Revista Electrónica de Psicología Iztacala

Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 22 No. 2 **Junio de 2019**

RIESGO PSICOSOCIAL EN ESTUDIANTES DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE YUCATÁN, MÉXICO[1]

María de Lourdes Pinto Loria[2], Efraín Duarte Briceño[3] y María Fernanda Parada Dávila[4]

Universidad Autónoma de Yucatán

México

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue describir los factores o conductas de riesgos psicosociales presentados en los adolescentes. Se exploraron variables como el tipo de familia, noviazgo, conducta sexual, consumo de alcohol y trabajo según el sexo y región geográfica (urbana, maya y costera) donde se ubican las escuelas incluidas. El tipo de tipo de estudio fue de encuesta, transversal de campo. Participaron 305 alumnos de escuelas secundarias públicas de Yucatán, 153 mujeres (50.1%) y 152 hombres (49.8%), con una media de edad de 13 años. Se elaboró un Cuestionario Semiestructurado de Riesgo Psicosocial (CSRS). Los datos se analizaron mediante el uso frecuencias, descriptivos, análisis de contenido y estadística inferencial utilizando la prueba de χ^2. Los adolescentes de la región costera presentaron los puntajes más significativos en actividad sexual temprana,

[1] Este trabajo es parte de los resultados del proyecto “Riesgo e intención de suicidio en adolescentes yucatecos: un modelo de prevención”, financiado por el Programa de Fondos Mixtos CONACYT-Gobierno del Estado de Yucatán con clave 66071.

[2] Maestra en Psicología y profesora titular en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán. Miembro del Cuerpo Académico “Escuela y Bienestar”. Dirección: Km. 1 carretera Mérida-Tizimin. Cholul. C.P. 97306. E-mail: lourdes.pinto@correo.uady.mx. Tel:+521 9997387746

[3] Profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán. Coordinador del Cuerpo Académico “Escuela y Bienestar”. Doctorado. Dirección: Km. 1 carretera Mérida-Tizimin. Cholul. C.P. 97306. E-mail: efrain.duarte@correo.uady.mx. Tel: +5219999478621

[4] Facultad de Psicología: Universidad Autónoma de Yucatán. Becaria CONACY. Proyecto Fomix-Yuctán 66071. Dirección: Km. 1 carretera Mérida-Tizimin. Cholul. C.P. 97306. E-mail: mfernandapd@gmail.com Tel:+521 9992171757

consumo de alcohol, trabajar y recibir pago por ello y, problemas familiares y sociales. Se encontraron diferencias por sexo, donde los varones son los que de manera temprana comienzan su actividad sexual. Se señala la importancia fomentar las habilidades para la vida en la escuela y prevenir dichos riesgos.
Palabras clave: adolescentes, factor o conducta de riesgo psicosocial, estudiantes de secundaria, región geográfica.

RIESGO PSICOSOCIAL EN ESTUDIANTES DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE YUCATÁN, MÉXICO

ABSTRACT

The goal of the study was to describe the factors or behaviors of psychosocial risks presented in adolescents by exploring variables such as family type, engagement, sexual behavior, alcohol consumption, work, according to the geographic region (urban, mayan and coastal) where the schools included are located. A transversal and field study survey was conducted. A total of 305 junior high students from Yucatán, participated 153 women (50.1%) and 152 men (49.8%) with a mean age of 13 years old. A Semistructured Questionnaire of Psychosocial Risks (SQPR) was designed. The data were analyzed using frequencies, descriptive, content analysis and inferential statistics using the test of χ^2. The adolescents in the coastal region presented the most significant scores in sex activity, drinking, working and being paid, and family and social problems. Differences were found by sex, where males are those who begin their sex activity. The importance to foster life skills and prevent those risks is pointed out.
Keywords: adolescents, psychosocial risk factor or behavior, secondary school students, geographic region.

La noción de Índice de Riesgo Psicosocial en Jóvenes, propuesto por Weinstein hace más de una década, incorpora diez dimensiones de vulnerabilidad predictoras de daño psicosocial en la juventud que repercuten en la adultez, las cuales son: el nivel socioeconómico, la familia de origen, pares, adicciones, sexualidad, relación con la educación formal, relación con el empleo, relación con el sistema legal o penal, características psicológicas y redes de apoyo. Siendo las de más alta ponderación la familia de origen y la relación con la educación formal (Weinstein, 1992 y Krauskopf, 1995).

Asimismo, este enfoque está dirigido a la búsqueda de acciones más integrales y coordinadas entre diferentes disciplinas de la salud, docentes de la comunidad, religiosos, políticos y, más importante, la familia; éstos, deben de estar enfocados a reducir los factores o conductas favorecedoras de riesgo e incrementar los

factores o conductas protectoras, así como brindar oportunidades para un pleno crecimiento, desarrollo y bienestar del adolescente (Pasqualini, 2010).

Según Pasqualini (2010), los riesgos son factores o conductas que pueden ser parte de la persona o del ambiente que le rodea, éstos se relacionan directamente con el aumento de la probabilidad de los resultados o consecuencias adversas para la salud y la vida en general. Son situaciones o antecedentes que involucran a varios ámbitos de la vida, como: situaciones personales, familiares, sociales o económicas, que pueden estar favoreciendo la aparición de diversas problemáticas.

