

Caracterización de factores de tipo familiar y socioeconómico relacionados con conductas de riesgo para consumo de sustancias psicoactivas y actividad sexual en adolescentes escolarizados de Bucaramanga, año 2007

Germán Javier Daza Vargas



**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”.
Maestría en Salud Pública
Medellín
2008**

Caracterización de Factores de tipo familiar y socioeconómico relacionados con conductas de riesgo para consumo de sustancias psicoactivas y actividad sexual en adolescentes escolarizados de Bucaramanga, año 2007

Germán Javier Daza Vargas

Trabajo de investigación para optar por el título de Magíster en Salud Pública

Asesora:

**Dora María Hernández Holguín
Psicóloga, Magíster en Salud Pública**

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”.

Maestría en Salud Pública

Medellín

2008

Nota de Aceptación

Jurado 1:

Jurado 2:

Medellín, fecha _____

Este trabajo está dedicado con especial consideración a Gladys Rocío y a Erika Juliana, quienes siempre estuvieron apoyándome y brindándome su dedicación y amor.

Tabla de contenido

Lista de tablas	6
Lista de figuras	11
Resumen	13
Introducción	15
1. Planteamiento del problema	16
2. Objetivos	24
2.1 Objetivo general	24
2.2 Objetivos específicos	24
3. Marco conceptual	25
4. Metodología	32
4.1 Muestreo	31
4.2 Tamaño de la muestra	33
4.3 Materiales e instrumentos	34
4.4 Recolección de la información	36
5. Plan de análisis	38
6. Aspectos éticos	39
7. Resultados	40
7.1 Características sociodemográficas	40
7.2 Características socioeconómicas	41
7.3 Características familiares	45
7.4 Comportamientos sexuales de los adolescentes	49
7.5 Consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, padres y familiares	57
7.5.1 Consumo por parte de los adolescentes	57
7.5.2 Consumo por parte del padre	58
7.5.3 Consumo por parte de la madre	60
7.5.4 Consumo de sustancias psicoactivas por parte de otro familiar	61
7.6 Características asociadas a las conductas de riesgo para consumo de sustancias psicoactivas y comportamientos sexuales de los adolescentes.	62
7.6.1 Factores relacionados con actividad sexual de los adolescentes	63
7.6.2 Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes.	76
8. Discusión	89
9. Conclusiones	92
10. Recomendaciones	94
Agradecimientos	95
Bibliografía	96
ANEXO 1: Consentimiento Asistido	
ANEXO 2: Instrumento de Recolección de la Información	

Lista de tablas	Pags
Tabla 1. Distribución etarea de la población. Bucaramanga. Censo DANE, 2005	18
Tabla 2. Distribución de la edad de los estudiantes encuestados. Bucaramanga 2007	40
Tabla 3. Distribución de los estudiantes encuestados según grado escolar. Bucaramanga. 2007	41
Tabla 4. Distribución de estudiantes según el número de personas con las que vive. Bucaramanga. 2007	42
Tabla 5. Distribución de estudiantes según el número de habitaciones de las viviendas. Bucaramanga. 2007	42
Tabla 6. Distribución de estudiantes que trabajan según de horas de trabajo al día. Bucaramanga. 2007.	43
Tabla 7. Distribución de estudiantes según grupo en el que participan. Bucaramanga. 2007.	44
Tabla 8. Distribución de los estudiantes según la percepción que tienen de la relación de sus padres. Bucaramanga. 2007	45
Tabla 9. Distribución de los estudiantes según el tipo de violencia presentada durante la vida. Bucaramanga. 2007.	46
Tabla 10. Distribución de los estudiantes según el tipo de violencia presentada durante el último año. Bucaramanga. 2007	47
Tabla 11. Distribución de estudiantes según la condición de tener o no relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007.	48
Tabla 12. Distribución de los estudiantes según la edad de la primera relación sexual. Bucaramanga. 2007.	49
Tabla 13. Distribución de los estudiantes según el compañero de la primera relación sexual. Bucaramanga. 2007.	50
Tabla 14. Distribución de los estudiantes según la condición de haber tenido relaciones sexuales en el último año. Bucaramanga. 2007.	51
Tabla 15. Distribución de estudiantes según el uso de anticonceptivos el último año. Bucaramanga. 2007.	52
Tabla 16. Distribución de los estudiantes según el número de compañeros sexuales. Bucaramanga. 2007.	53
Tabla 17. Distribución de los estudiantes según el numero de compañeros sexuales el ultimo año. Bucaramanga. 2007.	54
Tabla 18. Distribución de estudiantes que han tenido relación sexual bajo efecto de alguna sustancia psicoactiva. Bucaramanga. 2007.	55
Tabla 19. Distribución de estudiantes según los síntomas que sugieran infecciones genitales durante la vida. Bucaramanga. 2007.	55
Tabla 20. Frecuencia de consumo de drogas legales por parte de adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007.	56
Tabla 21. Frecuencia de consumo de drogas ilegales por parte de adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007.	57
Tabla 22. Frecuencia de consumo actual de drogas legales por parte del padre de los adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007.	58

Tabla 23. Frecuencia de consumo actual de drogas ilegales por parte del padre de los adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007.	58
Tabla 24. Frecuencia de consumo de drogas legales por parte del padre, cuando el adolescente era niño. Bucaramanga. 2007.	58
Tabla 25. Frecuencia de consumo de drogas ilegales por parte del padre cuando los adolescentes escolarizados eran niños. Bucaramanga. 2007	59
Tabla 26. Frecuencia de consumo actual de drogas legales por parte de la madre de los adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007.	59
Tabla 27. Frecuencia de consumo actual de drogas legales por parte de la madre de los adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007.	59
Tabla 28. Frecuencia de consumo de drogas legales por parte de la madre cuando los adolescentes eran niños. Bucaramanga. 2007.	60
Tabla 29. Frecuencia de consumo actual de drogas ilegales por parte de la madre cuando los adolescentes eran niños. Bucaramanga. 2007.	60
Tabla 30. Frecuencia de consumo actual de drogas legales por parte de familiares de los adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007.	60
Tabla 31. Frecuencia de consumo actual de drogas ilegales por parte de un familiar de los adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007.	61
Tabla 32. Distribución de estudiantes según familiar de adolescentes escolarizados que consume sustancias psicoactivas. Bucaramanga. 2007.	61
Tabla 33. Edad de inicio en las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007.	62
Tabla 34. Peso determinante del estrato social en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007.	63
Tabla 35. Peso determinante del grado escolar en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007.	64
Tabla 36. Peso determinante de los grupos a los que pertenece el adolescente para el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007.	64
Tabla 37. Peso determinante de la escolaridad del padre en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007.	65
Tabla 38. Peso determinante de la escolaridad de la madre en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007.	65
Tabla 39. Peso determinante de la relación de los padres en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007.	66
Tabla 40. Peso determinante del tipo de relación con el padre en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007.	66
Tabla 41. Peso determinante del tipo de relación con la madre en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007.	67
Tabla 42. Peso determinante del tipo de violencia experimentada durante la vida en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007.	67
Tabla 43. Peso determinante del tipo de violencia experimentada durante el último año en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007.	67
Tabla 44. Peso determinante de enfermedad mental del padre en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007.	68
Tabla 45. Peso determinante de enfermedad mental del padre en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007	68

Tabla 46. Peso determinante de grupos a los que pertenecen los adolescentes en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007.	68
Tabla 47. Peso determinante de la relación entre sexo femenino y consumo actual de alcohol por el padre en el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	69
Tabla 48. Peso determinante de la relación entre sexo femenino y consumo de marihuana por parte de un familiar en el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	69
Tabla 49. Peso determinante de la relación entre sexo femenino, consumo de marihuana por un familiar y consumo de alcohol por el padre hoy para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	70
Tabla 50. Peso determinante del consumo de alcohol por la madre actualmente para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	70
Tabla 51. Peso determinante de la relación entre sexo femenino y consumo de alcohol por parte del padre, de la madre y consumo de marihuana por un familiar para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	70
Tabla 52. Peso determinante de la relación entre sexo femenino y edad de los adolescentes para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007	71
Tabla 53. Peso determinante de la relación entre sexo femenino y mayores de 16 años para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007	71
Tabla 54. Peso determinante de la relación entre sexo femenino y estrato social para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	71
Tabla 55. Peso determinante de la relación entre sexo femenino y pertenencia a un grupo, pertenecer a un grupo religioso y la no respuesta para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007	71
Tabla 56. Peso determinante de la relación entre sexo femenino y pertenecer a un grupo para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	72
Tabla 57. Peso determinante de la relación entre sexo femenino y tipo de violencia para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	72
Tabla 58. Peso determinante de la relación entre sexo femenino y relación con el padre para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	72
Tabla 59. Peso determinante de la relación entre sexo femenino y relación con la madre para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	72
Tabla 60. Peso determinante de la relación entre sexo femenino y consumo de tabaco por el padre para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	73
Tabla 61. Peso determinante de la relación entre sexo femenino y consumo de alcohol por un familiar para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	73
Tabla 62. Primer modelamiento para inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	73
Tabla 63. Segundo modelamiento para inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	74
Tabla 64. Tercer modelamiento para inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	74
Tabla 65. Cuarto modelamiento para inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	74

Tabla 66. Modelamiento final para inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	75
Tabla 67. Peso determinante de la relación del estrato social para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	76
Tabla 68. Peso determinante de la relación entre la pertenencia a un grupo social y grupo religioso para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007	76
Tabla 69. Peso determinante de la escolaridad del padre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	76
Tabla 70. Peso determinante de la escolaridad de la madre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	77
Tabla 71. Peso determinante del tipo de convivencia padres para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	77
Tabla 72. Peso determinante de la relación de los padres con los adolescentes para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	77
Tabla 73. Peso determinante de la relación de los hermanos con el adolescente para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	78
Tabla 74. Peso determinante de la relación del padre con el adolescente para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	78
Tabla 75. Peso determinante de la relación de la madre con el adolescente para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	78
Tabla 76. Peso determinante del tipo de violencia intrafamiliar de vida para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	78
Tabla 77. Peso determinante de la relación del tipo de violencia intrafamiliar del último año para el consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	79
Tabla 78. Peso determinante del consumo de cigarrillo (actual) por parte del padre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	79
Tabla 79. Peso determinante del consumo de alcohol (actual) por parte del padre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	79
Tabla 80. Peso determinante del consumo de tranquilizantes (actual) por parte del padre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	80
Tabla 81. Peso determinante del consumo de marihuana (actual) por parte del padre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	80
Tabla 82. Peso determinante del consumo de cocaína (actual) por parte del padre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	80
Tabla 83. Peso determinante del consumo de cigarrillo (actual) por parte de la madre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	80
Tabla 84. Peso determinante del consumo de alcohol (actual) por parte de la madre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	81
Tabla 85. Peso determinante del consumo de cigarrillo por parte de un familiar para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	81
Tabla 86. Primer modelamiento para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	81
Tabla 87. Peso determinante del consumo de marihuana por parte de un familiar para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	81

Tabla 88. Peso determinante de pertenecer al sexo femenino para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	82
Tabla 89. Segundo modelamiento para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	82
Tabla 90. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y la relación con el padre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	82
Tabla 91. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y la relación con la madre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	83
Tabla 92. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de alcohol (actual) por parte del padre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	83
Tabla 93. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de cigarrillo (actual) por parte del padre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	83
Tabla 94. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de cigarrillo (actual) por parte de la madre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	83
Tabla 95. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de alcohol (actual) por parte de la madre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	84
Tabla 96. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de cigarrillo de un familiar para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	84
Tabla 97. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de alcohol por parte de un familiar para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	84
Tabla 98. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de marihuana por parte de un familiar para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	84
Tabla 99. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y la convivencia padres para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	85
Tabla 100. Tercer modelamiento para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	85
Tabla 101. Cuarto modelamiento para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	86
Tabla 102. Quinto modelamiento para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	86
Tabla 103. Modelamiento definitivo para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007.	87

Lista de figuras	Pags
Figura 1. Porcentaje de estudiantes según tipo de institución. Bucaramanga 2007.	39
Figura 2. Porcentaje de estudiantes según sexo. Bucaramanga 2007.	39
Figura 3. Distribución de los estudiantes encuestados según edad. Bucaramanga 2007.	40
Figura 4. Distribución de los estudiantes encuestados según grado escolar. Bucaramanga 2007.	41
Figura 5. Distribución de los estudiantes encuestados según número de habitaciones de sus viviendas. Bucaramanga 2007.	43
Figura 6. Distribución de los estudiantes según el grupo al que pertenecen. Bucaramanga 2007.	44
Figura 7. Distribución de los estudiantes según la percepción que tienen de sus padres. Bucaramanga 2007.	45
Figura 8. Porcentaje de estudiantes según el tipo de violencia durante su vida. Bucaramanga 2007.	46
Figura 9. Porcentaje de estudiantes según el tipo de violencia presentada durante el último año. Bucaramanga 2007.	47
Figura 10. Porcentaje de estudiantes según la condición de tener o no relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.	48
Figura 11. Porcentaje de los estudiantes según la edad de la primera relación sexual. Bucaramanga 2007.	49
Figura 12. Porcentaje de los estudiantes según el compañero de la primera relación sexual. Bucaramanga 2007.	50
Figura 13. Porcentaje de estudiantes según la condición de haber tenido relaciones sexuales el último año. Bucaramanga 2007.	51
Figura 14. Porcentaje de estudiantes según el método anticonceptivo usado el último año. Bucaramanga 2007.	52
Figura 15. Distribución de los estudiantes según el número de compañeros sexuales. Bucaramanga 2007.	53
Figura 16. Porcentaje de los estudiantes según el número de compañeros sexuales en el último año. Bucaramanga 2007.	54
Figura 17. Porcentaje de estudiantes que han tenido relaciones sexuales bajo efecto de sustancias psicoactivas. Bucaramanga 2007.	55
Figura 18. Porcentaje de estudiantes según los síntomas que sugieren infecciones presentadas durante la vida. Bucaramanga 2007.	56

Resumen

La adolescencia es una época de la vida donde las personas están expuestas a múltiples circunstancias que afectan su desarrollo y condición personal. Muchas de estas circunstancias son condiciones que favorecen la presencia de desenlaces adversos como son el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual o el consumo de sustancias psicoactivas. Bajo estas premisas se realizó este estudio en adolescentes escolarizados residentes en la ciudad de Bucaramanga, los cuales se encontraban matriculados de 6° a 11° grado en instituciones educativas públicas y colegios privados.

Este estudio se basó en la utilización de un modelo empírico; la relación entre el investigador y el objeto observado es de tipo observacional; frente a la relación de las características estudiadas, es un estudio descriptivo. Por la frecuencia de las observaciones es un estudio de tipo transversal. Con un total de 347 estudiantes encuestados, el 60.4% pertenecían a instituciones educativas públicas y el 39.6% a colegios privados. El 33.6% hacían parte de grupos de amigos.

Con respecto a características familiares, el 32.8% de los adolescentes vivían en grupos familiares compuestos por 3 personas, en cuanto violencia intrafamiliar, el 26.9% ha sido víctima de gritos en la prevalencia de vida y el 28.7% de gritos en la prevalencia de año.

98 estudiantes han tenido relaciones sexuales, de los cuales el 22.4% comenzaron su actividad sexual a los 14 años.

Todas las mujeres encuestadas contestaron no encontrarse embarazadas y de igual manera no haber presentado ningún embarazo y en cuanto a la presencia de actividad sexual en los adolescentes, esta se encuentra relacionada con la presencia de consumo de cigarrillo y alcohol, tener más de 16 años, pertenecer a un grupo social que no sea religioso, ser víctima de violencia física y tener pareja.

Con relación al consumo de sustancias psicoactivas, el 7.8% consumía alcohol y el 4.5% fumaba cigarrillo. El consumo de sustancias psicoactivas se encuentra relacionado con el hecho de tener relaciones sexuales, pertenecer a un grupo, tener pareja, vivir con 2 ó 3 personas en la misma habitación, consumir otras sustancias y consumir alcohol por parte de los familiares.

Para las enfermedades relacionadas con la sexualidad insegura y el consumo de sustancias psicoactivas, pertenecer al sexo femenino se comporta como una circunstancia que favorece la no presencia de este tipo de conductas.

Palabras claves: factores de riesgo, actividad sexual, consumo de sustancias psicoactivas

Abstract

Adolescence is a time of life where people are exposed to multiple circumstances that affect their development and personal status. Many of these circumstances are conditions that favor the presence of adverse outcomes such as pregnancy, sexually transmitted diseases or the consumption of psychoactive substances. Under these premises, this study was performed in school teenagers living in the city of Bucaramanga, who were enrolled in 6th to 11th grade in public schools and private schools. This study was based on the use of an empirical model, the relationship between the researcher and the object seen is observational; off the list of characteristics studied, is a descriptive study. For the frequency of observations is a study of cross. With a total of 347 students surveyed, 60.4% were from the public educational institutions and 39.6% to private schools. The 33.69% were members of groups of friends. With regard to family characteristics, the 32.85% of adolescents living in family groups consisting of 3 persons, as domestic violence, 26.99% has been the victim of screams in the prevalence of life and the screams of 28.75% in the prevalence of the year . 98 students have had sex, of which 22.45% began sexual activity at age 14. All women surveyed answered not found pregnant and similarly have not submitted any pregnancy and in the presence of sexual activity in adolescents, this is related to the presence of alcohol and cigarette consumption, have more than 16 years, belong to a social group that is not religious, to be a victim of physical violence and have a partner. With regard to the consumption of psychoactive substances, alcohol consumed 7.81% and 4.57% smoked cigarette. The consumption of psychoactive substances is associated with having sex, belonging, have a partner, living with 2 or 3 people in the same room, and other substances to consume alcohol consumption by the family. For diseases linked to sexuality and the consumption of psychoactive substances, belonging to the female behaves as a circumstance that favors the non-presence of this type of conduct.

Key words: risk factors, sexual activity, consumption of psychoactive substances.

Introducción

Este proyecto pretendió establecer la relación existente entre unas características (factores de riesgo) de tipo familiar y socioeconómico y la presencia de consumo de sustancias psicoactivas, infecciones de transmisión sexual y embarazos, en adolescentes escolarizados de la ciudad de Bucaramanga, durante el año 2007.

La adolescencia es una etapa de la vida altamente influenciada y en la cual se estructuran las características de personalidad de las personas en el futuro. La presencia de estas conductas en los adolescentes produce alteraciones de su estado de salud, y son predictivos de la carga de enfermedad en etapas posteriores de la vida, tales como Trastorno de adicción a sustancias, Virus de la inmunodeficiencia humana, SIDA, Hepatitis y secuelas de traumas. (1)

Es por tanto que si se identifican estas relaciones y si se pudieran modificar tempranamente, se podrían en términos de pronóstico, disminuir los riesgos para la salud y lograr una comunidad con menos carga de enfermedad.

Se utilizó una encuesta cerrada, con respuestas de selección múltiple, la cual consta de 45 ítems evaluativos, donde se exploran aspectos relacionados con la edad, nivel de estudio, hacimiento, el acto de trabajar, las horas que trabaja, la pertenencia a un grupo social, la caracterización familiar, la presencia de violencia intrafamiliar, la sexualidad de los adolescentes y el consumo de sustancias psicoactivas. El diligenciamiento del instrumento se hizo en los diferentes colegios seleccionados, por estudiantes que cumplieran los requisitos de inclusión, funcionando como facilitador para el diligenciamiento de la encuesta, estudiantes de psicología de últimos semestres.

Los hallazgos encontrados tienen que ver con dos aspectos: Con relación a la presencia de actividad sexual en los adolescentes escolarizados, este estudio mostró que estar expuestos a los siguientes factores, favorece la presencia de actividad sexual: consumo de cigarrillo y alcohol, tener más de 16 años, pertenecer a un grupo social que no sea religioso, ser víctima de violencia física y tener pareja.

Con relación al consumo de sustancias psicoactivas se encontró que pertenecer al sexo femenino es un factor protector frente al consumo de sustancias psicoactivas y el hecho de tener relaciones sexuales, pertenecer a un grupo, tener pareja, vivir con 2 ó 3 personas en la misma habitación, consumir otras sustancias y consumir alcohol por parte de los familiares, están asociadas estadísticamente de manera significativa con la presencia de consumo de alcohol y cigarrillo en los adolescentes escolarizados estudiados en este grupo.

El presente proyecto es un estudio de tipo observacional, transversal y descriptivo.

Constituye un punto de partida en la identificación de los aspectos mencionados en la población adolescente de Bucaramanga.

1. Planteamiento del problema

La adolescencia es un período de la vida durante el cual se presentan una serie de cambios biológicos y del aprendizaje social, significativos, que ocurren en un tiempo relativamente corto (1). También es un período donde los adolescentes son con mayor frecuencia impresionables y vulnerables a distintos factores ambientales que pueden influir sus conductas, ya sea de manera positiva o negativa (1).

Durante esta fase se establecen y consolidan las características de personalidad y muchos de los hábitos relacionados con la salud. Estos, entre otros factores, determinan y median la selección de conductas y exposiciones por parte de la persona, que son consideradas factores de riesgo para desenlaces negativos en el estado de salud durante las siguientes etapas de la vida (2). Ejemplos de dichas exposiciones y su influencia sobre desenlaces en las condiciones de salud, lo representan el tabaquismo, sedentarismo, consumo de alcohol y otras sustancias, las conductas alimentarias poco saludables, conductas sexuales de riesgo y las conductas violentas (1).

Se considera que las intervenciones en la población de adolescentes tendientes a disminuir la frecuencia de las conductas consideradas de riesgo, tendrán entonces un impacto a largo plazo, al disminuir las consecuencias negativas relacionadas con dichas conductas en términos de morbi-mortalidad, tanto en esta población como en la población adulta (3).

Los factores de riesgo a su vez, son definidos como peligros o amenazas internas o externas¹ que van desde las características genéticas y de personalidad de cada individuo para el primer caso, hasta factores de tipo biológico (animales, virus), sociales (económicos, culturales, políticos) y físicos (agua, aire), para el segundo caso, los cuales aumentan la vulnerabilidad del sujeto en su desarrollo y producen desenlaces indeseables en el estado de salud. Se ha descrito que existe una relación inversa entre factores protectores y de riesgo en la predicción de conductas riesgosas en adolescentes. Actualmente, además de la búsqueda de factores de riesgo en adolescentes, la investigación ha promovido la búsqueda de factores protectores. Un factor protector se puede definir como una característica,

¹ Factores Externos: son todas aquellas relaciones que se establecen con el medio social y que afectan la condición de salud; se encuentran relacionados con la vida material de la sociedad (nivel de desarrollo socioeconómico, educación, cultura). Alberto Pellegrini Filho, OPS, 1995.

Factores Internos: tienen que ver con el funcionamiento propio de cada individuo o comunidad y como estos afectan las relaciones que se establecen con el medio social. Alberto Pellegrini Filho, OPS, 1995

predisposición o influencia positiva que puede amortiguar el efecto de influencias negativas (4).

El concepto de vulnerabilidad en medicina del adolescente es de importancia central en la comprensión integral del adolescente. Blum y colaboradores definen vulnerabilidad como “un proceso interactivo entre el contexto social en el cual se encuentra el individuo y un grupo de factores subyacentes que cuando están presentes ubican al sujeto en una posición de riesgo para desenlaces negativos” (5).

Las conductas de riesgo se pueden definir como acciones que el individuo realiza voluntariamente y cuyo desenlace es incierto (6). Estas pueden representar herramientas positivas en el desarrollo, que le permiten al adolescente descubrir y consolidar su identidad (7, 8). Al mismo tiempo, pueden acarrearle desenlaces negativos, al poner en peligro su desarrollo normal y su adaptación funcional a la sociedad, desencadenando eventos perjudiciales como condiciones médicas, muertes tempranas y pérdida de años por discapacidad, entre otras. (8)

Con relación al ámbito escolar, se ha descrito que aquellos adolescentes que tienen una sensación de pertenencia con su colegio tienden a presentar con menor frecuencia alteraciones emocionales, uso de tabaco y alcohol y menor frecuencia de conductas suicidas, considerándose entonces que éste puede ser un factor externo protector (5, 9).

