

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



“VIOLENCIA, DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA ASOCIADOS AL INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN ALUMNOS DEL CBTIS No. 180 DE JILOTEPEC, 2012”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA

M.C. y P. CARLOS ACEVEDO ARCE

DIRECTORES

**DR. FIL. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
E. EN S.P. NANCY CEDILLO VILLAVICENCIO**

REVISORES

**M. EN C. JUAN JAVIER SÁNCHEZ GUERRERO
DR. EN HUM. ARTURO GARCÍA RILLO
E. EN S.P. IGNACIO MIRANDA GUZMÁN**

TOLUCA, MÉXICO.

2014

“VIOLENCIA, DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA ASOCIADOS AL INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN ALUMNOS DEL CBTIS No. 180 DE JILOTEPEC, 2012”

ÍNDICE

CAP.	PÁG.
I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	1
I.1. Autoestima.	1
I.1.1. Pilares de la autoestima.	5
I.1.1.1. El amor así mismo.	5
I.1.1.2. La visión de sí mismo.	5
I.1.1.3. La confianza de sí mismo.	6
I.2. Violencia familiar.	9
I.2.1. Clasificación de la violencia familiar.	11
I.2.1.1. Psicológica.	12
I.2.1.2. Física.	13
I.2.1.3. Sexual.	14
I.2.1.4. Abandono.	16
I.2.1.5. Económica.	17
I.3. Depresión.	17
I.4. Vida sexual activa	23
I.4.1. Inicio de vida sexual activa	24
I.5. CBTIS No. 180 de Jilotepec.	29
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
II.1. Argumentación.	30
II.2. Pregunta de investigación.	31
III. JUSTIFICACIÓN	32
III.1. Académica.	32
III.2. Educativa.	32
III.3. Económica.	32
III.4. Epidemiológica.	33
III.5. Social.	33
IV. HIPÓTESIS	34
IV.1. Unidad de observación.	34
IV.2. Variables.	34
IV.2.1. Dependiente.	34
IV.2.2. Independientes.	34
IV.3. Elementos lógicos.	34
V. OBJETIVOS	35
V.1. Objetivo General.	35
V.2. Objetivos Específicos.	35
VI. MÉTODO	36
VI.1. Tipo de estudio.	36
VI.2. Diseño de estudio.	36
VI.3. Operacionalización de variables.	37
VI.4. Universo de trabajo.	39
VI.4.1. Criterios de inclusión.	39
VI.4.2. Criterio de exclusión.	39

VI.4.3. Criterios de eliminación.	39
VI.5. Instrumentos de investigación.	40
VI.5.1. Descripción.	40
VI.5.2. Validación.	42
VI.5.3. Aplicación.	43
VI.6. Desarrollo del proyecto.	43
VI.7. Límite de espacio.	44
VI.8. Límite de tiempo.	44
VI.9. Diseño de análisis.	44
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS	45
VIII. ORGANIZACIÓN	46
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
X. CUADROS Y GRÁFICOS	52
XI. CONCLUSIONES	84
XII. RECOMENDACIONES	85
XIII. BIBLIOGRAFÍA	86
XIV. ANEXOS	90
XIV.1. Ficha sociodemográfica	90
XIV.2. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)	91
XIV.3. Herramienta de detección de Violencia Familiar	92
XIV.4. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	93
XIV.5. Consentimiento Informado	95
XIV.6. Consentimiento Informado para padres	96
XIV.7. Documento de Asentimiento Informado	98

I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

I.1. Autoestima

Toda persona es importante, y se sentirá valiosa en la medida en que sea respetada y querida con sus propios deseos, sentimientos, ideas, capacidades y características físicas, aunque sea diferente de las demás personas.

Lo más o menos valioso que desde niño se sienta, dependerá en gran parte, primero del amor de los padres y otras figuras significativas, y luego, de las metas propuestas o ideales, que pueden o no ser alcanzables, dependiendo de la edad, capacidad y características de cada niño.

Cuando la percepción y el ideal están lejos de coincidir, la autoestima suele ser negativa. Una persona con baja autoestima no puede hallar aspectos de sí misma que la hagan sentir bien porque los sentimientos preceden e influyen en los pensamientos y en la conducta. Otros autores definen a la autoestima como la valoración, generalmente positiva, de uno mismo.

La autoestima es uno de los constructos psicológicos que con mayor frecuencia se incluyen en los estudios que intentan explicar los comportamientos que afectan a la salud de los adolescentes. Específicamente, el interés por la relación de la autoestima con el inicio de actividad sexual en la adolescencia se aprecia desde los primeros estudios que se realizaron a este respecto en la década de los años setenta del siglo pasado, la mayoría centrados en el fenómeno del embarazo precoz. No obstante una revisión de esas investigaciones estableció que muy pocos autores habían logrado sustentar la supuesta relación de la baja autoestima con la participación de las mujeres en relaciones sexuales no maritales. En concreto, hoy por hoy, no existe consenso sobre la relación que hay entre la autoestima y la actividad sexual en la adolescencia. Aunque se ha postulado una relación significativa entre la autoestima y las prácticas sexuales de riesgo, la naturaleza exacta de esa asociación no está clara. (1)

La autoestima se refiere a la confianza que tiene el sujeto en sí mismo, pudiendo tener una orientación positiva o negativa en la valoración que se hace (Pearlin, 1989; Rosenberg, 1989). (2)

La autoestima puede ser definida como “los sentimientos de una persona acerca de todo lo que ella es”. La autoestima depende en gran parte de la interrelación entre la percepción de uno mismo y lo que a uno le gustaría ser o ideal. Cuando la autopercepción y este ideal coinciden en muchos aspectos, la autoestima es positiva. La autoestima positiva es fundamental para el desarrollo y el éxito en la vida. (3)

Ciertas características de personalidad, como una baja autoestima, una asertividad deficiente y una capacidad escasa de iniciativa, facilitan la cronicidad del problema y la adopción de conductas de sumisión, reforzadas por la evitación de consecuencias desagradables (bofetadas, humillaciones, etc.). La habituación al maltrato crónico no preserva, sin embargo, a la víctima más bien ocurre lo contrario, de las repercusiones emocionales negativas.

Se ha reportado que las mujeres son más propensas a padecer trastornos de estrés, los cuales traen consigo una baja en su autoestima, que, en casos extremos, puede llegar a la depresión; cabe hacer notar que la inclusión de la mujer en el mercado laboral se asocia con el incremento de la autoestima. (4,2)

Las consecuencias de la violencia familiar se expresan habitualmente en forma de los siguientes síntomas: (4)

- a. conductas de ansiedad extrema: son fruto de una situación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal.
- b. Depresión y pérdida de la autoestima, así como sentimientos de culpabilidad. Los síntomas de depresión, como la apatía, la indefensión, la pérdida de esperanza y la sensación de culpabilidad, contribuyen a hacer aún más difícil la decisión de buscar ayuda o de adoptar medidas adecuadas. La depresión está muy relacionada con el déficit de autoestima y la falta gradual de implicación en actividades lúdicas.

Los estudios de la autoestima han propuesto algunas explicaciones a la falta de consistencia en los hallazgos, los cuales pueden ser organizados en dos grandes categorías. La primera de ellas hace referencia al contexto normativo en el que se desenvuelven los adolescentes. Estudios revelan que la actividad sexual que contradice los valores personales se relaciona con niveles bajos de autoestima. La evaluación negativa del sí mismo se presume que es el resultado de la violación de las normas culturales. Esas normas culturales pueden variar en función del sexo, el país de origen y el momento histórico en el que se vive. En este estudio meta-analítico asumimos que si se observan diferencias en los tamaños del efecto atribuibles a cualquiera de estas variables moderadoras, éstas podrían interpretarse como indicios de las existencias de diferencias en las normas sobre lo que se considera apropiado, en cada contexto cultural, acerca de la actividad sexual en la adolescencia. (5, 2)

Contrariamente a lo esperado no se encontraron diferencias significativas atribuibles al sexo en los tamaños del efecto. Más adelante, los interesados en el tema deberán evaluar si estos resultados obedecen a que, efectivamente, no hay diferencias en los tamaños del efecto atribuibles al sexo o a que los problemas metodológicos que describen diversos autores no permiten establecer con claridad esas diferencias. No obstante, los resultados del análisis indican que la diferencia media tipificada de autoestima entre los grupos de hombres de alto riesgo y de bajo riesgo tiende a ser menor que la que se observa entre los grupos de mujeres. Esto puede estar en concordancia con lo que han encontrado otros autores acerca de las diferencias de género en las expectativas sociales con respecto a la actividad sexual y el efecto que éstas tienen para uno y otros sexo. (5)

Santrock (2002) comenta que para muchos estudiantes y para muchas estudiantes, la autoestima baja puede ser una situación temporal. Sin embargo, para algunas y algunos de ellos la autoestima se puede traducir en otros problemas más serios. Una pobre y persistente autoestima puede estar relacionada con el bajo rendimiento académico, la depresión y otras situaciones como la delincuencia.

La seriedad de este problema depende no solo de la naturaleza de la baja autoestima del estudiante o la estudiante, sino también de otras condiciones. Por ejemplo, cuando la baja autoestima se combina con transiciones escolares difíciles o con problemas familiares, los problemas se pueden intensificar. (6)

Son numerosos los trabajos que subrayan la conexión entre las relaciones familiares y el ajuste en la adolescencia. Así, por ejemplo, se ha constatado en estudios previos que la percepción de los hijos de un elevado apoyo parental favorece el ajuste escolar, la configuración de una actitud favorable hacia la institución escolar y el desarrollo de una autoestima global, escolar y familiar positivas. Por el contrario, la carencia de apoyo parental, o en otros términos, la percepción de los hijos de un pobre apoyo de sus padres, representa un importante factor de riesgo asociado con el desarrollo de problemas de conducta y con una mayor incidencia de comportamientos delictivos y violentos en la adolescencia.

Para cada caso específico el papel que juega la autoestima en el desarrollo integral de los jóvenes; es decir, no se recomienda generalizar los hallazgos de las investigaciones realizadas en países y contextos culturales distintos. (6,7)

La autoestima, una de las dimensiones más fundamentales de nuestra personalidad, sin embargo, es un fenómeno discreto, impalpable, complejo, del que no siempre tenemos conciencia.

El concepto de autoestima ocupa un lugar importante en lo imaginario occidental, especialmente en Estados Unidos, donde la palabra *self-esteem* forma parte del vocabulario corriente. En Francia se prefirió, durante mucho tiempo, hablar de amor propio, dando así testimonio de una visión más afectiva, más sombreada también, de la relación con uno mismo. La expresión “autoestima” pretende ser más objetiva. El verbo “estimar” procede en efecto del latín *aestimare*, “evaluar”, cuyo significado es doble: “determinar el valor” y “tener una opinión sobre algo”, al mismo tiempo.

Esa mirada-juicio que se posa en uno mismo es vital para nuestro equilibrio psicológico. Cuando es positiva, permite actuar con eficacia, sentirse a gusto consigo mismo, plantar cara a las dificultades de la existencia. Pero cuando es negativa, engendra numerosos sufrimientos y molestias que perturban nuestra cotidianidad.

Tener confianza en uno mismo, estar seguro de sí, estar contento de sí. Los términos y las expresiones empleadas en el lenguaje corriente para designar la autoestima son incontables. De hecho, cada uno de ellos se refiere a uno de sus múltiples aspectos.

I.1.1. Pilares de la autoestima

En realidad la autoestima consta de tres pilares: la confianza en sí mismo, la visión de sí mismo y el amor a sí mismo. La buena dosificación de cada uno de esos tres componentes es indispensable para obtener una autoestima armoniosa.

I.1.1.1. El amor así mismo

Es el elemento más importante. Estimarse implica evaluarse, pero quererse no soporta condición alguna: te quieres a pesar de tus defectos y tus límites, a pesar de los fracasos y reveses. Este amor a uno mismo. Las carencias de autoestima, en lo que los psiquiatras denominan “los trastornos de personalidad”, es decir, en sujetos cuyo modo de estar con los demás les empuja, regularmente, al conflicto o al fracaso. Gustarse a uno mismo, es en efecto, el centro de la autoestima, su constituyente más profundo e íntimo. Sin embargo nunca es fácil discernir en alguien, más allá de su máscara social, el grado exacto del amor que siente por sí mismo.

I.1.1.2. La visión de sí mismo

La mirada dirigida a uno mismo, esa evaluación fundamentada o no, que se hace de las propias cualidades y defectos, es el segundo pilar de la autoestima. No se trata sólo de autoconocimiento; lo importante no es la realidad de las cosas, sino la convicción que

tenemos de ser portadores de cualidades o defectos, de potencialidades o limitaciones. En este sentido, es un fenómeno en el que la subjetividad desempeña el papel principal; su observación es difícil y su comprensión delicada.

Por esta razón una persona acomplejada, cuya autoestima suele ser baja, dejará a menudo perplejo a un entorno que no percibe los defectos que ella cree tener.

Positiva, la visión de uno mismo es una fuerza interior que nos permite esperar nuestra hora a pesar de la adversidad.

Negativa: Atenta contra la independencia y asertividad del individuo.

I.1.1.3. La confianza de sí mismo

Tercer componente de la autoestima, con el que suele confundirse: La confianza en uno mismo que se aplica sobre todo a nuestros actos. Ser confiado es pensar que se es capaz de actuar de modo adecuado en las situaciones importantes. Contrariamente al amor por uno mismo y sobre todo a la visión de sí, la confianza en sí mismo no es muy difícil de identificar, basta para ello con tratar regularmente a la persona, observar cómo se comporta en situaciones nuevas o imprevistas, cuando hay algún envite, o si está sometida a dificultades en la relación de lo que ha emprendido. La confianza en sí mismo puede parecer, pues, menos fundamental que el amor o la visión de sí mismo, de los que sería una consecuencia. En parte es cierto, pero su papel nos parece primordial en la medida en que la autoestima necesita actos para mantenerse o desarrollarse: pequeños éxitos cotidianos son necesarios para nuestro equilibrio psicológico, al igual que el alimento y el oxígeno lo son para nuestro equilibrio corporal. La confianza de si mismo procede principalmente del modo de educación que nos han prodigado, en la familia o en la escuela. (8)

En un estudio realizado sobre la asociación entre violencia y autoestima en mujeres en diferentes etapas de la vida, en las que encontró niveles de autoestima satisfactorios,

ya que un porcentaje alto (95.5%) tuvieron una autoestima adecuada, no obstante, se encontró un porcentaje del 4.5% con un nivel de autoestima baja. Sin embargo, al analizar el nivel de autoestima con la variable exposición a violencia por grupos, se obtuvo diferencia significativa.

Esto indica que grupos expuestos a mayor violencia (moderada y alta) presentan menor autoestima.

Esto se interpreta como que para aquellas mujeres que no han estado expuestas a la violencia o con niveles muy bajos de exposición a violencia hay valores adecuados de autoestima; si embarazo, para aquellas mujeres que en su historia de vida han sufrido de violencia en etapas anteriores al embarazo, sus niveles de autoestima se ven afectados. (9)

Un acontecimiento o estímulo externo toma un significado psicológico interno e influye en las respuestas del organismo. Desde este punto de vista, las percepciones, actitudes o valores de una persona son variables mediadoras potenciales. En trabajos anteriores se ha observado que la autoestima constituye un recurso psicológico del adolescente que media la relación entre variables familiares y problemas de conducta delictiva.

Distintos autores señalan que mientras la autoestima es un importante recurso de protección frente a problemas de carácter interno como la depresión, no está tan claro que sean los adolescentes con baja autoestima los que se impliquen en mayor medida en problemas externos.

Las características positivas o negativas del funcionamiento familiar potencian o inhiben las autoevaluaciones positivas del adolescente en los distintos dominios relevantes de su vida (familia, escuela, sociabilidad y apariencia física). (10)

Es importante reconocer que es necesario realizar estudios con una metodología donde se incluyan características de otros grupos, como por ejemplo, mujeres de zonas rurales o una muestra de hombres que también han sido expuestos a violencia.

