

1. RIESGOS Y FAMILIA EN LA ADOLESCENCIA

Un estudio acerca de los comportamientos de riesgos y la familia, de los adolescentes de los colegios públicos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS



FundaSalud
Familia y Comunidad

DR JUAN CARLOS GONZÁLEZ QUIÑONES. MD FAMILIAR. MPH
(jucagonqui@yahoo.es)
Noviembre del 2007

RIESGOS Y FAMILIA EN LA ADOLESCENCIA
ISBN 978-958-44-6893-2
FUJNC

INVESTIGACIÓN ORIGINAL
DR. JUAN CARLOS GONZÁLEZ Q.
MD FAMILIAR. MPH

FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

DISEÑO DE TEXTO
JENNY ALEXANDRA PINZÓN R.

IMÁGENES OBTENIDAS DE GOOGLE

BOGOTÁ, D.C. 2007

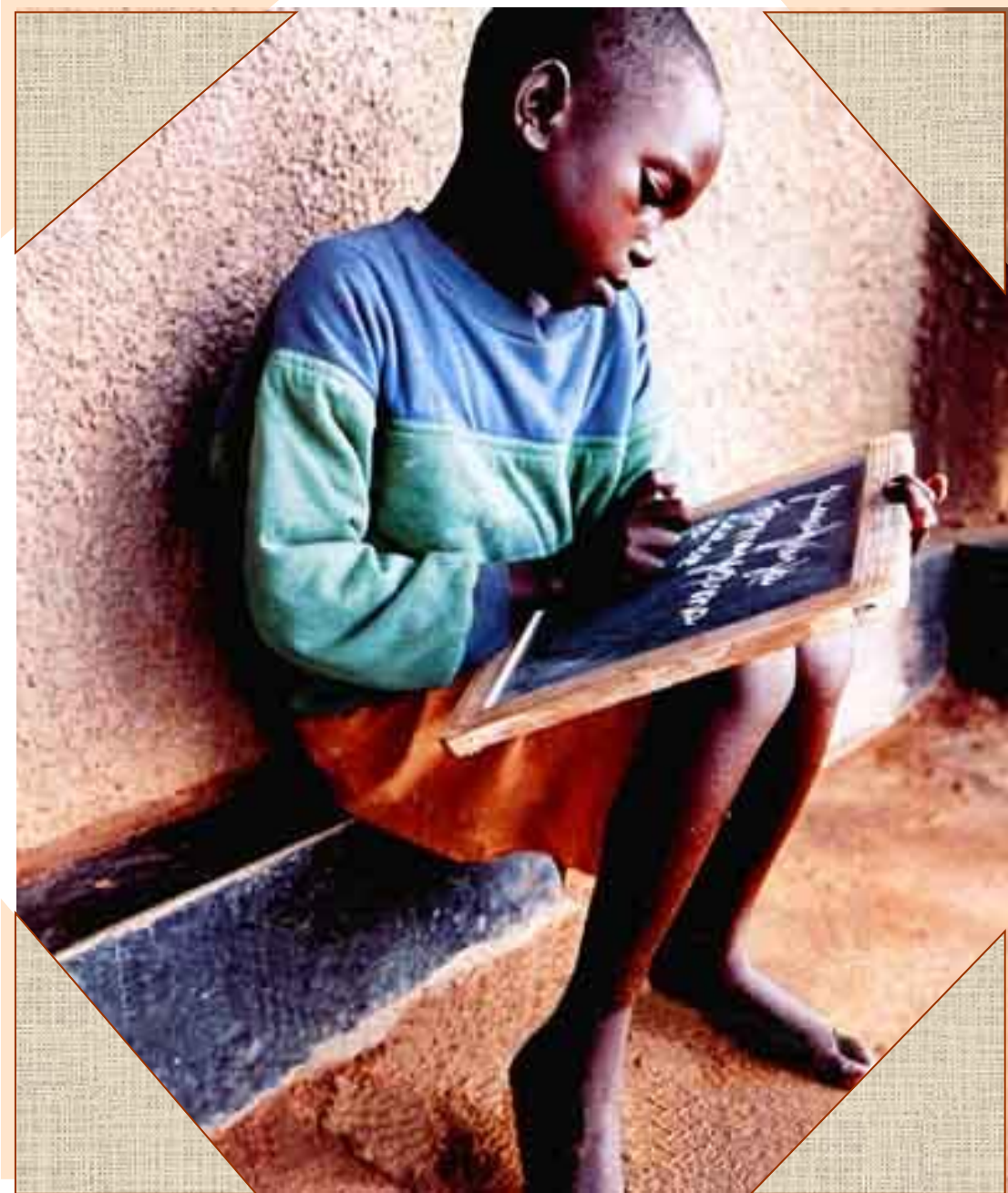
TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	3
RECONOCIMIENTO	8
CAPITULO1: RECONOCIENDO LOS TÉRMINOS QUE SE VAN A DESCRIBIR.....	9
Definiendo la adolescencia.....	9
La fuerza esencial... ..	10
Que elementos participan en las decisiones... ..	11
Los riesgos.....	12
Aspectos psicosociales y riesgos.....	12
Buscando entender.....	13
Importancia de estudiar las relaciones... ..	14
La importancia de hacer diagnósticos.....	14
Buscando la proyección social en las investigaciones... ..	14
Que se busca.....	15
Que se va a presentar.....	15
CAPITULO 2: ENTENDIENDO A LA ADOLESCENCIA.....	17
Clasificando a la adolescencia... ..	18
CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA EN TORNO A LA EDAD	19
Lo biológico... ..	19
Lo psicológico... ..	20
La autoridad paterna y la adolescencia.....	21
Empezar a definirse.....	21
Lo social	22
Un riesgo social.....	22
CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA EN TORNO GÉNERO	23
CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA EN TORNO PERCEPCION DE	
ÁNIMO	24
CAPITULO 3: LA FAMILIA Y LOS RIESGOS	26
Funciones de la familia	26
La crisis del adolescente con su familia... ..	27
Cuando la familia se convierte en factor de riesgo... ..	28
Algunas razones de la crisis de familia con los adolescentes... ..	28
Midiendo la percepción que el joven tiene de su la familia.....	29
Estructura de los hogares	30
CAPITULO 4: LAS EXPOSICIONES AL RIESGO	31
¿Qué situaciones exponen a los jóvenes a riesgos?	31
Entendiendo términos.....	32
Los comportamientos de riesgo.....	33
Riesgos y pobreza... ..	34
Que dice el ministerio de protección social	35
Los factores protectores.....	36
La fascinante resiliencia... ..	37
¿Qué protege a un joven ante una situación determinada?	38
Aprender a decir NO	39
Relación entre riesgos y protección	40
Ojo con estos riesgos.....	40

CAPITULO 5: RIESGOS ESPECIFICOS PSICOSOCIALES	41
RIESGOS EN TORNO A LA SEXUALIDAD	42
Y de la infección por VIH.....	43
Buscando explicaciones.....	45
RIESGOS EN TORNO A LAS ADICCIONES.....	45
La temible nicotina.....	46
Y del alcohol... ¿Qué?	47
Y el resto de sustancias psicoactivas	48
RIESGOS EN TORNO A LA DEPRESION	49
El triste problema de la depresión.....	49
Ideas depresivas con otros comportamientos de riesgo.....	50
Buscando la salud mental.....	50
RIESGOS EN TORNO A LA VIOLENCIA	51
Todo parece indicar.....	53
RIESGOS EN TORNO A LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	53
Que factores de riesgo se reconocen.....	54
FACTORES DE RIESGO (Y PROTECCIÓN) EN TORNO A LA RELIGION	54
CAPITULO 6: COMO SE HIZO EL ESTUDIO.....	56
IDENTIFICACIÓN DE CONCEPTOS.....	57
COMO SON LOS JOVENES Y SUS FAMILIAS.....	57
Como son las familias.	58
Estudio y trabajo de los padres.....	58
Acceso de los jóvenes a la Seguridad Social.....	58
El ánimo.....	59
LOCALIZACIÓN DE LA POBLACION.....	60
Para entender la magnitud del estudio.	60
VARIABLES: QUE SE PREGUNTO.....	61
VARIABLES GENERALES: PREGUNTAS	62
PREGUNTAS EN TORNO A LA FAMILIA	62
COMPORTAMIENTOS DE RIESGO	65
De Sexualidad.....	66
De consumo de sustancias adictivas	67
De factores relacionados con depresión	68
De comportamientos violentos	69
De comportamientos de conducta alimentaria	70
Acerca de religiosidad	70
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	71
Recuerden.....	71
Aprendiendo a hacer el trabajo de campo en un diagnóstico.	71
Y quien financió este trabajo	74
CAPITULO 7: RESULTADOS	75
CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION ESTUDIADA	76
Como son los jóvenes de secundaria de los colegios públicos de Suba... ..	76
Como es la familia de los jóvenes.....	77
LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO	79
RESULTADOS COMPORTAMIENTO SEXUAL.....	80
En torno a las "relaciones" se encontró:	81
Para los que quieran...vean lo expuesto pero con el análisis estadístico.....	81
Entonces...recuerden.....	82
RESULTADOS COMPORTAMIENTO ADICTIVO.....	83
La respuesta estadística de las relaciones.....	84

Lo que quiere decir.....	84
RESULTADOS COMPORTAMIENTO DEPRESIVO	85
Que quiere decir eso.....	86
Y cuales fueron los hallazgos... ..	87
Estadísticamente los resultados fueron.....	87
RESULTADOS COMPORTAMIENTO VIOLENTO	88
El resultado estadístico fue... ..	88
Y eso quiere decir.....	89
RESULTADOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) Y AUSENCIA DE PRÁCTICAS RELIGIOSAS	89
RESULTADOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) Y AUSENCIA DE PRÁCTICAS RELIGIOSAS	90
Es decir.....	91
Y de la religión...¿Qué?	91
CAPITULO 8: HACIENDO ANALISIS.....	92
Realidades a tener presente... ..	92
Lo que va hacer... ..	93
Realidad de las familias.	94
Importante.....	94
El paso de una etapa de la vida a otra.....	95
DISCUSION DE PREVALENCIAS	96
Comparando.....	96
Las relaciones sexuales.....	97
Un dato alarmante... ..	97
El problema de la protección.....	98
Será ¿Qué no se hace lo suficiente?	98
En las relaciones sexuales sin querer (tabla nº 17)	99
Prevalencia de comportamientos adictivos:	100
Ojo con el alcohol.....	101
Esto es una realidad... ..	102
Y del cigarrillo...¿Qué?	103
Prevalencias de comportamientos depresivos:	104
Lo cierto... ..	105
¿Qué determina esa distancia?	105
Prevalencias de comportamientos violentos:	105
Preocupantes datos... ..	105
Interesante relación... ..	105
Explicaciones... ..	107
Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaría:.....	108
Prevalencia de riesgo por ausencia de practicas religiosas:	109
DISCUSION DE LAS RAZONES DE RIESGO SIGNIFICATIVAS	110
COMPORTAMIENTOS Y EDAD	111
Por supuesto...la edad... ..	111
El problema.....	111
Lo mismo con el trago... ..	112
Pero ¿por que esa tendencia a tomar?.....	112
Acerca del suicidio y la edad.....	112
Violencia y edad.....	112
COMPORTAMIENTOS Y GÉNERO	113
En cambio...en adicciones.	114
COMPORTAMIENTOS Y PERCEPCION DEL ÁNIMO	114

Los tristes...más riesgo.	114
Pero claro.....	115
Y la violencia y los tristes.	115
El que sufre puede hacer sufrir... ..	116
El despecho y tomar... ..	116
Raro...pero.....	116
COMPORTAMIENTOS Y FAMILIA.....	117
Lo más importante... ..	117
Ah...es la función familiar lo importante	117
Pero el alcohol NO	118
Para sorprender... ..	118
En cambio: familia y violencia.....	118
Y también con los trastornos de conducta alimentaria	119
Y con la religión... ..	119
CAPITULO 9: QUE TAN CERCA ESTA EL ESTUDIO DE LA REALIDAD	120
Entonces... ¿Qué posibilidad existe de que los encuestados digan mentiras?	121
¿Y si representaran a los jóvenes escolarizados de colegios públicos de Suba? .	121
Por tanto.....	122
CONCLUSIONES	123
Aplicaciones de lo investigado	124
BIBLIOGRAFÍA	125
ANEXO N° 1: LA ENCUESTA.....	131
RESULTADOS ESTADISTICOS	136
RESULTADOS ESTADISTICOS	137
ANEXO N° 2: COMPORTAMIENTOS SEXUALES.....	137
ANEXO N° 3: COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS	145
ANEXO N°4: COMPORTAMIENTOS DEPRESIVOS	157
ANEXO N° 5: COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS	161
ANEXO N° 6: RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE AUSENCIA DE PRÁCTICAS RELIGIOSAS.....	167



Reconocimiento



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Este texto esta dirigido a las orientadoras(os) y psicólogas(os) de los colegios, por ser ellas(os) las personas que enfrentan con mayor frecuencia los problemas psicosociales de los adolescentes en sus respectivos colegios.

Pretende ofrecerles una información básica acerca de algunos aspectos de índole emocional, social y familiar del mundo del adolescente, buscando con ello el contribuir en algún grado en la búsqueda de soluciones.

El documento es en su investigación por completo original. Las imágenes han sido descargadas de la red usando el motor de búsqueda google con el término de búsqueda "adolescente". Se han dejado referencias donde se pueden ubicar artículos interesantes que han sido la base de lo acá expuesto. No existe intención comercial, por ende puede usarse y replicarse la información dando eso si, el reconocimiento institucional y personal.

El documento forma parte de los aportes que el **Departamento de Medicina Comunitaria** de la **Fundación Universitaria Juan N. Corpas** quiere hacerle al **RAAS** (Red de Apoyo al Adolescente de Suba), a los colegios y por sobre todo a aquellas personas (profesores, psicólogas, psicopedagogas, trabajadoras sociales, enfermeras) que en sus sitios de trabajo buscan dar un "algo más" a los jóvenes que lo necesitan. Si desea vincularse con el RAAS comuníquese con raaso06@yahoo.es.

El trabajo ha sido financiado por la rectoría de la Fundación Universitaria Juan N Corpas y por la Fundación Salud Familia y Comunidad. Nuestro más sincero agradecimiento.



CAPÍTULO 1: RECONOCIENDO LOS TÉRMINOS QUE SE VAN A DESCRIBIR...



Definiendo la adolescencia...

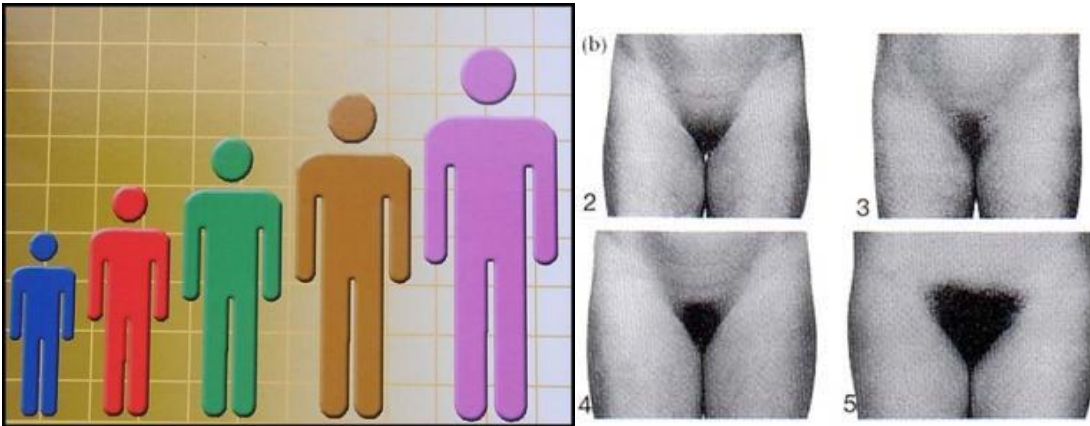
La adolescencia es la etapa en la vida del ser humano, en la cual el niño se transforma en adulto. Cronológicamente se considera que se inicia entre los 9 y 10 años en la mujer ¹ y entre los 12 y 13 años en el hombre. Entre las

¹ Calzada R, Altamirano N, Ruiz M. La Adolescencia. Acta pediátrica mexicana. 2001; 22 (4).

muchas formas de ordenar y entender los cambios, Rakel², entre otros, los clasifica como de órdenes biológicos, psíquicos y sociales (integrales).

La fuerza esencial...

Todos los cambios según Calzada León (1) tienen un solo objeto: asegurar la posibilidad de reproducirse y la capacidad de autonomía del hasta ayer niño, ahora como un potencial adulto. Biológicamente, los cambios están representados por el desarrollo de sus órganos reproductores y el desarrollo pondero estatural³.



Socialmente por la aceptación de sus pares y la búsqueda de su pareja y psíquicamente por el inicio de la autonomía a través de la posibilidad de tomar decisiones, situaciones todas que conllevan en algún momento el enfrentamiento hacia los padres, que representan la autoridad en el hogar, y hacia los profesores que representan la autoridad en la sociedad.



Uno de los hechos de mayor trascendencia en el adolescente es la aparición de la posibilidad de decidir, con lo cual determina su comportamiento y con base al resultado de ello, la más de las veces...determina su futuro.

Ahí, al decidir, escogerá y al hacerlo deberá exponerse a peligros y protecciones con lo cual, y en más de

² Rakel RE. Textbook of Family Practice, 4th Edition. 1990; W:B: Saunders Company.

³ Calzada R, Ruiz M de la L, Altamirano N. Características somáticas del proceso puberal. Acta pediátrica mexicana. 2001; 22 (3).

una oportunidad, lo que decida trascenderá. Por ejemplo, decidirá cómo será su sexualidad⁴ y al hacerlo se expondrá a la posibilidad de adquirir una enfermedad de transmisión sexual o de asumir un embarazo no deseado, eventos ambos que pueden condicionar el futuro del joven.

Qué elementos participan en las decisiones...

Numerosos elementos influyen en el momento de decidir; propios del joven son entre otros:

- La edad: Es evidente que entre más se "viva", más exposiciones (a lo "bueno" y a lo "malo"), y será a través de la decisión del joven donde se defina una u otra circunstancia.
- El género: en culturas como la nuestra, al hombre se le ha permitido más "autonomía" que a la mujer, con lo que se deduce que se expone más a los riesgos.
- El estado de ánimo⁵: existen trabajos que señalan que aquellos que se perciben como tristes (en comparación con los felices), muy probablemente se han expuesto más a los riesgos y de seguro a la adversidad de la toma de "sus" decisiones.

Resulta evidente que el "medio" en el que se desarrolla el joven influye en el proceso de toma de decisiones. Ahí, la familia es muy influyente. De hecho, una de las funciones esenciales de la familia⁶ es la socialización, en donde la convivencia trasfiere al joven valores, comportamientos y actitudes, elementos todos que resultan claves cuando el joven empieza a decidir.



⁴ González C, Rojas R, Hernández MI, Olaiz G. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ensa 2000. Revista Salud Pública de México. 2005; 47 (3).

⁵ González JC, Restrepo GL, Martínez ME. Relación entre la red de apoyo y la percepción de la felicidad en comunidades de estrato 2. Documenta Clínica. 2000; 8.

⁶ Mejía D. Salud familiar para América Latina. Edición ASCOFAME; 1990.

Los riesgos...

La Royal Society⁷ ha definido el término factor de riesgo como "probabilidad que suceda un evento adverso en un tiempo determinado". En todas las etapas de la vida el ser humano se expone a riesgos, pero durante la adolescencia ocurre algo particular: el joven se enfrenta a sus cambios biopsicosociales en lo conocido como crisis normativas (Diego Mejía SALUD FAMILIAR PARA AMERICA LATINA) y él y solo él, deberá decidir si asume o no los peligros que se presentan como parte de la vida cotidiana.



Krauscopf en su clásico artículo de "LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN LA FASE JUVENIL" ha propuesto hacer sutiles pero ordenadas diferenciaciones del término. Plantea a la **conducta de riesgo** como la originada por el comportamiento del joven. Ello para diferenciarla, por ejemplo, de **factor de riesgo**, referida como una circunstancia que se presenta en la vida del joven y que no está determinada por el comportamiento del mismo (vivir en barrio "inseguro", por ejemplo).

Aspectos psicosociales y riesgos...

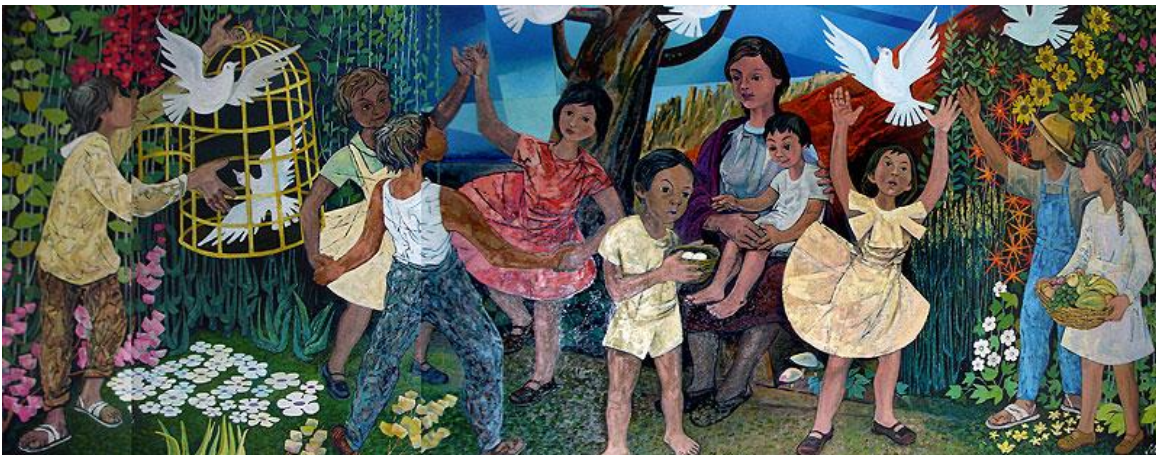
Los aspectos psicosociales que forman parte de la vida de los jóvenes son múltiples. Aspectos del entorno (condición socioeconómica), aspectos relacionados con la sexualidad (comportamientos y conocimientos por ejemplo), con la convivencia (actitudes frente a la violencia), o los aspectos emocionales y psíquicos del joven (autoestima, o influencias depresivas) forman parte de este amplio capítulo, que de ser estudiado, muy probablemente acercaran más al entendimiento del mundo de los adolescentes, cumpliendo así con la propuesta que Burt⁸ insiste en que se desarrolle, y es mostrar que es "mejor" invertir en el joven que en las "secuelas adversas" que se presentan en la adultez.

⁷ Krauskopf D. Juventud en riesgo y violencia. Presentación elaborada para el programa "Sociedad sin Violencia". Seminario permanente sobre violencia programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en El Salvador Agosto; 2002.

⁸ Burt M. Por qué debemos invertir en adolescentes. Fundación Kellogs Documento OPS; 1998.

Buscando entender...

A pesar de las numerosas investigaciones en torno a la adolescencia, aún falta mucho por entender de esta etapa de la vida del ser humano, lo que determina la necesidad de "estudiar"⁹ a los jóvenes, en especial en lo referente a por qué asumen o no comportamientos de riesgo al momento de decidir (por ejemplo tener o no relaciones sexuales, usar la razón o la violencia para defender sus posiciones,...). De esta necesidad surge esta pregunta de investigación: **¿Cuáles son los comportamientos de riesgo psicosocial que asumen los adolescentes y qué relaciones existen entre ellos y la familia?** Al obtener la respuesta se podrá obtener un perfil de los riesgos, cuando se presentan y con ello, cuál es el momento donde resulta más efectivo "actuar", ofreciendo además la posibilidad de relacionar los comportamientos de los jóvenes y obtener de ser posible de todo ello, una importante medida previa a las intervenciones (hoy por hoy tan frecuentes pero no evaluadas) que puede ser utilizada luego de las mismas (medición ulterior a la intervención con lo que nos acercamos a la efectividad).



La existencia misma del ser humano se enfrenta de manera cotidiana a situaciones o comportamientos de riesgo y la razón está mediada (en las segundas) por lo que haga o deje de hacer. La etapa de la vida en donde el ser humano decide menos es la infancia, ya que los padres deciden por él. Y es justo la adolescencia el primer momento en donde a través de las decisiones los jóvenes influyen en forma importante sobre la aparición o no de los eventos adversos¹⁰ (Ministerio de Protección Social). Por ello, el poder "entender" por qué asumen riesgos es importante. Este documento ha utilizado como criterios de "entendimiento" las relaciones (asociaciones) obtenidas de confrontar algunas de los comportamientos de riesgo que asumen los jóvenes con la edad

⁹ Maddaleno M, Morillo P. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Revista Salud pública de México. 2003; 45 (1).

¹⁰ Ministerio de Protección Social de Colombia. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años año 2000.

(y así ver cuándo empiezan a “asumir” riesgos), el género (observar si existe diferencia entre hombres y mujeres), la percepción de felicidad o tristeza (observar si el ánimo tiene relación) y la estructura y funcionalidad familiar (poder evaluar el rol que tienen). Si esta “visión” de los jóvenes permite entenderlos más, de seguro así se podrá enfrentar mejor el problema de los peligros, con la consiguiente consecuencia en la potencialidad del joven.

Importancia de estudiar las relaciones...

Identificar los factores de riesgo y de protección de los jóvenes es indispensable ya sea para modificarlos o para reforzarlos (factores de protección). La identificación puede permitir a que los padres (7) y el colegio, como principales escenarios de convivencia, tomen conciencia de las implicaciones que tienen las decisiones de los jóvenes para su futuro. Pero además y como lo recuerda Burt (8), la sociedad a través de los sistemas y entidades organizados para ello, debe comprometerse con intervenir en los jóvenes (a la larga...siempre resulta más efectivo en todo sentido prevenir).



La importancia de hacer diagnósticos...

Para hacerlo (intervenir y modificar), se necesita diagnosticar en primera instancia y con base en ello elaborar los planes de intervención (9). Ahí está el valor de esta investigación, la cual propone como un primer paso de los programas de intervención, el que se identifiquen los comportamientos de riesgo para así tener un referente que permita ser “medido” luego del programa en cuestión.

Buscando la proyección social en las investigaciones...

¿Será que el presentar los riesgos de los jóvenes a la comunidad académica de un colegio sirve? Definitivamente sí. Y sirve porque es en los hogares y el colegio donde los jóvenes pasan la mayor parte del tiempo y se tiene la percepción de que en ambos espacios, no se tiene en cuenta el concepto de decisión y riesgo al que los jóvenes se enfrentan. El diagnóstico (en caso de lograr presentarse en un idioma comunitario) puede ofrecer la posibilidad de contribuir a que en acciones conjuntas (padres, profesores y jóvenes) se “priorice” y luego se intervenga ofreciendo así una mayor posibilidad al

desarrollo pleno de los adolescentes, por ejemplo, a través de la toma de decisiones donde se exponen a menos peligros.



Qué se busca...

Esta investigación va a presentar algunas de los comportamientos y situaciones de riesgo relacionados con el proceso de reproducción y de la salud sexual, del contacto con sustancias adictivas, de la violencia y de otros trastornos psicosociales (depresión y trastornos de conducta alimentaria) en la población adolescente (de 10 a 21 años) escolar pública de una localidad de Bogotá y relacionarlos con la "maduración" (influencia de la edad), identificar si existe diferencia en torno al género y la percepción del ánimo y principalmente con la estructura y función familiar.

Qué se va a presentar...

1. La frecuencia de los comportamientos de riesgo derivados de la sexualidad en los jóvenes.
2. La frecuencia de los comportamientos de riesgo derivados del contacto con sustancias adictivas en los jóvenes.
3. La frecuencia de los comportamientos de riesgo derivados de patrones relacionados con la depresión en los jóvenes.
4. La frecuencia de los comportamientos de riesgo derivados de patrones relacionados con la violencia en los jóvenes.
5. La frecuencia de los comportamientos de riesgo derivados con los trastornos de conducta alimentaria en los jóvenes (mujeres).
6. La frecuencia de la ausencia de conductas religiosas rutinarias en los jóvenes.
7. La frecuencia de los comportamientos de riesgo y los factores demográficos (edad y género).

8. Evaluar la asociación entre los comportamientos de riesgo y la percepción del ánimo (aspectos psicológicos) de los jóvenes.
9. Evaluar la asociación entre los comportamientos de riesgo y la familia (estructura y funcionalidad percibida a través del joven)



CAPÍTULO 2: ENTENDIENDO A LA ADOLESCENCIA...



Clasificando a la adolescencia...

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de notorios cambios físicos, psíquicos y de comportamientos sociales (biopsicosociales). Carvajal¹¹, menciona que aún durante la misma adolescencia, existen diferencias en torno a lo biopsicosocial de acuerdo a las edades (proceso de maduración). Propone una clasificación cronológica en tres momentos:

- De 10 a 12 años como etapa puberal (adolescencia temprana¹²).
- De 13 a 16 años, como etapa nuclear (adolescencia media).
- De 17 a 21 años como etapa juvenil (adolescencia tardía).



En cada uno de estos momentos de los jóvenes, se presentan cambios específicos predominantes, denominados crisis normativas o esperadas y "normales" según la medicina familiar¹³, por ejemplo, la menarquia en la fase puberal, la rebeldía en la etapa nuclear o las decisiones trascendentales que asumen muchos jóvenes en la adolescencia juvenil. Tan importante como los cambios expuestos son los que ocurren al interior de la función familiar. El adolescente experimenta una crisis en torno a la percepción de su familia (11) crisis que puede considerarse como esperada (2) y sin duda, sus padres se enfrentan y reaccionan ante dicha crisis.

¹¹ Carvajal G. *Adolecer: la aventura de una metamorfosis*. Editorial Tiresias. Noviembre de 1993. Santa fe de Bogotá.

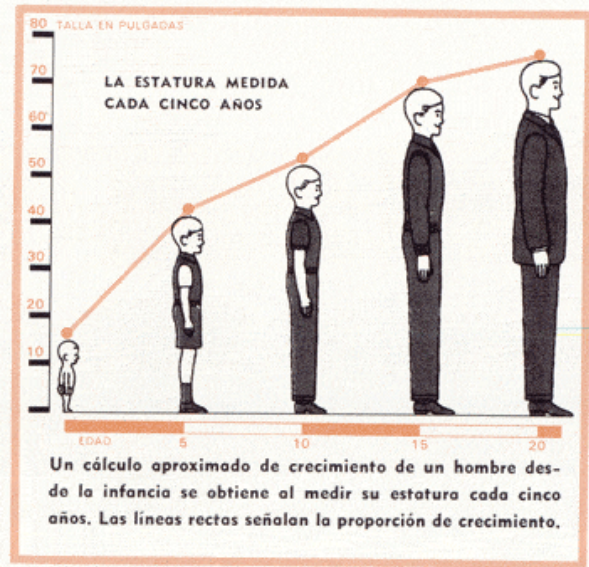
¹² Taylor RT. *Medicina de Familia*, cuarta edición, 1995, Springer-Verlag-Ibérica.

¹³ Ronderos J. *Medicina familiar para el médico general*. Fedicor. Primera edición 1994.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA EN TORNO A LA EDAD

Lo biológico...

Físicamente los adolescentes presenten importantes y evidentes cambios (3). El crecimiento del tronco y las extremidades se hace particularmente notorio. El primer "estirón" ocurre de los miembros antes que del tronco, lo que les da un aspecto característico. En la mayoría de los jóvenes los cambios somáticos ocurren entre los 10 y los 12 años, así como el desarrollo sexual pleno entre los 13 y los 16 años, iniciando en la mayoría y más en las mujeres, alrededor de los 12 y los 13 años. En promedio el adolescente gana en talla alrededor de 20 cm. desde los 11 hasta los 16 años.



En torno al peso, las mujeres alcanzan su máxima expresión en la etapa de los 10 a los 12 años y los varones en la siguiente de 13 a 16 años. Los hombros (diámetro biacromial) y las caderas (diámetro bicrestal) alcanzan en esta edad su máximo desarrollo.



El cerebro del adolescente ya tiene el tamaño del adulto. No así la cara, que sufre importantes cambios de la que traía de niño. La mandíbula y los dientes alcanzan su mayor desarrollo, siendo de los 13 a los 16 años el momento en que más evidente se hace (se vuelven "narizones").

La grasa tiende a distribuirse de manera diferente en los hombres y en las mujeres. Por ejemplo, en los miembros masculinos, tiende a desaparecer en tanto que en la mujer a acumularse. La acumulación de la grasa (obesidad) tiende a expresarse en la edad de 13 a 16 años. Los músculos se

desarrollan en torno a la morfología de los 13 a los 16 años, pero la fuerza alcanza su expresión de los 17 a los 21 años. El agua se ve reducida en la mujer a comparación del hombre. En el grupo de 13 años en adelante se alcanza la mineralización ósea.

El corazón y la tensión arterial, alcanzan durante la adolescencia sus condiciones plenas. Lo propio se puede afirmar del resto de órganos.

Lo psicológico...



Según Jean Piaget, el maravilloso suceso que ocurre en los adolescentes, es el desarrollo del **pensamiento abstracto**. La crítica aparece construida por ellos y no transferida por sus padres o profesores. Aparece la "originalidad" como una búsqueda de su identidad (11), todo esto, como parte de la teoría triárquica de la inteligencia, expuesta por Sternberg¹⁴, que dice que el adolescente desarrolla la inteligencia a través de la incorporación de la capacidad analítica (crítica), la capacidad creativa (usando la experiencia) y el reconocimiento de lo práctico (capacidad de adaptación). El joven empieza de los 10 a 12 años a identificarse más en su pensamiento con sus pares y a disminuir la "influencia" de su familia. De los 13 a los 16 años, busca "imponer" su pensamiento, expresando "rebeldía" hacia los "influencias" previas derivadas de la autoridad,

¹⁴ Iregui ML. Una mirada a las etapas del ser humano. Cuadernillo impreso en la Facultad de Medicina de la Escuela de Medicina Juan N Corpas en el 2002.

representadas en padres y profesores, caracterizada por fases de "conflicto" en donde se está de acuerdo o en desacuerdo con diversas posturas y en un mismo momento (confusión).

La autoridad paterna y la adolescencia...

En el adolescente el "yo" controlado por la autoridad paterna, busca su liberación¹⁵ y su expresión. Esta "ruptura" se establece de manera paulatina, iniciando en la edad de los 10 a los 12 años, donde la búsqueda de una postura independiente a la de sus padres empieza manifestarse (de hecho deja de "meterse" con sus padres y busca a sus pares¹⁶) y se hace "cataclísmica" entre los 13 y los 16 años y empieza a "decantarse" ente los 17 y 21 años. Lademe (15) propone como fuente impulsora poderosa del cambio, la aparición del "erotismo" en el adolescente o surgimiento de la expresión de la sexualidad. El no saber con certeza qué se quiere, sumado a la "rebeldía" hacia la autoridad, somete las decisiones a que se vea enfrentado el joven a peligros bien definidos.