Los factores internos ocupan también un lugar importante en la conducta humana; los adolescentes que presentan rasgos de la personalidad como grandes niveles de búsqueda de sensaciones e impulsividad, son más vulnerables y presentan mayor frecuencia de conductas de riesgo (13). La edad y el género están también relacionados con la presencia de estas conductas en adolescentes, evidenciándose, que el género femenino y los grupos de menor edad presentan en menor proporción estas conductas (14, 15).

El consumo de sustancias psicoactivas se convierte en un problema de salud pública, en la medida que estas conductas preceden problemas formales de salud, los cuales en el tiempo se hacen crónicos y estimulan la utilización de un grado importante por no decir mayor de recursos, tanto humanos, como técnicos y financieros, los cuales afectan la condición del sistema de seguridad social (23). En el mismo sentido, permitir que se configure un cuadro de trastorno de adicción como tal, afecta el pronóstico social del afectado y lesiona a las instituciones de salud que pueden brindar los procesos de tratamiento y rehabilitación de este tipo de pacientes, en razón que esta patología no se encuentra cubierta por el Sistema de Salud colombiano y debe ser asumida con recursos destinados a otras procesos de atención en salud.

Frente a esta situación, un estudio realizado en Chile pretendía demostrar cuál era la influencia del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito familiar sobre la autoestima de los escolares estudiados (niños de 6° grado). Los resultados mostraron que en el 86.5% de las familias de los niños estudiados, se consume algún tipo de sustancia psicoactiva. Los resultados muestran que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en lo referente a la autoestima de los niños que pertenecían a familias en donde se presentaba consumo de sustancias psicoactivas frente a los niños de familias en las que el consumo no se presenta. Sin embargo en el caso de las niñas, se encontró autoestima emocional baja de aquellas que tenían familiares consumidores frente a aquellas que no los tenían (61).

Varios estudios han señalado la influencia que tiene la familia en el mantenimiento de la buena salud de sus miembros. La familia y su funcionamiento se pueden constituir en un factor de riesgo para la salud de sus miembros (63), por ejemplo, un estudio mostró que el divorcio de los padres puede influir negativamente en el comportamiento de los adolescentes, llevándolos al consumo de sustancias psicoactivas (62).

Con relación a la condición socioeconómica, un estudio realizado en el asentamiento “La Villa” de la ciudad de Buenos Aires (Argentina), muestra que el progresivo deterioro de las condiciones económicas, favorecen la presencia de consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes de dicho asentamiento (68).

Otra situación tiene que ver con el embarazo en adolescentes; la presencia de un embarazo en una adolescente se constituye en una situación que compromete las posibilidades de escalar metas, generando mayores barreras para la consecución de las mismas. Esto genera un conflicto familiar en el que los padres sienten frustración por no haber impartido suficientes valores morales a su hija, obligando en muchas ocasiones a formalizar relaciones conyugales entre adolescentes que a futuro pueden ser muy temporales (32).

En Bucaramanga viven 516.104 personas según los resultados del DANE, Censo General 2005, (34); esta población presenta la siguiente distribución:

Tabla 1. Distribución etarea de la población. Bucaramanga. Censo DANE, 2005

Rango etáreo	Nº	Porcentaje
< 1	8062	1.5
1 – 4	31972	6.2
5 – 9	43542	8.4
10 – 14	46951	9.0

Rango etáreo	Nº	Porcentaje
15 – 19	50360	9.7
20 – 29	97621	18.9
30 – 39	75617	14.6
40 – 49	67147	13.0
50 – 59	43232	8.3
60 – 69	26859	5.2
70 y mas	24741	4.7
Total	516104	100.0%

Según esta distribución el 35.0% de la población es menor de 20 años, edad en la cual la realización de programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, tendrán mayor probabilidad de evitar la aparición de las conductas de riesgo que son evaluadas en el presente trabajo. (34)

La violencia intrafamiliar es un fenómeno que afecta el bienestar de un alto porcentaje de las familias colombianas. La escasa información existente, no permite hacer una comparación temporal de la incidencia de los principales indicadores. Sin embargo, en un intento por conocer la evolución de la violencia intrafamiliar en Colombia, Sánchez (2004) encuentra que en 1995, el 33.0% de las mujeres eran maltratadas psicológicamente por sus esposos y el 19.4% sufrían golpes por parte de sus compañeros. Aunque las encuestas no son comparables por la forma como fueron aplicados los instrumentos, en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005 se encontró que el 66.0% de las mujeres encuestadas sufrían de situaciones de control por parte del esposo o compañero y en el 26.0% de los casos se expresaban en forma desobligante hacia ellas; adicionalmente el 33.0% de estas mujeres sufren de amenazas por parte del esposo o compañero con relación a la violencia física, el 39.0% manifestó haber sufrido en algún momento este tipo de conducta por parte del esposo o compañero (30).

De la misma forma, el maltrato infantil es una conducta que se comporta como si fuera algo natural en la cotidianidad. En efecto, en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005, el 75.0% de los encuestados manifestó que usa la reprimenda verbal como castigo, los golpes en el 41.0% y las palmadas en el 22.0% (30).

De la muestra de mujeres entrevistadas en 3 ciudades del país, el 28.0% creció en una familia violenta, y el 72.0% restante no reportó haber observado que el padre golpeará a la madre. Los datos muestran que con una diferencia promedio de 10 puntos porcentuales, las mujeres que crecieron en familias violentas experimentan mayores niveles de maltrato por parte de sus compañeros que las mujeres que no

fueron testigos de violencia en su familia de origen. Esto es, el 34.0% de las mujeres pertenecientes a familias violentas son maltratadas físicamente por sus compañeros y el 43.0% maltrata físicamente a sus hijos, mientras que de las mujeres que nunca observaron violencia en la familia materna, el 25.0% sufre de maltrato por parte de su compañero y el 30.0% maltrata físicamente a sus hijos. Esta diferencia, muestra que las personas víctimas y testigos de violencia intrafamiliar cuando pequeños, aceptan estas conductas agresivas, las legitiman y las repiten en la siguiente generación, tanto con sus hijos, como con su pareja.

Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses Regional Santander (INMLCF RS), en Santander se presentaron para el año 2001, 11.150 casos de lesiones personales, de las cuales 3.560 (31.0%) correspondieron a casos de violencia intrafamiliar y 895 (8.0%) a delitos sexuales. En el año 2004 en el Área Metropolitana de Bucaramanga, de 2.927 dictámenes realizados por el INML referentes a lesiones no fatales, el 35.0% correspondió a casos relacionados con violencia intrafamiliar, dentro de los cuales se incluyen, en orden de incidencia: maltrato de pareja, delitos sexuales, maltrato entre familiares y maltrato infantil. Igualmente, para los primeros seis meses del año 2006 en Bucaramanga se habían presentado 776 casos de violencia intrafamiliar (37).

Según este mismo informe para el Departamento de Santander , la primera causa de mortalidad en hombres entre 15 y 44 años para el año 2003 fueron las agresiones (homicidios) en número de 494 casos, correspondiendo al 44.3% del total de las muertes para esa edad y al 8.9% del total de las muertes en el Departamento (37).

En Bucaramanga en el año 2004, en la institución de referencia del primer nivel para la ciudad, Hospital Local del Norte, se presentaron 1.099 nacimientos, de los cuales 305 fueron en adolescentes, lo cual en términos porcentuales representa un 27.7%, traduciéndose en que de cada 3 maternas 1 es adolescente. (32)

De la misma manera, un estudio sobre caracterización de las adolescentes embarazadas muestra que la mediana de la edad para el inicio de las relaciones sexuales fue 15 años (rango 11-16) y el 34,2% afirmaron haber tenido más de un compañero sexual en su vida. De las pacientes adolescentes que tuvieron más de una gestación, el 5,7% refiere paternidad diferente de los embarazos. El 61,8% recibió información sobre planificación familiar. Igualmente, en referencia al aspecto psicosocial, el 39,9% no viven con otros miembros de su familia; un 3,3% viven solas, un 37,2% convive con su pareja y un 36,0% con sus padres. 179 pacientes (53,8%) provienen de familias con padres separados y la reacción de los padres de la adolescente frente al embarazo de su hija fue de aceptación por parte de la madre en un 57,9% y de un 36,9% por parte del padre. 87 pacientes (26,1%) manifestaron vivir situaciones de violencia en la familia, siendo la más frecuente entre padres e hijos en un 41,4% de los casos. (32)

Con relación a las infecciones de transmisión sexual, un estudio hecho en la ciudad frente al SIDA, muestra que el grupo de mayor prevalencia es el de las personas entre 20 y 39 años, por lo que se deduce que la infección está ocurriendo en la etapa de la adolescencia, en razón que el periodo asintomático de la enfermedad es de aproximadamente de 10 años. (33) En este mismo estudio, se muestra que el 33.0% de las mujeres y 49.0% de los hombres, han tenido relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol. (33)

Según los indicadores de morbilidad del Observatorio de Salud Pública de Santander, para el año 2005 la enfermedad psiquiátrica fue la 10^º causa de atención para la población vinculada, en consulta externa; igualmente fue la 13^º causa de atención de urgencias para la misma población y la 16^º para la población subsidiada; la segunda causa de hospitalización en la población vinculada y la 4^º causa para la población del régimen contributivo. Entre las patologías se presentan preponderantemente las esquizofrenias, los trastornos afectivos bipolares, los episodios depresivos, los trastornos neuróticos y los trastornos delirantes (38).

La Organización Panamericana de la Salud en su informe de 1997 hace una presentación de datos mundiales sobre la situación de salud mental de los menores de edad, dentro de lo cual se refiere a los problemas del desarrollo infantil de mayor prevalencia en los países de bajos ingresos, principalmente, de aquellos más afectados por la guerra civil. Los problemas a los que hace referencia son el retraso en el desarrollo, los trastornos convulsivos, los trastornos del comportamiento agresivo y antisocial y el abuso de sustancias psicoactivas (67).

Bajo todas las anteriores consideraciones y ante la falta de información con que se cuenta en la ciudad de Bucaramanga, acerca de si existe relación entre la presencia de conductas de riesgo, específicamente las relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas y el presentar conductas sexuales inseguras, y la presencia de factores de riesgo relacionados con características familiares y del nivel socio económico, se hace necesario la realización de este estudio, en razón a la repercusión que se presenta, no solo a nivel individual y familiar con efectos que pueden ser devastadores para el individuo, su familia y el conjunto social, sino también en la forma que repercuten sobre la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud. De tal forma que esta investigación brinde información pertinente para el diseño de intervenciones poblacionales en los factores de riesgo identificados para asegurar en mayor medida la prevención de problemáticas que generan morbilidad y mortalidad por comportamientos adultos que pueden ser prevenibles desde la adolescencia.

Es por tanto que este estudio plantea el siguiente cuestionamiento: ¿Cuáles son las características de tipo familiar y socioeconómico que se encuentran relacionadas con la presencia de conductas de riesgo frente a consumo de

sustancias psicoactivas y actividad sexual en los adolescentes escolarizados de
Bucaramanga, año 2007?

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Determinar los aspectos de tipo familiar y socioeconómico que se encuentran relacionados con la presencia de consumo de sustancias psicoactivas y actividad sexual de los adolescentes escolarizados residentes en Bucaramanga, en el año 2007.

2.2 Objetivos específicos

Explorar los factores de tipo familiar y socioeconómico presentes en los adolescentes escolarizados de Bucaramanga.

Explorar la presencia de actividad sexual en los adolescentes escolarizados de Bucaramanga.

Establecer el porcentaje de utilización de métodos anticonceptivos (MAC) incluyendo el condón en los adolescentes escolarizados.

Identificar la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol en los adolescentes escolarizados de Bucaramanga.

Explorar si existe asociación entre factores de tipo familiar y socioeconómico y las conductas de riesgo mencionadas en adolescentes.

3. Marco conceptual

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la adolescencia es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

La adolescencia se caracteriza por profundos cambios biológicos, psicológicos y de desarrollo social. El comienzo biológico de la adolescencia viene delimitado por una rápida aceleración del crecimiento óseo y el inicio del desarrollo sexual. El comienzo psicológico se caracteriza por la aceleración del desarrollo cognoscitivo y la consolidación de la personalidad. Desde el punto de vista social, la adolescencia es un periodo en el que se intensifica la preparación para asumir el rol del adulto joven. La adolescencia suele dividirse en tres periodos: temprano (entre los 11 y 14 años), central (de 14 a 17 años) y tardío (de 17 a 20 años) (1).

Se describe que el 75% de la mortalidad en la población de adolescentes está relacionada con factores sociales y conductuales, entre las que se encuentran las conductas de riesgo. Estas tienen lugar en un contexto sociocultural (familias, escuelas, amigos) que tiene una importante influencia en la iniciación y persistencia de dichas conductas (9, 10).

De acuerdo a Kaplan y Sadock en su libro Sinopsis de Psiquiatría, las conductas de riesgo durante la adolescencia son el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias; la actividad sexual promiscua, especialmente peligrosa por el riesgo de contraer el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y una conducta propensa a los accidentes (1).

En los Estados Unidos durante las últimas cuatro décadas se ha observado un cambio en la conducta sexual de los adolescentes, evidenciándose que los jóvenes inician su vida sexual a menor edad y usan en menor proporción métodos anticonceptivos. Esto trae consigo grandes consecuencias para la salud de la población (22). Los adolescentes sexualmente activos están en riesgo de presentar embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITSs) entre las que se encuentra el HIV/SIDA, además de una mayor proporción de abortos (55, 56, 57).

El aumento del número de embarazos en los adolescentes es una preocupación actual de muchos países y Colombia no ha sido ajena a este fenómeno. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005, el porcentaje de hogares con la mujer como jefa es del 30% y solo el 58% de los niños viven con ambos padres; la proporción de adolescentes embarazadas es de 21%; la edad mediana de la primera relación sexual es de 18.3 años y el porcentaje de mujeres que tuvieron su primera relación antes de los 15 años es del 11%; con relación a los embarazos no deseados, el 15% de las mujeres entre 15 y 19 años se encuentra en este grupo. El 85% de las mujeres entre 15 y 19 años utilizan un

método de planificación familiar; 1 de cada 5 ha estado embarazada, el 16% ya son madres y el 4% está esperando su primer hijo; adicionalmente, la mayor proporción de adolescentes embarazadas se presentan en Bogotá y los Santanderes, siendo igual en este último a la del Litoral Pacífico. (30)

Se considera que las consecuencias de los embarazos tempranos son múltiples y afectan no solo la vida de la madre adolescente (pobre salud física y mental, menores logros académicos, menor probabilidad de empleo y de ingresos, mayor dependencia económica y pobreza), sino la del niño y la familia en general. (49).

En un estudio realizado en los Estados Unidos se ha descrito que los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de tener bajo peso al nacer, muerte súbita y una mayor tasa de mortalidad temprana. Igualmente estos niños presentan a lo largo de su vida más problemas de salud, menores habilidades cognitivas, dificultades escolares y menores logros académicos y sociales; tienden a vivir en condiciones de mayor pobreza y sufren, en mayor proporción, abuso y maltrato (22, 49). Aproximadamente un tercio de los embarazos en este grupo de población terminan en abortos y se conoce, que el aborto en adolescentes posee más riesgo de complicaciones que en mujeres de mayor edad (58, 59)

El aumento de las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes ha sido una consecuencia de las prácticas sexuales riesgosas que ha llamado la atención de los sistemas de salud, ya que se ha determinado, por ejemplo, que en Estados Unidos en 1995 la mayor incidencia de algunas Infecciones de Transmisión Sexual se encontró en este grupo de edad. Se ha considerado que la gran proporción de estas enfermedades puede deberse a que en los adolescentes entre los 15 y los 18 años de edad es más probable que los individuos tengan varios compañeros sexuales, relaciones sexuales no protegidas y seleccionen en mayor proporción compañeros sexuales de alto riesgo (22, 46). El cincuenta por ciento de las nuevas infecciones de VIH alrededor del mundo se presentan entre la gente joven menores de 25 años. La OMS reporta que la tasa más alta de infecciones de transmisión sexual se presenta entre los jóvenes de 20 a 24 años, seguida por edades entre los 15 y 19 años (45).

Las Infecciones de Transmisión Sexual ITS traen a las personas que las padecen, problemas de infertilidad, aumento del riesgo de cáncer, alteraciones de la salud, malos desenlaces en los embarazos y un aumento en posibilidad de adquirir otras ITS como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (47).

Al considerarse que la conducta sexual humana esta multidimensionalmente determinada y que en ella influyen factores culturales, sociales y otros determinantes intrínsecos de la persona (49), se plantea también que la solución al problema de las conductas sexuales de riesgo se encuentra en la modificación de múltiples factores asociados y que los cambios simples proveen soluciones ineficaces a este problema (50, 51).

La Salpingitis que es una enfermedad de transmisión sexual y hace parte del complejo denominado Enfermedad Pélvica Inflamatoria EPI, es más susceptible a ser presentada por adolescentes debido a la conformación del aparato genital a esta edad. Otros factores de riesgo identificados para Salpingitis Aguda son el uso de duchas vaginales y el cigarrillo; también son condiciones de riesgo la historia de episodios previos de EPI o enfermedad de transmisión sexual (ETS), inserción reciente del Dispositivo Intrauterino, menstruación reciente y pareja sexual con uretritis o enfermedad sexualmente transmitida asintomática (60)

En este sentido, las conductas de riesgo para la actividad sexual tiene varias manifestaciones como son el no uso del condón, el no uso de otros anticonceptivos, el tener varios compañeros sexuales, la edad de inicio para la actividad sexual, las cuales se pueden ver reflejadas en consecuencias como son: embarazos tempranos y no deseados y las infecciones de transmisión sexual; en este sentido, el presente trabajo indaga sobre los siguientes aspectos a fin de poder determinar la presencia de conductas de riesgo en los adolescentes escolarizados de Bucaramanga con relación a la actividad sexual: uso de anticonceptivos, embarazos en adolescentes, sintomatología relacionada con infecciones de transmisión sexual y número de compañeros sexuales.

De otro lado, el uso de Sustancias Psicoactivas SPA se ha propuesto como un factor relacionado con una mayor proporción de conductas sexuales de riesgo y como una conducta de riesgo en sí misma. Los adolescentes que consumen SPA presentan un inicio temprano de la actividad sexual, tienen más compañeros sexuales y usan con menor frecuencia condones. Las adolescentes consumidoras presentan con mayor frecuencia embarazos no deseados y relaciones afectivas inestables (48).

Un estudio realizado en la ciudad de Medellín en el cual se sistematizaron 130 fuentes bibliográficas producidas entre los años 1990 y 1997 sobre jóvenes, mostró que el 61% de los adolescentes mantienen relaciones sexuales con más de una pareja a la vez y que solo el 43% de las adolescentes utilizan métodos anticonceptivos, aunque solo el 12% lo hace en forma habitual (24).

El alcohol es la sustancia que con mayor frecuencia utilizan los adolescentes, considerándose la edad de inicio de la ingesta como un predictor para desarrollar un trastorno por consumo de alcohol en la edad adulta. En un estudio reciente en Estados Unidos se describe que un 17% de los adolescentes presentan síntomas para abuso o dependencia al alcohol (52). En Colombia, de acuerdo al Sondeo Nacional de Consumo de Drogas en Jóvenes de 10 a 24 años realizado en el año 1999 se describe que la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue del 73% y la prevalencia durante el último mes fue del 48% (26).

Según la Encuesta Nacional sobre consumo de SPA realizada en el año 2001, en Bucaramanga la prevalencia de vida para consumo de alcohol es de 83.3%, la prevalencia anual para el mismo consumo es de 78.5% y la prevalencia en el último mes para alcohol es de 46.6%. De igual manera, para Bucaramanga la edad en donde con mayor frecuencia se inician los adolescentes en el consumo de SPA es entre los 10 y 14 años de edad con el 62.8% (25).

Teniendo en cuenta el Estudio Nacional Sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia del año 1996 se describe que el consumo de alguna droga ilegal en Colombia, en cualquier momento de la vida de una persona, fue de 6.5%. Se observó un aumento importante en la prevalencia de consumo especialmente en el grupo poblacional de 12 a 17 años con respecto al estudio de 1992 (44). De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Jóvenes de 10 a 24 años llevada a cabo en el año 2001, la prevalencia de consumo de alguna sustancia ilegal durante el último mes fue de 5.7% (25). Con relación a los casos nuevos para Bucaramanga, con referencia a los jóvenes entre 10 y 14 años este se situó en el 59.4% mientras que para los jóvenes entre los 15 y 19 años de edad el resultado fue del 39.2% (25).

En el estudio ya enunciado sobre la sistematización de 130 fuentes bibliográficas sobre jóvenes en Medellín, entre los años 1990 y 1997, mostró que los jóvenes con evidentes problemas psicosociales, como agresividad, violencia, drogadicción, alcoholismo y delincuencia, siempre aluden a la existencia de familias con problemas muy complejos (24).

De la misma manera, el Estudio Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas y Factores Asociados (23) realizado en jóvenes matriculados en los grados de 6° a 11° en el Departamento de Antioquia, demuestra que existe una alta proporción de adolescentes escolarizados que viven en familias desintegradas; solo el 54.8% viven con los padres. En este mismo estudio, el 32.7% de la población estudiada quedó clasificada como de “alto riesgo” para el comportamiento violento y el 16.9% con riesgo moderado.

Durante el primer semestre de 2003, se realizó un estudio que mostraba la asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga. Este estudio mostró que 1 de cada 20 estudiantes presenta consumo abusivo de alcohol y la prevalencia en el último año de este consumo es de 5.7%. Igualmente este estudio muestra, que en la actualidad hay suficiente evidencia que indica que las conductas de riesgo para la salud, forman parte del patrón de comportamiento que se encuentra en el grupo de adolescentes. (31)

En el estudio realizado en el Departamento de Antioquia sobre la Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas y Factores Asociados en personas matriculadas de 6° a 11° grado, se encontró que consumían SPA ilícitas como la

marihuana, el bazuco, la cocaína, los inhalables, el rohypnol, el éxtasis, el cacao sabanero y los hongos (23).

Con relación a Bucaramanga, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre uso indebido de SPA en estudiantes de enseñanza media vocacional del Área Metropolitana de Bucaramanga, se encontró que los estudiantes objeto de la vigilancia consumían marihuana, bazuco, cocaína, tranquilizantes, anfetaminas e inhalantes. En consideración a la sustancia más utilizada, en la semana anterior al estudio el 26.23% consumió bebidas alcohólicas (64).

En el presente estudio a fin de poder establecer la presencia de conductas de riesgo frente al consumo de SPA, se indago acerca del consumo alguna vez en la vida y en el año de las siguientes sustancias: Cigarrillo, Alcohol, Marihuana, Cocaína, Bazuco, Éxtasis, Tranquilizantes, Inhalantes, Hongos y Heroína.

La familia ha sido definida como la pareja u otro grupo de parientes adultos que cooperan en la vida económica y en la crianza y la educación de los hijos, la mayor parte de los cuales o todos ellos utilizan una morada común (72). Las funciones básicas y universales de la familia derivan del campo biológico y se extienden con amplitud al nivel cultural y social; abracan entre otras, la satisfacción, socialmente aceptada, de las necesidades sexuales, así como de las económicas, constituyéndose en este sentido, en una unidad cooperativa que se encarga de la supervivencia, el cuidado y la educación de los hijos (72).

La familia es un sistema social natural, que puede ser estudiado en términos de su estructura, o forma como está organizado en un momento dado, y sus procesos o formas en las cuales cambia a través del tiempo (73).

Para analizar la relación existente entre comportamiento individual y grupo familiar en un único acto de observación, es necesario considerar a la familia como un todo orgánico, es decir como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales (75).

La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas (escuela, fábrica, barrio, instituto, grupo de coetáneos, etc.). En otras palabras, las relaciones intrafamiliares se observan en relación dialéctica con el conjunto de las relaciones sociales: las condiciona y están a su vez condicionadas por las normas y los valores de la sociedad circundante, a través de un equilibrio dinámico (75).