Las mujeres los roles de esposa y madre están devaluados, y que conforme la sociedad evoluciona se valora más a una mujer que trabaja y combina diferentes roles, lo que ha mostrado que incrementa su autoestima y minimiza su percepción de estrés al sentirse una persona útil. (9, 11)

En un estudio en el que se utilizó la regresión logística para evaluar cómo influye la depresión y autoestima en la probabilidad de aparición de violencia psicológica, física o sexual en contra de la mujer. Se encontró que 53% de las mujeres mostraron depresión clínica, el 10% reportó baja autoestima, respecto a la violencia el 24% presentó violencia física, 7% sexual y 40% psicológica. Se observó que existe cuatro veces más probabilidad de que las mujeres que presentaron baja autoestima sufran violencia física y dos veces más probabilidad en las que reportaron depresión clínica. Asimismo se reporta que las mujeres con baja autoestima tienen tres veces más probabilidades de presentar violencia sexual y psicológica. Conclusiones: La depresión y baja autoestima se asociaron con la violencia que viven las mujeres. (12)

Otro factor importante es la familia encargada de mantener satisfactoriamente el equilibrio de sus miembros en los niveles sociales, biológicos y psicológicos. La familia es el entorno más inmediato del niño, el apego ante madre e hijo, es el vehículo de una adecuada integración social y personal del niño. Más tarde se vuelven indispensables para el normal desarrollo del niño, las buenas relaciones con los padres. La posición que se ocupa entre los hermanos tiene una fuerte influencia sobre la depresión. Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y auto eficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento y el manejo adecuado de la frustración. (13, 12)

I.2. Violencia familiar

La violencia que se ejerce contra las mujeres y los niños. La mitad de la humanidad la componen mujeres que en su inmensa mayoría ven limitadas sus derechos y prerrogativas que como seres humanos poseen. La situación de las mujeres, como la de los niños, es particularmente difícil y compleja. Los niños deben ser los seres privilegiados del planeta; deben contar con los satisfactores necesarios para su desarrollo y con un ambiente familiar de cariño y respeto. Las mujeres, por razones de su sexo, son discriminadas y consideradas menores de edad en muchas sociedades. Se les mantiene dependientes, por el mismo trabajo se les paga menos y sufren violencia intrafamiliar, casi nunca denunciada ni castigada, entre otras situaciones que no les permiten un desarrollo humano integral (14).

En la actualidad, el maltrato a los derechos humanos de los individuos ha sido más latente. Cuántas veces se han escuchado problemas de violencia intrafamiliar y extrafamiliar en contra de las mujeres, niños, jóvenes, indígenas y personas con discapacidad. En México el índice de violencia en contra de las mujeres ha ido en aumento, a pesar de la difusión de los medios de comunicación, de las instituciones a favor de los derechos de las mujeres e instituciones organizadas en contra de la violencia a la mujer. Según el estudio Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence del organismo American Medical Association, hasta un 70% de las mujeres afirman haber sufrido agresión física o psicológica por su pareja masculina. Además, la violencia contra la mujer embarazada es más frecuente de lo que pensamos. El mismo estudio menciona que en una investigación realizada en México con mujeres embarazadas, 31.1% de ellas afirma haber soportado actos de violencia sexual, verbal o física de parte de su compañero sentimental. Una mujer embarazada maltratada por su esposo puede desarrollar problemas de autoestima, trastornos psicológicos y las repercusiones de tales actos.

México es uno de los países más violentos del mundo, situación que tiene un impacto negativo entre los niños, niñas y adolescentes, pues desde hace casi 30 años, mueren

asesinados a diario dos menores de 14 años a causa de la violencia familiar y la delincuencia común, alerta el Informe Nacional sobre Violencia y Salud elaborado por la Secretaria de Salud y auspiciado por la ONU. (15)

La violencia es un problema real y auténtico, así como grave que existe en la sociedad y nos involucra a todos. Las mismas autoridades que lo detectan constantemente deberían poner especial cuidado en los primeros indicios como indicador o consecuencia. La violencia tiene múltiples facetas, puede ser: verbal (insultos, críticas, calificativos, etc.) física (sacudidas, pellizcos, golpes, hambre) psicológica (silencios, ignorar, abandono), sexual y todas sus manifestaciones son delitos que se deben castigar con cárcel para los adultos. Es gritar para hacerse obedecer o para hacer sentir el enojo propio es maltrato, tan grave como el abuso físico. Los niños víctimas de abusos, frecuentemente terminan como adultos abusivos y psicópatas. (16)

Se ha calculado en estudios en países centro americanos que un alto porcentaje, 86.8% de los jóvenes adolescentes manifiesta algún tipo de violencia, predominando el sexo femenino de 58.3% y en el grupo etáreo de 13 a 15 años, presentándose más frecuentemente la modalidad de violencia psicológica sobre la física (73.5% vs 54.7%) y solo el 1.8% abuso sexual. Resultando además las madres las que más violentas se manifiestan, la baja autoestima y la agresividad fueron los síntomas más asociados al maltrato y un bajo porcentaje de las familias reñían, conciencia de las manifestaciones de violencia que los afectaba. (17)

La violencia en sus distintas formas y manifestaciones produce efectos sobre la salud de la población que incluyen daños a la salud mental, complicaciones médicas y lesiones que incluso pueden llevar a la muerte. Las consecuencias de la violencia junto con enfermedades crónicas y accidentes, son los problemas de mayor relevancia en el perfil epidemiológico de nuestro país, y responsables de un considerable volumen de años de vida saludable perdidos cada año (18).

La violencia familiar se ejerce tanto en el ámbito privado como público, a través de manifestaciones del abuso de poder que dañan la integridad del ser humano. La NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Define que la violencia familiar comprende el acto u omisión, único o repetido, cometido por una persona en contra de otra(s) con quienes se tiene una relación de parentesco por consanguinidad, civil o de hecho, esto incluye a la pareja, hijos, padres, hermanos (18).

Para la segunda encuesta ENVIM realizada en 2006, los resultados mostraron prevalencias más altas principalmente de violencia psicológica y física, resultando en una prevalencia de violencia de pareja actual de 33.3%.

En México, la tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) en niños entre 5 y 14 años en 2007 fue de 0.9 defunciones por 100,000 hab.; mientras que para las niñas fue de 0.6. Para el grupo de 15 a 19 años las tasas fueron considerablemente mayores llegando a 11.3 defunciones por 100,000 hab. para los varones y 2.1 para las mujeres. Esta situación puede ocurrir en el hogar o fuera del mismo, lo que caracteriza a la violencia familiar es la relación existente entre los involucrados, no el sitio donde ocurre. La violencia familiar adopta diferentes tipos, que son: física, psicológica, sexual, económica, y abandono; los que pueden presentarse simultáneamente. Los receptores más frecuentes de la violencia familiar son niños, niñas, mujeres, adultos mayores y personas con discapacidad (18).

I.2.1. Clasificación de la violencia familiar

La violencia familiar comprende: Violencia psicológica, física, sexual, abandono y económica.

I.2.1.1. Psicológica

Maltrato psicológico, a la acción u omisión que provoca en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos. Caracterizada por violencia de emocional, insultos, humillaciones, amenazas, etc.

La ENVIM 2006 reporta este tipo de violencia como la segunda causa identificada, seguida de la física, en contraste en el mismo estudio, se realizó una encuesta a los trabajadores de la salud sobre este mismo problema encontrándose que el 23.6% respondió afirmativamente haber vivido algún tipo de violencia contra un 76.4% que respondió que no. En ellos predominó la violencia psicológica sobre la física, el 92.5% reportó haber tenido violencia psicológica sobre el 7.5% que la negó y 37.8% refirió violencia física sobre 62.2% que no la presentó, cabe señalar que una sola persona pudo haber sufrido diferentes tipos de violencia. Esto pudiera generar alguna hipótesis sobre resultados referidos en el apartado de violencia física, que a mayor nivel escolar cabe la posibilidad de menor violencia física pero mayor psicológica. (19)

Principales indicadores documentados en la literatura de violencia psicológica:

- Baja autoestima
- Cansancio y fatiga crónica
- Problemas de memoria y concentración
- Distorsiones del pensamiento
- Cefaleas crónicas
- Marcada disminución en el interés o la participación en actividades significativas
- Miedo intenso, desesperanza, culpa, vergüenza u horror
- Recuerdos perturbadores recurrentes e intrusivos
- Ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashbacks
- Hipervigilancia o estado de alerta constante, palpitaciones
- Depresión leve, moderada y severa
- Trastornos del sueño (dificultad para dormir o mantenerse dormido/a) y pesadillas

- Sentimientos de miedo, ira, culpa, vulnerabilidad, tristeza, humillación, y desesperación
- Trastornos de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia a sustancias
- Ideación o intento suicida.

I.2.1.2. Física

Maltrato físico, al acto de agresión que causa daño físico. Caracterizada por empujones, sacudidas, jalones, golpes, quemaduras, entre otros, independientemente de la frecuencia de ocurrencia (19).

La violencia en la infancia ha sido identificada como uno de los predictores más importantes para sufrir otras experiencias de violencia en la vida adulta; es por ello que se ha incluido tanto en la primera encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres (ENVIM) como en la segunda (2006). En todos los análisis realizados con los resultados de la ENVIM 2003, la variable violencia infantil resultó asociada significativamente a la violencia de pareja actual, al malestar emocional y a la severidad de la violencia de pareja actual. En el análisis, la violencia hacia las mujeres empieza en edades tempranas en su modalidad de golpes y humillaciones; 29% mencionó ser humillada por algún miembro de la familia y 33.3% informó ser golpeada. Una vez más el maltrato físico fue reportado con mayor frecuencia que el psicológico. Respecto de la escolaridad, llama la atención que aún 1 de cada 10 mujeres informó no haber recibido instrucción formal en el sistema escolar de México. Asimismo, 68.2% de las entrevistadas ha incursionado en la educación básica, esto es consistente con los 9 años en promedio que manifestaron haber estudiado. (19)

Existe una percepción generalizada de que la violencia contra las mujeres se da en el contexto familiar y casi siempre sustraído a comunidades rurales, negando su existencia en las áreas urbanas.

Principales indicadores documentados en la literatura de violencia física: Demora en buscar tratamiento para las lesiones recibidas.

Signos como:

- Hematomas
- Laceraciones
- Equimosis
- Fracturas
- Quemaduras
- Luxaciones
- Lesiones musculares
- Trauma ocular
- Trauma craneoencefálico y daño neurológico
- Lesiones diversas congruentes o incongruentes con la descripción del mecanismo que las produjo
- Lesiones recientes o antiguas, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes
- Lesiones durante el embarazo

Además de:

- Aborto
- Síndrome crónico de intestino irritable

I.2.1.3. Sexual

La violencia en las relaciones de pareja durante la adolescencia es un problema con una creciente y preocupante incidencia. Aunque históricamente no se le ha dado importancia a este tipo de violencia (debido, en parte, a que los adultos no se han tomado demasiado en serio las relaciones entre adolescentes), hoy en día podemos afirmar que la violencia de pareja que se dan entre adolescentes puede tener repercusiones psicológicas y comportamentales muy graves. (20)

La violencia sexual o maltrato sexual, es toda forma de abuso de poder mediante el cual se induce o se obliga a otro/a a realizar prácticas sexuales no deseadas que incluye desde presenciar actos de contenido sexual en contra de su voluntad, manosear u obligar a tocar el cuerpo incluidos los genitales, hasta las relaciones sexuales forzadas. Las relaciones sexuales de adultos con menores de edad se consideran como abuso sexual ya que el menor no tiene la capacidad para consentir libremente y oponerse a la voluntad del adulto (18).

Con frecuencia se piensa que para que haya abuso de poder, tiene que existir el uso de la fuerza física, sin embargo esto no es así, puede haber coacción mediante amenazas de dañar a familiares y seres queridos, amenazas con armas u objetos o bien amenazas de represalias en la escuela o el trabajo.

La violencia sexual es una de las experiencias más traumáticas para las personas que la han sufrido, en la ENVIM 2006 hace referencia que de las personas violadas a la que se atendió pertenecía al sexo masculino en el 5.5% de los casos mientras que el 94.5% restante correspondió al sexo femenino. La persona violada tenía en promedio 18 años de edad (desviación estándar de 23.14 años) siendo el grupo de edad de 10 a 19 años el más afectado con 44.7%, seguido del de 20 a 29 años con un 20.4%. (19)

Se han identificado numerosos factores de riesgo en relación a la violencia en las relaciones de pareja entre adolescentes, entre los que se incluyen, por ejemplo, factores sociodemográficos tales como el bajo estatus socioeconómico, o la pertenencia a determinadas minorías étnicas. (20)

Principales indicadores documentados en la literatura de violencia sexual:

- El embarazo en niñas o adolescentes muy jóvenes
- Infecciones de transmisión sexual
- Prurito o hemorragia vaginal
- Defecación o micción dolorosa
- Dolor abdominal o pelviano crónicos

- Problemas sexuales y ausencia de placer
- Vaginismo (espasmos de los músculos alrededor de la abertura de la vagina) o traumas en la región vaginal
- Infecciones recurrentes en las vías urinarias
- Embarazo no deseado que puede ser indicativo de embarazo forzado debido a violación
- Aborto
- Lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales
- Ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales
- Abuso o dependencia a sustancias
- Alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años. A la vez, debido a sus características diferenciales, la franja adolescente se subdividirá en dos grupos que implican también diferentes respuestas o acciones específicas: adolescencia temprana el de 10 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. (21)

I.2.1.4. Abandono

Se llama abandono al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.

El abandono implica conductas en las que se omiten de manera sistemática e injustificada los cuidados hacia otro, como en el caso de las y los menores de edad, adultos mayores o personas con discapacidad, este tipo de conductas ponen en peligro la salud de las personas, como impedir que la persona acuda a sus citas médicas, no dar los medicamentos o dejarle sin comer, son formas de abandono.

Principales indicadores documentados en la literatura de abandono, sin embargo, es posible que en la práctica cotidiana el personal de salud se encuentre con otros o éstos mismos con características muy particulares de acuerdo con su población de atención. (19)

Signos y síntomas, físicos o psicológicos debidos al incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien está obligado a su cuidado y protección que pueden manifestarse en:

- Alimentación
- Higiene
- Control o cuidados rutinarios
- Tensión emocional
- Desarrollo psicológico
- Necesidades médicas atendidas tardíamente o no atendidas.

I.2.1.5. Económica

El maltrato económico, consiste en despojar o impedir el acceso a los bienes materiales o patrimonio familiar a los integrantes del grupo familiar, negar los recursos existentes para la manutención con la finalidad de controlar la conducta de alguno de los integrantes (19).

I.3. Depresión

Depresión: trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día. La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado, la mayoría de nosotros se siente de esta manera una que otra vez durante períodos cortos. (22)

La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado. (23)

Estudios señalan que la depresión mayor representa un importante problema de salud pública, ya que se estima que para el año 2020 será la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo, representando el 3.4% de la carga total de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad, después de la enfermedad isquémica cardíaca. Otros autores corroboran esta tendencia, afirmando que la depresión es la condición crónica más común después de la hipertensión en la práctica médica general. Cassano y Fava (2002), resaltan en la revisión que hacen de la relación entre depresión y salud pública los hallazgos de diversos autores en cuanto a las consecuencias del trastorno depresivo mayor, entre las cuales se encuentran el incremento de la mortalidad, el aumento de la tasa de suicidio y homicidios, el incremento de los comportamientos agresivos y del consumo de drogas, la disminución de la actividad productiva y el aumento de los costos al utilizar los servicios de salud (24).

Las tasas variables de depresión en función del género y la clase socioeconómica son el resultado de reacciones diferenciales de los adolescentes a factores económicos del medio familiar y social, y de interacciones complejas, recíprocas y dinámicas (transacciones) entre los sujetos de géneros opuestos dentro de una misma clase.

La depresión tiende a presentarse con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Por ejemplo, se ha reportado que en Estados Unidos la prevalencia del trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida corresponde al 21.3% en mujeres y 12.7% en hombres. También se ha encontrado que los jóvenes entre 16 y 21 años muestran los más altos índices de depresión en comparación con otros rangos de edad, a excepción de la depresión severa en los hombres en el rango de 28 a 33 años.

Los altos índices de depresión pueden deberse a las condiciones socioeconómica y políticas actuales, caracterizadas por altos índices de desempleo, violencia y pobreza, incertidumbre laboral y pocas expectativas ocupacionales. Adicionalmente, se afirma que la inseguridad vivida en países tercermundistas, la alta prevalencia del alcohol y la falta de disponibilidad de tratamiento son otras razones que inciden en el desarrollo de esta problemática. En el caso de Colombia, las condiciones que podrían haber explicado un alto índice de prevalencia de depresión son la alta tasa de migración de zonas rurales y de las urbanas, la alteración de la red de soporte social y de las relaciones personales familiares, como consecuencia de la alta violencia que coloca a los individuos en una continua situación de duelo (24).