Empezar a definirse...

De los 17 a los 21 años el joven empieza a asumir una mayor coherencia entre lo que piensa y lo que hace. Es en esta fase donde "siente" la fuerza de cambiar al mundo, lo que intentará si comparte con pares que perciben al mundo de igual manera siendo también la etapa de riesgo de vinculación del joven a actividades grupales subversivas o incluso delincuenciales, según sea la influencia. Los padres lo "liberan" del control y empieza a asumir su autonomía, con lo que la posibilidad de "asumir" un comportamiento de riesgo de incrementa.

¹⁵ Francois L. ¿Para qué una identidad? o el embrollo de las identificaciones y su reorganización en la adolescencia. *Psicoanálisis Ap de Ba.* 2001; 23 (2).

¹⁶ Ingles C, Méndez FX, Hidalgo MD. Dificultades interpersonales en la adolescencia, ¿factor de riesgo o de fobia social? *Revista de Psicopatología Clínica.* 2001; 6(2).

Lo social



En la adolescencia la diferencia de edad establece características bien definidas para cada grupo lo que determina dificultad para "mezclarse" socialmente. Dichas diferencias se hacen evidentes en el hecho por ejemplo de que el joven de 10 a 12 años es por completo diferente al de 17 a 21 años, siendo de los 13 a los 16 años "ese" momento en que tiene un poco de ambas edades lo que hace que sea "ni de aquí ni de allá". Una de las situaciones que suceden en la pubertad es el posicionamiento de la identidad del joven. El joven empieza a través de las relaciones con sus pares (16) a probar las habilidades obtenidas en su formación, siendo esta época clave en la expresión de su habilidad social (riesgo de fobias sociales). Una vez más, el inicio de "intercambio" social, se hace más manifiesto de los 13 a los 16 años, en donde la aceptación de pares pasa de importante a "vital".

Un riesgo social...



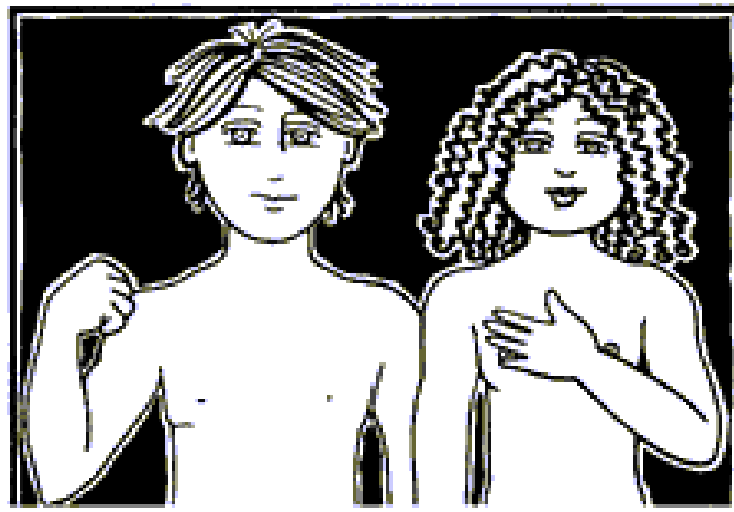
Una expresión del grado de importancia se establece por el hecho de que el joven que tiene dificultad para relacionarse con sus pares a su vez tiene dificultades académicas importantes, eventos que constituyen uno de las principales situaciones de riesgo social de los jóvenes (la no aceptación por parte del grupo). A manera de ejemplo, el joven que es "segregado" por sus compañeros, no es capaz de preguntarle al profesor algo que no entendió, por el temor a la burla de los demás. Lo cierto es que se establece una relación de riesgos importante entre esos jóvenes con problemas con sus grupos (15). Las edades entre los 13 a los 16 años parecen ser el

momento en que se “expresa” con mayor fuerza la capacidad de “socializar” con sus pares.

Todo lo anterior, puede resumirse como parte de la crisis del adolescente¹⁷, a través de la cual va buscando su identidad y en la que de los 12 a los 13 años empieza un proceso de “ruptura” con los padres, el que se expresa de los 13 a los 16 años con la identificación a través de sus pares para llegar a la consolidación de lo que será nuevamente un ser “individual” en la etapa de los 17 a los 21 años.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA EN TORNO AL GÉNERO

Probablemente la diferencia más importante que ocurre entre los niños y las niñas al entrar en la adolescencia sea en términos de inicio de la pubertad. La mujer tiende a empezar su proceso de “maduración” 1 o 2 años antes que los hombres (1). La menarquia y la telarquia se presentan antes del desarrollo sexual del hombre. Así mismo, la mujer culmina antes el proceso.



Los cambios psicosociales son muy similares. No existe diferencia por género. Sin embargo, distintos estudios demuestran una mayor exposición del riesgo de los hombres ante las mujeres, especialmente en torno a sexualidad¹⁸, consumo de alcohol¹⁹(Vespa 1999) y violencia, de seguro como resultado del menor “control” que se ejerce sobre los hombres y así mismo se observa una

¹⁷ Guerrero O. ¿Existe la crisis de la adolescencia? Acta pediátrica de México. 2003; 24 (1).

¹⁸ Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia: encuesta nacional de demografía y salud 2005. Noviembre del 2005.

¹⁹ Sistema para Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas “VESPA”. Informe general 1999. Colombia.

mayor frecuencia de los riesgos en torno a conducta alimentaria en la mujer²⁰, así como derivados de autoestima. Lo cierto es que para la mayoría de autores (según la revisión de Oscar Guerrero), la "Krisis" de la adolescencia se presenta de manera similar en los hombres y en las mujeres. Unos y otros colocaran a prueba el sistema de valores adquirido y lo expresaran en la forma como eligen (1).

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA EN TORNO PERCEPCION DE ÁNIMO



La OMS postuló como definición de salud el completo bienestar BIOPSIOSOCIAL. Implica esta definición, que la salud va más allá de la enfermedad y de hecho, propone al bienestar como meta. Pero, ¿cómo medir el bienestar? Si bien ello ha sido motivo de numerosos trabajos y debates, la medida de la percepción de felicidad en un momento dado puede ser de utilidad. Y ¿qué implicaciones tiene en el proceso de decisión el sentirse feliz o triste? El trabajo del Dr. Diener²¹ expone que las personas que se perciben

²⁰ Benedicto MC, Perpiña C. Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. Anales pediátricos 2003; 58 (3): 268-72.

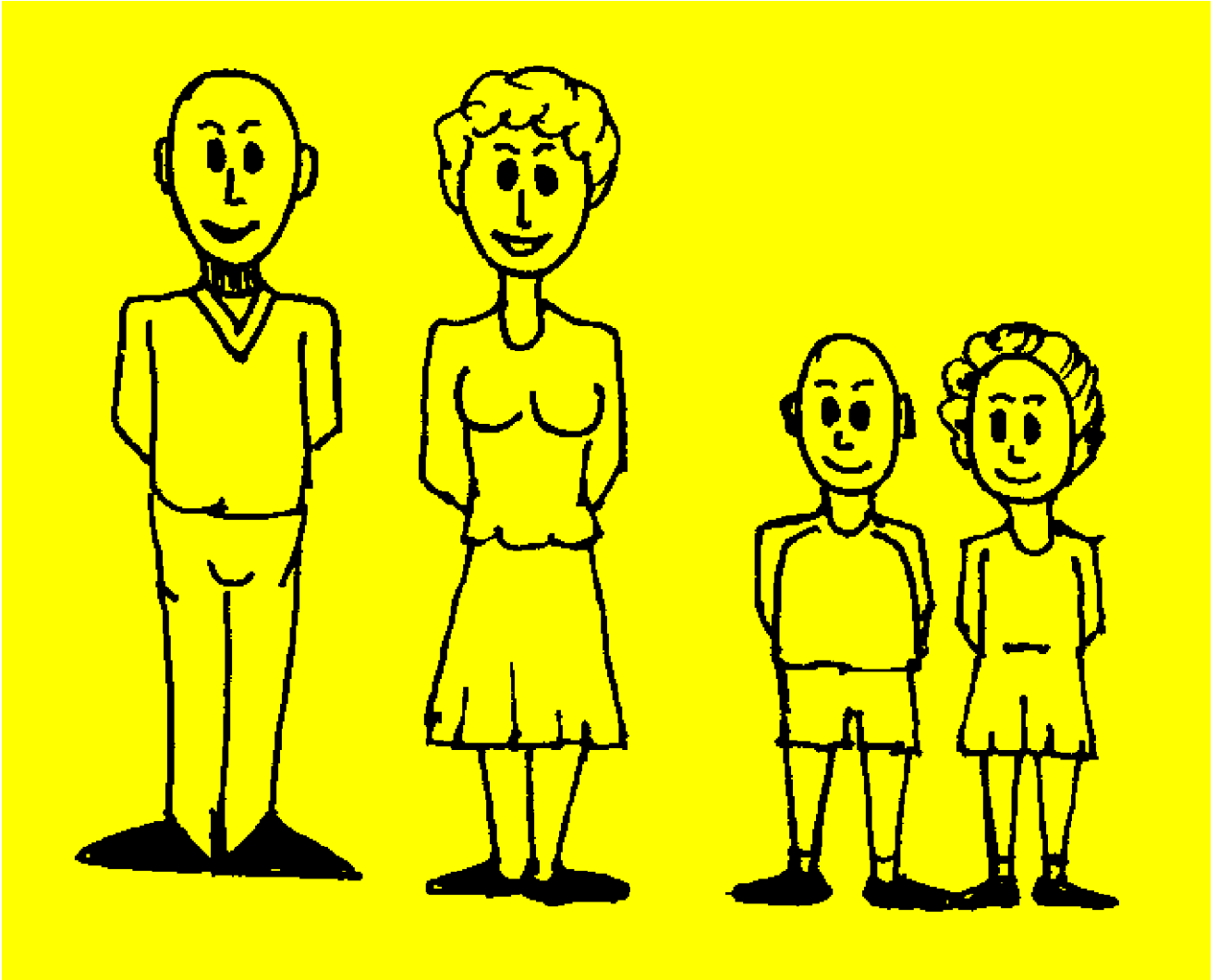
²¹ Diener E, Diener C. Most people are happy. Psychological science. 1996; 7(3): 18 1-185.

felices tienden a tomar mejores decisiones en sus vidas (y por ende exponerse a menos peligros y, por tanto, a protegerse más en torno al bienestar). El doctor Myers²² fortalece esta posición al observar claramente cómo una de las características de las personas felices está en la autoestima y cómo las personas que se sienten seguras, deciden mejor. Además, estos autores sostienen que el ánimo tiene una tendencia a mantenerse con mayor frecuencia en uno de los tres estados (**feliz, normal o triste**) y que si bien puede variar por alguna circunstancia del diario vivir, su tendencia "natural" lo ubicara (pasado el hecho que "descuadra") nuevamente en lo que se podría considerarse su situación "basal". Lo cierto es que el indagar al respecto en torno a los jóvenes se convierte en una interesante manera de adentrarse en el entendimiento de los adolescentes.



²² Myers DG, Diener E. Who is happy? Psychological Science. 1995; 6(1): 10-19.

CAPÍTULO 3: LA FAMILIA Y LOS RIESGOS



Es muy obvio el muy importante papel que juega la familia en torno al proceso de decidir de los jóvenes y por ende a la posibilidad de asumir o no riesgos.

Funciones de la familia

La importancia de la misma para el ser humano queda evidente al entender las funciones de la familia (6) a saber: enseñarle y permitirle la participación en las decisiones (enseña a tomar decisiones), enseña a recibir y brindar afecto, a sentir y brindar apoyo, a compartir recursos y el tiempo. Así mismo, en el diario vivir de la familia se expresa un sistema de valores y algunas veces de

antivalores que van a tener una profunda influencia en los jóvenes. El respeto a posiciones (tolerancia), la capacidad para enfrentar situaciones y la capacidad de comunicarse son entre otras, las habilidades que el niño desarrolla con el contacto con su familia y que tendrán una importante expresión en la adolescencia, ya que los jóvenes por vez primera, y buscando su autonomía, expresarán hacia el mundo como han sido sus relaciones familiares²³.

La crisis del adolescente con su familia...

Esta etapa de la vida en el seno de la familia desencadena una crisis relacional (normativa = "normal" o esperada) que se presenta entre los jóvenes y sus padres, ante la cual o se "rompen" vínculos o, por el contrario, determina la aparición de un nuevo proceso de aprendizaje como lo es la tolerancia del joven hacia sus padres y de ellos hacia él. Cuando ocurre esto último, se ha visto que los jóvenes al tener "problemas", acuden por ayuda a algún miembro de la familia y ello se convierte en un poderoso factor protector (5). Un estudio de Costa Rica coloca en evidencia que en las familias que hablan acerca de las dificultades que afronta algún miembro, potencializan las habilidades de los jóvenes y de los demás miembros (Dina Krauskoph CONDUCTAS DE RIESGO EN FASE JUVENIL, documento OPS abril del 2002).



²³ Mendizábal JA, Ansures B. La familia y el adolescente. Revista médica del Hospital General. 1999; 62 (3). México.

Cuando la familia se convierte en factor de riesgo...

Pero esta importancia (la protección que brinda la familia), se puede ver afectada en torno a las habilidades prosociales, por antisociales y ahí la familia se puede convertir en un severo riesgo para el joven. Es el caso (por cierto raro) de familias donde existe el dominio de miembros antisociales (delincuentes). Ahí, el joven recibe una nefasta influencia para su desarrollo y trascendencia.



Algunas razones de la crisis de familia con los adolescentes...

Lo cierto es que la adolescencia implica para la familia el enfrentamiento de una nueva situación, lo que conlleva a una modificación de las relaciones hasta ahora vigentes. La solicitud del joven de **autonomía** se confronta con la capacidad de los padres de autorizarla; la "confusión" del nuevo estado del joven, se coloca a "pulso" con el afecto y el resto de habilidades que le ofrece la familia, todo ello resaltando el desarrollo de esta "crisis normativa"²⁴, o esperada (12) como resultado de los nuevos roles y expresiones de función a que se ve sometida la familia por la llegada del joven a la adolescencia²⁵. La crisis normativa que implica para la familia la entrada del joven a la adolescencia alterará la "funcionalidad" familiar. Sin duda los jóvenes paulatinamente van "separándose" de sus familias, como parte de la preparación hacia la siguiente etapa como lo es la formación de su propia familia (ciclos vitales y familiares de Eriksson). Pero esa ruptura es paulatina y

²⁴ Herrera PM, González Benítez S e I. La crisis normativa de la adolescencia y su repercusión familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2002; (5).

²⁵ Smilkstein Smilkstein G. The cycle of family functions. A conceptual model for family medicine. J. Fam.Pract. 1980; 11: 223.

en general la percepción del joven hacia su familia muestra más funcionalidad que disfunción.

Midiendo la percepción que el joven tiene de su la familia

El test (cuestionario) de APGAR familiar es una herramienta que permite interpretar este "sentir" (test de funcionalidad de APGAR FAMILIAR²⁶ de Smilkssen), clasificando a dichas percepciones como funcionales, con disfunción leve o con severa disfunción, siendo esta ultima clasificación el resultado de que el miembro de la familia "perciba" muy mal a la misma. Bajo estos criterios se ha "trabajado" en nuevas clasificaciones²⁷, por ejemplo, la de la Dra. Liliana Arias a partir de dicho test. Por supuesto, que la ruptura con la familia, expone a los jóvenes al riesgo (7).



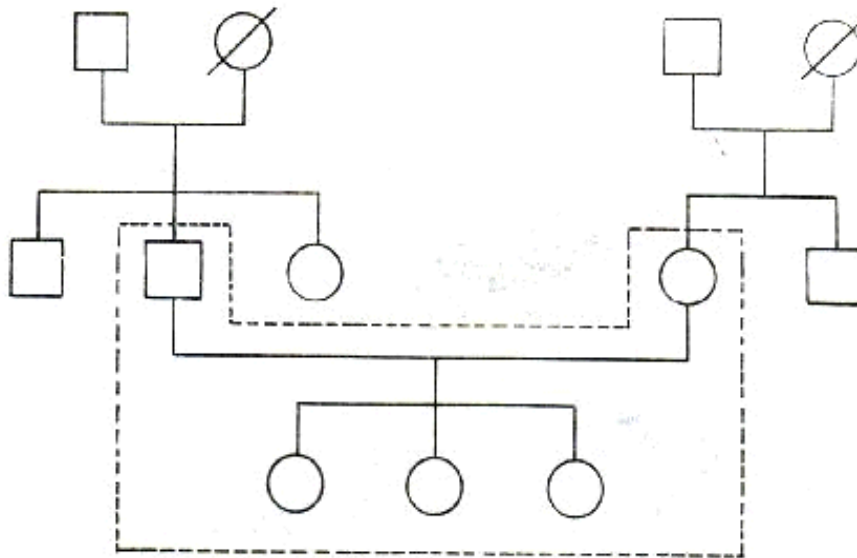
Aceptando la evidente influencia de la familia en las decisiones de los jóvenes, resulta particularmente interesante analizar cómo se expresa ese "apoyo" a través de la estructura familiar.

²⁶ Smilkstein G. Family APGAR analyzed. *Fam Med.* 1993; 25 (5): 293-4.

²⁷ Liliana Arias L, Herrera JA. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Médica.* 1994; 25 (1).

Estructura de los hogares

Entre las diversas formas de clasificar a la familia, una puede ser a través de sus miembros. Se considera un hogar **nuclear** aquel constituido por padres e hijos que conviven bajo un mismo techo. Cuando falta alguno de los padres, se denomina nuclear **incompleto**. Esta situación presupone una disminución de la "protección" que la familia se da entre sus miembros, por sustracción de los recursos de un aportante. Un hogar nuclear **extenso**, se establece cuando bajo el mismo techo conviven adicionalmente otros miembros de la familia de alguno de los padres. Habitualmente un hermano de alguno de los padres nucleares o el padre de alguno de estos. Krauskopf expone que dichos hogares extensos, actúan más como "protectores" para los jóvenes que de "peligro". González y Restrepo (5) ofrecen una probable explicación a través del incremento de la red de apoyo del joven que implica el hogar extenso. Otra interesante relación esta en establecer que influencia se presenta en los hogares **reconstituidos**, donde uno de los roles de padres (padrastra habitualmente) es asumido por un miembro sin vínculo de sangre con los hijos.



CAPÍTULO 4: LAS EXPOSICIONES AL RIESGO



Los jóvenes, por vez primera, se enfrentan al futuro a través de lo que decidan. Para ello cuentan con su pasado (en que se sostienen), parten de lo que sienten y de los cambios que se les presentan (presente), lo que moldean sus anhelos (lo que "sueñan ser, tener y conseguir) y con base en ello, proyectan su futuro a través de lo que decidan.

¿Qué situaciones exponen a los jóvenes a riesgos?

Conocer estas situaciones permite actuar en prevención. Algunas de estas situaciones y bajo la concepción psicosocial son²⁸ las derivadas del desarrollo

²⁸ Herrera P. Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. Rev Cubana Pediatr. 1999; 71 (1): 39-42. ISSN 0034-7531.

familiar e individual del joven. Aspectos psicológicos tales como la disminución de la capacidad de autodeterminación (no tiene la habilidad porque no se le permite o no se le enseñó a decidir), o la pérdida de la intimidad o el no pertenecer a un grupo (hecho bien expuesto por Wilkinson y Marmot²⁹ en su documento para la OMS en el 2003), juegan un importante rol. Así mismo, el desarrollo en entornos familiares inadecuados, donde el joven presenta inhabilidades para decidir, por ejemplo, por sobreprotección que implica que otros decidan por él o conductas autoritarias, donde busca imponerse sin respeto hacia los demás, con su expresión más burda como es la agresión o incapacidad para tolerar a otros o en contraste, actitudes permisivas por incapacidad de decir NO, o el desarrollo bajo un entorno de autoridad dividida, donde lo bueno o lo malo "dependen de"... o el desarrollo en un ambiente limitado por la pobreza y la inseguridad³⁰ (vínculo a bandas delincuenciales), desencadenan en los adolescentes importantes riesgos (peligros) en su vida, con lo cual se les disminuye severamente el potencial de su futuro.

Entendiendo términos...



De esos ambientes limitados surge el término de "**riesgo estructural**" donde según Beck pueden presentar las siguientes situaciones, que sin duda son más manifiestas en los estratos más bajos:

²⁹ Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. Oxford University Press, 1999. www.oup.com

³⁰ Falbo GH, Buzzetti R, Cattaneo A. El homicidio entre los niños y adolescentes: estudio de casos y controles en Recife (Brasil). Bulletin of the World Health Organization. 2001; 79 (1): 2-7.

- Jóvenes que viven en ambientes bélicos y donde impera la impunidad³¹(“El conflicto callejón con salida). Un ejemplo pueden ser sectores de las “comunas” donde las AUC o la guerrilla o las bandas delincuenciales hacen una “presencia mayor” que la del Estado ³² .
- Ausencia de procesos de organización y participación de la comunidad, lo que impide respuestas organizadas por y desde el seno de la comunidad ante lo injusto o lo delictivo y permite que impere.
- Ausencia de “programas” que vinculen a los jóvenes en tiempo libre, especialmente en tiempo de vacaciones. Ante esto, y con la suma de lo anterior, las ofertas de drogas o alcohol hacia los jóvenes se incrementan con el consiguiente riesgo.
- Estigmatización de lo juvenil y de la pobreza (creer que es “malo” por ser joven o pobre). Tal evento, impide la participación de personas o entidades en procesos de organización y desarrollo.
- Incapacidad de resocializar de las cárceles. Dada la realidad delincencial, se pierde la posibilidad de ofrecer una segunda oportunidad.
- Falta de credibilidad en las promesas institucionales. Conlleva a una importante pérdida de FE en lo legal e incremento del poder de lo ILEGAL.

Los comportamientos de riesgo...



Krauskopf (7) sostiene que vivimos en una sociedad de riesgos donde los peligros decididos y producidos, sobrepasan la seguridad y menciona a varios autores (a Ulrich Beck en “La Sociedad de riesgos: Hacia una nueva

³¹ Informe Nacional de desarrollo Humano para Colombia 2003. El conflicto, callejón con salida. Edición diciembre del 2003.

³² Brook DW, Brook JS, Rosen Z, De la Rosa M, Montoya ID, Whitman M. Early risk factors for violence in Colombian adolescents. Revista American Journal Psychiatry. 2003; 160: 1470-1478.

modernidad”) que sostienen entre otras la existencia de inequidad manifiesta en los jóvenes, donde los riesgos se acumulan en los “pobres” y la riqueza en los “ricos”. Jessor³³ sostiene que es importante diferenciar en los jóvenes **los comportamientos de riesgos**, explicadas como situaciones que involucran el peligro en lo que el joven hace, con los comportamientos **asumiendo riesgos**, en donde existe “conciencia” del peligro en lo que hacen y, sin embargo, lo asume (ejemplo: practica de deportes extremos por ejemplo). ¿Por qué los jóvenes asumen conductas de riesgo? Krauskopf (7) plantea que a lo mejor sea como el “rito” de demostración de los jóvenes que hace manifiesta su capacidad de convertirse en adultos. Se ha planteado que pueda ser el reflejo de una sensación de omnipotencia y de aceptación de retos, derivada del deseo de ser reconocido por sus pares.



Riesgos y pobreza...

Es cierto que la relación entre riesgos y pobreza es evidente y de ahí la validez del término “riesgo estructural” (Beck), donde por ejemplo, la no asistencia al colegio (desplazados o falta de acceso al sistema escolar), definitivamente se relaciona con incremento de eventos adversos.

Otro hecho importante es que los riesgos (y la vida) en general no se asumen de manera aislada. Suele asumirse en algunos casos de forma “sumada” lo que ha dado pie a la descripción de “**circuits de riesgos**”, expresando a través de ello que el adolescente vive asumiendo varios y distintos riesgos en un

³³ Jessor R. “Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action”. Journal of Adolescence Health. Nueva York, 1991.

mismo momento. Por ejemplo, la ingesta de alcohol, favorece el consumo de otras sustancias y el estado de ahí derivado favorece la promiscuidad sexual, así como la accidentalidad (riesgo de morir) o los comportamientos violentos (circuito de riesgo= situación donde se asumen varios riesgos simultáneamente).



Pero además, plantean con validez, que entre más temprano se expongan a riesgos los jóvenes, más probable será el daño. Ejemplos de circuitos de riesgos son los desencadenados por hogares con **disfunción severa** (maltrato intrafamiliar o la pertenencia a bandas delincuenciales) donde día a día el joven se expone a riesgos (los mismos o nuevos). Si bien es complicada asegurar predicciones en torno a los riesgos (asegurar que le va a ocurrir el evento adverso), si se ha encontrado que el inicio temprano de relaciones sexuales, la deserción escolar y los jóvenes que trabajan (en empleos "marginales") y los jóvenes que disfrutan tomando bebidas alcohólicas, guardan una relación muy importante de que les suceda los eventos adversos (vínculos delincuenciales, embarazos no deseados y adicciones a drogas lícitas e ilícitas).

Qué dice el Ministerio de Protección Social

La resolución 412 del 2000 (Ministerio de Protección Social) en sus guías acerca de los programas dirigidos hacia los jóvenes, plantea los riesgos derivados de la sexualidad (riesgo de embarazo no deseado y de enfermedades de transmisión sexual,

entre ellas el SIDA), de abuso de sustancias (adicciones al alcohol y otras sustancias con las consecuencias a corto y mediano plazo), de violencia (con el daño físico y psíquico derivado), de autoestima baja (depresión, con la incapacidad pertinente y el riesgo de suicidio), de trastornos de conducta alimentaria (con las consecuencias para el organismo), como un problema de salud pública, que amerita la preocupación e intervención de la comunidad y del gobierno.

Los factores protectores...



Factor protector (bajo la interpretación de Dina Krausopf, Matilde Maddaleno) es la presencia de una situación que favorece el desarrollo del individuo y/o protege o disminuye la adversidad del mismo³⁴. Se han clasificado como internos (o propios de "si mismo") por ejemplo, la autoestima y externos (del medio donde se desenvuelve) como una familia funcional. Factores protectores reconocidos sin duda es la autoestima (que el joven se acepte y se sienta bien como es) o la confianza y cercanía hacia un adulto (distinto a los padres) del joven. Un poderoso elemento protector está dado por el buen

rendimiento escolar. Aquellos que se perciben buenos estudiantes asumen menos riesgos (¿será porque construyen conciencia crítica?) de seguro como resultado de un fortalecimiento de la autoestima. Así mismo, se han mencionado que los factores protectores pueden clasificarse como aquellos que disminuyen la vulnerabilidad (a la exposición) o los que aumentan la resistencia al evento adverso.



³⁴ Munist M, Santos H, Kotliarenco MA, Suárez EN, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes Documento OPS septiembre de 1998.

Como ejemplo de disminución de la vulnerabilidad está el desarrollo del “**locus interno**” por parte del joven, entendido como la intuición de toma de decisiones de protección como resultado de la retroalimentación que surge de lo decidido previamente.

La fascinante resiliencia...

Queda entonces evidente (según los autores mencionados) que así como existen factores de riesgo, conductas de riesgo y conductas asumiendo riesgos, se puede afirmar que existen sus recíprocos en torno a la protección. Pero además, existe en torno a la “protección un término muy interesante: se trata de la **resiliencia** (Maria Angélica Kotliarenco³⁵), definida como la capacidad de sobreponerse a la adversidad, alcanzando a ser feliz (transformar eventos adversos y alcanzar niveles de competencia en la vida). Es decir: que ante “desgracias” ocurridas en la vida del joven, no solo se sobrepone a ellas (lo cual hace la mayoría) si no que además, “se permite” ser feliz en su futuro (lo cual hacen más bien pocos).

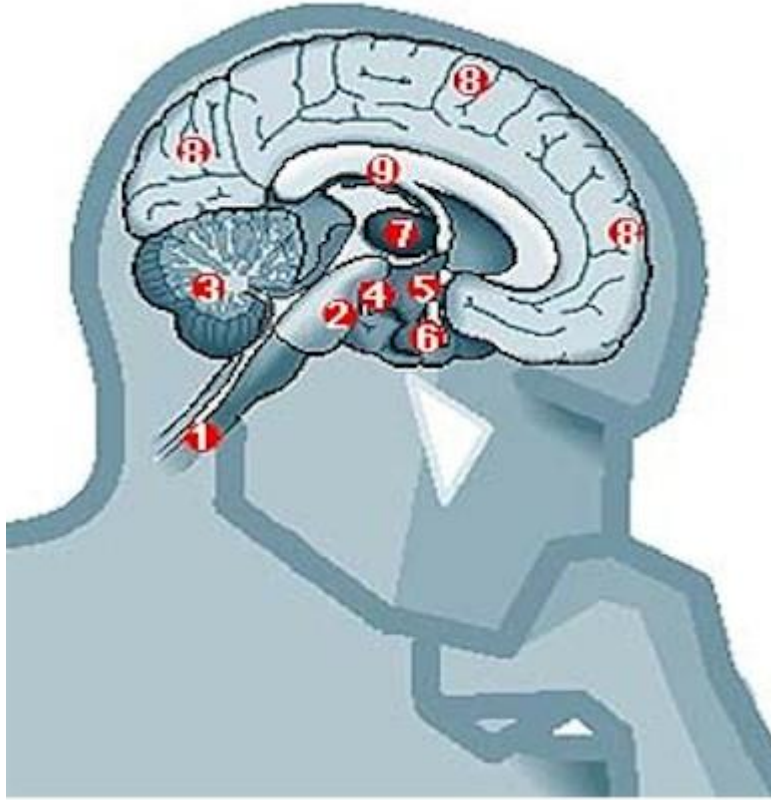


Frankl³⁶ expuso la inquietud de por qué algunas personas sometidas a la infamia de los campos de concentración en la segunda guerra mundial, al sobrevivir, rehicieron sus vidas alcanzando a ser felices a diferencia de una

³⁵ Kotliarenco MA, Cáceres I, Marcelo Fonticella. Estado del arte en resiliencia. Documento OPS julio de 1997.

³⁶ Frankel VE. El hombre en busca de sentido. Editorial Herder. Barcelona. Undécima edición 1989.

mayoría de sobrevivientes que quedaron con profundas secuelas psicológicas. De ahí, la búsqueda de "ese por qué" se ha convertido en una valiosa proyección de cuestionamiento, para poder ofrecerlo al ser humano que sufre. De hecho, y ante la evidencia que en algunos seres humanos, los eventos adversos, desarrollan la capacidad de sobreponerse e incluso de ser felices, ha llevado a considerar la relación entre lo adverso y lo protector. Lo cierto es que la búsqueda de los factores protectores debe hacerse con la misma insistencia que los de riesgo.



¿Qué protege a un joven ante una situación determinada?

La respuesta no deja duda. Lo que decida y esa decisión ha de hacerse basada en:

1. Reconocimiento del peligro potencial a que se enfrenta.
2. Identificación de respuestas adecuadas con base a la experiencia.
3. Presencia del "modelaje" de adultos significativos que refuercen la respuesta decidida.
4. Sentirse con el respaldo suficiente (que parte de si y que parta de otros) para la respuesta que asuma.
5. Capacidad de desarrollar alternativas de respuesta.

Lo anterior implica tener conocimientos acerca del peligro, conocer probables respuestas, haber vivido (o visto) consecuencias de las respuestas y saber que

lo que decida tendrá el apoyo de otros, así como poder evaluar la respuesta asumida y cambiarla si llega a ser necesario. Y ¿dónde se le presenta a un joven la oportunidad de "exponerse" a esos elementos? Sin duda, en la familia y en el colegio, ambientes que constituyen los principales escenarios donde lleva a cabo su vida. Como un elemento a tener cada vez más en cuenta, está la pertenencia a grupos religiosos, grupos que promueven comportamientos de protección en diversos tópicos de la vida del ser humano.



Aprender a decir NO...

Jessor (33) sostiene que los jóvenes expuestos a riesgos, cuando adquieren conciencia de los mismo y declaran su intención de decir **NO** a la exposición (y proceden en consecuencia), potencializan su protección y por ende su futuro (¿será como una segunda oportunidad?). Lo cierto es que una autoestima basada en logros, la capacidad de asumir responsabilidades, el poder relacionarse con otros, el asumir el reto de tomar decisiones contemplando las consecuencias, el incremento del "locus" de control interno (cualidad propia de controlar sus "deseos") y el poder hablar de las dificultades a que se enfrentan, son elementos que PROTEGEN a los jóvenes y serán las directrices de los programas de prevención (35).

Relación entre riesgos y protección...

De esta revisión debe quedar en claro que muchas de los comportamientos de riesgo, conllevan al mismo tiempo la posibilidad de convertirse en conductas de protección. El que sea uno u otro factor depende de lo que el joven decida y en ese sentido, entre "más" años tiene el joven, más autonomía adquiere (y le dan) estando cada vez más presente, la posibilidad de decidir.

Ojo con estos riesgos...!

Con las dificultades propias de las predicciones basadas en observaciones no sistematizadas, Weistein³⁷ alerta como preeditores de máximo riesgo a los jóvenes que:

1. Presentan experiencias adversas a temprana edad (sexuales o con alcohol y drogas).
2. Deserción escolar.
3. Incorporación laboral.