Por lo tanto, para lograr comprender los problemas de salud se tiene que tomar en cuenta la realidad en tres dimensiones (Castellanos, 1998): (1) el modo de vida, que se expresa en la vida cotidiana de las personas y que corresponde a una visión general de las características del medio natural donde se asienta, de su organización económica y política, de su forma de relacionarse con el medio ambiente, de su cultura, de su historia y de otros procesos generales que conforman su identidad como formación social; (2) las condiciones de vida, éstas se conforman por los diferentes sectores de la población y las relaciones que entablan entre ellos y (3) el estilo de vida, constituido por las características biológicas, geográficas, laborales, hábitos, normas, valores, nivel educativo, así como la participación y distribución de los bienes y servicios.

Bajo esta perspectiva, la salud es concebida como un fenómeno social que depende de la interacción de múltiples variables, ya sean éstas sociales, políticas, económicas, culturales y científicas. Dicho fenómeno responde a una condición cultural e histórica, ya que a cada época le corresponde una estructura irrepetible de poder, técnicas, ideas, costumbres, creencias y normas (Alcántara Moreno, 2008). De acuerdo con lo anterior, los adolescentes de diferentes partes del mundo se enfrentan ante diversas problemáticas de salud que son propias de su modo de vida, condiciones de vida y estilo de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995) define a la adolescencia como la segunda década de vida del ser humano que abarca las edades entre 10 y 19 años. Asimismo, la etapa de la adolescencia se caracteriza por múltiples y continuos cambios físicos, psíquicos y comportamentales que pueden ser negativos o positivos; sin embargo, su importancia radica en que las experiencias de transición alteran el equilibrio afectivo y la percepción subjetiva y objetiva del bienestar (Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez, 1992; Gómez-Bustamante y Cogollo, 2010). En México, los adolescentes equivalen al 20.2% de la población total del país, de este total, 50.3% son hombres y 49.7% son mujeres (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012).

El enfoque de riesgo y la visión más amplia de la salud, incitan a un cambio en la atención que se da al adolescente. El enfoque de riesgo asume que mientras más nociones o conocimientos se tengan de las situaciones de vulnerabilidad y de

exposición al peligro, hay mayor posibilidad de evitar con anticipación y tomar acciones para prevenir, modificar o intervenir los eventos negativos (Silber, 1992; Weinstein, 1992; Krauskopf, 1995).

Dada las múltiples problemáticas que presentan los adolescentes en la actualidad, la currícula de la educación secundaria en México ha emigrado a un planteamiento basado en competencias; por lo cual se establece que el perfil de egreso de los estudiantes debe de estar orientado hacia el desarrollo de las competencias para que sepan enfrentarse a los retos y problemas de la sociedad actual a partir de la toma de decisiones asertiva, crítica y reflexiva (Secretaría de Educación Pública, [SEP], 2011 y SEP, 2012).

Por otro lado, hay que considerar que la población de jóvenes representa el 24.5% de la población mundial. Todos ellos están experimentando cambios en sus respectivas regiones, ya sean cambios sociales, demográficos, ambientales o de nuevas tecnologías; y precisamente durante esta etapa del desarrollo, comienzan a adquirir hábitos perjudiciales para la salud que provocan posteriores problemas en la edad adulta (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010). Dentro de este contexto, es importante considerar que las principales causas de mortalidad en el grupo de 15 a 29 años son: lesiones (violencia y homicidios) (43%), accidentes de tránsito (26%), otras lesiones (20%) y suicidio (11%). Asimismo, en el Caribe, el VIH/SIDA figura entre las cinco principales causas de muerte entre los jóvenes (OPS, 2010).

En cuanto a la vida sexual, el inicio de las relaciones de este tipo se ha adelantado. Aproximadamente el 50% de las mujeres de 15 a 24 años han iniciado su vida sexual a los 15 años, el porcentaje es mayor en la zonas rurales y con jóvenes de bajos niveles de educación. En relación a la frecuencia de los embarazos no deseados y planeados, en el Caribe tiene 27%, Centroamérica 31% y Estados Unidos 46%. Como consecuencia, las adolescentes embarazadas, en comparación con las mujeres adultas, tienen mayor riesgo de no lograr terminar sus estudios, más riesgo de obtener empleos informales y de pobreza, y de que sus niños sufran de riesgos de salud. Asimismo, los adolescentes de 12 a 19 años ya han comenzado su vida sexual, en un 25.5% en el caso de los hombres y en un 20.5% en el de las mujeres (ENSANUT, 2012).

En cuanto al consumo de sustancias tóxicas, un estudio de ámbito escolar en siete países latinoamericanos, mostró que aproximadamente uno de cada 10 adolescentes de 13 a 17 años de edad afirmó haber consumido drogas ilegales por lo menos una vez en su vida. En México, los adolescentes comienzan a fumar a los 14 años y su prevalencia en el 2012 fue de 2.6%. En el 2012, el 28.8% de los hombres y el 21.2% de las mujeres refirió consumir alcohol (ENSANUT, 2012).