Las mujeres de clase alta constituyeron el grupo con la tasa de depresión más elevada. De acuerdo con el Modelo Económico-Transaccional, varios son los factores que explican este resultado. Desde el punto de vista económico, su posición y sus recursos les permiten una constante exposición a influencias culturales foráneas a través de los medios masivos de comunicación y/o de su contacto directo con ellas, lo que genera un proceso de acelerada aculturación que no permite la movilización efectiva de los mecanismos de ajuste emocional adecuados. De las mujeres, el grupo que menor tasa de depresión, presentó fue el de clase media, posiblemente debido a ciertos elementos culturales de protección psicológica relativa, tales como un ritmo más lento de cambio sociocultural, y un apego a valores, normas y expectativas más tradicionales.

Los varones de clase alta presentaron las tasas más bajas de depresión de toda la muestra estudiada. Desde una perspectiva económica, puede argumentarse que esto se debe en parte a la tranquilidad que les provee la seguridad económica por el patrimonio familiar. Otro elemento, íntimamente vinculado al anterior y posiblemente complementario, es el relativo conformismo que esta tranquilidad económica genera; esto limita en buena medida el cambio social o cultural y disminuye las fuentes de frustración y preocupación que asaltan al muchacho cuyo futuro resulta más incierto. Un tercer elemento de relativa protección psicológica en contra de la depresión para este grupo al tener conductas autoestimulantes, tales como carreras de carros, de motos,

etc., o por su automedicación a través de alcohol, tabaco u otras drogas. Entre los varones, los de clase media son los que presentaron las tasas de depresión más elevadas. Desde el punto de vista económico, este grupo está expuesto a mayores presiones y frustraciones por la característica de su condición de clase, de incorporar los valores y aspiraciones de la clase alta sin contar con los medios económicos para alcanzarlos (24).

Los jóvenes son unos de los grupos etéreos que presenta mayor posibilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, social y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum 2000). Además la adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y edad adulta. En particular, se ha encontrado que individuos con historia de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta. (24)

En un estudio que se realizó en niños de 10 a 14 años, se encontró ideación suicida en el grupo con mayor estado depresivo, el porcentaje más alto fue en la depresión moderada, sin diferencia del sexo. El grupo con ideación suicida presenta más casos de autoestima baja en comparación con el grupo sin ideación. Sin encontrarse diferencia en la frecuencia en niños y niñas. Una autoestima baja sumada a la presencia de depresión está relacionada a producir consecuencias que pueden dañar importantemente a los niños que presentan estos problemas. (25)

En México, al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte. Se estima que la prevalencia de los adolescentes con síntomas depresivos 22.8% a 50.8% (29.8%). Las diferencias de género persistieron, presentando las mujeres mayor porcentaje de depresión que los varones (11.2 vs. 6.7

%). Aunque se reconoce la relevancia de la depresión en la adolescencia, muchas veces no se proporciona la atención debida. (26).

Los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos y son resistentes a consultar a un profesional de la salud. Cuando acuden para atención médica, lo hacen por manifestaciones somáticas. Por dichas razones, este grupo se vuelve vulnerable al no tener identificados sus problemas emocionales, que tal vez no podrán resolverse de forma espontánea y dificultarán el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta. Se encontró una correlación negativa significativa entre la depresión y la autoestima. Usando un análisis de regresión, se encontró que la autoestima y sus componentes contribuían significativamente a los niveles de depresión: Los factores causales de la depresión en el adolescente son múltiples, entre ellos el genético, ya que se ha demostrado mayor riesgo de depresión en hijos de personas que presentan trastornos afectivos. Así mismo, se ha informado la presencia de factores biológicos como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina. Se han detectado factores individuales como labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración y falta de logros académicos. Los factores sociales como la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales también desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión del adolescente. (27)

En cuanto a las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos en la adolescencia, en ocasiones se destacan algunos síntomas que aparecen desde la infancia y se recrudecen después de la pubertad. El síntoma característico de la depresión es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta. En los cuadros depresivos de los escolares mayores y los adolescentes menores hay cambios graduales. Los escolares mayores tienden a somatizar más sus quejas, a presentar mayor agitación psicomotora y, en ocasiones, alucinaciones. La apariencia depresiva en estas edades no es el único criterio a tener en cuenta, es necesario atender los reportes de los adolescentes acerca de una mayor incidencia de síntomas de desesperanza o falta capacidad para disfrutar

lo que hacen. Además, es necesario fijarse otras referencias como la necesidad de dormir más, cambios en el peso corporal, presencia de ideas acerca de la muerte e ideación suicida. (28)

Según la clasificación diagnóstica del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR American Psychiatric Association, 2000), los criterios de un trastorno depresivo son muy parecidos en niños, adolescentes y adultos. La diferencia que se encuentran se debe a la intensidad de los síntomas y las consecuencias del trastorno. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias, y de la conducta alimentaria. (29)

En los últimos veinte años se han producido una drástica proliferación de teorías psicológicas sobre la etiología de la depresión. Gran parte del aval empírico que apoya los actuales modelos psicológicos de la depresión provienen de estudios realizados con sujetos subclínicamente deprimidos (con un estado anímico depresivo intenso, pero no hospitalizados), que son así clasificados en función de la puntuación obtenida en una determinada escala o inventario de depresión.

En un estudio realizado con estudiantes universitarios, muestra la prevalencia del 52% de depresión, 25% presenta depresión leve, el 19% depresión moderada y el 8% depresión grave. Sobre la relación entre estrato social y depresión, se encontró que los estudiantes que presentan depresión leve y moderada pertenecen a los estratos 1, 2 y 3, principalmente, mientras que los que sufren depresión grave pertenecen mayoritariamente a los estratos 1 y 2, que son los más bajos de la población. Respecto a la edad se encontró que el rango más afectado fue es de los diecisiete y veinte años de edad con depresión.

Rivero y Hernández en un estudio realizado en Lima, Perú, encontró que el 40% de los estudiantes esta propenso a desarrollar un cuadro depresivo, de ellos una tercera parte obtuvieron puntajes elevados de depresión, el resto puntaje intermedios o propensos a desarrollar cuadros depresivos. (30)

I.4. Vida sexual activa

Los significados sobre lo sexual cambian de una cultura a otra, de una época a otra e incluso de una generación a otra en una misma sociedad y de un sujeto a otro. El estudio de la sexualidad no debe limitarse a analizar lo que los cuerpos hacen, sino también los significados que los actores incorporan a sus prácticas y entender que estos significados son parte integral de sus comportamientos.

Resulta importante considerar a la población adolescente en relación con el inicio de de la vida sexual activa, porque es cuando muchos inician su sexualidad, muchas veces con poca información y sin prevención de las consecuencias a su salud e impacto social que generan.

La demanda de información en general y sobre salud sexual y reproductiva en particular, es cada vez mayor; sin embargo, la información disponible por el sistema estadístico nacional y otros países en similar situación, enfrentan dificultades en términos de actualidad, cobertura, contenido y calidad.

La dinámica sexual en el curso de estos últimos 20 años, tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados, ha cambiado considerablemente. La vida sexual de los jóvenes empieza cada vez más temprano, esto lleva consigo innumerables problemas, sobre todo relacionados a la salud reproductiva (31). Se estima que el 50% de los adolescentes menores de 17 años son activos sexualmente (32), comparados con un 45% en el 2001, lo que prueba el incremento del inicio de vida sexual activa y cada vez a más temprana edad.

El problema en México ha sido que se da información sobre métodos de prevención sin buscar específicamente el retraso de la edad de inicio sexual, por lo que se debe enfatizar hacia dónde va dirigida la estrategia de prevención en la sexualidad de los adolescentes.

Derivado entonces del impacto de oportunidades en los comportamientos sexuales y riesgo de los adolescentes y en sus consecuencias inmediatas y mediatas, como son el embarazo de adolescentes, convirtiéndose esto en problema de salud pública que exige una solución.

Adolescente: la OMS hace referencia a los jóvenes entre edades de 10 a 19 años.

I.4.1. Inicio de vida sexual activa

Diversos estudios han demostrado que existe una correlación directa entre el promedio de escolaridad y el inicio de la vida sexual activa. La edad promedio de iniciación de la vida sexual activa es de 14.5 años; para el área rural es de 13.8 y para el área urbana es de 16.7.

En los últimos años, la vida sexual de los jóvenes empieza cada vez más temprano, estimando que el 50% de ellos menores de 17 años son sexualmente activos con el consecuente inicio temprano de la fecundidad, estimándose que el embarazo se presenta 2.3 años después.

Un tema fundamental en el estudio de los jóvenes es la sexualidad. El joven experimenta los cambios corporales e inicia su vida sexual activa dentro de una sociedad que tiene una visión represiva sobre el ejercicio de la sexualidad, y que premia y castiga según se acepten o rechacen sus opiniones y disposiciones. Hasta bien entrado el siglo XX la sexualidad era un tema que se trataba poco en las familias o en las escuelas. Fuera del periodo de la llamada revolución sexual y sus secuelas, en los

años sesenta y parte de los setenta, que se dio en un sector de la juventud más bien ilustrado, la sexualidad no fue abordada por instituciones (33).

Prácticamente los estudios sobre la sexualidad juvenil no comienzan sino hasta el final de la década de los ochenta, unidos a las presiones económicas del Estado y a la emergencia del SIDA. El conocimiento se construye al servicio de la definición de políticas demográficas y del desarrollo de programas educativos y de salud, se importan recursos, temas y problemas del primer mundo de manera a priori: la adolescencia, la ruptura con los valores parentales, la “crisis de identidad”, el embarazo “temprano”, la baja autoestima.

A partir de 1974 se incorporó la educación sexual a la educación escolarizada. Los avances han sido lentos pero han repercutido de manera favorable en la formación de los jóvenes. Las nuevas generaciones aceptan el condón con bastante facilidad, y lo consideran un elemento natural y necesario en su vida sexual. Los estudiantes de las ciudades usan condón casi siempre. Sin embargo, los jóvenes del campo y quienes no tienen acceso a la educación sexual cuentan con menos información sobre el uso de éste y de la vida sexual en general (33).

En el país se han dado una lucha entre los grupos conservadores y una población heterogénea y plural sobre el uso de los anticonceptivos y la necesidad de que los jóvenes tengan información y formación sobre su vida sexual. Un elemento fundamental para que los jóvenes tengan una vida sexual plena es la educación. El problema es que un buen porcentaje de jóvenes está excluido de la educación media (33). Desde la posición subalterna de nuestros países excluyen a más de la mitad de los jóvenes, muchos de los cuales no tienen mayores razones para postergar la maternidad y la paternidad, sin contar además con el capital cultural ni con la infraestructura para involucrarse en prácticas sexuales preventivas. Las prácticas coitales entre los excluidos están más relacionadas con la competencia y la sobrevivencia dentro de grupos de identidad, con la necesidad de realizar alianzas matrimoniales, con la extensión de recursos humanos familiares y con la lógica determinista de la sexualidad,

y menos con postergar los compromisos adultos o decidir una vocación, como ocurre en los grupos juveniles de estratos medio y altos (34).

El inicio de vida sexual comúnmente conocido como IVSA, es un componente fundamental del comportamiento reproductivo de los jóvenes y corresponde al momento en que se tiene la primera relación sexual (35).

Los jóvenes de todo el mundo tienen el derecho de gozar en plenitud su vida sexual, por lo que deben acceder también a la información general y específica sobre el tema. Los adultos y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de proporcionar espacios de conocimiento para que los jóvenes se informen y tengan un punto de vista propio en torno a su vida sexual (35).

La investigación sobre la juventud de México está limitada básicamente a dos grandes temas: uno tienen que ver con el comportamiento sexual y reproductivo de los jóvenes y el otro con la educación y el empleo. Aunque esto no quiere decir que sean los únicos que se abordan, sí son los que tradicionalmente se han estudiado como temas centrales. Sólo en tiempos recientes comienzan a analizarse otros tópicos, como la violencia, por no decir abiertamente la delincuencia, temas de franca importancia hasta ahora poco tratados. Y aun que es una temática cuya relevancia es ampliamente reconocida, no hay correspondencia con los trabajos de investigación ni con los espacios dedicados a ellos (35).

Una de las variables que generalmente se estudian en el campo de la salud sexual adolescente son el porcentaje de personas en esta edad sexualmente activas, la edad de la primera relación sexual, así como otros conocimientos y actitudes sobre la sexualidad (35).

En términos de salud sexual, inicio de vida sexual activa al momento en que se tiene la primera relación sexual, la cual puede implicar el acceso a nuevos riesgos, tales como el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual. En México, la mayoría

de las personas inician su vida sexual antes de los 20 años. La investigación sobre la edad de inicio sexual permite conocer si hay cambios en el tiempo (retraso o adelanto del calendario de inicio sexual), si hay diferencias entre regiones o entre distintos estratos sociales de la población. Estas investigaciones aportan información valiosa para el diseño de estrategias de prevención específicas según los diferentes contextos (35).

Para estudiar la edad de inicio de las relaciones sexuales existen dos métodos apropiados: la proporción de población sexualmente activa a una edad exacta, y las tablas de vida, que se calculan con datos de la población que ha pasado la edad de exposición al riesgo. En el caso de México por ejemplo , alrededor de los 25 años, más del 95% de las personas ha iniciado ya su sexualidad, por lo que es útil considerar las experiencias de la población de 25 años y más para elaborar la tabla de vida sexual activa. Con este método es posible corregir el sesgo en las estimaciones, producto de los datos incompletos, obteniendo la edad media en la primera relación sexual y los cuantiles. La ventaja de este método es que pueden efectuarse comparaciones entre cohortes o regiones geográficas con medidas resumen, aunque presenta el problema de que no pueden realizarse estimaciones para las generaciones más jóvenes, que son precisamente las personas en la adolescencia al momento del estudio (35).

El método que considera la proporción de población sexualmente activa a una edad exacta es también útil, porque permite comparar las experiencias de distintas generaciones o de una misma generación en distintos espacios geográficos. La ventaja de este método es que pueden incluirse las edades más jóvenes, aunque no permite tener una medida resumen como la edad mediana de inicio de la vida sexual (35).

Algunos autores han calculado la edad media entre los sexualmente activos a partir de los datos de una encuesta, considerando la información del grupo de entre 15 y 19 años de edad y han realizado comparaciones con otras encuestas. Esta medida es inadecuada para este fin, pues solamente utiliza información de las personas sexualmente activas de un grupo de edad determinado, lo que produce estimaciones

poco precisas por no incluir información de quienes no han iniciado su vida sexual, proporción que puede cambiar en el tiempo y entre regiones (35).

En décadas recientes ha sido importante el estudio de la juventud, desde el punto de vista sociodemográfico o el netamente sociológico porque se vislumbraba, ya que la propia dinámica demográfica de México, es decir, el hecho de que los jóvenes constituyeran en el corto plazo la parte más importante de la sociedad, cuantitativamente hablando, hacía que cualquier escenario requiriera la consideración de este grupo poblacional, lo cual evidencia su importancia. Pero también en términos sociológicos, va muy de la mano de la transformación en la estructura de la población, básicamente por los cambios ocurridos en la esperanza de vida, es decir cuando este país tenía una esperanza de vida de poco más de cuarenta años, hablando de un pasado lejano, la juventud no tenía la importancia que tiene ahora por obvias razones, diría que se pasaba casi directamente de la infancia a la edad adulta. (36)

Uno de los problemas más graves que tiene que ver con la vida sexual actual es el SIDA. Esta epidemia ha avanzado en México debido a la ignorancia y a la falta de prevención. La vía de transmisión más importante es el contacto sexual, por lo tanto el reforzamiento de la información y los talleres sobre educación sexual en los sistemas escolarizados es un imperativo que tienen que ver con la salud y con el disfrute de la sexualidad entre los jóvenes, sin que se expongan a contraer enfermedades o a que las adolescentes tengan embarazos prematuros no deseados (36).

La investigación sobre la sexualidad juvenil es necesaria para mejorar la educación sexual que se enseña en el sistema escolarizado, así como la que se divulga por los medios masivos de comunicación. Las estadísticas en África sobre los problemas relacionados con la sexualidad en jóvenes de aquel continente, Zambia tiene más del 21.5 % de su población seropositiva para virus HIV, nos alerta sobre la importancia de que los jóvenes cuenten con información precisa y científica sobre sexualidad desde la adolescencia. África subsahariana acumula el 70% de los casos de SIDA. Es también, no hay que olvidarlo, la región más pobre del planeta (36).

