UCC UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA JESUITAS | Sistema de Bibliotecas

PRODUCCIÓN ACADÉMICA

García Aspitia, Federico Javier

Factores protectores y de riesgo de salud en adolescentes escolarizados de Laguna Larga, Córdoba: aportes para el diseño de políticas públicas de salud

Tesis para la Tesis para la obtención del título de posgrado de Especialista en Dirección de Organizaciones Públicas

Director: Murúa, César

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento- Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
Universidad Jesuita

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACIÓN EN DIRECCIÓN DE ORGANIZACIONES PÚBLICAS

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO DE SALUD EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LAGUNA LARGA, CÓRDOBA.

APORTES PARA EL DISEÑO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

AUTOR: GARCÍA ASPITIA, FEDERICO JAVIER
DIRECTOR: LIC: MURÚA, CESAR

Córdoba, 2020

Resumen

Institución: Instituto de Ciencias de la Administración. Universidad Católica de Córdoba.

Tema: Factores Protectores y de riesgo de salud en adolescentes escolarizados de Laguna Larga, Córdoba. Aportes para el diseño de Políticas Públicas en Salud

Autor: García Aspitia, Federico Javier.

Mail: federicogarciaint@gmail.com

Ciudad: Laguna Larga, Córdoba

Año: 2020

Resumen: La investigación de enfoque mixto (cuanti-cuali), de alcance descriptivo, tuvo por objetivo describir los factores protectores y de riesgo para la salud de estudiantes de 12 a 17 años, que asisten a establecimientos educativos de Laguna Larga, Córdoba.

Mediante un muestreo probabilístico, aleatorio, se seleccionó 366 estudiantes de ambos géneros, de cuatro secundarios locales, y se administró la Encuesta Mundial de Salud Escolar (OMS, 2003). El análisis de datos se efectuó mediante el programa SPSS, resguardando anonimato, confidencialidad de datos y uso no indebido de la información.

Los datos recabados mostraron la prevalencia de determinados factores de riesgos por género, grupo etario e institución escolar. En cambio, los factores protectores se hallan en para todos los estudiantes de la muestra, sin mayor distinción. La mala alimentación, el consumo de sustancias psicoactivas y el establecimiento de relaciones sexuales de manera negligente fueron los factores de riesgo sin distinción de criterios. La participación en conductas violentas y el riesgo de padecer lesiones graves encontró en varones de 12 a 14 años, de escuelas de la periferia, la máxima proporción. Al contrario, los varones de 15 a 17 años del colegio privado registraron los niveles más elevados de padecer una lesión seria; y los del colegio rural y de periferia, de frecuencia de acompañante de un conducto alcoholizado. Las adolescentes mujeres resultaron más vulnerables a sentimientos de tristeza, soledad y desesperanza, pensamiento e ideación suicida, en ambos grupos etarios en el cotejo con varones, más predominante en el grupo de 15 a 17 años; no obstante, la planeación suicida se vio en un número

considerable para ambos géneros, en esas edades. El ejercicio físico como factor protector se encontró para todo el grupo de adolescentes.

Palabras claves: Adolescencia – Factores de riesgo – Factores protectores – Salud pública – Políticas públicas-

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACIÓN EN DIRECCIÓN DE ORGANIZACIONES PÚBLICAS

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO DE SALUD EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LAGUNA LARGA, CÓRDOBA.

APORTES PARA EL DISEÑO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

AUTOR: GARCÍA ASPITIA, FEDERICO JAVIER
DIRECTOR: LIC: MURÚA, CESAR

Laguna Larga, Córdoba, 2020

Agradecimientos

A mis queridos padres Raquel y José que me enseñaron y me trasmitieron el verdadero significado de la unión familiar. Que con sus experiencias de vida supieron señalar el camino a seguir y a darme valores tan importantes como el esfuerzo, la dedicación y la responsabilidad en cada elección que haga de mi vida.

A mi familia: Paula, mi esposa, Amparo, Felipe y Luján, mis hijos, que son la motivación más importante que tengo para afrontar cada desafío que se me presenta.

A cada uno de los referentes locales, profesionales y directivos de los centros educativos de nivel medio de Laguna Larga, que permitieron y brindaron su espacio para realizar el trabajo de campo y aportaron visiones y conocimientos específicos necesarios para el análisis de los datos obtenidos.-

A mi director de tesis, Lic: César Murúa, por su seguimiento y acompañamiento, por su tiempo, su guía, y exigencia en la realización de este trabajo.-

Índice

Introducción 9

Justificación 11

Contextualización 12

Contextualización del trabajo de campo 13

Marco teórico 17

CAPÍTULO I. ADOLESCENCIA 17

Adolescencia: nociones generales 20
Etapas de la adolescencia 22

CAPÍTULO II. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA 26

Trastornos alimenticios 29
Conducta Sexual y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) 31
Conductas violentas y temerarias 32
Acoso escolar 34
Ideación e intento de suicidio 35
Factores protectores de la salud en adolescentes 37

CAPÍTULO III. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD 39

a) Reconocimiento de Derechos e igualdad ante la ley 42
b) Acceso equitativo a los Recursos de la Sociedad e Igualdad de Oportunidades 45
c) Acceso a una Calidad de Vida Estimada adecuada 48
d) Recursos para el logro de la autonomía y emancipación 51

Metodología 57

Diseño de investigación 57
Participantes 57
Instrumentos 58
Procedimientos 59
Consideraciones éticas 60
Análisis de datos 61

Resultados 62

Discusiones 95

Aportes 103

Propuesta 105

Bibliografía 107

Anexo 115

Tabla 1 115
Tabla 2 116
Tabla 3 116
Tabla 4 117
Tabla 5 117
Tabla 6 117
Tabla 7 118
Tabla 8 118
Tabla 9 120
Tabla 10 120
Tabla 11 122
Tabla 12 122
Tabla 13 124
Tabla 14 125
Tabla 15 127
Tabla 16 128
Tabla 17 128
Tabla 18 130
Tabla 19 130
Tabla 20 132
Tabla 21 132
Tabla 22 134
Tabla 23 134
Tabla 24 136
Tabla 25 137
Tabla 26 138
Tabla 27 139
Tabla 28 139
Tabla 29 140
Tabla 30 141
Tabla 31 142
Tabla 32 143
Tabla 33 143
Tabla 34 144
Tabla 35 144
Tabla 36 146
Tabla 37 146
Tabla 38 147
Tabla 39 148
Tabla 40 148
Tabla 41 149
Tabla 42 150
Tabla 43 152
Tabla 44 152
Tabla 45 153

Tabla 46 154
Tabla 47 155
Tabla 48 156
Tabla 49 y 50 156
Tabla 51 157
Tabla 52 158
Tabla 53 158
Tabla 54 158
Tabla 55 159
Tabla 56 160
Tabla 57 161
Tabla 58 161
Tabla 59 162
Tabla 60 163
Tabla 61 164
Tabla 62 y 63 164
Tabla 64 165
Tabla 65 166
Tabla 66 166
Tabla 67 167

Introducción

El presente trabajo de investigación tiene por objeto describir los factores protectores y de riesgo para la salud de los adolescentes escolarizados de Laguna Larga, Córdoba. Tiene por fin, realizar un diagnóstico global que dé cuenta de los principales factores que protegen y afectan a la salud de los adolescentes escolarizados de esta localidad, de cara a establecer prioridades para la planificación de una política pública de salud integral focalizada en este grupo poblacional.

En la actualidad, los organismos públicos locales no disponen mayor información sobre el grupo objeto de estudio, ni en bases epidemiológicas ni clínicas que den cuenta de su salud, por lo que es pertinente comenzar por la recolección y el análisis de la misma. En este sentido, la carencia de datos sobre los adolescentes configura uno de los mayores obstáculos para la promoción y atención de sus derechos. En efecto, no se trata sólo de recoger datos; también es imprescindible desagregarlos a un nivel más profundo y realizar un análisis crítico de los mismos.

Sobre esta línea de ideas, se piensa al diagnóstico como herramienta fundamental para poder conocer los factores de riesgos y de protección de salud que están presentes en los adolescentes de la comunidad. El diagnóstico de salud poblacional es una de las principales herramientas de investigación y de planificación sanitaria que la salud pública tiene para identificar las necesidades, problemas sociales, de salud, recursos y fortalezas de la población. En este sentido, permite indagar, identificar y jerarquizar los problemas comunitarios; el diagnóstico sirve, además, como base para que los miembros de la comunidad planifiquen colectivamente actividades que les permitan mejorar su situación actual (Arenas-Monreal, et al., 2019).

La adolescencia, dados los intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales, se presenta como una etapa de mayor vulnerabilidad a los riesgos de salud (Cardozo, 2005). En el marco de los cambios socio-culturales, de las crisis sociales y económicas, y el avance de los procesos tecnológicos, sumado a la diversidad de factores de riesgo ya conocidos en esta etapa, como el consumo de sustancias psicoactivas, las conductas violentas y las enfermedades de transmisión sexual, la presencia permanente de muchos de estos factores y nuevas dificultades en el tiempo,

condiciona además la emergencia de otras instancias perniciosas para la salud de los adolescentes, agravando aún más la situación para estos.

Por todo lo expuesto, se presenta como vía de investigación la siguiente pregunta: *¿Qué factores protectores y de riesgo para la salud prevalecen en adolescentes de 12 a 17 años, estudiantes de nivel medio de instituciones educativas de Laguna Larga, Córdoba?*

Atento a ello, se persiguieron los siguientes objetivos:

Objetivo general

- Describir los factores protectores y de riesgo en adolescentes de 12 a 17 años, estudiantes de instituciones educativas de Laguna Larga, Córdoba.

Objetivos específicos:

- Caracterizar aspectos socio-demográficos de estudiantes de 12 a 17 años en instituciones educativas de Laguna Larga, Córdoba.
- Indagar el estado nutricional, comportamiento alimenticio e higiene de estudiantes de 12 a 17 años, por género, edad e institución educativa de Laguna Larga, Córdoba.
- Analizar situaciones de violencia en estudiantes de 12 a 17 años, por género, edad e institución educativa de Laguna Larga, Córdoba.
- Analizar condiciones socio-sanitarias (salud, comportamiento sexual y consumo de sustancias psicoactivas) en estudiantes de 12 a 17 años, por género, edad e institución educativa de Laguna Larga, Córdoba.

Justificación

Justifican la realización de la investigación los siguientes puntos:

- En primer lugar, la carencia de investigaciones y antecedentes locales y/o regionales que den cuenta, en términos estadísticos o epidemiológicos de la situación de salud, en sus aspectos biológicos y psicosociales en este grupo social.

- La necesidad de contar con un diagnóstico situacional de la salud de los adolescentes, disgregado por género, edad y grupo escolar de pertenencia que dé cuenta de las circunstancias en las que se encuentra este colectivo y de la efectividad de las medidas sanitarias puestas en marcha en el marco de la Atención Primera a la Salud.

- Tener un panorama general de los principales factores de riesgo y protectores que inciden en el desarrollo armonioso de estos adolescentes, identificar las necesidades, problemas sociales, recursos y fortalezas de esta población.

- La necesidad de dar voz a los propios adolescentes, como protagonistas principales sobre aquellas instancias que los aquejan, que padecen, que disfrutan.

Contextualización

Para dar comienzo a este trabajo de investigación, se procede por efectuar la contextualización del lugar, del medio, así como también de las instituciones en el que se efectuó el estudio. Al tratarse de un estudio social, el contexto, sus atravesamientos, su trama se hallan íntimamente ligadas a la problemática que los aquejan, de ahí la necesidad de dar cuenta de las características que asume dicho espacio. Para autores de renombre como Cifuentes Gil (2014) el proceso de contextualización se construye a partir del posicionamiento en la institución, ámbito social o comunitario y práctica específica, que se describe y analiza para, entre otras cosas, dar cuenta de qué dice el espacio físico sobre los acontecimientos, las prácticas y puestas en escena, argumentar sobre el carácter de las y los actores, tiempos, lugares, acontecimientos que inciden en la realidad a indagar, describir la organización, estructura, textura y contextura del entorno en que se desarrolla la indagación, etc.

La caracterización y comprensión del contexto posibilita reconstruir y comunicar discursos sobre las prácticas y problemáticas sociales, comprenderlas como expresión de una situación y un momento histórico. Ahora bien, Bourdieu (2000) entiende por *contexto* al espacio en donde se produce el intercambio, se dan las apropiaciones y se determinan diversas visiones y lecturas del mundo, que median las variadas expresiones de identidad de las y los sujetos, y por lo tanto, sus percepciones y vivencias, las cuales están referidas a la vida cotidiana. Hablar de contexto es situarse en una heterogénea cantidad de hechos y situaciones que configuran la realidad, siendo algo más que un listado de problemas a enumerar, describir y medir. El contexto comprende el campo de la realidad que ha de reconocerse en la investigación y es allí, en donde se da una serie de articulaciones entre experiencias, conocimientos, visiones, información e intereses que llevan a mostrar con más claridad unos aspectos, dejando en la oscuridad a otros (Ghiso, 2000, en Cifuentes Gil, 2014).

En efecto, en las líneas siguientes se procederá a efectuar la contextualización que partirá de una breve descripción del pueblo de Laguna Larga, continuado por las características específicas que asume cada institución escolar, su composición social, con motivos de facilitar la comprensión de la realidad cotidiana que caracteriza las mismas.

Contextualización del trabajo de campo

La localidad de Laguna Larga está situada en el departamento Río Segundo, a 55 kilómetros de la ciudad de Córdoba. Dicha población está a la vera de la Ruta Nacional N° 9, y a 4 km de la Autopista Córdoba-Rosario. Su planta urbana tiene 150 hectáreas, en damero con una calle de servicio que divide en dos manzanas menores, con 225 manzanas. La Ruta Nacional N°9, paralela a las vías del NCA divide a la localidad en norte y sur de la ruta. Son dos sectores estructurados urbanísticamente. El norte tiene más actividad económica, el sur es básicamente residencial.

Fundada en 1869, fue anteriormente escenario de hechos históricos de gran relevancia nacional, como la batalla entre federales y unitarios, en 1930, cuando las fuerzas del General Paz y Quiroga se enfrentan en las cercanías de la Laguna *Cachicoya* (Laguna Larga, en su traducción), episodio que se dio de llamar *Batalla de Oncativo.* Actualmente cuenta con 7.437 habitantes, con un crecimiento leve a lo largo de los años (INDEC, 2010). La actividad económica principal de la región es la agricultura y la ganadería.

Todo el poblado cuenta con agua potable, servicio eléctrico, gas natural, alumbrado, e internet. No se efectuaron aún sistemas cloacales. Posee actualmente tres líneas de transporte de pasajeros, de gran asiduidad, conectan con la ciudad de Córdoba y Villa María, y zonas aledañas. La fluencia de pasajeros (mayormente estudiantes) es de gran caudal, dada la cercanía con la casa de altos estudios más vieja del país (Universidad Nacional de Córdoba).

Entre las instituciones ligadas el comercio e industria, se encuentran Empresas metal-mecánicas, fábricas mezcladoras y carretillas, fábrica de galpones y celdas de acopio, estructuras metálicas, Aberturas, Molinos harineros, Acopio de cereales, fábrica de calzados e insumos, fábrica de bombas de agua para automotores y camiones. Posee además un Museo Polifacético (Web de la Municipalidad de Laguna Larga, 2019).

En cuanto a servicios de radiodifusión, posee 5 emisoras locales de radio y un canal de televisión. Posee además, una cooperativa eléctrica, 3 clubes deportivos, e innumerables actividades culturales[1], y fiestas típicas.

En lo que respecta a las instituciones escolares, el poblado presenta (Web de la Municipalidad de Laguna Larga, 2019):

Guardería:

- Guardería Municipal El Patito Feo
  - Sala de 2 años: 29 niños
  - Sala de 3 años: 88 niños
  - Apoyo escolar: 60 niños

Nivel Inicial:

- Jardín de Infantes Bernardino Rivadavia: 85 alumnos
- Jardín de Infantes Anexo Bernardino Rivadavia: 50 alumnos
- Jardín de Infantes Narciso Laprida: 100 alumnos

Nivel Primario:

- Escuela Narciso Laprida (1902): centro educativo urbano, de jornada simple. La misma cuenta en la actualidad con 342 alumnos.
- Escuela Bernardino Rivadavia (1939): centro educativo urbano, de jornada simple. La misma cuenta en la actualidad con 266 alumnos.
- Escuela Catalina Rodríguez (2004): centro educativo urbano, de jornada simple, creado en 2004. La misma cuenta en la actualidad con 95 alumnos.
- Escuela Independencia (1922): centro educativo rural, de jornada simple. Cuenta en la actualidad con 4 alumnos de nivel inicial y primario.
- Escuela Manuel Belgrano: centro educativo rural, de jornada simple, creado en 1952. Cuenta en la actualidad, en nivel inicial y primario, con 27 alumnos.
- Centro Educativo Nivel Primario Adultos (1987): dirigido a jóvenes y adultos que no hayan concluido los estudios primarios. Actualmente asisten 20 personas.

[1] Para dar algunos ejemplos, algunas de las actividades culturales pueden visualizarse aquí: https://www.youtube.com/watch?v=-iBcSBuj7dc

Nivel Medio:

En cuanto a las instituciones educativas de nivel medio, el pueblo posee 4 en total. A continuación se realiza una breve descripción de cada una de ellas:

IPEM Nº 342: Dr. René Favaloro

Esta institución se encuentra ubicada en el barrio Arturo Illia, Laguna Larga. Es una institución de nivel medio del sector Público estatal de ámbito urbano. La población que la compone proviene de las inmediaciones del barrio, y que por tratarse de una gestión estatal no es arancelada. Se fundó en 2000, y su orientación es en Ciencias Naturales, especialidad en Salud y ambiente. Cuenta con dos divisiones para el caso del CBU, y con una para el Ciclo de Especialización.

Escudo de la institución.

IPEM Nº 342: Dr. René Favaloro Axeno Los Tres Árboles

Se trata de una institución anexa a la anterior, en zona rural. Se fundó en 1997 el nivel medio. Actualmente brinda la especialidad en Agro y ambiente. El número de estudiantes que asisten a la institución es reducido, por lo que se trata de un establecimiento chico también en lo que refiere a la estructura edilicia.

IPET Nº 397: Instituto Provincial de Educación Técnica

También ubicado en las inmediaciones del Barrio Illía, fue fundado en los últimos años, en 2009. Espacialmente se encuentra muy cercano al colegio IPEM. Sus estudiantes provienen también del mismo barrio. Se trata de un colegio provincial, de corte industrial, no arancelado, por lo que sus estudiantes reciben educación de manera gratuita. La orientación de la educación brindada es mecanización agropecuaria; actualmente cuenta con una sola división en ambos ciclos, en el turno mañana, en el que asisten estudiantes de ambos sexo.

Instituto Secundario General José María Paz

Fachada de la institución

Espacialmente, esta institución se encuentra ubicada en cercanía de la Municipalidad, frente de la plaza principal del pueblo, cercano a la iglesia (católica), (los tres poderes-capitales concentrados geográficamente: poder político, religioso, y académico). Es la institución de nivel medio más antigua y de más prestigio social, cultura y académico del pueblo y alrededores. En cuanto al tipo de gestión, se trata de una institución semi-privada, es decir en sus estamentos legales se rige por DIPE (Dirección General de Enseñanza Privada), pero la bonificación de sueldo de las autoridades y de los docentes, se recibe de la provincia. Cabe mencionar, que además se cobra una cuota a los estudiantes, para mantenimiento edilicio (infraestructura, utilería, recursos, etc.) y pago al personal de maestranza.

Datos sobre matrícula:

- En el Ciclo Básico Unificado (C.B.U.), cuenta con tres divisiones (A, B y C). Todas turno tarde (sin opción de turno). En el cuadro de doble entrada siguiente se aprecia la cantidad de estudiantes por año y división

Logotipo de la institución

- En el Ciclo de Especialización (C.E.), posee dos orientaciones. Ambas turno mañana (sin opción de turno). En el cuadro de doble entrada siguiente se aprecia la cantidad de estudiantes según orientación, año y división.

La población total de la institución, se estima en 380 estudiantes aproximadamente.

Marco teórico

CAPÍTULO I. ADOLESCENCIA

"Hay que morir a la infancia, para renacer en la adultez.
Eso es la adolescencia"

Fernández Moujan.

Para dar comienzo al desarrollo de este trabajo de investigación, se cree pertinente expresar algunas palabras previas en torno a la adolescencia y juventudes, su campo de investigación y los diferentes aportes dados en los últimos tiempos desde diversas vertientes teóricas, con motivo de profundizar en vías de análisis e interpretación. Como indica Dávila León (2004) el campo de estudio y conceptualizaciones en torno a las nociones de adolescencia y juventud ha tenido un desarrollo notable, sobre todo en las últimas décadas, tanto desde el punto de vista analítico, como a su vez desde la perspectiva de desplegar determinadas acciones consideradas como de política pública que vayan encaminadas al fenómeno, desarrollo, protección y promoción de diversas condiciones sociales en las cuales se insertan los diferentes conjunto de adolescentes y jóvenes.

Desde este marco y en acuerdo con el autor, se adopta de idea –más como una necesidad- el pluralizar al momento de hacer referencia a estos colectivos sociales, es decir de hablar y concebir diferentes *adolescencias* y *juventudes*, en un amplio sentido de la heterogeneidad que se puedan presentar entre adolescentes y jóvenes. Esto cobra sentido, desde el momento que se considera a la adolescencia, en tanto categoría, como una construcción socio-histórica, cultural y relacional en las sociedades contemporáneas, donde los esfuerzos en la investigación social en general, y en los estudio de adolescencia y juventud en particular, han estado centrados en dar cuenta de la etapa que media entre la infancia y la adultez, las que a su vez, también se constituyen en categorías fruto de construcciones y significaciones sociales en contextos históricos y sociedades determinadas, en un proceso de permanente cambio y resignificaciones (Dávila León, 2004).

En este sentido, se destacan los importantes avances en el campo de la investigación de adolescencias y juventudes en el tiempo actual, que intentan por otra parte, delimitar las dimensiones y variables que pueden aportar mayores claridades al análisis y sus eventuales impactos en el diseño y definición de políticas hacia estos sujetos sociales. En efecto, la multiplicidad de abordajes disciplinarios en la comprensión del fenómeno que aquí nos ocupa, se encausa por vía de estrategias y métodos de investigación social que hoy en día se encuentran en fuerte debate, pero que reconocen en los abordajes cualitativos, sin menospreciar por ello los grandes aportes de los cuantitativos y mixtos, el crédito de haber ampliado el marco comprensivo desde el propio sujeto y sus entornos sociales, cercanos o lejanos, lo que ha llevado a una *toma de ubicación*, en palabras del autor citado supra, diferente y que puede adentrarse con mayor profundidad analítica en las cotidianeidades adolescentes y juveniles, y desde allí interlocutar e interpelar a los contextos y estructuras sociales, como también a las instituciones sociales.

Desde unas décadas a esta parte, los textos, los escritos y estudios sobre adolescencias se definía como una franja etaria de vida, entre aproximadamente los doce y los dieciocho años. En cambio para Bourdieu (2002, p. 25):

> "*...las divisiones entre las edades son arbitrarias, [...] no se sabe a qué edad empieza la vejez, igual que no se sabe dónde empieza la riqueza. De hecho la frontera entre juventud y vejez en todas las sociedades es objeto de lucha [...] la representación ideológica de la lucha entre jóvenes y viejos otorga a los más jóvenes ciertas cosas que hacen que dejen a cambio otras muchas a los más viejos [...] Esta estructura, que existe en otros casos (como las relaciones entre los sexos) recuerda que en la división lógica entre jóvenes y viejos está la cuestión del poder, de la división en el sentido de repartición de los poderes. Las clasificaciones por edad (y también por sexo o, claro, por clase...) vienen a ser siempre una forma de imponer un límite, de producir un orden en el cual cada quien debe mantenerse, donde cada quien debe ocupar su lugar...*"

En ese ensayo el problema de la juventud se presenta en el contexto de las luchas sociales porque ser o no ser joven implica la posibilidad del acceso a distintas posiciones (Borioli, 2012). Además, se establecen algunas precisiones con respecto a los significados, usos y sentidos de la palabra "juventud", con respecto a la cual existen, por lo menos:

- Una acepción biológica según la cual aunque la edad es un dato biológico, es manipulado y manipulable socialmente;
- Una acepción cultural, según la cual se fabrica un cierto modo de organización en torno al mercado escolar v laboral;
- Una acepción sociológica, que señala un límite de edad con relación a prácticas culturales específicas.

En esta línea, se torna necesaria, como se dijo supra, la idea de pensar en adolescencias: el grupo de jóvenes se segmenta según sus consumos culturales, sus lenguajes y hasta sus cuerpos diferentes. Por eso plantea Barrón (2005, p. 23) que *"no podemos hablar de una sino de varias adolescencias cruzadas por variables históricas, económicas, sociales, culturales, etarias, de género"*. De ahí que múltiples y complejas estrategias de exclusión regulen los circuitos jóvenes con significados, dinámicas y territorios que les son propios. Esos agrupamientos y esas diferencias promueven a veces conflictos sectoriales en los boliches, en las escuelas y en los barrios, poniendo de manifiesto la fricción entre unos y otros grupos, entre los sujetos y el sistema, entre los jóvenes y los mandatos sociales.

Una clara manifestación de esta pluralidad, de esta imposibilidad de hablar hoy de adolescencias está dada por los medios, la geografía social, la arquitectura, y el urbanismo, que han desarrollado en las últimas décadas reflexiones que cuestionan algunos supuestos antes consolidados y contribuyen a pensar la adolescencia como categoría en redefinición. Así, desde los medios por ejemplo, hay avisos comerciales que visibilizan unos jóvenes ganadores y felices, plenos y sonrientes, sanos y esbeltos, ligados al consumo de cierta vestimenta o de cierta bebida, usuarios de ciertas playas y practicantes de ciertos deportes; jóvenes confiables y exitosos que se yerguen como ideales a alcanzar. Y por otra parte, el discurso periodístico alimenta el prejuicio de la portación de rostro, el riesgo de los motochorros, la narrativa de la exclusión y la heterofobia. En igual sentido, desde la geografía social y urbanismo, el crecimiento de las ciudades, el abandono del campo por parte de grandes masas que buscan trabajo en las metrópolis y la emergencia de nuevas configuraciones edilicio-urbanísticas tales como los barrios cerrados, los “countries”, y las villas relocalizadas generan nuevos estilos de vida, nuevos modos

de habitar la ciudad, nuevos modos de ser. Este proceso, iniciado en los 90 incrementó fuertemente las desigualdades sociales y la inseguridad ciudadana, a tal punto que se habla de una "sociedad de riesgo" (Beck, 2002). El peligro en las calles, el miedo, la despacificación, la percepción del otro como amenaza sólo porque es diferente instituyen unos sujetos desconfiados, vulnerables, narcisistas, que a menudo restringen su territorio para evitar riesgos y eligen espacios cerrados (en Borioli, 2012).

Desde este marco amplio, a continuación se problematiza la noción de adolescencia, desde los distintas corrientes y posturas, con la idea de avanzar en un marco analítico que aporte en la dirección de una mejor comprensión de la adolescencia y de los adolescentes, su condiciones de existencia y vivencia, de cara a pensar acciones sobre políticas públicas específicas orientadas a tal fin.

Adolescencia: nociones generales

Los conceptos de adolescencia y juventud corresponden a una construcción social, histórica, cultural y relacional, que a través de las diferentes épocas y procesos históricos y sociales han ido adquiriendo denotaciones y delimitaciones diferentes. Disciplinariamente se le ha atribuido y endosado la responsabilidad analítica de la adolescencia a la Psicología, en la perspectiva de un análisis y delimitación partiendo por el sujeto particular y sus procesos y transformaciones como sujeto; dejando a otras disciplinas de las ciencias sociales -y también las humanidades- la categoría de juventud, en especial a la sociología, antropología cultural y social, historia, educación, estudios culturales, comunicación, entre otros (Bajoit, 2003, en Dávila León, 2004).

En la actualidad, los diferentes autores en la materia analizan a la adolescencia como un fenómeno multi-determinado por factores que van, desde lo biológico hasta lo macrosocial, que se inserta en un espacio y tiempo histórico y en una determinada cultura. Esto significa que la adolescencia no puede describirse sólo como un proceso biológico determinado por el embate hormonal, sino que se constituye como un periodo decisivo del ciclo vital, en el que se alcanza entre otros aspectos, la autonomía psicológica y la inserción en el mundo social (Cardozo, 2014).

Desde una definición técnica, la adolescencia es una etapa de la vida humana caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales. Generalmente, se la ha considerado como la etapa comprendida entre los 11 o 12 años, hasta los 19 o 20 de edad, no obstante ni su comienzo ni su fin está establecido de manera definida, sino que varía de una sociedad a otra, de un tiempo atrás a esta parte (Breinbauer & Maddaleno, 2008). Los cambios que tienen lugar en este proceso no están determinados cronológicamente, sino que se realizan de modo particular en cada sujeto. La OMS (2019) entiende a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. Para esta entidad, se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos; que marcan el comienzo de la pubertad y el pasaje de la niñez a la adolescencia. Estos determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos.

En un sentido etimológico, el término 'adolescente' –del latín *adulelescens,* del verbo *adolescere*- significa crecer, hace referencia al paso de un estado al otro, al desprendimiento que lleva al ser humano a la madurez (Corominas, 1994). Desde una perspectiva psicológica, autores como Yuni & Urbano (2001) señalan que el "hito" fundamental de la adolescencia está centrado en el logro de una identidad personal y social; la primera de estas, supone la síntesis e integración de las autodefiniciones que el sujeto tiene de sí mismo, es decir la forma en que se define, se describe e interpreta en tanto ser único y particular. La identidad permite tener conciencia plena de quién es uno y a dónde pertenece. Sin embargo, la identidad personal se construye en el inter-juego e inter-acción que se produce entre el autoreconocimiento y el hetero-reconocimiento. Además de todo lo escrito hasta aquí, las transformaciones substanciales no sólo se producen al interior del aparato psíquico y la personalidad del sujeto, conjuntamente a la definición de la identidad se lleva a cabo la elaboración de un proyecto de vida, la elección de pareja y de una profesión o trabajo, lo cual exige al joven la puesta en marcha de recursos que hagan posible enfrentar tan diversas cuestiones (Yuni & Urbano, 2001). Estas instancias son posibles, gracias al desarrollo cerebral que

caracteriza esta etapa, y con ello, la capacidad cognitiva, el desarrollo del pensamiento crítico, el despertar de la madurez y conciencia sexual, la aparición de nuevas habilidades, capacidades y aptitudes. De esta manera, el adolescente se verá atravesado por crecientes oportunidades, capacidades, aspiraciones, energía y creatividad, pero también por vulnerabilidades particulares del momento de su desarrollo (UNICEF, 2017).

Etapas de la adolescencia

Los estudiosos de la adolescencia, a los fines de dar cuenta los procesos que acontecían al interior de la misma, han propuestos diversas clasificaciones de este grupo en función de sus ciencias, de sus abordajes y utilidades, en ocasiones no llegando a un acuerdo en las delimitaciones y caracterizaciones de cada una de ellas. Sin embargo, existen tres características universales del desarrollo de los adolescentes, que no ocurren en un momento determinado, por lo que la separación entra la niñez y la adolescencia se produce paulatinamente a lo largo de la secuencia del periodo de la adolescencia, estos son (Breinbauer & Maddaleno, 2008):

- El comienzo de la pubertad;
- Aparición de habilidades cognitivas más desarrolladas;
- La transición a nuevas funciones en la sociedad.

Sin excepción, todos los adolescentes en cada sociedad pasan por estas tres etapas (Hill, 1983). Los cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales concurrentes también se torna más complejos a medida que el adolescente se desplaza de una etapa de desarrollo a otra (en Breinbauer & Maddaleno, 2008). Al respecto, tradicionalmente el desarrollo de la adolescencia se ha divido en tres categorías principales: adolescencia inicial, adolescencia media y adolescencia tardía, sin una visión clara sobre cuándo se comienza y cuándo se terminan. Pese a los renovados esfuerzos por dar con un abordaje teórico que contemple todos los elementos y aspectos que caracterizan este periodo, los investigadores continúan sin poder formular una teoría que dé cuenta de la persona en su totalidad. En la consecución de tal objetivo, los últimos aportes de la OPS, se sintetizan en un nuevo enfoque o modelo que clasifica las etapas de la adolescencia, de manera progresiva, y atravesada por distintas dimensiones, entre las que se nombran: el desarrollo corporal, cerebral, sexual, emocional y social.

Etapas / Dimensiones	**Pre-adolescencia** **9 a 12 años (mujeres)** **10 a 13 años (varones)**	**Adolescencia inicial** **12 a 14 años (Mujeres).** **13 a 15 años (Varón)**	**Adolescencia media** **14 a 16 años (mujeres)** **15 a 17 años (varones)**	**Adolescencia tardía** **16 a 18 años (mujeres)** **17 a 18 años (varones)**
Desarrollo corporal	Empieza el crecimiento rápido y el cuerpo adquiere gradualmente las características sexuales secundarias. Hay incremento y redistribución de la grasa y del peso corporal para reflejar las características sexuales secundarias. Hay un aumento paulatino de la búsqueda de sensaciones.	En mujeres aparece la menstruación (edad media 12,4 años) y en los varones, la eyaculación (edad media: 13,4). Hay un rápido crecimiento importante y un notable incremento de la búsqueda de sensaciones, particularmente entre los varones.	El cuerpo sigue creciendo y cambiando. La necesidad de búsqueda de sensaciones alcanza su punto máximo al final de la adolescencia inicial y al comienzo de la adolescencia media.	El cuerpo está terminando el periodo de crecimiento y cambios, particularmente en las mujeres. La búsqueda de sensaciones comienza una lenta disminución.
Desarrollo sexual	Se exploran con más profundidad las diferencias entre las funciones femeninas y masculinas, en comparación con los años anteriores. Para las mujeres, la androginia es una alternativa viable a la femenidad exclusiva, mientras	La excitación se incrementa al igual que la necesidad de masturbación. Desarrollo de la orientación, la preferencia y la exploración sexual con otra persona durante este período, donde algunas veces surgen sentimientos homosexuales	Se adquiere más experiencia en las citas y en las relaciones sexuales de experimentación. Los patrones de conducta sociosexual se tornan más íntimos.	Los patrones de conducta sociosexual siguen evolucionando hacia el coito.

	que para los varones, la masculinidad exclusiva todavía sigue siendo la alternativa que es más esperada en el medio social.	confusos.		
Desarrollo emocional	Se produce un incremento gradual de la autoconciencia con variaciones de la autoestima y aumento en los sentimientos de vergüenza. Aflora la necesidad de tener más privacidad, individualización y autonomía emocional con respecto a los padres; Afloran emociones intensas (por ejemplo agresión, frustración, entusiasmo, aburrimiento).	Se presenta un alto nivel de autoconciencia y ocurren fluctuaciones en la autoestima. La necesidad de lograr una mayor autonomía emocional de los padres continúa, y se alimenta por un abandono más firme de la idealización de los padres y una mejor definición de las opiniones del propio adolescente. Al mismo tiempo, aumenta la dependencia emocional de los amigos.	Hay un intenso desarrollo de las nociones de sí mismo más diferenciadas, una mayor autosuficiencia y la capacidad de reflexionar sobre los sentimientos en relación con un sentido interiorizado de sí mismo. Se advierte mayor empatía y receptividad hacia amigos íntimos.	Se percibe nuevamente un incremento paulatino de la intimidad con los padres. La amistad íntima con pares del sexo opuesto se toma más importante. Existe un incremento gradual en la autonomía de valores y en algunos casos, en el desarrollo de la moralidad posconvencional (es decir, se cree que las reglas de la sociedad tienen por fin apoyar y servir a las personas).
Desarrollo social	Surge la capacidad de tener un mejor amigo del mismo sexo. Hay un crecimiento en las	Se pasa más tiempo con los subgrupos sociales (grupos exclusivos de amigos) o en	Se pasa más tiempo con grupos compuestos por ambos sexos (múltiples) o en soledad y menos	Disminuye la importancia percibida del grupo de pares y la vulnerabilidad a la presión de

	expectativas y exigencias académicas y sociales. Aún pasan mucho tiempo con sus padres, quienes a su vez, los supervisan. Incremento paulatino de los conflictos entre padres y los pre-adolescentes.	soledad. Nace un interés en los amigos del sexo opuesto. Se comparte menos tiempo con los padres, quienes ejercen menos supervisión, se incrementan los conflictos sobre la independencia.	tiempo con los padres y existe menos supervisión por parte de ellos. Crecen las expectativas académicas y sociales.	ellos. Al mismo tiempo, crece el interés en las relaciones íntimas personales. Se produce un verdadero aumento de la autonomía conductual en relación con las habilidades cada vez mayores para resolver problemas, planear con antelación y controlar los impulsos, junto con una disminución en la conformidad con los padres y los pares.

CAPÍTULO II. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA

La mayor de las locuras es sacrificar la salud por cualquier otro tipo de felicidad

Arthur Schopenhauer

La adolescencia y juventud son etapas de la vida en las que mayor vitalidad posee el ser humano, por lo que las enfermedades físicas son infrecuentes. Como indica UNICEF (2011) es una etapa de la vida caracterizada por crecientes oportunidades, capacidades, aspiraciones, energía y creatividad, pero también por vulnerabilidades particulares del momento de su desarrollo. Sin embargo, los principales motivos de morbilidad y mortalidad de los mismos se deben a causas en gran parte evitables, como ser los accidentes, el consumo de drogas legales e ilegales, los trastornos de alimentación y conductas sexuales insalubres o que conducen a embarazos no deseados (Aláez, Madrid & Antona, 2003). Por lo que el adolescente es objetivo de intervención mayormente cuando surgen éstas conductas inadecuadas o problemas de salud, siendo escasa la promoción y fortalecimiento de la misma (en Ceballos, 2017).

Desde las ciencias sociales y sanitarias, el abordaje más completo e integral de las problemáticas asociadas a la salud es el paradigma de los factores protectores y de riesgo. Se considera como factor de riesgo "*a la existencia de situaciones contextuales o personales que, al estar presentes, incrementan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud y como consecuencia, promueven la ocurrencia de desajustes adaptativos que dificultarían el logro del desarrollo esperado para el joven en cuanto a su transición de niño a adulto responsable*" (Heins, 2004, p. 2). En definitiva, los factores de riesgo son variables que pueden afectar negativamente el desarrollo de las personas y pueden influir de modo directo o indirecto en el desarrollo de conductas problemáticas. Estos pueden actuar de modo próximo o distante en el tiempo, por ejemplo los factores de riesgo con una ocurrencia próxima en el tiempo pueden tener una incidencia directa sobre el desarrollo de problemas conductuales. Asimismo, los que operan de modo distante en el tiempo pueden echar a andar mecanismos que exponen a las personas a otros factores de riesgo que tienen una

acción más directa, por ejemplo el hecho de que una familia viva hacinada puede llevar a que un joven prefiera pasar mucho tiempo fuera de ella, conducta que lo expone a otros riesgos asociados a la vida en la calle (Heins, 2004). Para los comportamientos riesgosos son factores importantes a considerar, dado que se los asocia con enfermedades, incapacidad y muerte (Cruz Sánchez, Bandera Rosell & Gutiérrez Baró, 2009).

Bajo esta perspectiva resulta necesario destacar que, según diversas investigaciones, la adolescencia de por sí constituye una etapa del ciclo vital de gran vulnerabilidad y riesgo (OAD, 2011). En igual sentido, Silva & Pillón (2004) señalan que los adolescentes son un grupo propenso a realizar conductas de riesgo que involucran peligro para su bienestar y que acarrean consecuencias negativas para la salud o comprometen aspectos de su desarrollo; estas conductas están en relación con los estilos de vida moderna, sumados a la curiosidad, la experimentación de situaciones nuevas —siendo esto parte natural del crecimiento— que les da la sensación de ser adultos (en Gómez Cobos, 2008).

Como se dijo anteriormente, los factores de riesgo pueden estar interrelacionados entre sí, y pueden tener incidencia mutua entre ellos. No obstante, a los fines expositivos, se cree pertinente efectuar una clasificación de ellos de cara a mejorar su comprensión. Si bien hay distintos sistemas de clasificación, conjuntamente con Cruz Sánchez, Bandera Rosell & Gutiérrez Baró (2009) se establecerán los siguientes:

- Factores de riesgos individuales
- Factores de riesgos familiares
- Factores de riesgos económicos, ambientales y sociales.

Factores de riesgos individuales: algunas de ellas, enumera:

- Las características de la personalidad
- Inseguridad
- Baja autoestima
- Ansiedad y tedio
- Depresión, angustia
- Trastornos psiquiátricos

- Trastornos alimenticios (anorexia, bulimia, sobrepeso, obesidad, etc.).
- Consumo de sustancias psicoactivas (legales o ilegales)
- Embarazo no deseado
- Deserción y abandono escolar
- Acoso escolar, bullying
- Violencia en todas sus manifestaciones
- Conducción temeraria
- Contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Ideas suicidas, intención suicida.

Factores de riesgo familiares

- Dinámica familiar (estructura familiar disfuncional, conflictos familiares, desunión familiar, falta de relaciones positivas dentro de la familia).
- Conductas y actitudes familiares que favorecen el uso de sustancias.
- Incomprensión, desconfianza, falta de comunicación.