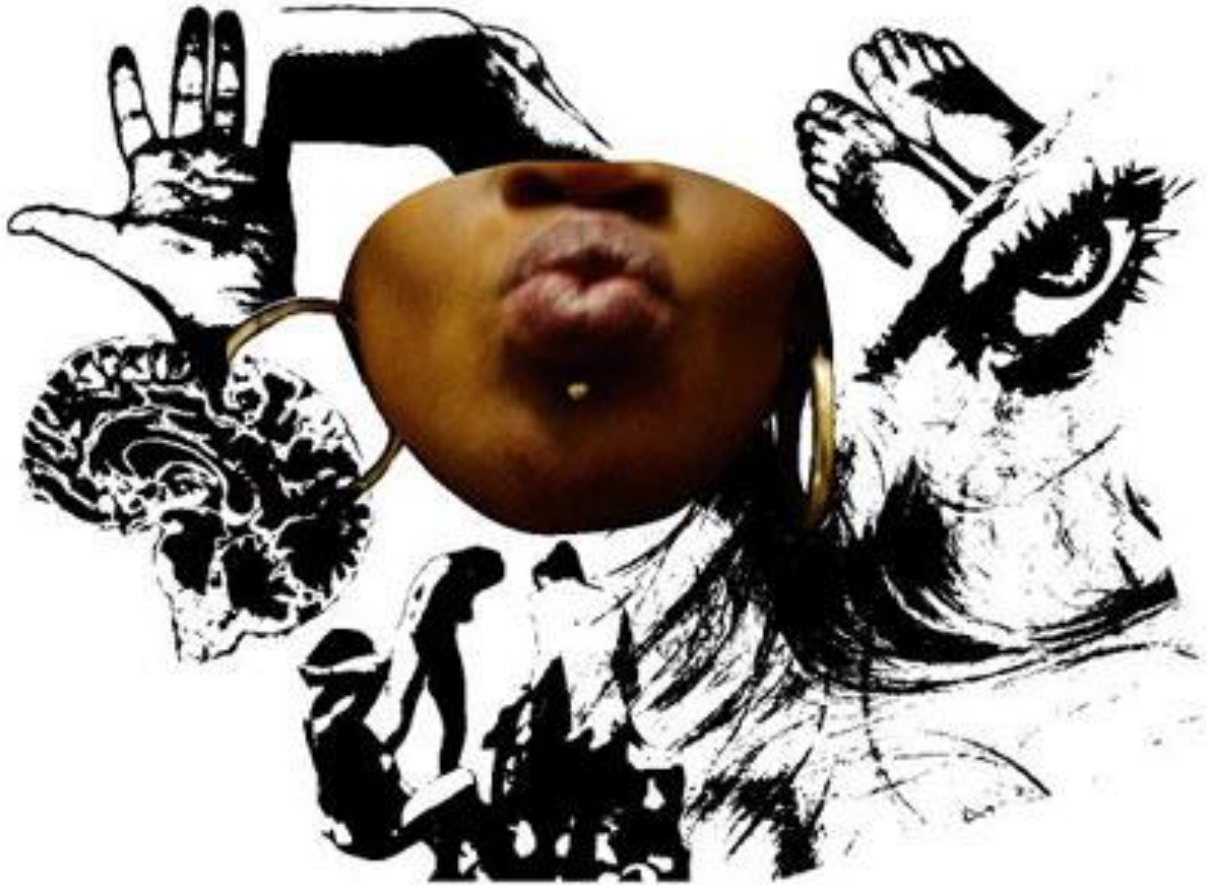


Como un segundo círculo de factores de riesgo están:

4. Bajo éxito académico.
5. El paso de primaria a secundaria.
6. La conflictividad familiar alta y crónica.
7. Vínculos con pares que transgreden la ley.
8. La ausencia de un proyecto futuro.

³⁷ Weistein J. Riesgo psicosocial en jóvenes. PREALC, Chile 1992.

CAPÍTULO 5: RIESGOS ESPECÍFICOS PSICOSOCIALES



A continuación se van a exponer los riesgos psicosociales propuestos por el Ministerio de Protección Social en la resolución 412.

RIESGOS EN TORNO A LA SEXUALIDAD



¿Cuáles son los eventos adversos a que se enfrentan los jóvenes en torno a la sexualidad?³⁸ Sin duda, y en orden prioritario, la adquisición de una enfermedad de transmisión sexual, y entre ellas del SIDA, situación que evidentemente expone a los jóvenes a un peligro mortal. Pero por otro lado, y como un evento adverso de enormes implicaciones sociales, la aparición del “embarazo no deseado”. Este último conlleva a riesgos tales como el maltrato, e incremento la pobreza. En Colombia, la resolución 412 (Ministerio de Protección Social) enfatiza sobre estos aspectos. ¿Cuáles son entonces los peligros (riesgos) derivados de la sexualidad? Siendo simplistas, los derivados del inicio de sus actividades sexuales con todas las implicaciones que se establecen a su alrededor. Para enfrentar este riesgo, se han diseñado estrategias, entre las cuales cabe mencionar la educativa.

Si bien se ha logrado un importante control de natalidad (a nivel país y según el censo), resulta evidente que la población adolescente mantiene altas tasas de embarazos³⁹ (ver grafica #1). En el año 2000 una de cada tres jóvenes de 19 años refería haber estado embarazada. Es evidente el comienzo de

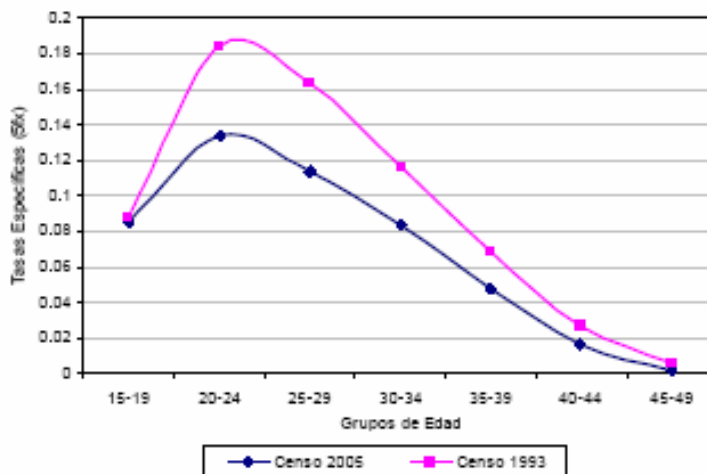
³⁸ Krauskoph D. Conductas de riesgo en fase juvenil. Documento OPS presentado en Abril del 2002.

³⁹ Bonilla R y colaboradores. Informe: situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia. Noviembre del 2004.

relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, ello a pesar de numerosos programas que buscan contrarrestar esta conducta⁴⁰.

GRAFICA # 1 TENDENCIA DE LA FERTILIDAD EN COLOMBIA POR EDAD (Fuente; DANE 2000)

Fecundidad



Y de la infección por VIH...

Una idea en torno a los riesgos de la sexualidad y ETS puede surgir de ver la tabla # 1 que muestra el número de casos de infección de VIH ocurridos en Colombia en los años 2000 a 2003.

TABLA # 1. CASOS NUEVOS DE INFECCION POR VIH EN COLOMBIA DEL 2000 AL 2003.

TABLA # : Número de personas con VIH positivo, 2000 - 2003, Total Nacional

Edad	Número de personas			
	2000	2001	2002	2003*
0 A 4	82	173	109	36
5 A 14	41	32	32	7
15 A 24	502	667	559	195
25 A 34	1,195	1,357	1,134	371
35 A 45	750	971	842	243
46 A 59	332	427	395	147
60 A MÁS	55	66	90	19
Desconocido	73	236	1,152	47
Total general	3,030	3,929	4,313	1,065

*Datos hasta septiembre de 2003, no se han ajustado los totales del año

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Grupo de vigilancia en salud pública. 2003

⁴⁰ Jemmott JB, Jemmott LS, Fong GT. Abstinence and safer sex: A randomized trial of HIV sexual risk-reduction interventions for young African-American adolescents. *Jama* 1998; 279:1529-36.

La práctica de uso del condón en la primera relación persiste muy baja (25%)⁴¹, lo que puede servir de reflejo de la efectividad de los programas de promoción y prevención en torno a la sexualidad.



El saber (conocimientos) sin duda es un importante componente de la protección. Por ello, se han incluido clases en los colegios de orientación sexual (incluso desde temprana edad e incluidas en el currículo escolar) y se han fortalecido a través de programas que buscan la integralidad (programas de escuelas saludables). Pero también se hace evidente que aun no se entiende cómo "ofrecer" el conocimiento para que "proteja"⁴² a los jóvenes.

Acá tenemos serios problemas...

La información presente, confirma que coincidente con la implementación de los colegios de los programas de educación sexual, se han "disparado" las relaciones sexuales (inicio cada vez más temprano⁴³) situación que se ha de analizar confrontando la "inmensa descarga" publicitaria mundial, promoviendo la actividad sexual. Lo cierto es que con base a la información

⁴¹ Kerrigan D. Educación inter pares y VIH/SIDA conceptos usos y problemas. Documento ONUSIDA Ginebra Suiza 2000.

⁴² Sancil LA, Coffey CMN, Veit FCM, Carr-Greg M, Patton GS, G Bowes. Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomised controlled trial. Revista BMJ. 2000; 320 (January 22).

⁴³ Mosquera J, Mateus JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH y SIDA, y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. Revista Colombia Médica. 2003; 34 (4).

presente, los procesos educativos no parecen estar provocando el impacto deseado⁴⁴ que es el desarrollo de actividades sexuales responsables, donde por ejemplo, el uso del condón como protector de Enfermedades de Transmisión Sexual o el uso por parte de los jóvenes de sistemas de planificación familiar, no se ha impuesto como debería⁴⁵. Todo parece indicar que existe una brecha entre el saber y el hacer.

Buscando explicaciones...

Como una realidad, queda expuesto que los jóvenes colombianos buscan a través de su sexualidad su autonomía, pero no siempre en una buena dirección. Cuando en sus hogares son víctimas de algún tipo de maltrato, la posibilidad del embarazo en los jóvenes se incrementa⁴⁶, de seguro como alternativa para "salir" de su hogar nuclear a través de la construcción de otro.

RIESGOS EN TORNO A LAS ADICCIONES



La adolescencia es la edad del riesgo de los "vicios". El contacto casi inevitable con sustancias adictivas será la norma de los jóvenes y ahí se presenta la situación adversa que es el "vicio" o dependencia. El cigarrillo hace su aparición con fuerza a través de los medios publicitarios masivos y expone a

⁴⁴ Wight D, Raab GM, Henderson M, Abraham C, Buston K, Graham Hart, Scout S. Limits of teacher delivered sex education: interim behavioral outcomes from randomized trial. BMJ 2002; 324 (15 JUNE). bmj.com

⁴⁵ Mejía IE. Dinámicas ritmos y significados de la sexualidad juvenil. Programa La Casa CESO. Universidad de los Andes Octubre del 2000.

⁴⁶ Ortiz R, Anaya NI, Sepúlveda C, Torres SJ, Camacho PA. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. Revista MED UNAB. 2005; 8 (2).

los jóvenes a los riesgos derivados de su uso y abuso. ¿Cuáles son?
Esencialmente biológicos, tales como el incremento de enfermedades crónicas.

La temible nicotina...



La sustancia adictiva es la nicotina⁴⁷, la cual desencadena una cantidad de cambios en el organismo, pero por sobre todo, genera la dependencia o necesidad de recibir la "dosis" porque de lo contrario aparece el denominado síndrome de abstinencia o "crisis" del organismo por falta de la sustancia. Además, la nicotina tiene la peligrosa propiedad de incrementar el deseo de consumo de alcohol y otras sustancias así mismo adictivas (¿será que desencadena circuitos de riesgo aditivos?). Lo cierto es que las sustancias adictivas como la nicotina por ejemplo, desencadenan sensaciones placenteras, creando dependencia psíquica lo que reforzado a lo mal que se sienten si suspenden el "ingreso" de la sustancia (síndrome de abstinencia), cierra el **circulo de la adicción**, todo ello mediado por receptores cerebrales. Ello, sumado a la necesidad paulatina de incrementar las dosis de ingresos, desencadena lo que se conoce con el nombre del "vicio" (adicción). En Colombia se ha considerado que la prevalencia de consumo de cigarrillo en

⁴⁷ Molero A, Muñoz JE. Psicofarmacología de la nicotina y de la conducta adictiva. Revista Trastornos adictivos. 2005; 7 (3).

jóvenes entre 11 y 18 años, está entre el 25 y el 30%.⁴⁸. Por cierto... aquellos que fuman tienen mayor relación con la actividad sexual (38).

Y del alcohol... ¿qué?

Con el alcohol la situación no es diferente a la de la nicotina (Asouza⁴⁹). Se trata de sustancias que se comportan de manera similar y desarrollan la misma adicción, de hecho se combinan y amplifican los efectos. La sociedad occidental se ha encargado, a través de su prioridad de vender, de difundir y extender el problema del uso y abuso, a niveles



inimaginables (uso de mensajes y actividades que promueven el consumo entre los jóvenes). Un reflejo de ello es la clara tendencia a "beber" de los jóvenes en nuestro medio. La consecuencia de ello es una evidente relación entre "tomar" y disfunción familiar, mal rendimiento, deserción escolar, violencia (tal vez beber es uno de los principales factores asociados a la violencia) y un importante "disparo" de la actividad sexual, eventos todos que permiten identificar los riesgos derivados (**consumo de alcohol = circuito de riesgo**).

En un estudio realizado sobre 3.700 jóvenes de Bogotá y Sopó (González Q.⁵⁰), la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes fue de 38% entre los jóvenes de 10 a 21 años (mayor prevalencia entre más años). ¿Por qué "beben" los jóvenes? Entre las muchas situaciones de riesgo vale la pena mencionar: por predisposición genética, por la influencia social (amigos que beben), por la influencia familiar (padres que beben), por depresión o ansiedad entre otros y claro... porque fuman (clara asociación entre lo uno y lo otro). De todo esto queda en claro el amplio panorama de situaciones que contribuyen a que los jóvenes consuman alcohol.

⁴⁸ Torres Y. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados. Resultados de la investigación sobre consumo realizada en los jóvenes de Antioquia en el 2003. CARISMA.

⁴⁹ Asouza y Machorro M, Quintilla BJ, Díaz Barriga. Etiopatogenia y psicopatología del consumo étílico infantojuvenil. Revista Mexicana de Neurociencias 2005; (3). 257-270.

⁵⁰ González JC. Determinación de los factores de riesgo para la salud en una muestra de población de adolescentes en Bogotá y Sopó durante el año 2004. Carta Comunitaria. 2005: 72 (abril y mayo). Publicación interna de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N Corpas.

¿Y el resto de sustancias psicoactivas...?

Con el resto de sustancias adictivas la problemática tiene un comportamiento similar, solo que las prevalencias son más bajas, dejando evidente que la prioridad para el país (y tal vez para el mundo) está en el uso y abuso de alcohol y cigarrillo. Cerca del 84% de los jóvenes de 10 a 24 años han probado el alcohol (Rumbos). El 37% de los jóvenes han probado el cigarrillo. El inicio del consumo de alcohol se hace a los 12.9 años (encuesta de consumo programa Rumbos). El cigarrillo a los 13,7 años. Si bien la diferencia por sexos no es muy importante en el caso del alcohol (probado por 85% de los hombres y 82% de las mujeres) definitivamente el contacto es alto (ver tabla # 2). Existe una relación importante entre consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias adictivas con violencia, accidentes, así como con la deserción escolar y el contacto sexual temprano (situaciones de riesgo).

TABLA #2. CASOS NUEVOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN CAPITALS DE COLOMBIA EN EL 2001.

Tabla # Proporción de prevalencia y casos nuevos de consumo de sustancias ilegales según género para el total de capitales, 2001

Sustancia	Prevalencia de vida		Prevalencia anual		Casos nuevos último año	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Alcohol	85.2	82.6	79.5	77.5	21.6	26.2
Cigarrillo	41.2	34.3	33.6	27.3	13.5	13.1
Marihuana	11.5	6.5	8	4.4	3.9	2.8
Cocaína	6.3	2.9	4.2	1.9	2.4	1.3
Basuco	1.8	0.6	1.1	0.5	0.5	0.2
Inhalables	2.8	1.6	1.8	1.1	1.1	0.7
Éxtasis	2.7	1.7	2	1.4	1.3	1
Hongos	1.8	0.7	1.1	0.5	0.7	0.3
Ácidos	1	0.5	0.6	0.4	0.4	0.2
Tranquilizantes	2.2	2.6	1.4	1.9	0.8	1.2
Anfetaminas	1.2	0.9	0.7	0.6	0.4	0.4
Heroína	1.4	0.7	0.8	0.4	0.4	0.2

Fuente: Encuesta Nacional Rumbos, Presidencia de la República, 2001.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que el contacto con el alcohol no implica consumo frecuente. Por ejemplo, en Bogotá 1 de cada 3 jóvenes que ha probado el alcohol, solo han tenido contacto 3 veces al año y solo 0.7% beben todos los días. El cigarrillo en cambio si tienen una alta frecuencia de uso entre los que lo han probado (1 de cada 4 fuman todos los días).



RIESGOS EN TORNO A LA DEPRESION

Según la Policía Nacional en el año 2003, 824 personas menores de 30 años se quitaron la vida y de ellas 65 eran menores de 16 años. ¿Qué lleva a que un joven quiera quitarse la vida por su propia mano? Sea lo que sea es un reflejo grave dentro de una sociedad y es lo que está ocurriendo en nuestro medio.

El triste problema de la depresión...

La depresión en los jóvenes es una patología que cada vez se reconoce más. Su riesgo directo es el suicidio⁵¹. Los cambios biopsicosociales de la adolescencia, permiten diferencias en la "maduración", situaciones que a lo mejor y en caso de no presentar los cambios de manera armónica, pueden estar relacionadas con el surgimiento de ideas depresivas. Sin embargo, y de ser así, las ideas depresivas serán solo momentáneas, desapareciendo cuando las "asimetrías" de la maduración concluyan. De la misma manera, el convivir

⁵¹ Serfaty E, Andrade J, D'Aquila H, Masaútis AE, Foglia L. Depresión grave y factores de riesgo en varones de la ciudad de Buenos Aires (1991). Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatria volumen 12.

con personas deprimidas en el seno de la familia, favorecen la aparición de depresión en los jóvenes. Es muy probable que el joven no sepa cómo enfrentar esta situación y las ideas de culpa o la impotencia de no poder hacer algo al respecto tengan algo que ver con esta situación. Las ideas de suicidio, constituyen un buen reflejo de la depresión.

Ideas depresivas con otros comportamientos de riesgo...

También existe una relación entre los comportamientos violentos (Marcelo Larragibel⁵²) y el consumo de sustancias prohibidas con la depresión y con las ideas suicidas. Otra situación de riesgo para depresión, son los jóvenes que presentan comportamiento violento e intimidador ante sus compañeros⁵³. Una vez más, la asociación con el alcohol de las ideas depresivas e incluso suicidas, es importante y frecuente como lo expone Julia Sinclair⁵⁴.



Buscando la salud mental...

El desarrollo de una auto imagen adecuada se encuentra relacionada como factor protector de depresión y por ende de suicidio y fomentador de salud mental. La salud mental se concibe como proceso evolutivo y dinámico de la vida. En este proceso (búsqueda de salud mental) intervienen múltiples factores: como un normal desarrollo neurobiológico, factores hereditarios, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales (52). Y como cabe esperar, la familia tiene un importante papel en los adolescentes que intentan suicidarse (papel aun no suficientemente explicado) y que no están enfermos de alguna patología

⁵² Lagarribel M, González P, Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes. Revista Chilena de Pediatría. 2000; 71 (3): 183-191.

⁵³ Kaltiala R, Rimpelä M, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in finish adolescents: school survey. BMJ 1999; 319 (7).

⁵⁴ Sinclair J, Green J. Understanding resolution of deliberate self harm: qualitative interview study of patients' experiences. BMJ. 2005; 330: 1112.

psiquiátrica, siendo más frecuentes en las familias desintegradas donde la ausencia del padre es más notoria⁵⁵.

RIESGOS EN TORNO A LA VIOLENCIA



Colombia es mencionada como uno de los países con comportamientos más violentos del mundo (Franco S⁵⁶). En Colombia se pierden al año más de 50.000 vidas de niños y jóvenes por enfermedades y por causas violentas.

La mayoría de estas causas son prevenibles. El estudio de de Grisales en Cali⁵⁷ evidente en la gráfica N° 2 permite observar el panorama de la mortalidad de los jóvenes colombianos.

GRAFICA #2. MORTALIDAD JUVENEIL POR SEXO Y GRUPO DE CAUSA EN CALI 1989-1999.

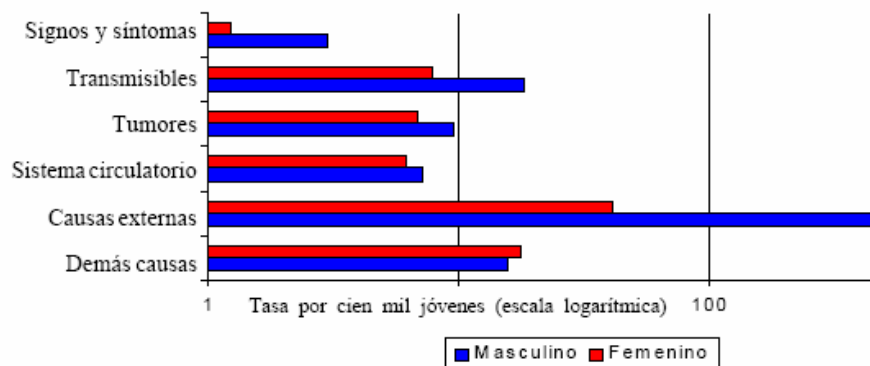


Figura 2. Tasa de mortalidad juvenil por sexo y grupo de causa. Cali, 1989-1999

Fuente: causas de mortalidad en jóvenes y su contribución al cambio en la esperanza de vida en Cali 1989-1991. Revista Colombia Médica 2005; 36 (2).

La impunidad y el conflicto armado ("El Conflicto callejón con salida") juegan un importante papel en torno a las altas tasas de indicadores de violencia. El

⁵⁵ Castillo O. Intento de suicidio en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar Archivos de Medicina familiar. 2001; 3(2): 33-39

⁵⁶ Franco S. Violencia y salud en Colombia. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 1997; 1(2).

⁵⁷ Grisales H, Caicedo B, Serna C, Uribe D. Causas de mortalidad en jóvenes y su contribución al cambio en la esperanza de vida. Cali, 1989-1991. Colombia Médica 2005; 36 (2).

comportamiento violento de los jóvenes deja sin duda huellas: deja víctimas y victimarios. Los principales riesgos provocados por los comportamientos violentos son en primera instancia los derivados del daño biológico (lesiones), pero el social e histórico, es precisamente el que el círculo se perpetuó: la víctima de ayer...se convierte en el victimario del mañana. Dentro de los jóvenes de 10 a 24 años, la muerte violenta ocupa primeros lugares, así como ser víctimas del desplazamiento forzoso (Resolución 412 del Ministerio de Protección Social), donde aparecen estadísticas provocadas en las zonas de alto riesgo). El maltrato familiar físico (padres que golpean a sus hijos) presenta una prevalencia alta (32) y sin duda constituye un importante factor de riesgo en torno a violencia futura.



Así mismo, en el colegio se observa un número importante de situaciones de violencia⁵⁸, que pueden servir como medidas para identificar el grado de exposición de los adolescentes. Son riesgos de violencia en jóvenes, el consumo de drogas ilícitas, así como pertenecer a bandas delincuenciales (30) o el poseer armas de manera rutinaria (32) y por supuesto que la violencia televisiva juega un importante papel, que aún no se ha podido medir en toda su extensión⁵⁹. El uso de la violencia para resolver diferencias sin duda se desarrolla o se prevé en los colegios, razón por la cual se deberán incentivar los denominados programas de convivencia o de intervención en niños para evitar la violencia de los jóvenes (por ejemplo, el programa de prevención de Montreal).

⁵⁸ Zavaschi M, Benetti L, Polanczyk S, Bañón G et al. Adolescents exposed to physical violence in the community: a survey in Brazilian public schools. Rev Panam Salud Pública. 2002; 12 (5): p.327-332.

⁵⁹ Díaz L, De la Peña F, Suárez J, Palacios L. Perspectiva actual de la violencia juvenil Revista MedUnab. 2004; 6 (20).

Todo parece indicar...

Lo cierto es que todo parece indicar que el niño que viene con comportamientos violentos, será el joven de comportamientos similares ya que no se observa un crecimiento de la prevalencia de estos comportamientos en esta etapa. En el estudio en colegios de Bogotá y Sopó (50) no existió diferencia significativa en la prevalencia de comportamientos violentos entre los jóvenes de 10 a 12 años, de 13 a 16 y de 17 a 21 años, siendo en promedio del 17% la prevalencia de uso de violencia física en los últimos seis meses.

RIESGOS EN TORNO A LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Durante la adolescencia se presenta un abrupto cambio en el peso de los hasta ayer niños y hoy jóvenes⁶⁰. Esto se enfrenta al relativamente nuevo fenómeno de la importancia del aspecto por parte de los jóvenes, lo que puede determinar el surgimiento de Trastornos de Conducta Alimentaria. La anorexia nerviosa y la bulimia son dos de las entidades riesgo que pueden presentar los jóvenes (son los eventos adversos). En el estudio de Ana Lucrecia Ramírez⁶¹ de la Universidad de Antioquia se encontró una prevalencia total de TCA del 17.7% (trabajando con muestra) resultado que si bien no se diferencia de los que aparecen en otras partes del mundo (España o USA) si pone de manifiesto la magnitud del problema que surge para la salud pública colombiana.



⁶⁰ Nicholls D, Viner R. Eating disorders and weight problems. BMJ 2005; 330.

⁶¹ Ramírez AL, Moreno S, Yepes MM, Pérez GM, Aristizábal A, Posada C, Roldán L. Prevalencia de anorexiabulimia en mujeres adolescentes de Medellín.
<http://www.semana.com/imagesSemana/documentos/anorexiabulimiamed.doc>

Qué factores de riesgo se reconocen...

Son factores de riesgo entre otros, el sexo femenino, la obsesión perfeccionista de los jóvenes, disfunción familiar severa, las dietas repetidas y la autoestima baja. De seguro aun falta mucho por estudiar en torno a los TCA (Trastornos de Conducta Alimentaria) y prueba de ellos es esa diversidad de factores de riesgo mencionados. Así mismo, se ha visto como evento adverso que pueden desarrollar las personas con TCA, la alexitimia⁶² como trastorno psiquiátrico de reciente diagnóstico. Pero los riesgos más grandes que presentan los TCA son los relacionados con aspectos nutricionales⁶³, tales como desnutrición, alteraciones electrolíticas o alteraciones metabólicas secundarias a los desplomes consiguientes. Sea cual sea la génesis de los TCA, todos los autores están de acuerdo que como un factor de riesgo muy importante está la imagen publicitaria que se ha construido de la mujer y cada vez más del hombre, que conlleva a que los jóvenes quieran ser lo que no son.

FACTORES DE RIESGO (Y PROTECCIÓN) EN TORNO A LA RELIGION



La religión es junto con el colegio, la familia y el contacto (confianza) con un adulto distinto a los padres (35,38) uno de los factores protectores más importantes para los jóvenes. Numerosos estudios (30) colocan en evidencia cómo los jóvenes expuestos a pobreza extrema y en zonas de riesgos

⁶² Merino H, Godas A, Pombo MG. Alexitimia y características psicológicas asociadas a actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2002; 7 (1): 35-44.

⁶³ MARIN V. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES. Rev. chil. nutr., 2002; 29, (2): 86-91. ISSN 0717-7518

psicosociales inmensos, pero que se vinculan a prácticas religiosas (grupos religiosos), se "protegen" de manera notoria en comparación con aquellos que no se vinculan. De la misma manera, se sabe de cómo muchos programas para combatir las adicciones a drogas se basan en prácticas religiosas con resultados efectivos.

Las prácticas religiosas promueven valores, que en determinado momento utiliza el joven al momento de decidir. Habitualmente, la vinculación al "culto" no se lleva a cabo solo por el joven y se vinculan los padres, lo cual permite la construcción de un "**circuito de protección**" que disminuye considerablemente el que los adolescentes asumen comportamientos de riesgo. Por tanto, y en esta investigación, la NO PRÁCTICA DE ACTIVIDADES RELIGIOSAS se va a considerar como riesgo (más con carácter exploratorio que sustentando en otras investigaciones).



CAPITULO 6: CÓMO SE HIZO EL ESTUDIO



Se trata de un estudio observacional, de corte transversal. Forma parte del proyecto PIPSA (Programa Integral de Promoción de la Salud del Adolescente) realizado por el Departamento de Medicina Comunitaria de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas y la Fundación Salud Familia y Comunidad. Lo que se hizo fue acudir a 12 colegios públicos y, luego de la aprobación por padres de familia y directivas, se aplicó una encuesta a los jóvenes desde sexto a once.

IDENTIFICACIÓN DE CONCEPTOS

FACTOR DE RIESGO: Elemento que de presentarse favorece la posibilidad de que aparezca el evento adverso (Royal Society).

COMPORTAMIENTO DE RIESGO: Conducta de la persona que favorece la posibilidad de aparecer del evento adverso.

CONDUCTA ASUMIENDO RIESGO: Comportamiento conciente que favorece la aparición del riesgo.

FACTOR PROTECTOR: Elemento que de estar presente, puede evitar la aparición de eventos adversos.

CONDUCTA PROTECTORA: Comportamiento que disminuye la posibilidad del evento adverso.

POBLACION ADOLESCENTE ESCOLAR: Se refiere en este documento a la población de 10 a 21 años presente en los colegios públicos de la localidad de Suba.

COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA: Entidades educativas pertenecientes al distrito y ubicados dentro de la localidad de Suba.

PREVALENCIA: Proporción de población que tiene presente la situación estudiada entre el total de población estudiada.

AREAS DE RIESGO: En este documento se agruparon usando la resolución 412 del 2000 (10), las ha clasificado así:

- Riesgos derivados de la actividad sexual: embarazo y enfermedades transmisión sexual.
- Riesgos derivados del abuso de sustancias: adicción al alcohol, cigarrillo y sustancias adictivas.
- Riesgos derivados de la violencia: uso de violencia física con el daño físico consecuente.
- Riesgos derivados de la depresión: cambios del estado de ánimo con la consecuencia adversa de la depresión o el suicidio.
- Riesgos derivados de los trastornos de conducta alimentaría: la aparición de la bulimia y anorexia.

Como aspecto vinculado a la protección esta la practica religiosa en la vida cotidiana del joven.

CÓMO SON LOS JOVENES Y SUS FAMILIAS



Se trata de jóvenes entre los 10 y los 19 años vinculados a los colegios públicos de la localidad de Suba, pertenecientes a familias de estratos 1 y 2 en su mayoría y al 3 en una proporción menor. El criterio de inclusión fue el pertenecer al colegio y querer participar en el estudio.

Cómo son las familias...

La familia de donde provienen los jóvenes, según fuente directa y obtenido a través de un estudio de 500 familias de estrato 2 de la localidad realizado en el año 2002, está compuesta en promedio por 4.1 miembros⁶⁴. Los hogares están unidos de manera dominante a través de la unión libre (44%) en comparación con el matrimonio católico (26%). Uno de cada 5 hogares es de familias separadas. Los hogares extendidos se presentan en un 10% de las familias. Uno de cada 3 hogares tiene al hijo mayor en plena adolescencia. Cerca de la mitad de las familias son propietarias de la vivienda en la que viven (y en un porcentaje importante fueron construidas por ellos mismos). En cerca del 40% de los hogares, las habitaciones son compartidas por más de 2 personas. En el 2002, tan solo en 1 de cada 3 hogares alguno de los padres tenía un trabajo fijo (quedando en 1 de cada 3 trabajando de manera informal y una razón similar sin trabajo). En este estudio se observó que el 50% de las familias se "mantienen" con un salario de alrededor del mínimo y 1 de cada 3, con menos del mínimo (en el 2002).

Estudio y trabajo de los padres...

Los padres de los jóvenes no acceden a la universidad alcanzando apenas educación incompleta un mínimo porcentaje de ellos (menos del 5%). Alrededor del 40% de la población de estos estratos refiere no estar afiliada a la Seguridad Social (en el 2002).

Acceso de los jóvenes a la Seguridad Social

El acceso a la seguridad social se hace a través de ser vinculados por el SISBEN en el 40% de la población (no tienen trabajo fijo). Al comparar con revisiones nacionales se observa que los jóvenes de 18 a 22 años ocupan el primer lugar de NO afiliación de Seguridad Social de seguro como resultado de la pérdida de afiliación familiar que sucede al cumplir 18 años si no estudian y no trabajan (VER TABLA).

⁶⁴ González JC, Álvarez AC. Diagnóstico biopsicosocial de 500 familias de la UPZ 71. Investigación elaborada para BAS en el año 2002.

TABLA # 3. AFILIACION DE POBLACIÓN JUVENIL EN EL AÑO 2003.

Tabla ESTADO DE AFILIACION DE LA POBLACIÓN JUVENIL DE COLOMBIA EN EL 2003				
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	AFILIACION	NO AFILIADOS
De 6 a 11 años	33,6	26,9	60,5	39,5
De 12 a 15 años	33,15	26,4	59,55	40,45
De 16 a 17 años	32,85	26,5	59,35	40,65
De 18 a 22 años	29,2	21,1	50,3	49,7
Fuente: DANE, Encuesta de Calidad de Vida 2003. Cálculos CID				

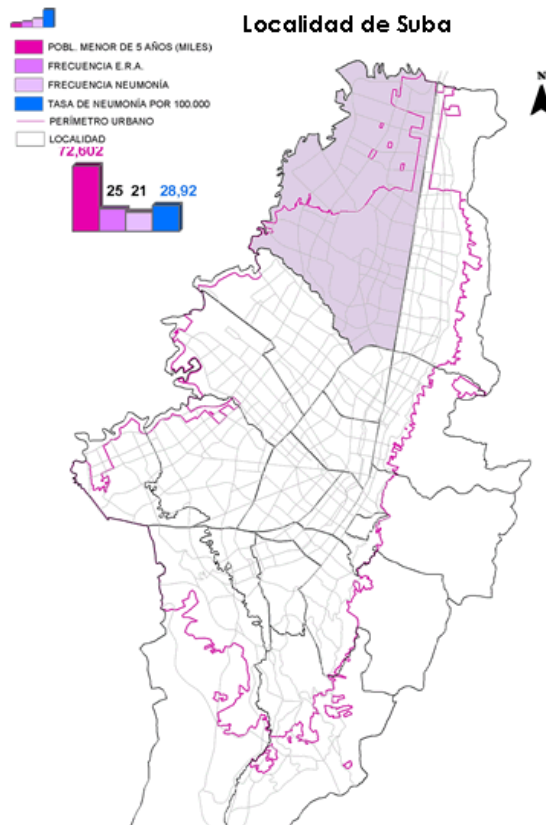
En un 10% de los padres existe problemas por la forma como bebe algún miembro. En menos del 1% de los hogares existe problemas por adicción a psicoactivos de algún miembro (el alcohol es el verdadero problema). En el 3% de los hogares existe la presencia de violencia intrafamiliar declarada⁶⁵ (reconocida por el encuestado).

El ánimo...

Un 11% de la población encuestada en el 2002 (muestra no aleatoria) dicen estar tristes en el momento de la encuesta y un 16% se perciben felices. La familia es la principal fuente de apoyo cuando tienen un problema (luego de Dios y uno mismo).

⁶⁵ Mantilla PX, Pelaez GS. Diagnóstico social situacional observatorio social de infancia y familia localidad de Suba. ICBF Febrero del 2002.

LOCALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN



Para la presente investigación se tomó como población objeto los adolescentes de los Colegios Públicos de la localidad de Suba (se aprovecharon los contactos efectuados por el Departamento de Medicina Comunitaria de la Escuela de Medicina Juan N Corpas). La localidad cuenta con 25 (23 propios y 2 en concesión) colegios públicos (denominadas Instituciones Educativas Distritales⁶⁶ (Secretaría de Educación de Bogotá), las que cobijan mayoritariamente a los jóvenes de estratos 1 y 2. A través de la "orientadora" de uno de los colegios y de llamadas se convocó a las orientadoras de los 25 colegios. A las orientadoras que acudieron se les explicó el diagnóstico propuesto. Se logró concretar a 12 colegios para este estudio.

Para entender la magnitud del estudio...