Gran parte de la población inicia su vida sexual durante la adolescencia. Es importante que este inicio ocurra de manera informada, libre voluntaria y con acceso amplio a los métodos de prevención del VIH/SIDA y otras ITS. Por otra parte, es importante investigar los cambios en el inicio de la sexualidad que ocurren a través del tiempo, en diferentes regiones geográficas o en distintos estratos sociales y sobre todo investigar los factores asociados al inicio cada vez a más temprana edad del inicio de vida sexual. (36)

I.4. CBTIS No. 180 de Jilotepec

El Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios (CBTIS) No. 180 de Jilotepec, es una institución de educación de nivel medio superior.

El CBTIS No. 180 de Jilotepec, que actualmente se ubica en el km. 3.5. de la carretera Jilotepec-Ixtlahuaca, Ejido de Coscomate, Jilotepec, Estado de México, fue construido con el objeto de que la población estudiantil contara con una escuela de nivel medio superior, iniciando actividades el 1º de octubre de 1983 en las instalaciones de la escuela de artes y oficios, con una matrícula escolar de 66 alumnos repartidos en 2 grupos. Debido a su demanda se aceleró su construcción entregándose estas el 1º de noviembre de 1984.

Actualmente cuenta con una superficie de 28,734 m² de terreno y un área construida de 8,620 m²; con una infraestructura de 14 aulas, 2 laboratorios, 3 talleres y 3 anexos; así como un perímetro de 793 mts. bardeado de concreto. Con una matrícula actual de 587 alumnos, ofertando el bachillerato en el área Físico-Matemático con las especialidades de Mecánica y Computación; bachillerato Económico-Administrativo, con las especialidades en Administración y Contabilidad. (37)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1. Argumentación

En la actualidad diversos factores afectan el estado emocional y afectivo de los jóvenes estudiantes sumado a la vulnerabilidad con la que pueden ser afectados tanto en su autoestima como la facilidad en que pueden ser violentados en diferente modalidad predominantemente psicológica, física y sexual. Además que una sola persona puede estar experimentando más de uno de estas formas de violencia. Se estima que más de la mitad de la población y sobre todo del sexo femenino, experimentan alguna forma de violencia lo que les conduce a presentar una autoestima negativa. Se ha estudiado mucho sobre la violencia que sufren las mujeres durante el noviazgo, como uno de los factores que precipitan la depresión y la autoestima negativa, sin embargo, sabemos que en nuestra sociedad la violencia no solo se da a este nivel sino también en el hogar, fenómeno que no se ha investigado, cuál es esa relación existente como indicador o como predictor, de la presencia de alguna modalidad de violencia familiar y de depresión relacionadas a la presencia de una autoestima negativa, factor que puede conducir a otros problemas como el aislamiento social, un bajo rendimiento escolar y hasta la deserción escolar; impactando en la vida adulta del joven, generándole un obstáculo en su crecimiento laboral y a veces hasta en su integración social.

El incremento de la violencia en cualquiera de sus modalidades se ha venido expresando cada vez más en nuestra sociedad, los adolescentes o los jóvenes, siendo estos los más afectados por estos fenómenos. Pues se estima que aproximadamente la mitad de ellos sufren algún tipo de violencia familiar e igualmente más de la mitad presentan un trastorno depresivo que pudiera generar una autoestima baja con su consecuente repercusión, situación en la que no se ha determinado tanto la frecuencia de la presencia de una autoestima baja relacionada a la presencia de violencia familiar y a la presencia de depresión. Algunos autores estiman la presencia de autoestima negativa entre 5 y 10% a la presencia de fenómenos como violencia familiar y

depresión, sin embargo los estudios se han hecho en poblaciones con un nivel socioeconómico medio bajo y superior. Por lo que cabe entonces hacerse la pregunta cómo está afectando la presencia de la violencia familiar, la depresión y la autoestima en estudiantes durante su adolescencia tardía, relacionados con su vida sexual activa, pues también en algunos estudios, en poblaciones citadinas y en niveles socioeconómicos medio y alto, aparecen factores “protectores” o compensadores de estos fenómenos.

La violencia familiar en sus distintas formas y manifestaciones produce efectos sobre la salud de la población incluyendo no solo los daños físicos, sino también daños a la salud mental, por lo que desde 1996 en la Asamblea Mundial de la Salud reconoció que la violencia es un grave problema de salud pública por los daños a la salud directamente asociados con ella.

Se debe entonces primero identificar aquellos factores presentes en la autoestima negativa. Asimismo investigar la relacionen con la presencia de violencia familiar y con la presencia de depresión, toda vez que están presentes estos fenómeno, en la población más vulnerable, los jóvenes, predominantemente adolescentes, y que además de precipitar la aparición de otros trastornos depresivos, afecta su conducta, con consecuencias como la aparición de más violencia, deserción escolar, prácticas sexuales de riesgo, problemas de asertividad, etc.

II.2. Pregunta de investigación

¿Estará la vida sexual activa asociada a la violencia familiar, a la depresión y a la autoestima en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, Estado de México, 2012?

III. JUSTIFICACIONES

III.1. Académica

Como requisito para obtener el diploma de la Especialidad en Salud Pública.

III.2. Educativa

Con los datos que se tienen sobre las consecuencias de tener jóvenes estudiantes violentados en el seno de sus familias, con trastornos de depresión y de autoestima, es necesario investigar estos fenómenos y su relación con las prácticas de una vida sexual activa desde su inicio; situaciones que afectan tanto en la salud física y psicológica de los estudiantes adolescentes dada la vulnerabilidad a estos fenómenos, por lo que se deben generar estudios de detección y magnitud de estos fenómenos que justifiquen la creación de programas preventivos durante su formación educativa, dirigidos a minimizar los riesgos y consecuencias.

III.3. Económica

La vida sexual activa es un fenómeno que los jóvenes estudiantes presentan a más temprana edad cada vez, y que pueda relacionarse con vivir en situación de violencia familiar, presencia de depresión o de autoestima negativa; problemas de salud muy importantes en este sector social, que se traduce en un incremento en la demanda de los servicios de salud y en consecuencia gastos tanto para el sistemas de salud como a familiares de estos estudiantes por las consecuencias de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, lesiones físicas, y demanda de asistencia psicológica y psiquiátrica. Por lo que es necesario determinar si existe relación entre la vida sexual activa desde su inicio con la presencia de violencia familiar, depresión o de autoestima negativa a fin de incidir preventivamente con oportunidad.

III.4. Epidemiológica

La vida sexual activa es un fenómeno presente hasta en 50 % de los adolescentes, situación que resulta de interés pues cerca del 25 % de las mujeres con vida sexual activa embaraza, más de la mitad se embaraza a los seis meses posteriores al inicio de vida sexual activa. Según el Informe Nacional sobre Violencia y Salud elaborado por la Secretaría de Salud, auspiciado por la ONU quien reporta que México es uno de los países más violentos del mundo. En países centroamericanos, más de 80 % en jóvenes adolescentes entre 13 y 15 años, predominando en el género femenino casi 60%, vive en situación de violencia familiar. La depresión es un fenómeno presente entre 20 al 50 % de los adolescentes, para el 2020 la OMS espera que la depresión sea la causa más importante de incapacidad y muerte después de las enfermedades cardiovasculares. La autoestima se ha estudiado como uno de los principales indicadores de bienestar psicológico con estadísticas que hablan por ejemplo en poblaciones citadinas específicamente en adolescentes una frecuencia de 5%, hasta 10 % en población rurales.

III.5. Social

Estamos viviendo con una generación de adolescentes, que vive una nueva época en la existente libertad de expresión y de sus conductas. Un inicio de vida sexual activa a edades cada vez más tempranas, el incremento de jóvenes que viven en situación de violencia familiar, de trastornos depresivos y de autoestima negativa; generando poca asertividad en los jóvenes que puede conducirlos a actos delictivos, incumplimiento de metas escolares (deserción), laborales (incompetencia laboral) y apatía social, representando un verdadero problema de impacto social.

IV. HIPÓTESIS

En los alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, Estado de México, la vida sexual activa está asociada a la presencia de violencia familiar predominantemente con respecto a la presencia de depresión y a la autoestima negativa.

IV.1. Unidad de observación

Alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, Estado de México.

IV.2. Variables

IV.2.1. Dependiente

Vida sexual activa

IV.2.2. Independientes

Violencia familiar

Depresión

Autoestima

IV.3. Elementos lógicos

En, los, la, está, asociada, a, la, presencia, de, predominantemente, con, respecto, a, la, presencia, de, y, a, la, negativa.

V. OBJETIVOS

V.1. Objetivo General

Determinar que en los alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, Estado de México, la vida sexual activa está asociada a la presencia de violencia familiar predominantemente con respecto a la presencia de depresión y a la autoestima negativa.

V.2. Objetivos Específicos

Identificar la vida sexual activa por grado escolar en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.

Identificar la vida sexual activa por edad en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.

Describir violencia familiar por grado escolar y edad en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.

Describir depresión por grado escolar y edad en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.

Describir la autoestima por grado escolar y edad en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.

Relacionar la vida sexual activa con la violencia familiar en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.

Relacionar la vida sexual activa con violencia familiar y género en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.

Relacionar la vida sexual activa con la depresión y género en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.

Relacionar la vida sexual activa con la autoestima y género en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.

VI. MÉTODO

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

VI.2. Diseño de estudio

Se realizó una plática con directivos y profesores del plantel con el fin de explicar el interés, objetivos, procedimiento y alcances de la investigación. Se obtuvo la autorización por el director del plantel. Se coordinaron los tiempos y espacios para la aplicación de los instrumentos de investigación.

Se pidió a los alumnos y a los padres o tutores de los menores de edad el consentimiento y asentimiento firmado aceptando su participación voluntaria en el estudio.

Se foliaron los instrumentos y se aplicaron respetando el anonimato del participante. Se obtuvo los datos mediante la aplicación de los instrumentos en un solo momento en cada grado escolar del ciclo 2012-2013. Se inició con los alumnos de tercer grado escolar, seguido de los de segundo grado y finalmente a primer grado.

Se entregó el test a cada alumno y al término de su llenado, se verificó que se llenara en su totalidad.

Se concentraron los datos en cuadros y se generaron gráficos para representar los resultados. En este estudio no se realizó ninguna prueba estadística toda vez que se trató de un estudio descriptivo solo de relación.

VI.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR	ITEMS
Vida sexual activa.	Capacidad de un hombre y de una mujer para mantener actos sexuales coitales con otro del mismo o diferente sexo con fines reproductivos o de placer.	Acto en el que el alumno ha tenido una o más relaciones de tipo coital.	Cualitativa nominal	No: Selección de la respuesta con inciso a. Si: Selección de las respuestas b, c, o d.	Inciso D
Autoestima	Rosenberg entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características.	Evaluación positiva o negativa de los atributos personales del alumno.	Cualitativa nominal	Positiva: Normal o alta. Con 25 puntos y más. Negativa: Baja. Menos de 25 puntos.	1 – 10. Instrumento de Rosenberg
Violencia familiar	El acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la	Situación caracterizada por la presencia de agresión psicológica, física o	Cualitativa nominal	Presente: Respuesta afirmativa a más de una pregunta de la sección I, o a cualquier	1 – 10 Herramienta de detección de violencia familiar.

	misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra.	sexual sobre el alumno.		pregunta de las secciones II y III. Ausente: Respuesta negativa a cuando menos dos preguntas de la sección I y a todas las de la sección II y III.	
Depresión	Trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día.	Presencia de un estado de ánimo bajo o de tristeza profunda en el alumno.	Cualitativa nominal	Presente: Más de 15 puntos. Ausente: 0 y 15 puntos.	1 – 30 Instrumento CES-D-R.
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	Años cumplidos del alumno.	Cuantitativa continua	15 16 17 18 19 ≥ 20	Inciso A
Género	Es la organización social de la diferencia sexual, Joan Scott.	Categoría masculino o femenino del alumno.	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Inciso B

Grado escolar	En las escuelas, cada una de las secciones en que sus alumnos se agrupan según su edad, sus conocimientos, etc.	Nivel escolar que cursa el alumno.	Cualitativa ordinal	Primero Segundo Tercero	Inciso C
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	---------------------	-------------------------------	----------

VI.4. Universo de trabajo

Los alumnos del CBTIS No. 180, ciclo escolar 2012-2013 que cumplieron con los criterios de inclusión.

VI.4.1. Criterios de inclusión

- Alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, Estado de México, inscritos en el ciclo escolar 2012 – 2013.
- Aceptaron voluntariamente participar en la investigación, con asentimiento o consentimiento firmado.

VI.4.2. Criterio de exclusión

- Alumnos menores de 18 años que no contaron con el consentimiento del padre o tutor para participar en la investigación.

VI.4.3. Criterios de eliminación

- Respondieron inadecuadamente la encuesta, contestaron parcialmente o eligieron dos o más respuestas por pregunta donde no aplicaba.
- Alumnos que durante la aplicación de la encuesta abandonaron la investigación.

VI.5. Instrumentos de investigación

- Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)
- Herramienta de detección de Violencia Familiar
- La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos versión revisada (CES-D-R)

VI.5.1. Descripción

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES):

Rosenberg entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. El instrumento evalúa la abstracción que el individuo hace de sí mismo en relación con sus atributos, sus capacidades, sus actividades y sus objetos. Consta de 10 preguntas, que puntúan entre 1 y 4 en una escala tipo Likert (muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo), lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Los autores del cuestionario no han establecido puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque se suele considerar como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos. Este instrumento resulta muy útil para evaluar el nivel de interferencia del maltrato en la autoestima del sujeto. La mitad de los ítems están planteados en forma positiva y la otra en forma negativa, con el objeto de controlar la aquiescencia (tendencia a responder afirmativamente, con independencia del contenido de la pregunta). (19)

La forma de interpretar la puntuación obtenida al completar el cuestionario consistió en compararla con la media citada en el siguiente cuadro. Si el resultado obtenido fue similar o superior a las medias presentadas estaríamos frente a un caso de autoestima elevada, mientras que si, por el contrario, el resultado fue similar o inferior, nos encontramos frente a un caso de reducida autoestima. (34)

Resultados

	Hombres	Mujeres
Puntuación	32,53 (\pm 3,92)	31,14 (\pm 4,55)

Herramienta de detección de Violencia Familiar:

Este instrumento es usado en la detección de violencia familiar y está dividido en tres secciones: I. Violencia psicológica: con tres reactivos; II. Violencia física: con tres reactivos y III. Violencia sexual: con cuatro reactivos. Todas las preguntas son dicotómicas (si o no), para la opción si, se interroga quién lo hizo.

Este test como su nombre lo indica es de detección, no mide riesgo ni capacidad de respuesta ante una situación de violencia, sin embargo es una herramienta que se ajusta perfectamente para los fines de esta investigación. Si el alumno(a) responde afirmativamente a más de una de las preguntas de la sección I, o a cualquiera de las preguntas de las secciones II y III, está viviendo en situación de violencia. (41)

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos versión revisada (CES-D-R:

La escala CES-D-R por sus siglas en inglés, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*. Es un instrumento de tamizaje validado y confiable tiene una gran utilidad práctica y metodológica porque proporciona una aproximación precisa para la detección de posibles casos clínicos de depresión. Este instrumento es muy conveniente por su brevedad y porque no requiere personal especializado para su aplicación y calificación.

Es un instrumento que consta de 35 items con preguntas tipo Likert, escasamente, algo, ocasionalmente, la mayoría y casi diario. Es una escala de autoreporte desarrollada para ser utilizada en estudios epidemiológicos. Evalúa con precisión síntomas

depresivos en la población adolescente. Identifica estados depresivos más que depresión clínica con un punto de corte de 0-15 para ausencia de depresión. (15)

VI.5.2. Validación

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES):

La Escala de Autoestima de Rosenberg se presentó por primera vez 1965, siendo posteriormente revisada por el mismo autor en 1989. Esta herramienta ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en 53 países.

Herramienta de detección de violencia familiar:

No requiere ser validado ya que se acepta su uso dentro de la Secretaría de Salud.

Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies:

Los resultados de estudios muestran que la CES-D-R es un instrumento que posee características psicométricas satisfactorias de confiabilidad y validez para adolescentes estudiantes mexicanos. La versión revisada, ofrece ventajas sobre la original porque corresponde mejor a los sistemas contemporáneos de clasificación de las enfermedades, satisface de manera más amplia las diversas dimensiones de los síntomas depresivos y obtiene valoraciones de mayor confiabilidad para cada uno de ellos.