Otros problemas que están presentes en los adolescentes y repercuten en el ámbito escolar, son los eventos estresantes y las dificultades de afrontarlos, estos problemas no sólo se manifiestan en problemas emocionales o conductuales, sino

también en la salud del adolescente (Kim, Conger, Elder y Lorenz, 2003; 2004; Windle y Mason, 2004). Bajo esta perspectiva, la salud mental de los adolescentes se ha abordado desde los factores de riesgo, sin dejar de lado los factores o conductas protectoras; éstos últimos son aquellas influencias que pueden modificar, mejorar o alterar la reacción de una persona hacia algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo (Rutter, 1985). Existen dos tipos de factores o conductas protectoras (Donas Burak, 2001): (1) los de amplio espectro, que indican mayores probabilidades de conductas protectoras que favorecen que no acontezcan riesgos, este tipo de factores incluyen una familia contenedora, con buena comunicación interpersonal, alta autoestima, proyecto de vida planteado, locus de control interno, sentido de vida elaborado, la permanencia en el sistema educativo y un alto nivel de resiliencia; y (2) factores protectores o comportamientos específicos a ciertas conductas de riesgo, como el uso del cinturón de seguridad, la abstinencia a las relaciones sexuales o el uso de preservativo y no consumir sustancias tóxicas legales o ilegales.

Los factores o conductas de alto riesgo se dan con mayor frecuencia en adolescentes con un perfil psicológico agresivo, excesivo énfasis en la independencia personal y la tendencia a las actividades desviantes (Silber, 1992). Asimismo, los factores o conductas de riesgo de amplio espectro son: una familia con pobres vínculos entre sus miembros, violencia intrafamiliar, baja autoestima, pertenencia a un grupo de comportamientos de riesgo, deserción escolar, locus de control externo (Donas Burak, 2001).

Entre otros factores que se han investigado como comportamientos de riesgo para la salud, se encuentran los síntomas depresivos, el ser de sexo masculino y tener baja religiosidad (Campo-Arias, Cogollo y Díaz; 2008); trastornos del aprendizaje, de la conducta alimentaria y los depresivos, las conductas violentas, el excesivo consumo de alcohol, tabaco y drogales ilegales, episodios de embriaguez y el consumo de sustancias adictivas por amigos y familiares (Paniagua Repetto y García Calatayud; 2003); los problemas emocionales en todos los ámbitos, pero específicamente en el familiar y la salud vinculados con la comunicación con los padres, la excesiva preocupación de la autoimagen corporal, particularmente para el sexo femenino, el consumo de cigarro y alcohol y la tendencia al aislamiento (Barcelata, Durán y Lucio, 2004).

En consecuencia, en esta etapa del desarrollo, la escuela representa un factor protector vital, por lo cual, en México, en la educación básica se pone énfasis en el documento sobre la acción tutorial (SEP, 2011), la cual se replantea y se concibe como un desafío en la secundarias, ya que intenta relacionar la vida de los estudiantes y sus intereses con los temas, discusiones y aprendizajes que se desarrollan en el aula. Es decir, la tutoría es un espacio para el acompañamiento y la gestión de un grupo escolar coordinado por el docente, ahí, se promueven procesos de autoconocimiento, diálogo, reflexión, desarrollo de habilidades,

asertividad, identificación de factores o conductas de riesgos y de protección. Es una escucha activa bidireccional que coadyuva a la convivencia.

Finalmente, es importante considerar que este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio, que tiene como propósito desarrollar habilidades para la vida en estudiantes y tutores de escuelas secundarias con el fin de contribuir en la atención de las múltiples problemáticas que presentan los adolescentes de Yucatán, México.

MÉTODO

Esta investigación se trata de un estudio de encuesta, de tipo descriptivo, transversal y de campo. Participaron 305 alumnos de 7 escuelas secundarias públicas de tres regiones: urbana, costera y maya[5]. Todas estas, ubicadas en el Estado de Yucatán, México. En la tabla 1 se desglosa la organización de la muestra de estudio por región y grupos.

Características		*f*	Porcentaje
Grado escolar	Primero	147	48.2%
	Segundo	74	24.3%
	Tercero	84	27.5%
Región	Urbana	102	33.4%
	Costera	101	33.2%
	Maya	102	33.4%

Tabla 1.*Características de la muestra por grado escolar y región*

Para la recolección de datos se diseñó -ex profeso- un cuestionario de tipo semiestructurado con formato de respuesta de elección múltiple, dicotómicas y de respuesta libre. El Cuestionario Semiestructurado de Máximos Riesgos (CSMR) incluye doce variables: (1) Sexo, (2) Edad, (3) Grado escolar, (4) Región, (5) Tipo de familia, (6) Personas significativas, (7) Edad del primer noviazgo, (8) Conducta sexual, (9) Consumo de alcohol, (10) Actividades recreativas, (11) Trabajo y (12) Dificultades personales y/o escolares. El instrumento fue aplicado de manera grupal y el análisis de los datos se realizó con medidas de frecuencia y descriptivos, asimismo, se utilizó la técnica de análisis de contenido para las preguntas de respuesta libre. Las respuestas libres fueron contabilizadas reportando las categorías, las frecuencias y los porcentajes. Por otra parte, también se realizaron comparaciones por sexo y región para cada una de las variables anteriormente mencionadas, utilizando la prueba de χ^2. Los indicadores y variables que conformaron el CSMR se presentan en la tabla 2.

