11 a 19 cigarrillos
- 7) De 1 a 5 paquetes (20 cigarrillos =Un paquete)
- 8) Más de 5 paquetes

3.11 En toda tu vida, ¿cuántas veces has fumado marihuana?

- 0) Ninguna vez → *pasa a la pregunta 3.15*
- 1) Una vez
- 2) 2-3 veces
- 3) 4-7 veces
- 4) 8-15 veces
- 5) 16-30 veces
- 6) 31-50 veces
- 7) Más de 50 veces

3.12 ¿A qué edad fumaste marihuana (hierba) por primera vez?

_____	Años
-------	------

3.13 En los últimos 30 días ¿cuántas veces has fumado marihuana?

- 0) Ninguna → *pasa a la pregunta 3.15*
- 1) Una vez
- 2) 2-3 veces
- 3) 4-7 veces
- 4) 8-15 veces
- 5) 16-30 veces
- 6) Más de 30 veces

3.14 En los últimos 30 días ¿cuántos porros (cigarros) de marihuana has fumado?

- 0) Ninguno
- 1) Sólo una fumada
- 2) Parte de un porro de marihuana
- 3) Un porro de marihuana entero
- 4) De 2 a 5 porros
- 5) De 6 a 9 porros
- 6) 10 o más porros

3.15 ¿Cuántas veces en tu vida has usado...?

	Ninguna	Solo una vez	2-3 veces	4-9 veces	10 veces o
A. Tranquilizantes (Valium, Diazepam, Librium, Ativan, Rohypnol, etc.)	0	1	2	3	4

B. Anfetaminas/estimulantes	0	1	2	3	4
C. Cocaína en polvo (perico, nieve, grapa) o pasta de cocaína	0	1	2	3	4
D. Crack	0	1	2	3	4
E. Alucinógenos (hongos, LSD, PCP, mezcalina, peyote)	0	1	2	3	4
F. Heroína (arpón, ficción, la H)	0	1	2	3	4
G. Inhalables (pegamento, pintura en aerosol, gasolina, activos, sprays, thinner)	0	1	2	3	4
H. Metanfetaminas (tachas, éxtasis, cristal)	0	1	2	3	4

IV. TUS ACTITUDES

	Definitivamente Sí	Probablemente	Probablemente	Definitivamente	No
4.1 Si tuvieras oportunidad éste fin de semana, usarías:					
A. ¿Alcohol?	1	2	3	4	
B. ¿Cigarrillos?	1	2	3	4	
C. ¿Mariguana?	1	2	3	4	

4.2 ¿Está bien que alguien de tu edad consuma:

	Definitivamente está bien	Está bien	No está bien	Definitivamente no está bien
A. Alcohol?	1	2	3	4
B. Cigarrillos?	1	2	3	4
C. Marihuana?	1	2	3	4

4.3 ¿Qué tan enojados se pondrían tus padres si se enteraran de que tú:

	Nada de enojados	Un poco enojados	Muy enojados	Bastante enojados
A. Te emborrachaste?	1	2	3	4
B. Fumaste cigarrillos?	1	2	3	4
C. Fumaste marihuana?	1	2	3	4

4.4 ¿Cómo reaccionarían tus mejores amigos si se enteraran de que tú:

	Muy positivo	Positivo	Ninguna reacción	Negativo	Muy Negativo
A. Te emborrachaste?	1	2	3	4	5
B. Fumaste cigarrillos?	1	2	3	4	5
C. Fumaste marihuana?	1	2	3	4	5

4.5 ¿Cuántos chavos (as) en tu escuela crees que han consumido alguna vez:

	Nadie	Casi nadie	Algunos	La mitad	Casi todos	Todos
A. Bebidas alcohólicas?	0	1	2	3	4	5
B. Cigarrillos?	0	1	2	3	4	5
C. Marihuana (hierba)?	0	1	2	3	4	5
D. Otro tipo de drogas?	0	1	2	3	4	5

4.6 Ahora piensa en los amigos con los que te juntas. Cuántos crees que han consumido alguna vez ...	Nadie	Casi nadie	Algunos	La mitad	Casi todos	Todos
A. ¿Bebidas alcohólicas?	0	1	2	3	4	5
B. ¿Cigarrillos?	0	1	2	3	4	5
C. ¿Mariguana (hierba)?	0	1	2	3	4	5
D. ¿Otro tipo de drogas?	0	1	2	3	4	5