Factores de riesgos económicos, ambientales y sociales

- Desventajas económicas (pobreza, hacinamiento, escasez de vivienda)
- Disponibilidad
- Condiciones marginales de la comunidad (falta de servicios públicos y de vigilancia)
- Población flotante
- Falta de oportunidad para jóvenes
- Grandes tensiones
- Criminalidad
- Tráfico ilegal de drogas
- Falta de oportunidades laborales

Entre los factores de riesgos individuales se destacan particularmente los vinculados al consumo de sustancias psicoactivas, deserción escolar, problemas alimenticios, violencias así como también trastornos de la salud psíquica, física y social (OAD, 2011; Moncada, 2003; Crabay, 2007; Rutsztein, 2002), con el agravante de que la mayoría de estos comportamientos adquiridos tempranamente tienden a permanecer en la vida adulta. Es decir, que si bien muchas de esas conductas nocivas, no son índices de morbilidad o mortalidad durante este período, en la edad adulta alrededor del 70% de las defunciones tempranas son producto de aquellos hábitos adoptados en la

adolescencia (Maddaleno, Morello & Infante-Espínola, 2003). Por ello, a los fines de la presente investigación, sólo se consideraron algunos de los factores de riesgos mencionados que, a su vez, representan una problemática epidemiológica en el segmento población y guardan estrecha relación con la Encuesta Mundial de Salud para Estudiantes, propuesta por la OMS. Entre ellos, se consideran:

Trastornos alimenticios

Según el DSM-V (2014) los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Dicho manual clasifica los Trastornos de la Conducta Alimenticia en 7 grupos diferentes caracterizados por conductas particulares, entre ellos se destacan la Pica, los Trastornos por Rumiación, Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, Anorexia y Bulimia Nerviosa, Trastorno de atracones, y Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado. Si bien vale aclarar que la obesidad y el sobrepeso no se describen como criterios para el diagnóstico de alguno de estos TCA, es posible que la persona que sufra de obesidad o sobrepeso[2] padezca sintomatología vinculada a los TCA, aunque no necesariamente.

En la sociedad occidental un elevado número de personas tiene una relación disfuncional con la comida, con su cuerpo y con su imagen corporal. En términos estadísticos, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente en los países desarrollados. En todo el mundo, el 1% de la población sufre anorexia nerviosa, el 3% bulimia nerviosa, el 26,3% obesidad y el 3,5% otros tipos de trastorno alimentario (OMS, 2014). La prevalencia de la obesidad se ha duplicado desde 1980 a nivel mundial. Claramente, este incremento notable en las tasas de prevalencia evidencia que el sobrepeso y la obesidad se han convertido en la epidemia del siglo XXI (OMS, 2014; 2015). Dicha

[2] En la actualidad hay un acuerdo generalizado en utilizar el Índice de Masa Corporal (IMC) como la medida de elección para el diagnóstico de sobrepeso u obesidad en la adolescencia, tanto en la clínica como en estudios poblacionales, por poder obtenerse con facilidad y a bajo coste, por correlacionarse con el porcentaje de grasa corporal y por predecir la adiposidad y la morbimortalidad en etapas posteriores de la vida (Calañas-Continente et al., 2010).

situación se agrava, en todos los aspectos, cuando el sobrepeso y la obesidad se hacen presentes durante los primeros años de desarrollo del sujeto, como en la niñez y/o adolescencia, generando consecuencias negativas en los aspectos físicos, psicológicos, psicopatológicos y sociales (De los Santos, 2007; Alvarado, Guzmán & Gonzáles, 2005; Dias & Enríquez, 2007; Latzer & Stein, 2013; Liria, 2012).

En los últimos años, se han producido profundos cambios socioculturales que han propiciado la modificación de hábitos alimentarios y en la actividad dando lugar a la constitución de un ambiente cada vez más obesogénico. Estos se ven reflejados en cambios familiares que han traído consigo la disminución del tiempo para convivir y para la preparación de alimentos en el hogar[3] (Ruiz-Lázaro, 2014), lo que ha propiciado el incremento en el consumo de comida rápida; esta realidad se presenta en hogares, escuelas y espacios laborales sobre todo en zonas urbanas. En este sentido, este ambiente se caracteriza por el sedentarismo y el consumo de comidas altamente calóricas, resultando en un menor gasto energético y/o un incremento de la ingesta energética. En consecuencia, se perciben notables cambios en el peso y la composición corporal (Martínez, Moreno, Marques-Lopes & Martí, 2002) (en Pucci, 2017).

Al respecto, diversos estudios dan cuenta que las personas con sobrepeso y obesidad presentan elevados índices de comorbilidad con patologías de índole tanto médica como psicológica y social. En relación a las primeras, la obesidad no sólo es considerada una enfermedad en sí misma, sino que además es un factor de riesgo para el desarrollo de otras patologías. Se pueden citar entre ellas: síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2, diversos tipos de cáncer, problemas respiratorios, artritis, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, entre otras (Daza, 2002). Entre las últimas, los estudios hallaron que las personas con sobrepeso y obesidad evidencian una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria, en

[3] Desde hace un tiempo se considera que la familia puede actuar como un factor etiológico de diversas problemáticas, debido a que su funcionamiento puede propiciar la aparición de Trastornos de la Conducta Alimenticia (Williamson, 1990); o como un factor mantenedor, en cuanto que las interrelaciones del entorno familiar permiten que los síntomas permanezcan a través del tiempo (Treasure et al., 2007). En este sentido, la relación entre los Trastornos de la Conducta Alimenticia y el funcionamiento familiar ha sido demostrada en un sinnúmero de investigaciones (Dallos & Denford, 2008; Tozzi, Sullivan, Fear, Makenzie & Bulik, 2003; Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik, & Tocilj, 2005; Cunha, Relvas, & Soares, 2009; Latzer, Hochdorf, Bachar, & Canetti, 2002; Chávez, 2007; López, Herrero & Botella, 2014) por lo que en algunos estudios se considera a los trastornos de la conducta alimenticia como un factor de riesgo familiares (en Minichiello, Maglio, Molina, & Schmidt, 2010).

comparación con personas de peso promedio (Baile & González, 2011; Larrañaga Vidal & García-Mayor, 2009; Montaño, 2007). Investigaciones efectuadas por población adolescente indicó que estos tienden a presentar baja autoestima, depresión, ansiedad, problemas de conducta, trastornos alimentarios y a ser objeto de discriminación social y escolar (Alvarado, Guzmán & Gonzáles, 2005; Dias & Enríquez, 2007; Liria, 2012). Asimismo, en cuanto a las consecuencias psicosociales, el evidente incremento en la masa corporal que acompaña al sobrepeso y a la obesidad genera malestar, lo que llega a disminuir o limitar el desarrollo de ciertas actividades (deportivas y sociales). En la dimensión psicológica, una de las preocupaciones principales del adolescente gira en torno a su imagen corporal, como parte del ajuste de su identidad personal, la que se ve exacerbada por la discriminación basada en el género y los estereotipos culturales de belleza que repercuten en la imagen corporal (Bruch, 1973; Crespo, Figueroa & Guelar, 1994; Kiell, 1973; Le Bow, 1986, en Eguiluz, 2003) (en Pucci, 2017; Ceballos, 2017).

Conducta Sexual y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

En sus numerosos documentos, UNICEF (2011) indica que producto de la inestabilidad propia de esta etapa, el adolescente puede verse inmiscuido en conductas sexuales descuidadas, con riesgo a contraer enfermedades de transmisión sexual como el VIH, embarazos no deseados, abusos, explotaciones sexuales, entre otras, por lo que resulta imprescindible el acompañamiento social para la protección, la educación y servicios de asistencia accesibles y adecuados para este sector etario. La falta de información para protegerse de las ITS y la actividad sexual indiscriminada y sin protección que suelen tener los adolescentes y jóvenes, son los factores y conductas de riesgo más frecuentes en la adquisición de estas enfermedades, que afectan sobre todo a la población comprendida entre los 15 y los 24 años, y que constituyen un verdadero problema de salud en estas edades, al cual se añade el riesgo a la salud del embarazo precoz si se trata del sexo femenino, y la frustración social que trae para la adolescente o la joven que generalmente se ve impedida de concluir su proyecto de vida (García Roche, Cortés Alfaro, Vila Aguilera, Hernández Sánchez & Mesquia Valera, 2006).

Aunque existen algunos detractores del preservativo como medio eficaz de protección, fundamentalmente ligados a concepciones religiosas (Ruiz, 2005), está demostrado que es el mejor anticonceptivo en estas edades por su inocuidad y ausencia de efectos colaterales, y además es la forma más eficaz de protección contra las ITS,

entre ellas inclusive el VIH/SIDA. Se ha llegado a plantear que el condón tiene alguna sustancia capaz de inactivar el VIH, aunque no se ha logrado identificar (Lescano, Piacente, Póntelo & Póntelo, 2005) Sin embargo, no se le usa regularmente porque existen mitos y creencias en su contra, sobre todo, en adolescentes y jóvenes que se exponen a un mayor riesgo de infección por estas enfermedades (Magally, 2005) (en García Roche, Cortés Alfaro, Vila Aguilera, Hernández Sánchez & Mesquia Valera, 2006).

Conductas violentas y temerarias

De entre todas las definiciones posibles, se ha de considerar más cercana la esbozada por la Organización Mundial de la Salud (2003), la cual entiende a la violencia como: "*el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones"* (p. 5). Considerada desde 1996 por la Asamblea Mundial de la Salud como un problema fundamental de y para la salud pública, la violencia es concebida por la OPS (2003) como el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, sociales, culturales y ambientales, así como la relación que se establece entre éstos. Si bien siempre posee una cualidad destructiva, la mayor o menor dimensión de la conducta violenta dependerá de la naturaleza del daño, que puede ser física, sexual, psíquica y por privaciones o descuidos.

La violencia juvenil es una de las formas de violencia más visibles en la sociedad actual. En este sentido, en casi todos los países, los adolescentes y los adultos jóvenes son tanto las principales víctimas como los principales perpetradores de esa violencia (Reza, Krug & Mercy, 2001 en OPS, 2003). Igualmente, la alta participación de jóvenes en actos antisociales y delictivos es una amenaza potencial para el desarrollo individual, social y económico de un país. La violencia juvenil daña profundamente no sólo a las víctimas, sino también a sus familias, amigos y comunidades. Sus efectos se ven no sólo en los casos de muerte, enfermedad y discapacidad, sino también en la calidad de vida en general. Asimismo, se ha constatado que la violencia que afecta a los jóvenes incrementa enormemente los costos de los servicios de salud y asistencia social, reduce la productividad, disminuye el valor de la propiedad, desorganiza una serie de servicios esenciales y en general socava la estructura de la sociedad. De igual manera,

no se puede considerar el problema de la violencia juvenil aislado de otros comportamientos problemáticos, ya que los jóvenes violentos tienden a cometer una gran variedad de delitos; además de presentan otros tipos de problemas, tales como el ausentismo escolar, el abandono de los estudios y el abuso de sustancias psicotrópicas (OPS, 2003).

En esta misma línea de ideas, resulta relevante destacar que si bien la adolescencia y los primeros años de la edad adulta constituyen períodos en que la violencia así como otros tipos de comportamientos antisociales y delictivos, a menudo se expresan con más intensidad (Dahlberg & Potter, 2001 en OPS, 2003); la situación actual pone de manifiesto que la violencia en manos de adolescentes ha alcanzado en algunos países cifras nunca antes registradas. Si se echa un vistazo a los datos de la población carcelaria por ejemplo, se destacaría que el grueso de la población oscila entre 16 y 25 años, y si bien se puede encontrar sujetos que no se encuentran en ese rango, es menester apuntar que éstos mantienen las características violentas de aquél grupo, lo que los convierte en sujetos de su pertenencia (Varela, 2011).

Asimismo, los estudios sobre morbilidad y mortalidad adolescente debido a causas externas (violencia, accidentes de tránsito, etc.), señala conductas vinculas a la "temeridad", que implica la experimentación con lo que ellos considerarían es el comportamiento adulto, como conducir a altas velocidades, en estado de ebriedad, consumir cigarrillos, bebidas alcohólicas, y otras drogas legales e ilegales, etc. (Ceballos, 2017). En este sentido, las lesiones leves y graves (morbilidad), así como las muertes por conducción temeraria o por imprudencia, han sido objeto de estudio en nuestro país dadas las altas tasas de accidentes viales que tristemente se registran (Luchemos por la vida, 2019). Una investigación pionera en la ciudad de Córdoba, efectuada por Cadenazzi (1998) encontró en las índice de muertes por accidentes de tránsito en la ciudad de Córdoba una particular relación entre las características psicosociales del fin de semana y la población que comete/sufre los accidentes: específicamente, los sábados por la noche no sólo aumentan en número los accidentes automovilísticos en relación a cualquier día de la semana sino que involucra mayormente a jóvenes varones entre 15 y 24 años. Los datos estadísticos de este año, indica que el 10% de la población que fallece por una accidente de tránsito, son adolescentes de 13 a 19 años, y en términos generales son varones, en vehículos o motocicletas (Luchemos por la vida, 2019).

Evaluar el perfil de la morbilidad y de la mortalidad constituye una forma indirecta de analizar las condiciones de salud de una población. En el caso de la población adolescente, las cifras de morbilidad y mortalidad representan una pequeña porción de todos los egresos y las defunciones que se registran en el país: sobre el total de egresos hospitalarios para el año 2013, solo el 13% corresponde a población adolescente; mientras que la tasa de mortalidad de adolescentes para el año 2015 fue de 5 x 10.000 habitantes. (DEIS, 2017). Si bien la población adolescente presenta una tasa de mortalidad inferior a la de otras franjas etarias, las defunciones en este grupo ocurren por causas evitables y, a la vez, están asociadas a situaciones de violencia que provocan lesiones intencionales o no intencionales, autoinfligidas o infligidas por terceros: el conjunto de causas externas (CE) constituyó, en el año 2015, el 60% de las muertes adolescentes (2114 de las 3553 defunciones totales). Asimismo, el 83% de las muertes por causas externar, cualquiera sea la causa, corresponden a varones; y más del 80% de los fallecimientos por estas causas ocurren entre los 15 y 19 años (en Ministerio de Salud de la Nación, 2017).

Acoso escolar

Si bien la escuela importa como contexto fundamental de aprendizaje, para verter los conocimientos requeridos y necesarios para el cuidado de la salud, como los referidos a la alimentación, los trastornos en relación a ella, educación sexual, enfermedades de transmisión sexual, entre otras, no se halla ajena a la conflictiva social y violencia que caracterizan a las sociedades en la actualidad, lo que la convierte en una escenario de manifestación de conductas agresivas, de acoso, desigualdad, etc., que generan inconvenientes en el desarrollo psicológico de los jóvenes así como también graves y profundos problemas a la salud psicológica y física de éstos (Brígido, 2004).

Cerezo et al., (2015) consideran que hay gran consenso en describir el bullying o acoso escolar como *"la situación de violencia mantenida de un escolar, o un grupo de escolares, hacia otro compañero al que convierten en su víctima habitual"* (p. 140). Por otro lado, en una revisión bibliográfica realizada por Garaigordobil et. al., (2015), se destaca que en todo caso de Bullying el agresor o agresores poseen intencionalidad de daño a la/las víctima/s, indefensa, débil, en desigualdad de poder, ya sea física, psicológica o socialmente. Ese daño es producido de manera periódica en esa relación

de dominio y sumisión, por lo que los perjuicios a la víctima permanecen a lo largo del tiempo, padeciéndolo en el momento de ser perpetrado y, luego, al temer futuras agresiones.

Ello produce fuertes impactos emocionales en las víctimas de bullying cuyas secuelas pueden permanecer hasta la edad adulta. Algunos trastornos psiquiátricos y psicológicos relacionados a ello pueden ser la depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno oposicional desafiante, trastorno de estrés post traumático, etc. Asimismo, presentan menor rendimiento académico y competitividad social, son personas más impulsivas, con baja autoestima y con mayores posibilidades de consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillos. *"Son inseguras, aisladas, poco asertivas, físicamente más débiles, con insuficientes habilidades sociales, escasos amigos, con familias sobreprotectoras y suelen ser percibidos como inseguros/ansiosos, y cuando son evaluados generalmente son diagnosticados con: fobia social, depresión y ansiedad."* (p. 120) (Skapinakis, 2011; Jansen, Veenstra, Ormel, Verhulst & Reijneveld, 2011; Trautmann, 2008, en Arroyave Sierra, 2012).

La autora sostiene que unas de las consecuencias más impresionantes de esta problemática son la ideación suicida, intento de suicidio y, finalmente, el suicidio. En este sentido, se ha encontrado una relación directa entre el bullying y el suicidio adolescente, tanto en las víctimas como en los agresores, habiendo más probabilidad de ocurrencia en los últimos a causa de la característica impulsiva de su personalidad (Ceballos, 2017).

Ideación e intento de suicidio

La adolescencia es una etapa de alto riesgo psicosocial en la que las ideas suicidas son muy frecuentes, sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida. El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera, en términos epidemiológicos, que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos. Es posible que ocurran manifestaciones previas con actitudes de escape, de venganza, altruismo o búsqueda de riesgo, tendencia a percibirse como

perdedor, baja tolerancia a la frustración, dificultad para resolver conflictos, desesperanza y abandono (Pérez Barrero, 1999).

El suicidio de los niños y de adolescentes es una tragedia que afecta no sólo al individuo, sino a la familia, a los padres y a la comunidad en la cual vivió el joven. Es considerado a menudo como un fracaso personal por los padres, amigos, maestros, médicos y psicólogos, los cuales se reprochan el no haber percibido las señales de alerta. También es vivido como un fracaso de la comunidad, pues actúa como señal vivida de que la sociedad moderna a menudo, no procura un entorno sano, nutriente, contenedor en el los niños y adolescentes puedan crecer y desarrollarse. La mayoría de las tentativas de suicidio en adolescentes se presentan en ausencia de un trastorno psiquiátrico específico, siendo más bien expresión de problemas psicopatológicos del medio que rodea al sujeto. Estos jóvenes muestran algunas características psicosociales disfuncionales, que incluyen sentimientos de desesperanza, dificultades en el control de impulsos, escasas habilidades sociales y se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran: provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional; exposición a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz; presentar psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva; mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales; antecedentes familiares o personales de intentos de suicidio; violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual; pobre comunicación entre los integrantes de la familia; rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes; autoritarismo, pérdida de la autoridad entre los progenitores, o desautorizaciones mutuas persistentes entre ambos; inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas; incapacidad de los progenitores para escuchar y contener las inquietudes del adolescente y desconocimiento de sus necesidades; identificación e idealización de figuras que han cometido suicidio o que ya se hayan muerto (Pérez Barrero, 1999; Marchiori, 2006).

También se pueden destacar rasgos de personalidad que aumentan el riesgo suicida en adolescentes: Inestabilidad del ánimo, conducta agresiva, conducta disocial, elevada impulsividad, rigidez de pensamiento, dificultad para resolver problemas,

fantasías de grandiosidad alterando con sentimientos de inferioridad, sentimientos de frustración, manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades, elevada auto exigencia que rebasa los límites razonables, sentimientos de ser rechazados por los demás, padres u otras figuras significativas, vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente, relación ambivalente con los progenitores, con otros adultos y amigos, antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio, frecuente sentimiento de desamparo y desesperanza, falta de capacidad de autocrítica de resolución de problemas y modulación afectiva (Basile, 2005).

Factores protectores de la salud en adolescentes

Como se indicó supra, los factores de protección se refieren a los estímulos y situaciones originadas en el individuo, el grupo o el medio social que al estar presente en un específico periodo de la vida, determinan una menor vulnerabilidad del sujeto en relación a instancias nocivas. Algunas variables de riesgo y protección pueden considerarse como polos opuestos de un mismo continuo mientras que otras no, así por ejemplo, la permanencia en la escuela (como opuesta a la deserción escolar) facilita en el adolescente el aprendizaje, la formación académica, los vínculos entre pares, etc., (Vallejos, 2001), por otra parte, los vínculos afectivos entre los miembros del grupo familiar facilitan el desarrollo adecuado de la autoestima y autoconcepto en los jóvenes; se lo asocia también a una menor manifestación de comportamientos agresivos en la escuela (Lambert & Cashwell, 2004); la comunicación abierta en la familia y menor riesgo en actividad sexual (McDermott Sales et al., 2006; Andrade Palos, Betancourt Ocampo, & Palacios Delgado, 2006) entre otras (en Oliva Delgado, & Parra Jiménez, 2004).

Al igual que para el caso de los factores de riesgo, se habla de factores de protección individuales o personales, familiares y ambientales. En el caso de los primeros, refieren a las características psicológicas del individuo, cognitivas, afectivas o comportamentales que constituyen las variables individuales que determinan la percepción y valoración del sujeto frente a los acontecimientos, así como los propios recursos para integrarlos y adaptarse a las nuevas situaciones, que en definitiva se relaciona con la vulnerabilidad o recursos para hacer frente al estrés (Figueroa Álvarez, Rodríguez Martel, Guzmán Ávila, Alvarez & Nieman, 2012). De igual manera, en el caso de los factores protectores familiares, involucran a la cohesión, comunicación y

flexibilidad entre los miembros del grupo familiar, que pueda permitir el desarrollo adecuado y socialmente ajustado (Minichiello, Maglio & Schmidt, 2010).

Las novedosas posturas en el abordaje de las problemáticas de los adolescentes en relación a la salud, implica re-dirigir la mirada hacia los jóvenes, tanto en los factores singulares y personales como en aquellos factores propios del medio en el que viven, como así también cambiar el enfoque hacia una mirada en la que no sólo se tengan en cuenta las problemáticas de la población en relación a la salud, hacia uno en el que se promuevan comportamientos saludables. En este sentido, dada las características específicas que asume esta franja etaria, y los tradicionales modelos de abordaje de corte médico-hegemónico, se cree prudente la atención diferenciada de la salud del adolescente, desde el enfoque de riesgo, que indica posibles tipologías que organizan la condición de posibilidad de que un individuo, familia, grupo o comunidad soporte desventajas vinculadas a procesos mórbidos. Por otro parte también, el enfoque de los factores protectores, que permite conocer las características que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo (Donas Burak, 2001).

En este sentido, se debe contemplar un análisis integral del adolescente, no siendo suficiente la disminución de riesgos, sino también y principalmente el fortalecimiento de las capacidades saludables de los mismos, como ser la asertividad, la capacidad para resolver problemas y tomar decisiones, el desarrollo de un autoconcepto saludable, y otras habilidades que le permitan el logro de su propio bienestar (Cardozo, 2005). En este sentido, la promoción de conductas saludables y la prevención de situaciones de riesgo es la estrategia que se ha de adoptar si se buscamos como objetivo mejorar la calidad de vida de los adolescentes (Cardozo, 2005). Es imprescindible fomentar en el adolescentes habilidades cognitivas, emocionales y sociales que le faciliten una mayor adaptación a las adversidades del medio, otorgándole al sujeto la capacidad de poder enfrentar las problemáticas cotidianas de manera exitosa, de modo tal que el posible daño que puedan causar los factores de riesgo sobre el desarrollo positivo del adolescente, puedan ser contrarrestados (Cardozo & Dubini, 2005). Asimismo, fomentar el auto-cuidado, el señalamiento positivo, el apoyo a nuevas actividades y proyectos vitales, además de la implementación de normas de convivencia por modelos parentales estables, constituyen elementos para la promoción de la salud mental individual y comunitaria, y para la prevención de la conducta nocivas (Andrade Salazar, 2012).

CAPÍTULO III. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Si no conocemos la historia, estamos condenados a vivirla como si fuera nuestro destino personal

Hannah Arendt

Para el logro de un desarrollo pleno del adolescente, es clave que pueda satisfacer sus necesidades y desarrollar competencias y habilidades sociales, para lo cual es imprescindible que pueda acceder a servicios de salud y bienestar, no sólo enfocados en los comportamientos indeseados, como así también a la educación, justicia, empleo y participación en la sociedad, con el apoyo de la familia y la comunidad en general (Maddaleno, Morello e Infante-Espínola, 2003). Es por ello, que el diseño y puesta en acción de políticas públicas hacia este segmento de la población, debe efectuarse sobre la base de diagnósticos precisos que den cuenta de la situación sanitaria que caracteriza y entrama al grupo de adolescentes y jóvenes de una región, en un momento determinado de tiempo.

Ahora bien, en el diseño, elaboración y puesta en marchas de políticas públicas en salud destinadas a este grupo, los especialistas latinoamericanos no pueden sino pensar dichas acciones y su efectividad, en relación a criterios e indicadores específicos agrupados en torno a características basadas en evidencia de investigaciones y estudios previos, de diferentes índole, que versan sobre factores de riesgos y protectores de las diferentes problemáticas que aquejan a este colectivo social. Si bien estos indicadores permiten mostrar de manera sistémica cómo evolucionan las vulnerabilidades y oportunidades de los y las jóvenes en la región, y de las políticas públicas implementadas, la cronicidad en el tiempo de determinadas circunstancias pueden afectar de manera negativa el desarrollo saludable del adolescente, configurándose en un factor de riesgo de consideración en torno a estos indicadores; por caso contrario, aquellos aspectos que se han mejorado pueden pensarse como factores protectores (CEPAL, 2004).

Los estudios realizados y la recopilación de investigaciones efectuadas permite dar con un diagnóstico de la juventud en sus distintos ámbitos, con base en las estadísticas existentes de los países de la región, sobre todo los censos de población, las encuestas de hogares, las encuestas de demografía y salud y las encuestas de juventud[4]. En este sentido, a continuación se expone el diagnóstico efectuado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, (CEPAL), que en 2004 emitió su informe sobre la situación de la adolescencia y juventud en Iberoamérica, titulado "*La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencia*" en el que se detallado de la situación de la adolescencia y juventud en material social, disponibilidad y acceso a los recursos, educación, salud, trabajo, entre otros. A partir de este diagnóstico ha sido posible establecer la situación de la juventud en los inicios y durante la década del 2000, con relación a la que ostentaba a comienzos de los 90, y los cambios que se visualizan en los distintos ámbitos de la vida de los jóvenes. Por otro lado, la sistematización de los datos y de la información permite el cotejo la población adulta, lo que da cuenta de las características que asume el grupo etario en la actualidad. Así, aún cuando los datos sean de la década pasada, las conclusiones obtenidas grafican las características que se asumen por grupos sociales y etarios, a saber: la juventud goza de más acceso a educación, pero menos incorporación a empleo que la población adulta[5]; dispone como consecuencia de los avances tecnológicos de más información, pero menos injerencia en el poder que los mayores[6]; cuenta con más expectativas de autonomía[7], pero menos

[4] Las fuentes de información son valladas, pero están especialmente focalizadas en Censos de Población y Vivienda, Estadísticas Vitales, Encuestas de Hogares, Encuestas CIRCA, Encuestas DHS, Encuestas de Juventud, Encuesta sobre Programas Nacionales hacia la Juventud de CEP AL, el *Panorama Social de América Latina 2002-2003* de CEP AL (www.cepal.org). las Proyecciones y Estimaciones de CELADE/CEPAL, *el Informe de la Salud en las Américas 2002* OMS/OPS (wvfw.paho.org), *O IT Informa Panorama Laboral de América Latina y el Caribe* 2000 (www.oit.org.pe); y UNESCO *Compendio Mundial de Educación* 2004 (www.uis.unesco.org) (CEPAL, 2004).

[5] Los jóvenes de hoy tienen más años de escolaridad formal que las generaciones precedentes, pero al mismo tiempo duplican o triplican el índice de desempleo con respecto a esas generaciones. En otras palabras, están más incorporados en los procesos consagrados de adquisición de conocimientos y formación de capital humano, pero más excluidos de los espacios en que dicho capital humano puede realizarse, a saber, el mundo laboral y la fuente de ingresos para el bienestar propio. En parte, porque el progreso técnico exige más años de educación para acceder a empleos modernos, y por tanto enfrentamos una dinámica de devaluación educativa (la misma cantidad de años de escolaridad "valen menos" hoy que hace dos décadas); y en parte, porque la nueva organización laboral restringe puestos de trabajo y hace más inestable el empleo (CEPAL, 2004).

[6] La juventud tiene proporcionalmente mayor participación en redes informáticas que otros grupos etarios, y también más acceso a información merced a su alto nivel de escolarización y de consumo de los medios de comunicación. Pero por otra parte, participan menos de espacios decisorios de la sociedad, sobre todo en la esfera del Estado. Aquí también existe una asincronía entre mayor inclusión juvenil en cuanto a acceso a información y redes, y mayor exclusión en lo referente a la ciudadanía política. Si bien los

opciones para materializarla que las que tuvieron las generaciones precedentes. Como nunca los jóvenes de ambos sexos están mejor provistos de salud, pero menos reconocidos en su mortalidad y morbilidad específicas[8]. En estos últimos tiempos los y las jóvenes son más dúctiles y móviles, pero al mismo tiempo son más afectados por trayectorias migratorias inciertas[9]; la juventud aparece más cohesionada hacia adentro, pero con mayor impermeabilidad hacia fuera[10]; parece ser más apta para el cambio productivo, pero más excluida del mismo[11]. Además, los jóvenes ostentan un lugar ambiguo entre receptores de políticas y protagonistas[12] del cambio; y en ellos se

jóvenes manejan e intercambian más información que otros grupos etarios, no es menos cierto que se sienten poco representados por el sistema político, y estigmatizados como disruptores por los adultos y las figuras de autoridad

[7] Los jóvenes cuentan con capacidades que los adultos no tienen para insertarse en los nuevos desafíos de la sociedad de la comunicación, tales como más años de escolaridad, mayor fluidez en la "convergencia digital", y un uso más familiarizado con la comunicación interactiva a distancia. han interiorizado las expectativas de autonomía propias de la sociedad moderna y postmoderna; y esta expectativa es mayor que en generaciones precedentes que crecieron bajo patrones más tradicionales. Sin embargo, chocan con factores concretos que les postergan la realización de esa misma autonomía: mayor dilación en la independencia económica, porque hoy existen mayores requerimientos formativos y más dificultades para obtener una primera fuente de ingresos; así como mayores obstáculos para acceder a una vivienda autónoma debido a problemas de mercado de suelos urbanos y acceso al crédito. En consecuencia, están más socializados en nuevos valores y destrezas, pero más excluidos de los canales para traducirlas en vidas autónomas y realización de proyectos propios. Esta tensión acrecienta la crisis de expectativas de los y las jóvenes.

[8] Existe un perfil de morbimortalidad juvenil que se origina en la mayor prevalencia de accidentes, agresiones físicas, uso nocivo de drogas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y precoces, y otros, que no encuentran un sistema integrado de atención en los servicios de salud. De manera que los jóvenes viven un contraste entre buena salud y riesgos sanitarios poco cubiertos. Tanto desde la perspectiva de la atención hospitalaria, como de la prevención de riesgos, la juventud enfrenta un vacío.

[9] Las restricciones en empleo, ingresos y desarrollo personal de los y las jóvenes en muchos países de la región, sumados a los tradicionales factores de expulsión en zonas rurales que inducen a la juventud a desplazarse, plantean hoy el fenómeno migratorio como uno de los temas de inclusión/exclusión social.

[10] Sin duda los nuevos patrones de consumo cultural de la juventud, sobre todo en relación con la industria audiovisual, provee de íconos y referentes que permiten a gran parte de este grupo etario generar identidades colectivas y participar de universos simbólicos. Pero por otra parte, se trata de identidades poco consolidadas, fragmentarias, a veces bastante cerradas, que contrastan con las crecientes dificultades para armonizarse con el resto de la sociedad, particularmente con la población adulta y las figuras de autoridad.

[11] La juventud pasa a ser el segmento de la población cuya dinámica se acompasa naturalmente al ritmo de los tiempos, mientras que lo contrario sucede con la población adulta, para la que la celeridad de las transformaciones en el mundo de la producción reduce el valor de mercado de su experiencia acumulada y pone sus destrezas en permanente riesgo de obsolescencia.

[12] Si hace tres y cuatro décadas los jóvenes se redefinieron como protagonistas de la épica del gran cambio social, hoy la juventud se redefine, en la esfera del discurso público, como objeto de políticas sociales y sujeto de derechos. Sin embargo, este tránsito conduce a una construcción de lo juvenil en que ya no son los propios jóvenes quienes proyectan su identidad y sus anhelos al resto de la sociedad, sino que, por el contrario, ellos se ven proyectados en la opinión pública por pactos políticos, diseños programáticos o apreciaciones prejuiciadas. Aparecen, entonces, definidos como "carentes", "vulnerables", "capital humano", población a proteger o racionalizar, a empoderar o controlar. En contraste con esta visión externa, los jóvenes se vuelcan sobre sus mundos de vida de

incrementa el consumo simbólico, pero se restringe el consumo material, o más bien crece la brecha entre un amplio menú de consumo simbólico y canales restringidos de acceso a ingresos para el consumo material (CEPAL, 2004).

En función de los diagnósticos efectuados, la CEPAL (2004) establece cinco áreas prioritarias que permiten agrupar los indicadores en términos de:

a- Reconocimiento de Derechos e igualdad ante la ley

b- Acceso equitativo a los Recursos de la Sociedad e Igualdad de Oportunidades

c- Acceso a una Calidad de Vida Estimada adecuada.

d- Recursos para el logro de la Autonomía y Emancipación

e- Participación en los Procesos democráticos y en el Ejercicio de la Ciudadanía.

a) Reconocimiento de Derechos e igualdad ante la ley

Según las evidencias aportadas se observan algunos avances en el campo de los derechos, tanto en la normativa internacional como en la de los países estudiados. El desafío pendiente consiste en conseguir efectivamente la aplicación de los principios y derechos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, ya que todos sus artículos tienen una relación directa con las aspiraciones de los jóvenes para ejercer su condición de plena ciudadanía. En este sentido, se destacan instrumentos jurídicos que proveen información y precedentes para hacer efectivos tales principios y derechos a la juventud, como son los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos, y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, vigentes desde 1976, y en América Latina la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en 1948, además de la Convención Americana de Derechos Humanos que entró en vigor en 1978, y de las cuales todos los países latinoamericanos son parte (CEPAL, 2004).

manera más cotidiana y menos épica, generando nuevas sensibilidades y produciendo nuevas identidades, sobre todo a través del consumo cultural y de la comunicación en general.

A pesar de la existe de la Convención por los Derechos de los niños, niñas y adolescentes, o existe un instrumento regional que legisle a favor de los derechos de la juventud como sí existe en Europa. En este sentido, cabe recordar que dicha legislación considera niño, niña y adolescente a todo sujeto menor de 18 años de edad, por lo que la franja etaria que le sucede se ve sometido en igualdad de condiciones que las legislaciones que enmarcan a la población adulta. No obstante, se destaca el Proyecto de Texto de la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (2004). La Convención tiene como finalidad consagrar jurídicamente -en el ámbito iberoamericano- el pleno reconocimiento a la especificidad de la condición juvenil y dar respuesta a los requerimientos de protección y garantía para el ejercicio de los derechos de los jóvenes. En dicho instrumento se reconoce a los jóvenes como sujetos de derechos, actores estratégicos del desarrollo y personas capaces de ejercer responsablemente derechos y libertades. Los derechos contenidos en la Carta son, entre otros, el derecho a la vida, a la igualdad de género, a la paz, a la identidad, a formar parte activa de una familia, a la libre elección de la pareja, a la participación social y política, a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, a la libertad de opinión, expresión, reunión e información, a la educación, a la libre creación y expresión artística, a la salud integral y de calidad, al trabajo, a la igualdad de oportunidades, a la protección social, al acceso no discriminatorio a la formación profesional y técnica inicial, a una vivienda digna, al desarrollo económico, social y político, a vivir en un ambiente sano y equilibrado, a la recreación y el tiempo libre, a la educación física y a la práctica de los deportes, a formular objeción de conciencia frente al servicio militar obligatorio, a la justicia. De esta profusa lista de derechos puede deducirse una batería de indicadores que refleje la aplicación efectiva de los compromisos asumidos (CEPAL, 2004).

La información recogida así como la literatura general sobre el tema y el desarrollo de la normativa internacional, establecen la necesidad de reconocer los derechos de la juventud y la igualdad ante la ley de los jóvenes en relación al conjunto de la población (CEPAL, 2004).

Dimensión	Indicadores	Forma de cálculo
Institucional	Existencia de una institución espacialmente encargada de	Cuando existe la institución se le asigna el valor 100. Si no existe esa

	temas de juventud.	institución se le asigna un 0.
	Existencia de Referencias Constitucionales específicamente Juveniles o de una ley aprobada y específica para personas jóvenes	Cuando existe una ley aprobada y específica para personas jóvenes se le asigna el valor 100. Si no se le asigna un 0.
	Existencia de una política nacional especialmente dirigida hacia la juventud	Cuando existe una política nacional para personas jóvenes se le asigna el valor 100. Si no se le asigna un 0.
	Existencia de programas enfocados a la población joven	Cuando existe un programa para personas jóvenes se le asigna el valor 100. Si no existe se le asigna un 0.
	Existencia de programas hacia los y las jóvenes focalizados hacia distintos tipos de segmentos juveniles	Cuando existe un programa para personas jóvenes focalizado en distintos segmentos juveniles se le asigna el valor 100. Si no existe se le asigna un 0.
	Posibilidad de formular objeción de conciencia frente al servicio militar obligatorio.	Cuando existe la posibilidad de formular objeción de conciencia se le asigna el valor 100. Si no se le asigna un 0.
Educación	Existencia de una Ley de Enseñanza primaria gratuita y obligatoria	Cuando existe una Ley se le asigna el valor 100. Si no existe se le asigna un valor 0
	Existencia de una ley de enseñanza secundaria gratuita y obligatoria.	Cuando existe una Ley se le asigna el valor 100. Si no existe se le asigna un valor 0
	Existencia de un Programa Nacional de educación sexual para adolescentes	Cuando existe un Programa se le asigna el valor 100. Si no existe se le asigna un valor 0.
Salud	Existencia de un Programa de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes.	Cuando existe un Programa se le asigna el valor 100. Si no existe se le asigna un valor 0.
Empleo	Existencia de una ley que regule el trabajo de los niños y jóvenes consistente con la normativa internacional expresada en tratado vigente de la OIT	Cuando existe una Ley se le asigna el valor 100. Si no existe se le asigna un valor 0.

Vivienda	Existencia de Programa Nacional para subsidio de vivienda a jóvenes casados o convivientes de 24 años y más	Cuando existe un Programa se le asigna el valor 100. Si no existe se le asigna un valor 0

Fuente: Todos los indicadores provienen de la Encuesta sobre programas nacionales hacia la juventud (CEPAL 2004) en futuro se podría solicita información para los propuestas de educación, salud, empleo y vivienda y otros que se estime pertinentes.

b) Acceso equitativo a los Recursos de la Sociedad e Igualdad de Oportunidades

Las evidencias indican que el acceso equitativo a los recursos societales y a las oportunidades en Iberoamérica presenta un alto grado de desigualdad entre sus habitantes. De allí que sea frecuente que el nivel promedio alcanzado en un país, en relación al acceso que tiene la juventud a recursos como educación, salud, empleo estable y vivienda, oculte contrastes agudos entre distintos grupos de jóvenes. Por un lado se encuentra un grupo reducido de la población que ha alcanzando niveles de vida - oportunidades y bienestar- propios de un país industrializado, en contraste con otros grupos numerosos de jóvenes cuya situación se asemeja bastante más a la de los países más pobres. Los contrastes se hacen más evidentes cuando la información se desagrega por sexo, edad, nivel socioeconómico de los jóvenes, área de residencia (urbano - rural), pueblos originarios y etnias (CEPAL, 2004).

La situación de pobreza e indigencia en que vive parte importante de la juventud se distribuye de manera desigual según sea la condición social en que encuentran los jóvenes y el área de residencia (rural o urbana), lo que muestra cómo las inequidades y la falta de igualdad de oportunidades se dan al interior de la propia juventud. Estas vulnerabilidades se hacen más evidentes entre las mujeres, pese a niveles de educación semejantes o incluso superiores a los de los varones. Los contrastes son marcados según la condición del hogar de origen y las opciones de mayor permanencia y progresión en el sistema educacional. El acceso a los servicios de salud es limitado, especialmente en salud sexual y reproductiva, por la precariedad a veces de los propios servicios y por los criterios de atención y prioridad. El acceso a la vivienda de los jóvenes mayores es muy limitado, pese a que en muchos casos ya han constituidos sus propios núcleos familiares (CEPAL, 2004).

En este sentido, se presenta la necesidad de diseñar políticas, destinar fondos públicos, implementar planes y programas y evaluar los que se ejecutan, para un acceso más equitativo a los recursos sociales, culturales y económicos, de cara a la igualdad de oportunidades en el sector de la juventud.