[5] Región en que se cultiva o se cultivó tradicionalmente el henequén y en la que se desarrolló la agroindustria henequenera de Yucatán, México.

Variables	Indicador	No. De ítems
Sexo	Mujer/Hombre	1
Edad	Años de la persona	1
Grado	1º grado/2º grado/3º grado	1
Región	Urbana/Costera/Maya	1
Tipo de familia	Nuclear/Extensa/Monoparental madre/Monoparental padre/Otro	1
Personas significativas	Respuesta libre	1
Edad del primer noviazgo	Años de la persona	1
Conducta sexual	Sí/No/Años	3
Consumo de alcoholl	Sí/No/Frecuencia	3
Actividades recreativas	Leer/Hacer ejercicio/Navegar en redes sociales/Dormir/Trabajar/Otro Más de una actividad	2
Trabajo	Sí/No	2
Dificultades personales y/o escolares	Respuesta libre	1

Tabla 2. *Variables e indicadores del cuestionario CSMR*

En este cuestionario se realizó un análisis exploratorio para establecer su validez y confiabilidad. En cuanto a la validez, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, el cual reveló un total de seis factores que explican el 75% de la varianza después de la rotación, los reactivos de sexo, tipo de familia y actividades de tiempo libre no puntuaron en algún factor. Posteriormente, se realizó un análisis de confiabilidad de Cronbach por factor, que reveló los siguientes índices de confiabilidad: Factor de Trabajo de .95, Factor de Datos generales de .79, Factor de Conducta sexual de .83, Factor de Ubicación geográfica escolar .60 y Factor de Consumo de alcohol .80.

Para llevar a cabo esta investigación, se realizaron las siguientes actividades: (a) solicitud de autorización a las escuelas para la aplicación del instrumento; (b) aplicación del CSMR en el aula de clases en los horarios de su tutoría, bajo la supervisión de una persona adscrita a la investigación, quiénes previamente explicaron los objetivos del estudio, garantizando la confidencialidad y anonimato de las respuestas del cuestionario, la aplicación duró aproximadamente diez minutos; (c) codificación de la información; y (d) análisis descriptivo y prueba de hipótesis con la prueba χ^2.

RESULTADOS

De acuerdo con la información recabada a través del cuestionario CSMR y las variables que contiene dicho instrumento, las cuales se establecieron como ejes para el análisis de los resultados, se presentan a continuación los datos de cada una de ellas.

Sexo. Al hacer el análisis descriptivo de los participantes, se encontró que 153 (50.2%) son mujeres y 152 (49.8%) hombres.

Edad. Las edades oscilaron entre los 12 y 18 años, con una Media de 13 años y una *DE* de 1.10.

Grado. De acuerdo al grado escolar, el 48.2% cursa el primer año de secundaria, el 27.5% el segundo año y el 24.3% el tercer año.

Región. De acuerdo con esta variable, los participantes se distribuyeron de la siguiente forma: 102 (33.4%) en la región urbana, 101 (33.2%) en la costera y 102 (33.4%) en la maya.

Tipo de familia. En relación al Tipo de familia, se reporta que los 178 (58.4%) estudiantes viven en familias nucleares, 87 (28.5%) en familias extensas y 38 (12.5%) en otros tipos de familia.

Personas significativas. En esta variable el 67 (22%) de los estudiantes respondieron que son con sus familiares con quienes se llevan mejor y las consideran personas importantes en su vida. Sólo 4 (1.3%) respondieron que ninguna personas es importante para ellos.

Personas significativas	*f*	Porcentaje
Madre	54	17.7%
Padre	9	3.0%
Padres (papá y mamá)	91	29.8
Abuelos (as)	4	1.3%
Hermanos (as)	32	10.5%
Amigos, novio, exnovio	2	0.7%
Familiares (tíos, sobrinos, primos, cuñados)	67	22%
Todos	32	10.5%
Ninguno	4	1.3%
No respondieron	10	3.3%
Total	305	100%

Tabla 3. *Relación de personas que los estudiantes consideran significativas en su vida.*

Edad del primer noviazgo. Los participantes reportan que la edad del comienzo del primer noviazgo fue entre los 11 y 17 años, siendo el promedio de edad de 11.53 años.

Conducta sexual. De toda la muestra, 41 participantes (13.5%) reportaron que ya experimentaron su primera relación sexual o debut sexual, de éstos: 41.5% son mujeres y 58.5% son hombres. En cuanto a la edad de la primera relación el promedio fue de 14 años. El 20.9% (67) revelaron que continúan teniendo relaciones sexuales.

Consumo de alcohol. En cuanto a esta variable, los resultados arrojaron que 135 (44.3%) de los estudiantes ha probado el alcohol, lo cual hicieron alrededor de los 5 y los 16 años, siendo la edad promedio de consumo 12 años. Es importante mencionar que del porcentaje del estudiantado que ha probado el alcohol, el 19% de ellos ya no lo ha vuelto a consumir, el 3.6% contestó que lo consume una vez a la semana, el 2% contestó que dos veces a la semana, el 0.7% lo consume tres veces a la semana y el 11% mencionó que consume alcohol en otros periodos.