Un estudio de validación se realizó en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2008), México, por Catalina González-Forteza y Col. La escala mostró una estructura de seis factores (varianza explicada, 55%), consistencia interna excelente ($\alpha = 0.93$), discriminación significativa entre puntajes extremos ($z = -3.695$, $p < 0.001$) y correlación positiva y significativa con la escala de ideación suicida de Roberts ($r = 0.685$, $p < 0.001$).

VI.5.3. Aplicación

Se realizó de manera directa por el investigador.

VI.6. Desarrollo del proyecto

Se inició el proceso con una reunión con los profesores del plantel para coordinar las actividades y la aplicación de los instrumentos de evaluación, con responsabilidad del control por el investigador.

Los instrumentos de investigación se aplicaron en las aulas correspondientes, que designó la autoridad escolar, dentro de las instalaciones del plantel; de acuerdo con las fechas establecidas en el cronograma y durante un horario regular de clase, y con la presencia del investigador.

Se pidió a los alumnos dejar el espacio de una butaca entre él y sus compañeros, asimismo se informó a los alumnos de la garantía de confidencialidad y anonimato de sus respuestas.

Se recabó la información mediante una encuesta con la técnica de aplicación de un cuestionario, con preguntas semiestructuradas. Se entregó a cada alumno las impresiones con los instrumentos de investigación. Se dieron las instrucciones sobre el llenado de cada cuestionario y las recomendaciones para evitar errores que pudieran anular el instrumento o dificultar su interpretación.

Una vez concluida la encuesta, se recabó y se reiteró en que, los resultados serán confidenciales y solo utilizados para el proyecto de investigación, a los que nadie tendrá acceso.

Finalmente se verificó cada cuestionario, que fuese llenado correctamente para posterior, su interpretación y utilidad en la aplicación del método estadístico.

VI.7. Límite de espacio

La investigación se realizó dentro de las instalaciones del CBTIS No. 180 de Jilotepec.

VI.8. Límite de tiempo

El presente estudio se realizó en los meses de septiembre de 2012 a febrero 2013.

VI.9. Diseño de análisis

Se realizó mediante el método estadístico, la organización y análisis de los datos, la presentación de resultados y las conclusiones.

1. Organización y clasificación de resultados.
2. Elaboración de cuadros
3. Se obtuvieron mediciones de estadística descriptiva.
4. Se utilizaron gráficos para representar los resultados obtenidos.
5. Análisis de resultados.
6. Presentación y conclusión de resultados.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El estudio se realizó respetando todos los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, promulgados en la 18ª Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en Junio de 1964, Helsinki Finlandia. Entre los que destacan el respeto por el individuo, a su derecho a la autodeterminación y a la toma de decisiones informadas. (42)

Esta investigación se basó en lo establecido en la Ley General de Salud de los Estado Unidos Mexicanos en materia de investigación de salud, título quinto, capítulo único, artículos 96 al 103; en donde hace mención de la responsabilidad en los principios científicos y éticos de las investigaciones en seres humanos por el profesional. Y que establece no producir daño, contar con un consentimiento informado por escrito, y la autorización por la misma Secretaría de Salud en investigaciones en las que no se tenga suficiente evidencia científica.

Se dio a cada participante una hoja de consentimiento, anexo 5, la cual firmó. Cuando se trató de un menor de edad y deseó participar en la investigación, fue necesario el asentimiento informado y el consentimiento otorgado por el responsable o tutor del estudiante.

Se consideró siempre el bienestar y la integridad psicológica de cada estudiante, sobre los intereses de esta investigación, con absoluto respeto a sus derechos.(43) Por lo que se cuidó no provocar ningún daño psicológico, toda vez que se aplicaron instrumentos avalados y probados con bases en un conocimiento científico previo muy cuidadoso.

Siempre se mantuvo una estricta confidencialidad de la información vertida en los instrumentos de evaluación, toda vez que solo fue utilizada para la detección de factores asociados al problema de investigación y su interpretación estadística.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista:

M.C. y P. Carlos Acevedo Arce.

Directores de tesis:

PH. D. Mario Enrique Arceo Guzmán.

E.S.P. Nancy Cedillo Villavicencio.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio se realizó con 117 alumnos estudiantes de nivel medio superior, de los cuales 84 (47.5 %) son del género masculino y 93 (52.5 %) del género femenino, con un rango de edad de 15 a 20 años, una mediana de 17 años, una media de 16.8 años y una moda de 18 años.

El cuadro 1 y gráfico 1A muestran que 57 (32.2 %) de los alumnos tiene vida sexual activa, porcentaje similar al referido por Trejo-Ortíz, Moreno-Chávez y colaboradores (44) “El 30,8 % manifestó llevar vida sexual activa”. 120 (67.8%) de los alumnos estudiados no ha iniciado vida sexual activa.

El gráfico 1B, muestra que la violencia familiar está presente en 23 (13.0 %) de los alumnos estudiados; la depresión está presente en 27 (15.2 %), y la autoestima negativa en 25 alumnos que corresponde al 14.0 %. Predominando la depresión respecto a la presencia de violencia familiar y a la autoestima negativa. En total el 42.2 % de estos alumnos presenta alguno de los fenómenos, violencia familiar, depresión o autoestima negativa. Otro dato importante es que 7 alumnos (11.8 %) presenta simultáneamente dos o tres de estos problemas detectados.

Otros datos de interés encontrados en alumnos con vida sexual activa, 23 (40.4 %) tienen siempre con la misma pareja, 21 (36.8 %) una vez con su pareja y 13 alumnos (22.8 %) siempre con diferente pareja. En los alumnos con vida sexual actividad la edad de inicio más frecuente fue 17 años en 25 alumnos correspondiendo al 43.8 %. El promedio de edad de inicio de vida sexual activa fue de 16 años. Estos resultados son similares a los obtenidos por Trejo-Ortíz, Moreno-Chávez y colaboradores (44) “La edad de inicio de la actividad sexual fue a los 17 años”, pero difiere a lo reportando por Hernández Castillo y colaboradores (45) “El 45% de la población estudiada ya tiene vida sexual activa, con edad de inicio de 15 años”.

El cuadro 2 y gráfico 2, muestran la frecuencia de vida sexual activa en alumnos por grado escolar, siendo mayor en los de tercer grado con 33 alumnos que corresponden al 18.7 %, seguidos por los de segundo grado con 16 (9.0 %) y primer grado con 8 (4.5 %). El gráfico 2 muestra el incremento en alumnos con vida sexual activa, cuatro veces más en los de tercer grado respecto a los de primero.

Otros datos de interés obtenidos en alumnos con vida sexual activa fueron que 23 (40.4 %) tienen vida sexual activa siempre con la misma pareja, 21 (36.8 %) una vez con su pareja y 13 alumnos (22.8 %) siempre con diferente pareja. Por género, 28 alumnos (15.8 %) corresponden al género femenino, de ellas 16 (57.1 %) ha tenido vida sexual activa siempre con la misma pareja, 5 (17.9 %) con diferente pareja y 7 (24.1 %) una vez con su pareja. Del género masculino, 29 (16.4 %) tienen vida sexual activa, de ellos 7 (24.1 %) tienen siempre con la misma pareja, 8 (27.6 %) con diferente pareja y 14 (48.3 %) una vez con su pareja. En estos alumnos la edad más frecuente en la que iniciaron vida sexual activa fue a los 17 años en 25 correspondiendo al 43.8 %. El promedio de edad de inicio de vida sexual activa fue de 16 años. Resultados que coinciden con los obtenidos por Trejo-Ortíz, Moreno-Chávez y colaboradores (44) “La edad de inicio de la actividad sexual fue a los 17 años”, pero difiere con lo reportando por Hernández Castillo y colaboradores (45) “El 45% de la población estudiada ya tiene vida sexual activa, con edad de inicio de 15 años”.

La vida sexual activa en este estudio, es un fenómeno presente en la tercera parte de los alumnos, siendo una práctica en la que no predomina género. El resultado difiere de los obtenidos por Hernández-Castillo y Cargil-Foster (45), “El 45 % de la población estudiada ya tiene vida sexual activa”, coincidiendo en este mismo estudio en la proporción de alumnos con vida sexual activa por género (45), “se considera que en cuanto al género hay relación de 1:1, tanto hombres como mujeres inician su vida sexual activa en la misma proporción.”

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (46) refiere que el 23 % de los adolescentes de 12 a 19 años de edad han iniciado vida sexual activa, cifra por debajo a la encontrada en el presente estudio.

El cuadro 3 y gráfico 3, muestran la vida sexual activa de los alumnos por edad, predominando a los 18 años con 23 (13.0 %) y 17 años con 20 (11.3 %). En este mismo sentido otro dato de interés, el promedio de edad en el inicio de vida sexual activa fue de 16 años; con un rango de 10 años 1 alumno (0.6 %) hasta 18 años con 2 alumnos (1.2 %).

El cuadro 4 y gráfico 4A, muestran que la violencia familiar está presente en el 13.0 % de los alumnos estudiados. El gráfico 4B muestra que en el tercer grado escolar hay más casos de alumnos con violencia familiar presente, en 11 (6.2 %) de ellos, respecto a los grados escolares primero con 7 (4.0 %) y segundo con 5 (2.8 %). Otros datos encontrados fue que en los alumnos de tercer grado escolar los casos con violencia familiar presente fue mayor en los alumnos de 18 años con 7 alumnos correspondiendo al 4.0 %. En el primer grado escolar, llama la atención que ocupa la segunda posición con 6 casos de 15 años correspondiendo al 3.4 % con violencia familiar presente. Así mismo en este grado escolar también se presentaron más casos de autoestima negativa con 10 alumnos (5.6 %).

Los cuadros 5A, 5B, 6C y gráfico 5A muestran la presencia de depresión por grado escolar; el tercer grado tiene el mayor número de casos con 12 alumnos que correspondieron al 6.8 %, seguido por el primer grado con 10 (5.6 %) y en el segundo grado 5 (2.8 %). El gráfico 5B muestra la depresión presente por edad, encontrando más de casos en alumnos de 17 años con 10 (37.1 %), seguido por los de 15 años con 7(25.9 %).

Los cuadros 6A, 6B y 6C muestran la autoestima negativa por grado escolar, observándose una frecuencia mayor en el primer grado con 10 (5.6 %) de los alumnos, seguido del tercero con 9 (5.1 %) y segundo grado con 6 (3.4 %). El gráfico 6 muestra la

frecuencia de autoestima negativa por edad predominado en los 15 años con 8 alumnos que correspondieron al 4.5 %. En el segundo grado predomina a los 17 años con 5 (2.8 %) y en los alumnos de tercer grado escolar, es más frecuente a los 18 años con 6 (3.4 %).

El cuadro 7 y gráfico 7 muestran que la violencia familiar en este estudio, está presente en el 13.0 % de los alumnos. De ellos 10 que corresponde al 43.5 % tienen vida sexual activa y 13 (56.5 %) no tienen vida sexual activa.

El cuadro 8 muestra que el 13 % de los alumnos presenta violencia familiar. De ellos, como muestra el gráfico 8A, 15 (65.2 %) son del género femenino y 8 (34.8 %) del género masculino.

El gráfico 8B muestra que de los alumnos con vida sexual activa, solo 10 (17.6 %) presentan violencia familiar, de los cuales 5 (8.8 %) son del género masculino y 5 (8.8 %) del género femenino. Asimismo 47 (82.5 %) viven sin violencia familiar, 24 (42.1 %) son del género masculino y 23 (40.3 %) del género femenino.

Otros datos de interés obtenidos son los tipos de violencia familiar detectado y que en orden de frecuencia se presentó la violencia psicológica con 13 casos (7.3 %), seguida por la violencia física en 6 casos (3.4 %) y la violencia sexual en 4 casos correspondiendo al 2.3 %. Este orden en los tipos de violencia familiar es similar a los resultados de Schnaas, González y colaboradores (47), en el que mencionan la prevalencia de acuerdo al tipo de violencia siendo psicológica 19.6 %, física 9.8 %, y sexual 7 %, no obstante en el presente estudio presentándose una menor frecuencia; incluso muy por debajo de las reportadas en otros estudios como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (46).

Así mismo otros datos obtenidos sobre violencia familiar de tipo sexual; dos alumnos refirieron ser forzados a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad y dos casos a ser forzados a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad pero sin

violencia física. Tres de estos casos de violencia sexual corresponden al género femenino, manifestando como agresor al novio, un caso fue del género masculino sin referir al agresor. La violencia familiar predomina en alumnos de 17 años con 8 (4.5 %), seguido por los alumnos de 18 años con 7 (3.9 %), y los alumnos de 15 años con 6 casos correspondiendo al 3.4 %. De los casos de violencia familiar en este estudio, el agresores más frecuente fue el novio (a) en 6 alumnos (26.1 %). El género femenino fue el que más presentó violencia familiar con 15 alumnas (65.2 %) respecto a 8 (34.8 %) del género masculino.

El cuadro 9 muestran que la depresión está presente en el 15.3 % de los alumnos estudiados. El gráfico 9 muestra la presencia de depresión por género y vida sexual activa, 9 (15.8 %) presentan depresión, 4 (7.0 %) son del género masculino y 5 (8.8 %) del género femenino. Por otro lado, 48 (84.2 %) de los alumnos con Vida sexual activa, no presentan Depresión, 25 (43.9 %) son del género masculino y 23 (40.3 %) del género femenino.

El cuadro 10 y gráfico 10A muestran que de los 25 alumnos con autoestima negativa, se presenta más en el género femenino con 20 alumnas que corresponde al 80.0 % y 5 casos representando el 20.0 % del género masculino.

El gráfico 10B, muestran que de los 57 alumnos con vida sexual activa, 10 (17.5 %) tienen autoestima negativa, 3 (5.3 %) son del género masculino y 7 (12.3 %) del género femenino. Por otro lado, 47 (82.5 %) de los alumnos con vida sexual activa tiene Autoestima positiva, 26 (45.6 %) son del género masculino y 21 (36.8 %) del género femenino.

El gráfico 10C, muestra la vida sexual activa en alumnos con violencia familiar presente, depresión presente y autoestima negativa, encontrando que existe una razón de 1:1.3 para alumnos con violencia familiar presente y que tienen vida sexual activa o no respectivamente; una razón para depresión presente y ausente de 1:2 respectivamente y una razón de 1:1.5 para autoestima negativa y positiva.

X.- CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro No. 1

Vida sexual activa, violencia familiar, depresión y autoestima en los alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.