Indicadores	**Forma de cálculo**	**Desagregación deseable**
(A) Tasa de mortalidad de la población entre 15-24 años.	Número de jóvenes fallecidos en un año determinado, dividido por el número de jóvenes de esa edad, multiplicado por cien mil.	por nivel de ingreso y área de residencia
(B) Relación entre la tasa de mortalidad de la población entre 15-24 años con respecto a la de la población mayor de 25 años	Tasa de mortalidad de la población entre 15-24 años, menos la tasa de mortalidad de la población de 25 y más años /1	
C) Relación entre la tasa de mortalidad de las mujeres entre 15-24 años con respecto a la de los hombres entre 15-24 años	Tasa de mortalidad de mujeres entre 15-24 años, menos la tasa de mortalidad de hombres entre 15-24 años. /I	Por tramos de edad.
A) Tasa de mortalidad por causas externas de la población entre 15 y 24 años	Número de jóvenes fallecidos por causas externas en un año determinado, dividido por el número de jóvenes de esa edad, multiplicado por mil.	Por nivel de ingreso
(B) Relación entre la tasa de mortalidad por causas externas de la población entre 15-24 años con respecto a la de la población de 25 y más años.	Tasa de mortalidad por causas externas de la población entre 15-24 años, menos la tasa de mortalidad por causas externas de la población de 25 y más años. /I	
C) Relación entre la tasa de mortalidad por causas	Tasa de mortalidad por causas externas de la población entre 15-24	Por tramos de

externas de las mujeres entre 15-24 años con respecto a la de los hombres entre 15-24 años.	años, menos la tasa de mortalidad por causas extremas de, la población de 25 y más años. /I	edad
(A) Tasa de mortalidad por causa del VIH/SIDA de la población entre 15-24 años	Número de jóvenes fallecidos por causa del VIH/SIDA en un año determinado, dividido por el número de jóvenes de esa edad, multiplicado por cien mil. /2	
(B) Relación entre la tasa de mortalidad por causa del VIH/SIDA de la población entre 15-24 años con respecto a la de la población de 25 y más años.	Tasa de mortalidad por causa del VIH/SIDA un año determinado en jóvenes entre 15-24 años, menos la tasa de mortalidad por causa del VIH/SIDA un año determinado en la población de 25 y más años. /I	
(C) Relación entre la tasa de mortalidad por causa del VIH/SIDA en las mujeres entre 15-24 años con respecto a la de los hombres entre 15- 24 años.	Tasa de mortalidad por causa del VIH/SIDA un año determinado en mujeres entre 15-24 años, menos la tasa de mortalidad por causa del VIH/SIDA un año determinado en hombres entre 15-24 años./l	Por tramos de edad
(A) Tasa de mortalidad por causa de enfermedades transmisibles de la población entre 15 y 24 años	Número de jóvenes fallecidos por causa de enfermedades transmisibles en un año determinado, dividido por el número de jóvenes de esa edad, multiplicado por cien mil. /2	Por área de residencia y nivel de ingresos
(B) Relación entre la tasa de mortalidad por causas transmisibles de la población entre 15-24 años con respecto a la de la población de 25 y más años.	Tasa de mortalidad por causas transmisibles un año determinado en jóvenes entre 15-24 años, menos la tasa de mortalidad por causas transmisibles un año determinado en la población de 25 y más años. /1	
(B) Relación entre la tasa de mortalidad por causas transmisibles de las mujeres entre 15-24 años con respecto a la de los hombres	Tasa de mortalidad por causas transmisibles un año determinado en mujeres entre 15-24 años, menos la tasa de mortalidad por causas transmisibles un año determinado en	Por tramos de edad

entre 15-24 años.	los hombres entre 15 - 24 años.	
(A) Esperanza de vida al nacer de los jóvenes entre 15 y 29 años	Años estimados de vida proyectados para el conjunto de los y las jóvenes entre 15-29 años.	
(B) Relación entre la esperanza de vida al nacer de los jóvenes entre 15-29 años respecto de la de la población de 30 y más años	Años estimados de vida proyectados para el conjunto de los y las jóvenes entre 15-29 años, menos los años estimados de vida para el conjunto la población de 30 y más años. /I	
C) Relación entre la esperanza de vida al nacer de las mujeres entre 15-29 años respecto de la de los hombres entre 15-29 años.	Años estimados de vida proyectados para el conjunto de las mujeres entre 15-29 años, menos los años estimados de vida para el conjunto los jóvenes entre 15-29años. /I	Entre jóvenes: Tramos quinquenal es de edad

c) Acceso a una Calidad de Vida Estimada adecuada

Los estudios efectuados por CEPAL (2004) indican cambios en la última década en el ámbito familiar, donde coexisten nuevos tipos de familia con otros tradicionales, que dan origen a nuevos tipos de convivencia y conflictos que no se presentaban en las familias tradicionales de generaciones precedentes. Las evidencias indican tensiones que se entremezclan y potencian entre: estudio y trabajo, sexualidad y reproducción, nupcialidad y emparejamiento, paternidad/maternidad y adolescencia/juventud, convivencia y allegamiento, quehaceres del hogar e incorporación al mercado de trabajo. Estos conflictos afectan la calidad de vida del conjunto de la población, pero adquieren particular fuerza en la juventud por el acceso limitado a recursos materiales e institucionales que les permitan superar tales restricciones.

Aunque han disminuido las tasas de mortalidad y morbilidad en la juventud, no se ha puesto atención especial en las causas que las originan -pese a que las distinguen del resto de la población- y en su prevención. Las causas externas (accidentes y hechos violentos) y la pandemia del VIH/SIDA son las que explican gran parte de la mortalidad de la juventud en la región, aunque los valores difieren entré hombres y mujeres. Asimismo, la calidad de vida de la juventud está fuertemente asociada a la salud sexual y reproductiva: problemas sociales importantes como las tasas de fecundidad entre las jóvenes -especialmente las adolescentes-, el acceso y uso de anticonceptivos, la

maternidad adolescente en soltería y su relación con las condiciones de pobreza, son cuestiones que están limitando significativamente el logro de mejores condiciones de vida de sectores importantes de la juventud iberoamericana (CEPAL, 2004).

Las evidencias muestran que las oportunidades laborales, están asociadas a las diferencias económicas y culturales existentes en las familias de origen y que en gran medida reproducen esas diferencias; de igual manera, el nivel de educación alcanzado tiene un alto grado de correspondencia con la distribución del ingreso. La situación educativa muestra problemas de progresión que señalan los contrastes entre las matrículas primaria, secundaria y terciaria, y fuertes diferencias entre los países en los ritmos de expansión de cobertura por progresión. Por otra parte, el acceso de manera heterogéneo de consumos culturales, como ver televisión, escuchar música, leer, ir al cine, bailar, hacer deportes, "chatear", "navegar" y operar videojuego. De igual manera, el acceso a redes digital y uso de computadoras, se hallan fuertemente condicionadas para el caso de los jóvenes en condición de pobreza (CEPAL, 2004).

Dimensión	Indicadores	Forma de cálculo
Seguridad social	Proporción de jóvenes que trabajan con contrato	Número de jóvenes entre 15-29 años ocupados que trabajan con contrato, divido por el número de jóvenes en esas edades, multiplicado por 100.
	Proporción de jóvenes que tienen acceso a un sistema de salud.	Número de jóvenes entre 15-29 años que tienen acceso al sistema de salud, divido por el número de jóvenes en esas edades, multiplicado por 100.
Vivienda	Proporción de jóvenes entre 25 y 29 años que viven en una vivienda propia.	Número de jóvenes entre 25-29 años que viven en una vivienda propia, dividido por el número de jóvenes en esas edades, multiplicado por 100.
	Proporción de jóvenes que viven en viviendas sin agua potable.	Número de jóvenes entre 25-29 años que viven en viviendas sin agua potable, dividido por el número de jóvenes en esas edades, multiplicado por 100
	Proporción de jóvenes	Número de jóvenes entre 25-29 años que viven

	que viven en viviendas sin sistema de eliminación de excretas por alcantarillado.	en viviendas sin sistema de eliminación de excretas por alcantarillado, dividido por el número de jóvenes en esas edades, multiplicado por 100.
	Proporción de jóvenes que viven en viviendas sin agua caliente.	Número de jóvenes entre 25-29 años que viven en viviendas sin agua caliente, dividido por el número de jóvenes en esas edades, multiplicado por 100.
	Proporción de jóvenes que viven en viviendas sin luz eléctrica	Número de jóvenes entre 25-29 años que viven en viviendas sin luz eléctrica, dividido por el número de jóvenes en esas edades, multiplicado por 100.
Pobreza	Proporción de la población joven que vive en condiciones de pobreza.	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que viven en condiciones de pobreza, dividido por el número de jóvenes de esa edad, multiplicado por cien.
	Proporción de la población que vive en condiciones de Indigencia.	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que viven en condiciones de indigencia, dividido por el número de jóvenes de esa edad, multiplicado por cien.
Bienes	Proporción de jóvenes que viven en hogares sin refrigerador	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que viven en hogares sin refrigerador, dividido por el número de jóvenes de esa edad, multiplicado por cien.
	Proporción de jóvenes que viven en hogares sin TV	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que viven en hogares sin TV, dividido por el número de jóvenes de esa edad, multiplicado por cien.
	Proporción de jóvenes que viven en hogares sin radio	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que viven en hogares sin radio, dividido por el número de jóvenes de esa edad, multiplicado por cien.
	Proporción de jóvenes que tienen acceso a computadoras	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que viven en hogares sin computadoras, dividido por el número de jóvenes de esa edad, multiplicado por cien.

	Proporción de jóvenes que tienen acceso a internet	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que viven en hogares sin internet, dividido el número de jóvenes de esas edades, multiplicado por 100.
Violencia	Tasa de jóvenes que mueren por agresiones y lesiones provocadas por terceros	Número de jóvenes fallecidos por causa de agresiones y lesiones provocadas por terceros, dividido por el número de jóvenes de esa edad, multiplicado por cien mil.
	Tasa de violencia contra las mujeres jóvenes	Número de mujeres de 15 a 29 años víctimas de violencia que hicieron denuncias dividido por el total de mujeres de todas las edades, por 100.000
	Tasa de jóvenes condenados a presidio por cualquier delito	Número de jóvenes condenados a presidio por cualquier delito, dividido por el número de jóvenes de esa edad, multiplicado por mil.
Fecundidad y nupcialidad	Proporción de jóvenes de 15-19 años que han tenido hijos	Número de jóvenes que han tenido hijos, dividido por el número de jóvenes de esa edad, multiplicado por cien mil.
	Proporción de mujeres de 15-19 años que son madres solteras	Número de mujeres que son madres sin estar casadas, dividido por el número de mujeres en esa edad, multiplicado por cien, /a

d) Recursos para el logro de la autonomía y emancipación

Los jóvenes deben contar con derechos a cuidado, asistencias especiales que les permitan el pleno y armonioso desarrollo de sus vidas, calidad de éstas, acceso igualitario a los recursos societales en un ambiente de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad. Sin embargo, la mayoría de los jóvenes no cuenta con recursos y accesos para realizar efectivamente tales derechos, restringiendo también las opciones de autonomía y emancipación a los jóvenes de edades mayores, al no disponer de los recursos necesarios para lograrlo; mientras que tampoco el grueso de los menores accede a ellos para alcanzar su emancipación futura (CEPAL, 2004).

Para lograr su autonomía se les reconoce el derecho a disfrutar del más alto nivel de salud disponible y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y

rehabilitación de la salud. Se espera, por tanto, que tengan asegurada la atención primaria en salud y las prestaciones necesarias, que tengan atención de su salud sexual y reproductiva oportuna, y atención prenatal y postnatal las madres adolescentes y jóvenes, con orientación a los padres, y educación y servicios en materia de planificación familiar. La información reunida para Iberoamérica señala un panorama de gran diversidad en relación a los recursos a los que tiene acceso la juventud en el campo de la salud; los logros en este ámbito son diversos, y no siempre se alcanzan los estándares considerados mínimos. Lo que se concluye es que para muchos jóvenes si es difícil lograr su autonomía por las carencias y la dificultad de acceder a dichos recursos (CEPAL, 2004).

Para llegar a ser autónomos los jóvenes requieren del apoyo de sus familias y de la asistencia del Estado, en especial los que están en condiciones más desventajosas y vulnerables. Necesitan contar con programas de apoyo y recursos materiales, particularmente respecto a la calidad de la alimentación y nutrición, vivienda, educación y trabajos en los que se integran en el mercado laboral. La educación pasa a ser un recurso básico en el logro de la autonomía y la emancipación, y su acceso a niveles superiores es un requisito para asumir responsabilidades en la vida adulta y participar en la comunidad. Pero su logro está muy segmentado entre los jóvenes (CEPAL, 2004).

Dimensión	**Indicadores**	**Forma de cálculo**
Familia	Proporción de jóvenes que viven con su propia familia	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que viven con su propia familia, dividido el número de jóvenes de esas edades, multiplicado por 100.
	Proporción de jóvenes entre 25-29 que viven con su familia de origen	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que viven con su familia de origen, dividido por el número de jóvenes de esas edades, multiplicado por 100.
	Proporción de jóvenes solteras que son madres	Número de mujeres que son madres sin estar casadas, dividido por el número de mujeres en esa edad, multiplicado por cien, /a
	Proporción de	Número de mujeres entre 15-29 años que son

	jóvenes madres que son hijas del jefe de hogar	madres y que son hijas del jefe de hogar, dividido por el número de mujeres en esa edad, multiplicado por cien.
	Proporción de jóvenes unidos que viven con su familia de origen	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que están unidos y que viven con su familia de origen, dividido por el número de jóvenes de esas edades, multiplicado por 100.
	Proporción de jóvenes que son jefes/as de hogar	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que son jefes de hogar, dividido por el número de jóvenes de esas edades, multiplicado por 100
Empleo	Proporción de los jóvenes que se dedica principalmente a quehaceres del hogar	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que se dedican principalmente a quehaceres del hogar, dividido por el número de jóvenes de esas edades, multiplicado por 100.
	Proporción de jóvenes que trabaja remuneradamente	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que se dedican principalmente a trabajar remuneradamente, dividido por el número de jóvenes de esas edades, multiplicado por 100.
	Proporción de mujeres que son madres y trabajan remuneradamente	Número de mujeres entre 15 y 29 años que son madres y se dedican principalmente a trabajar remuneradamente, dividido por el número de jóvenes de esas edades, multiplicado por 100.
Educación	Proporción de jóvenes entre 20 y 29 años que terminaron la educación secundaria	Número de jóvenes entre 20 y 29 años que terminaron la educación secundaria, dividido por el número de jóvenes de esas edades, multiplicado por 100.
	Proporción de jóvenes que trabaja remuneradamente	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que se dedican principalmente a trabajar remuneradamente, dividido por el número de jóvenes de esas edades, multiplicado por 100.
	Proporción de mujeres que son madres y trabajan remuneradamente	Número de mujeres entre 15 y 29 años que son madres y se dedican principalmente a trabajar remuneradamente, dividido por el número de jóvenes de esas edades, multiplicado por 100.
	Proporción de	Número de mujeres entre 20 y 29 años y

	mujeres jóvenes entre 20 y 29 años que son madres y terminaron la enseñanza secundaria	terminaron la educación secundaria, dividido por el número de jóvenes de esas edades, multiplicado por 100.
	Proporción de mujeres jóvenes entre 25 y 29 años que son madres y terminaron la enseñanza superior	Número de mujeres entre 25 y 29 años y terminaron la educación superior, dividido por el número de jóvenes de esas edades, multiplicado por 100.
Sexualidad	Proporción de jóvenes que usó algún MAC moderno en su primera relación sexual.	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que utilizaron MAC modernos en su primera relación sexual, dividido por el número de jóvenes que ha tenido relaciones sexuales, multiplicado por 100.

e) Participación en los procesos democráticos y en el ejercicio de ciudadanía

Este punto habla sobre la necesidad de incrementar la participación de los jóvenes en los procesos democráticos de los países de Iberoamérica y en la profundización del ejercicio de su ciudadanía. Se destaca la idea de promover una educación basada en valores democráticos, la concepción de los jóvenes como sujetos de desarrollo y la importancia de restablecer el capital simbólico de lo público, es decir, de recuperar la confianza y la valoración en la institucionalidad pública por parte de los jóvenes CEPAL (2004).

Las evidencias aportadas por CEPAL (2004) indican que la participación y el ejercicio de la ciudadanía por parte de los jóvenes están cambiando. En este sentido, destacan que los jóvenes ya no se perciben como el gran actor del cambio político, pero tampoco lo hacen como sujetos plenos de derechos o claros beneficiarios de políticas públicas. Un primer cambio se debería al tránsito que experimenta la juventud, de protagonistas del cambio político y social, a sujetos de derecho y objetos de políticas. Dicha transición está pendiente y en el momento actual los jóvenes se encuentran en el umbral que separa ambos modelos.

Dimensión	Indicadores	Forma de cálculo

Participación formal	Tasa de inscripción en los registros electorales.	Número de jóvenes en edad de votar que están inscritos en los registros electorales, dividido por el total de jóvenes en edad de votar, multiplicado por 1000.
	Tasa de votantes en últimas elecciones por tipo de elección	Número de jóvenes en edad de votar inscritos en los registros electorales y que votaron en la última elección, dividido por el total de jóvenes en edad de votar, multiplicado por 1000.
	Tasa de afiliación a partidos políticos	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que pertenece a algún partido político, dividido por el total de jóvenes de esas edades, multiplicado por 1000.
	Tasa de afiliación a organizaciones de la sociedad civil (OSC)	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que pertenece a alguna OSC, dividido por el total de jóvenes de esas edades, multiplicado por 1000.
	Tasa de participación en Organizaciones de voluntariado (QV)	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que pertenece a alguna OV (sin contar los partidos políticos), dividido por el total de jóvenes de esas edades, multiplicado por 1000.
Participación institucional	Tasa de participación en programas de juventud	Número de jóvenes entre 15 y 29 años que participa en algún programa de juventud, dividido por el total de jóvenes de esas edades a los cuales se encuentran dirigidos esos los programas, multiplicado por 1000
Acceso a cargos de elección pública	Proporción de jóvenes en cargos de Diputados	Número de jóvenes entre la edad mínima de presentarse a elecciones y 29 años que tienen el cargo de diputados, dividido por el número total de Diputados, multiplicado por 100.
	Proporción de jóvenes en cargos de Alcaldes	Número de jóvenes entre la edad mínima de presentarse a elecciones y 29 años que tienen el cargo de Alcaldes, dividido por el número total de Alcaldes, multiplicado por 100.
	Proporción de jóvenes en cargos de Concejales	Número de jóvenes entre la edad mínima de presentarse a elecciones (cota inferior) y 29 años (cota superior que tienen el cargo de Concejales, dividido por el número total de Concejales, multiplicado por 100.

	Proporción de jóvenes en cargos nacionales de Partidos Políticos	Número de jóvenes entre la edad mínima de presentarse a elecciones y 29 años que tienen cargos nacionales de Partidos Políticos, dividido por el número total de cargos nacionales de Partidos Políticos, multiplicado por 100.

Metodología

Diseño de investigación

Se trató de un estudio mixto, cuantitativo-cualitativo, de corte descriptivo. Los estudios mixtos combinan la recolección y análisis de datos a través de la medición numérica y el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamientos, típico procedimiento de los enfoques cuantitativos; y la reconstrucción de la realidad tal como la observan los actores de un sistema social previamente definido que caracteriza al enfoque cualitativo.

Los trabajos descriptivos por otra parte, buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989). Es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. (Hernández Sampieri, Collado & Baptista Lucio, 2010).

Se trata de un estudio no experimental, de corte transversal. Es no experimental, dado que no se manipularon ninguna variable, y se efectuó en un tiempo determinado.

Participantes

Se trató de un muestreo probabilístico, aleatorio. En este tipo de muestreo, todos los participantes tienen igual oportunidades de ser elegidos. Se procedió a la elección mediante la utilización de la clásica tabla de números aleatorios, que selecciona los datos al azar a partir de un archivo de datos. Cabe destacar, que la muestra efectuada a través de este procedimiento se extendió a un 60% del total la población adolescente escolarizada del Laguna Larga, por lo que se garantiza fiabilidad en la extensión de los resultados a la población general de adolescentes del lugar.

Los criterios de inclusión a la muestra refirieron a:

- Adolescentes escolarizados (estudiantes) de 12 a 17 años de edad.
- Que asistan a las instituciones educativas de nivel medio de Laguna Larga.
- Que dieran su consentimiento de participación en la presente investigación.

La muestra estuvo compuesta por un total de 366 estudiantes de ambos géneros.

Instrumentos

El instrumento de recolección de datos utilizado fue la *Encuesta Mundial de Salud Escolar*, diseñada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2003. La misma tiene como propósito:

- Aportar datos precisos sobre conductas de riesgo y factores protectores para la salud de los estudiantes, con el fin de ayudar a los países a establecer sus prioridades, elaborar programas para promover la salud de los escolares.
- Permitir a los países, las agencias internacionales y otros organismos a comparar la prevalencia de factores de riesgo y protectores para la salud de los jóvenes de cada país.-
- Establecer tendencias en la prevalencia de conductas saludables y factores de protección de cada país para utilizarla en la evaluación de políticas y programas de promoción de la salud de escolares y jóvenes.

El instrumento está compuesto por un cuestionario auto-administrado de 75 preguntas estandarizadas, agrupadas en torno a categorías claramente definidas. Es una encuesta anónima y autodeterminada, para adolescentes de 12 a 18 años de edad, que computa un tiempo considerable de realización de aproximadamente 30 minutos. Se compone de las siguientes categorías (OMS, 2019):

- Aspectos demográficos e identificación: refiere a la edad, sexo y educación, del estudiante como de los progenitores o los que hagan las veces.
- Estado nutricional: las preguntas apuntan a cuestiones numéricas como la altura, peso, y necesidades alimenticias.
- Comportamiento alimentario: refiere específicamente a la conducta y hábitos alimenticios, tipos de alimentos, cantidad y tiempo de ingesta, etc.
- Higiene: particularmente física y dental.
- Consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, drogas): tipos de sustancias, modos y frecuencia.
- Violencias y traumatismos no intencionales: referencia a conductas agresivas entre con pares, intimidaciones, y accidentes no intencionales, como los de tránsito u otra vía.

- Salud mental: referida a los sentimientos y amistades.
- Comportamiento sexual que contribuye a la infección de VIH – Sida y de otras ITS: refiere a la conducta sexual, utilización de profilaxis y conocimiento general de enfermedades de transmisión sexual en esta población.
- Actividad física: práctica y regularidad del ejercicio físico.
- Factores Protectores: habla sobre la experiencia en la escuela y el hogar.

Procedimientos

Se procedió a asistir, de manera sistemática a las instituciones educativas para tomar contacto con las autores responsables de las mismas. En esa oportunidad se les presentará la investigación, los objetivos y limitaciones de la misma, así como también las actividades que se llevarán a cabo con los estudiantes. Se aprovechó la instancia también, para comentarles las utilidades y beneficios que la realización de la investigación tendría para ellos, para las autoridades sanitarias y la comunidad en general. Extendida dicha explicación, se procedió a la comunicación y posterior firma del consentimiento informado de participación en el estudio, habiendo hecho previa lectura de los aspectos antes indicados. Se le expuso también, los aspectos éticos que regulan en proceder del estudio y se les indicó la posibilidad de abandonar la investigación, sin dar motivos ni justificación, cuando así lo deseen, en el periodo que crean oportuno.

Una vez obtenido el permiso de las autoridades escolares, se pensó en el momento de poder tomar contacto con los estudiantes, a los fines de no interrumpir las tareas escolares diarias. Previo a ello, se efectuó mediante la utilización de una tabla de números aleatorios, la selección de los participantes al azar a partir de un archivo de datos oportunamente conseguido. Una vez obtenido esta nómina, se procedió a establecer contacto con los estudiantes de cada institución educativa. Al igual que para el caso de las autoridades, se les explicaron los objetivos y limitaciones del trabajo, la utilidad social que tendría poder acceder a la información, así como también las consideraciones éticas; al tratarse de adolescentes y de instancias privadas, se les hizo especial hincapié en la confidencialidad, en el anonimato y en el uso no indebido de la información prestada. Hecha la aclaración, se les extendió un consentimiento informado de participación en la misma y a la verificación de la firma.

Seguidamente, se les explicó las actividades a realizar, básicamente la composición de los distintos aspectos de la encuesta, paso por paso, a los fines de despejar dudas, tiempos estimados y se les hizo saber, que podían consultar cualquier palabra que no comprendan. Se procedió a la administración y recuperación del material. Una vez culminada la actividad, se les agradeció y efectuó un breve cierre.

Consideraciones éticas

Se hace necesario presentar también los aspectos ético que atraviesan el estudio, por tratarse de información procedentes de adolescentes, menores de edad. En este sentido, por la naturaleza de la investigación, resulta necesario aclarar que se buscó información personal que traspasa los límites de lo que se considera privado. En efecto, se tuvo en cuenta la invasión a la privacidad y como consecuencia de ello, la información obtenida a través del instrumento antes descrito tiene como condición esencial la confidencialidad, el anonimato y un uso no indebido de la misma. Estos aspectos se resguardaron eliminando todos aquellos datos que impliquen el reconocimiento de los/as pacientes que reciben tratamiento en este espacio.

Conforme a Ley Nacional N° 25.326, de Protección de datos personales, se estableció que la participación en el estudio fuese totalmente voluntaria, y que los participantes pudiesen rehusarse de colaborar en el mismo, o bien abandonarlo en cualquier momento que lo consideren, sin tener que expresar sus razones. Que su identidad y sus datos serán protegidos bajo esta ley, siendo que los datos recogidos en este estudio serán de utilización enteramente científica, de modo que no pueda llevarse a cabo identificación alguna, reservando su identidad.

Para dicho fin, se adoptaron las medidas técnicas y organizativas necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales, de modo de evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, y que permitan detectar desviaciones, intencionales o no, de información, ya sea que los riesgos provengan de la acción humana o del medio técnico utilizado.

Cabe destacar además, que los datos personales objeto de tratamiento sólo pudieron ser cedidos para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con el

interés legítimo del cedente y del cesionario y con el previo consentimiento del titular de los datos, al que se le informó con anterioridad sobre la finalidad de la cesión.

Análisis de datos

En lo que respecta al análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 17.0 de Windows. Para el mismo se considerarán las siguientes variables:

- Aspectos demográficos e identificación
- Estado nutricional
- Comportamiento alimentario
- Higiene
- Consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, drogas):
- Violencias y traumatismos no intencionales:
- Salud mental.
- Comportamiento sexual que contribuye a la infección de VIH – Sida y de otras ITS.
- Actividad física.
- Factores Protectores.

Como procedimiento estadístico se completó el estudio de la distribución de frecuencia y el estudio de la relación entre variables, haciendo uso de técnicas propias de la estadística descriptiva, como el análisis de la media y su desviación, tabla de frecuencia y de contingencia, según corresponda. Cabe destacar la implementación de gráficos a los fines interpretativos de la información.

Resultados

Como se dijo en el apartado "análisis de datos" de la presente obra, para el tratamiento de los datos recabados, se implementó el programa estadístico SPSS, en su 17 versión para Windows.

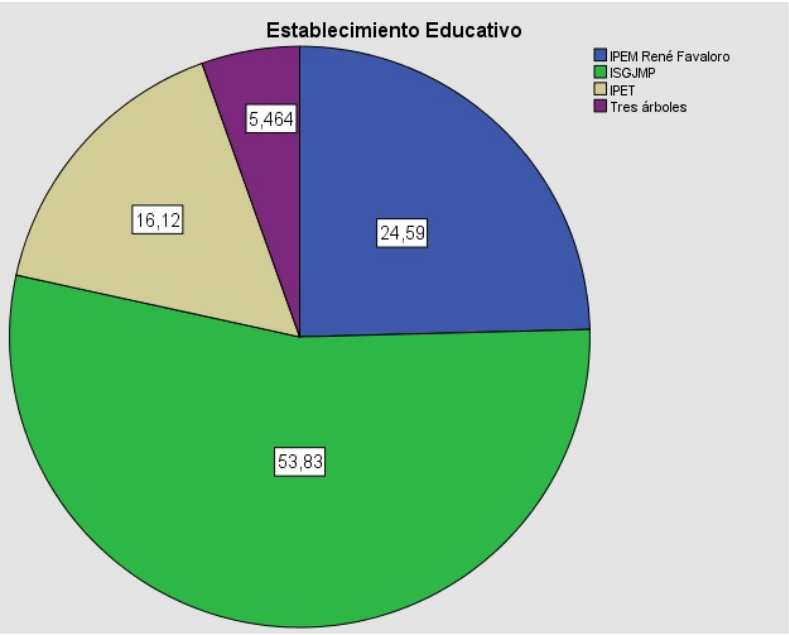
Como procedimiento estadístico se hizo uso de gráficos, la tabla de frecuencia y de contingencia para los casos correspondientes (estos dos últimos en Anexos), todas técnicas propias de la estadística descriptiva.

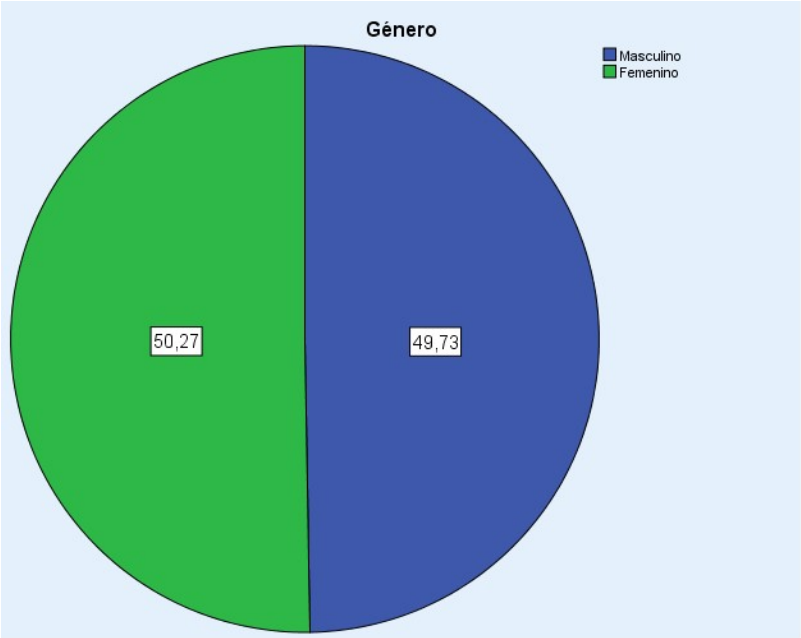
Para dar inicio, se comienza describiendo la muestra objeto de estudio. Se trabajó con un total de 366 adolescentes escolarizados de 12 a 17 años de edad, de los distintos establecimientos educativos de la localidad. Del total de estudiantes encuestados, el 53,8% (197) corresponde a estudiantes del Instituto José María Paz, el 24,6% (90) al I.P.E.M. 342, el 16,1% (59) a la Escuela Provincial, y en menor medida (5,5%, 20) para la escuela rural, Tres árboles. De un total de 366 estudiantes, el 50,3% (184) fueron mujeres y el resto, varones (49,7%, 182). En todas las instituciones, las mujeres resultaron en mayor proporción que de hombres, con excepción de la Escuela Provincial, quizás por tratarse de una orientación técnica: Agromecánica. Se cree además, que el número de estudiantes que absorbe cada institución obedece en parte a la historia y trayectoria de las escuelas, como del emplazamiento geográfico de las mismas. De esta manera, es esperable la diferencia, en términos porcentuales, de la asistencia y concurrencia en un establecimiento escolar que se encuentran en una zona rural en relación de aquel que se ubica en el centro de la localidad.

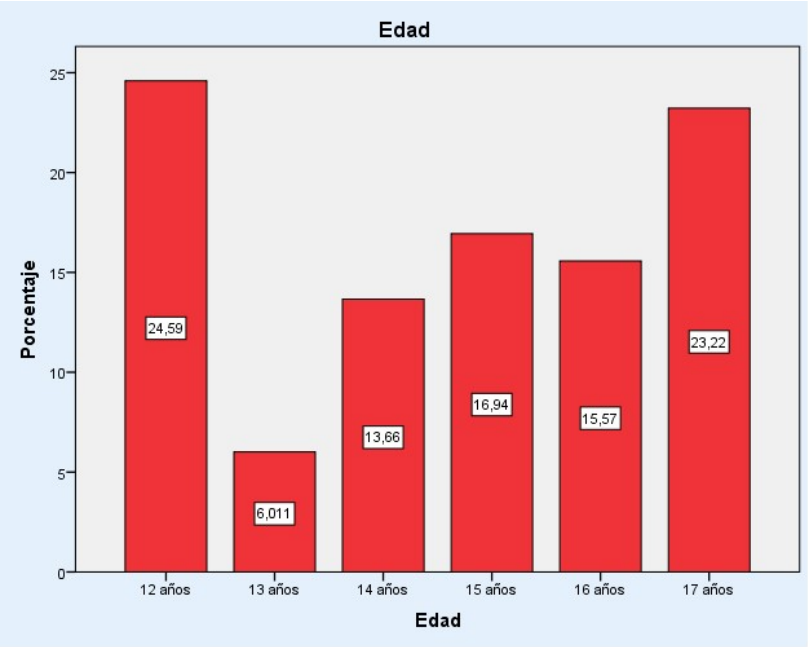
Con respecto a la edad, el mayor porcentaje (24,6%, 90) fueron estudiantes de 12 años de edad, seguidos en porcentajes (23,2%, 85) por adolescentes de 17 años, y de allí un escalón en pendiente, con respecto a las demás edades, que parten del 15% en forma descendente. Como correlato de ello, el 23,2% (85) se encuentra cursando el segundo año, y el 16,9% (62) el sexto año, no obstante se ha indicar también el 19,4 (71) para tercer año y el 18% (66) para cuarto año, lo que demuestra por otra parte, cursos heterogéneos, caracterizados por la diversidad de edades, aunque presumiblemente debido al momento en que se efectuó la recogida de datos.

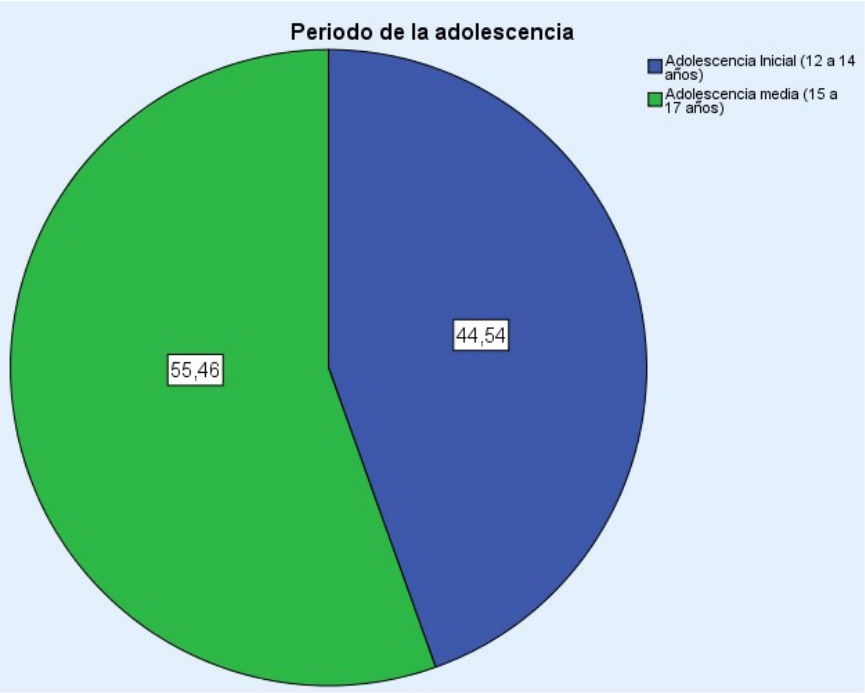
En el marco de la teoría revisada, más que tratar en edades en términos numéricos y absolutos, se piensa en periodos con características específicas, a los fines de homogeneizar la muestra en estudio. De esta manera, del total de los estudiantes encuestados, el 44,5% corresponde a lo que los autores especializados en la materia, denominan adolescencia inicial, de 12 a 14 años, y el resto (55,5%) para la adolescencia media, de 15 a 17 años de edad.

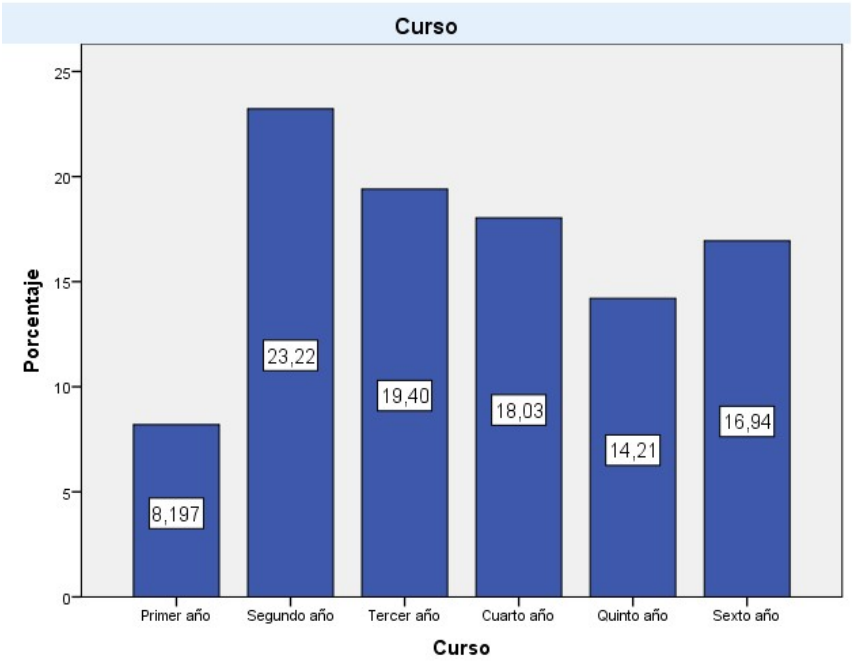
A continuación se presentan los gráficos con los datos antes descritos.



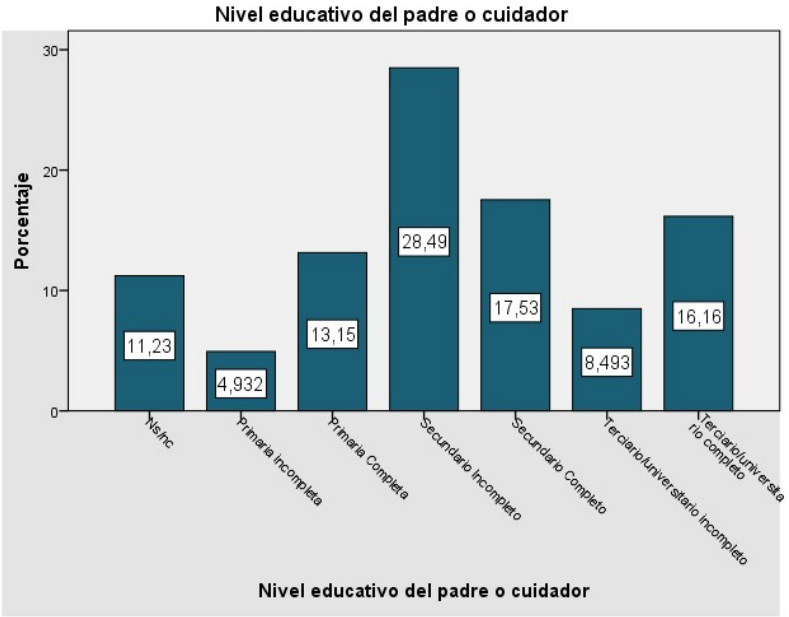


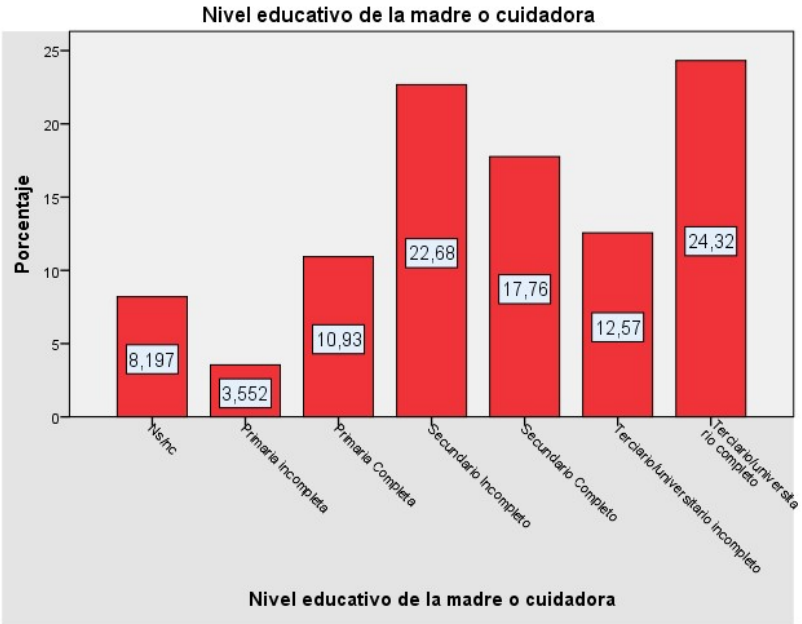

Edad
Porcentaje
25
20
15
10
5
0
24,59
6,011
13,66
16,94
15,57
23,22
12 años
13 años
14 años
15 años
16 años
17 años
Edad


Periodo de la adolescencia
Adolescencia Inicial (12 a 14 años)
Adolescencia media (15 a 17 años)
44,54
55,46



Continuando con la referencia a los aspectos socio-demográficos de los estudiantes, un dato a considerar está relacionado con la formación académica de los padres o tutores de éstos. De hecho, en la bibliografía especializada se la encuentran asociada en tanto a factor protector, a una mayor probabilidad de continuar con los estudios secundarios y terciarios por parte de los actuales estudiantes (Minichiello, Maglio & Schmidt, 2010). Sobre esta línea, se registran para el progenitor masculino, o el que haga las veces, un grueso (28,4%, 104) que no ha terminado la instancia media de formación, precisamente la etapa académica en la que se encuentran sus hijos. Para el caso de la progenitora o cuidadora, los datos se concentran en torno al terciario/universitario completo (24,3%, 89), lo que genera una mejor perspectiva, aunque seguidos por el secundario incompleto (22,7%, 83).