Según Cálculos Subdirección de Análisis Sectorial-SED, con base en el Sistema de Matrícula, para el 2003 los matriculados en colegios de la localidad eran 211.958 jóvenes. De este total, 48.123 estaban vinculados a los colegios distritales (públicos). A esta población se le debe hacer el cálculo de cuántos

⁶⁶ Página Web de la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá.

corresponden a la población de bachillerato. Distribuyendo la población en partes iguales de primero hasta el grado once, la población escolar es el 56%. De esta manera se puede calcular para el 2003 que la población adolescente de 10 a 21 años (población de secundaria) puede estar alrededor de los 26.000 alumnos. Este número de jóvenes constituye el total de adolescentes a los que se quería encuestar.



La propuesta para vincular a la población escolar, se basó en la aceptación por parte de las orientadoras de los colegios, las que luego de ser invitadas a participar, debían informar a las directivas y los padres a través de los mecanismos dispuestos por cada colegio. Adicionalmente se ofreció acudir a explicar el programa. Los organizadores del estudio se comprometieron con entregar a cada colegio los hallazgos en torno a los comportamientos (o conductas) de riesgos. El resultado de esta convocatoria fue la vinculación de 12 colegios con un total de 12.302 jóvenes. Se trata de una muestra por conveniencia.

VARIABLES: QUE SE INDAGARON

Con el fin de poner en marcha el proyecto PIPSA*, se elaboró un cuestionario de 56 preguntas acerca de comportamientos, situaciones y actitudes de riesgo de la población adolescente (Ver anexo # 1). Para el presente trabajo se seleccionaron las preguntas de comportamientos de riesgo y las relacionadas con estructura y función familiar.

* Programa Integral de Promoción de la Salud del Adolescente.

TABLA # 4. VARIABLES INDEPENDIENTES SELECCIONADAS PARA LA DETERMINACION DE RELACIONES ENTRE CONDUCTAS (COMPORTAMIENTOS) DE RIESGO PSICOSOCIAL Y LA FAMILIA EN LA POBLACION ADOLESCENTE ESCOLAR DE LOS COLEGIOS PUBLICOS DE SUBA EN 2006.

VARIABLES DEMOGRAFICAS
EDAD SEXO ESTRATO
VARIABLES PSICOLOGICAS
PERCEPCION DEL ANIMO
VARIABLES EN TORNO A LA FAMILIA
HOGARES NUCLEARES
A. COMPLETOS. B. INCOMPLETOS
COMPOSICION
A. CONSANGUINEO B. RECONSTITUIDO (PADRASTRO O MADRASTRA)
FUNCIONALISMO DEL HOGAR
A. FUNCIONAL B. DISFUNCION MODERADA C. DISFUNCION SEVERA

VARIABLES GENERALES: PREGUNTAS

Se indago por la edad, el sexo, el estrato, la percepción de felicidad (feliz, normal o triste). Se obtendrá la media y los rangos de edad de los jóvenes de la población de secundaria. La edad fue clasificada en torno a tres grupos: de 10 a 12 años, de 13 a 16 años y de 17 a 21 años, con el fin de poder hacer comparaciones del momento en que aparecen los riesgos.

Ulteriormente se comparó las conductas (o comportamientos) de riesgo con estas variables (edad, sexo, percepción de ánimo) buscando observar a través del OR, la presencia de significancia.

PREGUNTAS EN TORNO A LA FAMILIA

Se indagó acerca de la estructura: Con quien viven los jóvenes, permitiendo detectar cuántos son los hogares nucleares, los extensos, los incompletos, los reconstituidos. Además se indagó acerca de si el adolescente entrevistado es el hijo mayor. Se obtuvo la prevalencia de los hogares nucleares, de éstos cuántos son extensos, y de los incompletos, de los hogares de huérfanos y de los reconstituidos.



Para poder evaluar la funcionalidad familiar y definir lo funcional y/o disfuncional, se aplicó el test de APGAR familiar⁶⁷ elaborado por el Dr. Smilkissen (**A**poyo, **P**articipación, **G**row de impulso a proyectos, **A**fecto y **R**ecursos), el cual califica cada respuesta como Casi nunca = 0 ptos, A veces = un punto y Casi siempre = dos puntos. Se define como función familiar normal si el resultado de las cinco preguntas da un resultado entre 8 y 10, disfunción moderada de 4 a 7 puntos y disfunción severa de 0 a 3 puntos. Algunos autores han modificado el sistema de calificación (27) sin variar la interpretación (tan solo el puntaje). La precisión del test no parece ser buena⁶⁸, pero su resultado siempre es un reflejo de cómo el joven percibe a su familia en ese momento. Las preguntas son:

- ¿Está satisfecho con el apoyo que le brinda su familia?
- ¿Está satisfecho como su familia le permite participar en las decisiones?
- ¿Está satisfecho como su familia le impulsa en sus proyectos?
- ¿Está satisfecho como su familia le brinda el afecto?

En el análisis subsiguiente, se deberá tener en cuenta la precisión y confiabilidad del test (68).

Ulteriormente se compararon los adolescentes de acuerdo a la estructura familiar (Mejía: "Salud familiar para América Latina") y de acuerdo a la función familiar y así poder obtener los OR (razones de riesgo) de los comportamientos

⁶⁷ Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978;17:1151.

⁶⁸ González JC. Relación del test de APGAR familiar entre los distintos integrantes de la familia, en una muestra por conveniencia de Bogotá. Carta Comunitaria. 2004; 64. ISSN 0123-1588

de riesgo (obteniendo así las medidas que permitirán analizar el papel de la estructura y la funcionalidad familiar o de la disfunción) en los riesgos.



COMPORTAMIENTOS DE RIESGO

TABLA #5. VARIABLES DEPENDIENTES SELECCIONADAS PARA LA DETERMINACION DE RELACIONES ENTRE COMPORTAMIENTOS (CONDUCTAS) DE RIESGO PSICOSOCIAL Y LA FAMILIA EN LA POBLACION ADOLESCENTE ESCOLAR DE LOS COLEGIOS PUBLICOS DE SUBA EN 2006.

VARIABLES COMPORTAMIENTOS SEXUALES
PRESENCIA DE RELACIONES SEXUALES
EDAD EN QUE SE PRESENTO
PRESENCIA DE RELACIONES SEXUALES SIN QUERER
RELACIONES SEXUALES CON MAS DE UNA PERSONA
VARIABLES COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS
CONSUMO DE ALCOHOL ULTIMA SEMANA
PROBLEMAS POR CONSUMO DE ALCOHOL
HACER O HACERSE DAÑO BAJO EL INFLUJO DE ALCOHOL
INCREMENTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL PARA SENTIRSE BIEN
FUMAR EN LA ACTUALIDAD
TOMAR EN LA ACTUALIDAD
VARIABLES COMPORTAMIENTOS DEPRESIVOS
PENSAR O HABER PENSADO EN EL SUICIDIO
PENSAR O HABERLO PENSADO Y QUERER HACERLO
VARIABLES COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS
HABER GOLPEADO A ALGUIEN ULTIMO AÑO
HABER SIDO GOLPEADO EN EL ULTIMO AÑO
LLEVAR UN ARMA PARA DEFENDERSE
VARIABLES CUESTIONARIO SCOFF (TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARÍA)
PROVOCARSE EL VOMITO POR QUE SE SIENTE LLENA
PERDIDA DEL CONTROL SOBRE LA COMIDA QUE INGIERE
HABER PERDIDO 7 KILOS EN ÚLTIMOS TRES MESES.
CREER QUE ESTA GORDA, HA SI LOS DEMÁS LE DIGAN QUE NO LO ESTA
SENTIR QUE LA COMIDA DOMINA SU VIDA
VARIABLES COMPORTAMIENTOS RELIGIOSOS
AUSENCIA DE PRACTICAS RELIGIOSOS COTIDIANAS.

De Sexualidad



Se indagó:

- Acerca de la prevalencia de haber tenido relaciones sexuales (45). Entre más temprano se inicie en la vida sexual, más riesgos.
- Edad en que se presentó la primera relación (4): Entre más joven, más posibilidades de padecer una enfermedad de transmisión sexual o de ser responsable de un embarazo no deseado.
- Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual (4). Identifica uno de los principales riesgos de embarazo no deseado (primera relación).
- Prevalencia de relaciones sexuales sin querer⁶⁹ (sin querer = sin amor). En las relaciones sexuales sin querer están implícitas al menos dos aspectos: el tenerlas sin amor o relación sexual que no se tiene con la pareja que se "quiere" y relaciones sexuales sin consentimiento forzadas o que se presentan bajo estado de "inconciencia". Esta interpretación se obtuvo en la prueba piloto efectuada con los jóvenes.
- Prevalencia de relaciones sexuales con más de una pareja⁷⁰ el último año (4). Útil para identificar el riesgo derivado de la promiscuidad.

⁶⁹ Mejía G. Propuesta de una estrategia que permita detectar abuso sexual en adolescentes. informe preliminar. Acta Pediatr Mex 2005; 26 (2): 90-95

⁷⁰ Soto O, Franco A, Franco A, Silva J, Velásquez GA, Zúñiga. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad Revista cubana de medicina integral. 2003; 19 (6).

De consumo de sustancias adictivas

Se indagó:

- Prevalencia de consumo de alcohol última semana⁷¹. Existe una relación entre frecuencia de consumo y adicción (entre más frecuencia de consumo, más probable es la adicción).
- Prevalencia de "Problemas por consumo de sustancias adictivas" en el hogar o colegio⁷². Existe relación entre "problemas" causados por alcohol y adicción, donde quienes los presenten, tienen mayor posibilidad de ser adictos al alcohol.
- Prevalencia de "hacer o hacerse daño" por consumo de sustancias adictivas (71). Existe relación entre daño causado por alcohol y adicción.
- Prevalencia de consumo incrementado de sustancias adictivas para sentir efecto (71). Relación entre consumo incrementado y adicción.
- Prevalencia de fumar⁷³.
- Prevalencia de "tomar" (73).

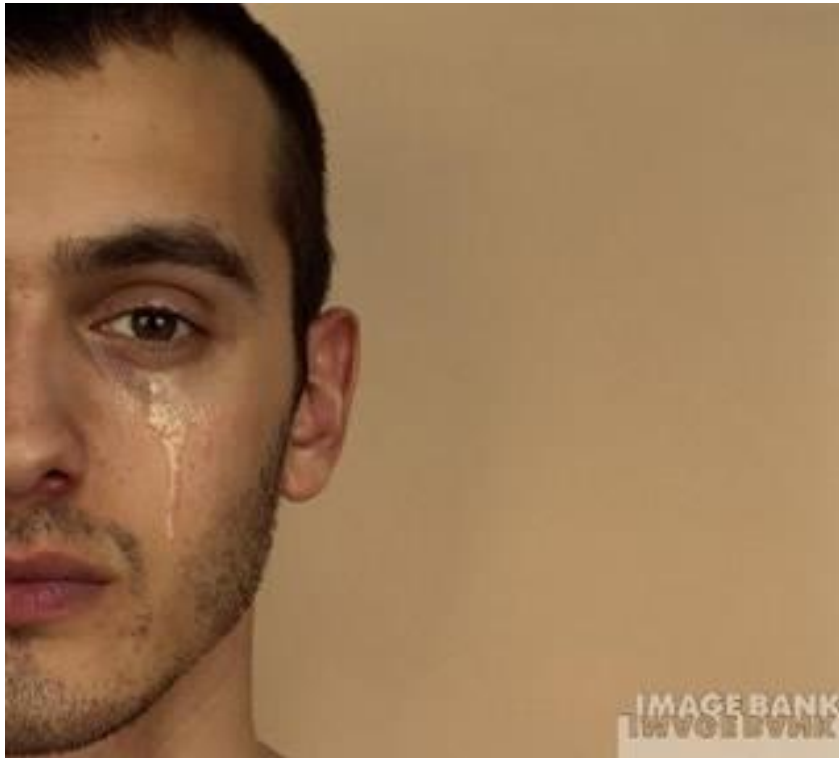


⁷¹ Mersy DJ. Recognition of alcohol and substance abuse. American family physician. 2003; 67 (7).

⁷² Mariño Ma. Del C, Gonzalez C, Andrade P, Medina Ma. E. Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. Revista Salud Mental, 01853325. 1998; 21 (1). Base de datos: MediciLatina. México.

⁷³ Bonomo Y, Proimos J. Substance misuse: alcohol, tobacco, inhalants, and other drugs. BMJ 2005; 330 (2).

De factores relacionados con depresión



Se indagó:

- Prevalencia de pensamientos suicidas⁷⁴. Relación entre pensarlo y hacerlo.
- Prevalencia de haberlo pensado y querer hacerlo⁷⁵. Los jóvenes que contesten afirmativamente presentan un riesgo incluso mayor que los que solo lo han pensado⁷⁶.

⁷⁴ Viñas F, Ballabriga M^a CJ, Domènech E. Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. *Psicothema* 2000; 12 (4): 594-598

⁷⁵ Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ* 2005; 330 (16).

⁷⁶ Haquin C, Larraguibel M, Cabezas J. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Rev. chil. pediatr* 2004; 75 (5): 425-433.

De comportamientos violentos



Se indagó:

- Prevalencia de haber golpeado⁷⁷ a alguien en el último año. Los que contesten afirmativamente tienen una mayor posibilidad de ser víctimas o victimarios en el futuro.
- Prevalencia haber sido golpeado el último año (32). Los que contesten afirmativamente tienen riesgo mayor de usar la violencia.
- Prevalencia de llevar un arma para defenderse (32). Los que contesten afirmativamente presentan una mayor posibilidad de causar o que le causen daño.

⁷⁷ Díaz JL, de la Peña F, Suárez JA, Palacios L. Perspectiva actual de la violencia juvenil. MedUNAB 2004; 7:115-24].

De comportamientos de conducta alimentaria



Se aplicó el cuestionario SCOFF⁷⁸:

- Usted se provoca el vómito porque se siente muy llena.
- Le preocupa haber perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere.
- Ha perdido más de 7 kilos en los últimos tres meses.
- Cree que está gorda aunque los demás digan que está demasiado delgada.
- Usted diría que la comida domina su vida.

Prevalencia de riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria a través de afirmaciones de 2 de las 5 preguntas. Tener en cuenta que este cuestionario solo ha sido validado en la mujer.

Acerca de religiosidad



Se indagó (30,35):

- Prevalencia de ausencia de prácticas religiosas cotidianas.

Dado que la práctica de actividades religiosas es protectora, se presume que la ausencia puede ser riesgo, por ello se efectuó esta pregunta.

⁷⁸ Rueda GE y col. Validación del cuestionario Scoff para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados. Atención Primaria 2005.; 35 (2) 89-94.

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN



Recuerden...

El diagnóstico de riesgo de la población adolescente escolar forma parte del proyecto PIPSA (Programa Integral Promoción de Salud del Adolescente de la localidad de Suba) que viene ejecutando el Departamento de Medicina Comunitaria de la Facultad de medicina de la Fundación Escuela de Medicina Juan N Corpas. El proyecto pretende implementar una Intervención que modifique los riesgos de la población adolescente. Esta investigación forma parte de la construcción de una "medida" con la que se comparará el programa en distintos momentos.

En diciembre del 2005 y enero del 2006, se hizo una prueba piloto de instrumentos (encuesta y talleres) con 30 jóvenes de uno de los colegios públicos de la localidad. Se aplicó la encuesta, se identificaron las áreas del cuestionario donde existía alguna confusión, se corrigieron y se obtuvo el formulario definitivo.

Aprendiendo a hacer el trabajo de campo en un diagnóstico

El proceso de acceso a la información fue de la siguiente forma:

Se diseñó el cuestionario (ver anexo # 1)

- A través de la orientadora de uno de los colegios se hizo una presentación del programa, invitando a los colegios a participar en el diagnóstico.
- Cada orientadora recibió la encuesta previamente y la presentó a las directivas de sus planteles, siendo aceptada la participación (por directivas y padres) en 12 de 18 colegios visitados. A los otros colegios públicos de la zona (7) se les llamó, mas no fue posible obtener cita. Dos colegios, decidieron no participar, arguyendo que les parecían las preguntas muy "fuertes".
- El programa fue presentado a las directivas de los colegios por parte de las orientadoras. Con las garantías de confidencialidad de cada estudiante (encuesta anónima) y la libertad de los jóvenes para participar o no.
- El investigador se comprometió con cada colegio participante a entregar los resultados en un documento y si las directivas del colegio lo pedían, a hacer presentación oral de lo hallado. En seis colegios se hizo presentación.
- Se llamó a las orientadoras de los colegios públicos a través del teléfono y por medio de Internet partiendo del la oficina del PLOE (Plan Local de Orientadoras Educativas) para asignar fecha de asistencia para las encuestas.
- Se procedió a elaborar un listado con fechas asignadas para encuestar a los colegios. Estas se llevaron a cabo entre los meses de febrero y junio del 2006. Cada encuesta tomó en promedio 25 minutos del tiempo del encuestado. Al llegar al salón donde estaban los jóvenes, los encuestadores les pedían a los maestros que salieran (en dos colegios no ocurrió así e incluso fueron profesores los que dirigieron la encuesta). Se les explicaba para qué la encuesta y se les informaba que si no querían llenarla o entregarla, lo podían hacer (principio ético de la autodeterminación). Si existía alguna pregunta que no entendían, la podían dejar en blanco. Todos los jóvenes llenaron las encuestas con "entusiasmo" (tal vez porque "capaban" clase por hacer la encuesta). Probablemente influyó en hecho de haberla construido interactiva (ellos al llenarla pueden identificar "peligros" que existen en sus vidas en torno a estos aspectos).
- Se ofreció un programa de consulta subsidiada (costo de \$2500 pesos) para los jóvenes que al llenar la encuesta percibiesen que deseaban consultar médicamente. Se dispuso de tres centros médicos (de la Facultad de Medicina) para tal fin.

Para la ejecución de la encuesta se efectuó una capacitación (6 horas) a un grupo de 6 encuestadores (personal proveniente de la comunidad). Se les hizo énfasis en:



1. Ante cada curso de cada colegio, debían explicar en qué consiste la encuesta.
2. Debían garantizar la confidencialidad de la misma, explicando que cada encuesta es anónima, que una vez completada, se llevará a un sobre y que nadie en el colegio podrá tener acceso.
3. Se les insistió en que permanecieran en los cursos hasta que todos culminaran y vieran cómo se guardaba en el sobre.

De esta manera se lograron vincular 12 colegios públicos, 2 en concesión, con un total de 15 jornadas académicas (jornada = una población escolar en jornada mañana y otra en la noche). El total de alumnos encuestados fue de 12.302.

Una vez se recibió la encuesta, se entregó a dos tabuladoras que siguieron el siguiente proceso:

1. Las encuestas de cada colegio fueron numeradas.
2. Utilizando una base de datos construida en EXCEL se construyeron las bases de datos por colegio.
3. Cada 100 encuestas tabuladas, se escogía un número al azar (usando bolsa de números) y se revisaba la encuesta para poder confirmar la veracidad de los datos. Si se encontraba alguna inconsistencia, se volvía a tomar otra encuesta (obtenida del número de la bolsa) y el proceso se repetía hasta encontrar consistencia entre las encuestas y la base de datos.
4. Usando la base de datos del programa Excel, se efectuó el manejo de la información para obtener las respuestas de cada colegio.

Adicionalmente se construyó una base de datos total, donde se incorporaron todas las encuestas. Esta fue la que se procesó para esta investigación. Adicionalmente se construyó la base de datos codificada de manera que el programa EPI INFO 2000 la pudiese procesar.

5. Se seleccionaron las preguntas acerca de comportamientos de riesgo, las que fueron sometidas al proceso del análisis con EPI INFO.
6. Se obtuvo las frecuencias de los mencionados comportamientos tanto de manera consolidada como de cada colegio.
7. A cada colegio se le presentó un informe (escrito) de la condición de comportamientos de riesgo de su población juvenil. En seis colegios se hizo presentación oral con discusión ante profesores. Se efectuó una presentación a 200 orientadores (de colegios públicos y privados) a través del PLOE de la localidad de Suba.
8. Se obtuvieron las asociaciones entre los comportamientos de riesgo y las edades (agrupadas), el género. La percepción del ánimo y la familia. Se obtuvo la razón de riesgo (OR).
9. Obtenidos las razones de riesgo se obtuvieron los Intervalos de Confianza con el fin de apreciar si existían diferencias significativas. Para ello se usó el programa EPIINFO 2000.
10. Se sometió a las relaciones al análisis multivariado a través de las regresiones incondicionales, usando para ello el programa EPIINFO.

Y quién financió este trabajo

No sobra insistir en que lo hizo la rectoría de la Fundación Universitaria Juan N Corpas y la Fundación Salud Familia y Comunidad. Y resulta importante decirlo ya que haciendo gestiones se pueden conseguir recursos...

CAPÍTULO 7: RESULTADOS



LA ADOLESCENCIA

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

TABLA #6. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

EDADES	N°	%
De 10 A 12 años	3965	32
De 13 A 16 años	7200	59
De 17 A 19 años	997	8
GENERO	N°	%
Mujeres	6274	51
ESTRATO	N°	%
Estrato 1	347	3
Estrato 2	8958	73
Estrato 3	2475	20
PERCEPCION ANIMO	N°	%
Feliz	4010	33
Normal	7244	59
Triste	937	8

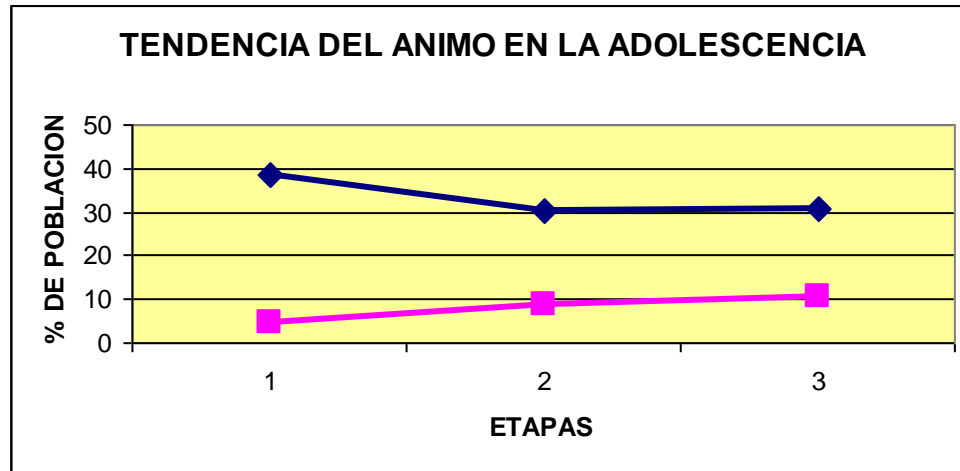
Cómo son los jóvenes de secundaria de los colegios públicos de Suba...

Como se observa en la tabla # 6, el 59% de los jóvenes están entre los 13 y los 16 años. De los 12302 (n= total) jóvenes, 140 no contestaron en la encuesta la edad. El 49% de los jóvenes estudiados son hombres. La edad media de los encuestados es de 13,6 años, la moda y la mediana están en 14 años. El estrato 2 es el mayoritario (72%) en esta población.

Los adolescentes según sus percepciones son en su mayoría de estrato 2 (73%), siguiendo los de estrato 3 (20%), los de estrato 1 (3%). Existen 69 adolescentes que refieren pertenecer a los estratos 4, 5 y 6.

Uno de cada tres jóvenes (n = 4010) dice sentirse feliz en el momento de hacer la encuesta.

GRÁFICA Nº 3. TENDENCIA DEL ÁNIMO (FELIZ ROMBO Y TRISTE CUADROS) A LO LARGO DE LA ADOLESCENCIA EN LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.



ETAPAS: 1= De 10 a 12 años. 2= De 13 a 16 años.3 = De 17 a 21 años.

La gráfica muestra las tendencias (opuestas) del estado de ánimo (feliz y triste) a lo largo de la adolescencia. Se observa cómo los jóvenes de 10 a 12 años (número 1 en el eje abscisa del diagrama) se perciben más felices que los adolescentes de las otras edades.

Cómo es la familia de los jóvenes...

Tabla Nº 7 ESTRUCTURA FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

ESTRUCTURA FAMILIAR	Nº	%
NUCLEARES COMPLETAS	6862	55,78
NUCLEARES INCOMPLETAS	3774	30,68
RECOMPUESTAS	1112	9,04
HOGARES DONDE FALTAN LOS DOS PADRES	227	1,85
NO APLICA	327	2,66
TOTAL	12302	100

Como se observa en la tabla Nº 7, la mayoría de los hogares son nucleares (padre, madre e hijos). Se observa también cómo el 9 % de los hogares está formado por la unión de una madre (que en general aporta sus hijos al hogar) con una pareja masculina (familias recompuestas). Estas parejas están en unión libre.

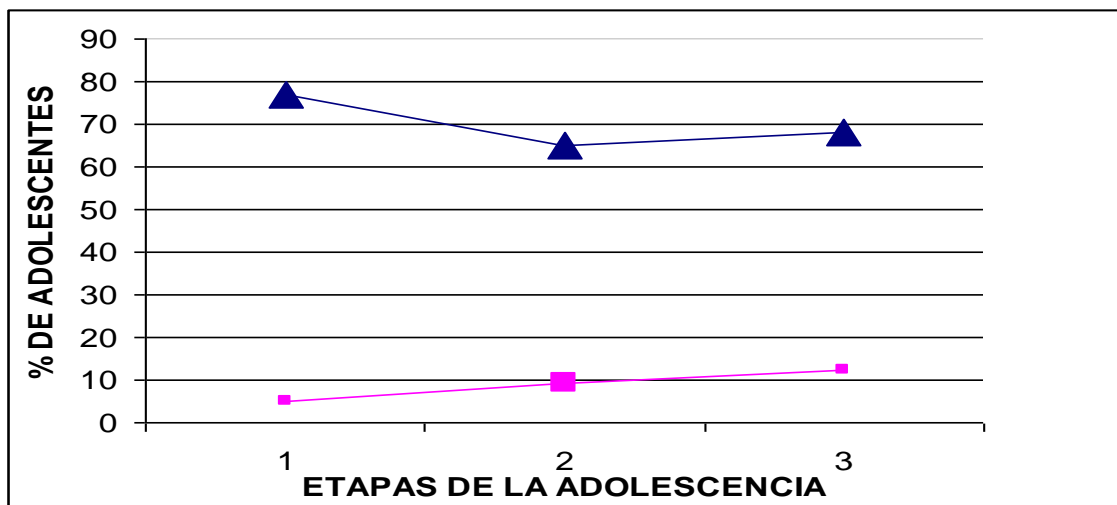
En torno a la funcionalidad familiar determinada por la percepción de los jóvenes (a través del cuestionario APGAR FAMILIAR) se encontró (ver tabla 8):

Tabla Nº 8 FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS HOGARES DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Nº	%
BUENA FUNCION FAMILIAR	7722	62,77
DISFUNCIÓN SEVERA	920	7,48
DISFUNCIÓN LEVE	2731	22,20
NO APLICA	929	7,55
TOTAL	12302	100

La mayoría de los jóvenes perciben a su hogar con una buena funcionalidad (63%), porcentaje que contrasta con el 7% que perciben mal el apoyo familiar.

GRAFICA Nº 4 TENDENCIA DE LA FUNCIONALIDAD (TRIANGULO) Y LA DISFUNCION (CUADRO) FAMILIAR A LO LARGO DE LA ADOLESCENCIA EN LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.



ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA: 1= De 10 a 12 años. 2= De 13 a 16 años. 3 = De 17 a 21 años.

La gráfica pone de manifiesto cómo desciende la buena funcionalidad familiar en la medida que avanza la adolescencia y cómo la disfunción se incrementa discretamente.

LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO

Tabla Nº 9 PREVALENCIAS DE CONDUCTAS DE RIESGO DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

RIESGOS EN TORNO A LA SEXUALIDAD		Nº	%
Presencia de relaciones sexuales		2078	17
Ausencia de protección en la primera relación sexual		1791	66*
Presencia de relaciones sexuales sin amor		658	5
Relaciones sexuales con más de una pareja en el último año		511	4
RIESGOS EN TORNO A LAS ADICCIONES		Nº	%
Tomó una vez (o más) la última semana		3669	30
Haber tenido "dificultades" por la forma de beber		561	5
Hacer o hacerse daño bajo el influjo del alcohol		351	3
Incremento del consumo de alcohol		335	3
Fuma en la actualidad		2023	16
Actualmente fuma y le gusta		843	7
"Toma" en la actualidad		3426	28
Actualmente toma y le gusta		2057	17
RIESGOS EN TORNO A LA DEPRESIÓN		Nº	%
Haber pensado en el suicidio		4182	34
Haber pensado en el suicidio y querer hacerlo		446	4
RIESGOS EN TORNO A LA VIOLENCIA		Nº	%
Haber sido golpeado físicamente durante el último año		3715	30
Haber golpeado físicamente a alguien durante el último año		3816	31
Llevar un arma para defenderse		1063	9
RIESGOS EN TORNO A LOS TCA		Nº	%
Mujeres con TCA		2821	23**
FACTORES DE RIESGO EN TORNO A LA RELIGIÓN		Nº	%
Ausencia de prácticas religiosas		3202	26

*Porcentaje del total que tuvo relaciones sexuales (n=2700).

**Porcentaje del total de población. Si se toman solo mujeres este número corresponde a un 32%.

RESULTADOS COMPORTAMIENTO SEXUAL



En torno a las relaciones sexuales la edad mínima de inicio de vida sexual fue de 6 años y la más tardía fue de 20 años. La edad promedio fue de 13,7 años (ver tabla 10).

Tabla Nº 10 EDAD DE LA PRIMERA RELACION DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

EDAD	HOMBRES		MUJERES	
	#	%	#	%
6	6	0,5%	0	0,0%
7	3	0,3%	0	0,0%
8	18	1,6%	3	0,4%
9	11	1,0%	3	0,4%
10	51	4,5%	14	1,9%
11	84	7,5%	31	4,2%
12	166	14,8%	82	11,1%
13	215	19,1%	89	12,1%
14	233	20,7%	172	23,3%
15	202	18,0%	176	23,8%
16	104	9,3%	127	17,2%
17	25	2,2%	29	3,9%
18	3	0,3%	7	0,9%
19	2	0,2%	3	0,4%
20	0	0,0%	2	0,3%
Total	1123	100%	738	100%

La edad media de inicio para la mujer fue de 14,1 años. Para el hombre fue de 13,3 años.

En torno a las “relaciones” se encontró:

1. Entre más edad más riesgos de comportamientos sexuales.
2. Los hombres tienen más riesgo de comportamientos sexuales.
3. Los tristes tienen más riesgo de comportamientos sexuales que los felices.
4. La familia percibida como disfuncional por los jóvenes aumenta el riesgo de comportamientos sexuales.

Para los que quieran...vean lo expuesto pero con el análisis estadístico

Tabla N° 11 RESULTADOS DE LAS RAZONES DE RIESGO LUEGO DEL ANALISIS DE REGRESION LOGISTICA DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES EN LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

COMPORTAMIENTOS SEXUALES		HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES			AUSENCIA DE PROTECCION EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL			RELACIONES SEXUALES SIN QUERER			RELACIONES SEXUALES CON MAS DE UNA PAREJA ULTIMO AÑO		
		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS
EDAD	(13a16/ 10a12)	3,83	3,25	4,52	0,39	0,29	0,51	1,68	1,34	2,11	2,19	1,63	2,94
	(17A19/ 10A12)	14,87	12,10	18,26	0,35	0,26	0,49	3,84	2,87	5,13	5,32	3,76	7,54
SEXO	Masculino/ Femenino	1,93	1,72	2,15				3,67	3,01	4,47	3,02	2,41	3,78
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices												
	Triste/ Felices	1,48	1,21	1,81				2,25	1,65	3,08	2,44	1,72	3,46
FAMILIA	Incompleta/ Completa												
	Reconstituida/ Consanguinea												
	Disfuncion moderada/funcio nal	1,37	1,21	1,56				1,58	1,29	1,92			
	Disfuncion Severa/Funcional	2,03	1,69	2,43	1,34	1,01	1,78	2,00	1,51	2,65	1,46	1,05	2,03
CASOS INCLUIDOS		10409			2276			9722			10010		

(Las casillas en oscuro sin OR ni intervalos de confianza, son donde no existió diferencia significativa y por ende se borraron, pero en el anexo se pueden ver las cifras.)

Entonces...recuerden...

Como se observa en la tabla 11, el incremento de la edad es la relación más fuerte en torno a los comportamientos sexuales. El hombre presenta más riesgos en torno a los comportamientos. Los tristes tienen más actividad sexual que los felices. La estructura familiar no provoca diferencias significativas y la disfunción familiar también promueve las actividades sexuales.

RESULTADOS



LA FUERZA "BIOLÓGICA" EN LA SEXUALIDAD



RESULTADOS COMPORTAMIENTO ADICTIVO



Tabla Nº 12. EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

EDADES	TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	COCA	BASUCO
8	108	193		2	
9	130	211	1		
10	476	710	13		2
11	562	722	15	3	1
12	879	1015	48	1	
13	1031	1122	75	3	2
14	678	868	124	7	5
15	361	609	121	4	9
16	130	184	74	2	5
17	38	42	24	7	2
18	5	5	6	1	
Total	4398	5681	501	30	26

La tabla pone de manifiesto el inicio de contacto de los jóvenes con las sustancias adictivas. Se observa como el alcohol y el cigarrillo son las principales sustancias a que se exponen los adolescentes. La edad promedio de contacto con el alcohol y el cigarrillo son los 12,4 años. Para el contacto con la marihuana y la cocaína son los 14 años.

El 16.4% de los jóvenes fuma rutinariamente (n=2023) y 3.669 afirman haber tomado alcohol la última semana (30%).

La respuesta estadística de las relaciones...

Tabla Nº 13. RESULTADOS DE LAS RAZONES DE RIESGO LUEGO DEL ANALISIS DE REGRESION LOGISTICA DE LOS COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS EN LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS		HABER TOMADO LA ULTIMA SEMANA			HABER TENIDO DIFICULTADES POR LA FORMA DE BEBER			HABERSE HECHO O CAUSAR DAÑO BAJO INFLUJO DE ALCOHOL			INCREMENTO EN LA FORMA DE BEBER			FUMA Y LE GUSTA			TOMA Y LE GUSTA		
		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS
EDAD	(13a16/10a12)	1,92	1,74	2,13													1,74	1,40	2,15
	(17A19/10A12)	2,92	2,48	3,43													2,09	1,59	2,76
SEXO	Masculino/ Femenino																		
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices Triste/ Felices															1,65	1,17	2,33	
FAMILIA	Incompleta/ Completa																		
	Reconstituida/ Consanguinea Disfuncion moderada/funcional												1,42	1,07	1,88				
	Disfuncion Severa/Funcional																1,41	1,10	1,81
CASOS INCLUIDOS		10321			3469			2928			2192			1775			3023		

(Las casillas en oscuro sin OR ni intervalos de confianza, son donde no existió diferencia significativa y por ende se borraron, pero en el anexo se pueden ver las cifras.)