4.7 ¿Dirías que "NO" si:	Muy seguramente diría que NO	Seguramente diría que NO	No es seguro que diría que NO	Para nada es seguro que diría que NO
A. Un miembro de la familia te ofreciera alcohol?	1	2	3	4
B. Un muchacho(a) en la escuela te ofreciera un cigarrillo?	1	2	3	4

C. Un amigo cercano te ofreciera marihuana	1	2	3	4
---	----------	----------	----------	----------

4.8 Estás de acuerdo con las siguientes opiniones:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
A. El tabaco es una droga tan peligrosa como cualquier otra	1	2	3	4
B. Consumir alcohol perjudicaría mis estudios	1	2	3	4
C. Consumir drogas de vez en cuando ayuda a la gente a superar sus problemas	1	2	3	4
D. Se deben probar las drogas para poder hablar a los demás sobre sus efectos	1	2	3	4
E. Consumir drogas me ayudaría a vivir experiencias nuevas que me harían más feliz	1	2	3	4
F. Tomar alcohol hace las fiestas más divertidas	1	2	3	4
G. Fumar cigarrillos ayuda a la gente a relajarse	1	2	3	4
H. Consumir marihuana hace más fácil ser parte del grupo	1	2	3	4

V. EXPERIENCIAS CON DROGAS

5.1 ¿En caso de que tú quisieras, qué tan fácil o difícil sería obtener:	Muy difícil	Algo difícil	Algo fácil	Muy fácil
A. Bebidas alcohólicas?	1	2	3	4
B. Cigarrillos?	1	2	3	4
C. Marihuana (hierba)?	1	2	3	4
D. Otras drogas?	1	2	3	4

5.2 ¿ Con que frecuencia en los <u>últimos 12 meses</u> has evitado situaciones o lugares en los cuales te podrían ofrecer:	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	10 o más veces
A. Bebidas alcohólicas?	1	2	3	4	5
B. Cigarrillos?	1	2	3	4	5
C. Marihuana (hierba)?	1	2	3	4	5
D. Otras drogas?	1	2	3	4	5

5.3 ¿En toda tu vida, cuántas veces las siguientes personas te han ofrecido una bebida alcohólica, un cigarrillo, marihuana, u otro tipo de drogas?:

	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-6 veces	7-10 veces	Más de 10 veces
A. Adultos en la familia?	0	1	2	3	4	5
B. Otros adultos?	0	1	2	3	4	5
C. Hermanos o primos?	0	1	2	3	4	5
D. Amigos?	0	1	2	3	4	5
E. Otros jóvenes?	0	1	2	3	4	5
F. Otra persona	0	1	2	3	4	5
<i>Especifica</i> _____						

5.4 ¿En los últimos 12 meses cuántas veces alguien te ofreció:

	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-6 veces	7-10 veces	Más de 10 veces
A. Una bebida alcohólica?	0	1	2	3	4	5
B. Cigarrillos?	0	1	2	3	4	5

C. Marihuana?	0	1	2	3	4	5
D. Otro tipo de drogas?	0	1	2	3	4	5

Si no recibiste ningún ofrecimiento de alcohol, tabaco, marihuana u otras drogas en los pasados 12 meses, por favor saltea a la pregunta 5.8

5.5 ¿Cuándo te ofrecieron alcohol en los últimos 12 meses, con que frecuencia tú:	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	10 o más	Nunca me han ofrecido
A. ¿Has rechazado sin decir por qué?	0	1	2	3	4	5
B. ¿Has dicho que NO y has explicado por qué?	0	1	2	3	4	5
C. ¿Te has alejado de la situación o del lugar?	0	1	2	3	4	5
D. ¿De qué otra manera has rechazado el ofrecimiento de alcohol?	0	1	2	3	4	5
<p>Por favor, especifica la otra manera:</p> <hr/>						