Como sistema la familia se ajusta al concepto de causalidad circular, en cuanto a que siendo un grupo de individuos interrelacionados, un cambio en uno de ellos afecta a los demás y el grupo total, en una cadena circular de influencia (73).

Una persona es nada más, el resultado de todas las transacciones intencionales e inconscientes, que ocurrieron entre el niño y él mismo y los miembros restantes de

la familia, en particular los adultos que han tenido en sus manos el poder sobre la vida y muerte psicológica del pequeño, desde su concepción hasta el momento presente (74).

Entre las condiciones propias del contexto familiar que se han relacionado con la presentación de conductas de riesgo en esta etapa están la disfunción de pareja, el bajo nivel socioeconómico, el consumo de sustancias y la enfermedad mental en los padres, así como en bajo nivel educativo de las madres (11, 12).

La relación de los padres con el adolescente, también ha sido motivo de estudio y se ha determinado, que los adolescentes que perciben la relación con sus padres como mala, tienden a ser pesimistas, tienen bajos niveles de autoestima y presentan con mayor frecuencia síntomas depresivos (9).

Las múltiples asociaciones encontradas entre los diversos factores y las conductas de riesgo, han sugerido que estas conductas generalmente no existen solas, sino que coexisten con otras, creándose distintos perfiles de riesgo. Estos perfiles son importantes porque capturan la naturaleza multidimensional de las conductas del adolescente, más que la evaluación aislada de un solo factor (3, 53, 54).

Con relación al papel que desarrolla la familia en estos aspectos, se considera es de tipo vital y permite el desarrollo de sujetos sanos o con múltiples patologías tanto sociales como de salud. La familia ejerce función mediadora de los procesos sociales en los individuos, función que posee dado su carácter de grupo especial y su funcionamiento peculiar. La familia es el elemento de la estructura social responsable de la reproducción y desarrollo del ser humano. La función de expresar amor, brindar afecto y protección es primordial en la vida familiar, así como la educación, la socialización y la formación moral.

En Chile se realizó un estudio con 165 niños de sexto grado de colegios rurales para evaluar influencia de la familia en las conductas de autocuidado y se obtuvo que los niños de familias nucleares incompletas o con algún grado de disfunción, presentaron menos conductas de autocuidado que los niños de familias completas, extendidas y normofuncionales. Resultados de investigaciones documentan la relación del funcionamiento familiar como factor predisponente o coadyuvante en la producción y curso de diversas enfermedades y problemas de salud en sus integrantes. Se asocia fundamentalmente con el alcoholismo y otras adicciones, la conducta antisocial, el suicidio y predice la ocurrencia de desordenes mentales (61).

Los conflictos familiares emergen como un vehículo del efecto del alcoholismo en los padres y se ha encontrado correlación directa entre disfunción familiar y alcoholismo en un estudio con 2085 estudiantes de un colegio de enseñanza media en Perú. Las relaciones madre – hijo, el apoyo materno y la vivencia de

acontecimientos de vida estresantes fueron constatados como mediadores en los trastornos de conducta de 224 jóvenes afro americanos (36).

Bajo las anteriores consideraciones, el presente proyecto explora con relación a la familia, los ítems: con quienes convive el adolescente, como es la relación de los padres, presencia de violencia intrafamiliar y presencia de enfermedad mental en los padres.

Finalmente, aunque las tasas de mortalidad en adolescentes dan la impresión que ésta es una fase relativamente saludable de la vida, es claro que los problemas de salud y las conductas de riesgo en los adolescentes se encuentran subestimados y consecuentemente subtratados (2). Esto trae como consecuencia alteraciones globales en el funcionamiento de los adolescentes que influyen e influirán en el estado de salud de la población en general.

En referencia a la influencia de los grupos en las conductas adoptadas por los adolescentes, con relación a la crisis de identidad se establece que algunos grupos de jóvenes que no han logrado identidades consistentes necesitan identificarse con algo y se integran en *grupúsculos minoritarios*, tal como expone González Blasco (1994) mediante los cuales se dota a los jóvenes de una pseudoidentidad individual reflejo de una resatelización grupal. El deseo de encontrar y reafirmar sus identidades se vehicula a múltiples intentos de hallar los mecanismos de resolución efectiva de esa búsqueda. Se encuentra suficiente apoyo en el supuesto de que el recurso de las drogas parece estar conectado con los intentos infructuosos de resolución de sus crisis de identidad (71).

Precisamente, una explicación de cómo las normas y las creencias sociales normativas actúan para facilitar el inicio al consumo de drogas se aporta desde *el teorema del proceso del vínculo social*, citado por Hansen, en el que se postula que el entorno social es el factor básico hacia el que se dirige la atención de los adolescentes, considerándose los grupos de amigos como la unidad básica de su organización social y el deseo de conseguir aceptación, estatus social y respeto de sus amigos, el motivador principal que impulsa su conducta. Se ha relacionado la iniciación al consumo con el acto de socialización en el grupo de iguales y resulta ser contingente la pertenencia al grupo con la adopción de sus normas reguladoras y así, el recurso de la droga como signo de independencia personal al tiempo que representa sujeción al grupo (71).

Por último, las conductas de riesgo serán contrastadas con las condiciones de tipo socioeconómico que presente el adolescente. Es por tanto que se indaga acerca de aspectos sobre el nivel socio económico, pertenencia a grupos y hacinamiento.

4. Metodología

Este estudio se basa en la utilización de un modelo empírico; la relación entre el investigador y el objeto observado es de tipo observacional; frente a la relación de las características estudiadas, es un estudio descriptivo. Por la frecuencia de las observaciones es un estudio de tipo transversal (39, 40).

A este tipo de estudios, también se les ha denominado de prevalencia, dado que estudian simultáneamente la exposición y la enfermedad en una población bien definida en un momento determinado. Esta medición simultánea no permite conocer la secuencia temporal de los acontecimientos y no es por tanto posible determinar si la exposición precedió a la enfermedad o viceversa (41). Lo que se busca es tratar de establecer si existe alguna relación entre las conductas de riesgo y algunas características de vida de tipo familiar y socioeconómico y así determinar cuales están asociadas, específicamente para los adolescentes escolarizados de Bucaramanga.

El universo u objeto de observación, fueron los estudiantes matriculados y que se encontraban cursando los grados de educación básica secundaria y media de 6º a 11º grado, y que residían en Bucaramanga. La unidad de observación fueron los estudiantes que al momento de la recolección cumplieran con los requisitos ya enunciados.

En este estudio se pudieron presentar sesgos de información u observación en el sentido que este tipo de sesgos incluye cualquier error sistemático en la medida de la información sobre la exposición a estudiar o los resultados. Los sesgos de observación o información se derivan de las diferencias sistemáticas que de los datos sobre exposición o resultado final, se obtienen de los diferentes grupos. El rehusar a responder en un estudio puede introducir sesgos si la tasa de respuesta está relacionada con el status de exposición. El sesgo de información es por tanto una distorsión en la estimación del efecto por errores de medición en la exposición o enfermedad o en la clasificación errónea de los sujetos.

En el estudio se controlaron los sesgos, básicamente con la utilización de pocos encuestadores (4), los cuales recibieron una adecuada inducción y estuvieron siempre atentos en la resolución de las inquietudes que presentaron los encuestados.

4.1 Muestreo

Se realizó, un muestreo polietápico. Inicialmente se realizó un censo de las instituciones de educación secundaria de la ciudad de Bucaramanga, mediante información obtenida a través de la Secretaría de Educación del municipio de Bucaramanga. Este censo corresponde al primer marco muestral, que se dividió

en dos grupos: colegios privados e instituciones públicas. El primer proceso de muestreo se realizó de manera aleatoria, escogiendo la muestra de manera independiente entre los colegios públicos y los privados.

Es necesario aclarar, que en el municipio de Floridablanca se encuentran colegios privados en los que desarrollan sus estudios de bachillerato, adolescentes que viven en Bucaramanga. En este sentido se hizo necesario en el proceso de muestreo incluir los siguientes colegios: Colegio La Quinta del Puente, Colegio New Cambridge, Colegio Panamericano, Colegio Agustiniano, Colegio del Rosario de Floridablanca, Colegio La Reina de la Paz y Fundación Colegio UIS.

El segundo proceso de muestreo se realizó con el total de instituciones seleccionadas en la primera fase. A estas instituciones se les informó sobre su inclusión y participación en el estudio. A cada colegio se le solicitó un listado completo de todos sus estudiantes matriculados de 6° a 11° grado. Con esta información se construyó un segundo marco muestral, con todos los adolescentes que se encontraron en el listado solicitado y que cumplieron con los criterios de inclusión. Del tamaño de la muestra calculado se seleccionaron los sujetos de investigación mediante una técnica aleatoria simple utilizando el programa Excel.

Para la recolección de la información se utilizó un instrumento, el cual se encuentra descrito en el Anexo No 1.

4.2 Tamaño de la muestra

Para calcular el tamaño de la muestra requerido se tuvo en cuenta la siguiente ecuación:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Donde:

α = Probabilidad de error tipo I o nivel de significación "Error tipo I" (0,1)

P = Proporción poblacional esperada "Proporción" (0,1)

d = "Distancia a la proporción poblacional" (0, 1)

Considerando que la prevalencia de las conductas de riesgo sea cercana al 35% y esperando asegurar una distancia a la proporción poblacional del 5%, con un nivel de significancia del 0.05 y planteando una hipótesis a dos colas, los datos de entrada en la ecuación son los siguientes:

$$\alpha = 0.05$$

$$P = 0.35$$

$$d = 0.05$$

Se obtuvo un tamaño de muestra de 350 sujetos. Al calcular una tasa de no respuesta del 20% el tamaño final de la muestra a seleccionar es de 420 sujetos. Finalmente se obtuvo información de 347 adolescentes.

Se construyeron dos bases de datos en Excel, las cuales fueron alimentadas al tiempo con el fin de determinar la presencia de errores. Igualmente el investigador realizó la digitación del 10% de las encuestas realizadas por cada encuestador a fin de poder establecer la veracidad de la información.

Es importante aclarar, que todos los sujetos que participaron en el estudio eran estudiantes de bachillerato que cumplían con los criterios de estar matriculados entre 6° y 11° grado y residían en Bucaramanga.

4.3 Materiales e Instrumentos

Se diseñó un instrumento de auto respuesta para poder recoger la información, en el cual se exploraban los datos socio económicos (actividad laboral del estudiante, horas de trabajo) socio demográficas (edad, sexo, estrato, grado escolar, personas con quien vive, participación grupal, nivel escolar del padre y de la madre, y miembros de la familia con quien vive), familiares (situación padres, relación entre padres, relación con el padre, la madre y hermanos, violencia intrafamiliar, enfermedad mental en los padres, consumo de sustancias psicoactivas por padres y familiares) y personales (presencia de compañero, presencia de actividad sexual, uso del condón, uso de métodos de planificación, número de compañeros sexuales, número de embarazos, presencia de síntomas relacionados con infecciones genitourinarias y consumo de sustancias psicoactivas).

Cuadro. Clasificación de variables

	VARIABLES	TIPO	ORDEN
	SOCIODEMOGRÁFICAS		
1	Edad	Cuantitativa	Discreta
2	Sexo	Cualitativa	Nominal
3	Estrato	cuantitativa	Discreta
4	Grado escolar	Cuantitativa	Discreta
5	Personas con quien vive	Cuantitativa	Discreta
6	Participación grupal	Cualitativa	Nominal
7	Nivel escolaridad padre	Cualitativa	Ordinal

	VARIABLES	TIPO	ORDEN
8	Nivel escolaridad madre	Cualitativa	Ordinal
9	Miembros familia	Cualitativa	Nominal
	SOCIOECONÓMICOS		
10	Trabajo	Cualitativa	Nominal
11	Horas de trabajo	Cuantitativa	Discreta
12	Sostenimiento	Cualitativa	Nominal
	FAMILIARES		
13	Convivencia con los padres	Cualitativa	Nominal
14	Relación entre padres	Cualitativa	Nominal
15	Relación con hermanos	Cualitativa	Nominal
16	Relación con el padre	Cualitativa	Nominal
17	Relación con la madre	Cualitativa	Nominal
18	Violencia de los padres al adolescente vida	Cualitativa	Nominal
19	Violencia de los padres al adolescente año	Cualitativa	Nominal
20	Enfermedad mental padre	Cualitativa	Nominal
21	Enfermedad mental madre	Cualitativa	Nominal
	PERSONALES SEXUALES		
22	Tener pareja	Cualitativa	Nominal
23	Tener relaciones sexuales	Cualitativa	Nominal
24	Tener más de 1 pareja sexual vida	Cualitativa	Nominal
25	Tener más de 1 pareja sexual año	Cualitativa	Nominal
26	Uso condón	Cualitativa	Nominal
27	Edad 1° relación sexual	Cuantitativa	Discreta
28	Compañero 1° relación sexual	Cualitativa	Nominal
29	Uso condón 1° relación sexual	Cualitativa	Nominal
30	Efecto sustancias 1° relación sexual	Cualitativa	Nominal
31	Relaciones sexuales último año	Cualitativa	Nominal
32	Uso condón último año	Cualitativa	Nominal
33	Uso métodos anticonceptivos último año	Cualitativa	Nominal
34	Número personas relaciones sexuales vida	Cuantitativa	Discreta
35	Número personas relaciones sexuales año	Cuantitativa	Discreta
36	Presencia de embarazo actualmente	Cualitativa	Nominal
37	Número de embarazos	Cuantitativa	Discreta
38	Presencia síntomas genitales	Cualitativa	Nominal
39	Presencia síntomas genitales último año	Cualitativa	Nominal
	PERSONALES CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		

	VARIABLES	TIPO	ORDEN
40	Consumo sustancias psicoactivas adolescente	Cualitativa	Nominal
	FAMILIARES CONSUMO SUSTANCIAS		
41	Consumo actual sustancias psicoactivas padre	Cualitativa	Nominal
42	Consumo pasado sustancias psicoactivas padre	Cualitativa	Nominal
43	Consumo actual sustancias psicoactivas madre	Cualitativa	Nominal
44	Consumo pasado sustancias psicoactivas madre	Cualitativa	Nominal
45	Consumo otro miembro familia sust. psicoactivas	Cualitativa	Nominal
46	Miembro que consume sustancias psicoactivas	Cualitativa	Nominal

4.4 Recolección de la Información

Para establecer las condiciones, evaluar y ajustar el instrumento de recolección de información, se realizó una prueba piloto con un grupo de 21 estudiantes de secundaria que se encontraban matriculados desde 6° hasta 11° grado escolar y que residían en el área metropolitana de Bucaramanga, más no exactamente en ella. Estos estudiantes fueron seleccionados por conveniencia y se solicitó consentimiento informado a los padres para su participación en esta fase del estudio (Anexo 2). Los encuestadores que realizaron las encuestas, participaron en esta fase del estudio con el fin de asegurar la confiabilidad tanto en el manejo del instrumento como en su diligenciamiento.

Posterior a la realización de la prueba piloto se realizó el ajuste del instrumento de recolección de información, teniendo en consideración las dificultades u observaciones definidas en la prueba. Se pretendió contar al final de esta fase con un instrumento de recolección de información de fácil aplicación e interpretación.

Se realizó una programación para ejecutar las entrevistas, para lo cual se informó a cada colegio con una semana de anticipación la fecha, hora y el nombre de los adolescentes que serían encuestados y el nombre del encuestador que asistiría al colegio. Se contó con la participación y colaboración activa de los colegios, permitiendo estos un espacio en el cual se pudieron desarrollar las entrevistas sin interrupciones.

A cada adolescente seleccionado se le informó sobre las características del estudio y se le invitó a participar. Se contactó al padre o la madre del sujeto de investigación con el fin de solicitarle el diligenciamiento del consentimiento informado de participación del adolescente en el estudio.

Los datos obtenidos se almacenaron en una base de datos diseñada en el programa Excel®. Se realizó una doble digitación de los formularios en dos bases

de datos independientes, comparándose posteriormente la concordancia entre sí, con el fin de detectar errores de digitación o datos faltantes.

Los encuestadores fueron estudiantes de psicología de 8º, 9º y 10º semestre, quienes recibieron entrenamiento durante un día y acompañamiento durante una semana, haciéndose énfasis en los siguientes temas: tipos de encuesta, muestreo, uso del cuestionario y consentimiento informado

Posteriormente, se les notificó acerca de los colegios, cuantos y cuales alumnos a encuestar por colegio y por grado, la necesidad de la veracidad acerca de la información recolectada, la confidencialidad en la información y el diligenciamiento del consentimiento informado.

5. Plan de análisis

Se realizaron estadísticas descriptivas de la población de estudio, utilizándose medidas de tendencia central y de frecuencia para caracterizar a los grupos de sujetos incluidos finalmente en el estudio. Las variables que se encuentran en el presente trabajo, son de interdependencia y en esa orientación, lo que se pretende es establecer si las variables están relacionadas y como lo están (43).

Para establecer asociación entre variables predictoras (factores de riesgo) con la variable de desenlace *conducta de riesgo*, definida esta como una variable dicotómica, se realizó un análisis de regresión logística. Se incluyeron en el modelo solo aquellas variables que habían mostrado asociación con el desenlace, al realizar el análisis bivariado ($p < 0,3$). Se tuvo en consideración que el número máximo de variables predictoras que ingresaran al modelo fuera de 15, con el fin que se adecuara a las recomendaciones de incluir una variable predictora por cada 20 observaciones.

Los procedimientos estadísticos descriptivos y el análisis de regresión logística se realizó con el paquete estadístico STATA® en su décima versión.

6. Aspectos éticos

La realización del presente trabajo se adecua a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y del Ministerio de Protección Social de Colombia (Resolución 8430/93).

Los procedimientos de la investigación fueron efectuados por personas calificadas y competentes. Ninguna de las personas que participó fue sometida a intervenciones experimentales.

En todo momento de la investigación se tomaron las medidas necesarias para respetar la privacidad de los sujetos. Se espera que el conocimiento ganado mediante la presente investigación beneficie a las instituciones encargadas de diseñar y conducir estrategias para la disminución en la frecuencia e impacto, que las conductas de riesgo pueden tener en nuestra población adolescente.

Quienes participaron en el presente trabajo en condición de sujetos de investigación, lo hicieron de manera voluntaria. Para que un sujeto fuera incluido en el estudio fue necesario que el representante legal de la institución educativa diera el consentimiento informado por escrito (Anexo No 2), previa información sobre las características de la investigación y su alcance.

La información recogida en esta investigación es confidencial, hecho que se le informó a los sujetos y sus acudientes. Los resultados serán publicados en revistas de índole académica y científica, preservando la exactitud de los mismos y haciendo referencia a datos globales y no a sujetos particulares.

La realización del presente trabajo no conlleva riesgo alguno para la salud y la integridad de las personas que en él participaron en calidad de investigados.

7. Resultados

7.1 Características socio demográficas

El presente estudio se realizó en los colegios públicos y privados de la ciudad de Bucaramanga y aquellos de la ciudad de Floridablanca (aledaña a la ciudad de Bucaramanga y parte de su Área Metropolitana). Según el dato de la Secretaría de Educación de Bucaramanga, existen en la ciudad 78 colegios privados y 41 colegios oficiales. La recolección de la muestra se realizó en 17 colegios oficiales (total de la muestra seleccionada) y 18 colegios privados (El total de la muestra fue de 26 colegios de los cuales 8 no quisieron participar en el estudio), lográndose realizar 347 encuestas ($n= 347$) de un total de 350 que se había calculado en muestra. La recolección de la información se realizó entre septiembre y noviembre de 2007.

De los 347 sujetos entrevistados, 209 estudiantes pertenecían a colegios públicos (60.4%) y 138 estudiantes a colegios privados (39.6%). Del total de los estudiantes 164 pertenecen al género masculino (47.2%) y 183 estudiantes pertenecen al género femenino (52.7%). La edad se distribuye entre los 10 y los 21 años, encontrándose entre los 14 y los 15 años la mayor proporción, para un total de 135 estudiantes (38.9%). La edad promedio de los estudiantes encuestados fue de 14.5 años, con una mediana de 15 años y la moda de 14 años.

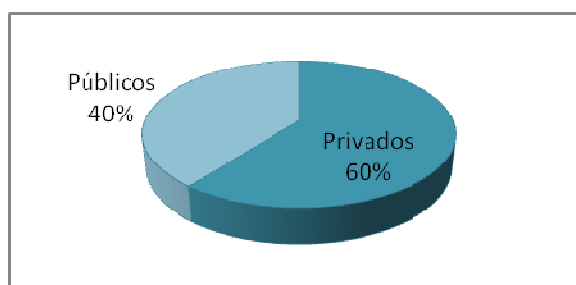


Figura 1. Porcentaje de estudiantes según tipo de institución. Bucaramanga. 2007

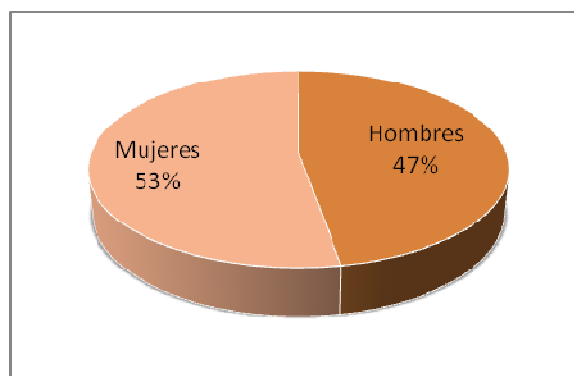


Figura 2. Porcentaje de estudiantes según sexo. Bucaramanga. 2007

Tabla 2. Distribución de la edad de los estudiantes encuestados. Bucaramanga. 2007

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10	1	0.29
11	10	2.88
12	34	9.8
13	56	16.14
14	71	20.46
15	64	18.44
16	58	16.71
17	37	10.66
18	12	3.46
19	2	0.58
20	1	0.29
21	1	0.29
TOTAL	347	100

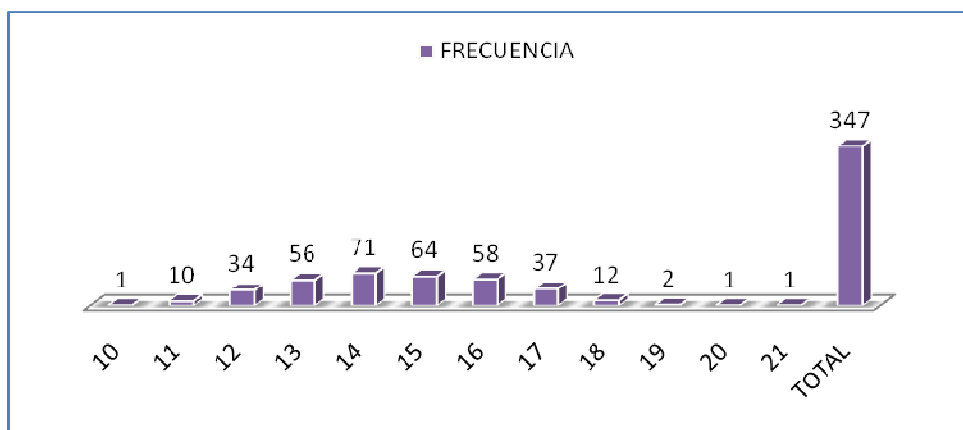


Figura 3. Distribución de los estudiantes encuestados según edad. Bucaramanga. 2007

Con relación al grado que se encontraban cursando, el promedio (71 estudiantes, 20.4%) se encontraban en 8° y en la agrupación el mayor número de estudiantes pertenecen a los grados de 8° y 9° para un total de 141 estudiantes (40.6%). La mediana fue 10° grado y la moda 8°.