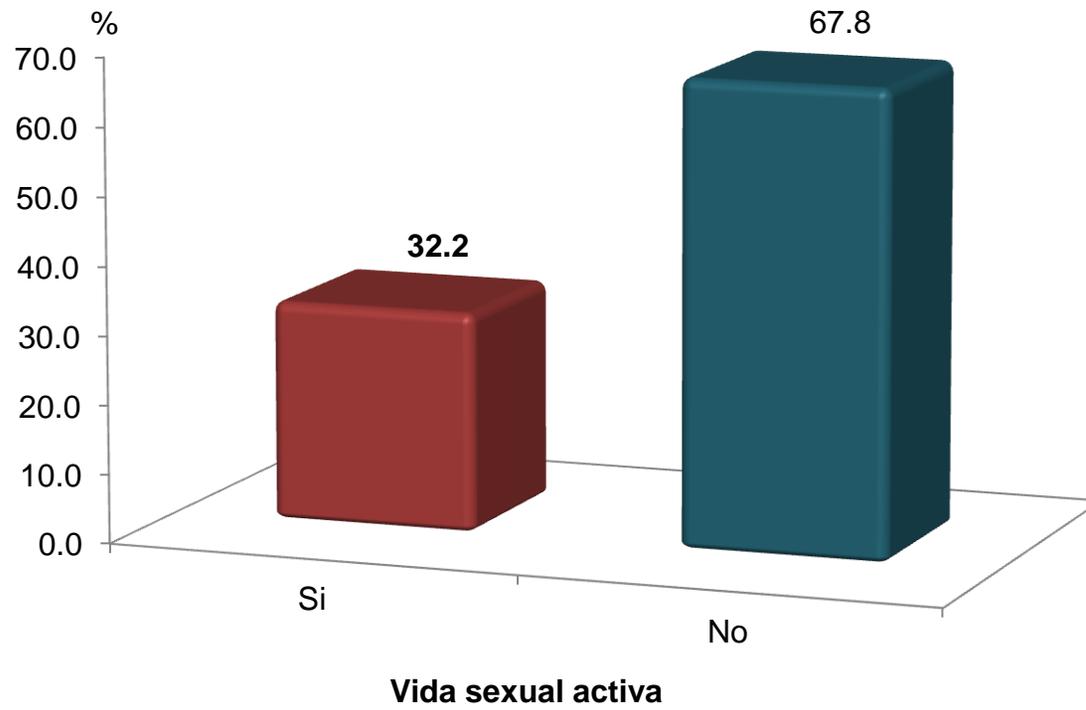
Vida sexual activa	Violencia Familiar		Presente								Subtotal		Ausente								Subtotal		Total	
			Depresión				Autoestima						Presente				Ausente							
	Presente		Ausente		Negativa		Positiva		Negativa		Positiva		Negativa		Positiva		Negativa		Positiva					
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Si	2	1.1	1	0.6	2	1.1	5	2.8	10	5.6	3	1.7	3	1.7	3	1.7	38	21.5	47	26.6	57	32.2		
No	2	1.1	3	1.7	1	0.6	7	4.0	13	7.4	7	3.9	6	3.4	5	2.8	89	50.3	107	60.4	120	67.8		
Total	4	2.2	4	2.3	3	1.7	12	6.8	23	13.0	10	5.6	9	5.1	8	4.5	127	71.8	154	87.0	177	100.0		

Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Gráfico No. 1A

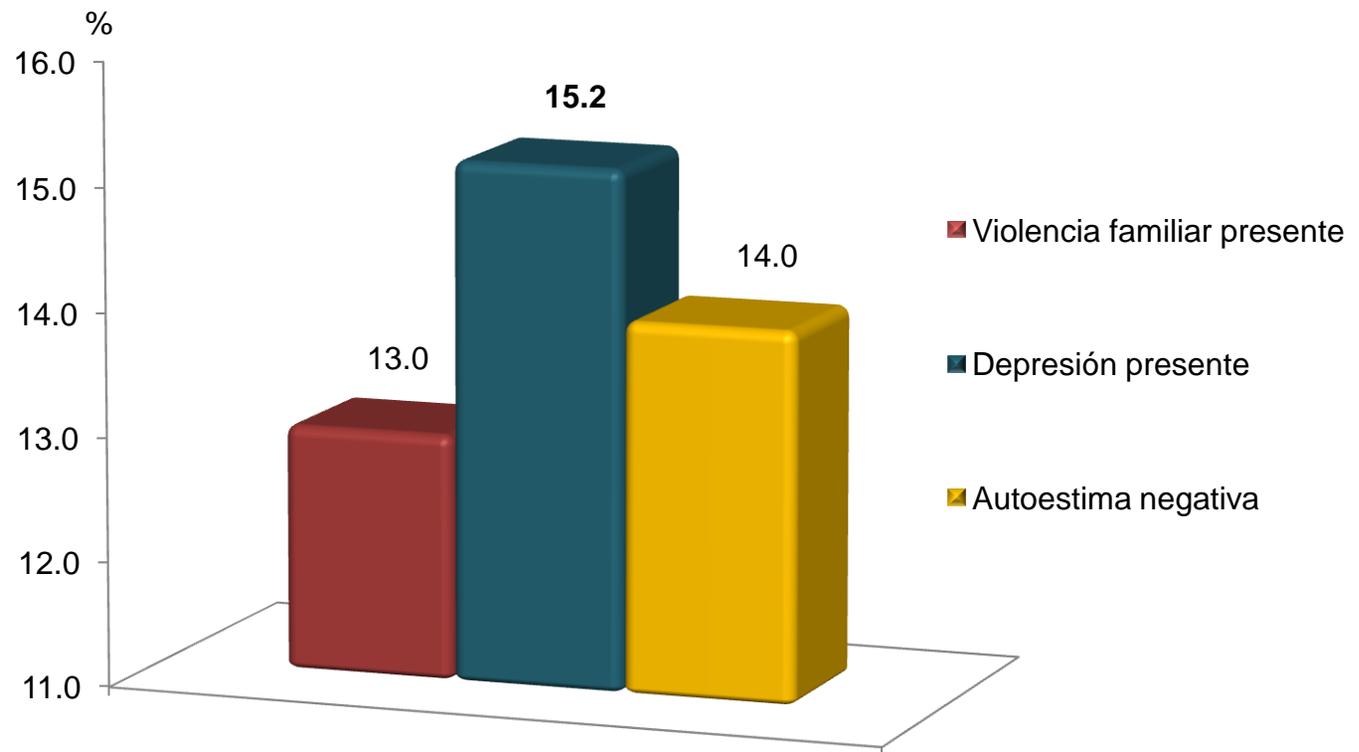
**Vida sexual activa en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**



Fuente: Cuadro No. 1.

Gráfico No. 1B

Violencia familiar, Depresión y Autoestima en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.



Fuente: Cuadro No. 1.

Cuadro No. 2

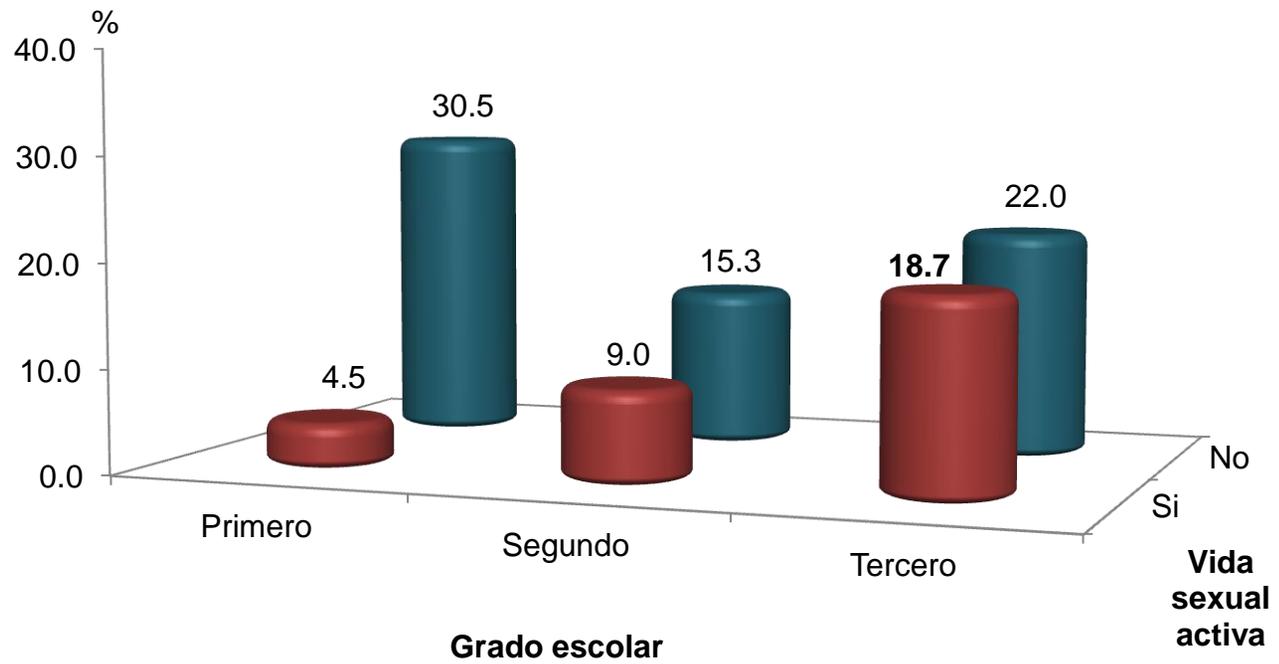
**Vida sexual activa por grado escolar en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**

Vida sexual activa \ Grado escolar	Primero		Segundo		Tercero		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	4.5	16	9.0	33	18.7	57	32.2
No	54	30.5	27	15.3	39	22.0	120	67.8
Total	62	35.0	43	24.3	72	40.7	177	100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfico No. 2

Vida sexual activa por grado escolar en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.



Fuente: Cuadro No. 2.

Cuadro No. 3

**Vida sexual activa por edad en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**

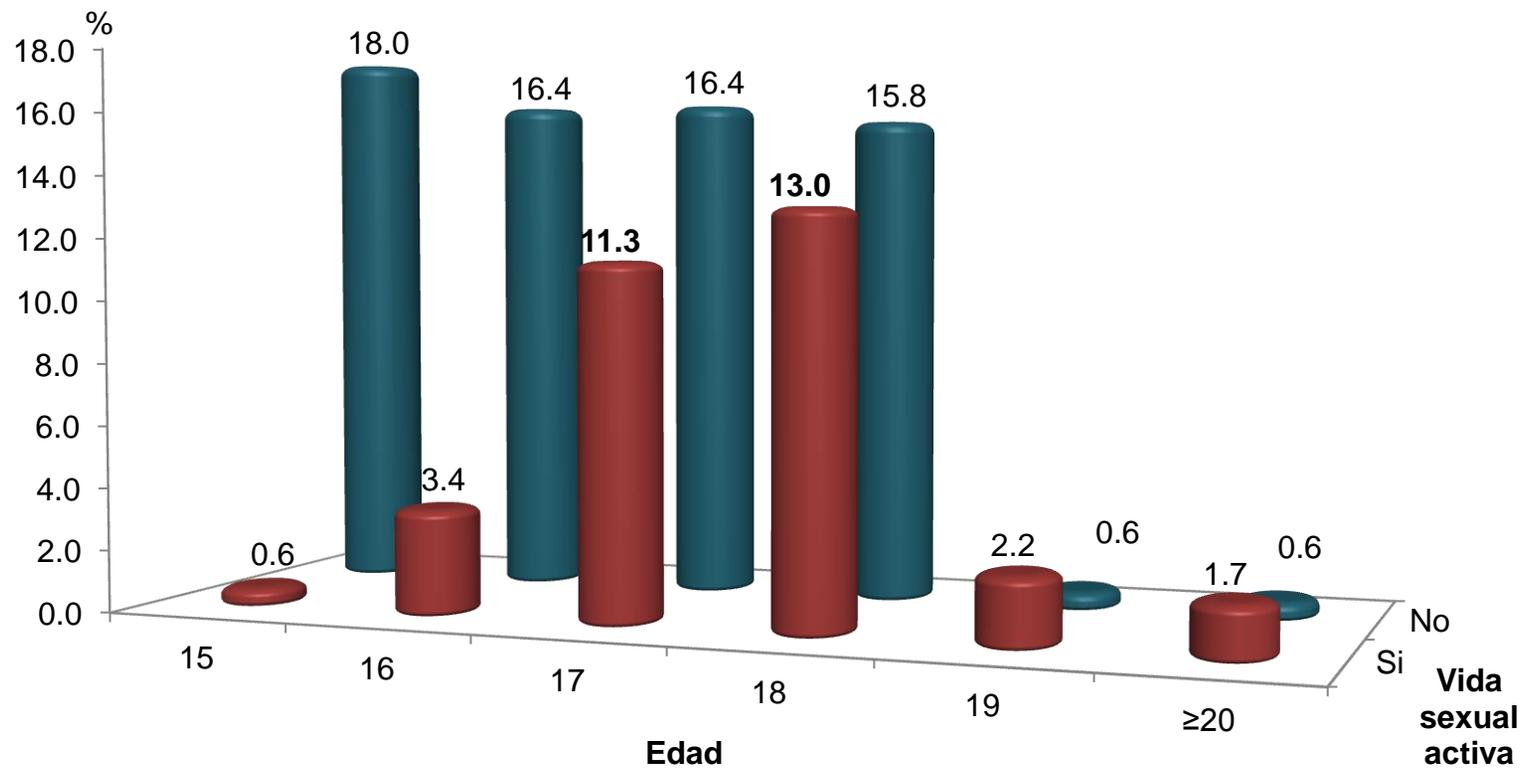
Vida sexual activa \ Edad	15		16		17		18		19		≥ 20		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Si	1	0.6	6	3.4	20	11.3	23	13.0	4	2.2	3	1.7	57	32.2
No	32	18.0	29	16.4	29	16.4	28	15.8	1	0.6	1	0.6	120	67.8
Total	33	18.6	35	19.8	49	27.7	51	28.8	5	2.8	4	2.3	177	100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Gráfico No. 3

Vida sexual activa por edad en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.



Fuente: Cuadro No. 3.

Cuadro No. 4A

**Violencia familiar por grado escolar y edad en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**

Grado escolar Violencia familiar	Primero												Subtotal	
	Edad 15		16		17		18		19		≥20			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Presente	6	3.4	0	0.0	1	0.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	4.0
Ausente	27	15.2	20	11.3	6	3.4	1	0.6	0	0.0	1	0.6	55	31.1
Total	33	18.6	20	11.3	7	4.0	1	0.6	0	0.0	1	0.6	62	35.1

Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Cuadro No. 4B

**Violencia familiar por grado escolar y edad en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**

Violencia familiar	Grado escolar		Segundo										Subtotal			
	Edad		15		16		17		18		19		≥20			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Presente	0	0.0	1	0.6	4	2.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	2.8		
Ausente	0	0.0	14	7.9	16	9.0	7	3.9	1	0.6	0	0.0	38	21.4		
Total	0	0.0	15	8.4	20	11.3	7	4.0	1	0.5	0	0.0	43	24.2		

Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Cuadro No. 4C

**Violencia familiar por grado escolar y edad en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**

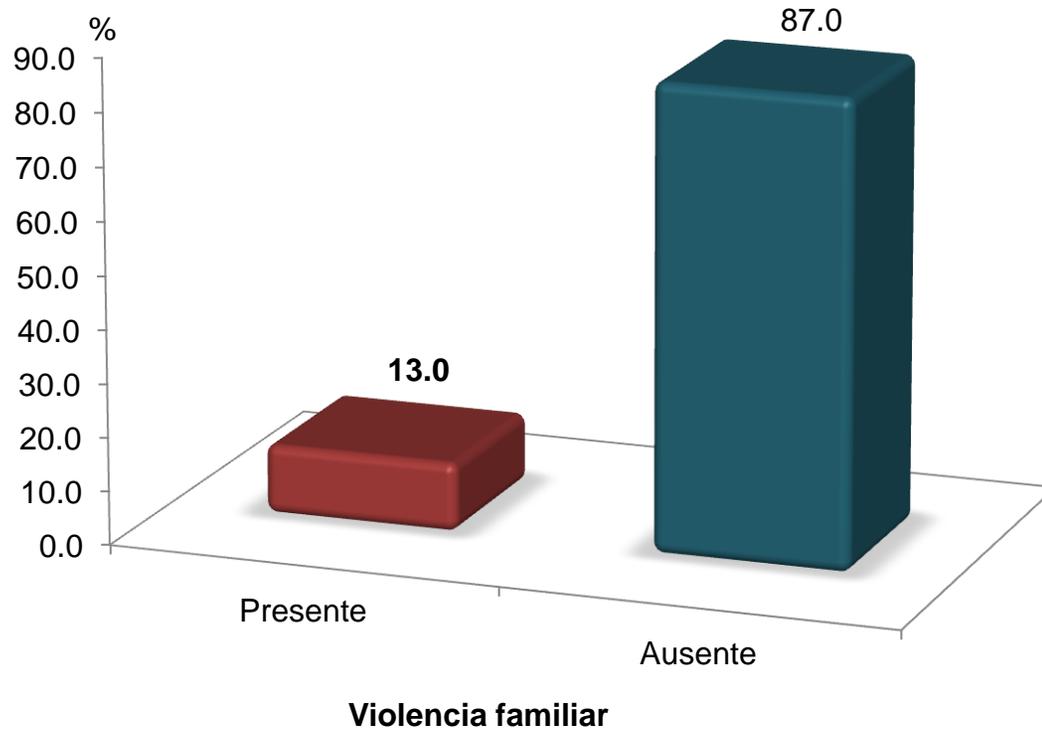
Violencia familiar	Grado escolar		Tercero										Subtotal		Total	
	Edad		15		16		17		18		19		≥20			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Presente	0	0.0	0	0.0	3	1.7	7	4.0	0	0.0	1	0.6	11	6.3	23	13.1
Ausente	0	0.0	0	0.0	19	10.7	36	20.3	4	2.3	2	1.1	61	34.4	154	86.9
Total	0	0.0	0	0.0	22	12.4	43	24.3	4	2.3	3	1.6	72	40.7	177	100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Gráfico No. 4A