Actividades recreativas. De acuerdo con esta variable, el 2.6% usa su tiempo libre para leer, el 12.8% hace ejercicio, el 7.9% se dedica a navegar en redes sociales (Facebook, twitter), el 3% duerme, el 3.6% trabaja, el 27.2% hace otro tipo de actividades y el 42.6% hace más de una de las actividades ya mencionadas.

Trabajo. De acuerdo con esta variable, es importante mencionar que el 31.1% del estudiantado trabaja y, de éstos, el 28.9% reportó que recibe un pago por dicho trabajo.

Dificultades personales y/o escolares. Respecto a esta variable, como se puede ver en la Tabla 4, la mayoría de los participantes perciben una ausencia de respeto en la convivencia entre los compañeros, haciendo referencia al bullying, groserías (insultos y/o apodos), robos entre compañeros y peleas (41.3%) y el segundo mayor porcentaje de respuestas fue para problemas familiares (15.1%). Finalmente, la menor representatividad está dada por los problemas relacionados con la sexualidad y la drogadicción.

Categoría	*f*	%
Ausencia de respeto en la convivencia entre los compañeros	126	41.3%
Ausencia de problemas entre compañeros y/o en el salón de clases	28	9.2%
Problemas escolares	25	8.2%
Problemas personales de los alumnos	15	4.9%
Problemas familiares	46	15.1%
Dificultades en la comunicación entre los compañeros	13	4.3%
Problemas relacionados con la sexualidad	6	2.0%
Drogadicción	2	0.7%
No respondieron	44	14.4%

Total	305	100%

Tabla 4. *Dificultades personales y/o escolares.*

A continuación se presentan los análisis bivariados de los riesgos psicosociales según la región geográfica ya sea urbana, costera o maya con cada una de las variables que exploran situaciones de riesgos entre los estudiantes como: Estructura familiar, Personas significativas, Conducta sexual (edad del primer noviazgo, edad de la primera relación sexual, Relaciones sexuales subsiguientes), Consumo de alcohol (edad de consumo y frecuencia de consumo), Actividades recreativas, Trabajo (Remuneración en el trabajo) y Dificultades familiares y/o personales. La prueba utilizada para el análisis fue la prueba χ^2.

Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas en la variable Estructura familiar (nuclear, extensa y de otro tipo) según la región, siendo la familia nuclear la que representó en un 39.9% a la región urbana. En la variable Personas significativas los resultados revelaron que existe diferencias entre las personas que son significativas en cada región, siendo que las personas más significativas, para los que viven en el medio urbano son los padres (7.1%), al igual que en la maya (16.9%) y en la región costera son los familiares (12.5%).

En cuanto a la variable Conducta sexual, en el indicador de la edad del primer noviazgo y la región (costera, maya y urbana), los resultados revelaron que existen diferencias estadísticamente significativas, siendo que el 54% de los participantes reportaron que la edad en la que ocurre el primer noviazgo es entre 12 y 14 años, predominantemente en la región urbana. En el indicador de Edad de la primera relación sexual y la región, los resultados fueron significativos, la primera relación sexual ocurrió entre los 12 y 14 años, predominantemente en la región costera (ver tabla 5) este dato debe tomarse con cautela por no cumplir con la ortodoxia estadística. Respecto a las relaciones sexuales subsiguientes los resultados revelaron diferencias significativas por región, aunque este resultado debe tomarse con cautela pues indica que el 20.9% de los adolescentes mantienen relaciones sexuales subsiguientes, particularmente los de la región costera (ver tabla 5).

En cuanto al Consumo de alcohol y la región, los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 5), siendo que el 45.2% de los adolescentes reportaron haber consumido alcohol, preferentemente los de la región costera.

Otros resultados significativos fueron respecto a la región y Actividades recreativas (ver tabla 5), la categoría más representativa de esas actividades fue la de "*más de una actividad*" con un porcentaje de 42.8%, siendo los adolescentes de la región costera los que más realizan actividades recreativas diversas como trabajar, navegar en redes y hacer ejercicio.

En la variable del Trabajo, los resultados señalaron diferencias significativas por región (ver tabla 5), el 31.1% de los participantes reportaron que si trabajan y éstos en su mayoría corresponden a la región costera. En cuanto a la remuneración económica por realizar dicho trabajo los resultados no fueron significativos.

En cuanto a la variable de Dificultades personales y/o escolares, los resultados revelaron que, respecto las regiones, la ausencia de respeto en la convivencia entre compañeros fue el principal problema que los estudiantes reportan en todas la regiones, sin embargo, en la región costera ese problema representa el 46.8%, esta categoría abarca problemas relacionados con el bullying, burlas, golpes, insultos, entre otros.

Variables	χ^2	*gl*	*p*
Estructura familiar	31.638	8	.000
Personas significativas	68.450	16	.000
Conducta sexual			
Edad del primer noviazgo	9.102	4	.052
Edad de la primera relación sexual	5.714	2	.057
Relaciones subsiguientes	7.536	2	.023
Consumo de alcohol	7.516	2	.023
Actividades recreativas	55.876	12	.000
Trabajo	7.152	2	.028
Remuneración en el trabajo	3.396	2	.183
Dificultades familiares y/o personales	70.306	14	.000

Tabla 5. *Diferencias de las variables de estudio según la región.*

También se realizaron análisis de comparación por sexo para cada una de las variables utilizando la χ^2, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de Estructura familiar, Personas significativas, Relaciones sexuales subsiguientes, Consumo de alcohol, Remuneración en el trabajo y Dificultades personales y/o escolares (ver tabla 6).