Tabla 3. Distribución de los estudiantes encuestados según grado escolar. Bucaramanga. 2007

Grado escolar	Frecuencia	Porcentaje
6°	46	13.3
7°	58	16.7
8°	71	20.4
9°	70	20.2
10°	49	14.2
11°	50	14.4
NR	3	0.8
Total	347	100.0

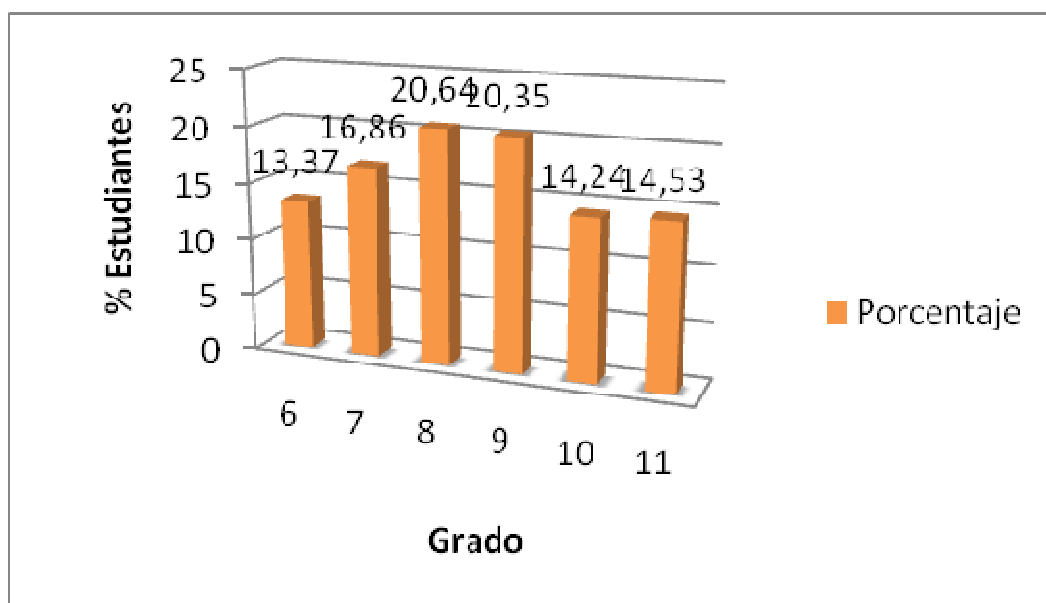


Figura 4. Distribución de los estudiantes encuestados según grado escolar. Bucaramanga. 2007

7.2 Características socioeconómicas

En cuanto al estrato socioeconómico el estrato donde se localiza la mayor proporción de estudiantes son el 2 y 3 con un total de 187 individuos (55.0%), contando con el mayor número de sujetos el estrato 3 con 97 sujetos (28.5%). El promedio de los estudiantes pertenecían al estrato 3 y la mediana se situó en el estrato 2.

Con relación al número de personas con las que los estudiantes viven, se encuentra una gran dispersión en los datos, encontrándose la mayor proporción en el grupo que vive con 4 personas para un total de 93 estudiantes (26.8%). El promedio vive con 4.7 personas, siendo la media de 7 y la moda de 4.

Tabla 4. Distribución de estudiantes según el número de personas con las que vive. Bucaramanga. 2007

N° personas	Frecuencia	Porcentaje
1	8	2.4
2	27	7.8
3	53	15.2
4	93	26.8
5	60	17.2
6	40	11.5
7	17	4.9
8	8	2.4
9	8	2.4
10	11	3.1
11	3	0.8
12	2	0.6
15	1	0.3
17	2	0.6
19	1	0.3
23	1	0.3
NR	12	3.4
Total	347	100.0

En lo referente al número de habitaciones que tienen las casas en las que viven los estudiantes, la mayoría vive en casas que cuentan con 3 habitaciones: 126 estudiantes (36.3%). El promedio de las casas cuentan con 3.6 habitaciones, la media fue de 4 y la moda de 3.

Tabla 5. Distribución de estudiantes según el número habitaciones de las viviendas. Bucaramanga. 2007

N° habitaciones	Frecuencia	Porcentaje
1	10	2.8
2	58	16.7
3	126	36.3
4	83	23.9
5	33	9.5
6	11	3.2
7	8	2.4
8	9	2.6
10	2	0.6
13	1	0.3
NR	6	1.7
Total	347	100.0

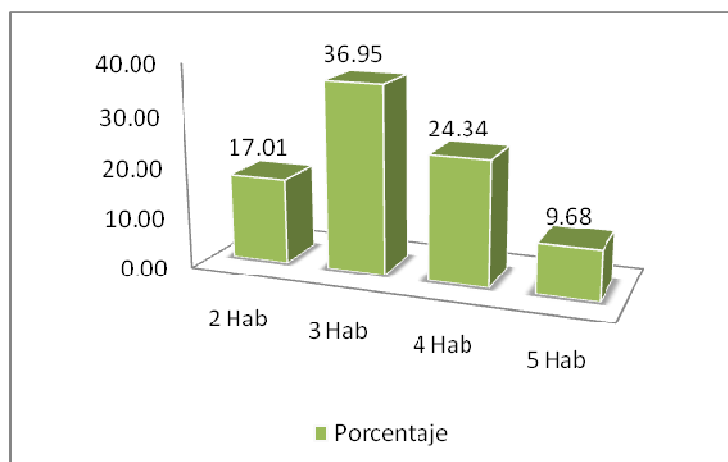


Figura 5. Distribución de los estudiantes encuestados según el número de habitaciones de sus viviendas. Bucaramanga. 2007.

Del total de estudiantes, solo 43 trabajan (12.3%), de estos, la mayor proporción trabajan 4 horas diarias; 10 estudiantes (25.0%), el promedio de horas trabajadas es de 5.2 horas diarias; la mediana fue de 5 y la moda es 4.

Tabla 6. Distribución de estudiantes que trabajan según de horas de trabajo al día. Bucaramanga. 2007.

N° horas trabajo día	Frecuencia	Porcentaje
1	1	2.3
2	4	9.3
3	3	7.0
4	10	23.2
4.5	1	2.3
5	7	16.3
6	5	11.7
7	3	7.0
8	2	4.7
10	1	2.3
12	3	7.0
NR	3	6.9
Total	43	100.0

Igualmente del grupo de estudiantes que trabajan, 7 dicen que lo hacen para sostenimiento propio (67.5%), 7 para sostenimiento de su familia y 2 para el sostenimiento de otras personas.

Con relación a la pertenencia a un grupo, 282 estudiantes contestaron a este interrogante; 95 estudiantes (27.4%) no pertenecen a ningún grupo y el grupo con mayor número de sujetos incluidos es el de amigos con 86 estudiantes (24.7%). En promedio, los estudiantes hacían parte de un grupo, la mediana fue 1 y la moda 1.

Tabla 7. Distribución de estudiantes según grupo en el que participan. Bucaramanga. 2007.

Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	95	27.4
De amigos	86	24.7
Deportivo	41	11.8
De estudio	32	9.2
Religioso	16	4.6
Artístico	7	2.0
Político	1	0.4
Otro	4	1.2
NR	65	18.7
Total	347	100.0

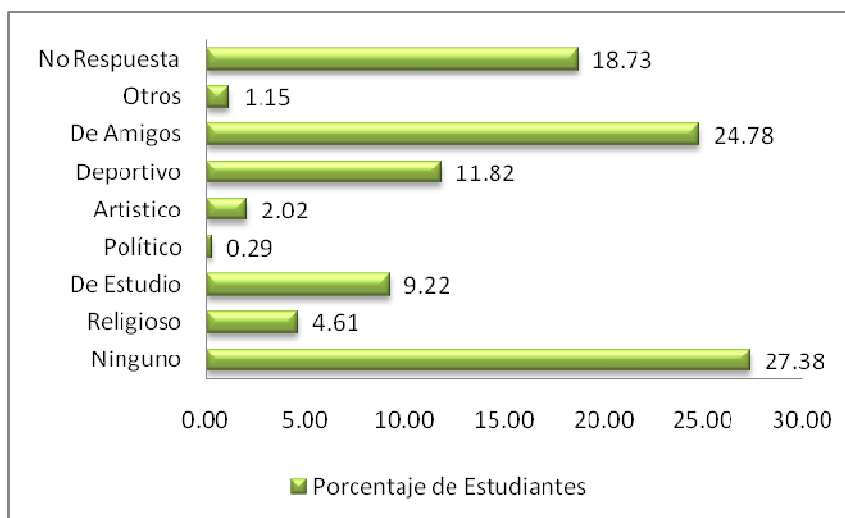


Figura 6. Distribución de estudiantes según el grupo al que pertenecen. Bucaramanga. 2007.

7.3 Características familiares

En lo referente a la escolaridad del padre, el mayor porcentaje se encuentran en el rango de secundaria correspondiendo a 98 personas (28.5%). En lo relacionado con la escolaridad de la madre, la mayor condición se sitúa en el rango de secundaria con 122 personas (35.6%).

En el ítem de compañeros con quien vive, el mayor rango se encuentra en el grupo de 3 personas con un total de 114 respuestas (32.8%).

En cuanto a la convivencia con los padres, 187 estudiantes (53.8%) informan que sus padres viven juntos, siendo la opción mas frecuente de las establecidas. Le sigue el padre no vive con el entrevistado para 110 respuestas y en menor frecuencia la madre está muerta con una sola respuesta.

En lo referente a la percepción que el entrevistado tiene de la relación que sostienen sus padres (relación de pareja), 107 contestaron que eran buenas (30.8%) y en el acumulado de relaciones excelentes y buenas 194 contestaron en estos dos tópicos (56.0%).

Tabla 8. Distribución de los estudiantes según la percepción que tienen de la relación de sus padres. Bucaramanga 2007

Relación de pareja de los padres	Frecuencia	Porcentaje
Excelentes	87	25.0
Buenas	107	30.8
Regulares	76	22.0
Malas	26	7.5
No aplica	49	14.1
NR	2	0.6
Total	347	100.0

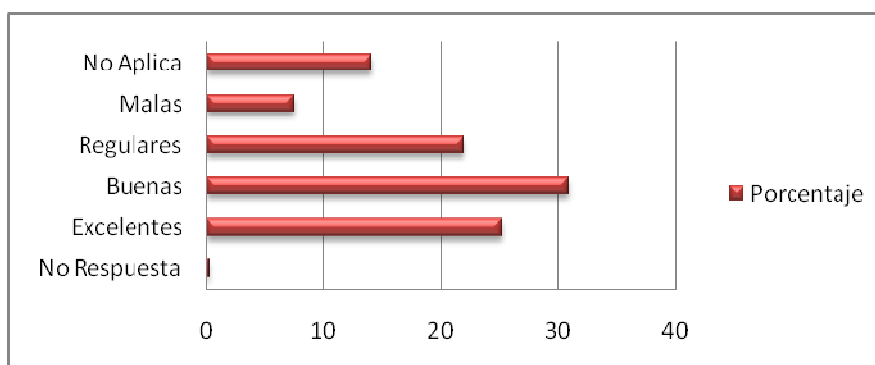


Figura 7. Distribución de los estudiantes según la percepción que tienen de la relación de sus padres. Bucaramanga. 2007.

De igual forma se indagó acerca de la condición de las relaciones que sostenía el entrevistado con el padre, la madre y los hermanos, obteniéndose los siguientes resultados: La relación del entrevistado con sus hermanos mantuvo la misma dinámica de la anterior, encontrándose que el mayor nivel de respuestas se encontró en buenas con 137 (39.6%) y el mayor acumulado se localizó en el dúo excelentes – buenas para 248 respuestas (71.6%).

En lo concerniente al tipo de relación que sostiene el adolescente con el padre, se mantuvo igual dinámica a la encontrada en los dos anteriores cuestionamientos pero en este caso el mayor nivel fue para la respuesta excelente con 125 resultados (36.7%). En el acumulado de excelentes – buenas se alcanzó un total de 242 (71.1%).

En lo referente a la relación del entrevistado con la madre, la mayor cantidad de respuestas se obtuvo en excelentes con 204 (59.3%); en el acumulado, los dos ítems mayormente contestados fueron excelentes y buenas con 309 respuestas (89.8%).

En relación con la violencia intrafamiliar experimentada por el estudiantes durante la vida, la respuesta de mayor proporción fue ninguna de las anteriores con 209 respuestas (64.1%); le siguen en orden de frecuencia gritos con 88 respuestas (25.3%).

Tabla 9. Distribución de los estudiantes según el tipo de violencia presentada durante la vida. Bucaramanga. 2007.

Tipo de actos violentos	SI		NO		Total
	N°	%	N°	%	
Gritos	88	25.3	259	74.7	347
Golpes	15	4.3	332	95.7	347
Humillaciones	13	3.7	334	96.3	347

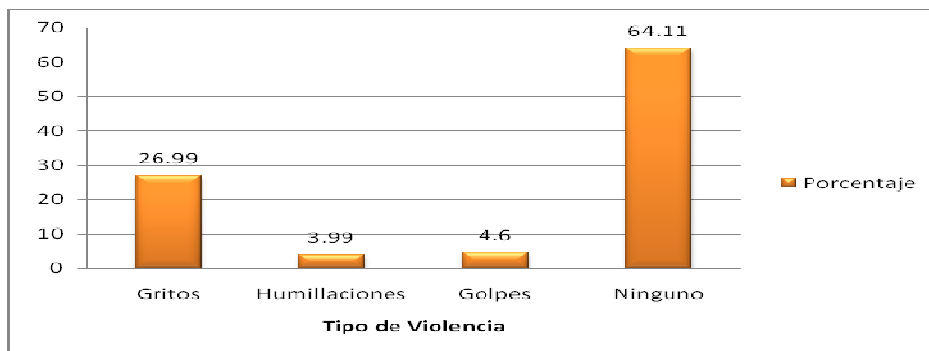


Figura 8. Porcentaje de estudiantes según el tipo de violencia durante la vida. Bucaramanga. 2007.

Para la violencia de año, nuevamente la respuesta con mayores resultados fue ninguna de las anteriores para 214 estudiantes (61.6%); le sigue nuevamente gritos para 94 de ellos (27.0%).

Tabla 10. Distribución de los estudiantes según el tipo de violencia presentada durante el último año. Bucaramanga. 2007.

Tipo de actos violentos en el último año	SI		NO		Total
	N°	%	N°	%	
Gritos	94	27.0	253	73.0	347
Humillaciones	14	4.0	333	96.0	347
Golpes	4	1.1	343	98.9	347
Ninguno	214	61.6	133	38.4	347
No respuesta	20	5.7	327	94.3	347

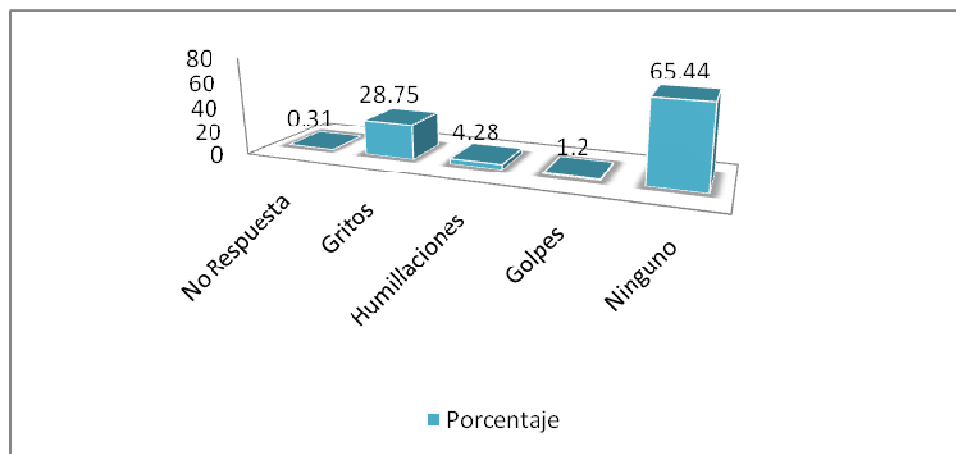


Figura 9. Porcentaje de estudiantes según el tipo de violencia presentada durante el último año. Bucaramanga. 2007.

Otro de los ítems evaluados en este estudio fue el relacionado con la presencia de enfermedad mental del padre y de la madre, encontrándose los siguientes hallazgos: con relación a la presencia de enfermedad mental en los padres o madres, 329 (98.5%) estudiantes encuestados respondieron que su padre no presentaba enfermedad mental; de igual forma se indagó acerca de si las madres presentaban enfermedad mental; para este tópico, 338 de los estudiantes encuestados contestaron que su madre no presentaba enfermedad mental (99.1%).

7.4 Comportamientos sexuales de los adolescentes

Otro de los tópicos que se investigaron en este estudio, tiene relación con los comportamientos sexuales de los adolescentes. El primero de ellos, fue el relacionado con el hecho de si los adolescentes tenían pareja; 233 estudiantes contestaron que no tenían pareja (67.5%).

Se indagó si los adolescentes tienen relaciones sexuales, encontrándose que 295 (85.0%) contestaron que no. Esta pregunta hace relación con el momento en que se realiza la encuesta; lo cual no quiere decir que en el pasado no hayan tenido relaciones sexuales.

Tabla 11. Distribución de estudiantes según la condición de tener o no relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007.

Relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
SI	52	15.0
NO	295	85.0
Total	347	100.0

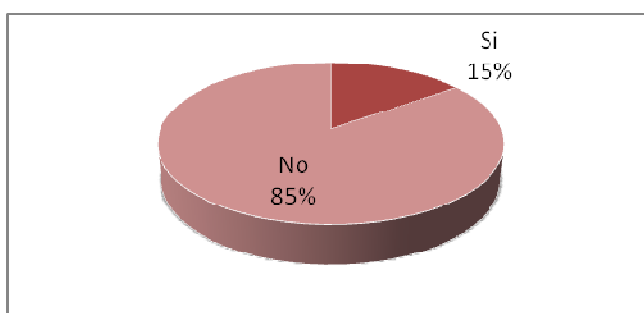


Figura 10. Porcentaje de estudiantes según la condición de tener o no relaciones sexuales. Bucaramanga 2007.

Se preguntó si los estudiantes al momento de la encuesta contaban con más de una pareja sexual; 326 (96.4%) de 338 que respondieron contestaron que no.

Con relación al uso siempre del condón, 243 (70.2%) adolescentes no respondieron la pregunta; de los que contestaron, 73 de los 346 (21.1%) contestaron que siempre. Del total que dijo que si, el 53.5% son hombres.

La edad mínima en la que tuvieron relaciones sexuales es de 6 años y la máxima de 18. La edad con mayor frecuencia de inicio de relaciones sexuales fue 14 años con 22 respuestas (6.3%); le siguen en frecuencia 15 años para 19 estudiantes

(5.5%) y 16 años con 16 (4.6%). El grupo que congrega el mayor número de estudiantes con inicio de actividad sexual es el comprendido entre 12 y 16 años con 85 estudiantes (24.5%). La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 13.8 años. La moda fue 15 años y la mediana 13 años.

Tabla 12. Distribución de los estudiantes según la edad de la primera relación sexual. Bucaramanga. 2007.

Edad primera relación sexual	Frecuencia	Porcentaje
6	1	0.3
8	1	0.3
10	3	0.9
11	4	1.1
12	14	4.0
13	14	4.0
14	22	6.3
15	19	5.5
16	16	4.6
17	3	0.9
18	1	0.3
No aplica	249	71.8
Total	347	100.0

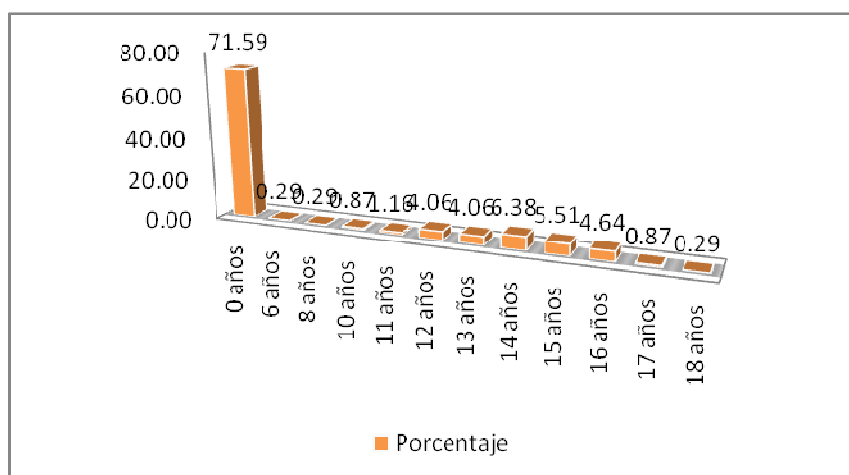


Figura 11. Porcentaje de los estudiantes según la edad de la primera relación sexual. Bucaramanga. 2007.

Con relación al compañero de la primera relación sexual, 247 no contestaron (71.5%); de los que respondieron, el mayor número contestó que el novio (a) con 68 respuestas (19.6%). La unión novio (a) – amigo (a) suma el más alto nivel con 92 respuestas (26.5%).

Tabla 13. Distribución de los estudiantes según el compañero de la primera relación sexual. Bucaramanga. 2007.

Compañero primera relación sexual	Frecuencia	Porcentaje
Novio(a)	68	19.6
Amigo(a)	24	6.9
Desconocido	2	0.6
Primo(a)	2	0.6
Otra persona	3	0.8
No contestaron	248	71.5
Total	347	100.0

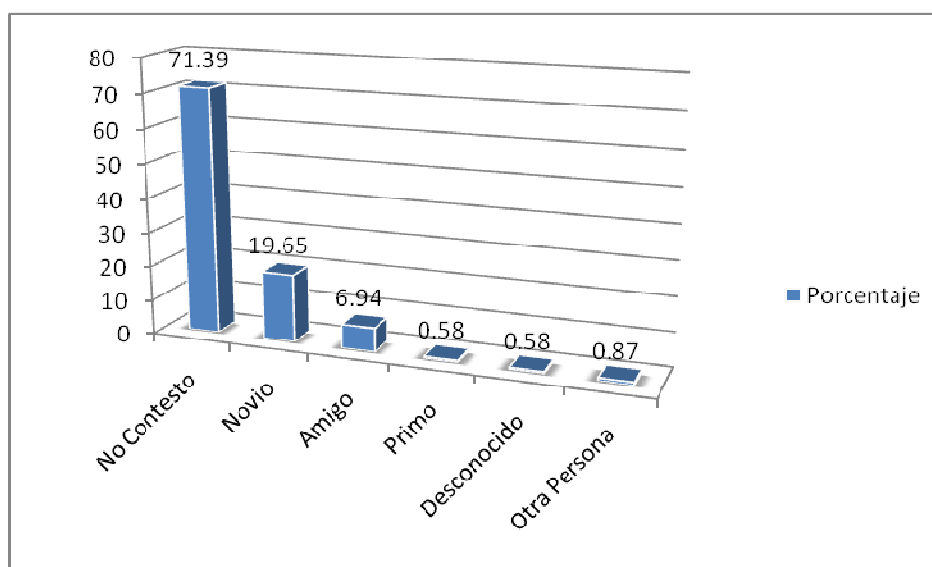


Figura 12. Porcentaje de los estudiantes según el compañero de la primera relación sexual. Bucaramanga. 2007

Con relación al uso de condón en la primera relación sexual, 58 (59.1%) contestaron haberlo usado. Igualmente se indagó si la primera relación sexual había estado influenciada por alguna sustancia psicoactiva, del total de los entrevistados 6 (1.7%) respondieron que bajo el efecto del alcohol y 1 (0.3%) contestó que bajo el efecto de éxtasis.

Se interrogó igualmente si durante el último año habían presentado relaciones sexuales a lo que 68 (19.6%) estudiantes contestaron que sí.

Tabla 14. Distribución de los estudiantes según la condición de haber tenido relaciones sexuales en el último año. Bucaramanga. 2007.