5.6 ¿Cuando te ofrecieron cigarrillos en los <u>últimos 12 meses</u> , con que frecuencia tú:	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	10 o más	Nunca me han ofrecido
A. ¿Has rechazado sin decir por qué?	0	1	2	3	4	5
B. ¿Has dicho que NO y has explicado por qué?	0	1	2	3	4	5
C. ¿Te has alejado de la situación o del lugar?	0	1	2	3	4	5
D. ¿De qué otra manera has rechazado la oferta de cigarrillos? ↻	0	1	2	3	4	5
Por favor, especifica la otra manera: _____						

5.7 ¿Cuando te ofrecieron marihuana en los <u>últimos 12 meses</u> , con que frecuencia tú:	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	10 o más	Nunca me han ofrecido
A. ¿Has rechazado sin decir por qué?	0	1	2	3	4	5
B. ¿Has dicho que NO y has explicado por qué?	0	1	2	3	4	5

C. ¿Te has alejado de la situación o del lugar?	0	1	2	3	4	5
D. ¿De qué otra manera has rechazado la oferta de mariguana? ↻	0	1	2	3	4	5
Por favor, especifica la otra manera: <hr/>						

5.8 ¿Si un amigo te ofreciera una cerveza en una fiesta...

	Definitivamente Sí	Probablemente Sí	Probablemente Sí	Definitivamente No
A. Dirías que “No” sin dar una razón de por qué no?	1	2	3	4
B. Darías una explicación o excusa del por qué no quieres tomar la cerveza?	1	2	3	4
C. Te retirarías de la situación sin tomar la cerveza?	1	2	3	4
D. Encontrarías otra manera de no aceptar la cerveza?	1	2	3	4
E. Evitarías meterte en esa situación porque crees que te pueden ofrecer cerveza?	1	2	3	4

VI. CONDUCTAS Y DECISIONES

6.1 ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia has hecho las siguientes cosas?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi todos los días
A. Quehaceres del hogar o cuidar niños en la casa	0	1	2	3	4
B. Hacer algo peligroso porque alguien te retó a hacerlo	0	1	2	3	4
C. Participar en un equipo o club de la escuela para hacer deportes o participa en un grupo	0	1	2	3	4
D. Hacerte la pinta (faltar a clases)	0	1	2	3	4

E. Lastimar a un animal	0	1	2	3	4
F. Hacer actividades de voluntariado	0	1	2	3	4
G. Ayudar a alguien en tu barrio o tu ciudad	0	1	2	3	4

6.2 Cuándo tengo un problema importante que resolver, yo:	Nunca	Casi nunca	Algunas	Casi siempre	Siempre
A. Pido información para tomar la mejor decisión	0	1	2	3	4
B. Dejo que alguien decida por mí.	0	1	2	3	4
C. Pienso sobre diferentes maneras de resolver el problema	0	1	2	3	4
D. Dejo que pase, sin hacer nada	0	1	2	3	4
E. Pienso acerca de las consecuencias por cada decisión antes de hacer algo	0	1	2	3	4
F. Hago lo que todos los demás hacen	0	1	2	3	4

6.3 A estas preguntas contesta sí o no

	Sí	No
A. Si un amigo me retara a fumar un cigarrillo lo haría aunque no tuviera ganas de fumar	1	2
B. Yo acompañaría a mi mejor amigo si fuera a faltar a clase	1	2
C. Me sentiría menos si no tomara alcohol en una fiesta en la que todos toman	1	2
D. Acompañaría a mis amigos al cine aunque tuviera que estudiar para un examen	1	2
E. Andaría con gente que se mete habitualmente en problemas	1	2
F. Si mis amigos me retan a hacerlo, arrancaría una página de un libro de la biblioteca	1	2

XII. RELACIONES CON PADRES

7.1 ¿Cómo describirías la relación con tu mamá o madrastra?

- 1) Excelente
- 2) Muy buena
- 3) Buena
- 4) Mala
- 5) Muy Mala
- 6) No tengo mamá/ madrastra

7.2 ¿Cómo describirías la relación con tu papá o padrastro?