No obstante, la disgregación de los datos anteriormente tratados por la institución, demuestra claras diferencias dignas de mención. En efecto, el 84,7% (50) de los 59 casos de padres que alcanzaron la instancia terciaria/universitaria completa, pertenecen a estudiantes del I.S.G.J.M.P., junto al 67,7% (21) que indican no haberla culminado. Para las otras instituciones educativas, el grueso de los porcentajes se ubicó en la categoría “secundario incompleto”. (Anexo: Tabla 1).

En igual sentido corren los datos para el caso de las madres o cuidadoras de estos estudiantes, el 78,7% (70) de 89 corresponden a la categoría "terciario/universitario completo" para las progenitoras/cuidadoras de los estudiantes del I.S.G.J.M.P., seguida por un porcentaje similar (73,9%) para la categoría terciario/universitario incompleto. Aún cuando el 20% de las madres de estudiantes del IPET indican haber alcanzado el nivel terciario/universitario completo, los datos gruesos ponen en evidencia que sea para el caso del progenitor varón como de la mujer, los porcentajes más deseables se encuentran para el caso de los estudiantes del Secundario General Paz, configurando un factor protector de consideración de cara a favorecer un mejor desarrollo para éstos. (Anexo: Tabla 2).

Con respecto a los valores nutricionales de la población estudiada, resulta conveniente distribuirlo en función del género y edad, por razones obvias; las diferencias en el crecimiento en el periodo inicial de la adolescencia por sexo son observables a simple vista, de igual manera, en lo que hace al periodo medio de esta etapa evolutiva (Breinbauer & Maddaleno, 2008), tal como se vio reflejado en el aparato de las etapas de la adolescencia del marco teórico. En lo que respecta a la comparativa de las medias de altura y peso, en adolescentes mujeres de 12 a 14 años (adolescencia inicial) se observan diferencias por establecimientos educativos en lo que refiere al peso para el cotejo de datos entre el IPEM y el ISGJMP, de aproximadamente 5 kilos. No se observan significativas en torno a la altura. Si se considera el Índice de Masa Corporal, las chicas del IPEM tendrían una media de 21,33; las del General Paz, de 19,28; las del IPET de 20 y las del colegio Tres árboles, de 21. Cabe recordar que se esperan valores entre 20 y 25. (Anexo: Tabla 3).

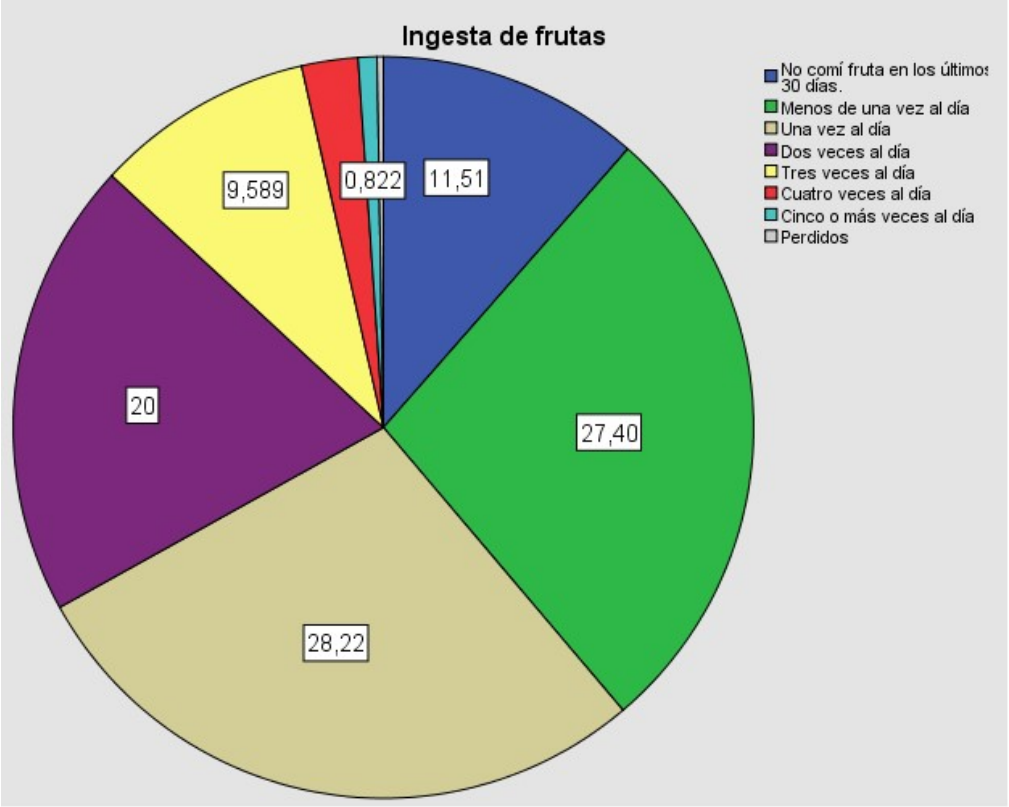
Para el caso de los varones, la comparativa del peso y de la altura por establecimiento educativo marca diferencia en ambas variables. Los estudiantes varones de periodo inicial de la adolescencia que asisten a la escuela Tres árboles pueden medir hasta 6 cm más que el promedio de la misma muestra del IPET, y pesar hasta 10 kg más que la misma muestra del IPEM. Si se considera el Índice de Masa Corporal, los varones del IPEM tendrían una media de 19,58; las del General Paz, de 19,97; las del IPET de 20,94 y las del colegio Tres árboles, de 21,94. (Anexo: Tabla 4).

Ahora bien, en lo que respecta al periodo medio de la adolescencia, no se registran diferencias significativas por establecimiento educativo para el caso de las

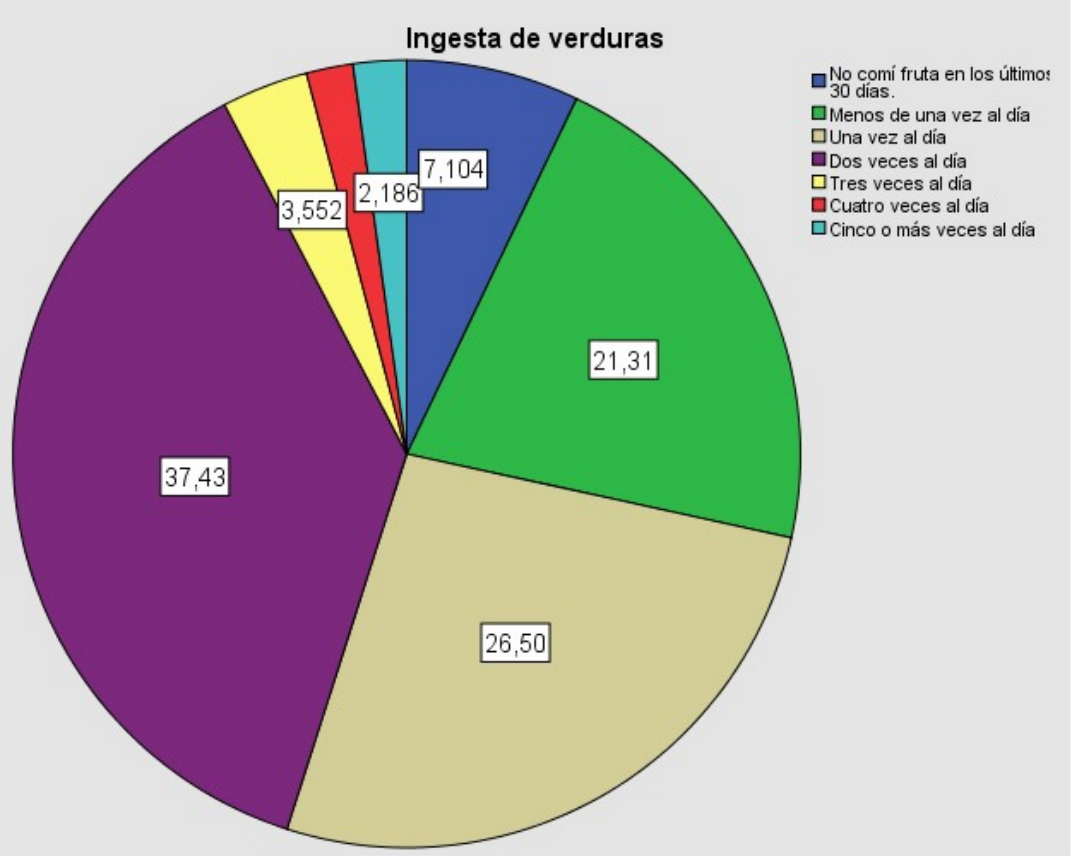
mujeres, estando sus índices de masa corporal entre 21 y 23 en promedio. En igual sentido, este índice se encuentra dentro de los valores considerados normales, para el caso, entre 21 y 24, no obstante, un varón del IPET puede pesar en promedio hasta 8 kilos más que uno del IPEM. (Anexo: Tabla 5 y 6).

Con respecto a la sensación de hambre y la estadía sin alimentación se encontró que el 2.4% (10) casi siempre tiene sensación de hambre y no tiene alimentos para saciar la necesidad, y 0,3% (3) siempre padece de hambre. Sumado a ello, alrededor de 6,4% indica a veces padecer hambre sin poder satisfacerlo. La distribución por establecimiento educativo, no arrojó diferencias significativas, encontrándose casos en cada uno de aquéllos. Aún cuando la incidencia en términos numéricos es menor, la simple presencia de vivencias semejantes se posiciona como factores de riesgo para la salud y el normal desarrollo de estos adolescentes, lo que compromete su futuro. (Anexo: Tabla 7).

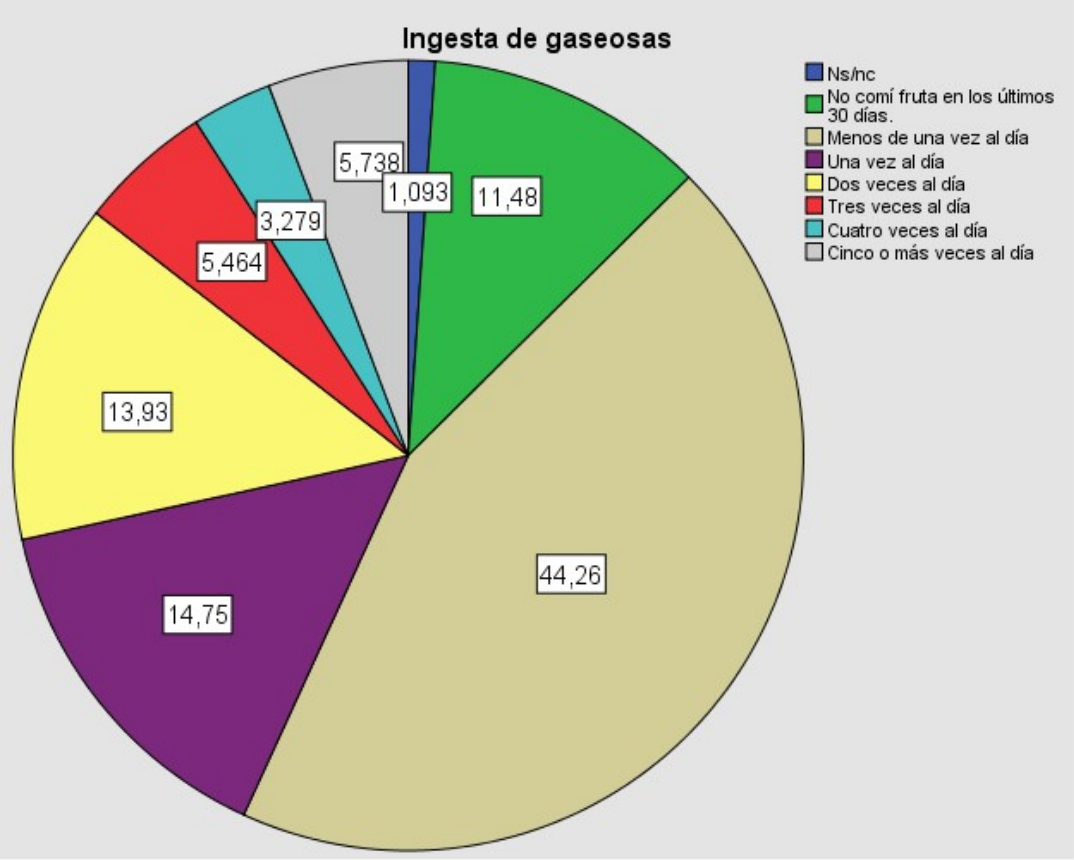
Seguido de lo anterior, datos arrojados sobre el comportamiento alimenticio de estudiantes encuentran valores preocupantes. Si se echa un vistazo al óvalo nutricional de nuestro país, entre los alimentos preferentes para una adecuada salud, se destacan el agua, las frutas y verduras (hortalizas). Aún cuando se mencionan otras, como la leche y sus derivados, cereales, carnes y huevos, aquéllas resultan esenciales para una dieta balanceada. En este sentido, el 67,1% de los encuestados comió una fruta al día o menos, en el transcurso de 30 días, lo que refleja un dato muy escaso. No obstante ello, al menos 120 estudiantes de 366, comen entre dos y cinco veces al día frutas, en los últimos 30 días.



Por su parte, la ingesta de verduras registra mejores datos. El 26,5% (97) comen al menos una vez al día, y un total de 165 estudiantes comen de dos veces al día o más, entre un total de 366 participantes. Un menor porcentaje, de 28,4% come verduras menos de una vez al día, en los últimos 30 días.

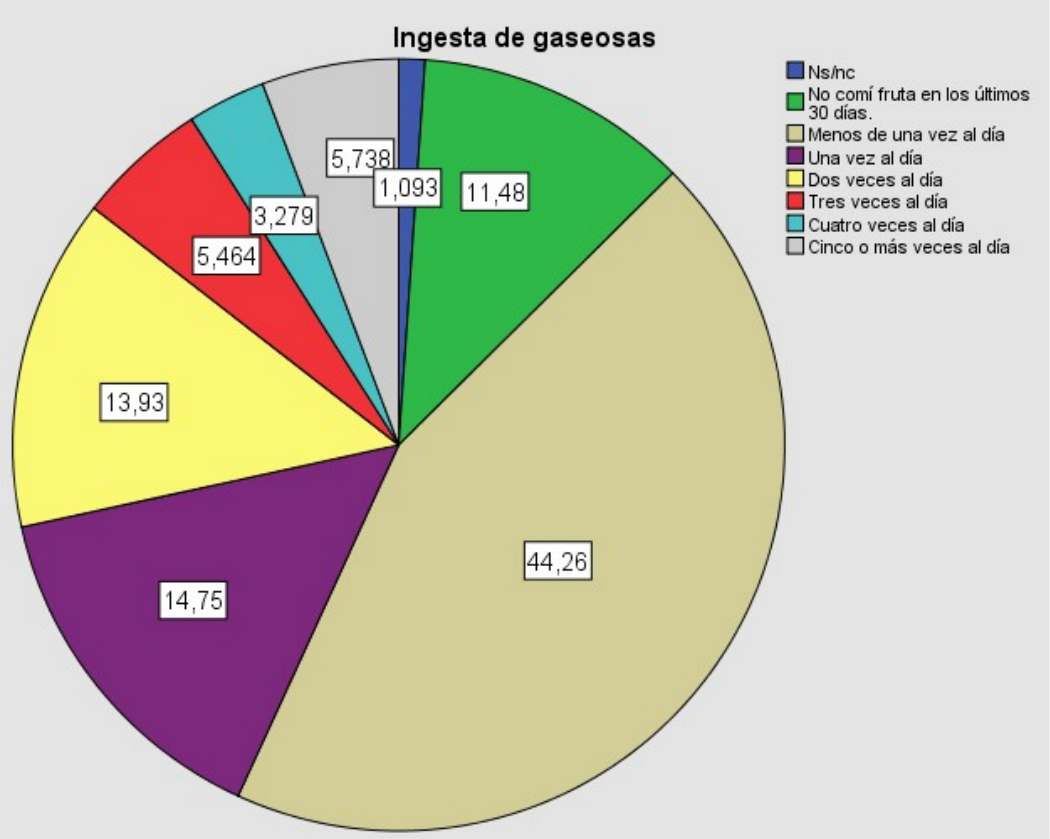


Con respecto a la ingesta de gaseosas y aguas carbonatadas en general, de gran contenido calórico y perniciosas para la salud, en el 56,8% de los datos acumulados no ingirió estas bebidas o lo hizo menos de una vez al día. Como contraparte, alrededor de 158 estudiantes bebió de dos hasta más de cinco veces al día gaseosas de alto contenido calórico, en los últimos 30 días.

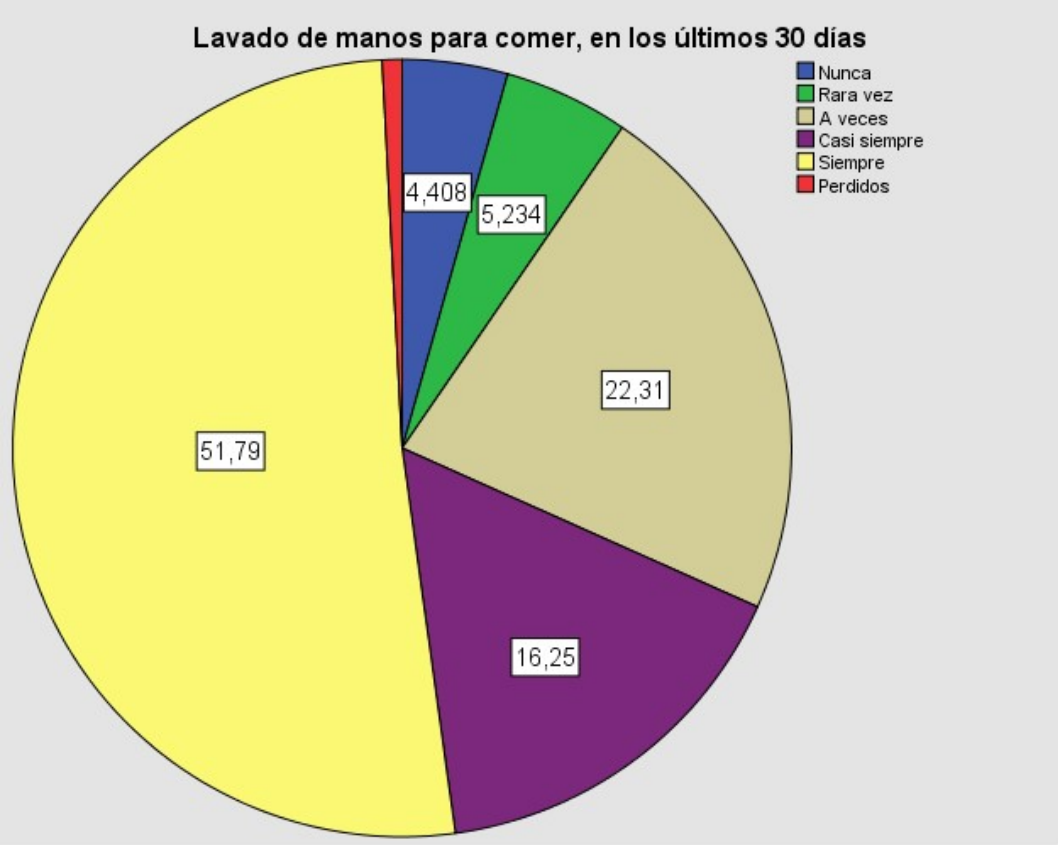


Por último, sobre la ingesta de comida rápida, también de alto nivel calórico y de escaso valor nutricional, el 66,4% (243) dijo comer estas comidas una vez en la última semana; 16,7% (61) y el 6,8 (25) dijo hacerlo entre dos y tres días a la semana respectivamente. El resto de los casos, lo hace entre cuatro y todos los días de la semana.

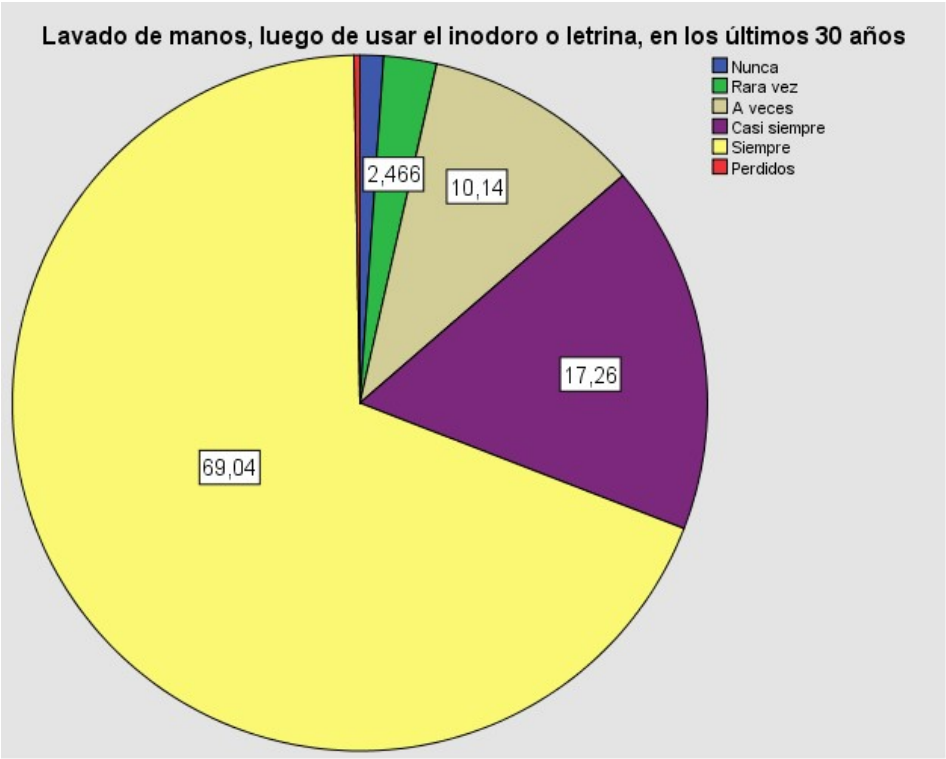
Se ha de destacar con respecto a la conducta alimenticia, que la disgregación de los valores encontrados por género, edad o periodo evolutivo y establecimiento educativo, no arrojó mayores diferencias dignas de mención, por lo que puede decirse, con respecto a productos específicos, como por ejemplo la ingesta de gaseosas, que se trata de una cuestión que trasciende el aspecto socio-cultural, encontrándose en cada estrato y segmento de población, en zonas urbanas como en las rurales.

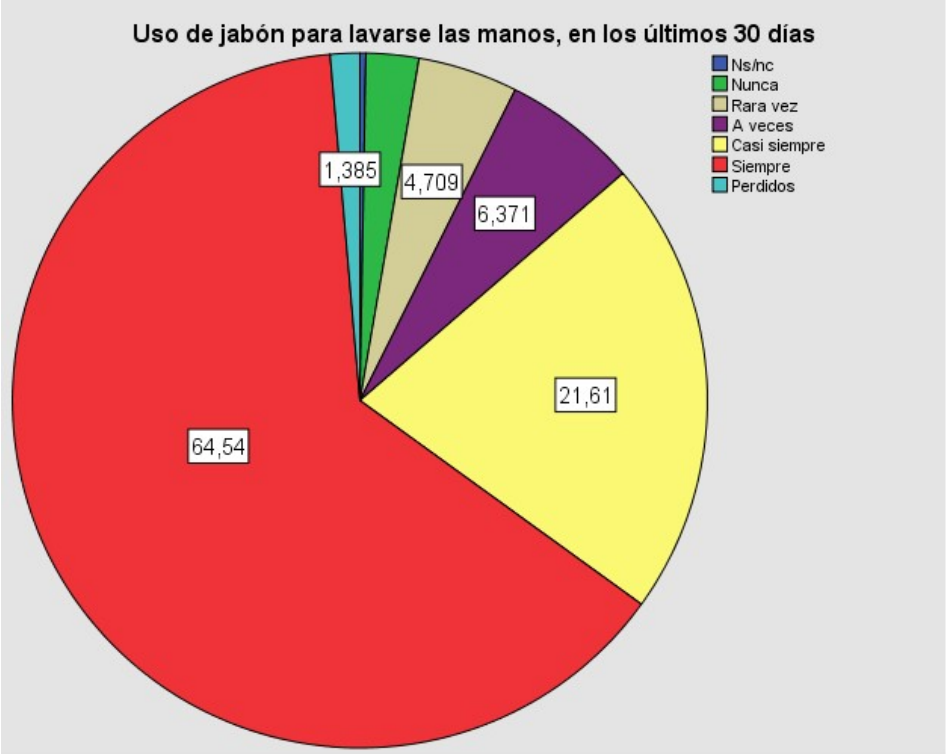


Otro de los aspectos fundamentales ligados a la vida saludable y el buen desarrollo, refiere a la higiene personal. Si bien este es un concepto amplio que implica la higiene corporal, y aseo personal, entre otras cosas, en el tratamiento de datos sólo se recabó información atinente al lavado de manos para comer y luego de utilizar el baño, y al uso de jabón. Siendo la adolescencia un periodo caracterizado por paulatinas alteraciones y grandes cambios en los aspectos psicológicos, suele ocurrir el descuido del aspecto personal en el aseo y el cuidado. Considerando las implicancias que ello genera en la salud, su consideración resulta de gran relevancia. Así las cosas, en el término de los últimos 30 días, aproximadamente 247 estudiantes de 366 respondieron lavarse las manos 'casi siempre' y 'siempre'. Un 22% (81) lo hace 'a veces'. Un porcentaje menor, no lo tiene entre sus hábitos de higiene.



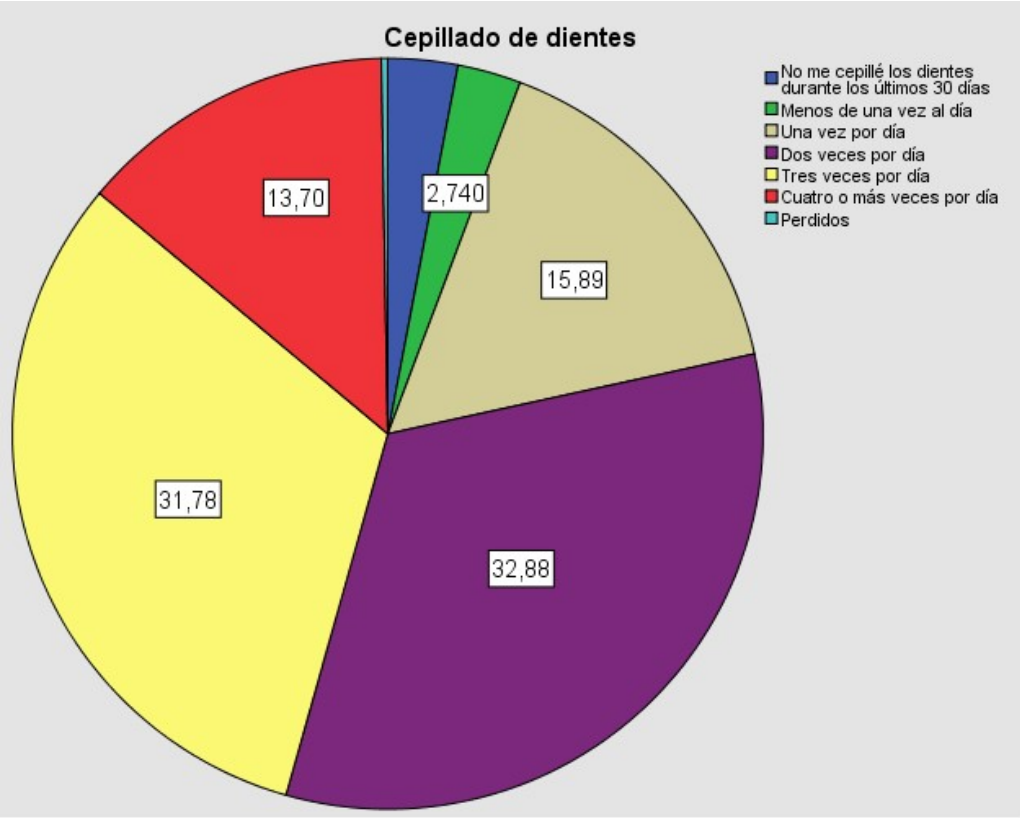
En cuanto al lavado de manos, posteriormente de la utilización del baño, específicamente, luego de entrar en contacto con el inodoro o letrina para el caso, en los últimos 30 días, 315 estudiantes de 366 confirman la práctica. En igualdad de medidas para el caso anterior, no lo incorpora como hábito de higiene. Los datos se replican para el caso de la utilización de jabón, como antiséptico.

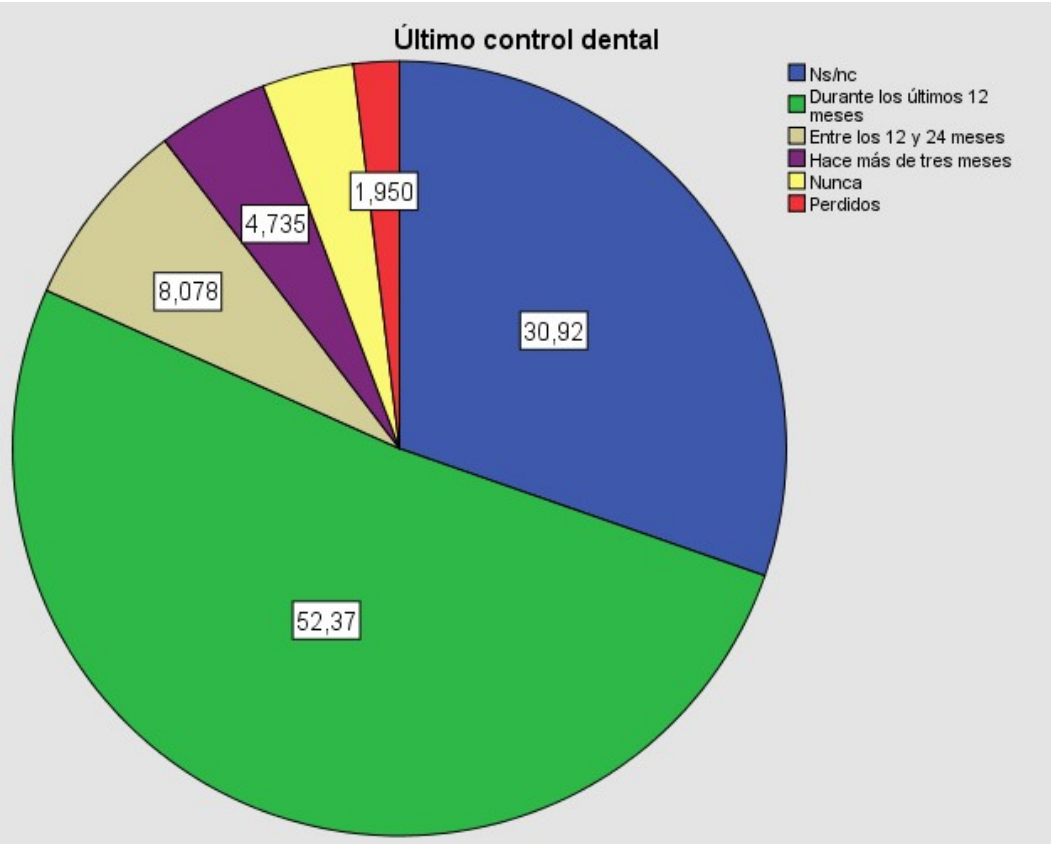

Lavado de manos, luego de usar el inodoro o letrina, en los últimos 30 años
Nunca
Rara vez
A veces
Casi siempre
Siempre
Perdidos
2,466
10,14
17,26
69,04


Uso de jabón para lavarse las manos, en los últimos 30 días
Ns/nc
Nunca
Rara vez
A veces
Casi siempre
Siempre
Perdidos
1,385
4,709
6,371
21,61
64,54

Se desprende de los datos analizados anteriormente presentados supra, que la higiene personal, que como se dijo, implica para este estudio la indagación sobre hábitos específicos, como lavado de mano en distintas circunstancias y la utilización de jabón, no representan una problemática que implica efectos perniciosos para la salud de esta población. Como correlato, no se encontraron diferencias significativas por género, edad o establecimiento educativo de pertenencia.

Uno de los aspectos importantes sobre la cuestión de higiene, refiere a la salud dental. En este sentido, alrededor de 286 estudiantes indican cepillarse los dientes con regularidad, entre dos o más veces por día. El 15,8% lo hace al menos una vez al día. Son considerablemente escasos los números de estudiantes que lo hacen menos de una vez al día o nunca. Con respecto a la última consulta al profesional de la salud dental, poco más de la mitad (51,4%) de ellos admitió haber concurrido al menos una vez en los últimos 12 meses; 7,9% entre 12 y 24 meses, y un 4,6% hace más de dos años que no asiste al odontólogo. Han de mencionarse el 3,8% que nunca asistió y el 30% que no dieron mayores datos al respecto (Ns/nc).





Como se vio en el apartado teórico, la violencia en manos de los adolescentes es una problemática mundial, que genera grandes costes a las autoridades gubernamentales, a las autoridades de justicia y en la actualidad, dada su magnitud y extensión, se la considera una problemática de salud pública. La violencia juvenil es un fenómeno complejo y multideterminado; los factores de riesgo asociados a su expresión son de lo más diversos; las consecuencias y resultantes de las conductas violentas y agresivas en estos grupos reconocen la manifestación de la victimización en sus más amplias formas, desde simples lesiones, agresiones graves, peleas callejeras, hurtos y robos, agresión sexual, intimidación (física, psicológica y virtual) y homicidio, con y sin ocasión de robo (OMS, 2003).

En este sentido, y en aras de dar respuesta los objetivos planteados, se encontró que en términos general, 300 estudiantes de 366 que componen la muestra total no han sufrido en los últimos 12 meses, episodios algunos vinculados con violencia, por parte de pares. No obstante, el resto ha vivenciado en alguna oportunidad en el último año,

episodios de violencia. Los números decrecen a medida que se aumentan las veces que se los han victimizados; así, el 33% (20 de 59) fueron estudiantes del I.P.E.T.; 22,95% (45 de 196) estudiantes del General José María Paz que dijeron haber sido víctima alguna vez en este periodo; el 15,5% (14 de 90) estudiantes fueron del I.P.E.M., y en menor proporción (5%, 4 de 20) de la escuela rural Tres árboles. Aún cuando en términos proporcionales el colegio técnico (IPET) tiene mayor índice de victimización, en términos absolutos el colegio privado General Paz posee el mayor volumen (estudiantes).

Con respecto a la distribución de la victimización por género, de 182 varones encuestados, 35 indicaban haber vivenciado un episodio victimizante en los últimos 12 meses, en diferentes ocasiones. De estos, el 32,6% (15 de 46) de estudiantes varones del colegio técnico provincial (IPET) indican haber vivenciado algún episodio de violencia en el último año; seguido en orden de importancia, los estudiantes varones del colegio rural, dijeron 2 de 7 de ellos (28,5%) haber sido víctimas de situaciones violentas. Para el caso de los estudiantes varones del colegio privado General Paz, el porcentaje giró en torno al 14,4% (14, de 97), y por último, el 12,5% de los estudiantes varones del I.P.E.M., indicaron haber sido víctima al menos una vez en el último año. Para el caso de las mujeres, la situación se observa algo distinto, tanto en cantidad de chicas víctimas como en su distribución por escuela. Si bien el mayor porcentaje en proporción se encuentra el colegio provincial IPET, con el 38,46% (5 de 13) de los casos, siendo el más alto, el segundo lugar, se ubica para I.P.E.M., con el 17,24% (10 de 58) de mujeres que indican ser víctima de violencia en el último año; el colegio rural, con 15,3% (2 de 13) y el secundario General Paz con el 13,3% (13 de 99) chicas víctimas en los últimos 12 meses. (Anexo: Tabla 8).

Ahora bien, si se distribuyen los valores sólo considerando el periodo de la adolescencia en la que se encuentran los estudiantes, el mayor porcentaje de casos de victimización se encuentra en la adolescencia inicial; así, esta etapa concentra 25,1% (41 de 163) de los casos, mientras que sólo el 11,8% (24 de 202) es para la adolescencia media. (Anexo: Tabla 9).

Con relación a las participaciones en peleas callejeras en los últimos 12 meses, uno de los modos propios de esta etapa evolutiva, se encontraron datos coincidentes con los de la victimización, lo que en cierta manera obedece al principio de que víctima y

victimario se conocen y pertenecen al mismo grupo de pares. En efecto, en términos de proporción de la frecuencia de participación en estas actividades violentas en relación a la cantidad de estudiantes por establecimiento, se encuentra el mayor porcentaje, el 44% (25 de 58) de los estudiantes del colegio provincial (IPET) indica haber participado en al menos una alguna pelea callejera en el término de los últimos doce meses. Le sigue en importancia el I.P.E.M., con el 23,3% de los casos (21 de 90). Seguidamente, el colegio privado General Paz, con el 20% en proporción (41 de 197) y por último, el colegio rural, con apenas el 2% (tan sólo 4 de 20).

La distribución por género de los datos, encuentra asimismo, diferencias significativas en relación a este criterio, dato por otra parte esperable, dado que generalmente esta actividad es más propensa de un género (masculino) que de otro, en una relación 35 - 15%. En este sentido, para el caso de los varones, al colegio IPET, es la institución que registró mayores porcentajes, con el 48,8% de los casos (22 de 45) de estudiantes varones que indica haber participado de al menos alguna pelea callejera en el último año. Le sigue en importancia el colegio I.P.E.M., que en proporción, arroja el 37,5% (12 de 32) de los varones que se ven involucrado en estas actividades violentas. Por último, las otras dos instituciones, General Paz y el colegio rural Tres árboles, con iguales porcentajes: 28,5%. (28 de 97 casos para el ISGJMP, y 2 de 7, para Tres árboles.).

Para el caso de las mujeres, como se dijo anteriormente, apenas el 15% de la muestra total (184) ha incurrido en este tipo de violencia. En sintonía con los datos anteriores, las cifras más altas se hallan para el caso del colegio IPET, que en proporción, encontró el 30% de las estudiantes (4 de13); lo secundan el colegio I.P.E.M., y el rural, con el 15% aproximadamente (9 del 58 para el primero; 2 de 13 para el segundo). En último lugar, el colegio privado, con el 13% de las chicas (13 de 100). (Anexo: Tabla 10).

Al igual que para el caso anterior, la distribución de los datos sólo considerando el periodo evolutivo de estos estudiantes, arroja más pistas en la dirección dada, sobre la proxemia entre la víctima y el victimario. En términos proporcionales, el 34,3% de los estudiantes del periodo inicial de la adolescencia incurre en conductas violentas, como las tratadas, en los últimos doce meses, en cotejo con el 17,8% de los casos (36 de 202) de estudiantes del periodo medio de la adolescencia. (Anexo: Tabla 11).

Como se dijo anteriormente, las conductas violentas en manos de los jóvenes traen consecuencias de las más variadas y amplias para las víctimas. Las lesiones graves, figura tipificada en el Código Penal, involucra un conjunto de conducta agresivas y violentas que por su fuerza e intensidad, dejan graves consecuencias físicas y en ocasiones, riesgo de vida, para la víctima.

En este sentido, los datos encontrados resultan sorprendentes para todos los casos por lo elevado de las cifras. Sobre esa línea, se registra un 45,3% de los casos que indica haber vivenciado al menos una vez, en los últimos 12 meses, un episodio de violencia grave. Esto es 166 estudiantes de ambos géneros de un total de 366. Considerando estos números en función de los establecimientos, en términos proporcional, en la relación estudiante/número de víctimas de lesiones graves, se registró que el 55% de los casos, corresponde al colegio privado General Paz (109 de 197), lo sigue en importancia el colegio provincial IPET con el 49% de los casos (29 de 59) estudiantes que dicen haber sido víctimas de lesiones graves en el último año. El I.P.E.M., registró 47,7% en términos proporcionales (43 de 90) y en última instancia, el colegio rural, con el 35% de los casos (7 de 20). Se ha de agregar que para todas las instancias en las que se indicaron ser víctimas (una, dos o tres veces, cuatro o cinco veces, seis o siete veces, etc.) el colegio privado registró los más altos porcentajes en el cotejo de los datos en relación a los demás establecimientos educativos. Para dar cifras más precisas, el 57% y el 42% de los estudiantes del colegio privado indican haber sido víctima una vez, y dos o tres veces, respectivamente, en los últimos doce meses.

Con respecto al género, la gran mayoría de los encuestados víctimas de lesiones graves son varones. En efecto, de aquellos que indican ser víctimas, el 24% son varones contra 19% que son mujeres adolescentes. Dentro del grupo de los varones, de un total de 182 encuestados, 90 resultaron al menos una vez en los últimos 12 meses, víctimas de agresiones graves, es decir, el 49,4%. Por otra parte, de 184 mujeres adolescentes encuestadas, 70 resultaron víctimas algunas veces en ese mismo periodo (38%). En términos específicos en relación al género masculino según la institución escolar, en proporción el I.P.E.M., registra los casos más altos en el cotejo de los datos, en términos proporcionales; el 65,6% de esta población (21 de 32) indica haber sido víctima en los últimos 12 meses de al menos, un episodio violento grave. Lo siguen el colegio rural con 57,1% (4 de 7) y el provincial IPET con 53,4% (23 de 46) de los casos. Al último

lugar quedó el colegio privado con el 49,4% (48 de 97) casos. Para el caso de las mujeres adolescentes según el establecimiento educativo, los datos son disímiles en comparación con el caso de los varones. Para ellas, el mayor porcentaje en la relación estudiante/víctima de lesión grave se encuentra en el colegio privado General Paz, con el 49% de los datos (49 de 100); le sigue el IPET con 46,1% de los casos y en menor medida para el I.P.E.M., y el rural, con 37,9 (22 de 58) y el 23% (3 de 13), respectivamente. (Anexo: Tabla 12).