Relaciones sexuales en el último año	Frecuencia	Porcentaje
SI	68	19.6
NO	193	55.6
No respondieron	86	24.8
Total	347	100.0

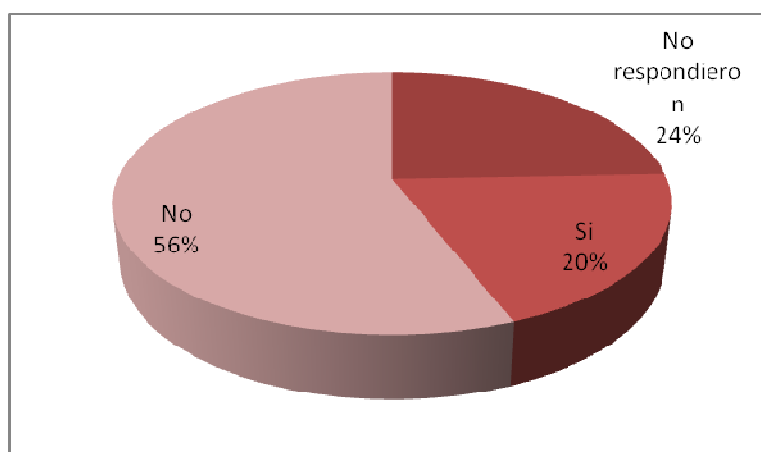


Figura 13. Porcentaje de estudiantes según la condición de haber tenido relaciones sexuales el ultimo año. Bucaramanga. 2007.

De la misma forma, frente al uso de condón en el último año, 68 (19.7%) contestaron que si habían usado.

Igualmente se preguntó acerca de los métodos anticonceptivos que utilizaban los estudiantes, encontrándose que 307 (88.5%) no respondieron la pregunta; el método más usado fue eyacular por fuera con 19 (5.5%) respuestas; le sigue el uso de pastillas en 9 estudiantes (2.5%); los demás métodos tienen una frecuencia muy baja.

Tabla 15. Distribución de estudiantes según el uso de anticonceptivos el último año. Bucaramanga. 2007.

Uso método anticonceptivo el ultimo año	Frecuencia	Porcentaje
Eyacular por fuera	19	5.5
Pastillas	9	2.5
Método del ritmo	5	1.5
Inyección	4	1.2
Píldora del día después	3	0.8
No respondió	307	88.5
Total	347	100.0

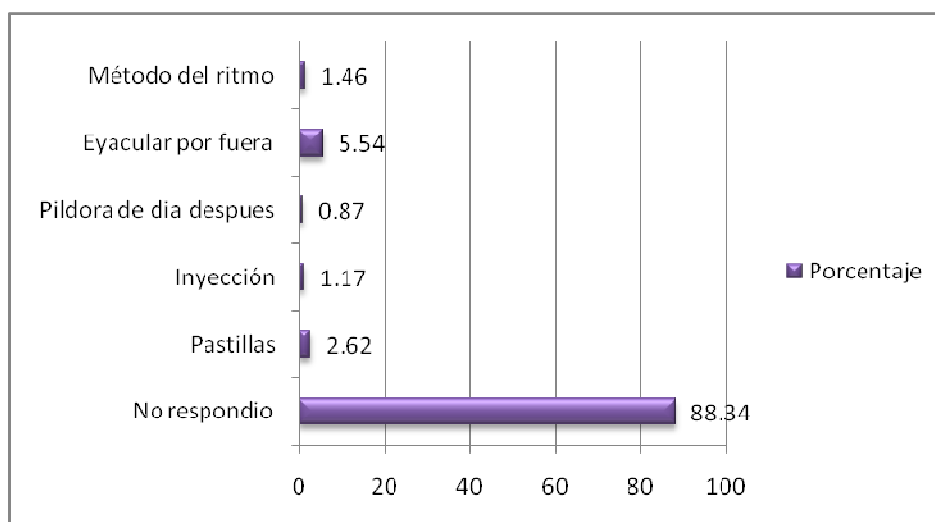


Figura 14. Porcentaje de estudiantes según el método anticonceptivo usado el último año. Bucaramanga. 2007.

Se indagó acerca del número de compañeros sexuales que han tenido los estudiantes a lo largo de su vida; 45 estudiantes (13.0%) contestaron haber tenido 1 compañero sexual; 21 (6.0%) estudiantes contestaron que 2, 10 (2.8%) estudiantes contestaron que 3 y 1 (0.3%) estudiante contestó que había tenido 14 compañeros sexuales.

Tabla 16. Distribución de los estudiantes según el número de compañeros sexuales. Bucaramanga. 2007.

Numero de compañeros sexuales	Frecuencia	Porcentaje
0	247	71.2
1	45	13.0
2	21	6.0
3	10	2.8
4	6	1.8
5	5	1.5
6	3	0.8
7	1	0.3
8	1	0.3
10	3	0.8
14	1	0.3
No respondió	4	1.2
Total	347	100.0

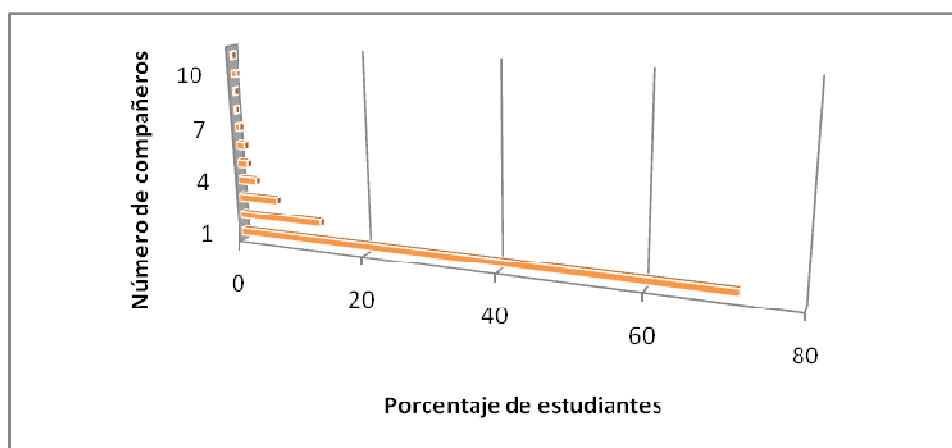


Figura 15. Distribución de los estudiantes según el número de compañeros sexuales. Bucaramanga. 2007.

De igual forma se indagó acerca del total de compañeros sexuales que tuvieron los estudiantes en el último año. En este caso, 266 respondieron que no habían tenido relaciones sexuales. 56 estudiantes respondieron que 1 (16.2%); 15 estudiantes respondieron que 2 compañeros (4.3%) y solo 1 respondió que 10 compañeros sexuales (0.3%).

Tabla 17. Distribución de los estudiantes según el numero de compañeros sexuales el ultimo año. Bucaramanga. 2007.

Numero de compañeros sexuales en el último año	Frecuencia	Porcentaje
0	266	76.7
1	56	16.2
2	15	4.3
3	5	1.4
7	1	0.3
10	1	0.3
No respondió	3	0.8
Total	347	100.0

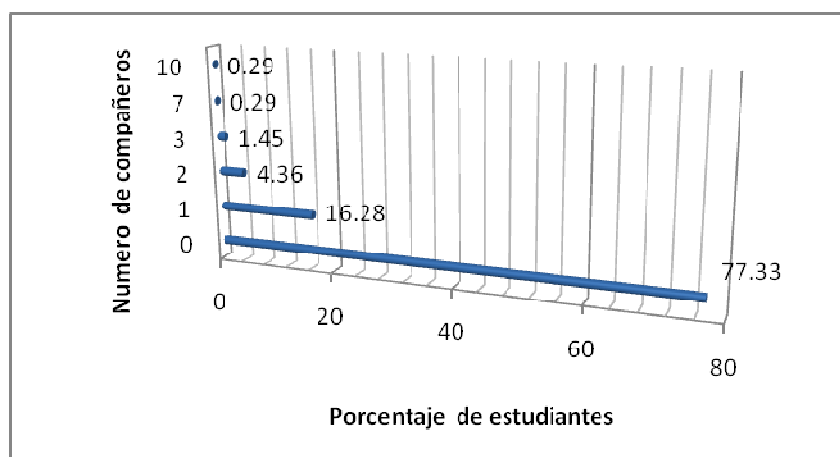


Figura 16. Porcentaje de los estudiantes según el número de compañeros sexuales en el último año. Bucaramanga. 2007.

Al cuestionamiento si durante el último año había tenido relaciones sexuales bajo la influencia de alguna sustancia psicoactiva, 337 (97.2%) no contestaron; 9 (2.5%) estudiantes contestaron que bajo el influjo del alcohol y solo 1 (0.3%) contestó que bajo otra sustancia.

Tabla 18. Distribución de estudiantes que han tenido relación sexual bajo efecto de alguna sustancia psicoactiva. Bucaramanga. 2007.

N° sustancias psicoactivas	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna o no aplica	337	97.2
1	9	2.5
5	1	0.3
Total	347	100.0

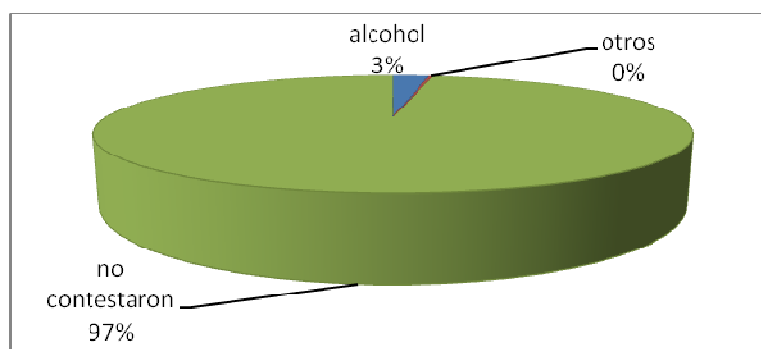


Figura 17. Porcentaje de estudiantes que han tenido relaciones sexuales bajo efecto de sustancias psicoactivas. Bucaramanga. 2007.

Todas las mujeres encuestadas contestaron no encontrarse embarazadas y de igual manera no haber presentado ningún embarazo.

Acerca de los síntomas que sugieran infecciones en los genitales en el último año, 318 (91.6%) no contestaron; 22 (6.3%) refirieron haber presentado dolor o ardor para el orinar; 6 estudiantes (1.8%) presentaron picazón en los genitales.

Tabla 19. Distribución de estudiantes según los síntomas que sugieran infecciones genitales durante la vida. Bucaramanga. 2007.

Síntomas de infecciones genitales durante la vida	Frecuencia	Porcentaje
Ardor al orinar	22	6.3
Picazón genitales	6	1.8
Salida de pus por los genitales	1	0.3
No contesto	318	91.6
Total	347	100.0

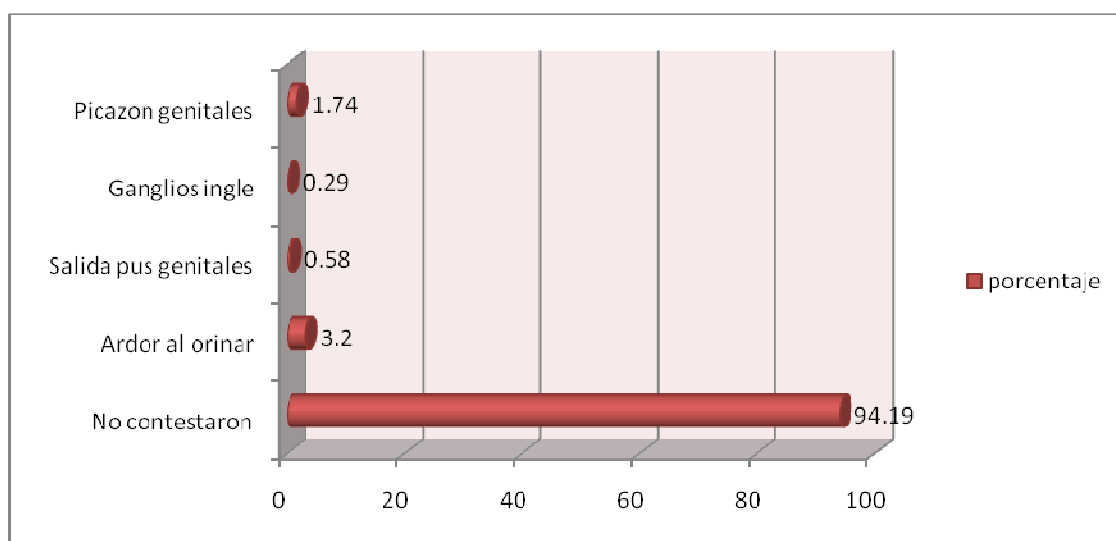


Figura 18. Porcentaje de estudiantes según los síntomas que sugieren infecciones presentadas durante la vida. Bucaramanga. 2007.

7.5 Consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, padres y familiares.

7.5.1 Consumo por parte de los adolescentes

En este aspecto se realizó una pesquisa acerca del consumo de los entrevistados, sus padres y familiares acerca de 10 sustancias psicoactivas: cigarrillo, alcohol, tranquilizantes, marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, inhalantes, hongos y heroína. Inicialmente se hace referencia al consumo por parte de los estudiantes de las mencionadas 10 sustancias psicoactivas.

Tabla 20. Frecuencia de consumo de drogas legales por parte de adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007

Droga	Cigarrillo		Alcohol		Tranquilizantes	
	N	%	N	%	N	%
Nunca	195	59.45	115	34.53	291	94.79
Alguna vez en la vida	65	19.82	95	28.53	14	4.56
Menos 4 veces al año	19	5.79	36	10.81	0	0
Entre 4 y 12 veces año	10	3.05	3	9.91	0	0
Entre 1 y 3 veces mes	15	4.57	26	7.81	1	0.33
Una vez por semana	7	2.13	20	6.01	0	0
Varios días / semana	10	3.05	6	1.8	0	0
Todos los días	7	2.13	2	0.6	1	0.33
Total	328	100.0	333	100.0	307	100.0

Cigarrillo: a este ítem contestaron 328 estudiantes. 195 (59.4%) contestaron no haber consumido tabaco; 65 (19.8%) contestaron alguna vez en la vida, 15 (4.7%) contestaron haber consumido entre 1 y 3 veces en el mes.

El 28.5% de los estudiantes ya han tomado licor alguna vez en la vida y alrededor de otro 30.0% varias veces al año o al mes. 14 estudiantes han tomado tranquilizantes alguna vez en la vida y solo 1 entre 1 y 3 veces al mes.

Tabla 21. Frecuencia de consumo de drogas ilegales por parte de adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007

Droga	Marihuana		Cocaína		Éxtasis		Inhalantes		Hongos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca	291	94.17	303	98.70	304	98.70	304	99.02	305	99.35
Alguna vez en la vida	14	4.53	3	0.98	2	0.65	1	0.33	2	0.65
Menos 4 veces al año	1	0.32	0	0	1	0.32	1	0.33	0	0
Entre 4 y 12 veces año	1	0.32	1	0.33	0	0	0	0	0	0
Entre 1 y 3 veces mes	2	0.65	0	0	1	0.32	0	0	0	0
Una vez por semana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Varios días / semana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Todos los días	0	0	0	0	0	0	1	0.33	0	0
Total	309	100.0	307	100.0	310	100.0	307	100.0	0	0

De las drogas ilegales la de mayor consumo entre los estudiantes, según su propio reporte, es la marihuana, donde el 5.8% de los estudiantes que respondieron la pregunta dicen que la han consumido entre alguna vez en la vida y 1 y 3 veces al mes, 4 de ellos lo hacen, mínimo 4 veces al año.

3 estudiantes han consumido alguna vez en la vida cocaína, 2 éxtasis, 1 inhalantes, y 2 hongos; y en un nivel más avanzado de consumo, hay 5 estudiantes, donde 1 ha consumido varias veces al año Cocaína, 2 éxtasis y 2 inhalantes.

7.5.2 Consumo por parte del padre

Con relación al consumo de sustancias psicoactivas en los padres, se interrogó por separado (padre y madre) dos momentos en el tiempo: presente y cuando el interrogado era niño; se escudriñó acerca de las mismas sustancias que se interrogaron en los adolescentes. A continuación se realizará una descripción de los resultados obtenidos.

Tabla 22. Frecuencia de consumo actual de drogas legales por parte del padre de los adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007

Droga	Cigarrillo		Alcohol		Tranquilizantes	
	N	%	N	%	N	%
Nada	214	66.25	99	30.37	274	88.39
Poco	50	15.48	169	51.84	4	1.29
Mucho	36	11.15	40	12.27	0	0
No se	23	7.12	18	5.52	32	10.32
Total	323	100	326	100	310	100

Con relación a la frecuencia del uso alto de drogas legales por parte del padre 36 contestaron que su padre usa muchas veces cigarrillo y 40 alcohol; en el bajo uso de estas drogas legales 50 contestó que cigarrillo, 169 alcohol y 4 tranquilizantes.

Tabla 23. Frecuencia de consumo actual de drogas ilegales por parte del padre de los adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007

Droga	Marihuana		Cocaína		Bazuco		Éxtasis		Inhalantes		Hongos		Heroína	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada	281	90.06	283	91	284	91.03	283	91	281	90.35	282	90.68	283	91
Mucho	2	0.64	0	0	2	0.64	0	0	0	0	0	0	0	0
No se	29	9.29	28	9	26	8.33	28	9	30	9.65	29	9.32	28	9
Total	312	100	311	100	312	100	311	100	311	100	311	100	311	100

Referente a las drogas ilegales en el alto consumo se presentó que para marihuana y bazuco hubo 2 respuestas y no hubo ninguna respuesta de bajo uso.

Tabla 24. Frecuencia de consumo de drogas legales por parte del padre, cuando el adolescente era niño. Bucaramanga. 2007

Droga	Cigarrillo		Alcohol		Tranquilizantes	
	N	%	N	%	N	%
Nada	166	51.08	110	33.74	252	81.03
Poco	60	18.46	105	32.21	7	2.25
Mucho	27	8.31	44	13.5	1	0.32
No se	72	22.15	67	20.55	51	16.4
Total	325	100	326	100	311	100

Cuando el estudiante era niño se presentaron las siguientes respuestas en el alto consumo para drogas legales: 27 estudiantes contestaron para cigarrillo, 44 para alcohol, 1 para tranquilizantes; en referencia a las drogas ilegales, 1 contestó para cocaína y 1 para bazuco.

En el bajo consumo de las drogas legales 60 respondieron para cigarrillo, 105 para alcohol, 7 para tranquilizantes y para las drogas ilegales 4 para marihuana, 2 para cocaína, 2 para bazuco y 1 para inhalantes y heroína.

Tabla 25. Frecuencia de consumo de drogas ilegales por parte del padre cuando los adolescentes escolarizados eran niños. Bucaramanga. 2007

Droga	Marihuana		Cocaína		Bazuco		Éxtasis		Inhalantes		Hongos		Heroína	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada	258	83.23	261	84.19	260	83.87	259	83.55	259	83.55	260	83.87	259	83.55
Poco	4	1.29	2	0.65	2	0.65	0	0	1	0.32	0	0	1	0.32
Mucho	0	0	1	0.32	1	0.32	0	0	0	0	0	0	0	0
No se	48	15.48	46	14.84	47	15.16	51	16.45	50	16.13	50	16.13	50	16.13
Total	310	100	310	100	310	100	310	100	310	100	310	100	310	100

7.5.3 Consumo por parte de la madre

Para el momento de la encuesta frente al uso de sustancias psicoactivas por parte de la madre las respuestas fueron para drogas legales; en el alto consumo se presentaron 18 respuestas para cigarrillo, 5 para alcohol y 1 para tranquilizantes. En el bajo consumo se encontró que 33 respondieron para cigarrillo, 116 para alcohol y 6 para tranquilizantes.

Tabla 26. Frecuencia de consumo actual de drogas legales por parte de la madre de los adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007

Droga	Cigarrillo		Alcohol		Tranquilizantes	
	N	%	N	%	N	%
Nada	269	82.01	207	62.73	303	94.69
Poco	33	10.06	116	35.15	6	1.88
Mucho	18	5.49	5	1.52	1	0.31
No se	8	2.44	2	0.61	10	3.13
Total	328	100	330	100	320	100

En lo relacionado con las sustancias ilegales no se presentaron respuestas positivas en el alto y bajo uso.

Tabla 27. Frecuencia de consumo actual de drogas ilegales por parte de la madre de los adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007

Droga	Marihuana		Cocaína		Bazuco		Éxtasis		Inhalantes		Hongos		Heroína	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada	312	98.11	313	98.12	313	98.12	312	97.81	311	97.49	313	98.12	313	98.12
Poco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mucho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No se	6	1.89	6	1.88	6	1.88	7	2.19	8	2.51	6	1.88	6	1.88
Total	318	100	319	100	319	100	319	100	319	100	319	100	319	100

Para cuando los adolescentes eran niños frente al consumo de sustancias legales las respuestas fueron las siguientes: para el consumo alto 12 respondieron para cigarrillo y 4 para alcohol.

Tabla 28. Frecuencia de consumo de drogas legales por parte de la madre cuando los adolescentes eran niños. Bucaramanga. 2007

Droga	Cigarrillo		Alcohol		Tranquilizantes	
	N	%	N	%	N	%
Nada	242	72.89	204	62.58	281	87.27
Poco	37	11.15	73	22.39	7	2.17
Mucho	12	3.61	4	1.23	0	0
No se	41	12.35	45	13.8	34	10.56
Total	332	100	326	100	322	100

En el caso de las sustancias ilegales para esta época de la vida, no se presentó ninguna respuesta para el alto consumo; en el caso del bajo consumo se encontró que 1 respondió para marihuana, bazuco y hongos.

Tabla 29. Frecuencia de consumo actual de drogas ilegales por parte de la madre cuando los adolescentes eran niños. Bucaramanga. 2007

Droga	Marihuana		Cocaína		Bazuco		Éxtasis		Inhalantes		Hongos		Heroína	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada	294	91.3	295	91.61	295	91.61	295	91.61	294	91.3	297	92.24	298	92.55
Poco	1	0.31	0	0	1	0.31	0	0	0	0	1	0.31	0	0
Mucho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No se	27	8.39	27	8.39	26	8.07	27	8.37	28	8.7	24	7.45	24	7.45
Total	322	100	322	100	322	100	322	100	322	100	322	100	322	100

7.5.4 Consumo de sustancias psicoactivas por parte de otro familiar

Igualmente se interrogó acerca del consumo de sustancias psicoactivas por parte de miembros de la familia, cualquiera fuera el rango de parentesco. Se escudriñó acerca de las mismas sustancias que se interrogaron en los adolescentes. A continuación se realizará una descripción de los resultados obtenidos.

En lo referente a las sustancias legales las respuestas fueron las siguientes: en el alto consumo 113 respondieron para cigarrillo, 96 para alcohol y 4 para tranquilizantes. Para el bajo uso las respuestas fueron: 85 para cigarrillo, 136 para alcohol y 12 para tranquilizantes.

Tabla 30. Frecuencia de consumo actual de drogas legales por parte de familiares de los adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007

Droga	Cigarrillo		Alcohol		Tranquilizantes	
	N	%	N	%	N	%
Nada	102	31.19	75	23.0	241	80.8
Poco	85	25.99	136	41.0	12	4.0
Mucho	113	34.56	96	29.4	4	1.4
No se	27	8.26	22	6.6	41	13.8
Total	327	100	326	100	298	100

Para las sustancias ilegales las respuestas fueron; para le alto uso 24 respondieron para marihuana, 6 para cocaína, 8 para bazuco, 3 para éxtasis y heroína y 2 para inhalantes y hongos.

En el bajo uso de estas sustancias las respuestas fueron: 14 para marihuana, 2 para cocaína y éxtasis, 7 para bazuco, 4 para inhalantes y 1 para hongos y heroína.