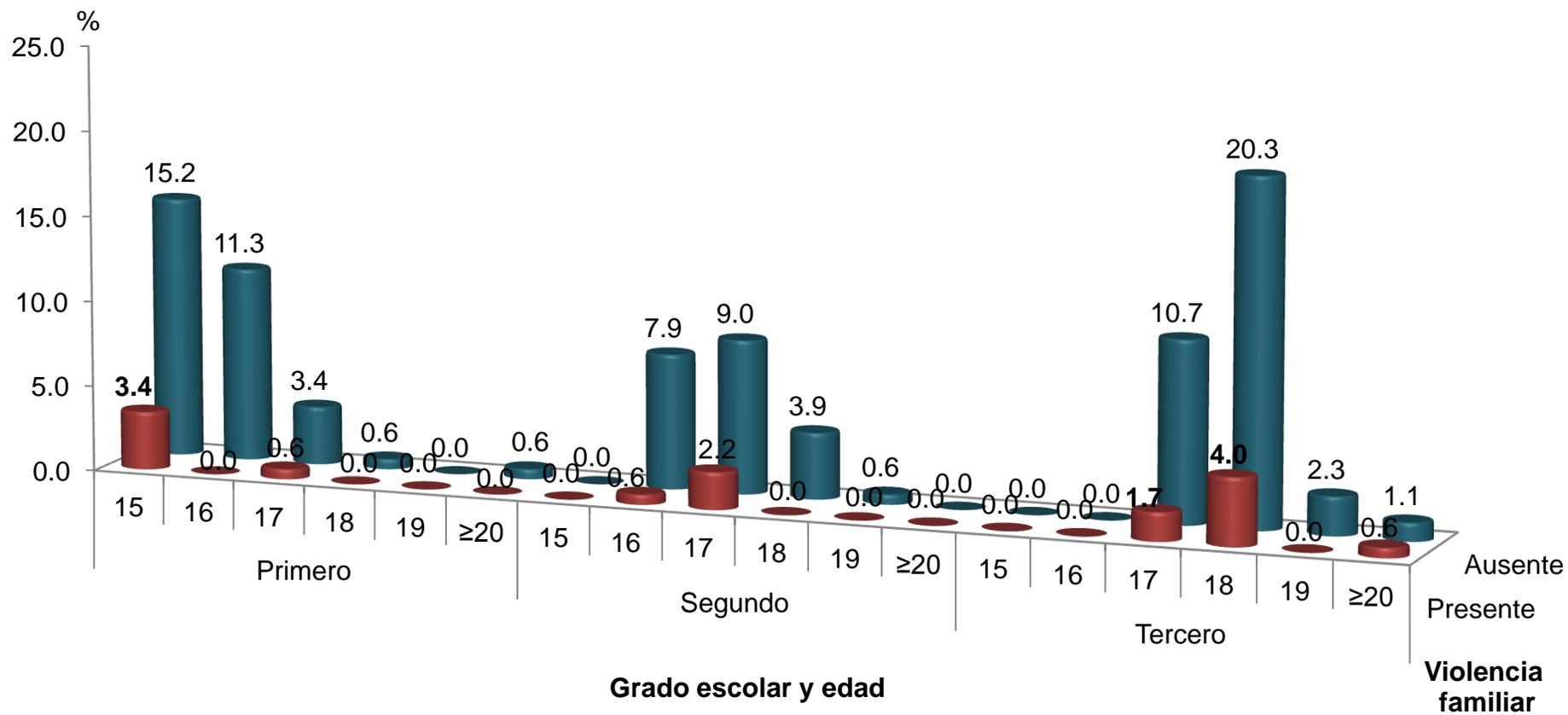
**Violencia familiar en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**



Fuente: Cuadro 4C.

Gráfico No. 4B

Violencia familiar por Edad y Grado escolar en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.



Fuente: Cuadros No. 4A, 4B y 4C

Cuadro No. 5A

**Depresión por grado escolar y edad en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**

Grado escolar Edad Depresión	Primero												Subtotal	
	15		16		17		18		19		≥20		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Presente	7	3.9	2	1.1	1	0.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	5.6
Ausente	26	14.7	18	10.2	6	3.4	1	0.6	0	0.0	1	0.6	52	29.5
Total	33	18.6	20	11.3	7	4.0	0	0.6	0	0.0	1	0.6	62	35.1

Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Cuadro No. 5B

**Depresión por grado escolar y edad en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**

Depresión \ Grado escolar / Edad	Segundo												Subtotal	
	15		16		17		18		19		≥20		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Presente	0	0.0	1	0.6	4	2.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	2.8
Ausente	0	0.0	14	7.9	16	9.0	7	3.9	1	0.6	0	0.0	38	21.4
Total	0	0.0	15	8.5	20	11.2	7	3.9	1	0.6	0	0.0	43	24.2

Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Cuadro No. 5C

**Depresión por grado escolar y edad en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**

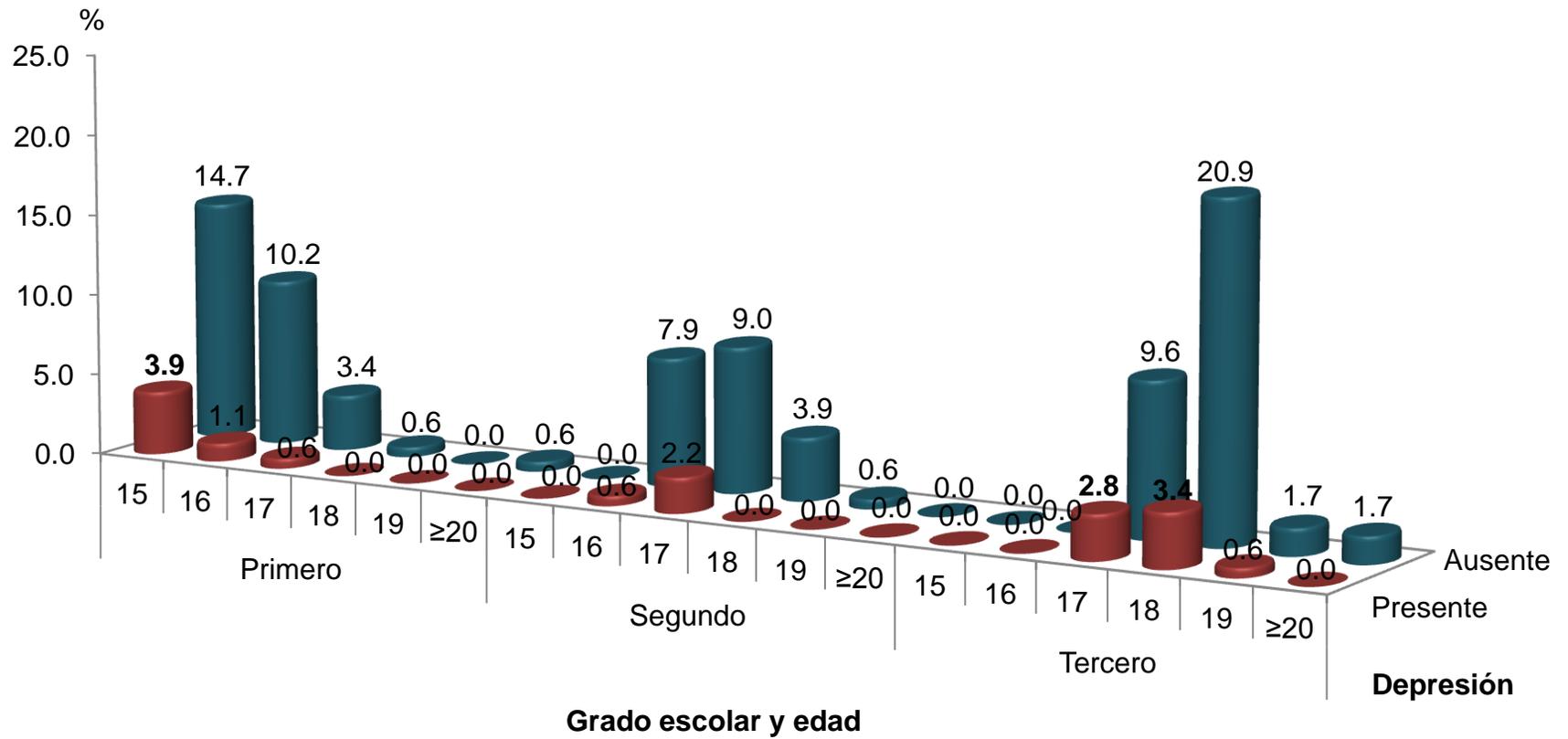
Grado escolar Edad Depresión	Tercero												Subtotal		Total	
	15		16		17		18		19		≥20		F	%	F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Presente	0	0.0	0	0.0	5	2.8	6	3.4	1	0.6	0	0.0	12	6.8	27	15.2
Ausente	0	0.0	0	0.0	17	9.6	37	20.9	3	1.7	3	1.7	60	33.9	150	84.8
Total	0	0.0	0	0.0	22	12.4	43	24.3	4	2.3	3	1.7	72	40.7	177	100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Gráfico No. 5A

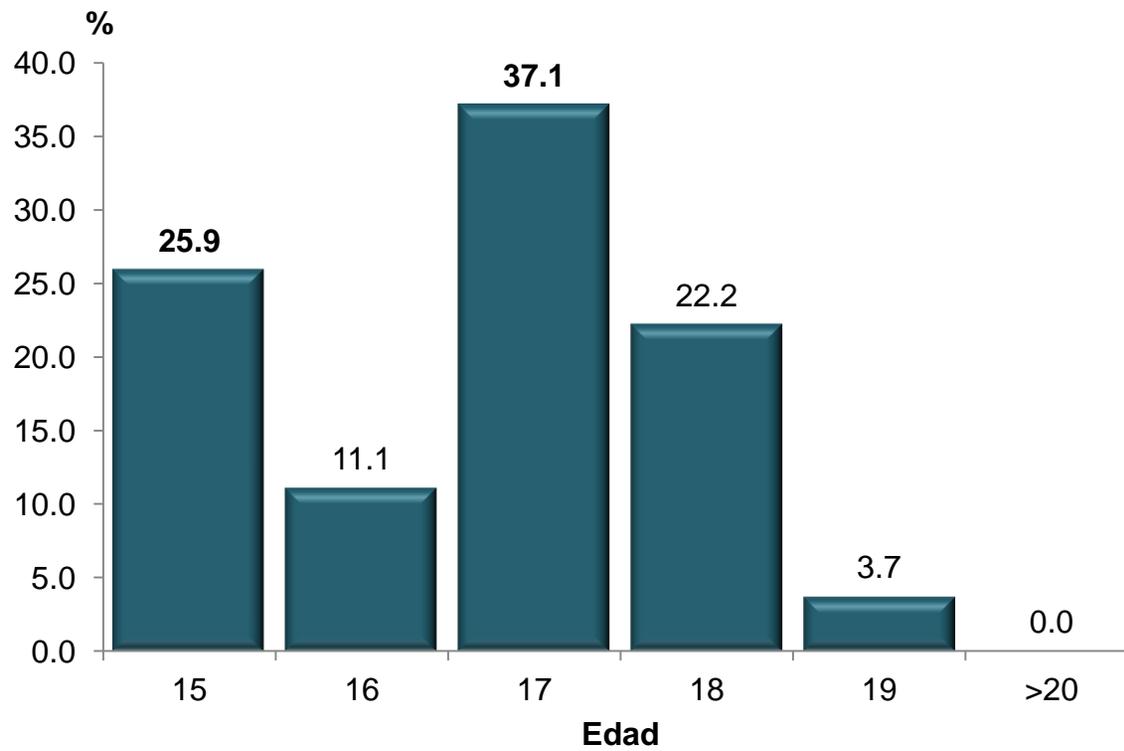
Depresión por grado escolar y edad en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.



Fuente: Cuadros No. 5A, 5B y 5C.

Grafico No. 5B

**Depresión presente por edad en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**



Fuente: Cuadros No. 5A, 5B y 5C.

Cuadro No. 6A

**Autoestima por grado escolar y edad en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**

Grado escolar Edad Autoestima	Primero												Subtotal	
	15		16		17		18		19		≥20		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Negativa	8	4.5	1	0.6	1	0.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	5.7
Positiva	25	14.1	19	10.7	6	3.4	1	0.6	0	0.0	1	0.6	52	29.4
Total	33	18.6	20	11.3	7	4.0	1	0.6	0	0.0	1	0.6	62	35.1

Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Cuadro No. 6B

**Autoestima por grado escolar y edad en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**

Grado escolar Edad Autoestima	Segundo												Subtotal	
	15		16		17		18		19		≥20		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Negativa	0	0.0	0	0.0	5	2.8	1	0.6	0	0.0	0	0.0	6	3.4
Positiva	0	0.0	15	8.4	15	8.4	6	3.4	1	0.6	0	0.0	37	20.8
Total	0	0.0	15	8.4	20	11.2	7	4.0	1	0.6	0	0.0	43	24.2

Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Tabla No. 6C

**Autoestima por grado escolar y edad en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**

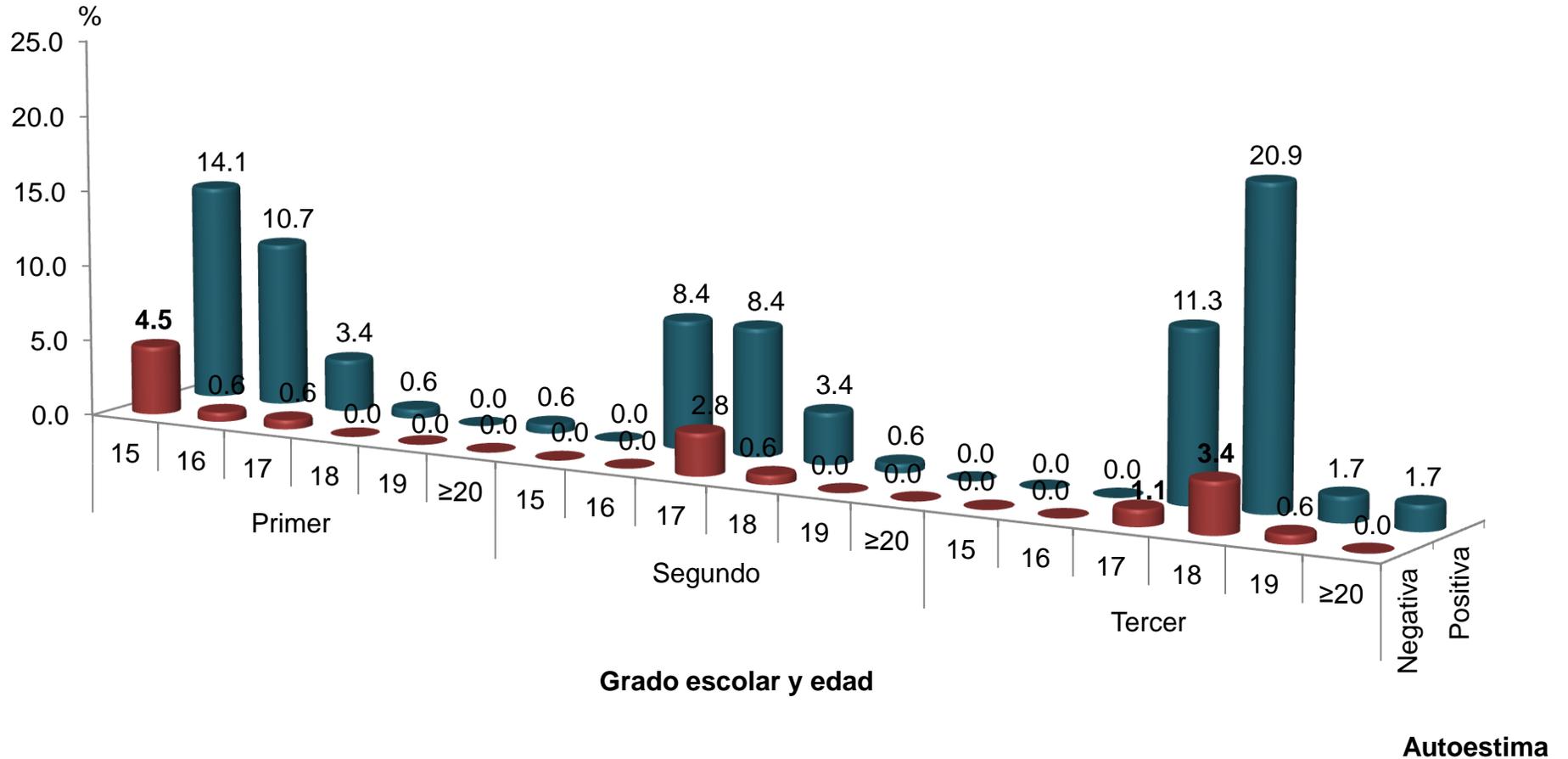
Grado escolar Edad Autoestima	Tercero												Subtotal		Total	
	15		16		17		18		19		≥20		F	%	F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Negativa	0	0.0	0	0.0	2	1.1	6	3.4	1	0.6	0	0.0	9	5.1	25	14.2
Positiva	0	0.0	0	0.0	20	11.3	37	20.9	3	1.7	3	1.7	63	35.6	152	85.8
Total	0	0.0	0	0.0	22	12.4	43	24.3	4	2.3	3	1.7	72	40.7	177	100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Gráfico No. 6

Autoestima por grado escolar y edad en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.