En la variable Conducta sexual se encontraron resultados significativos en la variable Edad del primer noviazgo (ver tabla 6), obteniendo que en el rango de edad entre 12 y 14 años, el 59.4% de las mujeres son las que ya presentan su primer noviazgo a diferencia de los hombres. Respecto a la edad en la que ocurrió la primera relación sexual, también se encontraron resultados significativos (ver tabla 6), el 83.3% de los varones tuvieron su debut sexual entre los 12 y 14 años a diferencia de las mujeres.

En cuanto a la variable de Actividades recreativas, los resultados fueron significativos (ver tabla 6), observándose que el 53.1% de las mujeres realizan más de una actividad a diferencia de los hombres. Finalmente, en la variable de

Trabajo se encontró diferencia significativa entre hombres y mujeres, lo cual indica que los varones son quienes más trabajan (66.3%).

Variables	χ^2	*gl*	*p*
Estructura familiar	5.042	4	.283
Personas significativas	10.48	8	.283
Conducta sexual			
Edad del primer noviazgo	5.997	2	.050
Edad de la primera relación sexual	13.33	1	.001
Relaciones subsiguientes	3.482	1	.077
Consumo de alcohol	2.062	1	.151
Actividades recreativas	15.50	6	.017
Trabajo	14.440	2	.028
Remuneración en el trabajo	3.024	1	.082
Dificultades familiares y/o personales	14.790	7	.039

Tabla 6. *Diferencias de las variables de estudio según el sexo*

De acuerdo con estos resultados, los riesgos psicosociales están presentes con más proporción en la región costera dado que los adolescentes de esa región reportaron presentar su primera relación sexual entre los 12 y 14 años, mantener relaciones sexuales subsiguientes, consumir alcohol, trabajar y presentar dificultades personales y/o escolares. En cuanto al sexo fue mayor la proporción de mujeres que reportaron tener su primer noviazgo entre los 12 y 14 años, y la proporción de relaciones sexuales más altas la presentaron los varones; en cuanto a las actividades recreativas es más alta la proporción de mujeres que reportaron hacer diversas actividades, así como, ausencia de respeto en la convivencia entre compañeros.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados, se presenta mayor riesgo psicosocial para los adolescentes en la región costera, principalmente en la activación de la vida sexual, el consumo de alcohol y el trabajo. Es importante destacar que en la región maya hay más familias extensas que en otras regiones, lo cual podría ser un factor protector para los adolescentes de esa zona. Por otro lado, los adolescentes que pertenecen a la región maya o urbana demostraron estar más protegidos en cuanto al debut sexual y las relaciones sexuales subsiguientes.

Con respecto al sexo, son más los hombres (15.7%) que han tenido su primera relación sexual en comparación con las mujeres (11.1%), y en cuanto a la edad de la primera relación sexual, ésta ocurrió en promedio entre los 12 y 14 años. Es importante señalar que en este estudio se reportó que la edad del primer noviazgo también es entre los 12 y 14 años. Esto concuerda con datos nacionales

(ENSANUT, 2012) donde se encontró un mayor porcentaje de varones (25.5%) entre los 12 y los 19 años sexualmente activos, en comparación con las mujeres (20.5%). Sin embargo, en cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, en el caso de este estudio la edad de la primera relación sexual es más temprana (14 años) y con la misma tendencia entre hombres y mujeres, en comparación con los datos nacionales (16 años hombres/17 años mujeres) (ENVJ, 2012).

Con base en los resultados obtenidos, es fundamental aportar información a los adolescentes para el uso sano y correcto de su sexualidad, con mayor énfasis en la región costera. Sin embargo, no es sólo el aporte de información, sino también que los programas de salud estén dirigidos al desarrollo de habilidades para el manejo de la conducta sexual de manera adecuada y protegida. En un estudio realizado por Pérez y Pick (2006), se encontró que la asertividad como habilidad de comunicación es el mejor predictor para la conducta sexual protegida.

En cuanto al consumo de alcohol, los resultados muestran que casi la mitad de los participantes lo han probado y aquellos adolescentes entre 11 y 15 años muestran mayor interés por hacerlo. Asimismo, como se ha mencionado anteriormente, la población adolescente de la región costera se encuentra más vulnerable ante el consumo de esta sustancia que la región maya, aunque esta parece avanzar hacia esta tendencia. Este resultado es muy importante considerando que los motivos por los que los adolescentes beben alcohol son: diversión personal, motivos sociales, motivos de afrontamiento, presión social (Stewart, Zeitlin y Barton, 1996); la disminución de la tensión para afrontar estados afectivos como la depresión o ansiedad (Grant, Stewart, O'Connor, Blackwell y Conrod, 2007, como se citó en Palacios Delgado, 2012); y presentar síntomas propios de la depresión (Brecoña, 2002). Lo cual deberá orientar los programas de intervención para desarrollar las habilidades para la vida.