Tabla 31. Frecuencia de consumo actual de drogas ilegales por parte de un familiar de los adolescentes escolarizados. Bucaramanga. 2007

Droga	Marihuana		Cocaína		Bazuco		Éxtasis		Inhalantes		Hongos		Heroína	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nada	233	75.65	253	85.19	251	83.39	255	85	253	84.62	260	86.96	260	86.67
Poco	14	4.55	2	0.67	7	2.33	2	0.67	4	1.34	1	0.33	1	0.33
Mucho	24	7.79	6	2.02	8	2.66	3	1	2	0.67	2	0.67	3	1
No se	37	12.01	36	12.12	35	11.63	40	13.33	40	13.38	36	12.04	36	12
Total	308	100	297	100	301	100	300	100	299	100	299	100	300	100

Acerca del familiar que presentaba el consumo 33 estudiantes refirieron que era el hermano, 123 que los tíos, 37 que los primos, 5 los abuelos, 2 los inquilinos y 1 un amigo.

Tabla 32. Distribución de estudiantes según familiar de adolescentes escolarizados que consume sustancias psicoactivas. Bucaramanga. 2007

Familiar que consume	Frecuencia	Porcentaje
No contestó	23	10.27
Hermanos	33	14.73
Tíos	123	54.91
Primos	37	16.52
Abuelos	5	2.23
Inquilino	2	0.89
Amigo	1	0.45
Total	224	100

7.6 Características asociadas a las conductas de riesgo para consumo de sustancias psicoactivas y comportamientos sexuales de los adolescentes.

Primero es importante resaltar que en el presente grupo de estudio frente a los desenlaces sexuales, desde el punto de vista descriptivo los resultados que se obtuvieron muestran que:

Frente a embarazo, ninguna de las estudiantes encuestadas refirió encontrarse embarazada o haberlo estado en el pasado, por lo cual frente a las situaciones sociales analizadas en el presente ninguna aboca frente a este resultado.

Con relación a los síntomas que puedan relacionarse con enfermedades de transmisión sexual, para la prevalencia de vida la ausencia de los mismos fue de 91.5% y en la prevalencia de vida 94.1, con solo un estudiante que refirió presencia de pus en los genitales, único síntoma que pueden relacionarse directamente con la presencia de una enfermedad de transmisión sexual ya que la disuria o el prurito en los genitales pueden asociarse a otro tipo de enfermedades, este hallazgo es nuevamente considerado estadísticamente no significativo.

En razón a lo anterior, se decidió revisar como los factores familiares y sociales en este estudio participan en la presencia de actividad sexual en estos adolescentes, puntualmente en lo relacionado con la edad en la que se registró la primera relación sexual. A continuación se presentan los mencionados resultados.

7.6.1 Factores relacionados con actividad sexual en los adolescentes escolarizados.

Inicialmente se estableció cuales de los factores de tipo social y familiar se encontraban presentes en los estudiantes escolarizados que mantenían relaciones sexuales. Para realizar este análisis se tomó como de base el grupo de 11 años de edad y con esta consideración se realiza la determinación.

Frente a la edad de inicio de las relaciones sexuales, haciendo una agrupación entre los 11 años y los 18 años, edades en las que los adolescentes presentan edad de inicio de relaciones sexuales, se encuentra que los grupos que presentan mayor probabilidad de presentar relaciones sexuales son los grupos de 16 a 18 años, en los que la $p < 0.05$.

Tabla 33. Edad de inicio en las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007

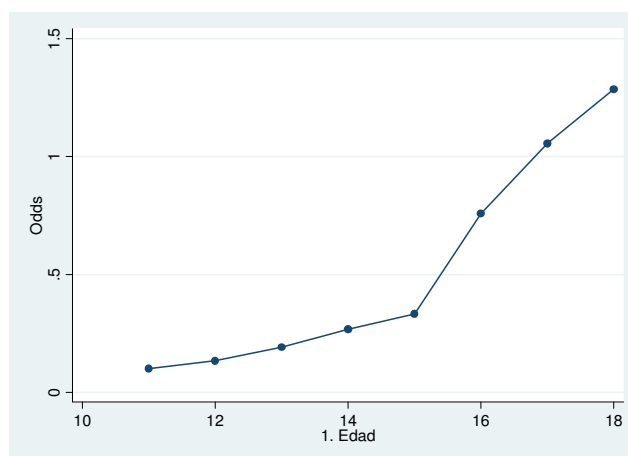
Edad	Risk Ratio	EIM		z	P> z	[95% Conf. Interval]	
		Std. Err.					
12	1.294118	1.375464	0.24	0.808	.1611637	10.39155	
13	1.767857	1.769919	0.57	0.569	.2484579	12.57887	
14	2.323944	2.278961	0.86	0.390	.3400165	15.88368	
15	2.75	2.688757	1.03	0.301	.4046575	18.68864	
16	4.741379	4.576939	1.61	0.107	.7148657	31.44742	
17	5.648649	5.461063	1.79	0.073	.849201	37.57324	
18	6.1875	6.055194	1.86	0.063	.9088972	42.12265	

A fin de establecer si los grupos son homogéneos, se realiza una determinación utilizando como base el Odds Ratio; básicamente en la determinación del Odds, encontrándose que los grupos no son homogéneos.

Edad	Odds Ratio	chi2	P>chi2	[95% Conf. Interval]	
11	1.000000
12	1.333333	0.06	0.8084	0.129362	13.742673
13	1.914894	0.35	0.5555	0.212595	17.247938
14	2.678571	0.87	0.3516	0.309568	23.176628
15	3.333333	1.34	0.2475	0.382083	29.080340
16	7.575758	4.49	0.0341	0.831042	69.060435
17	10.555556	6.10	0.0135	1.023040	108.910440
18	12.857143	5.99	0.0144	0.909337	181.787495

Test of homogeneity (equal odds): $\chi^2(7) = 34.91$ $Pr>\chi^2 = 0.0000$

Score test for trend of odds: $\chi^2(1) = 31.95$ $Pr>\chi^2 = 0.0000$



Con relación al estrato, no se muestra que haya ninguna relación entre el estrato y la presencia de actividad sexual en los adolescentes escolarizados, tomando como base el estrato 3 en el cual se presenta el mayor número de participantes en el estudio.

Tabla 34. Peso determinante del estrato social en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Estrato 0	4.615037	.8651842	8.16	0.000	3.195949	6.664238
Estrato 1	1.054348	.3405318	0.16	0.870	.5598401	1.985655
Estrato 2	1.322727	.3268801	1.13	0.258	.8149227	2.146961
Estrato 4	1.503099	.3592217	1.71	0.088	.9409385	2.401121
Estrato 5	1.469697	.7455978	0.76	0.448	.5437526	3.972412
Estrato 6	.979798	.6380238	-0.03	0.975	.2734337	3.510921

En referencia al curso que los estudiantes se encuentren adelantando, se observa que solamente encontrarse cursando el grado 11° es un factor que se asocia a la presencia de relaciones sexuales en los adolescentes escolarizados.

Tabla 35. Peso determinante del grado escolar en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Grado 7	1.057471	.4169493	0.14	0.887	.4882577	2.290277
Grado 8	1.1518	.4275449	0.38	0.703	.5564335	2.384189
Grado 9	1.460317	.5164782	1.07	0.284	.7301269	2.920762
Grado 10	1.356009	.5179295	0.80	0.425	.6414237	2.866686
Grado 11	2.862222	.9278467	3.24	0.001	1.516245	5.40303

Con relación a la pertenencia a un grupo, en el análisis se muestra que el grupo que mayor número de respuestas fue el de amigos con un total de 86 estudiantes (33.6%). Al hacer el análisis se encuentra una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en pertenecer al grupo de amigos y en el límite, al pertenecer al grupo de estudio.

Tabla 36. Peso determinante de los grupos a los que pertenece el adolescente para el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007

relsex	Risk Ratio	EIM Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Ninguno	.6223684	.1453604	-2.03	0.042	.3937684	.983681
Religioso	.1679687	.1643282	-1.82	0.068	.0246874	1.142829
De estudio	1.091797	.278986	0.34	0.731	.6616602	1.80156
Político	7.56e-08	.0002734	-0.00	0.996	0	.
Artístico	.3839286	.3594943	-1.02	0.307	.0612663	2.405909
Deportivo	.9832317	.2446223	-0.07	0.946	.6037845	1.601142
De amigos	7.56e-08	.0001367	-0.01	0.993	0	.
Otro	.5788462	.1592259	-1.99	0.047	.337613	.9924465

Acá también se realiza un análisis sobre la base del Odds ratio a fin de determinar la homogeneidad del grupo, encontrándose que estos no son homogéneos. Peso determinante de la pertenencia a un grupo

Grupo	Odds Ratio	chi2	P>chi2	[95% Conf. Interval]	
Ninguno	1.000000
Religioso	0.221212	2.36	0.1244	0.026770	1.827966
De estudio	2.270335	3.63	0.0568	0.953662	5.404874
Político	0.000000	0.30	0.5856	.	.
Artístico	0.553030	0.29	0.5896	0.062274	4.911258
Deportivo	1.914336	2.59	0.1077	0.855793	4.282204
De amigos	1.966330	4.23	0.0396	1.019953	3.790817
Otro	0.000000	1.18	0.2776	.	.

Test of homogeneity (equal odds): $\chi^2(8) = 16.31$ $Pr > \chi^2 = 0.0382$

Score test for trend of odds: $\chi^2(1) = 0.76$ $Pr > \chi^2 = 0.3835$

En referencia a la escolaridad del padre frente a la presencia de relaciones sexuales en los estudiantes, no se observa que haya una relación estadísticamente significativa frente a la presencia de las mismas.

Tabla 37. Peso determinante de la escolaridad del padre en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007

Escolaridad Padre	Por edad primera relación		Total
	0	1	
Primaria	70	25	95
Secundaria	66	32	98
Tecnológico	10	3	13
Universitario	57	21	78
Otro	4	2	6
No sé	39	14	53
Total	246	97	343

Pearson $\chi^2(5) = 1.5155$ $Pr = 0.911$

De la misma forma, se realizó el análisis para determinar la relación existente entre la escolaridad de la madre y la presencia de relaciones sexuales.

Tabla 38. Peso determinante de la escolaridad de la madre en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007

Escolaridad Madre	Por edad primera relación		Total
	0	1	
Primaria	74	27	101
Secundaria	84	38	122
Tecnológico	9	6	15
Universitario	53	20	73
Otro	5	1	6
No sé	24	5	29
Total	249	97	346

Pearson $\chi^2(5) = 3.8088$ $Pr = 0.577$

Con relación al tipo de relación que mantienen los padres como pareja frente a la presencia de relaciones sexuales en el adolescente, se encontró que esta no es estadísticamente significativa.

Tabla 39. Peso determinante de la relación de los padres en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007

Tipo de relación Pareja padres	Por edad primera relación		Total
	No	Si	
Excelentes	63	24	87
Buenas	80	27	107
Regulares	56	20	76
Malas	18	8	26
No aplica	30	19	49
Total	247	98	345

Pearson chi2 = 3.3837 Pr = 0.496

Igualmente se evalúa si el tipo de relación que presenta el adolescente escolarizado con el padre, se relaciona con la presencia de relaciones sexuales en el adolescente. Teniendo como referencia las relaciones excelentes entre la cual mostró el mayor nivel de respuestas en el estudio descriptivo para 125 respuestas (36.7%), se realiza análisis de las restantes, encontrándose que las relaciones regulares podrían estar relacionadas con la presencia de las relaciones sexuales en los adolescentes escolarizados.

Tabla 40. Peso determinante del tipo de relación con el padre en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007

Tipo de relación con el padre Para Relación sexual	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Relación buena	1.178898	.2614543	0.74	0.458	.7633046	1.820767
Relación regular	1.69335	.3937909	2.26	0.024	1.073491	2.671128
Relación mala	1.885776	.6163917	1.94	0.052	.993718	3.578631
No aplica	1.37931	.4605384	0.96	0.335	.7168925	2.653811

De igual forma se evalúa si el tipo de relación que presenta el adolescente escolarizado con la madre se relaciona con la presencia de relaciones sexuales en el adolescente. En el estudio descriptivo, el ítem excelente obtuvo el mayor nivel respuestas con 204 aciertos para un 59.30%. Con este hallazgo se mira si alguna de las otras relaciones podría relacionarse con la presencia de relaciones sexuales en el adolescente escolarizado. La determinación muestra que las relaciones regulares y malas podrían encontrarse relacionadas con la presencia de actividad sexual.

Tabla 41. Peso determinante del tipo de relación con la madre en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007

Para relación sexual	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Relación buena	1.219048	.2326819	1.04	0.299	.8385911 1.772112
Relación regular	1.714286	.4279708	2.16	0.031	1.050948 2.79631
Relación mala	2.666667	1.135676	2.30	0.021	1.157338 6.144368
No aplica	1.333333	1.100604	0.35	0.727	.2644307 6.723038

Con relación a la violencia que han presentado los adolescentes por parte de sus padres, se interrogó por dos momentos en el tiempo, durante la vida y en el último año. En este sentido, frente a la violencia de vida se encontró que los golpes pueden influenciar frente a la presencia de actividad sexual en los adolescentes, mostrando un Chi cuadrado de 0.003 y un intervalo de confianza de 1.31 a 3.79.

Tabla 42. Peso determinante del tipo de violencia experimentada durante la vida en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
No contestan	1.9	.501833	2.43	0.015	1.132223 3.188418
Gritos	1.1875	.2486719	0.82	0.412	.7877443 1.790119
Humillaciones	1.607692	.5978632	1.28	0.202	.7756414 3.332306
Golpes	2.229333	.6045919	2.96	0.003	1.310178 3.793321

Leyendo así los resultados, el grupo que no contestó y el sometido a golpes son los que estadísticamente presentan más relación frente a la presencia de actividad sexual en los adolescentes estudiados.

Con relación a la violencia en el último año, no se observa que ninguna de ellas estadísticamente pueda influenciar significativamente la presencia de actividad sexual en los adolescentes.

Tabla 43. Peso determinante del tipo de violencia experimentada durante el último año en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Gritos	1.059795	.2092047	0.29	0.769	.7197696 1.56045
Humillaciones	.7906404	.414218	-0.45	0.654	.2831607 2.207624
Golpes	1.844828	.9453162	1.20	0.232	.6757529 5.03644

En lo referente a la enfermedad mental del padre, no se encuentra que haya ninguna relación frente a la presencia de relaciones sexuales en los adolescentes.

Tabla 44. Peso determinante de enfermedad mental del padre en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007

E Mental Padre	Por edad primera relación		Total
	0	1	
Si	4	1	5
No	234	95	329
Total	238	96	334

Pearson $\chi^2(1) = 0.1894$ Pr = 0.663

Frente al desenlace con relación a la enfermedad mental de la madre, nuevamente no se encuentra relación estadística.

Tabla 45. Peso determinante de enfermedad mental del padre en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007

E mental Madre	por edad primera relación		Total
	0	1	
Si	2	1	3
No	241	97	338
Total	243	98	341

Pearson $\chi^2(1) = 0.0312$ Pr = 0.860

En este punto y pretendiendo limitar el número de variables que pudieran ser parte de un modelo a través del cual se explicara la relación existente entre los factores familiares y socioeconómicos en la presencia de relaciones sexuales en los adolescentes, se hizo un ajuste frente a la participación grupal en la cual se tomara como base la no participación a ningún grupo (0) y un gran grupo en el cual se incorporaran todos aquellos en los que los estudiantes pudieran participar, aislando el religioso en razón a que este da elementos que limitan la aparición de las relaciones sexuales. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Características de asociación con la nueva conformación de los grupos de análisis

Tabla 46. Peso determinante de grupos a los que pertenecen los adolescentes en el inicio de las relaciones sexuales. Bucaramanga. 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Grupo religioso	0.2698864	.2661344	-1.33	0.184	.0390673	1.864443
Cualquier grupo	1.540404	.3284845	2.03	0.043	1.014191	2.339643
No contestó	0.9300699	.2805239	-0.24	0.810	.5149673	1.679777

De acuerdo a estos resultados, el pertenecer a un grupo de cualquier característica salvo el religioso, aumenta la posibilidad de presencia de actividad sexual en este grupo de estudio.

Teniendo en consideración como puede influir el consumo de sustancias psicoactivas de los padres y los familiares en términos de los más significativos estadísticamente con relación a la presencia de relaciones sexuales en los adolescentes, se realizaron varias combinaciones a fin de determinar la influencia que estas pueden producir en el desenlace.

Así se hicieron las siguientes:

Sexo femenino como factor protector, frente al consumo de alcohol por parte del padre hoy, encontrándose que es este un factor asociado desde el punto de vista estadístico ($p < 0.05$).

Tabla 47. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo actual de alcohol por el padre en el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Sexo femenino	.4985641	.09041	-3.84	0.000	.3494326	.7113422
Alcohol padre hoy	1.552695	.3078924	2.22	0.026	1.052681	2.290211

Sexo femenino frente a consumo de marihuana por parte del familiar, encontrándose que este también es un factor estadísticamente importante y significativo.

Tabla 48. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de marihuana por parte de un familiar en el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Sexo femenino	.4998026	.0906928	-3.82	0.000	.3502206	.7132721
Marihuana familiar	1.605939	.3717529	2.05	0.041	1.020205	2.527962

En la posibilidad de crear un modelo que muestre cuales son los factores asociados a la presencia de actividad sexual en los adolescentes, se relacionan el consumo de alcohol por el padre hoy y el consumo de marihuana por el familiar, encontrándose que ambos desde el punto de vista estadístico pierden su importancia.

Tabla 49. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino, consumo de marihuana por un familiar y consumo de alcohol por el padre hoy para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.5115896	.0924305	-3.71	0.000	.3590314 .7289723
Marihuana familiar	1.440292	.345398	1.52	0.128	.9001666 2.304507
Alcohol padre hoy	1.438049	.2944822	1.77	0.076	.9626433 2.148235

En el mismo ejercicio, se determina si las relaciones sexuales se encuentran influenciadas por el consumo de alcohol de la madre hoy, se encuentra que esta relación es significativa desde el punto de vista estadístico.

Tabla 50. Peso determinante del consumo de alcohol por la madre actualmente para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Alcohol madre hoy	2.910638	.6992461	4.45	0.000	1.817596 4.661001

En estas circunstancias y en la posibilidad de hacer un modelamiento nuevamente se relacionan el consumo de alcohol del padre y de la madre a hoy y el consumo de marihuana por el familiar, se observa que retoma el nivel de importancia el consumo de alcohol por parte del padre.

Tabla 51. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de alcohol por parte del padre, de la madre y consumo de marihuana por un familiar para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.3471373	.0887322	-4.14	0.000	.2103414 .5728988
Alcohol padre hoy	2.075082	.7579004	2.00	0.046	1.014246 4.245483
Alcohol madre hoy	8.022804	9.234207	1.81	0.070	.8406156 76.56934
Marihuana familiar	2.24055	1.023728	1.77	0.077	.915025 5.486259

Frente a la edad del adolescente, ya habíamos realizado una medición; pero teniendo en cuenta que el sexo femenino es un factor protector se realiza un análisis de esta relación, obteniéndose que tener más de 16 años se convierte en un factor que se asocia a la presencia de actividad sexual en los adolescentes.

Tabla 52. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y edad de los adolescentes para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.4822267	.0832906	-4.22	0.000	.3437407 .6765058
Edad 12	1.418008	1.477748	0.34	0.738	.1839149 10.93303
Edad 13	1.761785	1.732833	0.58	0.565	.2562943 12.11063
Edad 14	2.391969	2.308125	0.90	0.366	.3609028 15.85334
Edad 15	2.872531	2.758999	1.10	0.272	.4372255 18.87227
Edad 16	4.810949	4.563262	1.66	0.098	.7496397 30.87514
Edad 17	5.655277	5.365735	1.83	0.068	.8807096 36.31408
Edad 18	6.869364	6.511666	2.03	0.042	1.071614 44.03467

Reuniendo en un solo grupo, mayores de 17 años frente al sexo femenino su comportamiento es de asociación.

Tabla 53. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y mayores de 16 años para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.4824322	.0852872	-4.12	0.000	.3411583 .6822078
Edad 17	2.213926	.3342986	5.26	0.000	1.646772 2.976412

En lo referente al estrato, teniendo de nuevo el sexo femenino como factor protector, es el estrato cero el que se muestra estadísticamente significativo.

Tabla 54. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y estrato social para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.4863073	.0892645	-3.93	0.000	.3393657 .6968731
Estrato 0	2.724767	.2694003	10.14	0.000	2.244762 3.307414

De la misma forma se hace el ejercicio frente a la pertenencia a un grupo, resultando nuevamente significativo pertenecer a cualquiera de los grupos (Grupo 2) que no sea el religioso.

Tabla 55. Peso determinate de la relación entre el sexo femenino y pertenencia a un grupo, pertenecer a un grupo religioso y la no respuesta para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.5121651	.0928768	-3.69	0.000	.3589648 .7307488
Grupo religioso	.3267603	.3158011	-1.16	0.247	.049156 2.172113
Pertenecer a grupo	1.499307	.3131853	1.94	0.053	.995602 2.257851
No contestó	.9528242	.2826873	-0.16	0.871	.5326909 1.704317

Así, relacionando solamente pertenecer a un grupo se hace estrechamente importante desde el punto de vista estadístico.

Tabla 56. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y pertenecer a un grupo para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Sexo femenino	.5008948	.0910966	-3.80	0.000	.3507038	.7154059
Pertenecer a grupo	1.602886	.2801734	2.70	0.007	1.137938	2.257807

Cuando se relaciona el tipo de violencia frente a la posibilidad de tener relaciones sexuales, influenciados por el sexo femenino como factor protector, son los gritos los que se hacen importantes.

Tabla 57. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y tipo de violencia para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Sexo femenino	.4984215	.091607	-3.79	0.000	.3476569	.7145664
Gritos	1.868128	.5090689	2.29	0.022	1.095097	3.186845
Humillaciones	1.163505	.2351868	0.75	0.454	.7829058	1.729128
Golpes	1.719607	.6150686	1.52	0.130	.8530444	3.466464
Ninguno	1.692974	.4618436	1.93	0.054	.9918418	2.889736

De igual forma se analiza la presencia de la relación del padre en la presencia de las relaciones sexuales, encontrándose que las relaciones regulares y malas se encuentran asociadas a este desenlace.

Tabla 58. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y relación con el padre para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Sexo femenino	.4647574	.0834573	-4.27	0.000	.3268695	.6608123
Relación padre	1.714576	.2841083	3.25	0.001	1.239113	2.372478

De igual forma se analiza el comportamiento que presenta la relación con la madre en iguales circunstancias, frente al mismo desenlace, siempre considerado frente al sexo femenino como factor protector.

Tabla 59. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y relación con la madre para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Sexo femenino	.4778233	.0863861	-4.08	0.000	.335257	.6810153
Relación madre	1.742567	.3468133	2.79	0.005	1.179722	2.573946

Igualmente frente al comportamiento del padre con relación al consumo de tabaco y del consumo de alcohol por parte de los familiares, se realizó igual comparación encontrándose los siguientes resultados.

Tabla 60. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de tabaco por el padre para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.4933662	.0905559	-3.85	0.000	.3442976 .7069763
Fuma padre hoy	1.395419	.2950639	1.58	0.115	.9219695 2.111995

Tabla 61. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de alcohol por un familiar para el inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.4856133	.0884289	-3.97	0.000	.3398513 .6938924
Alcohol familiar	1.35868	.2287471	1.82	0.069	.9768076 1.889841

En estas circunstancias y a fin de poder establecer un modelo lineal, se relacionan los factores que hasta el momento han tenido un comportamiento estadísticamente significativo en consideración a la presencia de actividad sexual, encontrándose lo siguiente:

Tabla 62. Primer modelamiento para inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.316201	.0909658	-4.00	0.000	.1799229 .5556994
Edad 17	3.726249	1.299691	3.77	0.000	1.880955 7.381852
Tener grupo	2.46852	.6928166	3.22	0.001	1.424091 4.278933
Relación padre	2.646467	.9050394	2.85	0.004	1.353856 5.173216
Relación madre	1.470286	.7058397	0.80	0.422	.573807 3.767367
Violencia 1	2.063525	1.175661	1.27	0.204	.6755399 6.303307
Violencia 2	1.030847	.3345566	0.09	0.925	.545683 1.947366
Violencia 3	1.33178	.8979644	0.42	0.671	.3552244 4.993011
Violencia 4	1.765748	1.101949	0.91	0.362	.5196606 5.999811
Alcohol padre hoy	1.371797	.5715445	0.76	0.448	.6062416 3.104086
Alcohol madre hoy	6.740722	8.253982	1.56	0.119	.6115249 74.30169
Alcohol familiar	1.191877	.3775772	0.55	0.580	.6405858 2.21761
Marihuana familiar	2.064779	1.03311	1.45	0.147	.7744185 5.505181

En estas circunstancias, solo quedan con un valor estadísticamente significativo las siguientes características: tener 17 años o más, pertenecer a un grupo y la relación mala o regular con el padre.