- 1) Excelente
- 2) Muy buena

- 3) Buena
- 4) Mala
- 5) Muy Mala
- 6) No tengo papá/ padrastro

7.3 ¿Qué tan seguido tu papá o tu mamá:	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
A. Sabe qué haces con tu tiempo libre?	1	2	3	4
B. Sabe con qué amigos te juntas en tu tiempo libre?	1	2	3	4
C. Te pregunta a dónde vas cuando sales de casa?	1	2	3	4
D. Generalmente sabe lo que haces después de la escuela?	1	2	3	4
E. Te deja hacer lo que quieras?	1	2	3	4
F. Te dice a qué hora tienes que volver a casa?	1	2	3	4

7.4 Tu mamá y/o tu papá:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
A. Realmente te entienden	1	2	3	4
B. Se preocupan por lo que sientes	1	2	3	4
C. Están disponibles cuando necesitas su ayuda	1	2	3	4
D. Te prestan suficiente atención	1	2	3	4
E. Te hacen saber que se preocupan por ti	1	2	3	4
F. Escuchan tu punto de vista	1	2	3	4

7.5 Piensa en lo ocurrido en el ÚLTIMO MES en tu casa y contesta a las siguientes frases sobre tu relación con tu mamá y/o papá:

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
A. No te entienden	0	1	2	3	4
B. Cuando defiendes tu opinión, se ponen furiosos	0	1	2	3	4
C. Se enfadan a diario	0	1	2	3	4
D. Dicen que no tienes consideración con ellos	0	1	2	3	4
E. Son unos mandones	0	1	2	3	4
F. Las conversaciones con ellos son frustrantes	0	1	2	3	4

G. En general, crees que tú y ellos se llevan mal	0	1	2	3	4
H. Gritan mucho	0	1	2	3	4
I. Les cuesta mucho ser los primeros en disculparse	0	1	2	3	4

7.6 A veces algunos padres hablan con sus hijos sobre el consumo de alcohol para ayudarlos a tomar decisiones.

¿Hacen tus padres (madre y/o padre) las siguientes cosas contigo?

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
A. Aunque no te ha hablado directamente sobre el uso de alcohol, te han dado a entender que no debes tomar	1	2	3	4
B. Te han advertido de los peligros de tomar alcohol	1	2	3	4
C. Te han hablado de cómo responder cuando te ofrecen bebidas alcohólicas	1	2	3	4
D. Te ha dado reglas a obedecer sobre el uso del alcohol	1	2	3	4
E. Te cuentan sobre personas que toman alcohol o que se han emborrachado	1	2	3	4
F. Te dicen que se sentirían desilusionados contigo si tomaras alcohol	1	2	3	4
G. Te preguntan tus opiniones sobre tomar alcohol	1	2	3	4

7.7 Las siguientes frases son acerca de lo que la gente puede pensar o creer. Recuerda, no hay respuestas correctas o incorrectas. ¿Que tanto crees que...?	Nada	Poquito	Algo	Bastante	Completamente
A. Los hombres deberían ganar la mayoría del dinero para la familia para que las mujeres puedan quedarse en casa y cuidar a los hijos y el hogar.	0	1	2	3	4
B. Las familias necesitan vigilar y proteger más a las niñas adolescentes que a los niños adolescentes.	0	1	2	3	4
C. En la familia es importante que el hombre tenga más poder que la mujer.	0	1	2	3	4
D. Las madres son la persona principal responsable por la crianza de los hijos.	0	1	2	3	4
E. Una esposa debería siempre apoyar las decisiones de su esposo, aunque no esté de acuerdo con él.	0	1	2	3	4

XIII. RELIGIÓN

8.1 ¿Cuál es tu religión? (*marca sólo una opción*).

- 1) Católico
- 2) Iglesia Evangélica
- 3) Testigo de Jehová, Adventista, o Mormón
- 4) Judío
- 5) Musulmán

6) Otra religión: _____

(Especifica)

7) No tengo religión → *pasa a la pregunta 9.1*

8.2 ¿Qué tan importante es la religión para ti?

- 1) Muy importante
- 2) Importante
- 3) Algo importante
- 4) Nada importante

8.3 ¿Qué tan seguido vas a los servicios religiosos en tu iglesia, mezquita, sinagoga o templo?

- 1) Nunca
- 2) Raramente
- 3) Unas pocas veces al año
- 4) Una o dos veces al mes
- 5) Cada semana

IX. RELACIONES

9.1 ¿Has tenido novio (a)?