Lo que quiere decir...

1. Que entre más edad, más toman.
2. Que hombres y mujeres toman igual.
3. Que los que se sienten triste toman y fuman más.
4. Y que la familia no influye en este estudio tanto como se podría esperar en la forma como los jóvenes toman.

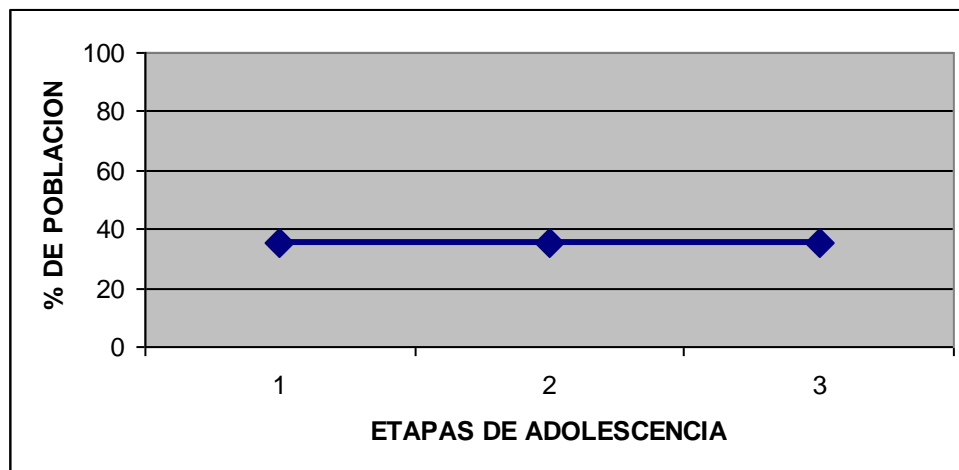
En torno a las variables (preguntas) que identifican comportamientos problemáticos con el alcohol (dificultades por beber, haber causado o haberse causado daño e incremento en la forma de beber) no se encontró que las relaciones estudiadas produjesen relaciones significativas (salvo una muy leve relación en el incremento en la forma de beber entre la percepción de disfunción familiar moderada y percepción funcional).

A los tristes le gusta un poco más fumar (OR de 1,659, relación similar el gusto por tomar que se encuentra entre los jóvenes que perciben a sus familias de manera disfuncional).

RESULTADOS COMPORTAMIENTO DEPRESIVO



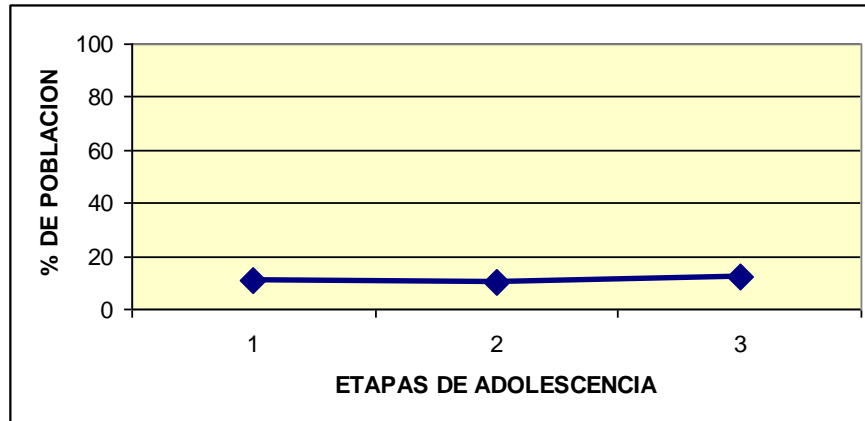
GRAFICA # 5. PREVALENCIA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS EN LAS DISTINTAS EDADES DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.



ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA: 1= 10 A 12 AÑOS. 2 = 13 A 16 AÑOS. 3 = DE 17 A 21 años.

La gráfica expresa el comportamiento del pensamiento suicida a lo largo de la adolescencia. Como se observa no existe diferencia importante en las prevalencias según el grupo de edad del adolescente.

GRÁFICA Nº 6. PREVALENCIA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS Y DESEO DE HACERLO EN LAS DISTINTAS EDADES DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.



ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA: 1= 10 A 12 AÑOS. 2 = 13 A 16 AÑOS. 3 = DE 17 A 21 años.

La gráfica expresa las prevalencias de pensar y querer hacerlo. Al igual que el pensamiento suicida, las diferencias en las distintas edades de la adolescencia no son significativas.

Qué quiere decir eso...

Pues que las ideas de suicidio se presentan igual en cualquier etapa de la adolescencia y que tal vez "viene" de la infancia y acá se expresan.



Y cuáles fueron los hallazgos...

Pues que las ideas de suicidio no están relacionadas con la edad, el género, el estado de ánimo y tampoco con la estructura y la percepción familiar. Es decir... ise debe buscar por otros lados!

Estadísticamente los resultados fueron...

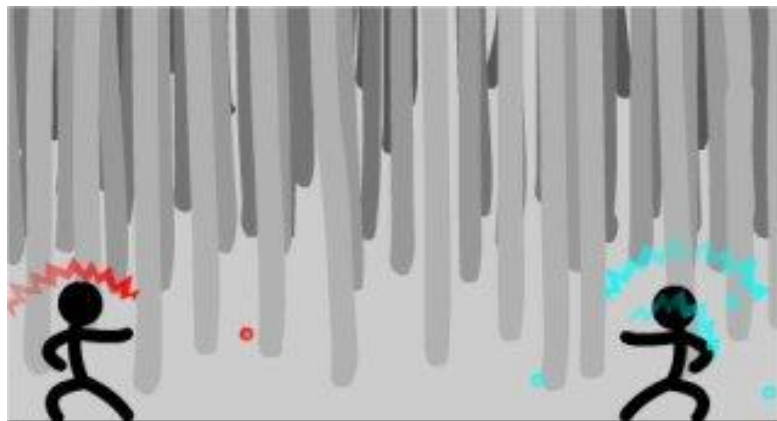
Tabla N° 14. RESULTADOS DE LAS RAZONES DE RIESGO LUEGO DEL ANALISIS DE REGRESION LOGISTICA DE LOS COMPORTAMIENTOS DEPRESIVOS EN LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

COMPORTAMIENTOS DEPRESIVOS		HABER PENSADO EN EL SUICIDIO			HABER PENSADO EN EL SUICIDIO Y QUERER HACERLO		
		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS
EDAD	(13a16/ 10a12) (17A19/ 10A12)						
SEXO	Masculino/ Femenino						
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices Triste/ Felices						
FAMILIA	Incompleta/ Completa						
	Reconstituida/ Consanguinea	1,18	1,01	1,37			
	Disfuncion moderada/funcional						
	Disfuncion Severa/Funcional						
CASOS INCLUIDOS		10143			3670		

(Las casillas en oscuro sin OR ni intervalos de confianza, son donde no existió diferencia significativa y por ende se borraron, pero en el anexo se pueden ver las cifras.)

Como se observa en la tabla, la relación de variables dependientes estudiadas y las independientes únicamente puso en evidencia una muy discreta relación significativa (OR de 1,18) en haber pensado en el suicidio y la familia reconstituida.

RESULTADOS COMPORTAMIENTO VIOLENTO



El resultado estadístico fue...

Tabla Nº 15. RESULTADOS DE LAS RAZONES DE RIESGO LUEGO DEL ANALISIS DE REGRESION LOGISTICA DE LOS COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS EN LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS		HABER SIDO GOLPEADO EN NEL ULTIMO AÑO			HABER GOLPEADO A ALGUIEN EN EL ULTIMO AÑO			LLEVAR UN ARMA PARA DEFENDERSE		
		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS
EDAD	(13a16/10a12)	1,41	1,28	1,56	1,59	1,44	1,77	2,27	1,88	2,75
	(17A19/10A12)				1,36	1,14	1,61	2,54	1,94	3,32
SEXO	Masculino/ Femenino	1,65	1,51	1,80	2,66	2,44	2,92	3,06	2,63	3,57
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	1,27	1,15	1,41	1,20	1,09	1,33			
	Triste/ Felices	2,15	1,81	2,55	1,93	1,62	2,30	1,96	1,51	2,53
FAMILIA	Incompleta/ Completa									
	Reconstituida/ Consanguinea									
	Disfuncion moderada/funcio nal	2,02	1,82	2,23	1,75	1,58	1,94	1,51	1,28	1,77
	Disfuncion Severa/Funcional	4,06	3,46	4,75	3,09	2,64	3,63	2,37	1,90	2,96
CASOS INCLUIDOS		10013			9963			10013		

(Las casillas en oscuro sin OR ni intervalos de confianza, son donde no existió diferencia significativa y por ende se borraron, pero en el anexo se pueden ver las cifras.)

Y eso quiere decir...

1. Que ser golpeado y golpear tiene igual comportamiento (¿serán la misma cosa?).
2. Que entre más años, más riesgo de comportamientos violentos.
3. Que los hombres usan más la violencia física.
4. Que los tristes son más violentos que los felices.
5. Y claramente la familia tiene una enorme influencia en los comportamientos violentos.

La variable 'haber sido golpeado' y 'golpear a alguien en el último año', presentan unas tendencias similares (salvo por la significancia al comparar las edades de 17 a 19 con las de 10 a 12). Confirman que los comportamientos violentos son más frecuentes en los hombres, en los tristes (con evidencia de tendencia) y en los jóvenes que perciben a sus familias con disfunción. La estructura de los hogares no ocasiona diferencia. Vale la pena anotar que en torno a las relaciones de comportamientos de riesgo con la familia, estos comportamientos (violentos) presentan las mayores relaciones encontradas en el estudio, con la variable funcionalidad familiar.



RESULTADOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) Y AUSENCIA DE PRÁCTICAS RELIGIOSAS

Dado que para la obtención del comportamiento de trastornos de conducta alimentaria se utilizó el cuestionario validado de SCOFF (78), se aplicó para los resultados sólo a las mujeres (que es la población a la cual se le validó el mencionado cuestionario, n= 6632 mujeres). La prevalencia de mujeres que tuvo un puntaje compatible con riesgo de TCA fue de 32% (n= 1803 mujeres).

En el anexo N° 6 se presentan las tablas de razones, así como el análisis multivariado de las variables estudiadas.

Tabla N° 16. RESULTADOS DE LAS RAZONES DE RIESGO LUEGO DEL ANALISIS DE REGRESION LOGISTICA DE LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE AUSENCIA DE PRACTICAS RELIGIOSOS EN LA VIDA, EN LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE AUSENCIA DE VIDA RELIGIOSA		RIESGO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA			AUSENCIA DE PRACTICAS RELIGIOSAS EN VIDA RUTINARIA		
		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS
EDAD	(13a16/10a12)	1,29	1,12	1,49	1,17	1,07	1,28
	(17A19/10A12)				1,36	1,16	1,59
SEXO	Masculino/ Femenino				1,27	1,17	1,38
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	1,23	1,07	1,42	1,12	1,02	1,22
	Triste/ Felices	2,07	1,66	2,58	1,27	1,08	1,50
FAMILIA	Incompleta/ Completa						
	Reconstituida/ Consanguinea	1,45	1,16	1,80	1,10	0,95	1,29
	Disfuncion moderada/funcio nal	1,66	1,43	1,91	1,53	1,39	1,69
	Disfuncion Severa/Funcional	2,31	1,88	2,83	1,68	1,44	1,96
CASOS INCLUIDOS		4875			9674		

(Las casillas en oscuro sin OR ni intervalos de confianza, son donde no existió diferencia significativa y por ende se borraron, pero en el anexo se pueden ver las cifras.)

Es decir...

1. Que en la medida que pasa la adolescencia, aumenta discretamente el riesgo de un comportamiento como bulimia o anorexia.
2. Que las jóvenes que se sienten tristes tienen más riesgo de trastornos de conducta alimentaria.
3. Que la familia disfuncional (percibida por el joven) tiene un poco más de riesgo de estos problemas.



En torno al riesgo de trastornos de conducta alimentaria, la tabla N° 16 pone en evidencia como la razón de riesgo aparece en el paso de 10 a 12 años a 13 a 16 años. Muestra una tendencia al riesgo de acuerdo al estado de ánimo (donde triste y normal comparado con feliz son estados de riesgo) y pone en evidencia que la ausencia de uno de los padres no influye, así como si lo hace discretamente el que exista una "reconstitución" del hogar y pone en evidencia la tendencia de riesgo cuando existe una percepción de disfunción.

Y de la religión... ¿qué?

En cuanto a la ausencia de prácticas religiosas en la vida cotidiana, se observa que:

1. Con los años, los jóvenes se alejan de las prácticas religiosas
2. Que el hombre lo hace un poco más que la mujer (OR de 1.27)
3. Que existe una tendencia del ánimo triste a alejarse (OR de 1.23 y 2.07 respectivamente)
4. Que la tendencia de la percepción de disfunción familiar es a distanciarse de las prácticas religiosas.

CAPÍTULO 8: HACIENDO ANÁLISIS



Realidades a tener presente...

Krauscopf (38) menciona que vivimos en una sociedad que promueve (pudiendo contrarrestar) riesgos, una sociedad que expone a su población a peligros y lo hace de manera conciente, es decir, sabiendo que lo está haciendo. Pero, ¿en que se sustenta la anterior aseveración? La respuesta está dada por la inmensa cantidad de publicaciones, productos de la investigación que existen algunas de las cuales acá se han utilizado y que demuestran que sabemos del daño que provoca en el ser humano la promoción de productos tales como el cigarrillo o el alcohol, la televisión (con un tipo de películas) y en general esa "cultura" del consumo (ventas de ciertos productos sin importar las consecuencias). Pero, y a pesar de saberlo, no se hacen (no

hacemos) acciones definitivas para contrarrestar la mencionada influencia. ¿Por qué? Muy seguramente por el predominio de la visión de utilidad que la sociedad de consumo ha impuesto.

Lo que va hacer...



El obtener una visión de los comportamientos relacionados con riesgos de la población adolescente sin duda forma parte de cualquier estrategia destinada a modificarlos. Con tal fin se hará una discusión en torno a las frecuencias encontradas, las que se compararan con algunas de las obtenidas en la revisión efectuada.

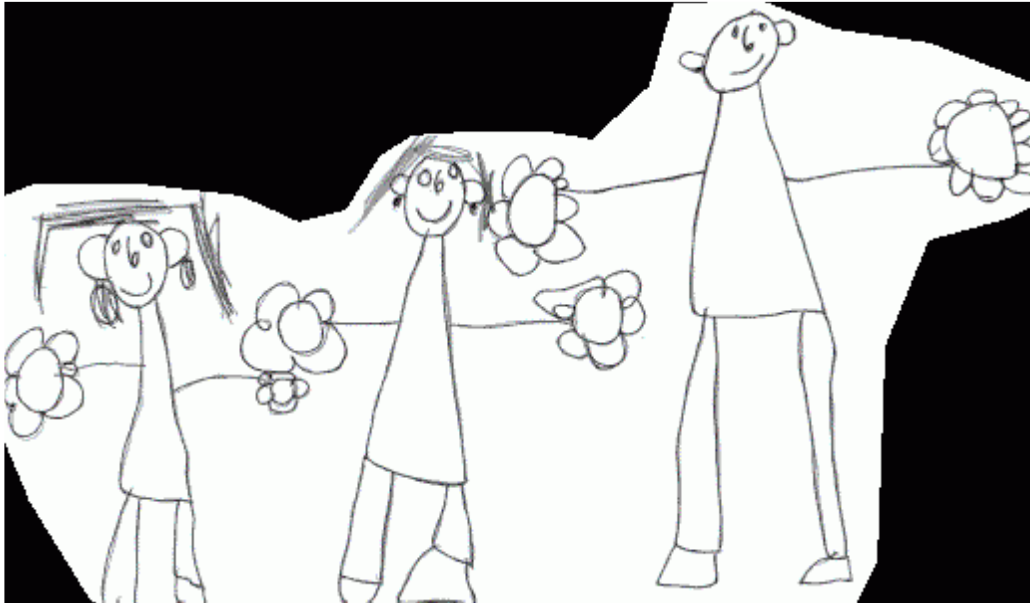
En segundo lugar se ofrecerán algunas interpretaciones a los hallazgos en las relaciones estudiadas. La edad representa en esta etapa tres cambios difíciles de separar: los biológicos donde las hormonas de la "sexualidad" representan una manifiesta importancia. Pero así mismo, los aspectos psicológicos cobran relevancia. La aparición del pensamiento crítico y la búsqueda de la autonomía a través de la toma de decisiones, hacen "explosión" en esta etapa de la vida. Y no menos importante son las consecuencias relacionales, las que determinan la identificación de pares y el enfrentamiento con la autoridad.

En tercer lugar, el análisis buscara interpretar las diferencias de género ofreciendo algunas explicaciones al respecto.

En cuarto lugar y buscando acercarnos a la influencia del ánimo, se interpretará la relación existente entre los comportamientos de riesgo y la percepción de tristeza o felicidad. Los estudios de González Q y Restrepo CH en este sentido apuntan a que el ánimo varia relativamente poco y que aquellos que se perciben felices en un momento, suelen mantener dicha sensación a lo largo del tiempo (lo mismo con los tristes), así cambie por algún evento transitoriamente... pero tiende a volver a ubicarse ya como feliz, normal o triste (que era la condición previa). Claro... la intención es tratar de entender la influencia de esos estados de ánimo en las tomas de decisiones de los jóvenes (que en últimas son las responsables de los comportamientos de riesgo). Por supuesto que tal percepción (la del ánimo) es por completo subjetiva (y de seguro con definiciones distintas en cada joven), situación que limita la interpretación de los resultados. Pero aun así se considera que vale la pena hacerlo, pues nos acerca a entender la percepción del mundo del joven, razón fundamental de esta investigación.

Y como un aporte a la salud familiar (6), la discusión va a contemplar cómo la estructura familiar y en especial, cómo la funcionalidad familiar (detectada a través del cuestionario de APGAR FAMILIAR de Smilkesen) percibida por el joven influye en sus comportamientos de riesgo.

Realidad de las familias.



Este estudio pone de manifiesto una parte de la situación actual de las familias de estratos 2 y 3 (tabla 7 y 8). Algo más de la mitad se mantienen unidas. Casi una de cada 3 es sostenida por mujeres como cabezas de hogar y cerca de una de cada 10 se reconstituyen. En el estudio efectuado para Bogotá de Aguas Sanitarias (BAS) en el 2002, donde se entrevistaron a 437 familias de estrato 2 se obtuvo una frecuencia de hogares incompletos del 20%, cifra que contrasta con el 30% hallado en este estudio. Pareciese en torno a la estructura (miembros que componen el hogar), que la familia ya no se mantiene en su condición original con la misma frecuencia. Los estudios de la doctora Lucero Zamudio Cárdenas⁷⁹ para el Instituto Colombiana de Bienestar Familiar, afirmaba que uno de cada 4 hogares se separa. En este estudio es un poco más (30%) y al parecer la tendencia es al aumento.

Importante...

Además, y como se va demostrar por las evidencias a lo largo de la discusión, este estudio reivindica que es la **funcionalidad de la familia** lo que prevalece con factor protector (cuando es buena) o factor de riesgo (cuando es mala)

⁷⁹ Zamudio L, Rubiano B. La familia de hoy en Colombia. Boletín de estadística sobre Hogar y familia. Vol 1. Editorial Organización de los Estados Americanos. Diciembre de 1994.

sobre la estructura. De hecho expone una importante prevalencia en torno a la funcionalidad de la familia urbana de estratos dos y tres de la ciudad de Bogotá: el 63% tiene una buena funcionalidad (protectora) en tanto que un 7% tienen una disfunción severa (peligro).

El paso de una etapa de la vida a otra

Además pone en evidencia un evento que forma parte del desarrollo normal del hombre contemporáneo. Los seres humanos se desprenden de sus hogares de origen en la adolescencia (especialmente entre los 12 y 16 años), de seguro preparándose para formar sus hogares y así cumplir con una de sus necesidades básicas (Teoría de las Necesidades Existenciales del Dr. Abraham Maslow). La gráfica de tendencia de la funcionalidad familiar (gráfica N° 4) expone lo anterior a través de la disminución de la funcionalidad familiar a lo largo de la adolescencia, corroborada por el crecimiento de la disfuncionalidad en la mencionada etapa.



DISCUSIÓN DE PREVALENCIAS

Comparando...

Tabla N° 17. COMPARACION DE LAS FRECUENCIAS DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO HALLADOS EN LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

RIESGOS EN TORNO A LA SEXUALIDAD	%		REFERENTE
	Hallado	Ref	
Presencia de relaciones sexuales	17	17	Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia: encuesta nacional de demografía y salud 2005. Noviembre del 2005.
Ausencia de protección en la primera relación sexual	66*	74	Mejía IE. Dinámicas ritmos y significados de la sexualidad juvenil. Programa La Casa CESO. Universidad de los Andes Octubre del 2000
Presencia de relaciones sexuales sin amor	5	10	González JC. Determinación de los factores de riesgo para la salud en una muestra de población de adolescentes en Bogotá y Sopó durante el año 2004. Carta Comunitaria. 2005; 72 (abril y mayo). Publicación interna de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N Corpas.
Relaciones sexuales con más de una pareja en el último año	4	20	Kerrigan D. Educación inter pares y VIH/SIDA conceptos usos y problemas. Documento ONUSIDA Ginebra Suiza 2000.
RIESGOS EN TORNO A LAS ADICCIONES	%		REFERENTE
Tomó una vez (o más) la última semana	30	26	Torres Y. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados. Resultados de la investigación sobre consumo realizada en los jóvenes de Antioquia en el 2003. CARISMA.
Haber tenido "dificultades" por la forma de beber	5	7	Torres Y. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados. Resultados de la investigación sobre consumo realizada en los jóvenes de Antioquia en el 2003. CARISMA.
Hacer o hacerse daño bajo el influjo del alcohol	3	7	Torres Y. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados. Resultados de la investigación sobre consumo realizada en los jóvenes de Antioquia en el 2003. CARISMA.
Incremento del consumo de alcohol	3	5	Torres Y. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados. Resultados de la investigación sobre consumo realizada en los jóvenes de Antioquia en el 2003. CARISMA.
Fuma en la actualidad	16	20	González JC. Determinación de los factores de riesgo para la salud en una muestra de población de adolescentes en Bogotá y Sopó durante el año 2004. Carta Comunitaria. 2005; 72 (abril y mayo). Publicación interna de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N Corpas.
Actualmente fuma y le gusta	7	15	García P. Carrillo A. Fernández A. Sanchez J.M. Factores de riesgo en la experimentación y consumo de tabaco en estudiantes de 12 a 14 años. Actitudes ante el tabaco en los grupos de presión. Aten Primaria. 2006;37 (7):392-9
"Toma" en la actualidad	28	40	Bonomo Y, Proimos J. Substance misuse: alcohol, tobacco, inhalants, and other drugs. BMJ 2005; 330 (2).
Actualmente toma y le gusta	17	16	Orgaz MP y col. Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas. Atención Primaria 2005; 36 (6).
RIESGOS EN TORNO A LA DEPRESIÓN	%		REFERENTE
Haber pensado en el suicidio	34	48	Forteza C, García G, Sánchez A, Medina M, González MH. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud Mental, 01853325, 1998; 21(3)
Haber pensado en el suicidio y querer hacerlo	4	1,5	Forteza C, García G, Sánchez A, Medina M, González MH. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud Mental, 01853325, 1998; 21(3)
RIESGOS EN TORNO A LA VIOLENCIA	%	%	REFERENTE
Haber sido golpeado físicamente durante el último año	30	34	González JC. Determinación de los factores de riesgo para la salud en una muestra de población de adolescentes en Bogotá y Sopó durante el año 2004. Carta Comunitaria. 2005; 72 (abril y mayo). Publicación interna de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N Corpas.
Haber golpeado físicamente a alguien durante el último año	31	32	Chaux E. Buscando pistas para prevenir la violencia urbana en Colombia: conflictos y agresión entre niños y adolescentes. Revista de Estudios Sociales N: 21 Agosto del 2005.
Llevar un arma para defenderse	9	7,4	Brook DW, Brook JS, Rosen Z, De la Rosa M, Montoya ID, Whitman M. Early risk factors for violence in Colombian adolescents. Revista American Journal Psychiatry. 2003; 160: 1470-1478.
RIESGOS EN TORNO A LOS TCA	%		REFERENTE
Mujeres con TCA	32	33	Ramírez AL, Moreno S, Yepes MM, Pérez GM, Aristizábal A, Posada C, Roldán L. Prevalencia de anorexia/bulimia en mujeres adolescentes de Medellín. http://www.semana.com/imagenes/Semana/documentos/anorexiabulimiamed.doc
FACTORES DE RIESGO EN TORNO A LA RELIGIÓN	%		REFERENTE
Ausencia de prácticas religiosas	15	74	Falbo GH, Buzzetti R, Cattaneo A. El homicidio entre los niños y adolescentes: estudio de casos y controles en Recife (Brasil). Bulletin of the World Health Organization. 2001; 79 (1): 2-7.

Las relaciones sexuales...

Prevalencias de comportamientos sexuales: La presente investigación pone en evidencia que las frecuencias encontradas en los jóvenes de los colegios son más bajas que las referenciadas. La prevalencia de haber tenido relaciones sexuales en un 17% (tabla N° 17) coincide con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia 2005 pero, y a diferencia de esta referencia, en esta investigación la edad de inicio de las relaciones sexuales se ubica en los 13,7 años, en tanto que en aquel, entre los 15 y los 16 años (único comportamiento sexual incrementado). Este dato se refuerza con el obtenido por C Flórez en Cali⁸⁰, que afirma que el 34% de los jóvenes menores de 17 años y de estrato bajo ya iniciaron su vida sexual. En esta investigación un 49% de los jóvenes por debajo de los 18 años ya iniciaron su vida sexual. Claro que para esta comparación se ha de tener en cuenta esa diferencia de un año (compara 17 años con 18 años) que en este comportamiento puede significar una importante diferencia.



Un dato alarmante...

Alarmante ha sido el hallazgo de la tabla N° 10 acerca de edad de inicio de las relaciones sexuales. Fue indagado a través de la pregunta ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? Si los pocos casos que expresan edades tan tempranas como los 6 años son ciertos, esta tabla puede reflejar la frecuencia del abuso sexual. Queda este hallazgo como una inquietud preocupante que el presente trabajo plantea.

⁸⁰ Flórez B. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2005;18(6)

El problema de la protección...



El alto porcentaje de jóvenes que no usan protección en la primera relación sexual (66% en la tabla Nº 17) colocan de manifiesto el peligro reconocido en esta población para padecer del SIDA (FUNDASIDA). Los datos obtenidos por Inés Mejía Mota (45) refieren que el 74% de los jóvenes de 18 años no usaron métodos de planificación en la primera relación. C Flórez (80) en su investigación describe cifras similares a la encontrada, de ausencia de protección en primera de relaciones. Como se observa, los datos obtenidos no muestran que se haya logrado modificar este comportamiento. El problema que implica una primera relación sin protección es similar a estudios del año 2000, ello a pesar de estar "alertas" desde aquel entonces acerca de esta prioritaria problemática.

Será ¿que no se hace lo suficiente?

O, ¿que lo que se hace no tiene el impacto necesario? Este aspecto amerita ser estudiado (para ser intervenido), máxime si como dice Flórez (80), los jóvenes creen que por ser la primera relación "nada" les va a pasar (con lo cual se promueve la relación sin protección) y la mayoría inician procesos de

planificación un año después de iniciar su vida sexual. Lo anterior se expresa en el riesgo de embarazo no deseado, el cual estudios como el de Inés Mejía (45) ha colocado en que 1 de cada 4 jóvenes queda embarazada en su primera relación.

En las relaciones sexuales sin querer (tabla N° 17)

Están implícitas al menos dos aspectos: el tenerlas sin amor y relaciones sexuales sin consentimiento o forzadas o que se presentan bajo estado de "inconciencia" como por ejemplo, bajo el influjo de el alcohol (69).



Por ello, hacer una interpretación de esta variable no es fácil. La prevalencia encontrada previamente proviene de González Q (50) en una muestra por conveniencia de 3.745 jóvenes de Bogotá y Sopó fue de un 10%. A pesar de no poder diferenciar con certeza cuál es la interpretación que le hacen los jóvenes (en el estudio piloto, la interpretaron más como relaciones sin amor) al ser interpretada con la muy temprana edad de inicio de relaciones sexuales (tabla N° 10), se puede estar ante la identificación de la presencia de abuso sexual (69), planteando la posibilidad de ser un abordaje a la detección de esta situación.



El comportamiento de la **conducta relaciones sexuales con más de una pareja** el último año es bastante similar al de relaciones sexuales sin querer. El estudio de FUNDASIDA del Salvador describe que cerca de un 20% de los jóvenes han tenido relaciones con más de una pareja en el último año. El

hallazgo de este estudio pone dicho porcentaje en 1/5 de esa apreciación (4 %). Una explicación es que las edades del trabajo en El Salvador estaban entre 15 y 18 años, en tanto en este investigación cerca de un 15 % de los jóvenes están por debajo de los 15 años. En Cuba⁸¹, según el estudio de Elígio Cándido este porcentaje (4%) es casi de 4 veces más, pero una vez más, es probable que las poblaciones comparadas sean de distintas edades.

Prevalencia de comportamientos adictivos:



La tabla N° 12 expone el alarmante número de casos en que se inician los jóvenes a corta edad con el consumo de sustancias adictivas. Ello claramente es un inmenso riesgo (33). El alcohol y el tabaco son las dos sustancias más importantes y frecuentes de consumo a temprana edad. Sin embargo, el momento cuando "más problemas aparecen por "beber" es a los 14 años (Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psico Activas 1999.). La tabla permite observar cómo desde el punto de vista comparativo, la cocaína y el bazuco han sido probados muy pocas veces en comparación con el alcohol (sustancia más probada) y luego el cigarrillo. De hecho la temprana edad de prueba, así como

⁸¹ Cándido E, Méndez B, Guerra JM, y Rodríguez R. Conducta de riesgo en infecciones de transmisión sexual y embarazo. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19(1)

las frecuencias altas, plantean que alcohol y cigarrillo son el problema prioritario en torno a las adicciones. Lo cierto es que en tanto crecen, la mayoría de los jóvenes ya han estado en contacto con sustancias adictivas, situación similar por ejemplo en Gran Bretaña⁸² (cultura anglosajona).

Ojo con el alcohol...



El consumo de alcohol y tabaco arroja una importante apreciación: hoy se "toma" con mayor frecuencia que fumar. Por supuesto que existe una importante diferencia en torno al contacto: el que fuma lo hace varias veces al día, en tanto que el que toma no. Aun así, las prevalencias ponen de manifiesto el "problema" de la permisividad hacia el alcohol por parte de los jóvenes. Sin embargo, las frecuencias encontradas ponen en claro con los referentes obtenidos (tabla N° 17), que la población estudiada, tiene un menor contacto. Por ejemplo, el estudio de Ileana Cassola⁸³ en jóvenes argentinos evidencia una prevalencia de consumo rutinario de un 70%, de seguro por la práctica de tomar vino acompañando las comidas. De hecho, un 50% de los jóvenes investigados en Córdoba (Argentina) bebió la última semana, cifra muy superior al 30 % encontrado en la presente investigación. El estudio de González Q en el 2004 sobre una muestra de 3745 jóvenes escolares entre 10 a 21 años, mostró que un 38% de los jóvenes tuvo contacto con alcohol en el último mes. En México en la encuesta nacional de consumo de sustancias

⁸² Ogilvie D, Gruer L, Haw S. Young people's access to tobacco, alcohol, and other drugs. *BMJ* 2005;331:393-396

⁸³ Cassola I, Pilatti A, Alderete A, Godoy JCs. Conductas de riesgo, expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Córdoba. *Revista Evaluar*. Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa. Facultad de Psicología 2005, n° 5 (octubre) Universidad Nacional de Córdoba (Argentina).

adictivas del 2003, la prevalencia de consumo de alcohol rutinario fue de un 23%. La prevalencia de consumo rutinario obtenida por CARISMA (Torres Y) de Antioquia en el 2003, sitúa en un 26% la prevalencia nacional de consumo rutinario de alcohol, lo que implicaría que esa investigación presenta una frecuencia superior del consumo de dos puntos (ver tabla N° 17). En el Reino Unido (Ogilvie D) el 80 % de los jóvenes de 15 años ya han "tomado" bebidas alcohólicas.

Esto es una realidad...



Si bien las preguntas de consumo de alcohol varían (lo que hace que sea aun poco difícil la comparación) queda en claro que en Colombia y en los países mencionados existe un problema entre el consumo de alcohol y la juventud. ¿Por qué? Prácticamente en todos los países esta prohibido que los jóvenes tomen... y las frecuencias expresadas, ponen de manifiesto que "toman" con una frecuencia alta. ¿Será que es por que el impulso hacia el alcohol es muy fuerte?, o será tal vez porque estamos ante una sociedad consumista y permisiva que "invita" al joven a tomar (buscando "vender" más). Muy seguramente "algo" de ambas apreciaciones resulta válido. Las dificultades más frecuentes derivadas del consumo de alcohol es el incumplimiento de las responsabilidades asignadas. Según CARISMA desde la edad de 12 años se empiezan a presentar dificultades. Dicho estudio menciona una prevalencia de dificultades por "beber" de un 7% de la población (no solo jóvenes), cifra

mayor que la encontrada en este estudio que es de un 5% (tabla Nº 17). En el estudio de CARISMA se afirma que cerca de un 7% de los jóvenes investigados se han hecho daño (casi cuatro puntos más de lo que este estudio presenta, que es 3 %) disminución que puede ser explicada por el alto porcentaje de jóvenes de 10 a 12 años de este estudio (que "beben" menos al ser comparados con las otras edades, en tanto que la investigación de CARISMA tomó más jóvenes mayores como población objeto. El hacerse daño esta relacionado con exceso de consumo, relación importante para interpretar la problemática del ALCOHOL.

El incremento en el consumo de alcohol⁸⁴ forma parte del cuestionario CAGE para detección de riesgo de alcoholismo. El estudio de Cassola demuestra cómo la tendencia de los que beben alcohol rutinariamente, es la de ir incrementando la cantidad con lo cual se incrementa el riesgo del alcoholismo.

Y del cigarrillo... ¿qué?



El 16% de los jóvenes que fuman contrasta con el 20% obtenido en estudio de los 3744 jóvenes obtenido por González Q en el 2004. En el estudio de Cassola de jóvenes entre 14 y 18 años se encontró que un 48% fuman con regularidad. En México en el 2003⁸⁵ el 44% de los jóvenes de 15 a 18 años fuman (al estratificar por edad, en esta muestra se encontró que el 25% de 15 a 18 fuman). La revisión de Bryan Christie *Edinburgh*⁸⁶ describe cómo es en la adolescencia cuando más contacto y adictos se dirigen hacia el cigarrillo. ¿Será que existe un descenso de fumadores en la población adolescente de estos colegios? Los datos parecen expresarlo así. Pero... ¿cómo explicar el descenso en el cigarrillo y el incremento en el

alcohol? Una explicación puede ser la campaña mundial contra el cigarrillo, que implicaría que esta surtiendo efecto y abre la posibilidad de hacer lo propio contra el alcohol. Ah!... en el momento actual, en la televisión no se anuncian cigarrillos... en cambio si se promueve el alcohol.