Por cuanto a los periodos de la adolescencia, como ha de esperarse en relación con los estudiantes que participaban en peleas callejeras, la mayor proporción se registra en la adolescencia inicial. Así, 75 de 163 (46%) adolescentes de 12 a 14 años indica haber sido víctima de una lesión grave en los últimos doce meses; en contrario, para el caso de la adolescencia media, de edades comprendidas de 15 a 17 años, se registra un 44,3% de los casos, es decir, 90 de 203 adolescentes de esas edades. (Anexo: Tabla 13).

Continuando con esta variable, las lesiones serias como categoría de análisis implican para esta encuesta la rotura de huesos, dislocaciones, cortes, punzadas, puñaladas, golpes o contusiones en la cabeza o cuello, desmayos, sensación de no podes respirar, heridas de arma de fuego, quemaduras graves, intoxicaciones con medicamentos, o el sucedido de otras cosas que puedan afecta la vida de la persona. Muchas de estas instancias pueden dejar consecuencias permanentes en la vida de estos adolescentes, sea en términos físicos como aquello que refiere en términos comportamentales.

Sobre este aspecto, los datos hallados resultan sorprendentes. Más allá de las instancias escolares, para todos los casos se registraron valores superiores al 40% de los casos. Así, el 44,8% (160 de 357) estudiantes indican haber tenido una lesión seria en el último año. 38 de esto sufrieron rotura de huesos, 4 recibieron un corte o puñalada, 6 un golpe fuerte en la cabeza o cuello, o sufrió un desmayo, uno recibió una herida de arma de fuego, 7 se intoxicaron con consumo excesivo de alguna droga y 3 sufrieron una quemadura. Se han de agregar 101 casos de adolescentes que indican haber sufrido otro tipo de cosas, no especificada, que implica una lesión seria. De estos datos, en términos de relación adolescentes/lesión seria por establecimiento, se encontró un 47% (27 de 57) para estudiantes del IPET, un 44% (85 de191) y 43,8% (39 de 89) para colegio privado General Paz y I.P.E.M., respectivamente. En menor medida en el cotejo se ubicó el

colegio rural con el 40% (8 de 20) de los casos. En esta línea, el colegio General Paz encontró los mayores porcentajes en cada una de las categorías revisadas, con excepción de la intoxicación y herida de arma de fuego.

En cuanto al género para esta categoría, en sintonía con los demás datos encontrados, registró mayor proporción para los varones que para mujeres, en un 51,4 – 37,7%. De esta manera, 91 estudiantes varones de 177 indican haber tenido una lesión seria el último año, en contraposición a las mujeres que fueron 68 de 180 (37,7%). Considerando esta variable por el establecimiento educativo, en proporción el 57% de los varones del colegio rural ha sufrido una lesión seria (4 de 7), el 53,1% (17 de 32) de los varones del I.P.E.M., lo ha sufrido y en menores medidas, pero igualmente alta, para el IPET y el General Paz (52,2%, 23 de 44; 51%, 48 de 94, respectivamente). Todos los valores encontrados sobrepasan la mitad de los casos. Por otra parte, la tendencia con respecto a las distintas categorías que componen esta variable se mantiene, registrando el colegio privado mayores porcentajes en casi todas ellas, con excepción de quemaduras y heridas de arma de fuego, cuyos valores se registraron para el colegio IPET. Para el caso de las mujeres adolescentes por establecimiento educativo, las instituciones en los que se concentraron los mayores porcentajes en proporción estudiantes mujeres/lesión seria son el I.P.E.M., con el 40,3% (23 de 57) y el 38,1% (37 de 97) de los casos. Un 30% para el IPET y el colegio rural (4 de 13 para ambos establecimientos). Al igual que para el caso de los varones, las mujeres adolescentes del colegio General Paz resultaron las más afectadas en las distintas categorías que componen la variable lesión seria. (Anexo: Tabla 14).

Con respecto a las lesiones serias por periodo de adolescencia, el rastreo de los datos arrojó que en proporción, los adolescentes medios registraron un mayor porcentaje de lesiones serias en los últimos doce meses, con un 48,8% (98 de 196), en contraposición a los adolescentes de etapa inicial, que registraron un 38,5% (62 de 161). Sobre esto, los datos se encuentran similares para la categoría rotura de hueso o dislocación, con un promedio de 19 casos, e iguales valores para cortes/punzadas (2 casos); las diferencias se observan en los desmayos, quemaduras, intoxicaciones y en haber sufrido otra cosa. (Anexo: Tabla 15).

Entre las causas principales de las lesiones graves que sufrieron estos adolescentes no guarda mucha relación la discriminación de los datos por género, edad (etapa de la adolescencia) ni escuela, por lo que los valores son analizados en su conjunto. De esta manera, entre las principales causas se encuentran las caídas (15%) y otras instancias que causaron lesiones (23%) como las más representativas. (Anexo: Tabla 16).

La intimidación es una forma específica de violencia que se ejerce en la actualidad con asiduidad entre grupos de pares. No obstante, su medición puede ser en ocasiones difícil de valorar, por lo que optó por estimarla en función de los días en los que este fenómeno, en sus diferentes manifestaciones, acontece en los últimos 30 días. En efecto, se encontró para la muestra total, que sólo el 20% dice sufrirla, esto es, 76 personas de un grupo de 366. En términos generales, la gran mayoría de los sujetos que padecen intimidaciones, la sufren uno o dos días en los últimos 30 días, no encontrándose mayores diferencias por establecimiento educativa, rondando en promedio en un 20%.

En lo que respecta la segregación del dato por el género, se observan diferencias por el establecimiento educativo de pertenencia. Así, el 28% (9 de 32) corresponde para el I.P.E.M., lo secunda el IPET, con el 23% (11 de 46) en términos proporcionales, y el colegio privado y rural con similares porcentajes (14,3%, 14 de 97; 1 de 7, respectivamente). Para el caso de las mujeres adolescentes, las diferencias son más pronunciadas; en términos proporcionales, el 38,4% se encontró en el colegio rural Tres árboles, les siguen en igual porcentaje el colegio privado General Paz y el IPET con 23% (23 de 100 y 3 de 13, respectivamente), y en último lugar, el IPEM, con apenas 15,5% (9 de 58). (Anexo: Tabla 17).

En sintonía con los números hallados anteriormente, en proporción los adolescentes de etapa inicial resultaron haber recibido más intimidación (22,3%, 36 de 161) que los adolescentes en etapa media, de 15 a 17 años, que puntuaron un 20% de los casos (40 de 200). (Anexo: Tabla 18).

En cuanto a las formas de intimidación, se destacan para el caso de los varones la exclusión de actividades a propósito o dejar de lado a alguien como forma que mayormente se emplea como intimidación, específicamente en el colegio privado,

aunque también se destacan, en todas las instituciones, otras formas de intimidación, no especificadas. En el caso de las chicas, la intimidación se manifiesta en burlas sobre el cuerpo y la apariencia en general, para la gran mayoría de las escuelas revisadas. (Anexo: Tabla 19 y 20).

Ahora bien, otro de los aspectos importantes a considerar en este grupo etario en relación con lesiones, golpes y riesgo para la integridad física, refiere a los accidentes viales. Como se indicó en al marco teórico, evaluar el perfil de la morbilidad y de la mortalidad producto de accidentes viales, constituye una forma indirecta de analizar las condiciones de salud de una población. En este sentido, los accidentes viales que caracterizan al grupo adolescente –y vale aclarar para muchas otras franjas etarias también- (Ministerio de Salud de la Nación, 2017) se producen como consecuencia de la ingesta de alcohol, entre otros factores.

Con relación a este aspecto, la encuesta utilizada mide este fenómeno en frecuencia en que estudiantes se encuentran dentro de un vehículo en el que el conductor ha bebido alcohol, es decir que conduce un vehículo habiendo ingerido bebidas alcohólicas o en estado de ebriedad. De esta manera, los datos encontrados en su distinción por establecimiento educativo indican en términos proporcionales, un 42% (24 de 56) para el caso del IPET, escoltado por las demás instituciones, con un porcentaje que ronda el 30% de los casos por cada escuela. Segregados estos datos por el género, para el caso del colegio rural, la cifra asciende a 57,1% (4 de 7) de estudiantes varones que dicen haberse subido a un vehículo, en al menos una vez, en el que el conductor había conducido alcohol, lo que incrementa el riesgo de accidente. En el caso del IPET, la cifra llega al 46,5% (20 de 43) en términos proporcionales; en colegio General Paz se ubica en tercer lugar con un 36,4% (35 de 96) y por último, el I.P.E.M con el 15,6% (5 de 32). Para el caso de las mujeres adolescentes, las cifras son distintas a la de los varones. En términos proporcionales, el 34,4% (20 de 58) de chicas que asisten al I.P.E.M., han viajado al menos una vez, en un vehículo conducido por un sujeto alcoholizado; resultó del 30% (4 de 13) para las chicas del IPET; del 25% (25 de 100) para las adolescentes del General Paz, y en último lugar, para las muchachas del colegio rural, con el 15% (2 de 13). (Anexo: Tabla 21).

La segregación de los datos anteriormente presentados en función de la etapa de la adolescencia que trate, encuentra mayor proporción (41%, 83 de 202) en adolescentes de 15 a 17 años en el cotejo de datos con la etapa inicial de la adolescencia, que encuentra un 22,5% (36 de 160). Sobre este punto, resalta por la magnitud, las probabilidades de ocurrencia de siniestros viales para aquellos adolescentes que se han subido a un vehículo cuyo conductor bebió alcohol, entre cuatro a cinco veces, así como también en seis o más oportunidades. (Anexo: Tabla 22).

Con respecto al uso del cinturón de seguridad, los datos son algo similares a los presentados anteriormente. En proporción, el 41% (24 de 58) estudiantes del colegio IPET indica no haber usado el cinturón o haberlo hecho a veces. Similar cifra (40%, 8 de 20) para los estudiantes del colegio rural; y en menor medidas para el General Paz (33%, 66, de 196) y el I.P.E.M., con 32,5% (29 de 89) indican no usar nunca a algunas veces el cinturón de seguridad cuando se suben a un vehículo, en los últimos 30 días.

En la comparación por género, los varones obtienen puntajes más altos en el no uso de cinturón de seguridad en relación a las mujeres, en un 39 - 28,9%. Para el caso de los varones, en relación al establecimiento educativo, se encuentran porcentajes idénticos en el colegio IPET, con el 44,4% (20 de 45), I.P.E.M., con 43,7% (14 de 32) y el colegio rural, con el 42,8% (3 de 7) en términos proporcionales de varones que no utilizan o lo hacen pocas veces el cinturón de seguridad cuando otros conducen, en los últimos 30 días. Para el caso de las chicas, el mayor porcentaje se encontró para IPET, con el 46,1% (6 de 13) chicas que indican usar algunas veces el cinturón cuando otro maneja; le siguen en importancia el colegio rural, con el 38,4% (5 de 13); el colegio General Paz con el 30% (30 de 100) y el 26,3% (15 de 57) para las adolescentes del I.P.E.M., que indican no usar o pocas veces utilizar el cinturón cuando otro maneja, en los últimos 30 días. (Anexo: Tabla 23).

La distribución por periodo de la adolescencia no arrojó mayores diferencias, encontrándose para ambos grupos alrededor de 35%. Así, los adolescentes de 12 a 14 años indicaron no usar o bien, usar rara vez o a veces el cinturón cuando otro manejaba en 55 de 161 estudiantes; los adolescentes de 15 a 17 años, lo hicieron en 72 casos de 202 (35,6%). (Anexo: Tabla 24).

Con relación al sentimiento de soledad en estudiantes, no se han encontrado diferencias según colegio de pertenencia, pero si por género y periodo de la adolescencia, por lo que los datos se presentan en consideración de estos criterios. Así, si se consideran las oportunidades en que dijeron sentir soledad, en casi siempre y siempre, durante los últimos 30 días, se encuentran diferencias por género y grupo o periodo de la adolescencia. Para la adolescencia inicial, los varones registraron un 7% (6 de 83), mientras que las mujeres de esa edad lo hicieron en un 11% (9 de 78). En contraposición, para la adolescencia media, se encontró que el 12,5% (12 de 96) de los varones indicó sentir soledad siempre o casi siempre en los últimos 30 días, y en mujeres de esa edad, el número asciende a 18,8% (20 de 106). Para ambas etapas de la adolescencia, las mujeres indicaron vivenciar sentimientos de soledad con mayor frecuencia. (Anexo: Tabla 25).

En sintonía con el dato anterior, la diferencia por edad y género se hace presente también para esta categoría, referida a la preocupación en los últimos 12 meses. Para el caso de la adolescencia inicial, los varones alcanzaron un porcentaje de 4,8% (4 de 83) y las mujeres, de 12,9% (10 de 77); mientras que para el caso de la adolescencia media, los varones dieron cifras en torno a los 14,5% (14 de 96) y las mujeres del 18,8% (19 de 102). Al igual que el caso anterior, las mujeres han visto los números más altos. (Anexo: Tabla 26).

El estado emocional del adolescente puede deberse en gran parte, al clima institucional que se vive en la escuela, la característica que asumen los vínculos con sus pares, el trato propinado entre estos, etc. Al respecto, la consulta por el trato dispensado entre pares por establecimiento deja entrever algunos indicadores de que algo no va bien en el clima institución, al menos, desde la perspectiva de estos estudiantes. En este sentido, se han encontrado diferencias por establecimiento educativo, de esta manera, estudiantes del colegio Tres árboles por ejemplo manifiestan en un 25% de nunca o rara vez darse amabilidad en el trato con el prójimo. En el IPET la cifra gira en torno a los 28% aproximadamente, con la misma apreciación, siendo un total de 17 los estudiantes sobre un total de 59 que dicen así percibirlo. Para el colegio General Paz, el 16% así lo considera, siendo unos 32 estudiantes de 197; y el 14,4% para el I.P.E.M., siendo 14 de 90 estudiantes. Se ha de destacar que para este cómputo, sólo se consideraron los que

indicaron que nunca o rara vez se identificaron como amables los vínculos con los pares. (Anexo: Tabla 27).

Siguiendo en esta línea, las emociones ligadas a la tristeza y desesperación pueden caracterizar esta etapa, haciéndola hasta cierta instancia, natural. No obstante, los profesionales de la salud, en sus distintas ramas, cuentan con herramientas para la efectiva detección de estos estados emocionales de cara a evitar su cronicidad. Al igual que para el caso anterior, el rastrillaje encuentra diferencia en los datos por género y edad o etapa evolutiva al interior de la adolescencia. Así, el 23,2% de los estudiantes en edades comprendidas entre 12 y 14 años indicaron haber sentido tristeza y desesperación en dos o más semanas y a causa de ello, dejar de realizar las actividades cotidianas de su vida; mientras que esa cifra asciende a 32% para el caso de los adolescentes de etapa media. Al interior de estas instancias, también se observan diferencias por género, para ambas casos; para el periodo inicial de la adolescencia, los varones dijeron sentir estas emociones negativas en el curso de dos o más semanas en un 43,2% mientras que las chicas de la misma edad, en un 56,8%. Para el caso de la etapa media de la adolescencia, los varones hallaron valores en torno a 28,1% mientras que sus *partener* del otro sexo, en un 71,8%. Aún para cuando en ambas etapas, los casos en los que se sienten tristeza y desesperación son menores que los que no lo sienten, la cifra es de consideración. (Anexo: Tabla 28).

En muchas circunstancias, las sensaciones y emociones negativas pueden verse asociada con la presencia de pensamientos negativos, de índole auto-destructivos o bien, auto-lesivos. Continuando con la disgregación de los datos por etapa evolutiva al interior de la adolescencia por género, se encontró sobre la variable ideación suicida en los últimos 12 meses valores considerables, distinguibles y caracterizados por ambos criterios. Para el caso de los adolescentes de 12 a 14 años, el 11,7% registra estas ideas, mientras que el 18% para el caso de los adolescentes de 15 a 17 años de edad. La distinción por género en la primera de las etapas, apunta a un mayor porcentaje femenino con el 63,2% y un 36,8% para los varones. De igual manera, para la adolescencia media, los valores de las mujeres ascienden a 66,7% mientras que el de los varones, a 33,3%. (Anexo: Tabla 29).

Continuando con esta línea, se indagó por la planeación suicida en estos estudiantes para ambos géneros. La planeación suicida implica la ideación de la autodestrucción, de los medios empleados para tales efectos, y de las circunstancias para llevarla a cabo. Por supuesto, va de la mano con la ideación suicida, pero implica un paso más allá en la concreción de la conducta. En este sentido, los datos se muestran muy similares a los anteriores, continuando la tendencia por género y etapa de la adolescencia; así, para la etapa inicial de la adolescencia se encontró un porcentaje de planeación autodestructiva del 11,7%, mientras que para la media, de 13,7%. Al interior de estas, se encuentra un 57,9% para las mujeres y un 42,1% para los varones de 12 a 14 años de edad. Para el caso de los adolescentes medios, en los últimos doce meses se encontraron porcentajes similares entre hombres y mujeres, siendo de 52,2% para ellas y de 48,7% para ellos. (Anexo: Tabla 30).

Ahora bien, en lo que respecta al intento suicida, entendido como aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo. Es, pues, un acto suicida sin consecuencias fatales, bien porque la intención era vaga o ambigua o la forma elegida tenía un potencial letal bajo (Pérez Barrero, 1999). Sobre esto, en la etapa inicial de la adolescencia, al menos 7 estudiantes lo intentaron una vez, 8 dos o tres veces, y 2, cuatro o cinco veces. En esta etapa, las mujeres puntuaron más alto sólo para el caso de haberlo intentado dos o tres veces, para las otras instancias, los hombres observan mayor magnitud. Para el caso de la etapa media de la adolescencia, los datos son aún más preocupantes: al menos 18 adolescentes indicaron haberlo intentando una vez, 5 dos o tres veces, y al menos 3, con más de cuatro veces. En cuanto al género, los datos no encuentran diferencias cuando se trató de un intento, alcanzando 9 para cada caso; las dos o tres veces que se intentaron fueron todas de mujeres, y las más de las cuatro veces, fueron divididas para ambos géneros. (Anexo: Tabla 31).

Los datos presentados anteriormente revisten un carácter de gran importancia, dado que lo que está en juego es la vida misma del adolescente. Dada la gravedad que la problemática implica, se exponen los datos anteriormente trabajados considerando el establecimiento escolar al que pertenece el estudiante, de cara a tener un número más preciso. Así, en términos proporcionales el 17% de los estudiantes del IPET ha planificado la acción, y al menos 7 lo han planificado más de una vez. Le sigue en importancia el IPEM, con el 15,7% en términos proporcionales de estudiantes que planificaron la conducta auto-destructiva, en los que al menos 8 estudiantes lo han

intentado más de una vez. Seguidamente, el José María Paz, registra en términos proporcionales un 10,9% de casos, siendo al menos 27 estudiantes los que indicaron planificar la acción en al menos una oportunidad en los últimos doce meses. En último lugar se ubica el colegio rural, con el 5% en la relación planeación suicida/cantidad de estudiantes, y se ha intentado por un solo de ellos, al menos una vez en el último año. (Anexo: Tabla 32 y 33).

Otro de los factores de riesgo que pueden bifurcar el desarrollo sano del adolescente refiere al consumo de sustancias psicoactivas, entendiéndose por esto, a la ingesta de sustancias tóxicas, legales o ilegales que afecten la salud psicológica y física de un sujeto, provoque o no adicción. Efectuada la aclaración, la distinción de los datos realizada a continuación solo se efectuará según el género y la edad de los estudiantes, dado que su distinción por institución educativa de pertenencia no arrojó diferencias dignas de mención. En este sentido, en lo que refiere a la edad de prueba de cigarrillo (de nicotina), de un total de 364 estudiantes que dieron su respuesta, 112 ha indicado fumar alguna vez, es decir, el 30%. De estos, el grueso probó un cigarrillo por primera vez entre los 10 y los 13 años de edad, para ser más exactos, el 75% de los casos. No se observan para el caso grandes diferencias por género. (Anexo: Tabla 34).

Ahora bien, el contacto del niño o adolescente con el mundo de las sustancias puede tratarse de algo esporádico y asilado, o bien, continuar para toda la vida o al menos, en parte de ella, deteriorando considerablemente la salud de éstos. Al respecto, acerca de la pregunta por la frecuencia de días en las que fumó en los últimos 30 días, da primera cuenta de que no todos aquellos que toman contacto con el cigarrillo continúan haciéndolo posteriormente. En esa línea, la distribución de frecuencias en el uso del cigarrillo por día, en relación con el periodo de la adolescencia y el género, deja en descubierto que apenas unos poco adolescentes de 12 a 14 años continúan consumiendo nicotina, alrededor de 10 de 161, 8 lo hacen uno o dos días; y 2, de 6 a 8 días al mes. No obstante, para el caso de los adolescentes de 15 a 17 años, el número asciende a 46 de 200 estudiantes, en los que al menos 20 de ellos, lo hace una o dos veces al mes, y otros entre tres a treinta días. Para este último grupo, hay una clara propensión a hacerlo más el género masculino que el femenino, no así en el anterior. (Anexo: Tabla 35).

Considerando que no es legal la venta de cigarrillos a menores de 18 años en nuestro país, se cuestionó sobre la venta de esta sustancia a los adolescentes. En su gran mayoría, sin importar género, manifestaron no tener dificultades para la adquisición de cigarrillos por su edad, en los últimos 30 días. (Anexo: Tabla 36).

La consulta por la intención de dejar de fumar, hecha a estos adolescentes muestra una mayor proporción de aquellos que si lo intentaron dejar por sobre aquellos que no. Siempre aquellos porcentajes son más altos para el grupo de adolescentes medio, de edades comprendidas entre 15 y 17 años, y en casi iguales medidas por género. (Anexo: Tabla 37).

A la exposición al consumo de cigarrillo por parte de estos adolescentes, también configura un factor de riesgo de consumo, dado la necesidad de pertenencia al grupo y por la característica que asume el grupo de pares de pertenencia. En este sentido, para ambos grupos etarios y para ambos géneros, la exposición en frecuencia de días que es de uno hasta los 7 días a la semana, resulta considerablemente alta. Por ejemplo, si se considera de 5 a 7 días a la semana de exposición al consumo de cigarrillo, los adolescentes varones de nivel inicial (de 12 a 14 años) se topan con 21 oportunidades en donde ello ocurre. Para el caso de las mujeres la situación no es muy distinta. Igual para adolescentes de edades entre 15 y 17 años, lo que para el caso también constituye una problemática de salud. (Anexo: Tabla 38).

Como se dijo en el marco teórico, el grupo de pares configura un pilar importante en la trama vincular del adolescente. No obstante, la familia como sistema de socialización no pierde, a pesar del paso del tiempo, la influencia sobre sus miembros (Minichiello, Maglio & Schmidt, 2010; Parra & Oliva, 2002). En este sentido, el consumo de tabaco por parte de los miembros de la familia puede resultar ejemplar suficiente para el consumo del adolescente. Sin necesidad de distinción bajo ningún criterio, la tabla de frecuencia siguiente indica que cerca del 30% de las respuestas apuntan a que alguien de la familia, sino ambos padres, consumen tabaco. (Anexo: Tabla 39).

Otras de las sustancias con los que se encuentran graves problemáticas asociadas, refiere al alcohol. El alcohol como sustancias psicoactiva está prohibida por la legislación vigente su venta a menores de 18 años de edad. Al igual que para el caso

del cigarrillo de tabaco, el primer contacto con el alcohol puede ser determinante para un camino de consumo crónico, de allí que la edad de inicio de consumo resulta determinante no sólo para la trayectoria de la conducta sino por los efectos perjudiciales que ocasiona en el organismo, a saber, cuanto más temprano se comience más perjudicial resulta. De igual manera que con el cigarrillo, la edad de contacto con el alcohol resulta muy temprana para ambos géneros, siendo el grueso de la población entre los 10 y 15 años de edad. (Anexo: Tabla 40).

El consumo de alcohol, medido en días arroja resultados interesantes en función del periodo evolutivo al interior de la adolescencia y del género. Para el caso de los adolescentes de 12 a 14 años, el porcentaje que consume de uno o dos días a 30 días, es cercano al 70% (111 de 159); de allí los porcentajes son relativos en función de la frecuencia y del género. Los datos se registran con la misma tendencia para el grupo de 15 a 17 años de edad, aunque son aún más pronunciados. (Anexo: Tabla 41).

Con respecto a la frecuencia de consumo de alcohol, la encuesta utilizada los midió en tragos bebidos, considerando también la población objeto de estudio. Para ambos grupos, tanto sea para el de la adolescencia inicial como para el de media, se encontraron valores altísimos para más de 5 tragos, sin distinción por género. Siendo así, el primer grupo de adolescente registra un porcentaje total de 70% que dicen haber bebido alcohol en los últimos 30 días, que va desde un trago hasta 5. Sobre esta última medida, el 58,7% son mujeres adolescentes y el resto, varones. Esta tendencia se repite para el segundo grupo, el de adolescentes de 15 a 17 años, cuyo porcentaje de adolescentes que beben asciende a 83,2% (169 de 203), distribuyéndose los número de maneja similar entre ambos géneros. (Anexo: Tabla 42).

Al igual que para el caso del tabaco, la legislación argentina prohíbe la venta a menores de 18 años, por lo que sería un impedimento su adquisición. Sobre ello, la gran mayoría de los encuestados (34,7%) lo consigue comprándolo en un centro comercial, tienda o establecimiento, sin mayores dificultades. Asimismo, del casi 60% de estudiantes de ambos grupos que dijeron beber alcohol, el 52,6% indicó haberlo obtenido sin que nadie se negara a vendérselo, a pesar de la edad. (Anexo: Tabla 43 y 44).

Con respecto al tipo de bebida consumida, se ha de poner en relevancia el carácter social de la misma, sin marcar preferencias de consumo entre género, aunque si por grupo de edad. En efecto, se observa el consumo de las mismas bebidas según género al interior de cada grupo, o lo que es lo mismo, se comparte entre todos, la bebida alcohólica que se disponga. No obstante las diferencias si se observan por grupos, el de mayor edad consume en general, más bebidas que el grupo anterior, particularmente, las más fuertes. (Anexo: Tabla 45).

Sobre esta línea, el análisis sobre la frecuencia de embriaguez en función del género y del periodo de la adolescencia al que pertenecen no encuentra diferencias significativas. Se remarca como dato de consideración que tan sólo el 45,1% de los adolescentes de 12 a 14 años dijo nunca haberse embriagado, mientras que esa cifra es de 61,6% para el caso de los adolescentes de 15 a 17 años, es decir que son más en porcentaje los adolescentes más jóvenes que consumen, que los más grandes. (Anexo: Tabla 46).

Como se dijo anteriormente, el consumo excesivo de alcohol genera consecuencia para la salud a corto y largo plazo. Entre las evidencias a corto plazo, puede mencionarse malestares físicos, situaciones de violencia, resacas, pérdida de actividades, ausentismo en la escuela o trabajo, entre otras. En este sentido, se observan diferencias entre grupos de adolescentes y por género, al interior de cada grupo; así, en adolescentes iniciales predominan las dificultades indicadas anteriormente con una frecuencia de una o dos veces, siendo mayor en el caso de las mujeres con el 36,8% en comparación con los varones, que registra el 22,4%. De igual manera se ha de mencionar, la presencia de un 14,5% (11) mujeres que indican haber tenido estas complicaciones entre 3 a 9 veces. Para el caso del grupo de adolescentes de 15 a 17 años, el grueso también se encuentra entre 1 o 2 veces con respecto a las ocasiones en los que sintieron este padecer, no obstante su proporción es menor a la del grupo anterior, aunque también es más alta en mujeres que en varones, a razón de 14,6% (15) – 10,4% (10). (Anexo: Tabla 47).

Continuando con el consumo de sustancia, se cuestionó a los estudiantes sobre marihuana, cocaína, *paco*, inhalantes, anfetaminas, éxtasis, entre otros. Por tratarse quizás de sustancias de más difícil acceso en nuestra población, sumados a la edad de la población objeto de estudio, encuentra un alto porcentaje (92,3%) de sujetos que nunca han consumido estas sustancias. Sin embargo, se registra un porcentaje menor, que indica haber tomado contacto con alguna de ellas, generalmente a los 14 y 15 años y otra, de 1,4% a los 7 o menos. La segregación de los datos por grupo etario, género o establecimiento educativo, no arrojó diferencias significativas. (Anexo: Tabla 48).

De igual manera a la anterior, en lo que respecta al consumo de marihuana, la frecuencia de consumo en la vida de los sujetos es mínima para esta población, aunque se debe indicar la mayor proporción en el uso de los varones que de las mujeres adolescentes. Asimismo, los datos recabados sobre el consumo de esta y otras sustancias en el plazo de 30 días, no arrojó información de consideración. (Anexo: Tabla 49, 50, 51, 52 y 53).

Por otra parte, en lo que respecta a la sexualidad de los adolescentes, tema ampliamente debatido por nuestros tiempos dadas las problemáticas asociadas como embarazos adolescentes no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, los datos han sido tratados considerando el género, el periodo evolutivo y en ocasiones, en la institución escolar de pertenencia, considerando el amparo de la ley de Educación Sexual Integral que rige desde hace unos años en nuestro país, que obliga a su enseñanza en todo el territorio nacional.

De esta manera, ante la consulta sobre la iniciación sexual, el 78,1% de los estudiantes de 12 a 14 años argumentó no haber tenido intimidad sexual con otra persona. De aquellos que contestaron por la afirmativa, el 57,1% son varones. Para el caso del grupo de adolescentes de 15 a 17 años, el 64% ya ha tenido relaciones sexuales, encontrándose iguales medidas para varones y mujeres. Para ambos grupos y al interior del género, los varones son más activos sexualmente que las mujeres, así para el primer grupo la relación entre varones que habían tenido sexo de aquellos que no, era 23,8% - 76,2%; para el caso de las mujeres, la relación de aquellas que habían tenido sexo y las que no era de 19,7% - 80,3%. En el caso del grupo de adolescencia media, en varones esa relación ya es del 67,0% - 33,0%; y de las mujeres de 61,3% - 38,7%. Para estos

datos, la distinción por institución escolar no arrojó mayores diferencias. (Anexo: Tabla 54).

A los fines de tener valores más precisos, se indagó sobre la edad del primer contacto sexual. Al respecto, se ha de destacar que en un 57,2% los adolescentes encuestados no habían tenido relaciones sexuales. Del resto, el grueso de los datos se concentra en torno a los 14 y 16 años. No obstante, se requiere de una salvedad en relación al género, los varones debutan sexualmente a una edad más temprana, alrededor de los 13 años y las mujeres, a los 14. (Anexo: Tabla 55).

Con respecto al número de personas con las que se ha intimado, los mayores porcentajes se centran entre una persona y tres. No obstante, se observa un 7,7% (14) de los chicos que ha tenido relaciones con 6 o más personas. (Anexo: Tabla 56).

Los datos más precisos sobre el establecimiento de relaciones sexuales en los últimos doce meses, indican diferencias por grupo etario. Así, para el grupo de 12 a 14 años, el 22,9% indica haber establecido relaciones sexuales durante este periodo, siendo mayor el número en caso de los varones. Para el segundo grupo en cambio, en porcentaje que indica haber intimado sexualmente alcanza los 57,4% y si bien, continúan siendo más los varones que las mujeres, la ventaja no es la misma que para el grupo anterior. (Anexo: Tabla 57).

Con relación al uso de profilaxis en el contacto sexual, se observan diferencias en su utilización por grupo etario. Así, de los 32 chicos que dicen haber tenido relaciones sexuales en el grupo de la adolescencia inicial, sólo 8 de estos (4 mujeres y 4 varones) indican no haberse cuidado. No obstante, para el caso del grupo medio de adolescentes, asciende a 30 de 123 los estudiantes que no utilizaron protección al momento de consumar actos sexuales, en los cuales las mujeres casi doblegan en número a los hombres. (Anexo: Tabla 58).

Asimismo, en la consulta sobre la utilización de otros métodos anticonceptivos a estos estudiantes, manifestaron que si 17 estudiantes de 28 para el grupo de adolescentes de 12 a 14 años de edad. Esa cifra asciende a 73 de 106 para el caso de los adolescentes de 15 a 17 años. En ambos casos, las mujeres puntuaron levemente más que los varones. (Anexo: Tabla 59).

Como se dijo anteriormente, el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos y profilaxis en general se asocia como factores de riesgo, a contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS). La educación sobre el tema resulta imprescindible para la salud de estos adolescentes. Al respecto, el 20,4% (33) de los adolescentes de 12 a 14 años no han oído hablar del HIV o Sida, de éstos, la mayor proporción son varones (22). La cifra desciende considerablemente para el caso del grupo de adolescentes de 15 a 17 años de edad, a un 7% (14), siendo las mujeres (10) las que desconocen de qué trata. (Anexo: Tabla 60).

Respecto a la consulta por la enseñanza recibida sobre esta temática en el transcurso del año escolar, los porcentajes para cada una de las instituciones parten del 30% para arriba. Para ser específicos, el 30% de los estudiantes del IPEM indican no haber recibido esa información; el porcentaje alcanzó al 37,9% en el General Paz, el, 23,2% en IPET y 30% en el colegio rural. Las cifras son similares en lo que refiere a los métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual. En suma, alcanzan al 40% para el total de la muestra cuando se les consulta si han hablado del tema con sus padres. (Anexo: Tabla 61, 62 y 63).

Por último, se indagó sobre la práctica de actividad física en estos adolescentes. El ejercicio de la actividad física es un factor de protección asociado al desarrollo y a la salud, que garantiza el bienestar físico y psicológico del sujeto. En este sentido, la consulta por la actividad física en un lapso de 60 minutos arroja resultados favorables para ambos géneros; cerca del 65% de ellos se ejercita en ese tiempo de tres a siete veces a la semana. Aproximadamente, el 45% camina o va en bici hacia la escuela entre tres y siete veces a la semana. Sobre estos datos, no se destacan datos por género. (Anexo: Tabla 64 y 65).

En la consulta por otras actividades de esparcimiento, como ver Tv, juegos virtuales, estar con amigos o leer, que implican estar sentados sin mayor movimiento corporal, los sujetos indicaron efectuarlo en distintas proporciones, aunque la mayoría le dedica al menos una hora y sumando por día. El grueso se encuentra entre tres y cuatro horas por día, con el 30% de los casos. (Anexo: Tabla 66 y 67).

Discusiones

La presente investigación tuvo por objetivo principal describir los factores protectores y de riesgo de salud presentes en la población de adolescentes de 12 a 17 años de edad, estudiantes de nivel medio de instituciones educativas de la localidad, a través de la Encuesta Mundial de Salud Escolar, diseñada por la OMS (2003). Las diferentes dimensiones de evaluación de la encuesta fueron agrupadas en torno a los distintos niveles de factores de riesgo y protectores así como a sus categorías, encontrados en la literatura revisada de mayor incidencia para este grupo social. No obstante se ha de mencionar que dichos niveles y categorías analizados en la encuesta no resultan exhaustivos ni completan cada uno de los factores de riesgos y protectores vistos, sino que se complementan a modo de una mirada general sobre una problemática puntual; en otras palabras, se requiere de más instrumentos y técnicas para recabar datos e información más compleja sobre las distintas circunstancias que pueden estar afectando a este colectivo, para dar verdadera cuenta de la dimensión de cada una de las problemáticas. A pesar de ello, la investigación presente reviste de gran relevancia social, sanitaria y académica, no sólo por tratarse del primer estudio científico de la que se tenga conocimiento de nuestra localidad, sino por su efectividad a los fines de identificar e individualizar la incidencia y gravedad, sobre las problemáticas de mayor alcance epidemiológico para este grupo etario, según la literatura especializada revisada.

Hecha esta apreciación, la presentación de las discusiones se efectúa en ejes en torno a los datos que representan factores de riesgos y protectores de mayor incidencia en la población adolescente en articulación con los objetivos de investigación propuestos, de cara a brindar aportes e información que facilite el diseño y puesta en acción de políticas públicas en salud encaminadas al desarrollo, protección y promoción de diversas condiciones sociales en las cuales se insertan los diferentes conjunto de adolescentes y jóvenes. En articulación con el marco teórico tratado, cada eje de discusión intenta a su vez, proliferar y ampliar el marco comprensivo del adolescente y sus entornos sociales, a los fines de adentrarse con mayor profundidad analítica en las cotidianeidades de estos grupos, y desde allí interpelar a los contextos y estructuras sociales, de los recursos materiales, simbólicos y culturales de los que se apropian así como también a las instituciones de pertenencia.

En efecto, se ha de destacar en primer lugar, la relevancia de estratificar la muestra estudiada por género, edad, periodo evolutivo e institución educativa de pertenencia a fines de alcanzar los objetivos propuestos. De esta manera, se hace posible identificar aquellos factores protectores como de riesgo de mayor incidencia en función de estos criterios, con el objetivo no sólo a individualizarlos y efectuar un recorte muestrario con características afines, sino también de identificar aquellas cuyos flagelos atraviesan amplios grupos etarios, sin mayores distinciones, y que requerirán de acciones concretas de mayor envergadura. En igual sentido, la especificación por grupo, en adolescencia inicial y media, contribuyó a delimitar necesidades, características y problemáticas específicas de cada etapa, que aún siendo inherentes a su desarrollo evolutivo, pueden constituirse en factores de riesgo para el armonioso crecimiento. Por último, la estratificación por instancia educativa da cuenta en muchas medidas, de la realidad y clima institucional que vivencia el adolescente, de las circunstancias propias de estas como la educación, la convivencia, así como también, de los factores psicosociales que se consuman al interior de la escuela, como enclave del sector geográfico de pertenencia, dando cuenta de esta manera, de las particulares características que asumen.

Respecto de la caracterización sociodemográfica de los estudiantes adolescentes de 12 a 17 años de edad, se han de resaltar varias cuestiones de gran relevancia, que por el diseño del muestreo implementado, permiten hacer extensible las conclusiones a la población en general. En este sentido, la presencia de gran número de instituciones educativa con diversas ofertas académicas y formativas, habla a las claras no sólo de acciones concretas en políticas públicas y de gestión gubernamental, en aras de alcanzar la máxima cobertura educativa para todo el colectivo social que integra este grupo, en articulación con las legislaciones vigentes en la materia, sino del pleno reconocimiento de la diversidad vocacional, de intereses y preferencias al interior del grupo etario en cuestión, ávidos de alternativas en conocimientos y contenidos curriculares, y de las necesidades y requerimientos de sectores sociales y económicos específicos de nuestra población, que encuentran ello, instancias para el desarrollo y progreso en materia de producción. De esta manera, las políticas públicas de instancia educativa ya efectivizadas se cristalizaron en respuesta a necesidades específicas de un sector poblacional, que se recurría en ello una característica en común, y dio amplio desenvolvimiento social, educativo y económico. Aún cuando estas acciones ya han

sido concretadas, las nuevas políticas públicas en la materia han de pensarse y edificarse sobre este andamiaje, en el reconocimiento de lo capitalizado, y en vista de aquello por conseguir.

Sobre esta misma línea, como se vio en el marco teórico de este estudio, la formación académica de los padres o tutores representa un factor importante para la continuidad en las instancias formativas y académica en los hijos; de hecho, los datos evidencian que el grueso de los estudiantes universitarios de nuestro país son hijos de sujetos que alcanzaron las instancias terciarias/universitarias (Guadagni & Boero, 2017) tornándose un capital cultural de gran valor, en términos de Bourdieu. En este sentido, se ha de señalar que aún cuando el porcentaje de padres con este nivel educativo se concentre mayoritariamente en una sola institución escolar, la presencia de establecimientos educativos, geo-estratégicamente ubicados, configura un factor protector para la continuidad de los estudios por parte de un grupo extenso de adolescentes, algunos residentes en zonas rurales alejadas. De esta manera, se democratiza las posibilidades de acceso a la educación de instancia media, de adolescentes cuyos padres no han tenido quizás esa oportunidad, ampliando de esta manera el horizonte de posibilidades de desarrollo, empleo y promoción social. Asimismo, se disminuyen las desigualdades sociales y de apropiación de recursos simbólicos y culturales al interior de este grupo social, se diversifican las trayectorias escolares, sociales y laborales de éstos, favoreciendo la inclusión.

Por otra parte, en lo que hace a la conducta alimenticia, los datos recabados dan cuenta efectiva de los malos hábitos en el comportamiento alimentario así como de lo pernicioso para la salud, de los alimentos ingeridos. Lo aseverado no distingue género, edad o periodo evolutivo y establecimiento educativo, encontrándose en cada estrato y segmento poblacional, en zonas urbanas como en las rurales; la ingesta de comidas rápidas, la frecuencia de este consumo, así como los malos hábitos en adolescentes no obedecen a cuestiones sociales, de sectores específicos, ni a aspectos económicos, de posibilidad efectiva de acceso a determinados alimentos en detrimento de otros. Si bien los datos reflejan un promedio y que con seguridad habrá varias excepciones para el caso, lo encontrado configura un factor de riesgo a mediano y largo plazo para la salud de los adolescentes, comúnmente asociados a problemáticas como obesidad y sobrepeso, anorexia nerviosa, bulimia, entre otras. Aún cuando la conducta alimenticia no sea la esperada para un adecuado desarrollo, lo percibido en materia de estado

nutricional de estos adolescentes, en términos de baja alimentación, estados de desnutrición, entre otras, no representa un dato de consideración. En efecto, no se han registrado estados de bajo peso extremo, ni desnutrición.

La revisión de los datos sobre la higiene personal de este grupo etario no configura un factor de riesgo de relevancia, que ponga en juego la salud de éstos. Aún cuando los datos sobre la higiene dental no son tan optimistas, el mayor porcentaje de los adolescentes no presenta sobre esta instancia motivos de gran preocupación.