- 1) No
- 2) Sí, una vez
- 3) Sí, dos veces
- 4) Sí, más de dos veces

9.2 ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?

- 1) Sí
- 2) No → *pasa a la pregunta 9.7*

9.3 ¿Cuántos años tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?

	Años
--	------

9.4 ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, tomaste alcohol o usaste alguna droga antes de tener relaciones sexuales?

- 1) Sí
- 2) No

9.5 ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, tú o tú pareja se protegieron usando el condón?

- 1) Sí
- 2) No

X. MIS SENTIMIENTOS

10.1 Durante la <u>semana pasada</u>, ¿con qué frecuencia te has sentido de esta manera?:	Nunca o raramente	Algunas o	Ocasionalmente	La mayor parte
A. Me sentí deprimido (a)	1	2	3	4
B. Sentí que todo lo que hacía tomaba esfuerzo	1	2	3	4
C. Dormí mal	1	2	3	4
D. Me sentí feliz	1	2	3	4
E. Me sentí solo/a	1	2	3	4
F. La gente no fue amistosa	1	2	3	4
G. Disfruté de la vida	1	2	3	4
H. Me sentí triste	1	2	3	4
I. Sentí que no le caía bien a los demás	1	2	3	4
J. No pude motivarme	1	2	3	4

XI. SEGURIDAD PERSONAL

11.1 ¿Cuántas veces has visto o escuchado estas cosas alrededor de tu casa o barrio (no en la televisión o en películas)?	Nunca	Una vez	2 veces	3 veces	4 o más veces
A. He escuchado disparos.	0	1	2	3	4
B. He visto arrestar a alguien.	0	1	2	3	4
C. He visto a alguien ofreciendo drogas.	0	1	2	3	4
D. He visto a alguien ser golpeado.	0	1	2	3	4
E. He visto cuando apuñalaban a alguien.	0	1	2	3	4
F. He visto cuando le disparaban a alguien.	0	1	2	3	4
G. He visto pandillas en mi barrio.	0	1	2	3	4
H. He visto a alguien apuntando con un arma de fuego a otra persona	0	1	2	3	4
I. He visto a alguien amenazando con un cuchillo a otra persona.	0	1	2	3	4
J. He visto a alguien robar una casa o un negocio.	0	1	2	3	4

11.2 En <u>los últimos 12 meses</u> ¿cuántas veces...?	Nunca	Una vez	2 veces	3 veces	4 o más veces
A. ...alguien te ha amenazado o lastimado con un arma de fuego, cuchillo, palo u otro objeto, etc.	0	1	2	3	4
B. ...tu papá o mamá te empujó, pellizcó, golpeó o lastimó físicamente	0	1	2	3	4
C. ...tu hermano, hermana, primo o prima te golpeó o lastimó físicamente	0	1	2	3	4
D. ... participaste de una pelea donde alguien te golpeó a ti	0	1	2	3	4

11.3 ¿Cuántas veces has hecho las siguientes cosas <u>durante los últimos 12 meses</u>, en la escuela o en cualquier lugar fuera de la escuela?	Nunca	Una vez	2 veces	3 veces	4 o más veces
A. Golpeé o di un puntapié a alguien.	0	1	2	3	4
B. Empujé a alguien.	0	1	2	3	4
C. Llevé un cuchillo o arma de fuego.	0	1	2	3	4
D. Usé un arma en una pelea.	0	1	2	3	4
E. Me metí en una pelea con un grupo de niños peleando a otro grupo de niños.	0	1	2	3	4
F. Dañé o destruí las cosas que pertenecían a otra persona.	0	1	2	3	4
G. Usé la fuerza física con otros para que ellos hicieran lo que yo quería.	0	1	2	3	4
H. Tomé cosas de una persona (robo) o de una tienda.	0	1	2	3	4
I. Golpeé o le di bofetadas a mi novio/novia.	0	1	2	3	4
J. Me burlé de otros estudiantes.	0	1	2	3	4
K. Mentí o inicié rumores falsos sobre otro estudiante.	0	1	2	3	4

¡Muchas gracias por tu participación!