Así, al correr nuevamente el modelamiento se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 63. Segundo modelamiento para inicio de relaciones sexuales Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Sexo femenino	.3367519	.0904323	-4.05	0.000	.1989418	.5700252
Edad 17	4.05255	1.351051	4.20	0.000	2.108397	7.789406
Tener grupo	2.285036	.6125817	3.08	0.002	1.351138	3.864441
Relación padre	2.963507	.9293903	3.46	0.001	1.602725	5.479648

Cuando en este modelamiento se incluye el hecho de que los estudiantes consuman alcohol o cigarrillo en un patrón de más de 1 vez por mes, el modelo no pierde vigencia y el consumo también se hace un factor asociado.

Tabla 64. Tercer modelamiento para inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Sexo femenino	.4158917	.1219334	-2.99	0.003	.2341102	.7388226
Edad 17 años	3.913733	1.447679	3.69	0.000	1.895545	8.080687
Tener grupo	1.896115	.5570322	2.18	0.029	1.066112	3.372305
Relación padre	2.963131	1.021569	3.15	0.002	1.507615	5.823863
Consumo licitas	9.01066	3.02534	6.55	0.000	4.666214	17.39997

En estas circunstancias se hace necesario en el establecimiento de un modelo, relacionar los patrones de consumo ya identificados y mirar frente al ingreso del consumo del adolescente como un factor, cual es el nuevo comportamiento.

Tabla 65. Cuarto modelamiento para inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Sexo femenino	.4600889	.134251	-2.66	0.008	.2596967	.8151115
Consumo licitas	8.887002	3.076117	6.31	0.000	4.509447	17.51408
Edad 17	3.38547	1.259401	3.28	0.001	1.632941	7.018876
Tener grupo	1.769656	.5176237	1.95	0.051	.9974999	3.139533
Violencia	2.735233	1.187165	2.32	0.020	1.168288	6.403813
Co oh padre hoy	1.458201	.6368575	0.86	0.388	.6195297	3.432201
Co oh madre hoy	6.23376	7.679205	1.49	0.137	.5574134	69.71445
Co oh familiar	.8767172	.2964062	-0.39	0.697	.451939	1.700745
Co marihuana fam	1.555949	.8229605	0.84	0.403	.5518034	4.38739

Así, el consumo de sustancias tanto por el padre, la madre o los familiares pierde vigencia en este modelo. Siendo adolescentes y frente al comportamiento que puede tener el hecho de contar con pareja, nuevamente se hace correr el modelo teniendo en cuenta la presencia de este nuevo factor, obteniendo los siguientes resultados.

Tabla 66. Modelamiento final para inicio de relaciones sexuales. Bucaramanga 2007

Relaciones sexuales	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Sexo femenino	.4099501	.1247152	-2.93	0.003	.2258281	.7441903
Cigarrillo alcohol	7.221427	2.582882	5.53	0.000	3.582403	14.55699
Edad 17	3.298723	1.293861	3.04	0.002	1.529249	7.115632
Tener grupo	1.678221	.5053145	1.72	0.086	.930146	3.027938
Violencia física	3.088598	1.307767	2.66	0.008	1.346938	7.082314
Tener pareja	4.285077	1.305686	4.78	0.000	2.358267	7.786177

	RR	(IC 95%)	
RR sexofem:	0.518	0.314	0.807
RR cigaoh:	3.364	2.410	4.185
RR edad17:	2.115	1.343	2.883
RR tenergrupo:	1.437	0.923	2.083
RR violefisile:	1.988	1.221	2.740
RR pareja:	2.849	1.986	3.748

Así, el modelo que explica la presencia de actividad sexual como desenlace en este grupo de adolescentes escolarizados de la ciudad de Bucaramanga, se fundamenta en la presencia de los siguientes factores de riesgo: consumir cigarrillo y alcohol, tener más de 16 años, pertenecer a un grupo social que no sea religioso, ser víctima de violencia física y tener pareja.

7.6.2 Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados.

Se realiza al igual que frente a la presencia de actividad sexual, una correlación entre los factores de tipo social y familiar que pudieran explicar la presencia de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes escolarizados que participaron en el estudio.

Es necesario aclarar que frente a la determinación del consumo se tomó en cuenta aquellos estudiantes que consumieran igual o más de la caracterización de 1 y 3 veces en el mes.

Bajo esta consideración el grupo de referencia frente al consumo de sustancias psicoactivas, es el binomio de cigarrillo alcohol ya que en las otras sustancias la cantidad de consumidores no es estadísticamente significativa. Con relación al estrato no se encuentra ninguna diferencia estadística.

Si se toma el estrato 3 como base teniendo en consideración que es el que mayor número de integrantes contiene.

Tabla 67. Peso determinante de la relación del estrato social para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

Cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Estrato 0	1.19e-06	.0015779	-0.01	0.992	0	.
Estrato 1	.4961637	.2610288	-1.33	0.183	.1769346	1.391353
Estrato 2	1.077778	.3343312	0.24	0.809	.5867903	1.979591
Estrato 4	1.55615	.4368799	1.58	0.115	.8975973	2.697871
Estrato 5	1.267974	.838593	0.36	0.720	.3468612	4.635162
Estrato 6	.6339869	.6138235	-0.47	0.638	.0950497	4.228731

Con relación a la pertenencia a un grupo, teniendo en consideración que previamente se ha realizado un agrupamiento de los diferentes grupos a los que los estudiantes manifestaron pertenecer, se encuentra nuevamente que pertenecer a un grupo que no sea religioso, aumenta la probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 68. Peso determinante de la relación entre la pertenencia a un grupo social y el grupo religiosos para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Grupo Religioso	.4567308	.4576108	-0.78	0.434	.0640942	3.254633
Pertenecer a un Grupo	1.880342	.5426209	2.19	0.029	1.068073	3.310342
No contestó	.8994083	.3773353	-0.25	0.800	.3952265	2.046763

Con relación a la escolaridad, se hizo inicialmente el análisis de la ingerencia que pueda tener el nivel educativo del padre frente a la posibilidad de consumo. Los resultados muestran que el nivel universitario ($p=0.032$) pudiera influir en el consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 69. Peso determinante de la escolaridad del padre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Secundaria	1.850649	.6351727	1.79	0.073	.9444479	3.626354
Tecnológico	1.328671	.9427563	0.40	0.689	.3307113	5.338092
Universitario	2.10373	.7293404	2.15	0.032	1.06632	4.150423
Otro	2.878788	1.851658	1.64	0.100	.8160384	10.15567
No sé	1.629503	.6548784	1.21	0.224	.7412538	3.582145

Con relación al nivel escolar de la madre, ninguno de ellos parece influenciar sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes.

Tabla 70. Peso determinante de la escolaridad de la madre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Secundaria	1.71942	.5323602	1.75	0.080	.9372085 3.154479
Tecnológico	2.071795	1.036633	1.46	0.145	.7770407 5.52395
Universitario	1.809273	.6058951	1.77	0.077	.9385361 3.487845
Otro	2.589744	1.638625	1.50	0.133	.7493258 8.950408
No se	.8037135	.4861439	-0.36	0.718	.2456028 2.630082

En lo referente a la situación de los padres al momento de la encuesta, teniendo como referencia la que mayor número de respuestas obtuvo que para este caso “Viven Juntos”, no parece estadísticamente que se presente ninguna influencia frente al consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 71. Peso determinante del tipo de convivencia padres para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Padre muerto	1.508065	.6343029	0.98	0.329	.6612998 3.439074
Madre muerta	1.70e-07	.0006137	-0.00	0.997	0 .
Padres muertos	1.70e-07	.0004339	-0.01	0.995	0 .
Padre fuera casa	1.370968	.3296588	1.31	0.189	.8557559 2.196365
Madre fuera casa	1.096774	.7242044	0.14	0.889	.3006529 4.001004
Ningún padre	1.39206	.7409638	0.62	0.534	.4904348 3.951249
Otro	1.70e-07	.0003543	-0.01	0.994	0 .

En lo referente a cómo puede repercutir frente al consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes la clase de relación que mantienen sus padres, ellos con los padres y con los hermanos, se obtuvieron los siguientes resultados:

Frente a la relación de los padres, teniendo como base el tipo de relación “Excelentes” las relaciones de tipo malo parecen influir en el consumo de sustancias.

Tabla 72. Peso determinante de la relación de los padres con los adolescentes para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Buenas	1.897196	.7044945	1.72	0.085	.9162874 3.928193
Regulares	2.035088	.7854442	1.84	0.066	.9551268 4.33616
Malas	2.602564	1.175517	2.12	0.034	1.073825 6.307674
No aplica	2.564626	1.013371	2.38	0.017	1.182184 5.563689

Frente a las relaciones con los hermanos, ninguna de estas parece influir acerca del consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 73. Peso determinante de la relación de los hermanos con el adolescente para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Buenas	.8838752	.2352053	-0.46	0.643	.5246629 1.489024
Regulares	.9925484	.31914	-0.02	0.981	.528518 1.86399
Malas	2.522727	1.350179	1.73	0.084	.8836944 7.201758
No hermanos	.9460227	.3921856	-0.13	0.894	.4197835 2.131954

Con relación a la influencia de las relaciones del adolescente frente al padre, las relaciones malas ($p=0.010$) parecen influir en la posibilidad del consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 74. Peso determinante de la relación del padre con el adolescente para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Buenas	1.571141	.4506639	1.58	0.115	.8954839 2.756593
Regulares	1.444328	.5083445	1.04	0.296	.7245653 2.879082
Malas	2.757353	1.085536	2.58	0.010	1.274632 5.964856
No aplica	2.058824	.8071022	1.84	0.065	.9548391 4.439234

En el caso de las relaciones con la madre, parece que las relaciones buenas con la madre ($p=0.006$) influyan positivamente en la posibilidad del consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 75. Peso determinante de la relación de la madre con el adolescente para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Buenas	1.878095	.4339589	2.73	0.006	1.194087 2.953922
Regulares	1.214286	.5330657	0.44	0.658	.5136265 2.870743
Malas	2.266667	1.889777	0.98	0.326	.4423025 11.61598
No aplica	2.266667	1.889777	0.98	0.326	.4423025 11.61598

Con relación a la violencia de vida, no se encontró que ninguna de estas influyera estadísticamente en la presencia de consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 76. Peso determinante del tipo de violencia intrafamiliar de vida para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Gritos	1.283784	.5397814	0.59	0.552	.5631117 2.926774
Humillaciones	1.091216	.2880939	0.33	0.741	.6504047 1.830788
Golpes	1.303534	.6881038	0.50	0.616	.4632272 3.668182
Ninguno	1.506306	.682966	0.90	0.366	.619405 3.663126

Con relación a la violencia de año, no se presenta ninguna relación estadísticamente significativa relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 77. Peso determinante del tipo de violencia intrafamiliar del último año para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Gritos	1.091216	.2880939	0.33	0.741	.6504047	1.830788
Humillaciones	1.303534	.6881038	0.50	0.616	.4632272	3.668182
Golpes	1.506306	.682966	0.90	0.366	.619405	3.663126
Ninguno	1.283784	.5397814	0.59	0.552	.5631117	2.926774

Con relación al consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes frente al consumo de cigarrillo por parte del padre a la fecha de la recolección de la información, en términos de nunca a no sé, mostraron los siguientes resultados:

Tabla 78. Peso determinante del consumo de cigarrillo (actual) por parte del padre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Poco	.9782857	.3512282	-0.06	0.951	.4840205	1.977278
Mucho	1.868254	.5511502	2.12	0.034	1.047911	3.33079
No sé	1.595031	.6117249	1.22	0.223	.7521719	3.382371

En estas circunstancias, el consumo definido en el estudio como “muchas veces” de cigarrillo por parte del padre, puede estar asociado estadísticamente al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

Frente al consumo de alcohol por parte del padre, se presenta un comportamiento similar al visto con el cigarrillo.

Tabla 79. Peso determinante del consumo de alcohol por parte del padre (actual) para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Poco	1.650888	.540394	1.53	0.126	.8691386	3.135783
Mucho	2.925	1.065643	2.95	0.003	1.432235	5.973619
No sé	2.5	1.186518	1.93	0.054	.9861741	6.337624

Encontrándose con consumo muchas veces de alcohol ($p < 0.003$) estadísticamente relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes.

Con relación al consumo de tranquilizantes, los adolescentes contestaron que sus padres consumían poco o no sabían acerca del consumo. Al realizar el análisis, el

consumo se encuentra estadísticamente asociado el bajo consumo con la presencia de consumo de alcohol y cigarrillo por parte de los adolescentes.

Tabla 80. Peso determinante del consumo de tranquilizantes por parte del padre (actual) para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Poco	3.186047	1.65431	2.23	0.026	1.151536	8.815089
No sé	1.792151	.5652163	1.85	0.064	.9658708	3.325295

Con relación a marihuana, no se observa ninguna diferencia estadística significativa que se pueda asociar al consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 81. Peso determinante del consumo de marihuana por parte del padre (actual) para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Mucho	4.67e-07	.0007245	-0.01	0.993	0	.
No sé	1.685157	.5555851	1.58	0.113	.8830902	3.215703

Con relación al consumo de cocaína por parte del padre frente al consumo de sustancias por parte de los adolescentes, no se observó una relación estadísticamente significativa.

Tabla 82. Peso determinante del consumo de cocaína por parte del padre (actual) para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
No se	1.757764	.576298	1.72	0.085	.9244573	3.342214

Con relación al consumo de cigarrillo por parte de la madre, si el consumo es muchas veces, la influencia es significativa frente al resultado del análisis.

Tabla 83. Peso determinante del consumo de cigarrillo por parte de la madre (actual) para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Fuma madre	2.16855	.6898962	2.43	0.015	1.16244	4.045463

Pero cuando se compara el consumo de alcohol en el caso de las madres, si este es muchas veces, el resultado no es significativo en esta circunstancia.

Tabla 84. Peso determinante del consumo de alcohol por parte de la madre (actual) para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Alcohol madre hoy	2.1375	1.195283	1.36	0.174	.7143598 6.395806

Cuando relacionamos el consumo de tabaco por un familiar frente a la influencia que se puede presentar en el consumo de cigarrillo y alcohol por parte de los adolescentes, resulta ser estadísticamente significativa.

Tabla 85. Peso determinante del consumo de cigarrillo por parte de un familiar para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Fuma familiar	1.623057	.3570234	2.20	0.028	1.054618 2.497884

Cuando se analizan en la posibilidad de establecer un modelamiento que explique el consumo de sustancias psicoactivas por parte de los adolescentes, los resultados son los siguientes;

Tabla 86. Primer modelamiento para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Alcohol padre hoy	1.367541	.3488745	1.23	0.220	.8294487 2.254712
Cigarrillo padre hoy	1.341338	.3150033	1.25	0.211	.8465255 2.12538
Alcohol madre hoy	1.061997	.5534055	0.12	0.908	.3824402 2.949059
Cigarrillo madre hoy	2.128442	.4985035	3.23	0.001	1.344936 3.368389
Alcohol familiar	1.8339	.453724	2.45	0.014	1.129225 2.978317
Cigarrillo familiar	1.178785	.2895295	0.67	0.503	.7283924 1.907674

Con base en estos resultados solo el consumo de cigarrillo por la madre actualmente y el consumo de alcohol por un familiar, influenciarían en los adolescentes el consumo de cigarrillo o alcohol.

Cuando en estas circunstancias se compara el consumo de marihuana por parte de un familiar frente al consumo de cigarrillo o alcohol por parte de los adolescentes, el resultado muestra una ingerencia positiva.

Tabla 87. Peso determinante del consumo de marihuana por parte de un familiar para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Marihuana familiar	2.403274	.6497489	3.24	0.001	1.414726 4.082574

Nuevamente se busca determinar si pertenecer al género femenino, es un factor de protección.

Tabla 88. Peso determinante de pertenecer al sexo femenino para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.4230769	.1021413	-3.56	0.000	.2635835 .6790793

Con el conocimiento que ser del género femenino es un factor protector y que el consumo de marihuana por parte del un familiar, apoya el consumo de los adolescentes, se obtienen los siguientes resultados; al buscar la determinación del modelamiento con base en razón de prevalencias, no se logra convergencia por lo cual se decide realizar el análisis utilizando el Odds Ratio, encontrándose los resultados enunciados.

Tabla 89. Segundo modelamiento para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.327729	.1001523	-3.65	0.000	.1800496 .5965373
Alcohol padre hoy	1.476971	.6196782	0.93	0.353	.6489957 3.361261
Cigarrillo padre hoy	1.328498	.576371	0.65	0.513	.5676304 3.109253
Alcohol madre hoy	1.233834	1.204719	0.22	0.830	.1820294 8.36319
Cigarrillo madre hoy	2.667992	1.438408	1.82	0.069	.9274106 7.675329
Alcohol familiar	1.972656	.6912387	1.94	0.053	.9926173 3.920316
Cigarrillo familiar	1.148694	.3885958	0.41	0.682	.5919001 2.229258
Marihuana familiar	2.356542	1.129057	1.79	0.074	.9214059 6.026974

En estas circunstancias solo el consumo de alcohol por un familiar (en el límite), se podría asociar estadísticamente.

Con la misma base que el género femenino es un factor protector, se realiza un análisis frente a cómo se comporta este teniendo como referente las relaciones regulares o malas con el padre:

Tabla 90. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y la relación con el padre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.4145746	.0998951	-3.65	0.000	.2585227 .664824
Relación padre	1.419436	.3421157	1.45	0.146	.8850281 2.276535

Con base en este resultado, estas relaciones no presentan ninguna influencia. Si se realiza el mismo análisis teniendo como referente las relaciones con la madre, el resultado se interpreta igual que en el caso anterior.

Tabla 91. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y la relación con la madre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.4229117	.1021076	-3.56	0.000	.2634729 .6788337
Relación madre	1.043284	.3906217	0.11	0.910	.5008406 2.173229

Si hacemos el mismo ejercicio cuando se toma como referente el consumo de alcohol por el padre, si este es muchas veces, el siguiente es el resultado:

Tabla 92. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de alcohol (actual) por parte del padre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.4356809	.104401	-3.47	0.001	.272394 .6968505
Alcohol padre hoy	1.733506	.4451492	2.14	0.032	1.047959 2.867521

Así este factor continúa siendo de importancia estadística. Por el contrario el consumo de cigarrillo por parte del padre, no se muestra asociado.

Tabla 93. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de cigarrillo (actual) por parte del padre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.4344988	.1052788	-3.44	0.001	.2702359 .6986091
Cigarrillo padre hoy	1.55562	.4207776	1.63	0.102	.9155102 2.643285

Igual situación acontece frente al consumo de cigarrillo por la madre.

Tabla 94. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de cigarrillo (actual) por parte de la madre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.4426441	.1060062	-3.40	0.001	.2768251 .7077892
Cigarrillo madre hoy	1.711169	.6127093	1.50	0.134	.8482179 3.452058

Al hacer el ejercicio de comparación de la interferencia que el consumo de alcohol por parte de la madre produce, los resultados son de no asociación.

Tabla 95. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de alcohol (actual) por parte de la madre para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.4280097	.1030742	-3.52	0.000	.2669718 .6861858
Alcohol madre hoy	1.740488	1.117883	0.86	0.388	.4942652 6.128893

De igual manera, cuando se compara el sexo femenino frente al consumo de tabaco por parte de un familiar, esta condición puede afectar el consumo de sustancias por parte de los adolescentes.

Tabla 96. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de cigarrillo por parte de un familiar para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.4318014	.1034402	-3.51	0.000	.2700067 .6905477
Fuma familiar	1.560448	.3357584	2.07	0.039	1.023524 2.379034

De igual forma se compara frente al sexo femenino, el consumo de alcohol por parte de un familiar, encontrándose que también influencia.

Tabla 97. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de alcohol por parte de un familiar para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.4378407	.1040411	-3.48	0.001	.2748216 .6975595
Alcohol familiar	1.960038	.4152059	3.18	0.001	1.294046 2.968789

Se compara también el consumo de marihuana de un familiar, con el sexo femenino encontrándose que es estadísticamente significativo.

Tabla 98. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y consumo de marihuana por parte de un familiar para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.4412861	.1051779	-3.43	0.001	.2765932 .7040428
Marihuana familiar	2.139501	.577078	2.82	0.005	1.261019 3.629972

Con relación al tipo de relación que mantienen los padres, no se encuentra que produzca alguna influencia.

Tabla 99. Peso determinante de la relación entre el sexo femenino y la convivencia padres para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Risk Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.42833	.1033631	-3.51	0.000	.2669128 .6873652
Padres viven	.7910424	.1716097	-1.08	0.280	.5170578 1.210209

En estas circunstancias y con el fin de poder establecer un modelo que explique cuáles son las circunstancias que favorecen el consumo de alcohol y cigarrillo por parte de los adolescentes de la población estudiada, se incluyen en el mismo las siguientes: sexo femenino, tener relaciones sexuales, tener más de 17 años, pertenecer a un grupo, tener pareja, número de personas con las que convive, consumo de sustancias, consumo de alcohol por parte del padre, consumo de tabaco, alcohol y marihuana por parte de un familiar; igual que lo ocurrido en el primer modelamiento, no se logra convergencia utilizando la razón de prevalencias por lo que nuevamente se realiza regresión logística, encontrándose los siguientes resultados:

Tabla 100. Tercer modelamiento para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Sexo femenino	.443854	.1571555	-2.29	0.022	.2217455 .8884343
Relaciones sexuales	6.226733	2.279418	5.00	0.000	3.038513 12.76025
Edad 17	1.383817	.6046672	0.74	0.457	.5876804 3.258489
Tener grupo	2.409189	.85479	2.48	0.013	1.20188 4.82926
Tener pareja	2.187478	.7764034	2.21	0.027	1.091003 4.385927
Personas habitación	.5614923	.1324575	-2.45	0.014	.3536251 .8915476
Consumo sustancias	16.85759	20.99994	2.27	0.023	1.467004 193.7133
Alcohol padre hoy	1.48232	.7228584	0.81	0.420	.569968 3.855079
Cigarrillo familiar	1.451191	.5697319	0.95	0.343	.6722736 3.132586
Alcohol familiar	1.972134	.7848337	1.71	0.088	.9040469 4.302115
Marihuana familiar	2.105987	1.156823	1.36	0.175	.7176109 6.180485

En estas circunstancias, la edad, el consumo de alcohol por parte del padre, el consumo de cigarrillo por parte de un familiar, el consumo de marihuana por parte de un familiar no tendrían ninguna influencia y el consumo de alcohol por parte de un familiar estaría en un nivel cercano. En razón a lo anterior se vuelve a correr el programa estadístico, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 101. Cuarto modelamiento para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Sexo femenino	.4565266	.1601523	-2.24	0.025	.2295406	.9079727
Relaciones sexuales	6.809688	2.438919	5.36	0.000	3.374938	13.74006
Tener grupo	2.415052	.8544732	2.49	0.013	1.207151	4.831604
Tener pareja	2.162338	.7608023	2.19	0.028	1.085013	4.309357
Personas habitación	.5738474	.1344678	-2.37	0.018	.3625243	.9083554
Consumo sustancias	16.08475	19.74396	2.26	0.024	1.450669	178.3447
Fuma familiar	1.416801	.5566158	0.89	0.375	.6559924	3.059981
Alcohol familiar	2.058217	.8010215	1.85	0.064	.9598834	4.413302
Marihuana familiar	2.195101	1.199744	1.44	0.150	.7520145	6.407417

En estas circunstancias el consumo de sustancias por parte de los familiares no produciría ninguna influencia; en estas circunstancias se excluye la más alejada estadísticamente y vuelve a correrse el modelo; los resultados son los siguientes:

Tabla 102. Quinto modelamiento para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Sexo femenino	.4546701	.1592456	-2.25	0.024	.2288589	.9032852
Relaciones sexuales	6.6547742	.373282	5.31	0.000	3.308039	13.38739
Tener grupo	2.366675	.8331544	2.45	0.014	1.187094	4.718371
Tener pareja	2.17154	.7657308	2.20	0.028	1.087968	4.334305
Personas habitación	.5872986	.1368726	-2.28	0.022	.3719484	.9273321
Consumo sustancias	17.30009	21.10584	2.34	0.019	1.583418	189.017
Alcohol familiar	2.381659	.8439695	2.45	0.014	1.189176	4.769942
Marihuana familiar	2.404748	1.305867	1.62	0.106	.8295368	6.971135

Así, el consumo de marihuana por parte de un familiar definitivamente no muestra ninguna influencia desde el punto de vista estadístico en la presencia de consumo de alcohol y marihuana por parte de los adolescentes de este grupo de estudio.