⁸⁴ Orgaz MP y col. Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas. *Atención Primaria* 2005; 36 (6).

⁸⁵ Villatoro J y col. Encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México. Prevalencia y evolución. *Salud Mental*, 2005; (1).

⁸⁶ Bryan C. Report shows strong sex differences in teenage health behavior. *BMJ* 2004; 328.

Prevalencias de comportamientos depresivos:



Los adolescentes tienden a ver en el *suicidio* una "solución" a sus problemas existenciales. En los Estados Unidos⁸⁷ en jóvenes sanos, (sin un trastorno psicológico o psiquiátrico) la frecuencia de ideación suicida oscila entre un 9 al 18% y solo de 1 a 1.5% pueden realmente llegar a intentar suicidarse⁸⁸. En México, en el estudio de Fortaleza y col⁸⁹ el 47% de los jóvenes han tenido al menos una idea suicida en algún momento de su vida. La prevalencia del pensamiento suicida en este estudio es de un 34% (tabla N° 17.). En el estudio del 2004 en los 3.744 adolescentes de González Q, la prevalencia fue de un 21%. El estudio de Fortaleza establece que el pensar en hacerlo (querer hacerlo) tuvo una prevalencia de 1,5% (en este trabajo es del 4%). Sin embargo, la edad media de la población fue de 19,5 años. En este estudio, la edad media es de 13,6 años, lo que hace que sean difícilmente comparables.

⁸⁷ Centers for Disease Control. Cases of specified notifiable diseases. USA: MMWR, 1991.

⁸⁸ Espinosa A, Anzures B. Suicidio, Homicidio y Drogadicción en niños y adolescentes. Revista Medica del Hospital General de México, 01851063, 1999; 62 (3).

⁸⁹ Forteza C, García G, Sánchez A, Medina M, González MH. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud Mental, 01853325, 1998; 21(3)

Lo cierto...

La diferencia de las prevalencias con la ideación permite observar que se trata de una situación distinta, así las tendencias sean similares (ver graficas N° 5 y 6). Una explicación es que existe una "distancia" entre pensarlo y planearlo.

¿Qué determina esa distancia?

Una posibilidad para plantear es que esta distancia exista porque ahí están los jóvenes deprimidos. Si ello fuese así, esta pregunta podría servir para detectar la depresión en adolescentes a gran escala. Por ende, puede ser útil plantear una investigación de "validación" de esta pregunta.

Prevalencias de comportamientos violentos:



Preocupantes datos...

Colombia tiene una alta tasa de homicidio entre jóvenes: para darnos cuenta de la magnitud observemos estas cifras de comparación: Colombia 84,4 por 100.000, El Salvador 50,2 por 100.000 en, Puerto Rico 41,8 por 100.000, la Federación de Rusia 18,0 por 100.000 y algunos países de Europa sudoriental por ejemplo Albania: 28,2 por 100.000. En Estados Unidos la tasa es de 11 por 100.000 (Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, OMS 2002). ¿Cuál será la explicación de esta tasa tan alta al ser comparada? Probablemente la impunidad existente tenga que ver (impunidad producto de la corrupción y del conflicto vigente).

Interesante relación...

Antes de mencionar frecuencias es importante anotar que se observó una tendencia de las frecuencias y en los riesgos similares, en "haber sido

Explicaciones...

El impulso (brusquedad) antes que la razón, parece ser el principal mediador del acto violento del joven. La manera como le hayan enseñado (y él haya aprendido) a enfrentar el estrés y los conflictos resulta determinante. La violencia sería así una respuesta primitiva y poco razonada. Lo cierto es que surgen muchas hipótesis acerca de la génesis de la violencia. En Colombia, analizarlas es prioritario (Franco Saúl) pues los daños estas vigentes y son evidentes. Según las referencias conseguidas en este estudio, la cifra de un 30% de conductas violentas en los jóvenes escolares es alta. Se debe tener en cuenta que esta prevalencia de un 30% (para ser comparada) pertenece a una población mayoritariamente de estratos "deprimidos económicamente", factor claramente relacionado con comportamientos violentos⁹³. Lo cierto es que en si en Colombia existe una prevalencia mayor de comportamientos violentos en los jóvenes, ello coincide con las consecuencias que vivimos... como lo es tener una de las tasas más altas de muertes violentas del mundo, por ello se debe invertir en trabajos como los de Muñoz García JJ⁹⁴ o los del Doctor Chaux con el fin de comprenderla para poder modificarla.



⁹³ Dolan M. Doyle M. Violence risk prediction. Clinical and actuarie measures and the roll psychopaty cheklisty. British Journal Psychiatry. 2000; 177: 303-311.

⁹⁴ Muñoz García JJ y col. Factores psicológicos de riesgo y protección para la conducta antisocial del adolescente. Actas Esp Psiquiatr 2005;33(6):366-373

Prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria:



El 32% (tabla N° 17) de mujeres adolescentes esta en riesgo de trastornos de conducta alimentaria⁹⁵, cifra que coincide por lo encontrado por Ana Lucrecia Ramírez (61) en el estudio de Medellín, que fue de un 33%. En estudios similares en Brasil se encontró una prevalencia del 30% y en Canadá del 27%, cifras todas que ponen de manifiesto la magnitud del problema. Si en algún momento se mencionó que esta alteración era más frecuente en estratos altos, el presente estudio coloca en evidencia que las frecuencias son similares en estos estratos (2 y 3). La promoción de una imagen "ideal" de mujer en la sociedad occidental⁹⁶, junto con alteraciones de la autoestima, constituyen componentes fuertemente relacionados con la génesis de este problema.

⁹⁵ Pritts Sara and Susman Jeffry. DIAGNOSIS OF EATING DISORDERS IN PRIMARY CARE American Family Physician Enero 15 del 2003. Vol 67, Number 2.

⁹⁶ Tirado F. Barbancho F. Prieto Jesús INFLUENCIA DE LOS HABITOS TELEVISIVOS INFANTILES SOBRE ALIMENTACIÓN Y EL SOBREPESO Rev Cubana de Enfermería 2004:20(3)

Prevalencia de riesgo por ausencia de prácticas religiosas:

Esta pregunta, que se planteó con carácter exploratorio, surgió por la clara disminución de riesgo de muerte en los jóvenes que tienen practicas religiosas en las "favelas" del Brasil (30), donde se encontró que cerca de un 74% de un total 466 jóvenes no practican algún tipo de actividad religiosa. En esta muestra de adolescentes, un 16% afirman no tener ningún tipo de práctica religiosa.



DISCUSIÓN DE LAS RAZONES DE RIESGO SIGNIFICATIVAS

A continuación se discutirán las relaciones encontradas. La siguiente tabla muestra de manera resumida y epidemiológica los hallazgos.

Tabla N° 18. DETERMINACION DE LOS OR SIGNIFICATIVOS DE LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO HALLADOS EN LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

COMPORTAMIENTOS		SEXUALIDAD				ADICTIVOS					DEPRESIVOS		VIOLENTOS			TCA	RELIGION	
		HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES	AUSENCIA DE PROTECCION EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL	RELACIONES SEXUALES SIN QUERER	RELACIONES SEXUALES CON MAS DE UNA PAREJA ULTIMO AÑO	HABER TOMADO LA ULTIMA SEMANA	HABER TENIDO DIFICULTADES POR LA FORMA DE BEBER	HABERSE HECHO O CAUSAR DAÑO BAJO INFLUJO DE ALCOHOL	INCREMENTO EN LA FORMA DE BEBER	FUMA Y LE GUSTA	TOMA Y LE GUSTA	HABER PENSADO EN EL SUICIDIO	HABER PENSADO EN EL SUICIDIO Y QUERER HACERLO	HABER SIDO GOLPEADO EN NEL ULTIMO AÑO	HABER GOLPEADO A ALGUIEN EN EL ULTIMO AÑO	LLEVAR UN ARMA PARA DEFENDERSE	RIESGO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA	AUSENCIA DE PRACTICAS RELIGIOSAS EN VIDA RUTINARIA
		Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	
EDAD	(13a16/10a12)	3,8	0,4	1,7	2,2	1,9				1,7			1,4	1,6	2,3	1,3	1,2	
	(17A19/10A12)	14,9	0,4	3,8	5,3	2,9				2,1				1,4	2,5		1,4	
SEXO	Masculino/ Femenino	1,9		3,7	3,0								1,6	2,7	3,1		1,3	
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices												1,3	1,2		1,2	1,1	
	Triste/ Felices	1,5		2,3	2,4	1,7			1,7				2,1	1,9	2,0	2,1	1,3	
FAMILIA	Incompleta/ Completa Reconstituida/ Consanguinea Disfuncion										1,2					1,4	1,1	
	moderada/funcion	1,4		1,6				1,4					2,0	1,7	1,5	1,7	1,5	
	Disfuncion Severa/Funcional	2,0	1,3	2,0	1,5					1,4			4,1	3,1	2,4	2,3	1,7	
CASOS INCLUIDOS		10409	2276	9722	10010	10321	3469	2928	2192	1775	3023	10143	3670	10013	9963	10013	4875	9674

(Las casillas en oscuro sin OR ni intervalos de confianza, son donde no existió diferencia significativa y por ende se borraron, pero en el anexo se pueden ver las cifras.)

COMPORTAMIENTOS Y EDAD



Por supuesto,...la edad...

La edad como era lo esperado, influye en todos los comportamientos sexuales estudiados. Es la mejor expresión del proceso de "maduración" que ocurre durante la adolescencia y claramente este proceso se relaciona con el comportamiento sexual. La explicación ante este hecho por demás obvio, se puede atribuir a la "fuerza" hormonal. El joven se enfrenta a la fuerza impulsiva del instinto de reproducción (impulso biológico) el cual encuentra un excelente medio de expresión a través de la relación con los demás pares (que "siente" el mismo impulso). Esta es la realidad y lo que se quiera hacer (para combatir los riesgos) ha de partir de este evidente hecho.

El problema...

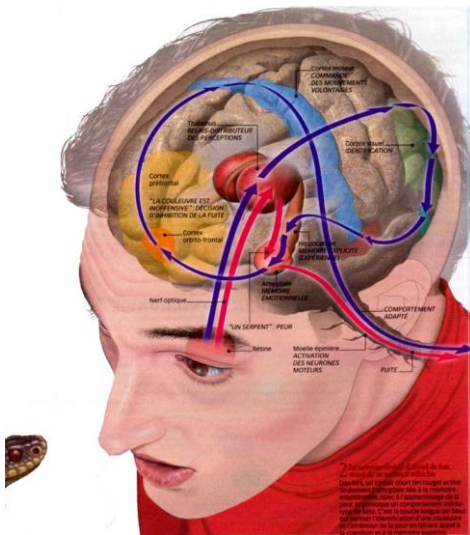
El que en el 66% (ver tabla N° 9) de los jóvenes la primera relación no haya sido planeada (45) demuestra la fuerza impulsiva del componente biológico, pues casi con certeza, todos en los colegios han sido advertidos de los riesgos. ¿Por qué en un 50% si logra planear y el otro no? es una pregunta que se debe abordar. O mejor planteado... hemos de hacer esfuerzos por descubrir cómo "controlamos" el impulso reproductivo. ¿Cómo hacerlo para que el mensaje llegue?, es y será una de las áreas a estudiar⁹⁷.

⁹⁷ Arias L, Ceballos J. No solo el amor te salva. Experiencia de intervención para abordaje de la salud sexual y reproductiva con adolescentes y jóvenes. Universidad del Valle 2003.

Lo mismo con el trago...

Así como en los comportamientos sexuales, el ser un joven mayor, evidencia una diferencia significativa en torno a la prevalencia de consumo la última semana de alcohol (ver tabla N° 18) sin llegar a presentar relaciones tan "fuertes". Una explicación obvia es la tendencia social a tomar así esté prohibido, prohibición que disminuye en la medida que le joven crece.

Pero, ¿por qué esa tendencia a tomar?



Puede influir en ello el "placer" derivado del consumo. Se ha planteado que a nivel del cerebro en el striatum, se ubican los centros del placer, los que hacen su aparición (más intensa) en la adolescencia. Aun existe muchas preguntas acerca de cómo funcionan, pero ya está planteada la hipótesis de que durante la adolescencia, la propensión a las adicciones es mayor (toma y le gusta como un primer paso a la adicción), evento que parecen conocer los publicistas de tabaco y alcohol que han orientado buena parte de sus campañas para conseguir adictos en esta población.

Sin embargo, aún no se encuentran diferencias significativas en torno a los comportamientos que reflejan "problemas con el alcohol", evento importante ya que plantea que aun en el adolescente puede evitarse la aparición del riesgo de alcoholismo.

Acerca del suicidio y la edad...

No existe en las etapas de la adolescencia un momento donde se "piense más en el suicidio" o donde se "planee más. De hecho, y dado que la tendencia es plana (igual en cada etapa de la adolescencia), es probable que el joven que llega con ideas suicidas a la adolescencia, las mantendrá a lo largo de la misma. ¿Cuándo se originan? Observando la gráfica N° 5 podemos proponer que tal vez lo hace en la infancia y que desde los 10 a los 12 años, ya "está" la ideación presente.

Violencia y edad...

Existe una discreta relación entre la edad y haber sido u haber golpeado a alguien en el último año. Ello se interpreta que el "uso" de la violencia, se "mantiene" en los jóvenes que la han usado en la medida que crecen.

La edad crítica para riesgo de trastornos de conductas alimentarias, sin presentar una relación muy fuerte, es el paso de la adolescencia temprana a la

media (12) y así mismo, con un OR pequeño pero significativo es la tendencia al distanciamiento de las prácticas religiosas de los jóvenes en la medida que pasan los años. Muy probablemente el desarrollo del pensamiento crítico de los jóvenes tenga una participación en este distanciamiento.

COMPORTAMIENTOS Y GÉNERO



El análisis de las relaciones derivadas de la diferencia de sexo, confrontan de manera interesante el mundo biológico con el mundo "social". Ambos, hombre y mujer sienten el influjo de las hormonas, pero ¿cuál lo expresa más? La respuesta evidente por los OR (OR = medida de relaciones) es que el hombre (Tabla 18). Entre las posibles explicaciones se abordan estas dos: o que los hombres tiene más "impulso biológico" o que las mujeres están más inhibidas socialmente en torno a sus comportamientos sexuales (lo que se convierte en un factor protector). Relaciones similares son las halladas en los comportamientos violentos. Por ello se entiende que los hombres sean más las víctimas de la violencia que las mujeres (Informe mundial sobre la violencia OMS 2002). Si bien socialmente se permite más la violencia en los hombres que en las mujeres, el hallazgo combinado permite plantear que estos comportamientos estén bajo el "influjo" hormonal de la testosterona.

En cambio...en adicciones

Muy interesante ha sido observar que en torno a los comportamientos adictivos indagados, no se encontró diferencias significativas entre el hombre y la mujer. La fuerza que impulsa a los jóvenes a las adicciones es similar para el hombre y la mujer (no existe diferencia biológica). Coincide en ello el estudio en Europa de Cristhie Bryan. La influencia de los medios de comunicación publicitarios puede tener una importante responsabilidad (71), la que por llegar de manera similar a ambos sexos, influye de manera similar.

Los hombres se "alejan" más de las prácticas religiosas. Una explicación es que aun hoy las mujeres comparten más tiempo con sus padres y con por ello, acompañan más a sus padres (la madre habitualmente) a las prácticas religiosas.

COMPORTAMIENTOS Y PERCEPCION DEL ÁNIMO



Los tristes...más riesgo

Existe una moderada significancia a favor de los comportamientos sexuales con la tristeza. Propio de este tipo de estudio esta en la dificultad de establecer el sentido de la relación. Una explicación (hacia una dirección) es pensar que la tristeza se da como consecuencia del comportamiento en torno a la sexualidad: en el joven asumir conductas sexuales genera conflictos (y estos tristeza) por los temores (ETS o embarazo no deseado). El estudio de "Dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad juvenil" de Mejía Mota

plantea que en más de la mitad de las ocasiones la primera relación ocasiona desconcierto (claramente no felicidad), máxime si como ocurren un 50% de las veces, esa primera relación no fue planeada (se dio por las circunstancias). En ese OR de 2,3 de tristeza (ver tabla Nº 18), por tener relaciones sexuales sin querer (los que tuvieron relaciones sin querer estaban dos, 3 veces más tristes que los que no habían tenido relaciones sexuales), está de seguro la decepción de los jóvenes que han vinculado la sexualidad con el amor y que no han tenido relaciones sexuales con quien "quieren" siendo relaciones sexuales motivadas por "otras" causas, por ejemplo curiosidad, o por efectos de alcohol o incluso forzadas.

Pero, claro...

En el otro sentido en la dirección de la relación, cabe preguntarse si los "tristes", buscando disipar esa percepción de "pesar", asumen en el "placer" derivado de los comportamientos sexuales, la "cura" para su estado de ánimo.

Y la violencia y los tristes

Con una fuerza de relación similar a los comportamientos sexuales, se aprecian los comportamientos violentos y el riesgo de trastornos de conducta alimentaría (OR moderados). Los jóvenes "violentos o violentados" son más tristes. Trabajos acerca de los jóvenes intimidadores lo mencionan (53).



El que sufre puede hacer sufrir...

Parece que quien se siente "mal" es capaz de hacer sentir a otros ese "mal".

El despecho y tomar...

La relación entre "tomar más" (última semana) y "fumar más" (OR de 1,7) está de acuerdo con una explicación obtenida en la prueba piloto, donde se afirmó que el "despecho" (y por ende, la tristeza de ahí derivada) es una buena razón para tomar y que cuando tiene problemas, fumar es un buen acompañante. De seguro el estímulo de los centros del placer por parte del alcohol y la nicotina median en esta interpretación. En cuanto a los trastornos de conducta alimentaria, una explicación está dada por su relación con una baja autoimagen, la cual probablemente se acompaña de esa percepción "triste" de uno mismo. Además, los "tristes" practican menos la religión (relación débil pero significativa), que se interpreta como un distanciamiento del consuelo derivado de dichas prácticas.

Raro...pero,

Sorprende que no exista relación entre pensamientos suicidas y tristeza. Refuerza esta ausencia, el sostener que el pensamiento suicida es impulsivo y no derivado de condiciones del sentir e incluso tal pensamiento no refleja un desorden psiquiátrico (54).



COMPORTAMIENTOS Y FAMILIA



Lo más importante...

La tabla N°18 coloca en evidencia las muy pocas relaciones de lo definido en este trabajo como estructura al ser comparadas con las que surgen a través de la percepción de la función familiar. Una muy discreta razón de riesgo de 1,2 se observa en torno a pensar en el suicidio y los hogares reconstituidos, así como un pequeño riesgo de trastornos de conducta alimentaria y un apenas distanciamiento (OR 1,1) de las prácticas religiosas. Interesante ha sido confirmar que la falta de uno de los padres (el padre en 9 de 10 veces) no se relaciona con comportamientos que impliquen riesgo.

Ah...es la función familiar lo importante

En torno a la percepción de funcionalidad por parte del joven se observa **aumento de la actividad sexual** en los hogares percibidos como disfuncionales (incluso con tendencia). En igual sentido apunta lo encontrado por Ortiz R (46) quien concluye que los jóvenes que no se sienten bien en sus hogares, buscan el embarazo para salir de allí.

Pero el alcohol NO

Los comportamientos relacionados con el alcohol no se relacionan con la percepción de disfunción salvo por ese discreto incremento en el consumo (OR de 1,4) en la disfunción moderada y el mismo valor por el "gusto" por tomar en la disfunción severa. Sugiere lo anterior que la familia **no influye "tanto" en las adicciones** y que de seguro otras relaciones se han de estudiar (contacto con pares o estímulos a los centros del placer por ejemplo).

Para sorprender...

Una vez más, la disfunción familiar no se relaciona con los pensamientos suicidas, lo que junto con la ausencia de relación encontrada en los tristes, permiten plantear que el origen de ese pensamiento suicida aún esta por descubrir.

En cambio: familia y violencia...



Muy llamativos son las relaciones (incluso con tendencia) de la disfunción familiar y los comportamientos violentos, donde incluso por las cifras encontradas permite plantear que es la familia donde se gesta una buena proporción de la violencia. Por supuesto que la cotidianidad expone a los

miembros a los conflictos y será la familia la encargada de enseñar cómo resolverlos: con razones o con violencia, que se expresará en otros ambientes (58).

Y también con los trastornos de conducta alimentaria

Así mismo, se observa una tendencia incrementada de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en las jóvenes que perciben sus hogares disfuncionales. ¿Será que utilizan estas conductas como retaliación contra sus familias? O será que los riesgos de trastornos de conducta alimentaria forman parte de la expresión de unas personalidades inseguras e inestables, y que por ello perciben sus familias como disfuncionales. Estas preguntas deberán responderse y este trabajo permite plantearlas.



Y con la religión...

Finalmente se observa un discreto riesgo de alejamiento de las prácticas religiosas en aquellos jóvenes que perciben sus familias disfuncionales. El respeto y la obediencia hacia los padres esta inmerso casi en todas las religiones. Cuando los jóvenes perciben "mal" a sus padres, de alguna manera están rompiendo con ellos y de seguro romperán con aquello que "respalde" a sus padres, como lo es la religión.



CAPÍTULO 9: QUÉ TAN CERCA ESTA EL ESTUDIO DE LA REALIDAD



Un estudio como este debe hacer el esfuerzo de ver si se puede “generalizar” a otros colegios que no hayan participado. Así, “otras” orientadoras podrán ubicarse en sus contextos y ver si estos resultados pueden reflejar la realidad de los colegios que ellas viven...

Entonces... ¿qué posibilidad existe de que los encuestados digan mentiras?

Haciendo el análisis del error de esta investigación una primera pregunta es que posibilidades existe que la información acá obtenida no sea verídica. Ante ello, se buscó contrarrestar dicha posibilidad de tres maneras:



1. Todas las encuestas fueron anónimas.
2. Todas las encuestas fueron voluntarias. Se les repitió en dos momentos, que si no querían, no tenían que llenarlas y en el caso de contestarla, que si no querían, no tenían que entregarla.
3. Se insistió que si alguna pregunta no querían contestarla por cualquier causa, podían dejarla en blanco.
4. Las encuestas fueron "cuidadas" por encuestadores salvo en dos grupos parciales de dos colegios, donde el proceso de encuesta fue dirigido por la orientadora y dos profesoras.
5. El modelo de encuesta utilizado, permitió interactuar a los encuestados (ver Anexo 1), con lo que se observó que en general el proceso de contestarla "capturó" a los jóvenes.
6. En la prueba piloto se constató que los jóvenes con que se trabajó "deseaban" contestar las preguntas.

Por lo anterior, creemos es muy probable que los jóvenes hayan sido sinceros.

¿Y si representarán a los jóvenes escolarizados de colegios públicos de Suba?

En torno a la representatividad de la muestra, se plantea que lo sea de la población adolescente escolar pública por los siguientes motivos:

- Una muestra de 12.302 jóvenes de un total de 25000 probables (en el 2003) es sin duda una muestra poderosa (de hecho un 47% del total probable) que si no cumple con los requisitos de ser una muestra aleatoria (escogida usando la estadísticas), por el número y la garantía de que no hubo una selección "especial", salvo la aceptación de los colegios en

participar del estudio, permite acercarse mucho a representar al total de la población adolescente escolar de Suba.

- Al comparar a los colegios entre sí, no se encontró diferencia de edades ni de estrato.

Por tanto,...

Por ello se considera que con los resultados acá encontrados se pueden hacer inferencias a los 13 colegios restantes de la localidad. ¿Será diferente esta población a la de otra localidad (de las 20 existentes en Bogotá)? Si los colegios públicos de las otras localidades reciben a población de la misma condición socioeconómica y de las mismas edades, es muy probable que no existan diferencias. Una forma de probar esta postura sería ejecutando un estudio similar en un colegio público de cada localidad y comparando el resultado con lo acá expuesto, siendo la hipótesis que no debe existir diferencia.

¿Será que los comportamientos de los jóvenes de estrato 1,2 y 3 son distintos a los de los estratos 4,5 y 6? Con lo revisado y encontrado no se puede asumir una postura al respecto, situación por la cual no podemos plantear que este estudio represente a toda la población adolescente del Distrito Capital. Sin embargo, el mecanismo para poder contestar esta inquietud, sería a través de la comparación de una muestra de colegios de estratos 4, 5 y 6.

ALCANCES DEL ESTUDIO



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**

Secretaría
Educación

CONCLUSIONES



1. Esta investigación ha cumplido con los objetivos por los que se hizo: por un lado ha medido las prevalencias de los comportamientos de riesgo. Al hacerlo ha contribuido a entender el mundo de los jóvenes y además ha establecido un referente (necesario⁹⁸) que puede ser utilizado para evaluar las tan frecuentes intervenciones que sobre este grupo de población se hace. Además, ha logrado establecer una aproximación válida de la influencia (a través de las asociaciones) que tiene en el joven su familia para asumir o no conductas de riesgo.
2. Como parte de ese entendimiento ha logrado establecer la fuerza de la maduración biológica en los comportamientos sexuales (que puede ser comparados con otros trabajos⁹⁹). Así mismo, la relación de la edad en los comportamientos adictivos. La muy pobre influencia de la edad en las ideas de suicidio. La expresión de la edad en los comportamientos violentos. Su relación con los TCA y el distanciamiento del joven de la religión, en la medida que crece.
3. Ha establecido cómo los comportamientos sexuales y violentos son más riesgosos en los hombres. Cómo en torno a las adicciones no existe diferencia de género, así como con la ideación suicida y cómo los jóvenes varones se "alejan" más de la religión que las mujeres.

⁹⁸ Catalano Richard F., Berglund Lisa, Ryan Jeanne A.M., Lonczak Heather S., Hawkins J. David. Positive youth development in the united states: Research findings on evaluations of positive youth development programs Social Development Research Group WWashington School of Social Work Seattle, Washington November 13, 1998.

⁹⁹ Senderowitz Judith A Review of program approaches to adolescent reproductive health Prepared for: In Cooperation with: U.S. Agency for International Development Population Technical Assistance Project Bureau for Global Programs. Poptech Assignment Number 2000.176 June 1, 2000

4. Ha establecido cómo los tristes tiene más riesgos de comportamientos sexuales, cómo no influye mucho en las adicciones (salvo que los tristes les gusta más fumar), cómo no se relaciona con la ideación suicida, y sí con el comportamiento violento, con los TCA y con la pérdida de "religiosidad" del joven.
5. Y en torno a la familia ha hecho ver con nitidez cómo lo más importante es cómo funcione (y no por quiénes o cuántos la compongan) y que cuando funciona mal, el joven asume más riesgos en torno a la sexualidad, con los comportamientos violentos y con los trastornos de conducta alimentaria.

Aplicaciones de lo investigado



Si bien ya se entregó un primer documento a las orientadoras de los colegios participantes y se han efectuado una serie de presentaciones, esta investigación sin duda ha de ser analizada por los profesores de los jóvenes y por los padres y claro, por los mismos jóvenes que han participado. Ellos como participantes directos son los llamados a explicar lo encontrado. El investigador en este caso apenas es un observador. Pero será tarea del investigador construir los espacios donde escuchar las distintas interpretaciones (de los directamente implicados). La tarea no es sencilla ya que a través de este trabajo se pudo observar las dificultades de convocatoria de profesores y padres. Los primeros, tienden a evitar "meterse" en más asuntos, pues las cargas académicas no dejan mayor tiempo. Los padres no asisten a las convocatorias escolares con la asiduidad esperada. Si estas limitaciones se superan y se logra atraer a los jóvenes, es muy probable que se abran importantes esperanzas de modificar los riesgos que acá se han expuesto, por ejemplo el de comportamientos violentos que tan evidentemente se relaciona con la percepción de disfunción familiar, puede ser intervenido a través de talleres de convivencia donde se aborde como resolver los conflictos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calzada R, Altamirano N, Ruiz M. La Adolescencia. Acta pediátrica mexicana. 2001; 22 (4).
2. Rakel RE. Textbook of Family Practice, 4th Edition. 1990; W:B: Saunders Company.
3. Calzada R, Ruiz M de la L, Altamirano N. Características somáticas del proceso puberal. Acta pediátrica mexicana. 2001; 22 (3).
4. González C, Rojas R, Hernández MI, Olaiz G. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ensa 2000. Revista Salud Pública de México. 2005; 47 (3).
5. González JC, Restrepo GL, Martínez ME. Relación entre la red de apoyo y la percepción de la felicidad en comunidades de estrato 2. Documenta Clínica. 2000; 8.
6. Mejía D. Salud familiar para América Latina. Edición ASCOFAME; 1990.
7. Krauskopf D. Juventud en riesgo y violencia. Presentación elaborada para el programa "Sociedad sin Violencia". Seminario permanente sobre violencia programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en El Salvador Agosto; 2002.
8. Burt M. Por qué debemos invertir en adolescentes. Fundación Kellogs Documento OPS; 1998.
9. Maddaleno M, Morillo P. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Revista Salud pública de México. 2003; 45 (1).
10. Ministerio de Protección Social de Colombia. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años año 2000.
11. Carvajal G. Adolecer: la aventura de una metamorfosis. Editorial Tiresias. Noviembre de 1993. Santa fe de Bogotá.
12. Taylor RT. Medicina de Familia, cuarta edición, 1995, Springer-Verlag-Ibérica.
13. Ronderos J. Medicina familiar para el médico general. Fedicor. Primera edición 1994.
14. Iregui ML. Una mirada a las etapas del ser humano. Cuadernillo impreso en la Facultad de Medicina de la Escuela de Medicina Juan N Corpas en el 2002.
15. Francois L. ¿Para qué una identidad? o el embrollo de las identificaciones y su reorganización en la adolescencia. Psicoanálisis Ap de Ba. 2001; 23 (2).
16. Ingles C, Méndez FX, Hidalgo MD. Dificultades interpersonales en la adolescencia, ¿factor de riesgo o de fobia social? Revista de Psicopatología Clínica. 2001; 6(2).

17. Guerrero O. ¿Existe la crisis de la adolescencia? Acta pediátrica de México. 2003; 24 (1).
18. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia: encuesta nacional de demografía y salud 2005. Noviembre del 2005.
19. Sistema para vigilancia epidemiológica de sustancias psicoactivas "VESPA". Informe general 1999. Colombia.
20. Benedicto MC, Perpiña C. Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. Anales pediátricos 2003; 58 (3): 268-72.
21. Diener E, Diener C. Most people are happy. Psychological science. 1996; 7(3): 181-185.
22. Myers DG, Diener E. Who is happy? Psychological Science. 1995; 6(1): 10-19.
23. Mendizábal JA, Ansures B. La familia y el adolescente. Revista médica del Hospital General. 1999; 62 (3). México.
24. Herrera PM, González Benítez S e I. La crisis normativa de la adolescencia y su repercusión familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2002; (5).
25. Smilkstein G, Smilkstein G. The cycle of family functions. A conceptual model for family medicine. J. Fam. Pract. 1980; 11: 223.
26. Smilkstein G, Smilkstein G. Family APGAR analyzed. Fam Med. 1993; 25 (5): 293-4.
27. Liliana Arias L, Herrera JA. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica. 1994; 25 (1).
28. Herrera P. Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. Rev Cubana Pediatr. 1999; 71 (1): 39-42. ISSN 0034-7531.
29. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. Oxford University Press, 1999. www.oup.com
30. Falbo GH, Buzzetti R, Cattaneo A. El homicidio entre los niños y adolescentes: estudio de casos y controles en Recife (Brasil). Bulletin of the World Health Organization. 2001; 79 (1): 2-7.
31. Informe Nacional de desarrollo Humano para Colombia 2003. El conflicto, callejón con salida. Edición diciembre del 2003.
32. Brook DW, Brook JS, Rosen Z, De la Rosa M, Montoya ID, Whitman M. Early risk factors for violence in Colombian adolescents. Revista American Journal Psychiatry. 2003; 160: 1470-1478.
33. Jessor R. "Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action". Journal of Adolescence Health. Nueva York, 1991.
34. Munist M, Santos H, Kotliarenco MA, Suárez EN, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes Documento OPS septiembre de 1998.
35. Kotliarenco MA, Cáceres I, Marcelo Fonticella. Estado del arte en resiliencia. Documento OPS julio de 1997.
36. Frankel VE. El hombre en busca de sentido. Editorial Herder. Barcelona. Undécima edición 1989.
37. Weistein J. Riesgo psicosocial en jóvenes. PREALC, Chile 1992.

38. Krauskoph D. Conductas de riesgo en fase juvenil. Documento OPS presentado en Abril del 2002.
39. Bonilla R y colaboradores. Informe: situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia. Noviembre del 2004.
40. Jemmott JB, Jemmott LS, Fong GT. Abstinence and safer sex: A randomized trial of HIV sexual risk-reduction interventions for young African-American adolescents. *Jama* 1998; 279:1529-36.
41. Kerrigan D. Educación inter pares y VIH/SIDA conceptos usos y problemas. Documento ONUSIDA Ginebra Suiza 2000.
42. Sancil LA, Coffey CMN, Veit FCM, Carr-Greg M, Patton GS, G Bowes. Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomized controlled trial. *Revista BMJ*. 2000; 320 (January 22).
43. Mosquera J, Mateus JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH y SIDA, y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Revista Colombia Médica*. 2003; 34 (4).
44. Wight D, Raab GM, Henderson M, Abraham C, Buston K, Graham Hart, Scout S. Limits of teacher delivered sex education: interim behavioral outcomes from randomized trial. *BMJ* 2002; 324 (15 JUNE). bmj.com
45. Mejía IE. Dinámicas ritmos y significados de la sexualidad juvenil. Programa La Casa CESO. Universidad de los Andes Octubre del 2000.
46. Ortiz R, Anaya NI, Sepúlveda C, Torres SJ, Camacho PA. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. *Revista MED UNAB*. 2005; 8 (2).
47. Molero A, Muñoz JE. Psicofarmacología de la nicotina y de la conducta adictiva. *Revista Trastornos adictivos*. 2005; 7 (3).
48. Torres Y. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados. Resultados de la investigación sobre consumo realizada en los jóvenes de Antioquia en el 2003. CARISMA.
49. Souza y Machorro M, Quintilla BJ, Díaz Barriga. Etiopatogenia y psicopatología del consumo étílico infantojuvenil. *Revista Mexicana de Neurociencias* 2005; (3). 257-270.
50. González JC. Determinación de los factores de riesgo para la salud en una muestra de población de adolescentes en Bogotá y Sopó durante el año 2004. *Carta Comunitaria*. 2005: 72 (abril y mayo). Publicación interna de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N Corpas.
51. Serfaty E, Andrade J, D'Aquila H, Masaútis AE, Foglia L. Depresión grave y factores de riesgo en varones de la ciudad de Buenos Aires (1991). *Revista Argentina de clínica Neuropsiquiatría* volumen 12.
52. Lagarribel M, González P, Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*. 2000; 71 (3): 183-191.
53. Kaltiala R, Rimpelä M, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in finish adolescents: school survey. *BMJ* 1999; 319 (7).