Según la teoría del modelo social de Peele (1985, como se citó en Brecoña, 2002), la adicción no es producida por la sustancia o la conducta que se genera, sino por la experiencia que interpretada por la persona y como responde, tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual, a la misma. Es decir, el enfrentamiento tiene relación con la experiencia adictiva, las drogas y las prácticas que éstas producen se convierten en maneras en que la persona se enfrenta a las situaciones de estrés de la vida, la ansiedad, el dolor y la depresión.

En relación a las actividades que los adolescentes hacen en su tiempo libre, casi la mitad de los participantes mencionó que hace más de una de las incluidas en el instrumento utilizado y sólo una quinta parte de ellos mencionó hacer ejercicio. Según los resultados, la región costera se encuentra en mayor riesgo ya que son los que menos realizan ejercicio, a diferencia de la región urbana, quiénes realizan más ejercicio seguido de la región maya. Es notable que en la región maya una de las actividades más consideradas fuera leer, a diferencia de la región urbana, en la cual nadie eligió esta actividad. De igual forma, se encontró que los adolescentes

que hacen ejercicio están en menos riesgo de consumir alcohol e inclusive de caer en la adicción.

Con respecto al trabajo, una tercera parte de los participantes trabaja, siendo los hombres quienes trabajan más de manera significativa; lo cual representa un predictor de máximo riesgo para las jóvenes (Weistein, 1992).

En cuanto a los problemas que hay en el salón de clase, casi la mitad de los participantes reportaron que hay ausencia de respeto en la convivencia entre los compañeros, y una quinta parte reportan problemas escolares, relacionados con la escuela, las asignaturas o los docentes. La información recabada incluye insultos, amenazas o poner apodos (sobrenombres) por parte de los compañeros, peleas verbales y físicas en ocasiones, o acoso escolar a algún compañero específico. Lo cual concuerda con lo que plantea Cerezo (2001) sobre los comportamientos más frecuentes en el aula como: alborotar fuera y dentro del aula, falta de respeto entre compañeros y hacia los profesores, agresiones morales (insultos, amenazas, descalificaciones), agresión física y ausentismo escolar. En relación con esta problemática, Beltrán (2001) propone soluciones como formar comunidades de aprendizaje, donde todos aprendan de los demás y se compartan los conocimientos; por su parte, Del Rey y Ortega (2001) proponen en su proyecto SAVE (Semilla Anti-Violencia Escolar), desarrollar un modelo de intervención educativa basado en tres líneas: (1) la educación de las emociones, sentimientos y valores, (2) el trabajo en grupo cooperativo y (3) la gestión democrática de la convivencia.

Los alumnos también respondieron, en menor medida, que tienen problemas personales, refiriéndose a su personalidad y a sus problemas familiares. Es importante destacar que la personalidad puede ser un factor de riesgo o un factor de protección del adolescente, considerando que la familia es el núcleo infantil y juvenil en donde se desarrollan las habilidades de socialización, los modelos de comportamiento y las formas de relación social (Orcasita y Uribe, 2010). La familia también puede ser un factor de riesgo o de protección, si en el núcleo familiar hay ausencia estrategias de supervisión por parte de los padres, falta de apoyo y débiles vínculos afectivos entre padres e hijos, ésta se volverá un cóctel explosivo para el desarrollo de comportamientos antisociales (Sobral, Romero, Luengo y Marzoa, 2000).

Todas estas situaciones, tanto factores o conductas de riesgo y protección reportados forman un panorama confuso para los adolescentes, que constantemente tiene que decidir ante situaciones de riesgo, enfrentarse ante los acontecimientos dolorosos de la vida y que incluso pueden tener o no tener apoyo de sus amigos o familia. Así pues, se requiere desarrollar habilidades para enfrentar las situaciones de vida que no se están satisfaciendo en la escuela. Por lo tanto, es en el espacio de tutoría donde se pretende llevar acabo esta labor, ya que una tutoría que esté orientada al desarrollo de las habilidades para la Vida

(HpV), resulta ser una opción viable para los estudiantes de estas escuelas secundarias que participan en el proyecto Competencias para la Vida: implementación del enfoque en escuelas secundarias del Estado de Yucatán.

En conclusión, en este estudio, los adolescentes de la región costera presentan riesgos máximos vinculados con la actividad sexual, consumir alcohol, trabajar, recibir pago por trabajo y presentar problemas en sus relaciones familiares y sociales. Esto señala la necesidad de desarrollar un programa de orientación para el desarrollo humano del alumnado, en el contexto de la educación secundaria, y a la vez, brindar una formación de alta calidad para los profesores, en particular a los tutores, para que éstos tengan competencias docentes adecuadas al contexto psicosocial del alumnado de esta zona.

Finalmente, es importante mencionar que para lograr un instrumento que mida con mayor sensibilidad y estabilidad el riesgo psicosocial, se requiere continuar con estudios al respecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. ***Sapiens.Revista Universitaria de Investigación, 9*****(**1), 93-107. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf.