Frente al número de personas con las que viven los adolescentes, el mayor número habitan con 1, 2 o 3 personas, por lo cual se corre el modelo con estos números de compañeros de habitación. Así se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 103. Modelamiento definitivo para consumo de cigarrillo y alcohol. Bucaramanga 2007

cigaoh	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Sexo femenino	.4677598	.1629295	-2.18	0.029	.236338	.9257896
Relaciones sexuales	7.169978	2.573201	5.49	0.000	3.548411	14.48777
Tener grupo	2.305728	.8134124	2.37	0.018	1.154841	4.603563
Tener pareja	2.106807	.7390912	2.12	0.034	1.059288	4.190209
Personas habit 1	.1910463	.1613858	-1.96	0.050	.0364828	1.000435
Personas habit 2	.1459189	.1300245	-2.16	0.031	.0254465	.8367485
Personas habit 3	.0757738	.073324	-2.67	0.008	.011372	.5048943
Consumo sustancias	15.54132	19.05301	2.24	0.025	1.405885	171.8011
Alcohol familiar	2.684825	.9419099	2.82	0.005	1.349867	5.339993

Así de acuerdo al modelo, pertenecer al sexo femenino es un factor protector para el consumo de sustancias psicoactivas y tener relaciones sexuales, pertenecer a un grupo, tener pareja, vivir con 2 o 3 personas en la misma habitación, consumir otras sustancias y consumir alcohol por parte de los familiares, influyen estadísticamente de manera significativa en la presencia de consumo de alcohol y cigarrillo en los adolescentes escolarizados estudiado en este grupo.

8. Discusión

Es importante resaltar inicialmente, las dificultades que se encontraron frente a la reticencia que mostraron los colegios privados en la posibilidad de participar en el estudio, con mayor énfasis, aquellos que tienen una inclinación confesional, aunque algunos de características laicas también las mostraron. En sentido contrario, los colegios públicos mostraron la mayor voluntad y permitieron más fácilmente el ingreso de los encuestadores y la participación de los estudiantes en este proceso. El tipo de violencia que más frecuentemente se presentó fue la relacionada con los gritos, la cual mantuvo similar proporción entre la prevalencia de vida y de año.

Con relación al inicio de relaciones sexuales, se observa un rango amplio (6 – 18 años) y la edad promedio en referencia a la primera relación sexual fue de 14 años, presenta una condición similar al estudio denominado Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, un estudio transversal, en el cual la edad promedio fue de 15 años (32). En la misma referencia, en este caso la presencia de más de una pareja sexual (3.55%) se contrapone al dato del estudio enunciado en el cual esta característica es del 34.2%.

Con relación al consumo de tabaco, en este estudio se encontró que el 4.5% consume actualmente esta sustancia, hallazgo diferente con relación al dato encontrado 10 años atrás en el Estudio de vigilancia epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, según el cual el 15.5% consumían tabaco (64).

Para el consumo de alcohol, el 34.5% no ha consumido alcohol cifra significativamente superior frente al Estudio de vigilancia epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga de 1998, el cual fue de 12.1% (64).

Con relación al consumo de marihuana, el 4.5% ha consumido alguna vez en la vida, dato superior al del Estudio de vigilancia epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga en 1998 siendo de 2.4% (64). Con relación a la prevalencia de vida fue de 1.0% en ese estudio, la cual está por encima del hallazgo del presente estudio el cual fue de 0.6%.

En lo referente al consumo de cocaína, el 0.9% ha consumido alguna vez en la vida y el 0.3% en el último mes; dato por debajo del hallazgo de 1998 de 2.7% para la prevalencia de vida y de 1.7% para el último mes (64). Con relación al modelo que explica la presencia de actividad sexual en los adolescentes escolarizados, frente a los hallazgos encontrados se puede plantear lo siguiente:

La primera condición a analizar es el hecho que pertenecer al sexo femenino disminuye las probabilidades de tener actividad sexual ($z=-2.93$). Estudios previos, Adolescent Risk-Taking and the Five-Factor Model of Personality y Targeting adolescent risk-taking behaviors: the contributions of egocentrism and sensation-seeking, muestran que pertenecer al sexo femenino es un factor que disminuye la probabilidad de presentar actividad sexual (14, 15). En este sentido el presente estudio muestra en los adolescentes escolarizados, un comportamiento similar al de otro tipo de grupo de adolescentes escolarizados.

El primer factor que en este estudio se asocia a la presencia de actividad sexual en los adolescentes, es el hecho de tener 17 años o más; los estudios previos muestran que tener menor edad se convierte en un factor protector frente a la presencia de conductas de riesgo (14, 15). Condición reafirmada en el presente estudio ya que son los grupos iguales o mayores de 17 años ($p=0.002$) los que se asocian a la presencia de relaciones sexuales.

La segunda condición a tener en cuenta, es pertenecer a un grupo ($p=0.086$); aunque el chi cuadrado no es menor de 0.05, su comportamiento estuvo siempre por debajo de este nivel, especialmente cuando estuvieron las otras variables integradas al modelo. En estas circunstancias más que pertenecer per se a un grupo, lo que realmente se ha encontrado en otros estudios relacionado como factor que favorece las conductas de riesgo, es la presión de grupo frente al inicio de la actividad sexual (21).

La tercera condición a tener en cuenta es la presencia de violencia física por parte de los padres; en nuestro modelo ($p=0.008$) se convierte en factor influyente frente a esta conducta. Un estudio previo en Bucaramanga sobre adolescentes embarazadas, mostraba presencia de violencia intrafamiliar, siendo la más frecuente la que se presentaba entre padres e hijos (32) como en este estudio. La cuarta condición asociada en nuestro modelo, es tener pareja ($p=0.000$). Aunque estudios previos (Caracterización de jóvenes en Medellín) muestran que un alto porcentaje de adolescentes (61.0%) mantienen relaciones sexuales con más de una pareja (24), en este caso el hecho de mantener una sola pareja presenta riesgo frente a la presencia de actividad sexual.

La quinta condición asociada en el presente estudio es el consumo de cigarrillo y alcohol por parte de los adolescentes ($p=0.000$); estudios previos (Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga) muestran que el consumo abusivo per se, es una conducta de riesgo para la salud en los adolescentes (31). De la misma manera, el consumo de sustancias psicoactivas es un factor relacionado con la presencia de conductas de riesgo en los adolescentes (11, 12)

Con relación al modelamiento que muestra el consumo de alcohol y cigarrillo por parte de los adolescentes escolarizados, frente a los hallazgos encontrados se puede plantear lo siguiente:

El sexo femenino es un factor protector para el consumo de cigarrillo y alcohol. Se ha descrito que pertenecer al género femenino presenta un factor protector para la presencia de conductas de riesgo (14, 15).

Uno de los factores que en el modelo se presenta como factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, es el hecho de tener relaciones sexuales. Ya otros estudios muestran que el consumo de sustancias psicoactivas se encuentra relacionado con la presencia de actividad sexual temprana (48).

El otro factor presente en el modelamiento planteado, es el hecho de pertenecer a un grupo. Ya otros estudios muestran que 1 de cada 20 estudiantes presentan consumo abusivo de alcohol (Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga) y se entrega suficiente evidencia que permite demostrar que las conductas de riesgo de los adolescentes forman parte del patrón de comportamiento de los adolescentes (31).

También el hecho de tener pareja en este estudio, muestra una condición asociada al consumo de sustancias psicoactivas. Igualmente otros estudios (Prevalencia y otros factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria. Municipio de Guatapé, Antioquia) han mostrado que tener pareja se convierte en un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas (65). En el trabajo denominado Transmisión intergeneracional de la violencia intrafamiliar: evidencia para las familias colombianas, muestra que tener pareja es un factor de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas (66). En estas circunstancias se mantendría un nivel de comportamiento similar al de otras latitudes.

El tercer factor de riesgo en nuestro modelo, es convivir con 2 o 3 personas en la misma habitación. En nuestro caso, en la medida que aumentó el número de compañeros por habitación, la asociación se hizo más fuerte: $p=0.05$ para un acompañante a $p=0.003$ para tres acompañantes.

El consumo de otras sustancias se convierte igualmente en un factor de riesgo frente al consumo de alcohol y cigarrillo ($p=0.025$). Ya otros estudios (Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis) muestran que el consumo de sustancias es un factor de riesgo frente a conductas de riesgo por parte de los adolescentes (11, 12)

En nuestro estudio, el consumo de alcohol por parte de los familiares también se convierte en un factor de riesgo frente a este desenlace ($p=0.005$).

9. Conclusiones

El mayor porcentaje de los estudiantes se encuentra condensado entre los 14 y 15 años para un total del 38.9%. Frente al estrato social, el 55.0% se encuentran localizados en los estratos 2 y 3. Frente al género, 47.2% pertenecen al género masculino y el 52.7% pertenecen al género femenino.

El 40.99% se encontraba cursando entre 8° y 9° grado.

Frente al número de estudiantes que trabajan, solo el 12.3% realizan esta actividad.

Con relación a la pertenencia a un grupo, el 66.3% pertenece a algún grupo, los cuales van desde el de amigos hasta los de tipo artístico, siendo más prevalente el de amigos con el 33.6%.

El inicio de actividad sexual en los adolescentes escolarizados de Bucaramanga, investigados en el presente estudio, es similar al de otros estudios realizados en la ciudad de Bucaramanga.

El pertenecer al género femenino se presenta como un factor protector para el inicio de actividad sexual, como para el consumo de sustancias psicoactivas y tener más de 17 años es un factor de riesgo frente a la posibilidad de inicio de actividad sexual en los adolescentes del presente estudio.

La presión de grupo puede ser un factor importante frente a la presencia de actividad sexual, como lo son también el tener pareja, consumir alcohol y cigarrillo y sufrir de violencia física por parte de los padres.

El consumo de sustancias psicoactivas en el grupo estudiado, muestra una disminución en el número de sujetos afectados en comparación con un estudio de vigilancia epidemiológica realizado en estudiantes de media vocacional en Bucaramanga en 1998.

Las sustancias en las que se encontró un verdadero patrón de consumo, fueron el alcohol y el cigarrillo, en los que además se estudió su comportamiento de manera asociada.

Frente al consumo de sustancias psicoactivas, el tener relaciones sexuales y la presión de grupo son condiciones de vida predisponentes en la aparición de esta conducta.

Desde el punto de vista familiar, convivir con 2 ó 3 personas en la misma habitación, aumenta la probabilidad de consumir sustancias en estos adolescentes.

Con relación al consumo de sustancias, consumir otras sustancias o consumir alcohol por parte de los familiares, se encuentran presentes en los adolescentes que consumen alcohol o cigarrillo.

10. Recomendaciones

La multicausalidad que acompaña la presencia de relaciones sexuales en los adolescentes de manera temprana o el consumo de sustancias psicoactivas, es un factor de importancia apenas considerable, que necesita ser interpretado y analizado en su conjunto.

En estas circunstancias, los planes relacionados con la prevención de ambas conductas, deben abarcar todos y cada uno de los factores predisponentes y no realizar acciones separadas, que en términos de ser eficaces van a presentar resultados desalentadores.

Queda el interrogante del comportamiento del embarazo en adolescentes y la presencia de enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes escolarizados, ya que en este estudio la prevalencia de ambos desenlaces es inexistente para el embarazo y muy baja para las ETS, contrario a lo presentado en otros estudios.

De la misma manera, queda el interrogante del comportamiento de cada una de estas características en los adolescentes desescolarizados, de los que se tiene poca información.

Por último, se debe realizar un trabajo de acercamiento entre las Secretarías de Educación, de Salud y los colegios, a fin de socializar los resultados e invitarlos a trabajar de manera conjunta en la prevención de la presencia de las mencionadas conductas.

Agradecimientos

Agradezco de manera muy especial al Dr. Luis Carlos Orozco quien supo guiarme en el proceso del análisis de la información y orientó el modelo que permitió obtener un trabajo con calidad.

De igual manera agradezco a mi tutora Dora María Hernández, quien de manera comprometida siempre me brindó la asesoría necesaria.

Bibliografía

1. Sadock B, Sadock V. Synopsis of psychiatry. 9. ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins 2003.
2. Maes L, Lievens J. Can the school make a difference?. A multilevel analysis of adolescent risk and health behavior. *Soc Sci Med*. 2003 Feb; 56 (3):517-29.
3. Burt M, Zweig J, Roman J. Modeling the payoffs of interventions to reduce adolescent vulnerability. *J Adoles Health* 2002; 31S: 40-57.
4. Reininger B, Evans AE, Griffin SF, et al. Development of a youth survey to measure risk behaviors, attitudes and assets: examining multiple influences. *Health Educ Res* 2003; 18: 461-476.
5. Blum R, McNeely C, Nonemaker J. Vulnerability, risk and protection. *Journal Adoles Health* 2002; 31: 28-39.
6. Ben-Zur H, Reshef-Kafir Y. Risk taking and coping strategies among Israeli adolescents. *J Adolesc* 2003; 26: 255–265.
7. Carr-Gregg M, Enderby K, Grover S. Risk-taking behavior of young women in Australia: screening for health-risk behaviors. *Med J Aust*. 2003; 16: 178 - 190.
8. Rise J. Modifying adolescent health behaviors. *Curr Opin Psychiatry* 2004; 17: 129 –132.
9. Rew L, Horner S. Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents. *J Pediatr Nurs* 2003; 18: 379-388.
10. Hawkins J, Catalano R, Kosterman R, Abbott R, Hill K. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 226-234.
11. Hoffmann J, Cerbone F. Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis. *Drug Alcohol Depen* 2002; 66: 255-264.
12. Nelson B, Patience T, MacDonald D. Adolescent risk behavior and the influence of parents and education. *J Am Board Fam Pract* 1999; 12: 436-443.
13. Hampson S, Severson H, Burns W, Slovic P, Fisher J. Risk perception, personality factors and alcohol use among adolescents. *Person Individ Differen* 2001; 30: 167-181
14. Gullone E, Moore S. Adolescent risk-taking and the five-factor model of personality. *J Adolesc* 2000; 23: 393-407.
15. Green K, Krmar M, Walters L, Rubin D, Hale H, Hale L. Targeting adolescent risk-taking behaviors: the contributions of egocentrism and sensation-seeking. *J Adolesc* 2000; 23: 439-461.
16. Esposito C, Clum G. Psychiatric symptoms and their relationship to suicidal ideation in a high-risk adolescent community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 44-51.
17. Metha A, Chen E, Mulvenon S, Dode I. A theoretical model of adolescent suicide risk. *Arch Suicide Res*. Volume 4, Number 2, 1998, pp. 115-133
18. Brooks TL, Harris SK, Thrall JS, Woods ER. Association of adolescent risk behaviors with mental health symptoms in high school students. *J Adoles Health* 2002; 31: 240-246.

19. Kaltiala-Heino R, Kosunen E, Rimpel M. Pubertal timing, sexual behavior and self-reported depression in middle adolescence. *J Adolesc* 2003; 26: 531–545.
20. Steinhausen H-C, WinklerMetzke C. Prevalence of affective disorders in children and adolescents: findings from the Zurich Epidemiological Studies. *Acta Psychiatr Scan Suppl* 2003: 20–23.
21. Jainchill N, Yagelka J, Hawke J, De Leon G. Adolescent admissions to residential drug treatment: HIV risk behaviors pre- and posttreatment. *Psychol Addict Behav* 1999; 13:163-173.
22. Meschke L, Bartholomae S, Zentall SR. Adolescent sexuality and parent-adolescent processes: promoting healthy teen choices. *J of Adoles Health* 2002; 31:264–279.
23. Torres, Y. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados. Medellín: Comité Departamental de Prevención de Drogas; 2003.
24. Pérez, C. Caracterización de jóvenes en Medellín. Medellín: Fundación Social; 1997.
25. Programa Presidencial RUMBOS. Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Jóvenes de 10 a 24 años. Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá. Unidad coordinadora de prevención integral UCPI. 2001.
26. Programa Presidencial RUMBOS. Sondeo Nacional de Consumo de Drogas en Jóvenes de 10 a 24 años. Alcaldía Mayor de Santafé de Bogotá. Unidad coordinadora de prevención integral UCPI; 1999.
27. Bello, L. Estadística como apoyo a la investigación. Medellín: L Vieco e Hijas. 2005
28. Grisales, H. Estadística aplicada en salud pública. Medellín. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2002.
29. Cristófoli, M. Belliard, M. Estadística con excel. Buenos Aires. Ediciones Maurina; 2003.
30. Salud Sexual y Reproductiva. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: Profamilia; 2005
31. Rodríguez, D, et al. Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21: 5: 1402 – 1407
32. Ortiz, R et al. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. *MedUnab* 2005; 18: 2: 71 – 77
33. López, N; Vera, L; Orozco, L. Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA entre hombres y mujeres de Bucaramanga. *Colombia Med* 2001; 32: 32 – 40
34. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Dirección de Censos y Demografía. Censo General 2005. Bogotá: Dirección de Censos y Demografía; 2006.
35. Velásquez, E. La mujer, las drogas y los grupos de riesgo. Medellín: Surgir; 1996
36. Bernal, I. Modelo teórico metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2004.

37. Observatorio de Salud Pública de Santander. Situación de salud en Santander: indicadores básicos. Santander (Colombia): Observatorio de Salud Pública; 2005
38. Observatorio de Salud Pública de Santander. Indicadores de morbilidad. Santander (Colombia): Observatorio de Salud Pública de Santander; 2006
39. Phillips, A. Conceptos e Investigación en Salud. FUNDAPS, Cali, 1996
40. Vallejo, M. El diseño de investigación: una breve revisión metodológica. Arch Cardiol Mex 2002; 72: 8 - 12
41. Fernández, P. Tipos de estudio clínico epidemiológico. Tratado de Epidemiología Clínica. Madrid. DuPont Pharma 1995.
42. Hair, J, Andersen R, Tatham R, Balck W. Análisis Mult variante 9. ed. Madrid: Person Education; 1999.
43. Gondar, J. Introducción al análisis multivariante. [Sitio en Internet] Disponible en www.estadistico.com. Consultado: el 10 de enero de 2007.
44. Colombia. Ministerio del Interior y de Justicia. Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional Sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 1996. Bogotá: El Ministerio; 1996
45. Catalyst Consortium. La juventud y la epidemia global del VIH/SIDA". Washington DC. Cedpa; 2003.
46. Rock EM, Ireland M, Resnick M. To know that we know what we know: perceived knowledge and adolescent sexual risk behavior. J Adoles Health 2003; 32: 146-147.
47. Chitwood DD, Griffin DK, Comerford M, et al. Risk Factors for HIV-1 seroconversion among injection drug users: A case-control study. Am J Public Health 1995; 85: 1538 - 1542.
48. Tapert SF, Aarons GA, Sedlar GR, Brown SA. Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. J Adoles Health 2001; 28:181 - 189
49. Hockaday C, Jasper S, Shelley MC, Stockdale DF. A prospective study of adolescent pregnancy. J Adolesc 2000; 23: 423 - 438.
50. Speizer I, Magnani RJ, Colvin CE. The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: A review of the evidence. J Adoles Health 2003; 33: 324 - 348.
51. Ozer E J, Dolcini M M, Harpe GW. Adolescents' reasons for having sex: Gender differences. Letter to the Editor. J Adoles Health 2003; 33: 317 - 319.
52. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Alcohol consumption in high school adolescents: frequency of use and dimensional structure of associated problems. Addiction, 1996; 91: 375 - 390.
53. Zweig J, Phillips S, Duberstein L. Predicting adolescent profiles of risk: Looking beyond demographics. J Adoles Health 2002; 31: 343-353.
54. Zweig J, Lindberg L, Meginley K. Adolescent health risk profiles: the co-occurrence of health risks among females and males. J Youth Adoles 2001; 30: 707 - 728.
55. Niccolai L, PhD, Ethier K, Kershaw T, Lewis J, Ickovics J. Pregnant adolescents at risk: Sexual behaviors and sexually transmitted disease prevalence. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 63 - 70.

56. Santelli J, Kaiser J, Hirsch L, Radosh A, Simkin L, Middlestadt S. Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: the influence of psychosocial factors. *J Adoles Health* 2004; 34: 200 – 208.
57. DiClemente R, Wingoodgina M, Crosby R, et al. A descriptive analysis of STD prevalence among urban pregnant african-american teens: data from a pilot study. *J Adoles Health* 2004; 34: 376 – 383.
58. Catalyst Consortium. Salud sexual y reproductiva de adolescentes: manual de capacitación para gerentes de programas. Washington DC. Cedpa; 2002.
59. Eure Ch, Lindsay M, Graves W. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 918 -920.
60. Pérez C, Parra C, Cuevas A. Enfermedad pélvica inflamatoria. *Med UIS* 1994; VIII, 2: 99.
61. Riquelme NBP, Fraile CGD, Carvalho AMP. Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito familiar sobre la autoestima de escolares. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13: 798 – 805
62. Milian G, Galvez Y, Pita E. Factores de riesgo para el consumo de sustancias de drogas ilícitas. *Rev Cubana Med Gen Integral* 2005; 21: 1 – 13
63. Weinreich L, Hidalgo C. Intervención en salud de familias de alto riesgo psicosocial: Seguimiento a largo plazo del funcionamiento familiar. *Psykhé* 2004; 13, 1: 33 – 42
64. Rueda G, Camacho P. Sistema de vigilancia epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas en los estudiantes de media vocacional. *ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo*, 1998; 23
65. Corrales S, Montoya A. Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria. Municipio de Guatapé Antioquia, 2005. Facultad Nacional de Salud Pública, Grupo Demografía y Salud.
66. Salas L. Transmisión intergeneracional de la violencia intrafamiliar: evidencia para las familias colombianas, Documento CEDE. Agosto de 2005; 2 – 4
67. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Estados Unidos, 1997; 24 – 25
68. Epele María E. Changing Cocaine Use Practices: Neo-liberalism, HIV-AIDS, and Death in an Argentine Shantytown. *Subs use misuse*; 2003, 38: 1189 – 1216
69. Bucaramanga. Alcaldía. Plan de Desarrollo de Bucaramanga 2008 – 2011. Bucaramanga: La Alcaldía; 2008
70. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039, agosto 10 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007–2010. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007
71. Moral M. Personalidad, resiliencia y otros factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia: propuesta etiológica. *Rev Española Drog* 2007; 32: 250 – 291

- 72.** Musitu G, Román J M, Gutiérrez M. Educación familiar y de los hijos. Barcelona. Idea Books, 1996.
- 73.** Hernández A. Familia, ciclo vital y psicoterapia familiar breve. Santafé de Bogotá. El Buzo; 1997.
- 74.** Satir V, Baldwin M. terapia familiar paso a paso. Palo Alto. Pax México. 1983.
- 75.** Andolfi M. Terapia Familiar: un enfoque interaccional. Barcelona. Ediciones Paidós; 1993