54. Sinclair J, Green J. Understanding resolution of deliberate self harm: qualitative interview study of patients' experiences. *BMJ*. 2005; 330: 1112.
55. Castillo O. Intento de suicidio en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar *Archivos de Medicina familiar*. 2001; 3(2): 33-39
56. Franco S. Violencia y salud en Colombia. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 1997; 1(2).
57. Grisales H, Caicedo B, Serna C, Uribe D. Causas de mortalidad en jóvenes y su contribución al cambio en la esperanza de vida. Calí, 1989-1991. *Colombia Médica* 2005; 36 (2).
58. Zavaschi M, Benetti L, Polanczyk S, Bañón G et al. Adolescents exposed to physical violence in the community: a survey in Brazilian public schools. *Rev Panam Salud Pública*. 2002; 12 (5): p.327-332.
59. Díaz L, De la Peña F, Suárez J, Palacios L. Perspectiva actual de la violencia juvenil *Revista MedUnab*. 2004; 6 (20).
60. Nicholls D, Viner R. Eating disorders and weight problems. *BMJ* 2005; 330.
61. Ramírez AL, Moreno S, Yepes MM, Pérez GM, Aristizábal A, Posada C, Roldán L. Prevalencia de anorexia bulimia en mujeres adolescentes de Medellín.
<http://www.semana.com/imagesSemana/documentos/anorexiabulimiamed.doc>
62. Merino H, Godas A, Pombo MG. Alexitimia y características psicológicas asociadas a actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2002; 7 (1): 35-44.
63. Marin v. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev. chil. nutr.*, 2002; 29, (2): 86-91. ISSN 0717-7518
64. González JC, Álvarez AC. Diagnóstico biopsicosocial de 500 familias de la UPZ 71. Investigación elaborada para BAS en el año 2002.
65. Mantilla PX, Pelaez GS. Diagnóstico social situacional observatorio social de infancia y familia localidad de Suba. ICBF Febrero del 2002.
66. Página Web de la Secretaria de Educación Distrital de Bogotá.
67. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978;17:1151.
68. González JC. Relación del test de APGAR familiar entre los distintos integrantes de la familia, en una muestra por conveniencia de Bogotá. *Carta Comunitaria*. 2004; 64. ISSN 0123-1588
69. Mejía G. Propuesta de una estrategia que permita detectar abuso sexual en adolescentes. informe preliminar. *Acta Pediatr Mex* 2005; 26 (2): 90-95
70. Soto O, Franco A, Franco A, Silva J, Velásquez GA, Zúñiga. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad *Revista cubana de medicina integral*. 2003; 19 (6).
71. Mersy DJ. Recognition of alcohol and substance abuse. *American family physician*. 2003; 67 (7).

72. Mariño Ma. Del C, Gonzalez C, Andrade P, Medina Ma. E. Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Revista Salud Mental*, 01853325. 1998; 21 (1). Base de datos: MedicLatina. México.
73. Bonomo Y, Proimos J. Substance misuse: alcohol, tobacco, inhalants, and other drugs. *BMJ* 2005; 330 (2).
74. Viñas F, Ballabriga M^a CJ, Domènech E. Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. *Psicothema* 2000; 12 (4): 594-598
75. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ* 2005; 330 (16).
76. Haquin C, Larraguibel M, Cabezas J. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Rev. chil. pediatr* 2004; 75 (5): 425-433.
77. Díaz JL, de la Peña F, Suárez JA, Palacios L. Perspectiva actual de la violencia juvenil. *MedUNAB* 2004; 7:115-24].
78. Rueda GE y col. Validación del cuestionario Scoff para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados. *Atención Primaria* 2005.; 35 (2) 89-94.
79. Zamudio L, Rubiano B. La familia de hoy en Colombia. *Boletín de estadística sobre Hogar y familia*. Vol 1. Editorial Organización de los Estados Americanos. Diciembre de 1994.
80. Flórez B. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;18(6)
81. Cándido E, Méndez B, Guerra JM, y Rodríguez R. Conducta de riesgo en infecciones de transmisión sexual y embarazo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; 19(1)
82. Ogilvie D, Gruer L, Haw S. Young people's access to tobacco, alcohol, and other drugs. *BMJ* 2005;331;393-396
83. Cassola I, Pilatti A, Alderete A, Godoy JCs. Conductas de riesgo, expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Córdoba. *Revista Evaluar*. Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa. Facultad de Psicología 2005, n^o 5 (octubre) Universidad Nacional de Córdoba (Argentina).
84. Orgaz MP y col. Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas. *Atención Primaria* 2005; 36 (6).
85. Villatoro J y col. Encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México. Prevalencia y evolución. *Salud Mental*, 2005; (1).
86. Bryan C. Report shows strong sex differences in teenage health behavior. *BMJ* 2004; 328.
87. Centers for Disease Control. Cases of specified notifiable diseases. USA: *MMWR*, 1991.
88. Espinosa A, Anzures B. Suicidio, Homicidio y Drogadicción en niños y adolescentes. *Revista Medica del Hospital General de México*, 01851063, 1999; 62 (3).

89. Forteza C, García G, Sánchez A, Medina M, González MH. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 01853325, 1998; 21(3)
90. Chaux E. Buscando pistas para prevenir la violencia urbana en Colombia: conflictos y agresión entre niños y adolescentes. *Revista de Estudios Sociales* N: 21 Agosto del 2005.
91. Avery L. et al. Efficacy of a dating violence Prevention Program. *J Adol Health*, 21: 11-17, 1997.
92. Serfaty, E, Casanueva, E, Zavala, Mg *et al.* Violencia y Riesgos Asociados en Adolescentes. *Adolesc. Latinoam.* ISSN 1414-7130. 2002; 3 (1):0-0.
93. Dolan M. Doyle M. Violence risk prediction. Clinical and actuarie measures and the roll psychopatry cheklisty. *British Journal Psychiatry*. 2000; 177: 303-311.
94. Muñoz García JJ y col. Factores psicológicos de riesgo y protección para la conducta antisocial del adolescente. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33(6):366-373
95. Pritts Sara and Susman Jeffry. DIAGNOSIS OF EATING DISORDERS IN PRIMARY CARE American Family Physician Enero 15 del 2003. Vol 67, Number 2.
96. Tirado F. Barbancho F. Prieto Jesús INFLUENCIA DE LOS HABITOS TELEVISIVOS INFANTILES SOBRE ALIMENTACIÓN Y EL SOBREPESO *Rev Cubana de Enfermería* 2004:20(3)
97. Arias L, Ceballos J. No solo el amor te salva. Experiencia de intervención para abordaje de la salud sexual y reproductiva con adolescentes y jóvenes. Universidad del Valle 2003.
98. Catalano Richard F., Berglund Lisa, Ryan Jeanne A.M., Lonczak Heather S., Hawkins J. David. Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of *positive youth development programs* Social Development Research Group WWashington School of Social Work Seattle, Washington November 13, 1998.
99. Senderowitz Judith. A Review of program approaches to adolescent reproductive health Prepared for: In Cooperation with: U.S. Agency for International Development Population Technical Assistance Project Bureau for Global Programs. Poptech Assignment Number 2000.176 June 1, 2000.

ANEXO N° 1: LA ENCUESTA

ANEXO #1 ENCUESTA EMPLEADA PARA LA DETERMINACION DE RELACIONES ENTRE COMPORTAMIENTOS (CONDUCTAS) DE RIESGO PSICOSOCIAL Y LA FAMILIA EN LA POBLACION ADOLESCENTE ESCOLAR DE LOS COLEGIOS PÚBLICOS DE SUBA EN 2006.



"CONOCIÉNDOME A MÍ MISMO"

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS DE MANERA VOLUNTARIA (SOLO SI USTED QUIERE) Y MUY SINCERAS. BAJO NINGÚN MOTIVO SE TRATARÁ DE SABER QUIÉN LAS CONTESTA (SECRETO MÉDICO/PACIENTE). USTED DEBE LEERLAS CON CUIDADO Y MARCAR LA RESPUESTAS CON LAS QUE MÁS SE IDENTIFIQUE. SI ALGUNA LE PARECE CONFUSA MARQUE: "NO ENTIENDE LA PREGUNTA"

1	EDAD: (Años cumplidos)	2	SEXO: (Marque con X) M F	3	USTED ES EL HIJO(A) MAYOR: (Marque con X) SI NO	4	EN EL MOMENTO ACTUAL SE SIENTE: (Marque con X) 1. Feliz 2. Normal 3. Triste
5	ESTRATO DONDE QUEDA SU CASA: (Marque con X) 1 2 3 4 5 6	6 USTED VIVE CON: (Marque con X con quienes vive)		1. PAPÁ Y MAMÁ (CON O SIN HERMANOS) 2. FALTA UNO DE LOS PADRES 3. PAPÁ, MAMÁ Y OTROS (ABUELOS, TÍOS, SOBRINOS) 4. PADRASTRO Y/O MADRASTRA 5. HOGAR SIN PAPÁ Y MAMÁ (CON OTROS)			

"CÓMO SIENTE A SU FAMILIA": ESTA ENCUESTA LE SIRVE PARA SABER CÓMO ESTÁ SU RELACION CON LA FAMILIA EN ESTE MOMENTO (PORQUE CAMBIA DE MOMENTO A MOMENTO)

7	Está satisfecho con el apoyo que le brinda su familia:	0	Casi nunca	1	A veces (A)	2	Casi siempre (AA)	3	No entiende la pregunta
8	Está satisfecho en la forma como la familia le permite participar de las decisiones:	0	Casi nunca	1	A veces (A)	2	Casi siempre (AA)	3	No entiende la pregunta
9	Está satisfecho en la forma como la familia lo impulsa en sus proyectos	0	Casi nunca	1	A veces (A)	2	Casi siempre (AA)	3	No entiende la pregunta
10	Está satisfecho en la forma como su familia le brinda el afecto:	0	Casi nunca	1	A veces (A)	2	Casi siempre (AA)	3	No entiende la pregunta
11	Está satisfecho en la forma como comparte tiempo con su familia:	0	Casi nunca	1	A veces (A)	2	Casi siempre (AA)	3	No entiende la pregunta



¿Cómo está usted con su familia?



12	SUME LAS "A" DE CADA RESPUESTA	0	1	2	3
		DE 8 A 10 "A"	DE 5 A 7 "A"	DE 3 a 4 "A"	DE 0 a 2 "A"
		Familia sin problemas	Problemitas	Ojo: tienen problemas	Muchos problemas

Recuerde que esta apreciación cambia de acuerdo cambian las relaciones con la familia: hoy puede estar mal y mañana mejor (hicieron los paces)



ANEXO #1 ENCUESTA EMPLEADA PARA LA DETERMINACION DE RELACIONES ENTRE COMPORTAMIENTOS (CONDUCTAS) DE RIESGO PSICOSOCIAL Y LA FAMILIA EN LA POBLACION ADOLESCENTE ESCOLAR DE LOS COLEGIOS PÚBLICOS DE SUBA EN 2006. (CONTINUACION)

SOBRE SEXUALIDAD...											
13	Ha tenido relaciones sexuales:		0	a. Sí ha tenido (A)	1	b. No ha tenido (P)					
14	A qué edad tuvo su primera relación sexual:		0	a. Sí ha tenido	Edad:	(Menor de 15 años =AA)	1	b. No ha tenido			
15	La edad de su mamá cuando tuvo su primer hijo era:	0	a. De 13 a 15 años (A)	1	b. De 16 a 17 años (A)	2	c. De 18 a 19 años	3	d. Más de 20 años	4	e. No lo sabe
16	Le gustaría tener un hijo con su pareja en:		0	a. Los próximos 12 meses (A)	1	b. Le gustaría, pero aún no (P)	2	c. No lo ha pensado			
17	Ha recibido información acerca de planificación familiar		0	a. Sí ha recibido y siente que la entendió bien	1	b. Sí ha recibido, pero aún tiene dudas acerca de algunas áreas (A)	2	c. No ha recibido (AA)			
18	Qué edad tenía cuando recibió la información (y la entendió)		0	a. Sí la entendió	Edad:		1	c. No la entendió			
19	La información sobre planificación la recibió de:		x	a. Del Colegio	x	b. De sus padres	x	c. De sus amigos	x	d. Del médico o enfermera	
			x	e. Se informó por su cuenta	x	f. No ha recibido (A)					
20	¿Cree que sus padres aceptarían que use algún método de planificación?		0	a. Sí lo cree (P)	1	b. No lo cree (A)	2	c. No sabe			
21	Ha recibido castigos físicos (golpes) por parte de alguno de sus padres:		0	a. Los recibió antes. Ahora solo muy de vez en vez	1	b. Los recibe en la actualidad con frecuencia (A)	2	c. Muy de vez en vez	3	d. No lo castigan con golpes (P)	
			4	e. No entiende la pregunta							




ANEXO #1 ENCUESTA EMPLEADA PARA LA DETERMINACION DE RELACIONES ENTRE COMPORTAMIENTOS (CONDUCTAS) DE RIESGO PSICOSOCIAL Y LA FAMILIA EN LA POBLACION ADOLESCENTE ESCOLAR DE LOS COLEGIOS PUBLICOS DE SUBA EN 2006. (CONTINUACION)

22	Ha tenido relaciones sexuales sin querer:	0 a. Sí ha tenido (AA)	1 b. No ha tenido	2 c. No está seguro (A)		
23	Cree que si usa condón en una relación sexual, se protege contra el SIDA:	0 a. Sí lo cree y está seguro (P)	1 b. Sí lo cree, pero no está seguro (A)	2 c. No lo cree (A)	3 d. No sabe (A)	
24	Cuando tuvo su primera relación, usó algún método de planificación:	0 a. No ha tenido relaciones sexuales	1 b. Sí utilizó (P)	2 c. No utilizó (A)		
25	Qué método empleó:	0 a. No ha tenido relaciones sexuales	1 b. No usó ningún método de protección (AA)	2 c. Condón	3 d. Se "derramó por fuera" (A)	
		4 e. Pastilla	5 f. Inyección	6 g. Otros		
26	En cuál de las siguientes edades de la mujer, considera que existe menos riesgos para el embarazo y para el bebé:	0 a. De los 13 a 16 años (A)	1 b. De los 17 a 19 años	2 c. De 20 a 30 años (P)	3 d. De 31 a 35 años (A)	
		4 e. De 36 años en adelante	5 No sabe			
27	Del ciclo menstrual de la mujer, los días de mayor riesgo de embarazo (mayor probabilidad de quedar embarazada si tiene relaciones sexuales) son:	0 a. Del primer día de la menstruación al día 11 (A)	1 b. Del día 12 hasta el día 24 (P)	2 c. Del día 25 al día 28 (A)	3 No sabe (A)	
28	En el último año, ¿ha tenido usted más de una pareja con la que mantenga relaciones sexuales?	0 No ha tenido relaciones sexuales	1 Sí ha tenido relaciones con más de una pareja (A)	2 No ha tenido relaciones con más de una pareja		
 CLASIFIQUE SU RIESGO DE EMBARAZO NO DESEADO O DE ADQUIRIR UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL:						
SUME LAS "A" DE CADA RESPUESTA Y MIRE DONDE QUEDO CON EL RIESGO						
29		0	a. Si tiene entre 16 y 21 letras A: Pitas...es probable que tenga un "problema" por la vida sexual que lleva			
		1	b. Si tiene entre 10 y 15 letras A: Ojo! Tiene riesgos y debe tener cuidado			
		2	c. Si tiene entre 5 y 9 letras A: Piense más en su pareja y en lo que juntos quieren			
		3	d. Si tiene entre 1 y 4 letras A: Está iniciando su vida sexual, tenga cuidado y verá cómo le va de bien..			
		4	e. No supo cómo hacer las cuentas			
		5	f. No tiene letras A			



ANEXO #1 ENCUESTA EMPLEADA PARA LA DETERMINACION DE RELACIONES ENTRE COMPORTAMIENTOS (CONDUCTAS) DE RIESGO PSICOSOCIAL Y LA FAMILIA EN LA POBLACION ADOLESCENTE ESCOLAR DE LOS COLEGIOS PÚBLICOS DE SUBA EN 2006. (CONTINUACION)

SOBRE LAS ADICCIONES...						
30	Durante la última semana, ha bebido (cerveza u otras bebidas con alcohol), cuántas veces:	0 a. No ha bebido (P)	1 b. Una vez	2 c. Entre dos y tres veces (AA)	3 d. Entre cuatro y seis veces (AA)	4 e. Entre siete y más veces (AA)
31	¿Ha tenido dificultades porque consume drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o en su casa?	0 a. No consume drogas o bebe alcohol	1 b. Sí las ha tenido (A)	2 c. No las ha tenido		
32	¿Se ha hecho daño o le ha hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o las drogas?	0 a. No consume drogas ni bebe alcohol	1 b. Sí se ha hecho (o ha causado) (A)	2 c. No se ha hecho (o no ha causado)		
33	¿Ha comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que desea?	0 a. No consume drogas ni bebe alcohol	1 b. Sí ha aumentado (A)	2 c. No ha aumentado		
34	De las siguientes sustancias, cuál ha probado y cuándo lo hizo:					
	Cigarrillo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Edad cuando lo probó: _____		
	Alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Edad cuando lo probó: _____		
	Marihuana	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Edad cuando lo probó: _____		
	Cocaína	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Edad cuando lo probó: _____		
	Bazuco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Edad cuando lo probó: _____		
35	Alguno de sus padres "bebe" o consume drogas:	0 a. Sí con frecuencia (A)	1 b. Sí, pero muy de vez en vez	2 c. No (P)	3 d. No está seguro	
36	Alguno de sus amigos (con los que usted pasa mucho tiempo) "bebe" o consume drogas:	0 a. Sí con frecuencia (A)	1 b. Sí, pero muy de vez en vez	2 c. No (P)	3 d. No está seguro	
37	En la actualidad usted:	0 a. Fuma y le gusta (A)	1 b. Fuma y quisiera no fumar	2 c. No fuma		
38	En la actualidad usted:	0 a. Toma trago y le gusta (A)	1 b. Toma trago y quisiera no tomar	2 c. No toma trago		
 CLASIFIQUE SU RIESGO DE TENER PROBLEMAS CON DROGA Y ALCOHOL:						
SUME LAS "A" DE CADA RESPUESTA Y MIRE DÓNDE QUEDÓ CON EL RIESGO						
39		0 a. Si tiene entre 6 y 9 letras A: Pilas!...Es probable que tenga un "problema" de adicción				
1 b. Si tiene entre 3 y 5 letras A: Ojo!...Tiene riesgos de adicciones y debe tener cuidado						
2 c. Si tiene entre 1 y 2 letras A: Está probando el alcohol y las drogas... aléjese si puede						
3 d. No supo cómo hacer las cuentas						
4 e. No tuvo letras A						




ANEXO #1 ENCUESTA EMPLEADA PARA LA DETERMINACION DE RELACIONES ENTRE COMPORTAMIENTOS (CONDUCTAS) DE RIESGO PSICOSOCIAL Y LA FAMILIA EN LA POBLACION ADOLESCENTE ESCOLAR DE LOS COLEGIOS PÚBLICOS DE SUBA EN 2006. (CONTINUACION)

SOBRE DEPRE...					
40	Ha pensado en el suicidio alguna vez:	0 a. No lo ha pensado	1 b. Sí lo ha pensado, pero no lo haría (U)	2 c. Lo ha pensado y le gustaría hacerlo (UU)	
41	Si lo ha pensado y le gustaría hacerlo, ¿ha buscado ayuda?	0 a. No lo ha pensado (y no le gustaría hacerlo)	1 b. Sí ha buscado ayuda	2 c. No ha buscado ayuda (UU)	
42	Cómo se imagina que podría ser su futuro...	0 a. No se lo imagina	1 b. Cree que alcanzará lo que quiere (P)	2 c. No cree que alcanzará sus anhelos (U)	
43	¿En su familia existe alguien que padezca de depresión grave o haya intentado suicidarse?	0 a. Sí existe (U)	1 b. No existe	2 c. No está seguro	
 ATENCIÓN SI MARCA RESPUESTAS QUE SUMADA DEN MÁS DE 2 LETRAS U, CRÉANOS QUE A LO MEJOR PODEMOS AYUDARLO...¡ACUDA A NUESTRA CONSULTA!					
SOBRE VIOLENCIA...					
44	La última vez que fue golpeado por otra persona (padres, hermanos, otros jóvenes) fue:	0 a. Hace menos de una semana (AA)	1 b. Entre dos semanas y un mes (A)	2 c. Entre un mes y un año	3 d. No ha sido golpeado en el último año
45	La última vez que peleó usando la violencia física (golpeó y fue golpeado) fue:	0 a. Hace menos de una semana (AA)	1 b. Entre dos semanas y un mes (A)	2 c. Entre un mes y un año	3 d. No ha usado la violencia física en el último año
46	Lleva usted algún tipo de arma para defenderse:	0 a. Sí, la lleva casi siempre (AA)	1 b. A veces la lleva (A)	2 c. No lleva	
47	 Ahora sume las respuestas con A y vea cuántas tiene:	0 a. No tiene respuestas con A	1 b. Tiene entre una y dos A	2 Tiene más de dos A	3. No supo cómo hacer las cuentas
 ATENCIÓN SI MARCA RESPUESTAS QUE SUMADA DEN MÁS DE 2 LETRAS A, USTED VIVE BAJO AMBIENTE VIOLENTO...SI PUEDE, TRATE DE BUSCAR LA PAZ...					

ANEXO #1 ENCUESTA EMPLEADA PARA LA DETERMINACION DE RELACIONES ENTRE COMPORTAMIENTOS (CONDUCTAS) DE RIESGO PSICOSOCIAL Y LA FAMILIA EN LA POBLACION ADOLESCENTE ESCOLAR DE LOS COLEGIOS PÚBLICOS DE SUBA EN 2006. (CONTINUACION)

SOBRE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA...						
48	¿Usted se provoca el vómito porque se siente muy llena(o)?	0 a. Sí lo hace (A)	1 b. No lo hace			
49	¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?	0 a. Sí le preocupa (A)	1 No le preocupa			
50	¿Ha perdido más de 7 kilos en los últimos tres meses?	0 a. Sí los ha perdido (A)	1 No los ha perdido			
51	¿Cree que está gorda(o), aunque los demás le digan que está demasiado delgada(o)?	0 a. Sí lo cree (A)	1 No lo cree			
52	¿Usted diría que la comida domina su vida?	0 a. Sí lo diría (A)	1 b. No lo diría			
53	Ahora sume las respuestas con A y vea cuántas tiene:	0 a. No tiene respuestas con A	1 b. Tiene entre una y dos A	2	Tiene más de dos A	
 SI OBTUVO MÁS DE DOS RESPUESTAS CON A, LE RECOMENDAMOS QUE ASISTA A LA CONSULTA PUES TIENE PROBLEMAS CON LA COMIDA...						
SOBRE SU AUTOESTIMA...						
54	En conjunto...¿está satisfecho con lo que es usted y como piensa?	0 a. Muy satisfecho (P)	1 b. Más o menos satisfecho	2	Poco satisfecho (U)	3 Nada satisfecho (UU)
55	¿Le gustaría cambiar algunas partes de su cuerpo?	0 a. Muchas partes (UU)	1 b. Algunas partes (U)	2	c. Muy pocas partes	3 d. Ninguna parte
56	¿Muchos de sus compañeros dicen que usted es torpe en sus estudios?	0 a. Muchos lo dicen (U)	1 b. Algunos lo dicen	2	c. Muy pocos lo dicen	3 Ninguno lo dice
57	Cuente cuántas U obtuvo:	0 a. Entre una y tres U	1 b. Más de tres U	2	c. No obtuvo "U"	
 CLASIFIQUE SU NIVEL DE AUTOESTIMA: SUME LAS "U" DE CADA RESPUESTA Y MIRE DÓNDE QUEDÓ CON SU AUTOESTIMA 0 a. Si tiene entre 1 y 3 letras U: Usted está consolidando su autoestima 1 b. Si tiene más de tres letra U: Debe hacer un plan para aumentar la seguridad de sí mismo 2 c. Si no obtuvo ninguna "U": Usted está sobrado 3 d. No supo cómo hacer las cuentas						

SOBRE PROTECCIÓN...						
58	¿Se considera usted una persona religiosa?	0 a. Sí se considera (P)	1 b. No se considera			
59	¿Practica usted su religión?	0 a. Sí la practica (P)	1 b. A veces la practica	2	No la practica	

 ¿CUÁNTA PROTECCIÓN TIENE EN SU VIDA?						
60	 Vaya a las preguntas 13, 16, 20, 21, 26, 27, 30, 35, 36, 42, 54, 55, 58, 59 y observe si la respuesta que colocó tenía una (P). Ahora súmelas y díganos:					
	 0 a. Si tiene entre 11 y 15 respuestas con letra (P): Está re contra sobrado de protección...es muy probable que le vaya muy bien en la vida					
	1 b. Si tiene entre 5 y 10 respuestas con letra (P): Está bien...tiene protecciones					
	2 c. Si tiene entre 1 y 4 respuestas con letras (P): Tiene protecciones, pero...debe aumentarlas					
	3 d. No supo cómo hacer las cuentas					

RESULTADOS ESTADÍSTICOS

ANEXO N° 2: COMPORTAMIENTOS SEXUALES

ANEXO N° 2. 1. RAZON DE RIESGOS DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES (PRESENCIA DE RELACIONES SEXUALES) DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

CRITERIO	COMPARACION	HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES					
		N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI) IC95% (LS)
EDAD	De 13 a 16 años	1358	19,2	5723	80,8	4,1	3,4853 4,7076 (T)
	De 10 a 12 años	213	5,5	3636	94,5		
	De 17 a 19 años	485	49,8	488	50,2	17,0	14,0751 20,4495 (T)
	De 10 a 12 años	213	5,5	3636	94,5		
SEXO	MASCULINO	1266	21,6	4607	78,4	1,8	1,6541 2,0078 (T)
	FEMENINO	801	13,1	5312	86,9		
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	243	26,4	679	73,6	2,0	1,6578 2,3300 (T)
	FELIZ	606	15,4	3328	84,6		
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	875	18,7	3802	81,3	1,2	1,1195 1,3633 (T)
	COMPLETA	1060	15,7	5690	84,3		
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	221	20,5	855	79,5	1,3	1,0837 1,4808 (T)
	CONSANGUINEA	1856	16,9	9096	83,1		
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	282	31,2	622	68,8	2,7	2,2738 3,0968 (T)
	FUNCIONAL	1108	14,6	6485	85,4		

En torno a las relaciones estudiadas (ver tabla de riesgos relativos) la edad de 17 a 21 años es el principal riesgo encontrado (y muy importante por el OR de 17 y de 4.1 respectivamente). El tercer riesgo lo establece la funcionalidad familiar con un OR de 2,7. La percepción del ánimo y el género establece riesgos significativos pero moderados de 2.0 y 1.8 respectivamente). La estructura familiar provoca unos muy discretos riesgos (significativos pero muy pequeños).

ANEXO N° 2. 1.1. REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN "PRESENCIA DE RELACIONES SEXUALES" DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006

HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	3,83	3,25	4,52	0,0000
	(17A19/ 10A12)	14,87	12,10	18,26	0,0000
SEXO	Masculino/ Femenino	1,93	1,72	2,15	0,0000
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	0,99	0,88	1,12	0,9195
	Triste/ Felices	1,48	1,21	1,81	0,0002
FAMILIA	Incompleta/ Completa	1,13	1,00	1,27	0,0449
	Reconstituida/ Consanguinea	1,15	0,95	1,39	0,1613
	Disfuncion moderada/funcional	1,37	1,21	1,56	0,0000
	Disfuncion Severa/Funcional	2,03	1,69	2,43	0,0000

Casos incluidos: 10409

Como se observa, al "controlar" las variables de relación con la regresión logística:

- Las relaciones por la edad, género y ánimo se mantienen significativas.
- En torno a la familia, desaparece la significancia en los hogares reconstituidos. Las demás relaciones se mantienen.

ANEXO N° 2. 2. RAZON DE RIESGOS DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES (AUSENCIA DE PROTECCIÓN EN LA PRIMERA RELACIÓN) DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

CRITERIO	AUSENCIA DE PROTECCION EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL							
	COMPARACION	N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI)	IC95% (LS)
EDAD	De 13 a 16 años	1052	62,8	623	37,2	0,4	0,2817	0,4687 (T)
	De 10 a 12 años	395	82,3	85	17,7			
	De 17 a 19 años	320	62,5	192	37,5	0,4	0,2671	0,4816 (T)
	De 10 a 12 años	395	82,3	85	17,7			
SEXO	MASCULINO	1117	66,3	569	33,7	1,0	0,838	1,1671 (T)
	FEMENINO	665	66,5	335	33,5			
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	215	71,7	85	28,3	1,3	0,98	1,7463 (T)
	FELIZ	553	65,9	286	34,1			
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	731	65,7	381	34,3	1,0	0,8072	1,1256 (T)
	COMPLETA	940	66,8	467	33,2			
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	165	62,7	98	37,3	0,8	0,6443	1,0919 (T)
	CONSANGUINEA	1626	66,7	810	33,3			
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	224	67,9	106	32,1	1,2	0,9053	1,5075 (T)
	FUNCIONAL	928	64,4	513	35,6			

En torno a la ausencia de protección en la primera relación, el ser mayor de 10 a 12 años es factor protector significativo. Las relaciones de género, ánimo o familia no son significativas.

ANEXO N° 2. 2. 1. REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN "AUSENCIA DE PROTECCION EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL" DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006

AUSENCIA DE PROTECCION EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	0,39	0,29	0,51	0,0000
	(17A19/ 10A12)	0,35	0,26	0,49	0,0000
SEXO	Masculino/ Femenino	1,08	0,90	1,30	0,4224
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	1,03	0,84	1,25	0,79
	Triste/ Felices	1,27	0,92	1,75	0,1390
FAMILIA	Incompleta/ Completa	1,03	0,85	1,24	0,7673
	Reconstituida/ Consanguinea	0,87	0,64	1,20	0,3995
	Disfuncion moderada/funcional	1,11	0,91	1,36	0,3121
	Disfuncion Severa/Funcional	1,34	1,01	1,78	0,0451

Casos incluidos: 2276

Al controlar las variables a través de la regresión, únicamente se observa que la relación de disfunción familiar severa y funcional se vuelve significativa.

ANEXO N° 2.3. RAZON DE RIESGOS DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES (PRESENCIA DE RELACIONES SEXUALES SIN QUERER) DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

CRITERIO	PRESENCIA DE RELACIONES SEXUALES "SIN QUERER"						
	COMPARACION	N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI) IC95% (LS)
EDAD	De 13 a 16 años	404	6,1	6196	93,9	1,9	1,5127 2,2901 (T)
	De 10 a 12 años	121	3,4	3454	96,6		
	De 17 a 19 años	126	14,3	757	85,7	4,8	3,6577 6,1718 (T)
	De 10 a 12 años	121	3,4	3454	96,6		
SEXO	MASCULINO	486	9,1	4841	90,9	3,4	2,8052 4,0143 (T)
	FEMENINO	169	2,9	5649	97,1		
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	88	10,3	764	89,7	2,3	1,7548 2,9983 (T)
	FELIZ	175	4,8	3485	95,2		
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	284	6,5	4065	93,5	1,2	1,0446 1,4465 (T)
	COMPLETA	338	5,4	5947	94,6		
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	74	7,4	921	92,6	1,3	1,0274 1,6976 (T)
	CONSANGUINEA	584	5,7	9599	94,3		
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	85	10,4	732	89,6	2,4	1,8425 3,0379 (T)
	FUNCIONAL	334	4,7	6805	95,3		

Respecto a tener relaciones sexuales sin querer, una vez más la edad es la más importante relación (OR de 4.8 ente los jóvenes de 17 a 21 años comparada los de 10 a 12 años). Acá el ser hombre establece un OR importante al ser comparado con la mujer (3.4). La disfunción familiar (OR de 2.4) junto con el estado de tristeza (OR de 2.3) provocan medidas de relación significativas y moderadas. La estructura familiar alterada (ausencia de un padre o presencia de padres sustitutos) provoca relaciones de riesgo muy pequeñas aunque significativas.

ANEXO N° 2.3. 1. REGRESION LOGÍSTICA INCONDICIONAL EN
"PRESENCIA DE RELACIONES SEXUALES SIN QUERER" DE LOS
ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE
SUBA EN EL AÑO 2006

RELACIONES SEXUALES SIN QUERER		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	1,68	1,34	2,11	0,0000
	(17A19/ 10A12)	3,84	2,87	5,13	0,0000
SEXO	Masculino/ Femenino	3,67	3,01	4,47	0,0000
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	1,18	0,96	1,45	0,108
	Triste/ Felices	2,25	1,65	3,08	0,0000
FAMILIA	Incompleta/ Completa	1,05	0,87	1,26	0,6361
	Reconstituida/ Consanguinea	1,24	0,91	1,68	0,1669
	Disfuncion moderada/funcional	1,58	1,29	1,92	0,0000
	Disfuncion Severa/Funcional	2,00	1,51	2,65	0,0000

Casos incluidos: 9722

Al controlar las variables relacionadas:

- La significancia de la estructura y composición familiar desaparece.
- Existe tendencia al riesgo en torno a las edades (entre más edad, más riesgo).
- La percepción del ánimo evidencia que entre menos feliz, más riesgo.
- La disfunción familiar evidencia "tendencia" de riesgo (entre más disfunción más riesgo).

ANEXO N° 2.4. RAZON DE RIESGOS DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES (RELACIONES SEXUALES CON MÁS DE UNA PAREJA ULTIMO AÑO) DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

CRITERIO	RELACIONES SEXUALES CON MAS DE UNA PERSONA EN EL ULTIMO AÑO							
	COMPARACION	N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI)	IC95% (LS)
EDAD	De 13 a 16 años	309	4,5	6547	95,5	2,0	1,5744	2,5737 (T)
	De 10 a 12 años	83	2,3	3540	97,7			
	De 17 a 19 años	108	11,4	843	88,6	5,5	4,065	7,3449 (T)
	De 10 a 12 años	83	2,3	3540	97,7			
SEXO	MASCULINO	366	6,6	5220	93,4	2,8	2,328	3,4513 (T)
	FEMENINO	143	2,4	5781	97,6			
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	75	8,5	811	91,5	2,3	1,7116	3,0469 (T)
	FELIZ	147	3,9	3630	96,1			
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	222	5	4256	95	1,3	1,0918	1,5813 (T)
	COMPLETA	248	3,8	6247	96,2			
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	53	5,1	996	94,9	1,2	0,8734	1,5654 (T)
	CONSANGUINEA	457	4,4	10042	95,6			
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	64	7,2	829	92,8	2,1	1,5591	2,7437 (T)
	FUNCIONAL	262	3,6	7019	96,4			

Una vez más, la edad es la relación más importante con un OR de 5.5 al comparar los adolescentes de 10 a 12 años con los de 17 a 21 años. Ser hombre es el segundo OR con 2.8 y el estado de ánimo provoca la tercera relación de riesgo con un OR de 2.3. La disfunción familiar provoca un OR de 2.1 y en torno a la estructura familiar, la composición no provoca cambios significativos, en tanto que la condición nuclear incompleta si los provocó pero muy discretos (OR de 1.3).