Beltrán, J. A. (2001). **Algunas claves psicológicas para la construcción de la convivencia escolar**. *Seminario "La convivencia en los centros escolares como factor de calidad. Construir la convivencia".* Recuperado de http://www.deciencias.net/convivir/1.documentacion/D.convivir.conflicto/Psicologia_convivencia%28Beltran%2917p.pdf.

Barcelata, B., Durán, C. y Lucio, E. (2004). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. ***Revista Colombiana de Psicología*****,** ***13***, 64-73. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/804/80401308.pdf.

Brecoña, I. (2002). ***Bases científicas de la prevención de las drogodependencias***. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas. Recuperado de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf.

Castellanos, P. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad: los determinantes sociales. En Martínez, F., Castellanos, P. L., Navarro, V., ***Salud Pública*** (pp. 81-102). Ciudad de México: Mc Graw-Hill.

Campo-Arias, A., Cogollo, Z. y Díaz, C. E. (2008). Comportamiento de riesgo para la salud en adolescentes estudiantes: prevalencia y factores asociados. ***Salud Uninorte*****,** ***24***(2), 226-234. Recuperado de http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/ 1844/1201.

Cerezo, F. (2001). ***La violencia en las aulas: análisis y propuestas de intervención***. Madrid: Pirámide.

Del Rey, R. y Ortega, R. (2001). La formación del profesorado como respuesta a la violencia escolar. La propuesta del modelo Sevilla Anti-Violencia Escolar (SAVE). ***Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*****,** ***4***, 59-71. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27404105.

Donas, S. (2001). Protección riesgo y vulnerabilidad. Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes. En S. Donas Burak, ***Adolescencia y Juventud en América Latina*** (pp. 489-499). Costa Rica: Libro Universitario Regional.

Encuesta Nacional de Valores en Juventud. (2012). ***Resultados generales***. México, DF: SEP, Instituto Mexicano de la Juventud.

ENSANUT. (2012). ***Resultados nacionales***. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Gómez-Bustamente, E. M. y Cogollo, Z. (2010). Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. ***Revista de Salud Pública, 12***(1). Recuperado de http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/viewFile/33064/33088.

Kim, K., Conger, R., Elder, G. y Lorenz, F. (2003). Reciprocal influences between stressful life events and adolescent internalizing and externalizing problems. ***Child Development*****,** ***74***(1), 127-143.

Krauskopf, D. (1995). ***Las conductas de riesgo en la fase juvenil.*** Trabajo presentado en el Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente, Cartagena de Indias, Colombia. Recuperado de http://iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lecturas%208y9_UT_1.pdf.

Lemos, S., Fidalgo, A., Calvo, P. y Menéndez, P. (1992). Salud mental de los adolescentes asturianos. ***Psicothema*****,** ***4***(1), 21-48. Recuperado de http://www.psicothema.com/pdf/813.pdf.

Orcasita, L. y Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. ***Psychologia: Avances de la Disciplina*****,** ***4***(2), 69-82. Recuperado de http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/182/159.

Organización Mundial de la Salud (1995). ***Salud de los adolescentes*****.** Washington, DC: OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud (2010). ***Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes, 2010- 2018***. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf.

Palacios, J. (2012). Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. ***Psicología Iberoamericana*****,** ***20***(1), 29-39. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/1339/133924623004.pdf.

Paniagua, H. y García, S. (2003). Signos de alerta de trastornos alimentarios, de depresión, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. ***Revista Española de Salud Pública*****,** ***77***(3), 411-422. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v77n3/original8.pdf.

Pasqualini, D. (2010). Diagnóstico de las necesidades de la población adolescente. En Llorens y Pasqualini, ***Salud y bienestar de los jóvenes adolescentes: una mirada integral*** (pp. 110-117). Buenos Aires: OPS/OMS. Recuperado de http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/SaludBienestarAdolescente.pdf.

Pérez, C. y Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. ***Revista Interamericana de Psicología*****,** ***40***(3), 333-340. Recuperado de http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04035.pdf.

Rutter, M. (1985). Family and school influences on behavioral development. ***Journal Child Psychology and Psychiatry*****,** ***22***(3), 349-368.

SEP. (2011). ***Lineamientos para la formación y atención de los adolescentes 2011. Guía para el maestro.*** México: Secretaría de Educación Pública.

Stewart, S. H., Zeitlin, S. B. y Barton, S. (1996). Examination of a three-dimensional drinking motives questionnaire in a young adult university student sample. ***Behavior Research Therapy, 34***(1), 61-71.

Silber, T. (1992). Prevención y Promoción de la Salud Adolescente. En Silber, T. Munist, M. Maddaleno, M. Suarez, E. N. Editores. Manual de Medicina de la Adolescencia. Serie PALTEX No. 20. Organización Panamericana de la Salud Washington.

Sobral, J., Romero, E., Luengo, A., y Marzoa, J. (2000). Personalidad y conducta antisocial: amplificadores individuales de los efectos contextuales. ***Psicothema*****,** ***12***(4), 661-670. Recuperado de http://www.psicothema.com/pdf/387.pdf.

Weinstein, J. (1992). ***Riesgo psicosocial en jóvenes****.* Santiago de Chile: PREALC.

Windle, M. y Mason, A. (2004). General and specific predictors of behavioral and emotional problems among adolescents. ***Journal of emotional and behavioral disorders, 12***(1), 49-61.