De todas las variables estudiadas, quizás la cita sobre la violencia, en sus distintas esferas, aparece con mayor notoriedad como factor de riesgo asociado a la salud. De igual manera, el análisis de los datos recabado lo hace para el caso de los adolescentes de nivel inicial; al respecto, en casi todas las variables estudiadas referidas a la violencia, el grupo de adolescentes de 12 a 14 años halló los porcentajes más altos en conductas agresivas y a ser víctimas de ella. Pese a que los distintos tipos de violencia están presentes en amplios sectores poblacionales, los datos recabados mostraron un particular perfil, sea en víctimas como en victimarios (particularmente en peleas callejeras) en este grupo de adolescentes, preferentemente varones, que asisten (en términos proporcionales) al colegio técnico IPET. Aún cuando estas peleas ocurran en espacio públicos ajenos a la institución, lo sabido es que con gran frecuencia, las participaciones en peleas callejeras involucran a una víctima y a un victimario que se conocen entre sí y que pertenecen al mismo género y edad, comúnmente asociadas a conflictiva entre pares. Si bien los datos presentados se inscriben en términos proporcionales (conductas agresivas/cantidad de estudiantes por institución) reflejan por otra parte, la calidad vincular entre pares, el establecimiento de determinados lazos relacionales específicos y el clima de convivencia escolar en esta institución; lo que en sí, no exime de acciones concretas a las demás instituciones educativas tendientes a revertir esas cifras y mejorar la convivencia escolar y social, dado que los números al respecto resultan de consideración. Sobre esto último, se ha de destacar la presencia de otro tipo de manifestaciones violentas en otras instituciones, en este sentido, la intimidación, es percibida en casi igualdad de medidas en todas las instituciones, pero preferentemente padecida por mujeres.

En esta misma línea, como se sabe, la violencia en manos de adolescentes y jóvenes configura una problemática en salud pública, dado los altos costes económicos

y sanitarios que este fenómeno conlleva. En este sentido, al interior de la categoría "violencia", las lesiones graves producidas con intencionalidad y agresión encuentran los datos más gruesos en la población de adolescentes varones de 12 a 14 años, que en términos proporcionales, registran mayor incidencia en estudiantes del colegio IPEM, aunque las acciones más nocivas se registraron en estudiantes del colegio IPET (lesión por arma de fuego y quemaduras) mas con menor frecuencia.

Asimismo, como se indicó en el marco teórico, los adolescentes por las características que le son propias, ante la diversidad de actividades y acciones en las que se involucran y participan, presentan mayores instancias de padecer golpes fuertes, dislocaciones, quebraduras, etc. Al contrario de los datos anteriores, los adolescentes varones de 15 a 17 años registraron los niveles más elevados de padecer una lesión seria y de frecuencia de conducción de un vehículo en estado alcoholizado, en calidad de acompañante. Para ser más específicos, las lesiones serias se registraron en mayor proporción para varones de esta franja etaria, pertenecientes al colegio privado, y los acompañantes de un conductor alcoholizado, fueron varones de la misma edad, del colegio rural y del IPET, en términos proporcionales. Para estos últimos, la situación se agrava considerando que se encontraron las mismas cifras para aquellos que indicaron no utilizar el cinturón de seguridad. Estas imprudencias cometidas por estos varones y en menor medida por las mujeres, incrementan las posibilidades de lesión grave y riesgo de la integridad física, aumentando la morbilidad y en ocasiones, la mortalidad. Todas estas acciones, las intencionales, así como las accidentales, se traducen en una carga en el sistema de salud, para aquellos que acceden a la instancia pública y en una pérdida de la calidad de vida que puede bifurcar la vida de estos adolescentes.

Hasta aquí la gran mayoría de los factores de riesgos revisados tienen a los varones, generalmente de las edades más bajas, como protagonistas predilectos. Para el caso de las mujeres, el presente estudio evidenció la asociación con factores de riesgos personales, ligados particularmente a los estados emociones, con sentimiento de tristeza y desesperanza. De esta manera, los datos pusieron de relevancia la vulnerabilidad de las chicas a padecer en mayor proporción que los varones, situaciones emotivas vivenciadas como tristeza y soledad; episodios que parecen agravarse conforme crecen. Dichas emociones se asocian generalmente con la reclusión, y la pérdida del disfrute de actividades de esparcimiento y recreación con grupos de pares. Para peor, pueden desembocar en la presencia de pensamientos e ideaciones de autolesión y

autodestrucción; sobre esta misma línea, la ideación y la planificación suicida se registraron en mayor proporción para este grupo específico, aumentando su vulnerabilidad. No obstante, para el caso de la intención suicida, que implica la instancia fallida de ejecución del acto de suicidarse, los datos se muestran en iguales números para varones y mujeres, siendo preocupante la cifra registrada de adolescentes, particularmente de edades comprendidas entre los 15 y 17 años, que ven efectiva la auto-destrucción como solución a sus problemas. Un dato no menor configura que los mayores porcentajes de estas conductas se registraron para los estudiantes del IPET, seguido por los del IPEM. La complejidad al interior de esta problemática, como característica principal del fenómeno, implica el esfuerzo y la acción conjunta de distintas instituciones en la identificación, asistencia y prevención de episodios autolesivos que pongan en riesgo la integridad física y psicológica de los y las adolescentes.

Con respecto al consumo de sustancia psicoactivas, como se puso en conocimiento en el marco teórico precedente, resulta un flagelo que se extiende por amplios sectores de la población atravesando género, franjas etarias y grupos socioeconómicos de pertenencia. Los datos recabados muestran que las más frecuentes "drogas" de consumo de los adolescentes son el alcohol y el cigarrillo (de nicotina), en detrimento de sustancias de efectos más duraderos y de graves consecuencias, como la marihuana, cocaína, éxtasis, entre otros. Sobre estas últimas, los registros indican un porcentaje de uso menor, siendo la de mayor prevalencia, la marihuana. No obstante, puede que los datos se vean sesgados, que los estudiantes se hayan negado a dar una respuesta veraz, y se requieran de instrumentos de mayor precisión para dar con un dato más certero.

Respecto del cigarrillo y el alcohol, la edad de contacto de los adolescentes con estas sustancias configura de por sí, un factor de riesgo para el consumo permanente y crónico. En efecto, las edades registradas de contacto para ambas sustancias son entre los 10 y 13 años, tornándose más acentuado el consumo para ambas sustancias, conforme los adolescentes crecen. Asimismo, la alta exposición de los estudiantes a esta sustancia por el medio que los rodea, de personas significativas como padres, o allegados, y la libre venta en comercios, tiendas y demás servicios, complementan instancias de riesgo de consumo por parte de estos adolescentes. En este sentido, la portación de cigarrillos y alcohol en manos de adultos responsables configura un

modelo a emular por parte de los menores; aportes de la psicología, sostienen que en primera medida, el contacto del adolescente inicial o pre-adolescente con el cigarrillo es una conducta imitativa, casi lúdica, de copia de gestos de un adulto mayor, para parecerse. Una suerte de identificación con aquello que se aprecia (Fernández Mouján, 1986). Por otra parte, el rápido, fácil y democrático acceso a la venta de estas sustancias por parte de comercios y servicios en la localidad, habiendo legislaciones que prohíben su venta a menor de 18 años de edad, configura un factor agravante de consumo en sí. Aún cuando los adolescentes comprendan de la prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años, el libre acceso se interpreta en inocuidad de los efectos de éstas sobre la salud física y psicológica, sumado a aquellas otras instancias en las que el consumo de sustancia es un factor de riesgos a cometerlas, como peleas callejeras u otro tipo de violencia, conducción temeraria de vehículos, entre otras.

Por otra parte, los elevados niveles de alcohol y el tipo de bebidas consumidas por estos adolescentes hacen pensar en el aspecto social del consumo, que en cierta medida se efectúa por la moda del momento; no existen diferencias entre las bebidas alcohólicas consumidas por los varones y las consumidas por las chicas, tampoco lo hay en las medidas ingeridas. Se toma "lo que hay" sin distinción, se comparte entre todos, lo libremente obtenido y disponible. Todas estas instancias complejizan aún más un fenómeno que de por sí encierra entramados muy diversos, que a pesar de los grandes esfuerzos que se hicieron en campañas preventivas desaconsejando su uso y consumo, y mostrando los graves efectos físicos y psicológicos, así como factores de riesgo asociados, la efectividad de las mismas es mínima y contrariamente, parece su uso incrementarse conforme pasan los años. Como agravante de esta situación, se ha de mencionar que en muchas instancias el consumo de sustancia, como alcohol, asiste como facilitador de otras conductas nocivas, como la conducción temeraria, actos de violencia o vandalismo, establecimiento de relaciones sexuales sin protección, entre otras.

Otro de los factores de riesgo para la salud presentes en adolescentes refiere a las actividades sexuales sin protección. Al igual que para la anterior categoría, la edad de inicio del contacto sexual con otra persona ronda en torno a los 13 años; para el ingreso a la etapa media de la adolescencia, más de la mitad de los estudiantes indica haber tenido ya relaciones sexuales, siendo los varones la población más sexualmente activa. Si bien en su gran mayoría indican haber utilizado algún tipo de profilaxis, un pequeño

porcentaje de estudiantes de ambos géneros de 12 a 14 años, señalan no haberse cuidado en el establecimiento de las mismas; esta cifra asciende aún más conforme los estudiantes ingresan a la otra etapa evolutiva, aumentando paralelamente los riesgos de embarazo no deseados y/o contagio de enfermedades de transmisión sexual. Sobre este último punto, la falta de información sobre este tipo de enfermedades, modos y vías de contagio configura un factor de riesgo que vulnera a este grupo etario. Respecto a ello, se ha de destacar, en el marco de legislaciones sobre educación sexual integral y de la obligatoriedad de las instituciones educativas de impartir dicho conocimiento, que circa del 30% de los estudiantes indiquen nunca haber aprendido sobre enfermedades de transmisión sexual, como el VIH/Sida. La cifra asciende a 40%, cuando se consulta si se ha hablado el tema con los padres, indicando no ser una temática de la que se hable o se tome conciencia.

Por último, sobre factores protectores para salud en adolescentes, se destaca la práctica de actividad física. En este aspecto, el ejercicio físico en esta etapa evolutiva permite el desarrollo saludable, el fortalecimiento de los distintos sistemas que componen el cuerpo, el desarrollo de aspectos psicológicos como el autoestima y la confianza en sí mismo, entre otras. En efecto, los datos no discriminan por género y son ampliamente practicados en sus distintas instancias, por adolescentes de todas las edades; implica la ejercitación física, el uso de bicicleta, la práctica deportiva, en al menos tres veces a la semana; no obstante, también fueron muchas las horas que indican dedicar a tareas que implican estar sentado, sin mayores movimientos como la práctica de video-juegos, ver Tv o leer.

Aportes

Como se dijo en la introducción de la presente obra, la mera realización de este estudio tenía por fin realizar un diagnóstico global que dé cuenta de los principales factores que protegen y afectan a la salud de los adolescentes escolarizados de esta localidad, de cara a establecer prioridades para la planificación de una política pública de salud integral focalizada en este grupo poblacional. Asimismo, como se mencionó, es fundamental para identificar las necesidades, problemas sociales, de salud, recursos y fortalezas de la población, permitiendo indagar, identificar y jerarquizar los problemas comunitarios (Arenas-Monreal, et al., 2019).

Sobre esta línea, y atento a los alcances y limitaciones del instrumento utilizado para la presente investigación en articulación con las nociones fundamentales de la Atención Primaria a la Salud desarrolladas en el marco teórico, los aportes se presentan como líneas de acción posibles y aproximadas en políticas públicas en materia de salud. De lo visto y analizado se desprende:

- Que las acciones concretas en materia de políticas públicas en salud en adolescentes deben dirigirse primeramente sobre los factores de riesgo que más prevalecen en estos grupos etarios y los de mayores implicancias, en términos de consecuencias físicas y psicológicas para el desarrollo del adolescente. A saber:
    - *Consumo de sustancia psicoactivas:* dada la alta frecuencia de consumo, las edades de primeros contactos, la exposición a situaciones de consumo, el libre y fácil acceso a estas sustancias, y lo condicionante para la práctica de otras conductas indeseables para la salud, las acciones implican el establecimiento de redes fuertes en las instancias sociales, educativas y sanitarias, para paliar las cifras negativas sobre esta problemática. En efecto, los equipos de profesionales especialistas en problemáticas psicosociales en adolescentes, los programas y campañas en instancias y espacios sociales y escolares; profundizar en investigaciones que dé cuenta efectiva de las dimensiones y consecuencia de esta problemática, el abordaje adecuado del fenómeno desde el contexto escolar y áulico en particular; el control efectivo del

cumplimiento de las legislaciones en materia de venta de sustancias a menores de 18 años, la participación conjunta de la familia en la educación sobre la promoción de una vida sana; la promoción de espacios recreativos y prohibitivos de consumo; configuran instancias de acciones posibles.

- *Conductas violentas:* quizás en partes condicionadas por el consumo de alcohol y otras sustancias, la emergencia de conductas violentas en determinado grupo de adolescentes en regiones específicas, configura una problemática a tratar. El trabajo de profesionales en la salud, en acciones conjuntas con personal especializado de las instituciones escolares en materia de convivencia escolar, resultan en vías de acciones plausibles en detrimento de estas conductas indeseadas al interior del espacio escolar. Los programas de corte cognitivo-conductual, en el abordaje de estas problemáticas, en distintos sectores y espacios, ha mostrado efectividad en dirimir problemáticas conflictivas y vinculares entre pares. Las reformas urbanas y la puesta en valor de espacios desdeñados, las adecuadas iluminaciones, han dado cuenta de distintas apropiaciones por parte de los jóvenes y adolescentes del espacio urbano de una ciudad; las nuevas instancias recreativas de atractivo para este grupo, como la práctica competitivas del *Freestyle,* o pistas de competición para skater o de grupo de cultura alternativa, en distintas artes, configuran instancias de estilo de vida más ajustados socialmente.
- *Educación sexual integral:* a partir del trabajo cooperativo y colaborativo entre equipos especializados de salud y educadores, a través de campaña de información y concientización para padres e hijos sostenidas en el tiempo como programas; testeo gratuitos de distintas enfermedades de transmisión sexual, creación de espacios anónimos de consulta, física o telefónica, información integral sobre diversidad en métodos anticonceptivos y prevención de embarazo adolescente, talleres en temáticas de género, violencia en el noviazgo, son líneas de acción que impliquen la toma de conciencia sobre la diversidad de aspectos que hacen a la sexualidad humana.
- *Sobre estados emocionales, depresión e ideación suicida:* sobre esta característica, que involucra mayormente a mujeres, la información sobre

espacio de ayuda y contención, de asistencia psicológica y psiquiátrica gratuita, de líneas telefónica de escucha, configuran acciones recomendadas para estas problemáticas.

Propuesta

Por último, en relación a todo lo revisado y tratado, la creación de un espacio institucional para el observatorio de la adolescencia y juventud, como organismo público que dé cuenta de la importancia que adquiere este colectivo para el desarrollo social, cultural y económico local de la región, que entre sus competencias implique las siguientes esferas:

- *Social*: que dé cuenta de la realidad socio-demográfica de este colectivo, necesidades y requerimientos, problemáticas psicosociales prevalentes. Demografía, tasa morbi-mortalidad (por causas externas, por enfermedades, etc), tasa de padres y madres adolescentes, jóvenes jefes de hogar, entre otros.
- *Educativa y formativa*: que informe sobre estadísticas educativas en nuestra localidad; niveles alcanzados; problemáticas escolares y pedagógicas prevalentes, de asistencia a problemáticas de aprendizaje, etc.
- *De desarrollo social y laboral*: que informe sobre adolescentes y jóvenes en el mercado laboral, proporción de jóvenes que trabajan por contrato, proporción de jóvenes que tienen acceso al sistema de salud, jóvenes madres y trabajadoras remuneradas, etc.
- *Salud*: instancia de asesoramiento en materia de salud, principales problemáticas asociadas a la salud en la adolescencia y juventud; ETS, campañas información y de concientización sobre problemáticas vinculadas a la salud; entre otras.
- *De calidad de vida*: que dé cuenta de las condiciones materiales de existencia de estos jóvenes, respecto de los bienes, de los servicios, de la violencia, etc.
- *De participación y ejercicio de ciudadanía:* Tasa de inscripción en los registros electorales; votantes en últimas elecciones por tipo de elección;

afiliación a partidos políticos; tasa de afiliación a organizaciones de la sociedad civil u ONG.

Bibliografía

Alvarado, A., Guzmán, E., & González, M., (2005). *Obesidad: ¿Baja Autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad*. Enseñanza e investigación en psicología, 10 (2), 417-428. Recuperado de: http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2013/09/Tratamiento-Obesidad-y-Autoestima.pdf

American Psychological Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* Buenos Aires: Masson.

Andrade Salazar, J. (2012). *Estado del Arte del Consumo de sustancia psicoactivas en el departamento del Quindío, en el periodo 2009 - 2012*. Recuperado de: https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/view/1756

Arenas-Monreal, L. Parada-Toro, I. Pacheco Magaña, L. Rueda Neira, C. Cortés Lugo, M. (2019). Mapeo comunitario para impulsar la participación comunitaria dentro del diagnóstico de salud población. Recuperado de: http://www.redalyc.org/jatsRepo/3587/358760304002/html/index.html

Arroyave Sierra, P. (2012). Factores de vulnerabilidad y riesgo asociado al bullying. *CES psicología, 5*(1), 116-125. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539529012.pdf.

Baile, J. I. & González, M. J. (2011). *Comorbilidad psicopatológica en obesidad*. Anales del sistema sanitario de Navarra, 34(2), 253---262.

Barrón de Carbonetti, M. (2012). *Crecimiento y desarrollo. De la biología a la educación y la salud.* Córdoba: Brujas.

Basile, H, S. (2005). El suicidio de los adolescentes en Argentina. *En Revista Argentina Clínica Neuropsiquiatrica.* Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiatrica. ALCMEON 47 año xv nº3. Pp211-231. www.alcmeon.com.ar

Blos, P. (1991). *La transición adolescente*. Cap. V y XVII. Buenos Aires: Amorrortu.

Borioli, G. (2012). *La adolescencia, esa construcción sociocultural*. En Barrón de Carbonetti, M. (2012). Crecimiento y desarrollo. De la biología a la educación y la salud. Córdoba: Brujas.

Bourdieu, P. (2002). *Sociología y cultura*. México: Gribalbo-Conaculta.

Breinbauer, C. & Maddaleno, M. (2008). Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas Saludables en los adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. Carrera de Especialización en Adolescencia. Universidad Nacional de Córdoba- Facultad de Psicología y Facultad de Filosofía y Humanidades

Brígido, A. (2004). *El sistema educativo Argentino. Elementos conceptuales, metodológicos y empíricos para su análisis.* Córdoba: Brujas.

Cadenazzi, V. (1998). *Accidentes los sábados por la noche.* Córdoba: Lerner.

Calañas-Continente, A. Arrizabalaga, J. Caixás, A. Cordido, F. (2010). *Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en el sobrepeso y la obesidad durante la adolescencia. Revista Medicina Clínica*, 135 (6), 265–273.

Cardozo, G. & Dubini, P. (2005). Factores de riesgo y protección. Su incidencia en la conducta de los adolescentes. En Cardozo, G. (Coord.), *Adolescencia. Promoción de salud y resiliencia*. Córdoba: Brujas, p.15-42.

Cardozo, G. (2004). *Unidad I. Hebeología.* En Apunte de cátedra de Psicología Evolutiva de la Adolescencia y Juventud. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Cardozo, G. (2014). Perspectivas Psicológicas del análisis del Proceso Adolescente. Carrera de Especialización en Adolescencia. Universidad Nacional de Córdoba- Facultad de Psicología y Facultad de Filosofía y Humanidades.

Ceballos, C. (2017). *Calidad de Vida Relacionada con la Salud de adolescente de 13 a 18 años que asisten al Centro de Atención Primaria de la Salud "Dr. Carlos Bravo" de la ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.

Cifuentes Gil, R. (2014). *Diseño de proyectos de investigación cualitativa.* Buenos Aires: Noveduc.

Comisión Económica para América Latina (2004). *La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencia.* Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2785/1/S2004083_es.pdf

Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (2004). Recuperada de: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6258.pdf

Corominas, J. (1994). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Tercera Edición. Madrid: Gredos S.A.

Crabay, M. (2007). ¿Adolescentes violentos o adolescencias violentadas? En Barrón, M. (Comp.) *Violencia*. Serie Adolescencia, Educación y Salud 2. Córdoba: Brujas.

Cruz Sánchez F, Bandera Rosell A, Gutiérrez Baró E. (2009). *Conductas y factores de riesgo en la adolescencia.* En: Cruz Sánchez F, Bandera Rosell A, Gutiérrez Baró E. Manual de prácticas clínicas para la atención en la adolescencia. Recuperado de: http://aps.sld.cu/bvs/materiales/manual_practica/colect

Davila Leon. O. (2005). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Rev. Última década.* Recuperada de: http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362004000200004

Daza, C. H. (2002). *La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud*. Colombia Médica, 33(2), pp. 72-80.

De los Santos, E. (2005). *La familia*. Buenos Aires: Paidos

Declaración de la OMS (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf .

Días, D., & Enríquez, D., (2007). *Obesidad infantil, ansiedad y familia.* Boletín clínico hospital infantil estado de sonora, 24 (1), 22-26. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/cgi-

bin/resumen.cgi?IDREVISTA=97yIDARTICULO=18402yIDPUBLICACION=1880

Donas Burak, S. (Comp.) (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Costa Rica: Consejo Editorial del LUR.

Fernández Mouján, O. (1986). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Figueroa, A., Rodríguez M. M., Guzmán Ávila M, A., Álvarez, M & Nieman. C. (2012). 4to Congrego Latinoamericano de prevención del suicidio. *"Adolescentes con riesgo suicida del gran San Miguel de Tucumán. Análisis comparativo."*

Garaigordobil M. (2011). Prevalencia y consecuencias del ciberbullying: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy.* Vol. 11, N° 2 pp. 233-254.

García Roche, R., Cortés Alfaro, A., Vila Aguilera, L., Hernández Sánchez, M., & Mesquia Valera, A. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes jóvenes de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* Vol. 22, n° 1. Recuperada de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-2125200600010000

Gómez Cobos, E. (2008). Adolescencia y Familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación.* Vol. 10, n° 2. Recuperada de: https://www.redalyc.org/pdf/802/80212387006.pdf

Grasso, L. (2009). *Encuesta. Elementos para su elaboración y análisis*. Córdoba: Brujas.

Guadagni, A. & Boero, F. (2017). *La educación argentina en el siglo XXI. Los desafíos que enfrentamos: calidad, deserción, inclusión.* Buenos Aires: Ateneo.

Heins, A. (2008). *Factores de riesgo y delincuencia juvenil: revisión de la literatura nacional e internacional.* Paz Ciudadana. Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34713405/FACTORES_DE

_RIESGO_DE_LA_DELINCUENCIA_JUVENIL.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1518199234&Signature=TDmgMVyRjWb91c9CEhuxArnwOQE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFactores_de_riesgo_y_deincuencia_juvenil.pdf

Hernández Sampieri, R. Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales.* Buenos Aires: Mc Graw Hill.

Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). *Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders.* Contemporary Family Therapy, 24(4), 581-599.

Liria, R., (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública,* 29 (3), 357-360. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36325041010

Luchemos por la vida. Asociación Civil (2019). *Estadísticas.* Recuperado de: www.luchemos.org.ar/es/estadisticas

Maddaleno M.; Morello P. & Infante-Espínola F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Publica 45*(1), 132-139.

Marchiori, H. (2006*). El suicidio. Enfoque Criminológico*. México: Purrúa.

Margulis, M. (2008). La juventud es más que una palabra. Ensayo sobre cultura y juventud. Buenos Aires: Biblos.

Mercurio, E. (2012). *Cerebro y adolescencia: implicancias jurídicas-penales.* Buenos Aires: Ad-hoc.

Minichiello, C., Maglio, A., Molina, M. & Schmidt, V. (2010). Los enfoques psicológicos en el estudio de la familia. En Leoibovich de Figueroa, N.,

Schmidt, V. *et al.* 2010 (comp). *Ecoevaluación Psicológica del contexto Familiar*. Buenos Aires: Guadalupe.

Ministerio de Salud de la Nación (2017). *Abordaje de la morbimortalidad adolescente. Paquete de herramientas para el círculo de información. Lineamientos para la intervención integral. Sistematización de experiencias*. Recuperado de: www.msal.gob.ar

Moncada, A. (2003) Drogadicción. En Perinat Maceres (Coord). *Los adolescentes en el siglo XXI*. Barcelona: Editorial UOC.

Municipalidad de Laguna Larga. (2019). *Página web de la Municipalidad de Laguna Larga.* Recuperado de: www.lagunalarga.gov.ar

Observatorio Argentino de Drogas (2011). *Estudio nacional en pacientes en centros de tratamiento Argentina 2010. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.* Recuperado de: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio_Nacional_en_pacientes_en_tratamiento2010.pdf

Oliva Delgado, A. y Parra Jiménez, A. (2004). *Capítulo IV. Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia.* En Arranz Freijo, E. (2004). Desarrollo psicológico y familia. México: Pearson Prentice Hall.

Organización Mundial de la Salud (2014). Datos y cifras. 10 datos sobre la obesidad. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/.

Organización Mundial de la Salud (2015). Centro de prensa. Obesidad y sobrepeso. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/.

Organización Mundial de la Salud (2019). *Desarrollo de la adolescencia.* Recuperado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud (2019b). Encuesta Mundial de Salud para Escolar (GSHS). Recuperado de: https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/es/

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Encuesta Mundial de Salud Escolar.* Recuperado de: https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/es/

Organización Panamericana de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud.* Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

Parra, A. & Oliva, A. (2002). *Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia.* Anales de psicología. Vol. 18, N° 2, pp. 215 – 231. Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/167/16718202.pdf

Pérez Barrero, S, A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general integral, 15.* 196-217. Disponible en: http://www.revistafuturos.info/futuros14/suicidio_adolescentes.htm

Presidencia de la Nación. Ministerio de Justifica y Derechos Humanos (2000). Protección de los Datos Personales. Recuperado de: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/norma.htm

Pucci, M. (2017). *Funcionamiento familiar en adolescentes con sobrepeso y obesidad pertenecientes al hospital de día de la fundación Centa, Río Gallegos.* Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.

Quiroga, S. (1998) Adolescencia. Del goce orgánico al hallazgo del objeto. Buenos Aires: Eudeba.

Res. 232/07 (2007). *Anticoncepción hormonal de emergencia.* Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 09 de Marzo de 2007.

Rodríguez Tomé, H. (2003) Pubertad y psicología de la adolescencia. Cap. III En Perinat, A. *Los adolescentes en el siglo XXI*. Editorial UOC. Barcelona

Ruiz-Lázaro, P. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas España Psiquiatría* 31(2), 85-94.

Rutsztein, G. (2002) La cultura de la delgadez. Trastornos alimentarios. *Revista Encrucijadas UBA, 16*(2), 76-85.

Silva, D. Mercurio, E. & López, F. (2012). *Imputabilidad penal y neurociencias. La inimputabilidad por razones psiquiátricas a la luz de las neurociencias actuales.* Buenos Aires: Ad-hoc.

Tempera de Devoto, R. (2005). *Familia: identidad y pertenencia.* Buenos Aires: Ediciones Universidad del Salvador.

UNICEF (2011). *La adolescencia, una época de oportunidades*. Recuperado de: http://www.unicef.org/argentina/spanish/estado_mundial_infancia_2011.pdf

Varela, O. (2011). Juventud y Criminalidad, aspectos sociales y psicológicos de la violencia en Revista *La fuente.* N° 46, año XIV, pp. 04 – 07. Córdoba, Argentina.

Yuni, J. & Urbano, C. (2015). *Psicología y cultura de los adolescentes*. Córdoba: Brujas.

Anexo

Tabla 1

Tabla de contingencia Nivel educativo del padre o cuidador * Establecimiento Educativo

			Establecimiento Educativo				Total
			IPEM René Favaloro	ISGJMP	IPET	Tres árboles	
Nivel educativo del padre o cuidador	Ns/nc	Recuento	15	14	7	5	41
		% Nivel educativo	36,6%	34,1%	17,1%	12,2%	100,0%
		% Escuela	16,7%	7,1%	12,1%	25,0%	11,2%
	Primaria incompleta	Recuento	6	9	2	1	18
		% Nivel educativo	33,3%	50,0%	11,1%	5,6%	100,0%
		% Escuela	6,7%	4,6%	3,4%	5,0%	4,9%
	Primaria Completa	Recuento	17	21	6	4	48
		% Nivel educativo	35,4%	43,8%	12,5%	8,3%	100,0%
		% Escuela	18,9%	10,7%	10,3%	20,0%	13,2%
	Secundario Incompleto	Recuento	33	40	24	7	104
		% Nivel educativo	31,7%	38,5%	23,1%	6,7%	100,0%
		% Escuela	36,7%	20,3%	41,4%	35,0%	28,5%
	Secundario Completo	Recuento	9	42	13	0	64
		% Nivel educativo	14,1%	65,6%	20,3%	0,0%	100,0%
		% Escuela	10,0%	21,3%	22,4%	0,0%	17,5%
	Terciario/universitario incompleto	Recuento	5	21	4	1	31
		% Nivel educativo	16,1%	67,7%	12,9%	3,2%	100,0%
		% Escuela	5,6%	10,7%	6,9%	5,0%	8,5%
	Terciario/universitario completo	Recuento	5	50	2	2	59
		% Nivel educativo	8,5%	84,7%	3,4%	3,4%	100,0%
		% Escuela	5,6%	25,4%	3,4%	10,0%	16,2%
Total		Recuento	90	197	58	20	365
		% Nivel educativo	24,7%	54,0%	15,9%	5,5%	100,0%
		% Escuela	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 2

Tabla de contingencia Nivel educativo de la madre o cuidadora * Establecimiento Educativo

			Establecimiento Educativo				Total
			IPEM	ISGJMP	IPET	Tres árboles	
Nivel educativo de la madre o cuidadora	Ns/nc	Recuento	10	10	6	4	30
		% Nivel educativo	33,3%	33,3%	20,0%	13,3%	100,0%
		% Escuela	11,1%	5,1%	10,2%	20,0%	8,2%
	Primaria incompleta	Recuento	5	6	1	1	13
		% Nivel educativo	38,5%	46,2%	7,7%	7,7%	100,0%
		% Escuela	5,6%	3,0%	1,7%	5,0%	3,6%
	Primaria Completa	Recuento	14	14	9	3	40
		% Nivel educativo	35,0%	35,0%	22,5%	7,5%	100,0%
		% Escuela	15,6%	7,1%	15,3%	15,0%	10,9%
	Secundario Incompleto	Recuento	34	26	19	4	83
		% Nivel educativo	41,0%	31,3%	22,9%	4,8%	100,0%
		% Escuela	37,8%	13,2%	32,2%	20,0%	22,7%
	Secundario Completo	Recuento	15	37	10	3	65
		% Nivel educativo	23,1%	56,9%	15,4%	4,6%	100,0%
		% Escuela	16,7%	18,8%	16,9%	15,0%	17,8%
	Terciario/universitario incompleto	Recuento	7	34	2	3	46
		% Nivel educativo	15,2%	73,9%	4,3%	6,5%	100,0%
		% Escuela	7,8%	17,3%	3,4%	15,0%	12,6%
	Terciario/universitario completo	Recuento	5	70	12	2	89
		% Nivel educativo	5,6%	78,7%	13,5%	2,2%	100,0%
		% Escuela	5,6%	35,5%	20,3%	10,0%	24,3%
Total		Recuento	90	197	59	20	366
		% Nivel educativo	24,6%	53,8%	16,1%	5,5%	100,0%
		% Escuela	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 3

Comparativa de medias de peso y altura en mujeres en adolescencia inicial (12 a 14 años) según instituciones educativas

	IPEM	ISGJMP	IPET	Tres árboles
Peso	54,61	48,59	54,00	50,75
Estatura	1,60	1,59	1,61	1,52
N válido	18	31	7	4

Tabla 4

Comparativa de medias de peso y altura en varones en adolescencia inicial (12 a 14 años) según instituciones educativas

	IPEM	ISGJMP	IPET	Tres árboles
Peso	51,90	53,53	54,25	61,00
Estatura	1,63	1,64	1,61	1,67
N válido	8	29	20	3

Tabla 5

Comparativa de medias de peso y altura en mujeres en adolescencia media (15 a 17 años) según instituciones educativas

	IPEM	ISGJMP	IPET	Tres árboles
Peso	61,42	57,11	59,80	58,56
Estatura	1,61	1,62	1,59	1,57
N válido	24	58	5	9

Tabla 6

Comparativa de medias de peso y altura en varones en adolescencia media (15 a 17 años) según instituciones educativas

	IPEM	ISGJMP	IPET	Tres árboles
Peso	62,57	68,15	71,63	70,50
Estatura	1,71	1,74	1,72	1,73
N válido	14	58	19	2

Tabla 7

Tabla de contingencia Sensación de hambre y sin alimentos * Establecimiento Educativo

			Establecimiento Educativo				Total
			IPEM	ISGJMP	IPET	Tres árboles	
Sensación de hambre y sin alimentos	Ns/nc	Recuento	9	2	1	0	12
		% hambre y sin alimentos	75,0%	16,7%	8,3%	0,0%	100,0%
		% Escuela	8,3%	0,9%	1,5%	0,0%	2,8%
	Nunca	Recuento	75	169	46	18	308
		% hambre y sin alimentos	24,4%	54,9%	14,9%	5,8%	100,0%
		% Escuela	68,8%	75,4%	67,6%	75,0%	72,5%
	Rara vez	Recuento	12	36	13	4	65
		% hambre y sin alimentos	18,5%	55,4%	20,0%	6,2%	100,0%
		% Escuela	11,0%	16,1%	19,1%	16,7%	15,3%
	A veces	Recuento	9	11	6	1	27
		% hambre y sin alimentos	33,3%	40,7%	22,2%	3,7%	100,0%
		% Escuela	8,3%	4,9%	8,8%	4,2%	6,4%
	Casi siempre	Recuento	3	5	1	1	10
		% hambre y sin alimentos	30,0%	50,0%	10,0%	10,0%	100,0%
		% Escuela	2,8%	2,2%	1,5%	4,2%	2,4%
	Siempre	Recuento	1	1	1	0	3
		% hambre y sin alimentos	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	100,0%
		% Escuela	0,9%	0,4%	1,5%	0,0%	0,7%
Total		Recuento	109	224	68	24	425
		% hambre y sin alimentos	25,6%	52,7%	16,0%	5,6%	100,0%
		% Escuela	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 8

Tabla de contingencia Víctima de agresión física, en los últimos doce meses * Establecimiento Educativo * Género

Género				Establecimiento Educativo				Total
				IPEM	ISGJMP	IPET	Tres árboles	
Masculino	Víctima de agresión física, en los últimos doce meses	Ninguna vez	Recuento	28	83	31	5	147
			% Víctima	19,0%	56,5%	21,1%	3,4%	100,0%
		Una vez	Recuento	0	5	3	0	8
			% Víctima	0,0%	62,5%	37,5%	0,0%	100,0%
		Dos o tres veces	Recuento	3	3	6	0	12
			% Víctima	25,0%	25,0%	50,0%	0,0%	100,0%
		Cuatro o	Recuento	1	2	1	0	4

		cinco veces	% Víctima	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	100,0%
		Seis o siete veces	Recuento	0	2	3	2	7
			% Víctima	0,0%	28,6%	42,9%	28,6%	100,0%
		Diez u once veces	Recuento	0	1	0	0	1
			% Víctima	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Doce o más veces	Recuento	0	1	2	0	3
			% Víctima	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	32	97	46	7	182
			% Víctima	17,6%	53,3%	25,3%	3,8%	100,0%
Femenino	Víctima de agresión física, en los últimos doce meses	Ninguna vez	Recuento	48	86	8	11	153
			% Víctima	31,4%	56,2%	5,2%	7,2%	100,0%
		Una vez	Recuento	2	10	1	2	15
			% Víctima	13,3%	66,7%	6,7%	13,3%	100,0%
		Dos o tres veces	Recuento	8	1	1	0	10
			% Víctima	80,0%	10,0%	10,0%	0,0%	100,0%
		Cuatro o cinco veces	Recuento	0	0	1	0	1
			% Víctima	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		8 o nueve veces	Recuento	0	1	0	0	1
			% Víctima	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Diez u once veces	Recuento	0	0	1	0	1
			% Víctima	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		Doce o más veces	Recuento	0	1	1	0	2
			% Víctima	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	58	99	13	13	183
			% Víctima	31,7%	54,1%	7,1%	7,1%	100,0%
Total	Víctima de agresión física, en los últimos doce meses	Ninguna vez	Recuento	76	169	39	16	300
			% Víctima	25,3%	56,3%	13,0%	5,3%	100,0%
		Una vez	Recuento	2	15	4	2	23
			% Víctima	8,7%	65,2%	17,4%	8,7%	100,0%
		Dos o tres veces	Recuento	11	4	7	0	22
			% Víctima	50,0%	18,2%	31,8%	0,0%	100,0%
		Cuatro o cinco veces	Recuento	1	2	2	0	5
			% Víctima	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	100,0%
		Seis o siete veces	Recuento	0	2	3	2	7
			% Víctima	0,0%	28,6%	42,9%	28,6%	100,0%
		8 o nueve veces	Recuento	0	1	0	0	1
			% Víctima	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Diez u once veces	Recuento	0	1	1	0	2
			% Víctima	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
		Doce o más	Recuento	0	2	3	0	5

		veces	% Víctima	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	90	196	59	20	365
			% Víctima	24,7%	53,7%	16,2%	5,5%	100,0%

Tabla 9

Tabla de contingencia Víctima de agresión física, en los últimos doce meses * Periodo de la adolescencia

			Periodo de la adolescencia		Total
			Adolescencia Inicial	Adolescencia media	
Víctima de agresión física, en los últimos doce meses	Ninguna vez	Recuento	122	178	300
		% víctima	40,7%	59,3%	100,0%
	Una vez	Recuento	14	9	23
		% víctima	60,9%	39,1%	100,0%
	Dos o tres veces	Recuento	12	10	22
		% víctima	54,5%	45,5%	100,0%
	Cuatro o cinco veces	Recuento	3	2	5
		% víctima	60,0%	40,0%	100,0%
	Seis o siete veces	Recuento	7	0	7
		% víctima	100,0%	0,0%	100,0%
	Ocho o nueve veces	Recuento	1	0	1
		% víctima	100,0%	0,0%	100,0%
	Diez u once veces	Recuento	1	1	2
		% víctima	50,0%	50,0%	100,0%
	Doce o más veces	Recuento	3	2	5
		% víctima	60,0%	40,0%	100,0%
Total		Recuento	163	202	365
		% víctima	44,7%	55,3%	100,0%

Tabla 10

Tabla de contingencia Participación en pelea en los últimos 12 meses * Establecimiento Educativo * Género

Género	Establecimiento Educativo				Total
	IPEM	ISGJMP	IPET	Tres árboles	

Masculino	Participación en pelea en los últimos 12 meses	Ninguna vez	Recuento	20	69	23	5	117
			% pelea	17,1%	59,0%	19,7%	4,3%	100,0%
		Una vez	Recuento	3	15	5	0	23
			% pelea	13,0%	65,2%	21,7%	0,0%	100,0%
		Dos o tres veces	Recuento	4	10	7	0	21
			% pelea	19,0%	47,6%	33,3%	0,0%	100,0%
		Cuatro o cinco veces	Recuento	0	2	2	1	5
			% pelea	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%
		Seis o siete veces	Recuento	3	0	3	1	7
			% pelea	42,9%	0,0%	42,9%	14,3%	100,0%
		8 o nueve veces	Recuento	1	0	0	0	1
			% pelea	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Doce o más veces	Recuento	1	1	5	0	7
			% pelea	14,3%	14,3%	71,4%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	32	97	45	7	181
			% pelea	17,7%	53,6%	24,9%	3,9%	100,0%
Femenino	Participación en pelea en los últimos 12 meses	Ninguna vez	Recuento	49	87	9	11	156
			% pelea	31,4%	55,8%	5,8%	7,1%	100,0%
		Una vez	Recuento	5	4	2	2	13
			% pelea	38,5%	30,8%	15,4%	15,4%	100,0%
		Dos o tres veces	Recuento	4	6	2	0	12
			% pelea	33,3%	50,0%	16,7%	0,0%	100,0%
		Cuatro o cinco veces	Recuento	0	1	0	0	1
			% pelea	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Doce o más veces	Recuento	0	2	0	0	2
			% pelea	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	58	100	13	13	184
			% pelea	31,5%	54,3%	7,1%	7,1%	100,0%
Total	Participación en pelea en los últimos 12 meses	Ninguna vez	Recuento	69	156	32	16	273
			% pelea	25,3%	57,1%	11,7%	5,9%	100,0%
		Una vez	Recuento	8	19	7	2	36
			% pelea	22,2%	52,8%	19,4%	5,6%	100,0%
		Dos o tres veces	Recuento	8	16	9	0	33
			% pelea	24,2%	48,5%	27,3%	0,0%	100,0%
		Cuatro o cinco veces	Recuento	0	3	2	1	6
			% pelea	0,0%	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%
		Seis o siete veces	Recuento	3	0	3	1	7
			% pelea	42,9%	0,0%	42,9%	14,3%	100,0%
		8 o nueve veces	Recuento	1	0	0	0	1
			% pelea	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%