ANEXO N° 2.4. 1. REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN "RELACIONES SEXUALES CON MAS DE UNA PAREJA ULTIMO AÑO" DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006

RELACIONES SEXUALES CON MAS DE UNA PAREJA ULTIMO AÑO		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	2,19	1,63	2,94	0,0000
	(17A19/ 10A12)	5,32	3,76	7,54	0,0000
SEXO	Masculino/ Femenino	3,02	2,41	3,78	0,0000
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	1,13	0,89	1,43	0,3246
	Triste/ Felices	2,44	1,72	3,46	0,0000
FAMILIA	Incompleta/ Completa	1,19	0,95	1,48	0,124
	Reconstituida/ Consanguinea	1,16	0,82	1,64	0,4111
	Disfuncion moderada/funcional	1,19	0,94	1,50	0,1577
	Disfuncion Severa/Funcional	1,46	1,05	2,03	0,0238

Casos incluidos: 10010

La regresión solo provoca la desaparición de significancia en la familia, con la variable nuclear completa vs. incompleta.

ANEXO N° 3: COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS

ANEXO N° 3.1. RAZON DE RIESGOS DE LOS COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS (HABER TOMADO LA ÚLTIMA SEMANA) DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

CRITERIO	HABER TOMADO LA ULTIMA SEMANA							
	COMPARACION	N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI)	IC95% (LS)
EDAD	De 13 a 16 años	2418	34,1	4664	65,9	2,01	1,836	2,2112 (T)
	De 10 a 12 años	775	20,5	3012	79,5			
	De 17 a 19 años	427	44,3	537	55,7	3,09	2,6609	3,5891 (T)
	De 10 a 12 años	775	20,5	3012	79,5			
SEXO	MASCULINO	1796	30,7	4061	69,3	1,0	0,9293	1,0859 (T)
	FEMENINO	1857	30,6	4218	69,4			
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	402	43,5	522	56,5	2,0	1,7042	2,2899 (T)
	FELIZ	1090	28	2796	72			
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	1499	32,1	3176	67,9	1,1	1,0424	1,2253 (T)
	COMPLETA	1972	29,5	4722	70,5			
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	368	34,2	708	65,8	1,2	1,048	1,3658 (T)
	CONSANGUINEA	3301	30,3	7598	69,7			
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	311	34,5	590	65,5	1,3	1,0895	1,4590 (T)
	FUNCIONAL	2215	29,5	5298	70,5			

En torno a tomar la última semana la edad una vez más es el principal factor relacionado con el consumo (a mayor edad más riesgo). La tristeza comparada con la felicidad presenta un OR de 2.0. No existe diferencia significativa en torno al género y muy pequeñas relaciones en torno a las relaciones derivadas de la familia.

ANEXO N° 3.1.1. REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN "HABER TOMADO LA ULTIMA SEMANA" DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006

HABER TOMADO LA ULTIMA SEMANA		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	1,92	1,74	2,13	0,0000
	(17A19/ 10A12)	2,92	2,48	3,43	0,0000
SEXO	Masculino/ Femenino	1,03	0,94	1,12	0,5560
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	1,08	0,99	1,19	0,093
	Triste/ Felices	1,72	1,45	2,03	0,0000
FAMILIA	Incompleta/ Completa	1,10	1,00	1,21	0,043
	Reconstituida/ Consanguinea	1,00	0,86	1,18	0,9636
	Disfuncion moderada/funcional	1,05	0,95	1,17	0,3097
	Disfuncion Severa/Funcional	0,97	0,82	1,14	0,7023

Casos incluidos: 10321

El análisis multivariado (regresión logística) evidenció:

- Una disminución de la relación de riesgo ente los jóvenes de 10 a 12 años con los de 17 a 21 años. Se mantiene la de 13 a 16 años con los de 10 a 12 años.
- Desaparece la significancia en torno a la familia reconstituida.
- Desaparece la significancia en torno a la funcionalidad familiar.

ANEXO N° 3.2. RAZON DE RIESGOS DE LOS COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS
(HABER TENIDO DIFICULTAD POR LA FORMA DE BEBER) DE LOS
ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN
EL AÑO 2006 (CONTINUACIÓN).

CRITERIO	HABER TENIDO DIFICULTADES POR LA FORMA DE BEBER							
	COMPARACION	N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI)	IC95% (LS)
EDAD	De 13 a 16 años	334	14,5	1968	85,5	1,08	0,8904	1,3141 (T)
	De 10 a 12 años	182	13,6	1160	86,4			
	De 17 a 19 años	38	12,1	276	87,9	0,88	0,6041	1,2748 (T)
	De 10 a 12 años	182	13,6	1160	86,4			
SEXO	MASCULINO	275	14,3	1654	85,7	1,0	0,8714	1,2461 (T)
	FEMENINO	284	13,8	1780	86,2			
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	47	14,1	286	85,9	0,9	0,6626	1,3166 (T)
	FELIZ	199	15	1131	85			
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	225	14,3	1353	85,7	1,0	0,8607	1,2472 (T)
	COMPLETA	308	13,8	1919	86,2			
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	55	14,8	316	85,2	1,1	0,7952	1,4530 (T)
	CONSANGUINEA	506	13,9	3125	86,1			
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	47	15,6	254	84,4	1,2	0,8555	1,6594 (T)
	FUNCIONAL	344	13,4	2215	86,6			

De los jóvenes que consumieron alcohol en la última semana, no se encontraron diferencias significativas en torno a haber tenido dificultades por la forma de beber, en las relaciones estudiadas.

ANEXO N° 3.2.1. REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN "HABER TENIDO DIFICULTADES POR LA FORMA DE BEBER" DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006

HABER TENIDO DIFICULTADES POR LA FORMA DE BEBER		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	1,08	0,87	1,33	0,4924
	(17A19/ 10A12)	0,80	0,53	1,20	0,2853
SEXO	Masculino/ Femenino	1,04	0,86	1,26	0,6814
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	0,87	0,70	1,07	0,177
	Triste/ Felices	0,85	0,58	1,26	0,4198
FAMILIA	Incompleta/ Completa	1,00	0,81	1,24	0,9858
	Reconstituida/ Consanguinea	1,06	0,74	1,51	0,7514
	Disfuncion moderada/funcional	1,16	0,92	1,46	0,2214
	Disfuncion Severa/Funcional	1,17	0,82	1,68	0,3893

Casos incluidos: 3469

La regresión no modifica los resultados previos de OR (no significancias).

ANEXO N° 3.3. RAZONES DE RIESGO DE LOS COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS (HABER O HABERSE HECHO DAÑO BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL) DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006 (CONTINUACIÓN).

CRITERIO		HABER O HABERSE CAUSADO DAÑO BAJO INFLUJO DE ALCOHOL							
	COMPARACION	N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI)	IC95% (LS)	
EDAD	De 13 a 16 años	208	10,6	1756	89,4	1,07	0,8348	1,3614 (T)	
	De 10 a 12 años	109	10	981	90				
	De 17 a 19 años	27	10,3	235	89,7	1,03	0,6628	1,6132 (T)	
	De 10 a 12 años	109	10	981	90				
SEXO	MASCULINO	178	11,1	1427	88,9	1,1	0,9068	1,4114 (T)	
	FEMENINO	173	9,9	1569	90,1				
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	26	9,3	255	90,7	0,8	0,4953	1,1999 (T)	
	FELIZ	132	11,7	998	88,3				
FAMILIA	NUCLEAR	INCOMPLETA	143	10,9	1166	89,1	1,1	0,8726	1,3814 (T)
		COMPLETA	189	10	1692	90			
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	RECONSTITUIDA	39	12,3	277	87,7	1,2	0,8628	1,7552 (T)
		CONSANGUINEA	312	10,3	2727	89,7			
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	DISFUNCION	24	10,6	202	89,4	1,0	0,646	1,5730 (T)
		FUNCIONAL	227	10,5	1926	89,5			

No se encontró diferencia significativa en los jóvenes que consumieron alcohol, respecto a haberse causado daño o causarlo, en las relaciones estudiadas (edad, sexo, ánimo y familia).

ANEXO N° 3.3.1. REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN (HABER O HABERSE HECHO DAÑO BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL) DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006

HABERSE HECHO O CAUSAR DAÑO BAJO INFLUJO DE ALCOHOL		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	1,14	0,87	1,50	0,3258
	(17A19/ 10A12)	1,20	0,75	1,92	0,4558
SEXO	Masculino/ Femenino	1,09	0,86	1,39	0,4746
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	0,84	0,65	1,08	0,1744
	Triste/ Felices	0,81	0,50	1,32	0,3989
FAMILIA	Incompleta/ Completa	1,10	0,84	1,43	0,4965
	Reconstituida/ Consanguinea	1,20	0,79	1,83	0,391
	Disfuncion moderada/funcional	0,96	0,72	1,29	0,7923
	Disfuncion Severa/Funcional	1,12	0,69	1,79	0,6518

Casos incluidos: 2928

El análisis mutivariado no modifica la ausencia de significancia previa.

ANEXO N° 3.4. RAZONES DE RIESGO DE LOS COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS (INCREMENTO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL) DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006 (CONTINUACIÓN).

CRITERIO	INCREMENTO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL							
	COMPARACION	N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI) IC95% (LS)	
EDAD	De 13 a 16 años	187	12,7	1284	87,3	0,93	0,7208 1,1951 (T)	
	De 10 a 12 años	110	13,6	701	86,4			
	De 17 a 19 años	32	17,2	154	82,8	1,32	0,8609 2,0368 (T)	
	De 10 a 12 años	110	13,6	701	86,4			
SEXO	MASCULINO	171	14,2	1035	85,8	1,1	0,893 1,4155 (T)	
	FEMENINO	164	12,8	1116	87,2			
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	33	16,2	171	83,8	1,3	0,827 1,9265 (T)	
	FELIZ	111	13,3	726	86,7			
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	139	14,2	839	85,8	1,1	0,8867 1,4285 (T)	
	COMPLETA	179	12,8	1216	87,2			
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	37	16,2	191	83,8	1,3	0,8805 1,8549 (T)	
	CONSANGUINEA	298	13,2	1966	86,8			
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	17	11,1	136	88,9	0,9	0,5277 1,5107 (T)	
	FUNCIONAL	196	12,3	1400	87,7			

No se encontró OR significativos en las relaciones estudiadas en torno a incrementar el consumo de alcohol en los jóvenes que han bebido.

ANEXO N° 3.4.1. REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN "INCREMENTO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL" DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

INCREMENTO EN LA FORMA DE BEBER		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	1,02	0,77	1,34	0,8984
	(17A19/ 10A12)	1,32	0,82	2,12	0,2588
SEXO	Masculino/ Femenino	1,05	0,82	1,35	0,7130
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	0,89	0,68	1,17	0,4069
	Triste/ Felices	1,12	0,69	1,80	0,6499
FAMILIA	Incompleta/ Completa	1,00	0,76	1,32	0,9913
	Reconstituida/ Consanguinea	1,37	0,89	2,12	0,1542
	Disfuncion moderada/funcional	1,42	1,07	1,88	0,0152
	Disfuncion Severa/Funcional	0,75	0,42	1,36	0,3458

Casos incluidos: 2192

La regresión logística (análisis multivariado) evidencia la aparición de significancia al comparar la disfunción moderada con la funcional.

ANEXO N° 3.5. RAZONES DE RIESGO DE LOS COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS (FUMA Y LE GUSTA) DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006 (CONTINUACIÓN).

CRITERIO	COMPARACION	FUMA Y LE GUSTA					
		N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI) IC95% (LS)
EDAD	De 13 a 16 años	579	41	832	59	0,92	0,7124 1,1892 (T)
	De 10 a 12 años	124	43,1	164	56,9		
	De 17 a 19 años	129	44	164	56	1,04	0,7494 1,4442 (T)
	De 10 a 12 años	124	43,1	164	56,9		
SEXO	MASCULINO	431	39,4	662	60,6	0,82	0,688 0,9817 (T)
	FEMENINO	408	44,2	515	55,8		
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	130	53,3	114	46,7	1,51	1,1133 2,0575 (T)
	FELIZ	217	43	288	57		
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	356	40,8	517	59,2	0,93	0,7769 1,1197 (T)
	COMPLETA	440	42,5	596	57,5		
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	89	37,6	148	62,4	0,82	0,6234 1,0896 (T)
	CONSANGUINEA	753	42,2	1032	57,8		
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	112	44,3	141	55,7	1,15	0,8707 1,5175 (T)
	FUNCIONAL	416	40,9	602	59,1		

De los jóvenes que afirman fumar, las únicas razones de riesgo significativas fueron las derivadas de ser varón (protector con OR de 0.82) y estar triste (OR de 1.51).

ANEXO Nº 3.5.1 REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN "FUMA Y LE GUSTA" DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

FUMA Y LE GUSTA		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	0,90	0,68	1,20	0,4657
	(17A19/ 10A12)	1,01	0,71	1,45	0,9563
SEXO	Masculino/ Femenino	0,83	0,68	1,01	0,0657
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	0,84	0,67	1,05	0,1247
	Triste/ Felices	1,65	1,17	2,33	0,0042
FAMILIA	Incompleta/ Completa	1,00	0,81	1,22	0,9647
	Reconstituida/ Consanguinea	0,76	0,55	1,06	0,1039
	Disfuncion moderada/funcional	0,96	0,78	1,19	0,7382
	Disfuncion Severa/Funcional	1,02	0,75	1,37	0,9146

La regresión deja en el límite el OR entre el hombre y la mujer y mantiene el atribuible a la relación entre tristes y felices.

ANEXO N° 3.6 RAZONES DE RIESGO DE LOS COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS (TOMA Y LE GUSTA) DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006 (CONTINUACIÓN).

CRITERIO	COMPARACION	TOMA Y LE GUSTA					
		N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI) IC95% (LS)
EDAD	De 13 a 16 años	1467	61,3	928	38,7	1,88	1,5396 2,2845 (T)
	De 10 a 12 años	220	45,7	261	54,3		
	De 17 a 19 años	337	67,5	162	32,5	2,47	1,904 3,1988 (T)
	De 10 a 12 años	220	45,7	261	54,3		
SEXO	MASCULINO	1074	59,2	740	40,8	0,9	0,8035 1,0574 (T)
	FEMENINO	981	61,2	623	38,8		
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	249	63,4	144	36,6	1,1	0,8494 1,3778 (T)
	FELIZ	609	61,5	381	38,5		
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	1092	60,6	711	39,4	0,9	0,7654 1,0149 (T)
	COMPLETA	823	57,5	608	42,5		
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	194	54,6	161	45,4	0,8	0,6253 0,9731 (T)
	CONSANGUINEA	1863	60,7	1206	39,3		
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	267	66,9	132	33,1	1,4	1,137 1,7964 (T)
	FUNCIONAL	1053	58,6	744	41,4		

En torno a tomar y que le guste se observa que la edad (ser mayor) presenta OR significativos (2.47 y 1.88). La percepción disfuncional de la familia presenta un discreto OR de 1.4 y la familia reconstituida una muy discreta relación de protección (OR de 0.8).

ANEXO N° 3.6.1 REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN "TOMA Y LE GUSTA" DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

TOMA Y LE GUSTA		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	1,74	1,40	2,15	0,0000
	(17A19/ 10A12)	2,09	1,59	2,76	0,0000
SEXO	Masculino/ Femenino	0,95	0,82	1,10	0,4787
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	0,84	0,71	1,00	0,0439
	Triste/ Felices	0,99	0,75	1,29	0,9133
FAMILIA	Incompleta/ Completa	0,90	0,77	1,05	0,1865
	Reconstituida/ Consanguinea	0,87	0,67	1,13	0,301
	Disfuncion moderada/funcional	1,05	0,89	1,24	0,5520
	Disfuncion Severa/Funcional	1,41	1,10	1,81	0,0063

Casos incluidos: 3023

La regresión mantiene la significancia por diferencias de edad, y deja en el límite de la significancia a la disfuncionalidad familiar.

ANEXO N°4: COMPORTAMIENTOS DEPRESIVOS

ANEXO N° 4.1. RAZON DE RIESGO DE LOS COMPORTAMIENTOS DEPRESIVOS (HABER PENSADO EN EL SUICIDIO) DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

CRITERIO	COMPARACION	HABER PENSADO EN EL SUICIDIO					
		N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI) IC95% (LS)
EDAD	De 13 a 16 años	2445	35,5	4439	64,5	1,0	0,9134 1,0778 (T)
	De 10 a 12 años	1354	35,7	2439	64,3		
	De 17 a 19 años	334	35,1	618	64,9	1,0	0,839 1,1297 (T)
	De 10 a 12 años	1354	35,7	2439	64,3		
SEXO	MASCULINO	2002	34,8	3752	65,2	0,9	0,8679 1,0098 (T)
	FEMENINO	2163	36,3	3795	63,7		
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	357	39,7	542	60,3	1,2	1,0564 1,4241 (T)
	FELIZ	1328	34,9	2473	65,1		
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	1633	35,5	2966	64,5	1,0	0,9223 1,0796 (T)
	COMPLETA	2340	35,6	4241	64,4		
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	398	37,6	660	62,4	1,1	0,9667 1,2551 (T)
	CONSANGUINEA	3784	35,4	6912	64,6		
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	300	34,9	560	65,1	1,0	0,8418 1,1320 (T)
	FUNCIONAL	2620	35,4	4774	64,6		

La única razón de riesgos (de las estudiadas) significativa encontrada en los jóvenes que han pensado en el suicidio fue la percepción de tristeza, pero fue muy discreta (OR de 1.2).

ANEXO N° 4.1.1. REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN "HABER PENSADO EN EL SUICIDIO" DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

HABER PENSADO EN EL SUICIDIO		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	0,98	0,90	1,07	0,6846
	(17A19/ 10A12)	0,94	0,80	1,10	0,4318
SEXO	Masculino/ Femenino	0,97	0,89	1,05	0,3959
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	1,03	0,94	1,13	0,5208
	Triste/ Felices	1,18	1,00	1,40	0,0483
FAMILIA	Incompleta/ Completa	0,96	0,88	1,05	0,3773
	Reconstituida/ Consanguinea	1,18	1,01	1,37	0,035
	Disfuncion moderada/funcional	1,09	0,99	1,20	0,0809
	Disfuncion Severa/Funcional	0,90	0,77	1,06	0,2036

Casos incluidos: 10143

La regresión mantiene las significancias en torno al ánimo y hace significativa la comparación entre familias reconstituidas y consanguíneas.

ANEXO N° 4.2. RAZON DE RIESGO DE LOS COMPORTAMIENTOS DEPRESIVOS (HABER PENSADO EN EL SUICIDIO Y QUERER HACERLO) DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006. (CONTINUACIÓN).

CRITERIO	HABERLO PENSADO Y PLANEAR COMO HACERLO							
	COMPARACION	N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI)	IC95% (LS)
EDAD	De 13 a 16 años	249	10,2	2196	89,8	0,9	0,7345	1,1278 (T)
	De 10 a 12 años	150	11,1	1204	88,9			
	De 17 a 19 años	42	12,6	292	87,4	1,2	0,8012	1,6636 (T)
	De 10 a 12 años	150	11,1	1204	88,9			
SEXO	MASCULINO	199	9,9	1803	90,1	0,9	0,7059	1,0480 (T)
	FEMENINO	246	11,4	1917	88,6			
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	46	12,9	311	87,1	1,2	0,8101	1,6409 (T)
	FELIZ	151	11,4	1177	88,6			
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	175	10,7	1458	89,3	1,0	0,8215	1,2368 (T)
	COMPLETA	249	10,6	2091	89,4			
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	40	10,1	358	89,9	0,9	0,66	1,3095 (T)
	CONSANGUINEA	406	10,7	3378	89,3			
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	33	11	267	89	1,1	0,7335	1,5777 (T)
	FUNCIONAL	270	10,3	2350	89,7			

En los jóvenes que han pensado en el suicidio, al preguntarles si lo han planeado, ninguna de las razones de riesgo estudiadas fue significativa.

ANEXO N° 4.2. 1. REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN "HABER PENSADO EN EL SUICIDIO Y QUERER HACERLO" DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

HABER PENSADO EN EL SUICIDIO Y QUERER HACERLO		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	0,96	0,76	1,21	0,7155
	(17A19/ 10A12)	1,12	0,74	1,68	0,5895
SEXO	Masculino/ Femenino	0,85	0,68	1,05	0,1326
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	0,94	0,74	1,19	0,6168
	Triste/ Felices	1,19	0,80	1,77	0,4037
FAMILIA	Incompleta/ Completa	0,98	0,78	1,24	0,8855
	Reconstituida/ Consanguinea	1,01	0,68	1,49	0,9612
	Disfuncion moderada/funcional	1,08	0,84	1,39	0,5365
	Disfuncion Severa/Funcional	1,01	0,66	1,54	0,9677

Casos incluidos: 3670

ANEXO N° 5: COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS

ANEXO N° 5.1. RAZON DE RIESGOS DE LOS COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS (HABER SIDO GOLPEADO EN EL ÚLTIMO AÑO) DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

CRITERIO	HABER SIDO GOLPEADO EN EL ULTIMO AÑO							
	COMPARACION	N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI)	IC95% (LS)
EDAD	De 13 a 16 años	2432	35,3	4459	64,7	1,6	1,4255	1,7059 (T)
	De 10 a 12 años	923	25,9	2639	74,1			
	De 17 a 19 años	315	32,4	656	67,6	1,4	1,1771	1,6013 (T)
	De 10 a 12 años	923	25,9	2639	74,1			
SEXO	MASCULINO	2062	36,6	3574	63,4	1,5	1,3744	1,6086 (T)
	FEMENINO	1639	28	4224	72			
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	446	50	446	50	2,9	2,5234	3,4112 (T)
	FELIZ	938	25,4	2752	74,6			
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	1531	33,8	2992	66,2	1,2	1,0773	1,2675 (T)
	COMPLETA	1964	30,5	4485	69,5			
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	369	35,5	671	64,5	1,2	1,0286	1,3433 (T)
	CONSANGUINEA	3346	31,9	7152	68,1			
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	520	59	362	41	4,2	3,6696	4,8966 (T)
	FUNCIONAL	1836	25,3	5418	74,7			

Si bien todas las razones de riesgo resultaron significativas, resaltan por su asociación la disfunción familiar (OR de 4.2) y la tristeza (OR de 2.9). Las demás son significativas pero muy discretas.

ANEXO N° 5.1.1. REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN "HABER SIDO GOLPEADO EN EL ÚLTIMO AÑO" DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

HABER SIDO GOLPEADO EN NEL ULTIMO AÑO		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	1,41	1,28	1,56	0,0000
	(17A19/ 10A12)	1,04	0,87	1,23	0,7000
SEXO	Masculino/ Femenino	1,65	1,51	1,80	0,0000
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	1,27	1,15	1,41	0
	Triste/ Felices	2,15	1,81	2,55	0,0000
FAMILIA	Incompleta/ Completa	1,06	0,97	1,17	0,2045
	Reconstituida/ Consanguinea	1,02	0,87	1,20	0,8014
	Disfuncion moderada/funcional	2,02	1,82	2,23	0,0000
	Disfuncion Severa/Funcional	4,06	3,46	4,75	0,0000

Casos incluidos: 10013

La regresión logística hace desaparecer la significancia entre los jóvenes de 17 a 21 años con los de 10 a 12 años. Se disminuye la relación entre la percepción de tristeza y felicidad, desaparece la significancia en torno a familias nucleares y reconstituidas y se mantienen la fuerte relación de la funcionalidad familiar.

ANEXO N° 5.2. RAZON DE RIESGOS DE LOS COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS (HABER GOLPEADO A ALGUIEN EN EL ÚLTIMO AÑO) DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

CRITERIO	COMPARACION	HABER GOLPEADO A ALGUIEN ULTIMO AÑO					
		N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI) IC95% (LS)
EDAD	De 13 a 16 años	2512	36,6	4346	63,4	1,7	1,5334 1,8360 (T)
	De 10 a 12 años	907	25,6	2633	74,4		
	De 17 a 19 años	356	36,7	615	63,3	1,7	1,4452 1,9539 (T)
	De 10 a 12 años	907	25,6	2633	74,4		
SEXO	MASCULINO	2405	43	3194	57	2,4	2,2093 2,5930 (T)
	FEMENINO	1399	23,9	4447	76,1		
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	414	46,7	473	53,3	2,2	1,9267 2,6023 (T)
	FELIZ	1030	28,1	2635	71,9		
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	1525	33,9	2976	66,1	1,1	0,9855 1,1585 (T)
	COMPLETA	2079	32,4	4335	67,6		
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	366	35,3	671	64,7	1,1	0,9679 1,2647 (T)
	CONSANGUINEA	3449	33	6996	67		
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	474	54	404	46	3,0	2,6372 3,5057 (T)
	FUNCIONAL	2010	27,8	5209	72,2		

Al igual que haber sido golpeado, los OR más notorios son los derivados de la disfunción familiar (OR de 3). En esta variable el ser de sexo masculino (OR de 2.4) establece una razón de riesgos mayor que la tristeza (OR de 2.2). Las demás relaciones provocan OR significativos.

ANEXO N° 5.2.1. REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN "HABER GOLPEADO A ALGUIEN EN EL ÚLTIMO AÑO" DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

HABER GOLPEADO A ALGUIEN EN EL ÚLTIMO AÑO		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	1,59	1,44	1,77	0,0000
	(17A19/ 10A12)	1,36	1,14	1,61	0,0005
SEXO	Masculino/ Femenino	2,66	2,44	2,92	0,0000
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	1,20	1,09	1,33	0,0002
	Triste/ Felices	1,93	1,62	2,30	0,0000
FAMILIA	Incompleta/ Completa	0,95	0,87	1,05	0,3201
	Reconstituida/ Consanguinea	1,08	0,92	1,27	0,357
	Disfuncion moderada/funcional	1,75	1,58	1,94	0,0000
	Disfuncion Severa/Funcional	3,09	2,64	3,63	0,0000

Casos incluidos: 9963

El análisis multivariado mantiene la significancia de las variables estudiadas (la única disminución pero manteniendo significancia estuvo en la comparación de 17 a 21 años con los de 10 a 12 años).

ANEXO N° 5.3. RAZONES DE RIESGO DE LOS COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS (LLEVAR UN ARMA PARA DEFENDERSE) DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

CRITERIO	LLEVA UN ARMA PARA DEFENDERSE							
	COMPARACION	N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI)	IC95% (LS)
EDAD	De 13 a 16 años	746	10,9	6122	89,1	2,5	2,1248	3,0076 (T)
	De 10 a 12 años	165	4,6	3423	95,4			
	De 17 a 19 años	137	14,1	836	85,9	3,4	2,6774	4,3168 (T)
	De 10 a 12 años	165	4,6	3423	95,4			
SEXO	MASCULINO	752	13,4	4864	86,6	2,8	2,4645	3,2510 (T)
	FEMENINO	305	5,2	5584	94,8			
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	141	15,9	744	84,1	2,4	1,9116	2,9573 (T)
	FELIZ	273	7,4	3425	92,6			
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	413	9,2	4097	90,8	1,0	0,8888	1,1578 (T)
	COMPLETA	584	9	5877	91			
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	99	9,5	940	90,5	1,0	0,8385	1,2953 (T)
	CONSANGUINEA	964	9,2	9539	90,8			
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	152	17,2	732	82,8	2,7	2,1945	3,2479 (T)
	FUNCIONAL	524	7,2	6737	92,8			

En esta variable, la edad se constituye en el OR más notorio (3.4 y 2.5). El ser hombre (OR de 2.8) esta en el mismo rango de la familia disfuncional (OR de 2.7) y cerca de la percepción de tristeza (OR 2.4).

ANEXO N° 5.3.1. REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN "LLEVAR UN ARMA PARA DEFENDERSE" DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

LLEVAR UN ARMA PARA DEFENDERSE		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	2,27	1,88	2,75	0,0000
	(17A19/ 10A12)	2,54	1,94	3,32	0,0000
SEXO	Masculino/ Femenino	3,06	2,63	3,57	0,0000
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	1,16	0,99	1,37	0,0705
	Triste/ Felices	1,96	1,51	2,53	0,0000
FAMILIA	Incompleta/ Completa	0,94	0,81	1,10	0,4612
	Reconstituida/ Consanguinea	1,07	0,82	1,38	0,6273
	Disfuncion moderada/funcional	1,51	1,28	1,77	0,0000
	Disfuncion Severa/Funcional	2,37	1,90	2,96	0,0000

Casos incluidos: 10013

El análisis de regresión logística no modifica las relaciones encontradas. Se observa tendencia del ánimo normal y triste al riesgo, así como de la disfunción moderada y severa.

ANEXO Nº 6: RIESGO DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE AUSENCIA DE PRÁCTICAS RELIGIOSAS

ANEXO Nº 6.1 RAZON DE RIESGOS DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA DE LOS ADOLESCENTES FEMENINOS DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

		RIESGO DE TCA					
	COMPARACION	N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI) IC95% (LS)
EDAD	De 13 a 16 años	1187	34,8	2228	65,2	1,44	1,2668 1,6357 (T)
	De 10 a 12 años	463	27	1251	73		
	De 17 a 19 años	130	32,6	269	67,4	1,31	1,0324 1,6516 (T)
	De 10 a 12 años	463	27	1251	73		
SEXO	MASCULINO						
	FEMENINO						
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	59	34,1	114	65,9	3,07	2,1324 4,4199 (T)
	FELIZ	132	14,4	783	85,6		
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	730	33,2	1466	66,8	1,09	0,9722 1,2284 (T)
	COMPLETA	966	31,3	2120	68,7		
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	232	42	320	58	1,59	1,3313 1,9052 (T)
	CONSANGUINEA	1571	31,3	3451	68,7		
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	257	50,2	255	49,8	2,79	2,3077 3,3679 (T)
	FUNCIONAL	915	26,6	2531	73,4		

Como se observa la disfunción familiar es el principal RR (aunque discreto con un RR de 1.89), estando muy cerca de la percepción de tristeza (RR de 1.86). La edad de 10 a 12 años es discretamente protectora, así como la familia reconstituida (RR de 0.74)

ANEXO Nº 6.1.1 REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN "RIESGO DE TCA EN MUJERES"
DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO
2006.

RIESGO DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	1,29	1,12	1,49	0,0005
	(17A19/ 10A12)	1,13	0,87	1,47	0,3431
SEXO	Masculino/ Femenino				
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	1,23	1,07	1,42	0,0036
	Triste/ Felices	2,07	1,66	2,58	0,0000
FAMILIA	Incompleta/ Completa	0,92	0,80	1,05	0,2289
	Reconstituida/ Consanguinea	1,45	1,16	1,80	0,0009
	Disfuncion moderada/funcional	1,66	1,43	1,91	0,0000
	Disfuncion Severa/Funcional	2,31	1,88	2,83	0,0000

Casos incluidos: 4875

En torno al riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria, en el análisis de regresión, la edad de 17 a 21 años comparada con la de 10 a 12 años, pierde la significancia. La percepción de tristeza disminuye su relación, (aunque persiste la significancia) y evidencia una tendencia. Existe una tendencia de riesgo en los hogares disfuncionales.

ANEXO Nº 6.2. RIESGOS RELATIVOS DE AUSENCIA DE PRACTICAS RELIGIOSAS DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

CRITERIO	COMPARACION	AUSENCIA DE PRACTICAS RELIGIOSAS						
		N= SI	%	N=NO	%	OR	IC95% (LI)	IC95% (LS)
EDAD	De 13 a 16 años	1141	39,4	1755	60,6	1,7	1,4937	1,9413 (T)
	De 10 a 12 años	457	27,6	1197	72,4			
	De 17 a 19 años	221	50,6	216	49,4	2,7	2,1586	3,3270 (T)
	De 10 a 12 años	457	27,6	1197	72,4			
SEXO	MASCULINO	955	39,3	1474	60,7	1,3	1,1332	1,4265 (T)
	FEMENINO	877	33,8	1721	66,2			
PERCEPCION DE ANIMO	TRISTE	180	45,5	216	54,5	1,8	1,4797	2,3081 (T)
	FELIZ	542	31,1	1202	68,9			
FAMILIA NUCLEAR	INCOMPLETA	759	39,7	1152	60,3	1,2	1,1086	1,4086 (T)
	COMPLETA	987	34,5	1872	65,5			
COMPOSICION	RECONSTITUIDA	186	43,2	245	56,8	1,3	1,1053	1,6484 (T)
	CONSANGUINEA	1662	36	2955	64			
FUNCIONALIDAD	DISFUNCION	217	55,2	176	44,8	2,9	2,3249	3,5568 (T)
	FUNCIONAL	969	30	2260	70			

En torno a la ausencia de prácticas religiosas en la vida cotidiana, se observa que entre más años, aumenta el riesgo. Los hombres tienen menos prácticas que las mujeres así como los tristes. Los jóvenes de familias incompletas, así como de familias reconstituidas, presentan un muy pequeño riesgo de ausencia de prácticas religiosas. Los jóvenes de hogares disfuncionales presentan un riesgo moderado (OR de 2.9).

ANEXO Nº 6.2.1. REGRESION LOGISTICA INCONDICIONAL EN "AUSENCIA DE PRACTICAS RELIGIOSAS" DE LOS ADOLESCENTES DE 12 COLEGIOS PÚBLICOS DE LA LOCALIDAD DE SUBA EN EL AÑO 2006.

AUSENCIA DE PRACTICAS RELIGIOSAS EN VIDA RUTINARIA		Odds Ratio	IC 95% LI	IC 95% LS	Valor p
EDAD	(13a16/ 10a12)	1,17	1,07	1,28	0,0008
	(17A19/ 10A12)	1,36	1,16	1,59	0,0002
SEXO	Masculino/ Femenino	1,27	1,17	1,38	0,0000
PERCEPCION ANIMO	Normales/ Felices	1,12	1,02	1,22	0,017
	Triste/ Felices	1,27	1,08	1,50	0,0049
FAMILIA	Incompleta/ Completa	1,04	0,95	1,13	0,4283
	Reconstituida/ Consanguinea	1,10	0,95	1,29	0,2057
	Disfuncion moderada/funcional	1,53	1,39	1,69	0,0000
	Disfuncion Severa/Funcional	1,68	1,44	1,96	0,0000

Casos incluidos: 9674

Los OR encontrados se mantienen en el análisis multivariado a excepción del derivado de la comparación de hogar nuclear completo vs. incompleto cuya significancia desapareció.