		Doce o más veces	Recuento	1	3	5	0	9
			% pelea	11,1%	33,3%	55,6%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	90	197	58	20	365
			% pelea	24,7%	54,0%	15,9%	5,5%	100,0%

Tabla 11

Tabla de contingencia Participación en pelea en los últimos 12 meses * Periodo de la adolescencia

			Periodo de la adolescencia		Total
			Adolescencia Inicial	Adolescencia media	
Participación en pelea en los últimos 12 meses	Ninguna vez	Recuento	107	166	273
		% pelea	39,2%	60,8%	100,0%
	Una vez	Recuento	17	19	36
		% pelea	47,2%	52,8%	100,0%
	Dos o tres veces	Recuento	19	14	33
		% pelea	57,6%	42,4%	100,0%
	Cuatro o cinco veces	Recuento	4	2	6
		% pelea	66,7%	33,3%	100,0%
	Seis o siete veces	Recuento	7	0	7
		% pelea	100,0%	0,0%	100,0%
	Ocho o nueve veces	Recuento	1	0	1
		% pelea	100,0%	0,0%	100,0%
	Doce o más veces	Recuento	8	1	9
		% pelea	88,9%	11,1%	100,0%
Total		Recuento	163	202	365
		% pelea	44,7%	55,3%	100,0%

Tabla 12

Tabla de contingencia Padecer lesión grave, en los últimos 12 meses * Establecimiento Educativo * Género

Género			Establecimiento Educativo				Total
			IPEM	ISGJMP	IPET	Tres árboles	
Masculino	Padecer lesión grave, en los últimos 12	Ninguna vez	Recuento	11	49	23	3	86
			% lesión grave	12,8%	57,0%	26,7%	3,5%	100,0%
		Una vez	Recuento	13	31	9	1	54
			% lesión grave	24,1%	57,4%	16,7%	1,9%	100,0%

		Dos o tres veces	Recuento	7	9	8	2	26
			% lesión grave	26,9%	34,6%	30,8%	7,7%	100,0%
		Cuatro o cinco veces	Recuento	1	6	2	1	10
			% lesión grave	10,0%	60,0%	20,0%	10,0%	100,0%
		Seis o siete veces	Recuento	0	0	1	0	1
			% lesión grave	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		Diez u once veces	Recuento	0	1	0	0	1
			% lesión grave	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Doce o más veces	Recuento	0	1	3	0	4
			% lesión grave	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	32	97	46	7	182
			% lesión grave	17,6%	53,3%	25,3%	3,8%	100,0%
Femenino	Padecer lesión grave, en los últimos 12 meses	Ns/nc	Recuento	1	0	0	0	1
			% lesión grave	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Ninguna vez	Recuento	35	61	7	10	113
			% lesión grave	31,0%	54,0%	6,2%	8,8%	100,0%
		Una vez	Recuento	11	22	4	2	39
			% lesión grave	28,2%	56,4%	10,3%	5,1%	100,0%
		Dos o tres veces	Recuento	10	13	2	1	26
			% lesión grave	38,5%	50,0%	7,7%	3,8%	100,0%
		Cuatro o cinco veces	Recuento	1	1	0	0	2
			% lesión grave	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Ocho o nueve veces	Recuento	0	1	0	0	1
			% lesión grave	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Doce o más veces	Recuento	0	2	0	0	2
			% lesión grave	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	58	100	13	13	184
			% lesión grave	31,5%	54,3%	7,1%	7,1%	100,0%
Total	Padecer lesión grave, en los últimos 12 meses	Ns/nc	Recuento	1	0	0	0	1
			% lesión grave	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Ninguna vez	Recuento	46	110	30	13	199
			% lesión grave	23,1%	55,3%	15,1%	6,5%	100,0%
		Una vez	Recuento	24	53	13	3	93
			% lesión grave	25,8%	57,0%	14,0%	3,2%	100,0%
		Dos o tres veces	Recuento	17	22	10	3	52
			% lesión grave	32,7%	42,3%	19,2%	5,8%	100,0%
		Cuatro o cinco veces	Recuento	2	7	2	1	12
			% lesión grave	16,7%	58,3%	16,7%	8,3%	100,0%
		Seis o siete veces	Recuento	0	0	1	0	1
			% lesión grave	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%

		Ocho o nueve veces	Recuento	0	1	0	0	1
			% lesión grave	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Diez u once veces	Recuento	0	1	0	0	1
			% lesión grave	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Doce o más veces	Recuento	0	3	3	0	6
			% lesión grave	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	90	197	59	20	366
			% lesión grave	24,6%	53,8%	16,1%	5,5%	100,0%

Tabla 13

Tabla de contingencia Padecer lesión grave, en los últimos 12 meses * Periodo de la adolescencia

			Periodo de la adolescencia		Total
			Adolescencia Inicial	Adolescencia media	
Padecer lesión grave, en los últimos 12 meses	Ns/nc	Recuento	0	1	1
		% lesión grave	0,0%	100,0%	100,0%
	Ninguna vez	Recuento	88	111	199
		% lesión grave	44,2%	55,8%	100,0%
	Una vez	Recuento	35	58	93
		% lesión grave	37,6%	62,4%	100,0%
	Dos o tres veces	Recuento	29	23	52
		% lesión grave	55,8%	44,2%	100,0%
	Cuatro o cinco veces	Recuento	3	9	12
		% lesión grave	25,0%	75,0%	100,0%
	Seis o siete veces	Recuento	1	0	1
		% lesión grave	100,0%	0,0%	100,0%
	8 o nueve veces	Recuento	0	1	1
		% lesión grave	0,0%	100,0%	100,0%
	Diez u once veces	Recuento	1	0	1
		% lesión grave	100,0%	0,0%	100,0%
	Doce o más veces	Recuento	6	0	6
		% lesión grave	100,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	163	203	366
		% lesión grave	44,5%	55,5%	100,0%

Tabla 14

Tabla de contingencia Lesión seria, en los últimos 12 meses * Establecimiento Educativo * Género

Género				Establecimiento Educativo				Total
				IPEM	ISGJMP	IPET	Tres árboles	
Masculino	Lesión seria, en los últimos 12 meses	No tuve una lesión seria en los últimos 12 meses	Recuento	15	46	21	3	85
			% Lesión seria	17,6%	54,1%	24,7%	3,5%	100,0%
		Tuve un hueso roto o una articulación dislocada	Recuento	0	15	6	1	22
			% Lesión seria	0,0%	68,2%	27,3%	4,5%	100,0%
		Recibí un corte, una punzada o puñalada	Recuento	0	3	1	0	4
			% Lesión seria	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
		Sufrí un golpe u otra lesión en la cabeza o cuello, me desmayé o no podía respirar	Recuento	0	3	1	0	4
			% Lesión seria	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
		Recibí una herida con arma de fuego	Recuento	0	0	1	0	1
			% Lesión seria	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		Sufrí una quemadura grave	Recuento	0	1	2	0	3
			% Lesión seria	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
		Me intoxiqué o tomé mucha cantidad de medicamentos	Recuento	1	0	0	0	1
			% Lesión seria	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Me sucedió otra cosa	Recuento	16	26	12	3	57
			% Lesión seria	28,1%	45,6%	21,1%	5,3%	100,0%
	Total		Recuento	32	94	44	7	177
			% Lesión seria	18,1%	53,1%	24,9%	4,0%	100,0%
Femenino	Lesión seria, en los últimos	Ns/nc	Recuento	3	0	0	0	3
			% Lesión seria	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		No tuve una lesión	Recuento	31	60	9	9	109

		seria en los últimos 12 meses	% Lesión seria	28,4%	55,0%	8,3%	8,3%	100,0%
		Tuve un hueso roto o una articulación dislocada	Recuento	4	8	1	3	16
			% Lesión seria	25,0%	50,0%	6,2%	18,8%	100,0%
		Sufrí un golpe u otra lesión en la cabeza o cuello, me desmayé o no podía respirar	Recuento	0	2	0	0	2
			% Lesión seria	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Sufrí una quemadura grave	Recuento	1	3	0	0	4
			% Lesión seria	25,0%	75,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Me intoxiqué o tomé mucha cantidad de medicamentos	Recuento	1	1	0	0	2
			% Lesión seria	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Me sucedió otra cosa	Recuento	17	23	3	1	44
			% Lesión seria	38,6%	52,3%	6,8%	2,3%	100,0%
	Total		Recuento	57	97	13	13	180
			% Lesión seria	31,7%	53,9%	7,2%	7,2%	100,0%
Total	Lesión seria, en los últimos 12 meses	Ns/nc	Recuento	3	0	0	0	3
			% Lesión seria	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		No tuve una lesión seria en los últimos 12 meses	Recuento	46	106	30	12	194
			% Lesión seria	23,7%	54,6%	15,5%	6,2%	100,0%
		Tuve un hueso roto o una articulación dislocada	Recuento	4	23	7	4	38
			% Lesión seria	10,5%	60,5%	18,4%	10,5%	100,0%
		Recibí un corte, una punzada o puñalada	Recuento	0	3	1	0	4
			% Lesión seria	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
		Sufrí un golpe u otra lesión en la cabeza o cuello, me desmayé o no podía respirar	Recuento	0	5	1	0	6
			% Lesión seria	0,0%	83,3%	16,7%	0,0%	100,0%
		Recibí una herida con arma de fuego	Recuento	0	0	1	0	1
			% Lesión seria	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		Sufrí una quemadura	Recuento	1	4	2	0	7

		grave	% Lesión seria	14,3%	57,1%	28,6%	0,0%	100,0%
		Me intoxiqué o tomé mucha cantidad de medicamentos	Recuento	2	1	0	0	3
			% Lesión seria	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
		Me sucedió otra cosa	Recuento	33	49	15	4	101
			% Lesión seria	32,7%	48,5%	14,9%	4,0%	100,0%
	Total		Recuento	89	191	57	20	357
			% Lesión seria	24,9%	53,5%	16,0%	5,6%	100,0%

Tabla 15

Tabla de contingencia Lesión seria, en los últimos 12 meses * Periodo de la adolescencia

			Periodo de la adolescencia		Total
			Adolescencia Inicial	Adolescencia media	
Lesión seria, en los últimos 12 meses	Ns/nc	Recuento	1	2	3
		% Lesión seria	33,3%	66,7%	100,0%
	No tuve una lesión seria en los últimos 12 meses	Recuento	98	96	194
		% Lesión seria	50,5%	49,5%	100,0%
	Tuve un hueso roto o una articulación dislocada	Recuento	18	20	38
		% Lesión seria	47,4%	52,6%	100,0%
	Recibí un corte, una punzada o puñalada	Recuento	2	2	4
		% Lesión seria	50,0%	50,0%	100,0%
	Golpe/ lesión en la cabeza o cuello, me desmayé o no podía respirar	Recuento	1	5	6
		% Lesión seria	16,7%	83,3%	100,0%
	Recibí una herida con arma de fuego	Recuento	1	0	1
		% Lesión seria	100,0%	0,0%	100,0%
	Sufrí una quemadura grave	Recuento	2	5	7
		% Lesión seria	28,6%	71,4%	100,0%
	Me intoxiqué o tomé mucha cantidad de medicamentos	Recuento	0	3	3
		% Lesión seria	0,0%	100,0%	100,0%
	Me sucedió otra cosa	Recuento	38	63	101
		% Lesión seria	37,6%	62,4%	100,0%
Total		Recuento	161	196	357

	% Lesión seria	45,1%	54,9%	100,0%

Tabla 16

Principal causa de lesión grave

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/nc	2	,5	,6	,6
No sufrí una lesión grave en los últimos 12 meses	180	49,2	50,0	50,6
Tuve un accidente automovilístico o me atropelló un vehículo motorizado	14	3,8	3,9	54,4
Me caí	55	15,0	15,3	69,7
Algo cayó sobre mi o me golpeó	14	3,8	3,9	73,6
Fui atacado, agredido, abusado o estuve peleando con alguien	2	,5	,6	74,2
Estuve en un incendio o me acerqué demasiado a un llama o algo caliente	2	,5	,6	74,7
Inhalé o tragué algo que me hizo mal	6	1,6	1,7	76,4
Otra cosa causó mi lesión	85	23,2	23,6	100,0
Total	360	98,4	100,0	
Perdidos	6	1,6		
Total	366	100,0		

Tabla 17

Tabla de contingencia Días de Intimidación, los últimos 30 días * Establecimiento Educativo * Género

Género				Establecimiento Educativo				Total
				IPEM René Favaloro	ISGJMP	IPET	Tres árboles	
Masculino	Intimidación, los	Cero días	Recuento	23	83	35	6	147
			% Días Int.	15,6%	56,5%	23,8%	4,1%	100,0%
		Uno o dos	Recuento	6	5	5	1	17

		días	% Días Int.	35,3%	29,4%	29,4%	5,9%	100,0%
		Tres a cinco días	Recuento	2	6	4	0	12
			% Días Int.	16,7%	50,0%	33,3%	0,0%	100,0%
		Seis a nueve días	Recuento	1	1	0	0	2
			% Días Int.	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		20 a 29 días	Recuento	0	2	1	0	3
			% Días Int.	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
		Los 30 días	Recuento	0	0	1	0	1
			% Días Int.	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	32	97	46	7	182
			% Días Int.	17,6%	53,3%	25,3%	3,8%	100,0%
Femenino	Días de Intimidación, los últimos 30 días	Ns/nc	Recuento	1	0	0	0	1
			% Días Int.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Cero días	Recuento	48	77	10	8	143
			% Días Int.	33,6%	53,8%	7,0%	5,6%	100,0%
		Uno o dos días	Recuento	4	14	0	4	22
			% Días Int.	18,2%	63,6%	0,0%	18,2%	100,0%
		Tres a cinco días	Recuento	3	4	2	0	9
			% Días Int.	33,3%	44,4%	22,2%	0,0%	100,0%
		Seis a nueve días	Recuento	1	2	1	1	5
			% Días Int.	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	100,0%
		Diez a 19 días	Recuento	1	3	0	0	4
			% Días Int.	25,0%	75,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	58	100	13	13	184
			% Días Int.	31,5%	54,3%	7,1%	7,1%	100,0%
Total	Días de Intimidación, los últimos 30 días	Ns/nc	Recuento	1	0	0	0	1
			% Días Int.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Cero días	Recuento	71	160	45	14	290
			% Días Int.	24,5%	55,2%	15,5%	4,8%	100,0%
		Uno o dos días	Recuento	10	19	5	5	39
			% Días Int.	25,6%	48,7%	12,8%	12,8%	100,0%
		Tres a cinco días	Recuento	5	10	6	0	21
			% Días Int.	23,8%	47,6%	28,6%	0,0%	100,0%
		Seis a nueve días	Recuento	2	3	1	1	7
			% Días Int.	28,6%	42,9%	14,3%	14,3%	100,0%
		Diez a 19 días	Recuento	1	3	0	0	4
			% Días Int.	25,0%	75,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		20 a 29 días	Recuento	0	2	1	0	3
			% Días Int.	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%

		Los 30 días	Recuento	0	0	1	0	1
			% Días Int.	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	90	197	59	20	366
			% Días Int.	24,6%	53,8%	16,1%	5,5%	100,0%

Tabla 18

Tabla de contingencia Formas de intimidación * Periodo de la adolescencia

			Periodo de la adolescencia		Total
			Adolescencia Inicial	Adolescencia media	
Formas de intimidación	Ns/nc	Recuento	0	1	1
		% intimidación	0,0%	100,0%	100,0%
	No fui intimidado en los últimos 30 días	Recuento	125	159	284
		% intimidación	44,0%	56,0%	100,0%
	Fui golpeado, pateado, empujado o encerrado	Recuento	4	2	6
		% intimidación	66,7%	33,3%	100,0%
	Se burlaron debido a mi raza, nacionalidad o color	Recuento	0	2	2
		% intimidación	0,0%	100,0%	100,0%
	Se burlaron con chistes, comentarios o gestos de índole sexual.	Recuento	5	5	10
		% intimidación	50,0%	50,0%	100,0%
	Me excluyeron de las actividades a propósito o fui completamente ignorado	Recuento	7	7	14
		% intimidación	50,0%	50,0%	100,0%
	Se burlaron por el aspecto de mi cuerpo	Recuento	11	7	18
		% intimidación	61,1%	38,9%	100,0%
	Fui intimidado de otra manera	Recuento	9	17	26
		% intimidación	34,6%	65,4%	100,0%
Total		Recuento	161	200	361
		% intimidación	44,6%	55,4%	100,0%

Tabla 19

Tabla de contingencia Formas de intimidación * Establecimiento Educativo * Género

Género				Establecimiento Educativo				Total
				IPEM	ISGJMP	IPET	Tres árboles	
Masculino	s de intimid	No fui intimidado en los últimos 30 días	Recuento	25	76	34	6	141
			% int.	17,7%	53,9%	24,1%	4,3%	100,0%

		Fui golpeado, pateado, empujado o encerrado	Recuento	1	1	3	1	6
			% int.	16,7%	16,7%	50,0%	16,7%	100,0%
		Se burlaron debido a mi raza, nacionalidad o color	Recuento	0	1	0	0	1
			% int.	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Chistes, comentarios o gestos de índole sexual.	Recuento	1	1	3	0	5
			% int.	20,0%	20,0%	60,0%	0,0%	100,0%
		Exclusión de actividades o ignorado	Recuento	0	8	0	0	8
			% int.	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Se burlaron por el aspecto de mi cuerpo	Recuento	2	3	1	0	6
			% int.	33,3%	50,0%	16,7%	0,0%	100,0%
		Fui intimidado de otra manera	Recuento	3	5	4	0	12
			% int.	25,0%	41,7%	33,3%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	32	95	45	7	179
			% int.	17,9%	53,1%	25,1%	3,9%	100,0%
Femenino	Formas de intimidación	Ns/nc	Recuento	1	0	0	0	1
			% int.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		No fui intimidado en los últimos 30 días	Recuento	46	77	10	10	143
			% int.	32,2%	53,8%	7,0%	7,0%	100,0%
		Se burlaron debido a mi raza, nacionalidad o color	Recuento	1	0	0	0	1
			% int.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Chistes, comentarios o gestos de índole sexual.	Recuento	1	3	1	0	5
			% int.	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	100,0%
		Exclusión de actividades o ignorado	Recuento	1	2	2	1	6
			% int.	16,7%	33,3%	33,3%	16,7%	100,0%
		Se burlaron por el aspecto de mi cuerpo	Recuento	4	7	0	1	12
			% int.	33,3%	58,3%	0,0%	8,3%	100,0%
		Fui intimidado de otra manera	Recuento	3	10	0	1	14
			% int.	21,4%	71,4%	0,0%	7,1%	100,0%
	Total		Recuento	57	99	13	13	182
			% int.	31,3%	54,4%	7,1%	7,1%	100,0%
Total	Formas de intimidación	Ns/nc	Recuento	1	0	0	0	1
			% int.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		No fui intimidado en los últimos 30 días	Recuento	71	153	44	16	284
			% int.	25,0%	53,9%	15,5%	5,6%	100,0%
		Fui golpeado, pateado, empujado o encerrado	Recuento	1	1	3	1	6
			% int.	16,7%	16,7%	50,0%	16,7%	100,0%
		Se burlaron debido a mi raza, nacionalidad o color	Recuento	1	1	0	0	2
			% int.	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Chistes, comentarios o gestos de índole sexual.	Recuento	2	4	4	0	10
			% int.	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	100,0%
		Exclusión de actividades o	Recuento	1	10	2	1	14

		ignorado	% int.	7,1%	71,4%	14,3%	7,1%	100,0%
		Se burlaron por el aspecto de mi cuerpo	Recuento	6	10	1	1	18
			% int.	33,3%	55,6%	5,6%	5,6%	100,0%
		Fui intimidado de otra manera	Recuento	6	15	4	1	26
			% int.	23,1%	57,7%	15,4%	3,8%	100,0%
	Total		Recuento	89	194	58	20	361
			% int.	24,7%	53,7%	16,1%	5,5%	100,0%

Tabla 20

Tabla de contingencia Formas de intimidación * Periodo de la adolescencia

			Periodo de la adolescencia		Total
			Adolescencia Inicial	Adolescencia media	
Formas de intimidación	Ns/nc	Recuento	0	1	1
		% inti.	0,0%	100,0%	100,0%
	No fui intimidado en los últimos 30 días	Recuento	125	159	284
		% inti.	44,0%	56,0%	100,0%
	Fui golpeado, pateado, empujado o encerrado	Recuento	4	2	6
		% inti.	66,7%	33,3%	100,0%
	Se burlaron debido a mi raza, nacionalidad o color	Recuento	0	2	2
		% inti.	0,0%	100,0%	100,0%
	Chistes, comentarios o gestos de índole sexual.	Recuento	5	5	10
		% inti.	50,0%	50,0%	100,0%
	Exclusión de actividades o ignorado	Recuento	7	7	14
		% inti.	50,0%	50,0%	100,0%
	Se burlaron por el aspecto de mi cuerpo	Recuento	11	7	18
		% inti.	61,1%	38,9%	100,0%
	Fui intimidado de otra manera	Recuento	9	17	26
		% inti.	34,6%	65,4%	100,0%
Total		Recuento	161	200	361
		% inti.	44,6%	55,4%	100,0%

Tabla 21

Tabla de contingencia Frecuencia de viaje conducido por sujeto alcoholizado * Establecimiento Educativo * Género

Género	Establecimiento Educativo				Total
	IPEM	ISGJMP	IPET	Tres árboles	

Masculino	Frecuencia de viaje conducido por sujeto alcoholizado	No viajé de esta manera	Recuento	4	13	5	0	22
			% cond. c/ alcohol	18,2%	59,1%	22,7%	0,0%	100,0%
		Ninguna vez	Recuento	23	48	18	3	92
			% cond. c/ alcohol	25,0%	52,2%	19,6%	3,3%	100,0%
		Una vez	Recuento	3	11	6	1	21
			% cond. c/ alcohol	14,3%	52,4%	28,6%	4,8%	100,0%
		Dos o tres veces	Recuento	2	11	7	1	21
			% cond. c/ alcohol	9,5%	52,4%	33,3%	4,8%	100,0%
		Cuatro o cinco veces	Recuento	0	4	1	1	6
			% cond. c/ alcohol	0,0%	66,7%	16,7%	16,7%	100,0%
		Seis o más veces	Recuento	0	9	6	1	16
			% cond. c/ alcohol	0,0%	56,2%	37,5%	6,2%	100,0%
	Total		Recuento	32	96	43	7	178
			% cond. c/ alcohol	18,0%	53,9%	24,2%	3,9%	100,0%
Femenino	Frecuencia de viaje conducido por sujeto alcoholizado	Ns/nc	Recuento	1	0	0	0	1
			% cond. c/ alcohol	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		No viajé de esta manera	Recuento	11	11	1	1	24
			% cond. c/ alcohol	45,8%	45,8%	4,2%	4,2%	100,0%
		Ninguna vez	Recuento	26	62	8	10	106
			% cond. c/ alcohol	24,5%	58,5%	7,5%	9,4%	100,0%
		Una vez	Recuento	7	14	1	0	22
			% cond. c/ alcohol	31,8%	63,6%	4,5%	0,0%	100,0%
		Dos o tres veces	Recuento	4	6	3	0	13
			% cond. c/ alcohol	30,8%	46,2%	23,1%	0,0%	100,0%
		Cuatro o cinco veces	Recuento	4	3	0	0	7
			% cond. c/ alcohol	57,1%	42,9%	0,0%	0,0%	100,0%
		Seis o más veces	Recuento	5	4	0	2	11
			% cond. c/ alcohol	45,5%	36,4%	0,0%	18,2%	100,0%
	Total		Recuento	58	100	13	13	184
			% cond. c/ alcohol	31,5%	54,3%	7,1%	7,1%	100,0%
Total	Frecuencia de viaje conducido por sujeto alcoholizado	Ns/nc	Recuento	1	0	0	0	1
			% cond. c/ alcohol	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		No viajé en un vehículo manejado por otra persona	Recuento	15	24	6	1	46
			% cond. c/ alcohol	32,6%	52,2%	13,0%	2,2%	100,0%
		Ninguna vez	Recuento	49	110	26	13	198
			% cond. c/ alcohol	24,7%	55,6%	13,1%	6,6%	100,0%
		Una vez	Recuento	10	25	7	1	43
			% cond. c/ alcohol	23,3%	58,1%	16,3%	2,3%	100,0%

		Dos o tres veces	Recuento	6	17	10	1	34
			% cond. c/ alcohol	17,6%	50,0%	29,4%	2,9%	100,0%
		Cuatro o cinco veces	Recuento	4	7	1	1	13
			% cond. c/ alcohol	30,8%	53,8%	7,7%	7,7%	100,0%
		Seis o más veces	Recuento	5	13	6	3	27
			% cond. c/ alcohol	18,5%	48,1%	22,2%	11,1%	100,0%
	Total		Recuento	90	196	56	20	362
			% cond. c/ alcohol	24,9%	54,1%	15,5%	5,5%	100,0%

Tabla 22

Tabla de contingencia Frecuencia de viaje conducido por sujeto alcoholizado * Periodo de la adolescencia

			Periodo de la adolescencia		Total
			Adolescencia Inicial	Adolescencia media	
Frecuencia de viaje conducido por sujeto alcoholizado	Ns/nc	Recuento	0	1	1
		% cond. alcohol	0,0%	100,0%	100,0%
	No viajé de esta manera	Recuento	24	22	46
		% cond. alcohol	52,2%	47,8%	100,0%
	Ninguna vez	Recuento	102	96	198
		% cond. alcohol	51,5%	48,5%	100,0%
	Una vez	Recuento	10	33	43
		% cond. alcohol	23,3%	76,7%	100,0%
	Dos o tres veces	Recuento	11	23	34
		% cond. alcohol	32,4%	67,6%	100,0%
	Cuatro o cinco veces	Recuento	4	9	13
		% cond. alcohol	30,8%	69,2%	100,0%
	Seis o más veces	Recuento	9	18	27
		% cond. alcohol	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Recuento	160	202	362
		% cond. alcohol	44,2%	55,8%	100,0%

Tabla 23

Tabla de contingencia Uso de cinturón de seguridad en autos manejado por otra persona, en los últimos 30 días * Establecimiento Educativo * Género

Género	Establecimiento Educativo				Total
	IPEM	ISGJMP	IPET	Tres árboles	

Masculino	Uso de cinturón de seguridad en autos manejado por otra persona, en los últimos 30 días	No viajé así	Recuento	1	2	6	0	9
			% cinturón	11,1%	22,2%	66,7%	0,0%	100,0%
		Nunca	Recuento	3	8	8	2	21
			% cinturón	14,3%	38,1%	38,1%	9,5%	100,0%
		rara vez	Recuento	4	9	5	1	19
			% cinturón	21,1%	47,4%	26,3%	5,3%	100,0%
		A veces	Recuento	7	19	5	0	31
			% cinturón	22,6%	61,3%	16,1%	0,0%	100,0%
		Casi siempre	Recuento	6	25	2	3	36
			% cinturón	16,7%	69,4%	5,6%	8,3%	100,0%
		Siempre	Recuento	11	33	19	1	64
			% cinturón	17,2%	51,6%	29,7%	1,6%	100,0%
	Total		Recuento	32	96	45	7	180
			% cinturón	17,8%	53,3%	25,0%	3,9%	100,0%
Femenino	Uso de cinturón de seguridad en autos manejado por otra persona, en los últimos 30 días	No viajé así	Recuento	6	4	0	0	10
			% cinturón	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Nunca	Recuento	6	2	0	0	8
			% cinturón	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		rara vez	Recuento	4	10	1	0	15
			% cinturón	26,7%	66,7%	6,7%	0,0%	100,0%
		A veces	Recuento	5	18	5	5	33
			% cinturón	15,2%	54,5%	15,2%	15,2%	100,0%
		Casi siempre	Recuento	7	23	2	3	35
			% cinturón	20,0%	65,7%	5,7%	8,6%	100,0%
		Siempre	Recuento	29	43	5	5	82
			% cinturón	35,4%	52,4%	6,1%	6,1%	100,0%
	Total		Recuento	57	100	13	13	183

			% cinturón	31,1%	54,6%	7,1%	7,1%	100,0%
Total	Uso de cinturón de seguridad en autos manejado por otra persona, en los últimos 30 días	No viajé así	Recuento	7	6	6	0	19
			% cinturón	36,8%	31,6%	31,6%	0,0%	100,0%
		Nunca	Recuento	9	10	8	2	29
			% cinturón	31,0%	34,5%	27,6%	6,9%	100,0%
		rara vez	Recuento	8	19	6	1	34
			% cinturón	23,5%	55,9%	17,6%	2,9%	100,0%
		A veces	Recuento	12	37	10	5	64
			% cinturón	18,8%	57,8%	15,6%	7,8%	100,0%
		Casi siempre	Recuento	13	48	4	6	71
			% cinturón	18,3%	67,6%	5,6%	8,5%	100,0%
		Siempre	Recuento	40	76	24	6	146
			% cinturón	27,4%	52,1%	16,4%	4,1%	100,0%
	Total		Recuento	89	196	58	20	363
			% cinturón	24,5%	54,0%	16,0%	5,5%	100,0%

Tabla 24

Tabla de contingencia Uso de cinturón de seguridad en autos manejado por otra persona, en los últimos 30 días * Periodo de la adolescencia

			Periodo de la adolescencia		Total
			Adolescencia Inicial	Adolescencia media	
Uso de cinturón de seguridad en autos manejado por otra persona, en los últimos 30 días	No viajé	Recuento	9	10	19
		% uso de cinturón	47,4%	52,6%	100,0%
	Nunca	Recuento	15	14	29
		% uso de cinturón	51,7%	48,3%	100,0%
	rara vez	Recuento	14	20	34
		% uso de cinturón	41,2%	58,8%	100,0%
	A veces	Recuento	26	38	64
		% uso de cinturón	40,6%	59,4%	100,0%
	Casi	Recuento	25	46	71

	siempre	% uso de cinturón	35,2%	64,8%	100,0%
	Siempre	Recuento	72	74	146
		% uso de cinturón	49,3%	50,7%	100,0%
Total		Recuento	161	202	363
		% uso de cinturón	44,4%	55,6%	100,0%

Tabla 25

Tabla de contingencia Sentimiento de soledad, en los últimos 30 días * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia				Género		Total
				Masculino	Femenino	
Adolescencia Inicial (12 a 14 años)	Sentimiento de soledad, en los últimos 30 días	Nunca	Recuento	48	20	68
			% soledad	70,6%	29,4%	100,0%
		Rara vez	Recuento	18	18	36
			% soledad	50,0%	50,0%	100,0%
		A veces	Recuento	11	31	42
			% soledad	26,2%	73,8%	100,0%
		Casi siempre	Recuento	6	6	12
			% soledad	50,0%	50,0%	100,0%
		Siempre	Recuento	0	3	3
			% soledad	0,0%	100,0%	100,0%
	Total		Recuento	83	78	161
			% soledad	51,6%	48,4%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Sentimiento de soledad, en los últimos 30 días	Nunca	Recuento	37	19	56
			% soledad	66,1%	33,9%	100,0%
		Rara vez	Recuento	27	29	56
			% soledad	48,2%	51,8%	100,0%
		A veces	Recuento	20	38	58
			% soledad	34,5%	65,5%	100,0%
		Casi siempre	Recuento	10	14	24
			% soledad	41,7%	58,3%	100,0%
		Siempre	Recuento	2	6	8
			% soledad	25,0%	75,0%	100,0%
	Total		Recuento	96	106	202
			% soledad	47,5%	52,5%	100,0%
Total	o de soledad, en los	Nunca	Recuento	85	39	124
			% soledad	68,5%	31,5%	100,0%
		Rara vez	Recuento	45	47	92

			% soledad	48,9%	51,1%	100,0%
		A veces	Recuento	31	69	100
			% soledad	31,0%	69,0%	100,0%
		Casi siempre	Recuento	16	20	36
			% soledad	44,4%	55,6%	100,0%
		Siempre	Recuento	2	9	11
			% soledad	18,2%	81,8%	100,0%
	Total		Recuento	179	184	363
			% soledad	49,3%	50,7%	100,0%

Tabla 26

Tabla de contingencia Preocupación que quita el sueño, en los últimos 12 meses * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia				Género		Total
				Masculino	Femenino	
Adolescencia Inicial (12 a 14 años)	Preocupación que quita el sueño, en los últimos 12 meses	Nunca	Recuento	37	18	55
			% preocupación	67,3%	32,7%	100,0%
		Rara vez	Recuento	23	27	50
			% preocupación	46,0%	54,0%	100,0%
		A veces	Recuento	19	22	41
			% preocupación	46,3%	53,7%	100,0%
		Casi siempre	Recuento	3	6	9
			% preocupación	33,3%	66,7%	100,0%
		Siempre	Recuento	1	4	5
			% preocupación	20,0%	80,0%	100,0%
	Total		Recuento	83	77	160
			% preocupación	51,9%	48,1%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Preocupación que quita el sueño, en los últimos 12 meses	Nunca	Recuento	37	14	51
			% preocupación	72,5%	27,5%	100,0%
		Rara vez	Recuento	23	36	59
			% preocupación	39,0%	61,0%	100,0%
		A veces	Recuento	22	33	55
			% preocupación	40,0%	60,0%	100,0%
		Casi siempre	Recuento	9	10	19
			% preocupación	47,4%	52,6%	100,0%
		Siempre	Recuento	5	9	14
			% preocupación	35,7%	64,3%	100,0%
	Total		Recuento	96	102	198
			% preocupación	48,5%	51,5%	100,0%

Total	Preocupación que quita el sueño, en los últimos 12 meses	Nunca	Recuento	74	32	106
			% preocupación	69,8%	30,2%	100,0%
		Rara vez	Recuento	46	63	109
			% preocupación	42,2%	57,8%	100,0%
		A veces	Recuento	41	55	96
			% preocupación	42,7%	57,3%	100,0%
		Casi siempre	Recuento	12	16	28
			% preocupación	42,9%	57,1%	100,0%
		Siempre	Recuento	6	13	19
			% preocupación	31,6%	68,4%	100,0%
	Total		Recuento	179	179	358
			% preocupación	50,0%	50,0%	100,0%

Tabla 27

Tabla de contingencia Frecuencia de amabilidad de los pares en clases * Establecimiento Educativo

			Establecimiento Educativo				Total
			IPEM René Favaloro	ISGJMP	IPET	Tres árboles	
Frecuencia de amabilidad de los pares en clases	Nunca	Recuento	4	10	7	3	24
		% Escuela	4,4%	5,1%	11,9%	15,0%	6,6%
	Rara vez	Recuento	9	22	10	2	43
		% Escuela	10,0%	11,2%	16,9%	10,0%	11,7%
	A veces	Recuento	18	36	4	1	59
		% Escuela	20,0%	18,3%	6,8%	5,0%	16,1%
	Casi siempre	Recuento	29	78	23	6	136
		% Escuela	32,2%	39,6%	39,0%	30,0%	37,2%
	Siempre	Recuento	30	51	15	8	104
		% Escuela	33,3%	25,9%	25,4%	40,0%	28,4%
Total		Recuento	90	197	59	20	366
		% Escuela	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 28

Tabla de contingencia Triste, desesperado, durante dos o más semanas y dejaste actividades * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia	Género		Total
	Masculino	Femenino	

Adolescencia Inicial (12 a 14 años)	Tristeza, desesperación	Si	Recuento	16	21	37
			% variable	43,2%	56,8%	100,0%
		No	Recuento	66	56	122
			% variable	54,1%	45,9%	100,0%
	Total		Recuento	82	77	159
			% variable	51,6%	48,4%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Tristeza, desesperación	Si	Recuento	18	46	64
			% variable	28,1%	71,9%	100,0%
		No	Recuento	75	60	135
			% variable	55,6%	44,4%	100,0%
		Perdidos	Recuento	1	0	1
			% variable	100,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	94	106	200
			% variable	47,0%	53,0%	100,0%
Total	Tristeza, desesperación	Si	Recuento	34	67	101
			% variable	33,7%	66,3%	100,0%
		No	Recuento	141	116	257
			% variable	54,9%	45,1%	100,0%
		Perdidos	Recuento	1	0	1
			% variable	100,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	176	183	359
			% variable	49,0%	51,0%	100,0%

Tabla 29

Tabla de contingencia Ideación suicida, en los últimos 12 meses * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia				Género		Total
				Masculino	Femenino	
Adolescencia Inicial (12 a 14 años)	Ideación suicida, en los últimos 12 meses	Si	Recuento	7	12	19
			% Ideación suicida	36,8%	63,2%	100,0%
		No	Recuento	76	66	142
			% Ideación suicida	53,5%	46,5%	100,0%
		Perdidos	Recuento	1	0	1
			% Ideación suicida	100,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	84	78	162
			% Ideación suicida	51,9%	48,1%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17	Ideación suicida, en los últimos	Si	Recuento	12	24	36
			% Ideación suicida	33,3%	66,7%	100,0%
		No	Recuento	83	80	163

			% Ideación suicida	50,9%	49,1%	100,0%
	Total		Recuento	95	104	199
			% Ideación suicida	47,7%	52,3%	100,0%
Total	Ideación suicida, en los últimos 12 meses	Si	Recuento	19	36	55
			% Ideación suicida	34,5%	65,5%	100,0%
		No	Recuento	159	146	305
			% Ideación suicida	52,1%	47,9%	100,0%
		Perdidos	Recuento	1	0	1
			% Ideación suicida	100,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	179	182	361
			% Ideación suicida	49,6%	50,4%	100,0%

Tabla 30

Tabla de contingencia Planeación de suicida, en los últimos 12 meses * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia				Género		Total
				Masculino	Femenino	
Adolescencia Inicial (12 a 14 años)	Planeación de suicida, en los últimos 12 meses	Si	Recuento	8	11	19
			% Planeación	42,1%	57,9%	100,0%
		No	Recuento	75	67	142
			% Planeación	52,8%	47,2%	100,0%
		Perdidos	Recuento	1	0	1
			% Planeación	100,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	84	78	162
			% Planeación	51,9%	48,1%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Planeación de suicida, en los últimos 12 meses	Ns/nc	Recuento	1	0	1
			% Planeación	100,0%	0,0%	100,0%
		Si	Recuento	14	13	27
			% Planeación	51,9%	48,1%	100,0%
		No	Recuento	80	89	169
			% Planeación	47,3%	52,7%	100,0%
	Total		Recuento	95	102	197
			% Planeación	48,2%	51,8%	100,0%
Total	Planeación de suicida, en los últimos 12 meses	Ns/nc	Recuento	1	0	1
			% Planeación	100,0%	0,0%	100,0%
		Si	Recuento	22	24	46
			% Planeación	47,8%	52,2%	100,0%
		No	Recuento	155	156	311

			% Planeación	49,8%	50,2%	100,0%
		Perdidos	Recuento	1	0	1
			% Planeación	100,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	179	180	359
			% Planeación	49,9%	50,1%	100,0%

Tabla 31

Tabla de contingencia Intentos de suicidio en los últimos doces meses * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia				Género		Total
				Masculino	Femenino	
Adolescencia Inicial (12 a 14 años)	Intentos de suicidio en los últimos doces meses	Ninguna vez	Recuento	77	68	145
			% intentos	53,1%	46,9%	100,0%
		Una vez	Recuento	4	3	7
			% intentos	57,1%	42,9%	100,0%
		Dos o tres veces	Recuento	1	7	8
			% intentos	12,5%	87,5%	100,0%
		Cuatro o cinco veces	Recuento	2	0	2
			% intentos	100,0%	0,0%	100,0%
	Total		Recuento	84	78	162
			% intentos	51,9%	48,1%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Intentos de suicidio en los últimos doces meses	Ns/nc	Recuento	0	1	1
			% intentos	0,0%	100,0%	100,0%
		Ninguna vez	Recuento	83	89	172
			% intentos	48,3%	51,7%	100,0%
		Una vez	Recuento	9	9	18
			% intentos	50,0%	50,0%	100,0%
		Dos o tres veces	Recuento	0	5	5
			% intentos	0,0%	100,0%	100,0%
		Cuatro o cinco veces	Recuento	2	0	2
			% intentos	100,0%	0,0%	100,0%
		Seis o más veces	Recuento	0	1	1
			% intentos	0,0%	100,0%	100,0%
	Total		Recuento	94	105	199
			% intentos	47,2%	52,8%	100,0%
Total	Intentos de suicidio en los últimos doces meses	Ns/nc	Recuento	0	1	1
			% intentos	0,0%	100,0%	100,0%
		Ninguna vez	Recuento	160	157	317
			% intentos	50,5%	49,5%	100,0%

		Una vez	Recuento	13	12	25
			% intentos	52,0%	48,0%	100,0%
		Dos o tres veces	Recuento	1	12	13
			% intentos	7,7%	92,3%	100,0%
		Cuatro o cinco veces	Recuento	4	0	4
			% intentos	100,0%	0,0%	100,0%
		Seis o más veces	Recuento	0	1	1
			% intentos	0,0%	100,0%	100,0%
	Total		Recuento	178	183	361
			% intentos	49,3%	50,7%	100,0%

Tabla 32

Tabla de contingencia Planeación de suicida, en los últimos 12 meses * Establecimiento Educativo

			Establecimiento Educativo				Total
			IPEM	ISGJMP	IPET	Tres árboles	
Planeación de suicida, en los últimos 12 meses	Ns/nc	Recuento	0	1	0	0	1
		% Planeación de suicida	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Si	Recuento	14	21	10	1	46
		% Planeación de suicida	30,4%	45,7%	21,7%	2,2%	100,0%
	No	Recuento	75	169	48	19	311
		% Planeación de suicida	24,1%	54,3%	15,4%	6,1%	100,0%
	Perdidos	Recuento	0	1	0	0	1
		% Planeación de suicida	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	89	192	58	20	359
		% Planeación de suicida	24,8%	53,5%	16,2%	5,6%	100,0%

Tabla 33

Tabla de contingencia Intentos de suicidio en los últimos doces meses * Establecimiento Educativo

			Establecimiento Educativo				Total
			IPEM René Favaloro	ISGJMP	IPET	Tres árboles	
suicidio en los últimos doces	Ns/nc	Recuento	1	0	0	0	1
		% intento	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Ninguna vez	Recuento	80	167	51	19	317
		% intento	25,2%	52,7%	16,1%	6,0%	100,0%

	Una vez	Recuento	5	17	2	1	25
		% intento	20,0%	68,0%	8,0%	4,0%	100,0%
	Dos o tres veces	Recuento	3	7	3	0	13
		% intento	23,1%	53,8%	23,1%	0,0%	100,0%
	Cuatro o cinco veces	Recuento	0	3	1	0	4
		% intento	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	Seis o más veces	Recuento	0	0	1	0	1
		% intento	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	89	194	58	20	361
		% intento	24,7%	53,7%	16,1%	5,5%	100,0%

Tabla 34

Tabla de contingencia Edad de prueba de cigarrillos * Género

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Edad de prueba de cigarrillos	Nunca he fumado	Recuento	119	133	252
		% Edad	47,2%	52,8%	100,0%
	7 años o menos	Recuento	2	2	4
		% Edad	50,0%	50,0%	100,0%
	8 o 9 años	Recuento	5	2	7
		% Edad	71,4%	28,6%	100,0%
	10 u 11 años	Recuento	20	13	33
		% Edad	60,6%	39,4%	100,0%
	12 o 13 años	Recuento	24	27	51
		% Edad	47,1%	52,9%	100,0%
	14 o 15 años	Recuento	10	7	17
		% Edad	58,8%	41,2%	100,0%
Total		Recuento	180	184	364
		% Edad	49,5%	50,5%	100,0%

Tabla 35

Tabla de contingencia Frecuencia de días que fumó, en los últimos 30 días * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia			Género		Total
			Masculino	Femenino	
cia Inicial (12 a 14	a de días que fumó, en los	Ningún día	Recuento	79	72	151
			% días que fumó	52,3%	47,7%	100,0%
		1 a 2 días	Recuento	4	4	8

			% días que fumó	50,0%	50,0%	100,0%
		6 a 9 días	Recuento	0	2	2
			% días que fumó	0,0%	100,0%	100,0%
	Total		Recuento	83	78	161
			% días que fumó	51,6%	48,4%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Frecuencia de días que fumó, en los últimos 30 días	Ningún día	Recuento	66	89	155
			% días que fumó	42,6%	57,4%	100,0%
		1 a 2 días	Recuento	13	7	20
			% días que fumó	65,0%	35,0%	100,0%
		3 a 5 días	Recuento	9	1	10
			% días que fumó	90,0%	10,0%	100,0%
		6 a 9 días	Recuento	3	2	5
			% días que fumó	60,0%	40,0%	100,0%
		10 a 19 días	Recuento	1	2	3
			% días que fumó	33,3%	66,7%	100,0%
		20 a 29 días	Recuento	1	2	3
			% días que fumó	33,3%	66,7%	100,0%
		Los 30 días	Recuento	2	3	5
			% días que fumó	40,0%	60,0%	100,0%
	Total		Recuento	95	106	201
			% días que fumó	47,3%	52,7%	100,0%
Total	Frecuencia de días que fumó, en los últimos 30 días	Ningún día	Recuento	145	161	306
			% días que fumó	47,4%	52,6%	100,0%
		1 a 2 días	Recuento	17	11	28
			% días que fumó	60,7%	39,3%	100,0%
		3 a 5 días	Recuento	9	1	10
			% días que fumó	90,0%	10,0%	100,0%
		6 a 9 días	Recuento	3	4	7
			% días que fumó	42,9%	57,1%	100,0%
		10 a 19 días	Recuento	1	2	3
			% días que fumó	33,3%	66,7%	100,0%
		20 a 29 días	Recuento	1	2	3
			% días que fumó	33,3%	66,7%	100,0%
		Los 30 días	Recuento	2	3	5
			% días que fumó	40,0%	60,0%	100,0%
	Total		Recuento	178	184	362
			% días que fumó	49,2%	50,8%	100,0%

Tabla 36

Tabla de contingencia Negativa de vender cigarrillos por la edad, en los últimos 30 días * Periodo de la adolescencia

			Periodo de la adolescencia		Total
			Adolescencia Inicial	Adolescencia media	
Negativa de vender cigarrillos por la edad, en los últimos 30 días	No intenté comprar cigarrillos	Recuento	136	160	296
		% Negativa	45,9%	54,1%	100,0%
	Si, alguien se negó a venderme	Recuento	4	3	7
		% Negativa	57,1%	42,9%	100,0%
	No, mi edad no me impidió comprar	Recuento	20	38	58
		% Negativa	34,5%	65,5%	100,0%
Total		Recuento	160	201	361
		% Negativa	44,3%	55,7%	100,0%

Tabla 37

Tabla de contingencia Intentó dejar de fumar, en los últimos 12 meses * Periodo de la adolescencia * Género

Género				Periodo de la adolescencia		Total
				Adolescencia Inicial	Adolescencia media	
Masculino	Intentó dejar de fumar, en los últimos 12 meses	Nunca he fumado cigarrillos	Recuento	68	46	114
			% Intentó dejar	59,6%	40,4%	100,0%
		No fumé en los últimos 12 meses	Recuento	7	21	28
			% Intentó dejar	25,0%	75,0%	100,0%
		Si	Recuento	5	19	24
			% Intentó dejar	20,8%	79,2%	100,0%
		No	Recuento	2	10	12
			% Intentó dejar	16,7%	83,3%	100,0%
	Total		Recuento	82	96	178
			% Intentó dejar	46,1%	53,9%	100,0%
Femenino	Intentó dejar de fumar, en los últimos 12 meses	Nunca he fumado cigarrillos	Recuento	65	71	136
			% Intentó dejar	47,8%	52,2%	100,0%
		No fumé en los últimos 12 meses	Recuento	2	9	11
			% Intentó dejar	18,2%	81,8%	100,0%
		Si	Recuento	9	17	26
			% Intentó dejar	34,6%	65,4%	100,0%

		No	Recuento	2	8	10
			% Intentó dejar	20,0%	80,0%	100,0%
	Total		Recuento	78	105	183
			% Intentó dejar	42,6%	57,4%	100,0%
Total	Intentó dejar de fumar, en los últimos 12 meses	Nunca he fumado cigarrillos	Recuento	133	117	250
			% Intentó dejar	53,2%	46,8%	100,0%
		No fumé en los últimos 12 meses	Recuento	9	30	39
			% Intentó dejar	23,1%	76,9%	100,0%
		Si	Recuento	14	36	50
			% Intentó dejar	28,0%	72,0%	100,0%
		No	Recuento	4	18	22
			% Intentó dejar	18,2%	81,8%	100,0%
	Total		Recuento	160	201	361
			% Intentó dejar	44,3%	55,7%	100,0%

Tabla 38

Tabla de contingencia Frecuencia de días, personas que fumaron en su presencia, en últimos 7 días * Periodo de la adolescencia * Género

Género				Periodo de la adolescencia		Total
				Adolescencia Inicial	Adolescencia media	
Masculino	Frecuencia de días, personas que fumaron en su presencia, en últimos 7 días	Ningún día	Recuento	35	25	60
			% días	58,3%	41,7%	100,0%
		1 o 2 días	Recuento	18	35	53
			% días	34,0%	66,0%	100,0%
		3 o 4 días	Recuento	8	17	25
			% días	32,0%	68,0%	100,0%
		5 o 6 días	Recuento	2	4	6
			% días	33,3%	66,7%	100,0%
		Los 7 días	Recuento	19	14	33
			% días	57,6%	42,4%	100,0%
	Total		Recuento	82	95	177
			% días	46,3%	53,7%	100,0%
Femenino	Frecuencia de días, personas que fumaron en su presencia, en últimos 7	Ningún día	Recuento	28	26	54
			% días	51,9%	48,1%	100,0%
		1 o 2 días	Recuento	19	38	57
			% días	33,3%	66,7%	100,0%
		3 o 4 días	Recuento	15	16	31
			% días	48,4%	51,6%	100,0%
		5 o 6 días	Recuento	3	3	6

			% días	50,0%	50,0%	100,0%
		Los 7 días	Recuento	13	21	34
			% días	38,2%	61,8%	100,0%
	Total		Recuento	78	104	182
			% días	42,9%	57,1%	100,0%
Total	Frecuencia de días, personas que fumaron en su presencia, en últimos 7 días	Ningún día	Recuento	63	51	114
			% días	55,3%	44,7%	100,0%
		1 o 2 días	Recuento	37	73	110
			% días	33,6%	66,4%	100,0%
		3 o 4 días	Recuento	23	33	56
			% días	41,1%	58,9%	100,0%
		5 o 6 días	Recuento	5	7	12
			% días	41,7%	58,3%	100,0%
		Los 7 días	Recuento	32	35	67
			% días	47,8%	52,2%	100,0%
	Total		Recuento	160	199	359
			% días	44,6%	55,4%	100,0%

Tabla 39

Consumo de tabaco por padre o cuidador

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ns/nc	31	7,3	7,5	7,5
Ninguno	247	58,1	60,1	67,6
Mi padre/cuidador	63	14,8	15,3	83,0
Mi madre/cuidadora	37	8,7	9,0	92,0
Ambos	33	7,8	8,0	100,0
Total	411	96,7	100,0	
Perdidos	14	3,3		
Total	425	100,0		

Tabla 40

Tabla de contingencia Edad inicio de consumo de alcohol * Género

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
inicio de consumo	Nunca tomé	Recuento	32	31	63
		% Edad	50,8%	49,2%	100,0%
	7 años o	Recuento	12	8	20

	menos	% Edad	60,0%	40,0%	100,0%
	8 o 9 años	Recuento	9	4	13
		% Edad	69,2%	30,8%	100,0%
	10 u 11 años	Recuento	19	12	31
		% Edad	61,3%	38,7%	100,0%
	12 o 13 años	Recuento	64	57	121
		% Edad	52,9%	47,1%	100,0%
	14 o 15 años	Recuento	40	63	103
		% Edad	38,8%	61,2%	100,0%
	16 a 17 años	Recuento	4	9	13
		% Edad	30,8%	69,2%	100,0%
Total		Recuento	180	184	364
		% Edad	49,5%	50,5%	100,0%

Tabla 41

Tabla de contingencia Días tomó alcohol, en los últimos 30 días * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia				Género		Total
				Masculino	Femenino	
Adolescencia Inicial (12 a 14 años)	Días tomó alcohol, en los últimos 30 días	Ningún día	Recuento	24	24	48
			% Días	50,0%	50,0%	100,0%
		1 o 2 días	Recuento	27	19	46
			% Días	58,7%	41,3%	100,0%
		3 a 5 días	Recuento	10	12	22
			% Días	45,5%	54,5%	100,0%
		6 a 9 días	Recuento	4	14	18
			% Días	22,2%	77,8%	100,0%
		10 a 19 días	Recuento	9	6	15
			% Días	60,0%	40,0%	100,0%
		20 a 29 días	Recuento	1	1	2
			% Días	50,0%	50,0%	100,0%
		Los últimos 30 días	Recuento	7	1	8
			% Días	87,5%	12,5%	100,0%
	Total		Recuento	82	77	159
			% Días	51,6%	48,4%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Días tomó alcohol, en los últimos 30 días	Ningún día	Recuento	15	19	34
			% Días	44,1%	55,9%	100,0%
		1 o 2 días	Recuento	27	35	62
			% Días	43,5%	56,5%	100,0%

		3 a 5 días	Recuento	20	24	44
			% Días	45,5%	54,5%	100,0%
		6 a 9 días	Recuento	15	16	31
			% Días	48,4%	51,6%	100,0%
		10 a 19 días	Recuento	6	3	9
			% Días s	66,7%	33,3%	100,0%
		20 a 29 días	Recuento	6	3	9
			% Días	66,7%	33,3%	100,0%
		Los últimos 30 días	Recuento	6	5	11
			% Días	54,5%	45,5%	100,0%
	Total		Recuento	95	105	200
			% Días	47,5%	52,5%	100,0%
Total	Días tomó alcohol, en los últimos 30 días	Ningún día	Recuento	39	43	82
			% Días	47,6%	52,4%	100,0%
		1 o 2 días	Recuento	54	54	108
			% Días	50,0%	50,0%	100,0%
		3 a 5 días	Recuento	30	36	66
			% Días	45,5%	54,5%	100,0%
		6 a 9 días	Recuento	19	30	49
			% Días	38,8%	61,2%	100,0%
		10 a 19 días	Recuento	15	9	24
			% Días	62,5%	37,5%	100,0%
		20 a 29 días	Recuento	7	4	11
			% Días	63,6%	36,4%	100,0%
		Los últimos 30 días	Recuento	13	6	19
			% Días	68,4%	31,6%	100,0%
	Total		Recuento	177	182	359
			% Días	49,3%	50,7%	100,0%

Tabla 42

Tabla de contingencia Tragos tomados en los últimos 30 días * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia				Género		Total
				Masculino	Femenino	
Adolescencia Inicial (12 a 14	Tragos tomados en los últimos 30 días	No tomé alcohol en los últimos 30 días	Recuento	26	21	47
			% Tragos	55,3%	44,7%	100,0%
		Menos de un trago	Recuento	9	6	15
			% Tragos	60,0%	40,0%	100,0%
		1 trago	Recuento	9	4	13

			% Tragos	69,2%	30,8%	100,0%
		2 tragos	Recuento	8	6	14
			% Tragos	57,1%	42,9%	100,0%
		3 tragos	Recuento	4	9	13
			% Tragos	30,8%	69,2%	100,0%
		4 tragos	Recuento	10	7	17
			% Tragos	58,8%	41,2%	100,0%
		5 tragos o más	Recuento	16	22	38
			% Tragos	42,1%	57,9%	100,0%
	Total		Recuento	82	75	157
			% Tragos	52,2%	47,8%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Tragos tomados en los últimos 30 días	No tomé alcohol en los últimos 30 días	Recuento	15	19	34
			% Tragos	44,1%	55,9%	100,0%
		Menos de un trago	Recuento	9	10	19
			% Tragos	47,4%	52,6%	100,0%
		1 trago	Recuento	6	3	9
			% Tragos	66,7%	33,3%	100,0%
		2 tragos	Recuento	11	9	20
			% Tragos	55,0%	45,0%	100,0%
		3 tragos	Recuento	9	13	22
			% Tragos	40,9%	59,1%	100,0%
		4 tragos	Recuento	12	10	22
			% Tragos	54,5%	45,5%	100,0%
		5 tragos o más	Recuento	35	42	77
			% Tragos	45,5%	54,5%	100,0%
	Total		Recuento	97	106	203
			% Tragos	47,8%	52,2%	100,0%
Total	Tragos tomados en los últimos 30 días	No tomé alcohol en los últimos 30 días	Recuento	41	40	81
			% Tragos	50,6%	49,4%	100,0%
		Menos de un trago	Recuento	18	16	34
			% Tragos	52,9%	47,1%	100,0%
		1 trago	Recuento	15	7	22
			% Tragos	68,2%	31,8%	100,0%
		2 tragos	Recuento	19	15	34
			% Tragos	55,9%	44,1%	100,0%
		3 tragos	Recuento	13	22	35
			% Tragos	37,1%	62,9%	100,0%
		4 tragos	Recuento	22	17	39
			% Tragos	56,4%	43,6%	100,0%
		5 tragos o más	Recuento	51	64	115

		% Tragos	44,3%	55,7%	100,0%
	Total	Recuento	179	181	360
		% Tragos	49,7%	50,3%	100,0%

Tabla 43

Tabla de contingencia Consecución del alcohol en los últimos 30 días * Periodo de la adolescencia

			Periodo de la adolescencia		Total
			Adolescencia Inicial	Adolescencia media	
Consecución del alcohol en los últimos 30 días	No tomé alcohol	Recuento	48	37	85
		% de adolescencia	31,2%	18,5%	24,0%
	Compré en un tienda, comercio	Recuento	37	86	123
		% de adolescencia	24,0%	43,0%	34,7%
	Otra persona me compró	Recuento	4	8	12
		% de adolescencia	2,6%	4,0%	3,4%
	Lo conseguí de mis amigos	Recuento	26	30	56
		% de adolescencia	16,9%	15,0%	15,8%
	Lo conseguí de mi familia	Recuento	9	10	19
		% de adolescencia	5,8%	5,0%	5,4%
	Lo robé/ obtuve sin permiso	Recuento	7	4	11
		% de adolescencia	4,5%	2,0%	3,1%
	Lo conseguí de otra manera	Recuento	23	25	48
		% de adolescencia	14,9%	12,5%	13,6%
Total		Recuento	154	200	354
		% de adolescencia	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 44

Tabla de contingencia Alguien se negó a venderte alcohol * Periodo de la adolescencia

			Periodo de la adolescencia		Total
			Adolescencia Inicial	Adolescencia media	
Alguien se negó a venderte alcohol	No intenté comprar	Recuento	81	61	142
		% de la adolescencia	52,9%	31,0%	40,6%
	Si	Recuento	11	13	24
		% de la adolescencia	7,2%	6,6%	6,9%
	No.	Recuento	61	123	184

		% de la adolescencia	39,9%	62,4%	52,6%
Total		Recuento	153	197	350
		% de la adolescencia	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 45

Tabla de contingencia Tipo de bebida alcohólica consumida * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia				Género		Total
				Masculino	Femenino	
Adolescencia Inicial (12 a 14 años)	Tipo de bebida alcohólica consumida	No tomo bebidas alcohólicas	Recuento	28	19	47
			% bebida	59,6%	40,4%	100,0%
		Cerveza	Recuento	5	3	8
			% bebida	62,5%	37,5%	100,0%
		Vino	Recuento	7	3	10
			% bebida	70,0%	30,0%	100,0%
		Bebidas fuertes, vodka, whisky.	Recuento	6	9	15
			% bebida	40,0%	60,0%	100,0%
		Sangría u otra bebida con vino	Recuento	2	0	2
			% bebida	100,0%	0,0%	100,0%
		Gancia, cinzano o fernet	Recuento	23	34	57
			% bebida	40,4%	59,6%	100,0%
		Otro tipo	Recuento	9	5	14
			% bebida	64,3%	35,7%	100,0%
	Total		Recuento	80	73	153
			% bebida	52,3%	47,7%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Tipo de bebida alcohólica consumida	No tomo bebidas alcohólicas	Recuento	10	15	25
			% bebida	40,0%	60,0%	100,0%
		Cerveza	Recuento	9	15	24
			% bebida	37,5%	62,5%	100,0%
		Vino	Recuento	13	11	24
			% bebida	54,2%	45,8%	100,0%
		Bebidas fuertes, vodka, whisky	Recuento	21	33	54
			% bebida	38,9%	61,1%	100,0%
		Sangría u otra bebida con vino	Recuento	0	1	1
			% bebida	0,0%	100,0%	100,0%
		Gancia, cinzano o fernet	Recuento	37	26	63
			% bebida	58,7%	41,3%	100,0%
		Otro tipo	Recuento	5	2	7
			% bebida	71,4%	28,6%	100,0%
	Total		Recuento	95	103	198

			% bebida	48,0%	52,0%	100,0%
Total	Tipo de bebida alcohólica consumida	No tomo bebidas alcohólicas	Recuento	38	34	72
			% bebida	52,8%	47,2%	100,0%
		Cerveza	Recuento	14	18	32
			% bebida	43,8%	56,2%	100,0%
		Vino	Recuento	20	14	34
			% bebida	58,8%	41,2%	100,0%
		Bebidas fuertes, vodka, whisky	Recuento	27	42	69
			% bebida	39,1%	60,9%	100,0%
		Sangría u otra bebida con vino	Recuento	2	1	3
			% bebida	66,7%	33,3%	100,0%
		Gancia, cinzano o fernet	Recuento	60	60	120
			% bebida	50,0%	50,0%	100,0%
		Otro tipo	Recuento	14	7	21
			% bebida	66,7%	33,3%	100,0%
	Total		Recuento	175	176	351
			% bebida	49,9%	50,1%	100,0%

Tabla 46

Tabla de contingencia Frecuencia de embriaguez * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia				Género		Total
				Masculino	Femenino	
Adolescencia Inicial (12 a 14 años)	Frecuencia de embriaguez	Ninguna	Recuento	48	25	73
			% de Género	56,5%	32,5%	45,1%
		1 o 2 veces	Recuento	22	32	54
			% de Género	25,9%	41,6%	33,3%
		3 a 9 veces	Recuento	10	17	27
			% de Género	11,8%	22,1%	16,7%
		10 o más veces	Recuento	5	3	8
			% de Género	5,9%	3,9%	4,9%
	Total		Recuento	85	77	162
			% de Género	100,0%	100,0%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Frecuencia de embriaguez	Ninguna	Recuento	67	55	122
			% de Género	71,3%	52,9%	61,6%
		1 o 2 veces	Recuento	14	28	42
			% de Género	14,9%	26,9%	21,2%
		3 a 9 veces	Recuento	10	15	25
			% de Género	10,6%	14,4%	12,6%
		10 o más	Recuento	3	6	9

		veces	% de Género	3,2%	5,8%	4,5%
	Total		Recuento	94	104	198
			% de Género	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Frecuencia de embriaguez	Ninguna	Recuento	115	80	195
			% de Género	64,2%	44,2%	54,2%
		1 o 2 veces	Recuento	36	60	96
			% de Género	20,1%	33,1%	26,7%
		3 a 9 veces	Recuento	20	32	52
			% de Género	11,2%	17,7%	14,4%
		10 o más veces	Recuento	8	9	17
			% de Género	4,5%	5,0%	4,7%
	Total		Recuento	179	181	360
			% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 47

Tabla de contingencia Frecuencia de resaca, peleas familiares, con amigos, faltas a la escuela, por consumo de alcohol * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia				Género		Total
				Masculino	Femenino	
Adolescencia Inicial (12 a 14 años)	Frecuencia de resaca, peleas familiares, con amigos, faltas a la escuela, por consumo de alcohol	Ns/nc	Recuento	0	2	2
			% dentro de Género	0,0%	2,6%	1,2%
		Ninguna	Recuento	59	33	92
			% dentro de Género	69,4%	43,4%	57,1%
		1 o 2 veces	Recuento	19	28	47
			% dentro de Género	22,4%	36,8%	29,2%
		3 a 9 veces	Recuento	3	11	14
			% dentro de Género	3,5%	14,5%	8,7%
		10 o más veces	Recuento	4	2	6
			% dentro de Género	4,7%	2,6%	3,7%
	Total		Recuento	85	76	161
			% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Frecuencia de resaca, peleas familiares, con amigos, faltas a la escuela, por consumo de	Ns/nc	Recuento	1	0	1
			% dentro de Género	1,0%	0,0%	0,5%
		Ninguna	Recuento	76	74	150
			% dentro de Género	79,2%	71,8%	75,4%
		1 o 2 veces	Recuento	10	15	25
			% dentro de Género	10,4%	14,6%	12,6%
		3 a 9 veces	Recuento	7	8	15
			% dentro de Género	7,3%	7,8%	7,5%

		10 o más veces	Recuento	2	6	8
			% dentro de Género	2,1%	5,8%	4,0%
	Total		Recuento	96	103	199
			% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Frecuencia de resaca, peleas familiares, con amigos, faltas a la escuela, por consumo de alcohol	Ns/nc	Recuento	1	2	3
			% dentro de Género	0,6%	1,1%	0,8%
		Ninguna	Recuento	135	107	242
			% dentro de Género	74,6%	59,8%	67,2%
		1 o 2 veces	Recuento	29	43	72
			% dentro de Género	16,0%	24,0%	20,0%
		3 a 9 veces	Recuento	10	19	29
			% dentro de Género	5,5%	10,6%	8,1%
		10 o más veces	Recuento	6	8	14
			% dentro de Género	3,3%	4,5%	3,9%
	Total		Recuento	181	179	360
			% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 48

Edad inicio de consumo de drogas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca tomé alcohol más que unos pocos sorbos	335	78,8	92,3	92,3
7 años o menos	6	1,4	1,7	93,9
8 o 9 años	3	,7	,8	94,8
10 u 11 años	2	,5	,6	95,3
12 o 13 años	4	,9	1,1	96,4
14 o 15 años	9	2,1	2,5	98,9
16 a 17 años	4	,9	1,1	100,0
Total	363	85,4	100,0	
Perdidos	62	14,6		
Total	425	100,0		

Tabla 49 y 50

Tabla de contingencia Frecuencia de consumo de marihuana * Género

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
ns u m	Ninguna vez	Recuento	165	174	339

		% dentro de Género	91,7%	95,1%	93,4%
	1 o 2 veces	Recuento	6	3	9
		% dentro de Género	3,3%	1,6%	2,5%
	3 a 9 veces	Recuento	4	4	8
		% dentro de Género	2,2%	2,2%	2,2%
	20 veces o más	Recuento	5	2	7
		% dentro de Género	2,8%	1,1%	1,9%
Total		Recuento	180	183	363
		% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia Frecuencia de consumo de marihuana en los últimos 30 días * Género

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Frecuencia de consumo de marihuana en los últimos 30 días	Ninguna vez	Recuento	171	179	350
		% dentro de Género	95,5%	97,8%	96,7%
	1 o 2 veces	Recuento	4	2	6
		% dentro de Género	2,2%	1,1%	1,7%
	3 a 9 veces	Recuento	1	1	2
		% dentro de Género	0,6%	0,5%	0,6%
	20 veces o más	Recuento	3	1	4
		% dentro de Género	1,7%	0,5%	1,1%
Total		Recuento	179	183	362
		% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 51

Tabla de contingencia Frecuencia de consumo de anfetaminas o metanfetaminas * Género

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Frecuencia de consumo de anfetaminas o metanfetaminas	Ninguna vez	Recuento	177	183	360
		% dentro de Género	98,3%	100,0%	99,2%
	1 o 2 veces	Recuento	1	0	1
		% dentro de Género	0,6%	0,0%	0,3%
	3 a 9 veces	Recuento	1	0	1
		% dentro de Género	0,6%	0,0%	0,3%
	20 veces o más	Recuento	1	0	1
		% dentro de Género	0,6%	0,0%	0,3%
Total		Recuento	180	183	363
		% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 52

Tabla de contingencia Frecuencia de consumo de éxtasis * Género

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Frecuencia de consumo de éxtasis	Ninguna vez	Recuento	178	183	361
		% dentro de Género	98,9%	100,0%	99,4%
	1 o 2 veces	Recuento	1	0	1
		% dentro de Género	0,6%	0,0%	0,3%
	3 a 9 veces	Recuento	1	0	1
		% dentro de Género	0,6%	0,0%	0,3%
Total		Recuento	180	183	363
		% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 53

Tabla de contingencia Frecuencia de consumo de paco * Género

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Frecuencia de consumo de paco	Ninguna vez	Recuento	173	178	351
		% dentro de Género	96,6%	98,9%	97,8%
	1 o 2 veces	Recuento	3	2	5
		% dentro de Género	1,7%	1,1%	1,4%
	3 a 9 veces	Recuento	2	0	2
		% dentro de Género	1,1%	0,0%	0,6%
	20 veces o más	Recuento	1	0	1
		% dentro de Género	0,6%	0,0%	0,3%
Total		Recuento	179	180	359
		% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 54

Tabla de contingencia Relaciones sexuales * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia				Género		Total
				Masculino	Femenino	
Adolescencia Inicial (12 a 14 años)	Relaciones sexuales	Si	Recuento	20	15	35
			% Relaciones sexuales	57,1%	42,9%	100,0%
			% dentro de Género	23,8%	19,7%	21,9%
		No	Recuento	64	61	125
			% Relaciones sexuales	51,2%	48,8%	100,0%
			% dentro de Género	76,2%	80,3%	78,1%
	Total		Recuento	84	76	160
			% Relaciones sexuales	52,5%	47,5%	100,0%
			% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Relaciones sexuales	Si	Recuento	65	65	130
			% Relaciones sexuales	50,0%	50,0%	100,0%
			% dentro de Género	67,0%	61,3%	64,0%
		No	Recuento	32	41	73
			% Relaciones sexuales	43,8%	56,2%	100,0%
			% dentro de Género	33,0%	38,7%	36,0%
	Total		Recuento	97	106	203
			% Relaciones sexuales	47,8%	52,2%	100,0%
			% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Relaciones sexuales	Si	Recuento	85	80	165
			% Relaciones sexuales	51,5%	48,5%	100,0%
			% dentro de Género	47,0%	44,0%	45,5%
		No	Recuento	96	102	198
			% Relaciones sexuales	48,5%	51,5%	100,0%
			% dentro de Género	53,0%	56,0%	54,5%
	Total		Recuento	181	182	363
			% Relaciones sexuales	49,9%	50,1%	100,0%
			% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 55

Tabla de contingencia Edad de iniciación sexual * Género

	Género		Total
	Masculino	Femenino	

Edad de iniciación sexual	No he tenido relaciones sexuales	Recuento	103	104	207
		% de Género	57,2%	57,1%	57,2%
	11 años	Recuento	9	7	16
		% de Género	5,0%	3,8%	4,4%
	12 años	Recuento	2	2	4
		% de Género	1,1%	1,1%	1,1%
	13 años	Recuento	15	6	21
		% de Género	8,3%	3,3%	5,8%
	14 años	Recuento	16	29	45
		% de Género	8,9%	15,9%	12,4%
	15 años	Recuento	14	13	27
		% de Género	7,8%	7,1%	7,5%
	16 años	Recuento	21	21	42
		% de Género	11,7%	11,5%	11,6%
Total		Recuento	180	182	362
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 56

Tabla de contingencia Cantidad de personas de relación sexual * Género

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Cantidad de personas de relación sexual	Nunca tuve relaciones sexuales	Recuento	102	109	211
		% de Género	56,4%	60,2%	58,3%
	1 persona	Recuento	27	39	66
		% de Género	14,9%	21,5%	18,2%
	2 personas	Recuento	21	9	30
		% de Género	11,6%	5,0%	8,3%
	3 personas	Recuento	9	10	19
		% de Género	5,0%	5,5%	5,2%
	4 personas	Recuento	8	5	13
		% de Género	4,4%	2,8%	3,6%
	5 personas	Recuento	0	4	4
		% de Género	0,0%	2,2%	1,1%
	6 o más personas	Recuento	14	5	19
		% de Género	7,7%	2,8%	5,2%
Total		Recuento	181	181	362
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 57

Tabla de contingencia Establecimiento de relaciones sexuales en últimos 12 meses * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia				Género		Total
				Masculino	Femenino	
Adolescencia Inicial (12 a 14 años)	Relaciones sexuales en últimos 12 meses	Si	Recuento	23	13	36
			% de Género	28,0%	17,3%	22,9%
		No	Recuento	59	62	121
			% de Género	72,0%	82,7%	77,1%
	Total		Recuento	82	75	157
			% de Género	100,0%	100,0%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Relaciones sexuales en últimos 12 meses	Si	Recuento	62	51	113
			% de Género	64,6%	50,5%	57,4%
		No	Recuento	34	50	84
			% de Género	35,4%	49,5%	42,6%
	Total		Recuento	96	101	197
			% de Género	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Relaciones sexuales en últimos 12 meses	Si	Recuento	85	64	149
			% de Género	47,8%	36,4%	42,1%
		No	Recuento	93	112	205
			% de Género	52,2%	63,6%	57,9%
	Total		Recuento	178	176	354
			% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 58

Tabla de contingencia Uso de preservativo en última relación sexual * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia				Género		Total
				Masculino	Femenino	
Adolescencia Inicial (12 a 14 años)	Uso de preservativo en última relación sexual	No tuve relaciones	Recuento	64	64	128
			% de Género	76,2%	84,2%	80,0%
		Si	Recuento	16	8	24
			% de Género	19,0%	10,5%	15,0%

		No	Recuento	4	4	8
			% de Género	4,8%	5,3%	5,0%
	Total		Recuento	84	76	160
			% de Género	100,0%	100,0%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Uso de preservativo en última relación sexual	No tuve relaciones	Recuento	33	46	79
			% de Género	34,0%	43,8%	39,1%
		Si	Recuento	53	40	93
			% de Género	54,6%	38,1%	46,0%
		No	Recuento	11	19	30
			% de Género	11,3%	18,1%	14,9%
	Total		Recuento	97	105	202
			% de Género	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Uso de preservativo en última relación sexual	No tuve relaciones	Recuento	97	110	207
			% de Género	53,6%	60,8%	57,2%
		Si	Recuento	69	48	117
			% de Género	38,1%	26,5%	32,3%
		No	Recuento	15	23	38
			% de Género	8,3%	12,7%	10,5%
	Total		Recuento	181	181	362
			% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 59

Tabla de contingencia Uso de otros métodos de profilaxis (coitus interreptus, ciclo menstrual, DIR, diafragma, etc) * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia				Género		Total
				Masculino	Femenino	
Adolescencia Inicial (12 a 14 años)	Uso de otros métodos de profilaxis (coitus interreptus, ciclo menstrual, DIU, diafragma, etc)	Ns/nc	Recuento	3	0	3
			% de Género	3,6%	0,0%	1,9%
		Sin relaciones sexuales	Recuento	66	63	129
			% de Género	78,6%	82,9%	80,6%
		Si	Recuento	7	10	17
			% de Género	8,3%	13,2%	10,6%
		No	Recuento	8	3	11
			% de Género	9,5%	3,9%	6,9%

	Total		Recuento	84	76	160
			% de Género	100,0%	100,0%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Uso de otros métodos de profilaxis (coitus interreptus, ciclo menstrual, DIU, diafragma, etc)	Ns/nc	Recuento	4	3	7
			% de Género	4,3%	2,9%	3,5%
		Sin relaciones sexuales	Recuento	34	51	85
			% de Género	36,6%	48,6%	42,9%
		Si	Recuento	34	39	73
			% de Género	36,6%	37,1%	36,9%
		No	Recuento	21	12	33
			% de Género	22,6%	11,4%	16,7%
	Total		Recuento	93	105	198
			% de Género	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Uso de otros métodos de profilaxis (coitus interreptus, ciclo menstrual, DIU, diaframa, etc)	Ns/nc	Recuento	7	3	10
			% de Género	4,0%	1,7%	2,8%
		Sin relaciones sexuales	Recuento	100	114	214
			% de Género	56,5%	63,0%	59,8%
		Si	Recuento	41	49	90
			% de Género	23,2%	27,1%	25,1%
		No	Recuento	29	15	44
			% de Género	16,4%	8,3%	12,3%
	Total		Recuento	177	181	358
			% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 60

Tabla de contingencia Oído hablar del HIV o Sida * Género * Periodo de la adolescencia

Periodo de la adolescencia				Género		Total
				Masculino	Femenino	
Adolescencia Inicial (12 a 14 años)	Oído hablar del HIV o Sida	Si	Recuento	63	66	129
			% de Género	74,1%	85,7%	79,6%
		No	Recuento	22	11	33
			% de Género	25,9%	14,3%	20,4%
	Total		Recuento	85	77	162
			% de Género	100,0%	100,0%	100,0%
Adolescencia media (15 a 17 años)	Oído hablar del HIV o Sida	Si	Recuento	91	95	186
			% de Género	95,8%	90,5%	93,0%
		No	Recuento	4	10	14
			% de Género	4,2%	9,5%	7,0%
	Total		Recuento	95	105	200

			% de Género	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Oído hablar del HIV o Sida	Si	Recuento	154	161	315
			% de Género	85,6%	88,5%	87,0%
		No	Recuento	26	21	47
			% de Género	14,4%	11,5%	13,0%
	Total		Recuento	180	182	362
			% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 61

Tabla de contingencia Establecimiento Educativo * Enseñanza sobre ITS (HIV, Sida) en el año escolar

			Enseñanza sobre ITS (HIV, Sida) en el año escolar			Total
			Si	No	Ns/nc	
Establecimiento Educativo	IPEM René Favaloro	Recuento	53	27	10	90
		% Escuela	58,9%	30,0%	11,1%	100,0%
	ISGJMP	Recuento	110	74	11	195
		% Escuela	56,4%	37,9%	5,6%	100,0%
	IPET	Recuento	38	13	5	56
		% Escuela	67,9%	23,2%	8,9%	100,0%
	Tres árboles	Recuento	12	6	2	20
		% Escuela	60,0%	30,0%	10,0%	100,0%
Total		Recuento	213	120	28	361
		% Escuela	59,0%	33,2%	7,8%	100,0%

Tabla 62 y 63

Tabla de contingencia Enseñanza de prevención de ITS (HIV, Sida) en el año escolar * Género

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Enseñanza de prevención de ITS (HIV, Sida) en el año escolar	Ns/nc	Recuento	16	14	30
		% Enseñanza	53,3%	46,7%	100,0%
	Si	Recuento	106	104	210
		% Enseñanza	50,5%	49,5%	100,0%
	No	Recuento	58	63	121
		% Enseñanza	47,9%	52,1%	100,0%
Total		Recuento	180	181	361
		% Enseñanza	49,9%	50,1%	100,0%

Tabla de contingencia Hablado alguna vez con los padres/cuidadores sobre ITS (HIV, Sida) * Género

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Hablado alguna vez con los padres/cuidadores sobre ITS (HIV, Sida)	Ns/nc	Recuento	0	3	3
		% de Género	0,0%	1,7%	0,8%
	Si	Recuento	102	109	211
		% de Género	57,6%	60,2%	58,9%
	No	Recuento	75	69	144
		% de Género	42,4%	38,1%	40,2%
Total		Recuento	177	181	358
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 64

Tabla de contingencia Práctica de actividad física en al menos 60 minutos, en los últimos 7 días * Género

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Práctica de actividad física en al menos 60 minutos, en los últimos 7 días	Ns/nc	Recuento	1	0	1
		% de Género	0,6%	0,0%	0,3%
	Ningún día	Recuento	19	23	42
		% de Género	10,5%	12,6%	11,6%
	1 día	Recuento	17	23	40
		% de Género	9,4%	12,6%	11,0%
	2 días	Recuento	19	40	59
		% de Género	10,5%	22,0%	16,3%
	3 días	Recuento	29	30	59
		% de Género	16,0%	16,5%	16,3%
	4 días	Recuento	25	21	46
		% de Género	13,8%	11,5%	12,7%
	5 días	Recuento	26	21	47
		% de Género	14,4%	11,5%	12,9%
	6 días	Recuento	13	5	18
		% de Género	7,2%	2,7%	5,0%
	7 días	Recuento	32	19	51
		% de Género	17,7%	10,4%	14,0%
Total		Recuento	181	182	363
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 65

Tabla de contingencia Frecuencia de días que caminó o en bici a la escuela * Género

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Frecuencia de días que caminó o en bici a la escuela	Ningún día	Recuento	26	23	49
		% de Género	14,4%	12,6%	13,5%
	1 día	Recuento	5	4	9
		% de Género	2,8%	2,2%	2,5%
	2 días	Recuento	6	20	26
		% de Género	3,3%	11,0%	7,2%
	3 días	Recuento	9	8	17
		% de Género	5,0%	4,4%	4,7%
	4 días	Recuento	9	5	14
		% de Género	5,0%	2,7%	3,9%
	5 días	Recuento	58	64	122
		% de Género	32,0%	35,2%	33,6%
	6 días	Recuento	7	3	10
		% de Género	3,9%	1,6%	2,8%
	7 días	Recuento	61	55	116
		% de Género	33,7%	30,2%	32,0%
Total		Recuento	181	182	363
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 66

Tabla de contingencia Tiempo de tv, juego virtual, con amigos, leer * Género

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
Tiempo de tv, juego virtual, con amigos, leer	Menos de 1 hora por día	Recuento	36	36	72
		% de Género	19,8%	19,6%	19,7%
	1 o 2 horas por día	Recuento	47	46	93
		% de Género	25,8%	25,0%	25,4%
	3 o 4 horas por día	Recuento	58	54	112
		% de Género	31,9%	29,3%	30,6%
	5 o 6 horas por día	Recuento	18	18	36
		% de Género	9,9%	9,8%	9,8%
	7 u 8 horas por día	Recuento	7	13	20
		% de Género	3,8%	7,1%	5,5%

	Más de 8 horas por día	Recuento	15	17	32
		% de Género	8,2%	9,2%	8,7%
		% de Género	0,5%	0,0%	0,3%
Total		Recuento	182	184	366
		% de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 67

Tabla de contingencia Ausentismo a clases en los últimos 30 días * Establecimiento Educativo

			Establecimiento Educativo				Total
			IPEM René Favaloro	ISGJMP	IPET	Tres árboles	
Ausentismo a clases en los últimos 30 días	Ningún día	Recuento	54	154	37	15	260
		% Escuela	60,7%	78,2%	62,7%	75,0%	71,2%
	1 o 2 días	Recuento	15	23	13	2	53
		% Escuela	16,9%	11,7%	22,0%	10,0%	14,5%
	3 o 5 días	Recuento	10	13	5	2	30
		% Escuela	11,2%	6,6%	8,5%	10,0%	8,2%
	3 a 5 días	Recuento	4	5	1	0	10
		% Escuela	4,5%	2,5%	1,7%	0,0%	2,7%
	6 a 9 días	Recuento	6	2	3	1	12
		% Escuela	6,7%	1,0%	5,1%	5,0%	3,3%
Total		Recuento	89	197	59	20	365
		% Escuela	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%