Fuente: Cuadros No. 6A, 6B y 6C

Cuadro No. 7

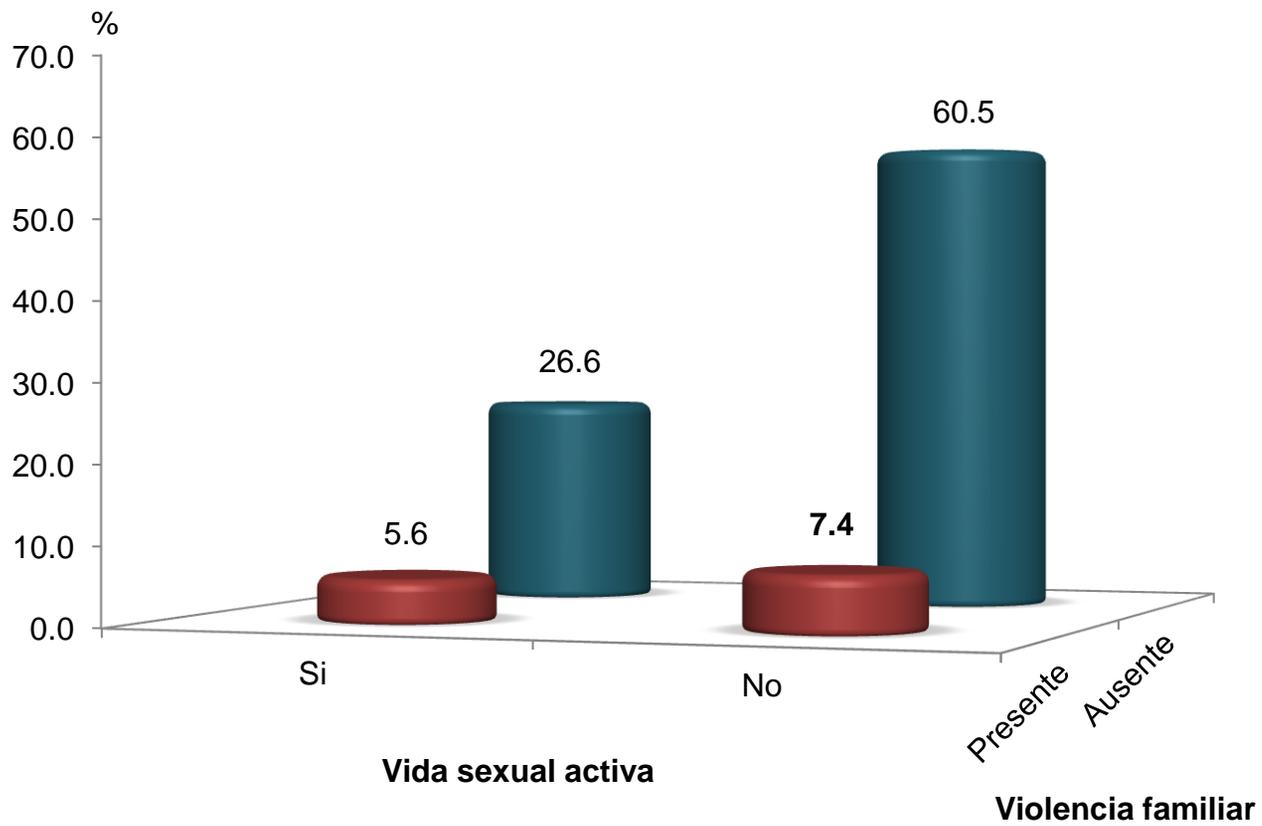
**Vida sexual activa con violencia familiar en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**

Vida sexual activa \ Violencia familiar	Presente		Ausente		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	5.6	47	26.6	57	32.2
No	13	7.4	107	60.4	120	67.8
Total	23	13.0	154	87.0	177	100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Gráfico No. 7

Vida sexual activa con violencia familiar en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.



Fuente: Cuadro No. 7.

Cuadro No. 8

Vida sexual activa, Violencia familiar por Género en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.

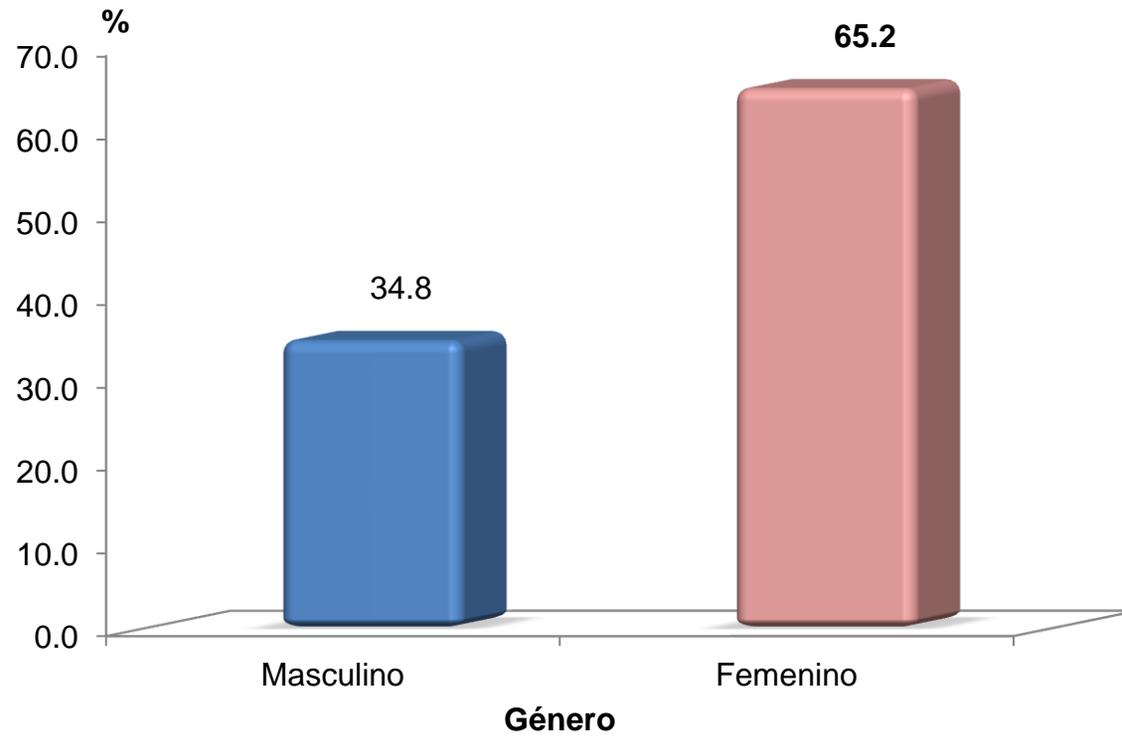
Violencia familiar Género Vida sexual activa	Presente				Subtotal		Ausente				Subtotal		Total	
	Masculino		Femenino				Masculino		Femenino					
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Si	5	2.8	5	2.8	10	5.6	24	13.5	23	13.0	47	26.5	57	32.1
No	3	1.7	10	5.7	13	7.4	52	29.4	55	31.1	107	60.5	120	67.9
Total	8	4.5	15	8.5	23	13.0	76	42.9	78	44.1	154	87.0	177	100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Gráfico No. 8A

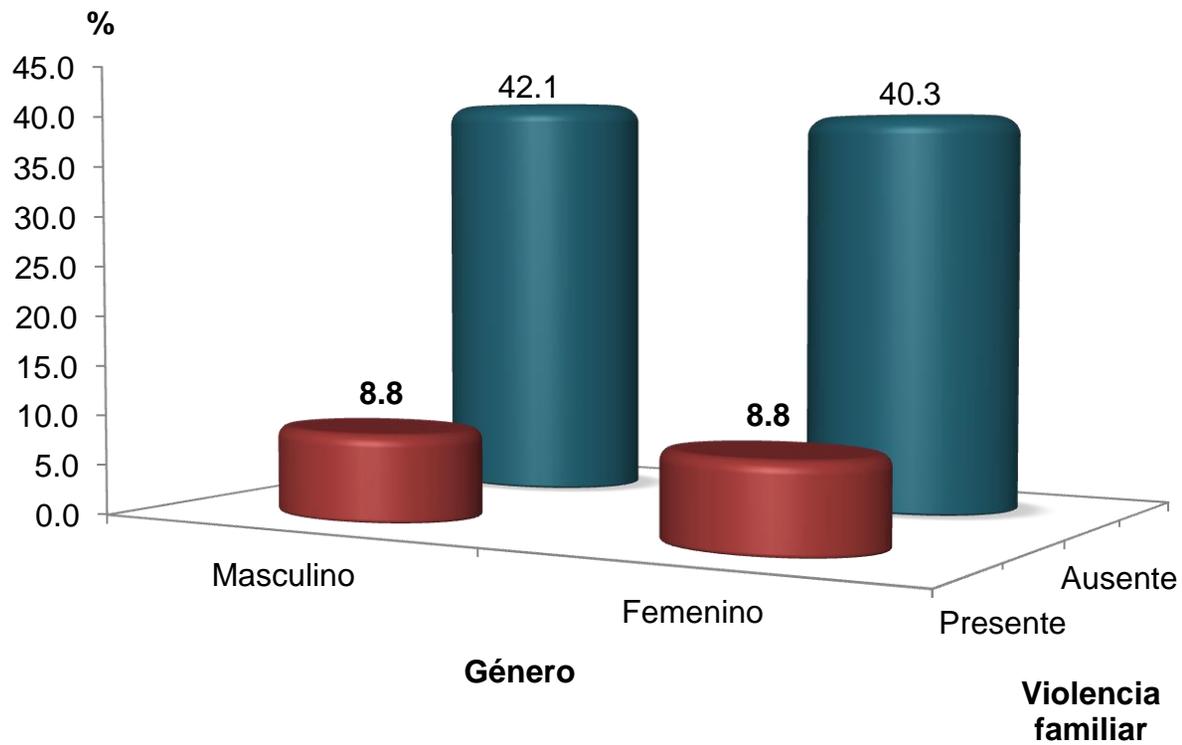
Violencia familiar presente por género en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.



Fuente: Cuadro No. 8.

Gráfico No. 8B

**Violencia familiar por género en alumnos con vida sexual activa
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**



Fuente: Cuadro No. 8

Cuadro No. 9

**Vida sexual activa con depresión por género en alumnos
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**

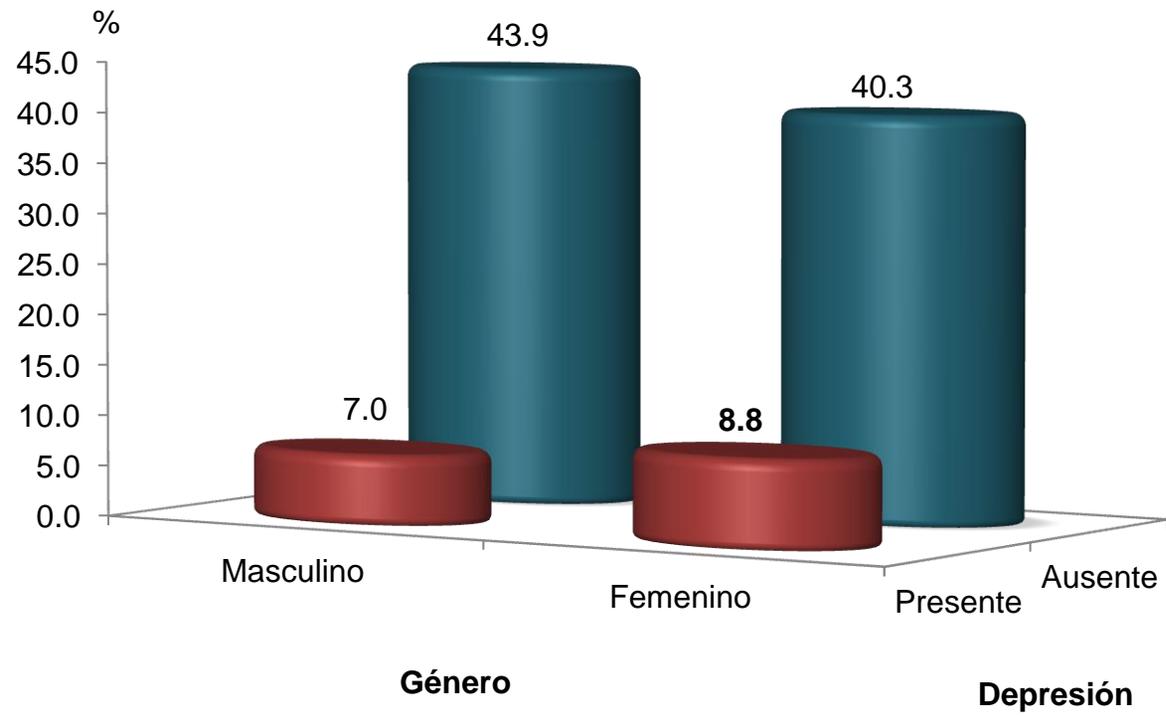
Depresión Género Vida sexual activa	Presente				Subtotal		Ausente				Subtotal		Total	
	Masculino		Femenino				Masculino		Femenino					
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Si	4	2.3	5	2.8	9	5.1	25	14.1	23	13.0	48	27.1	57	32.2
No	3	1.7	15	8.5	18	10.2	52	29.4	50	28.2	102	57.6	120	67.8
Total	7	4.0	20	11.3	27	15.3	77	43.5	73	41.2	150	84.7	177	100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Gráfico No. 9

**Depresión por género en alumnos con vida sexual activa
del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.**



Fuente: Cuadro No. 9.

Cuadro No. 10

Vida sexual activa con la autoestima por Género en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.

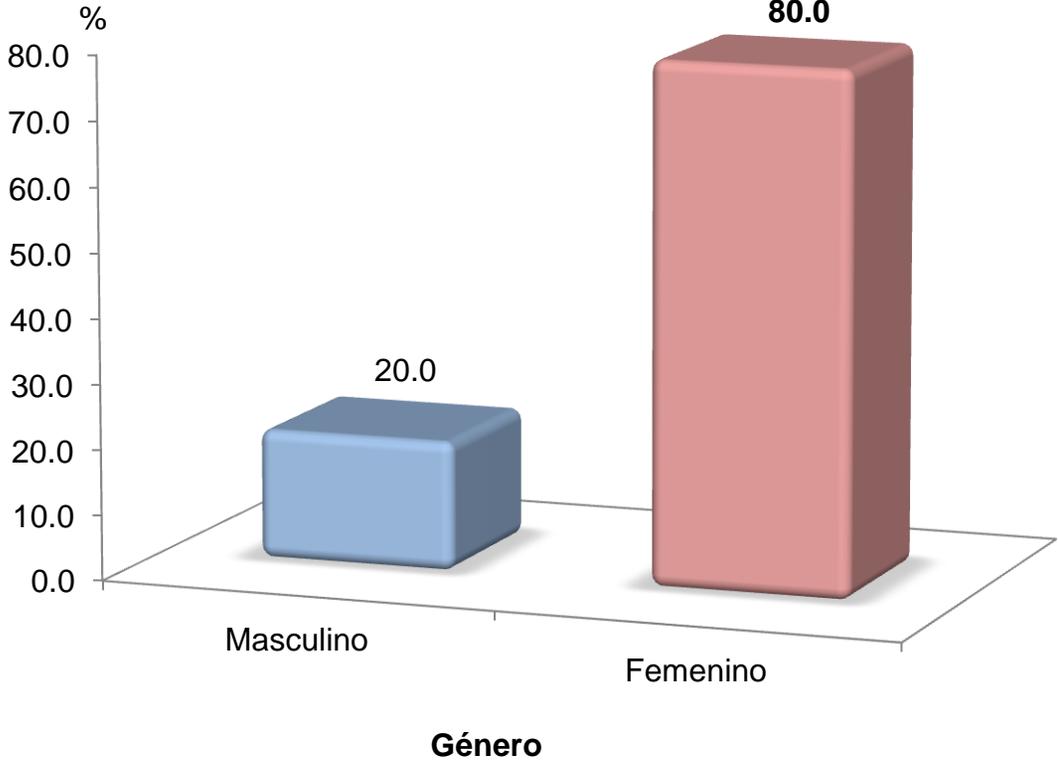
Autoestima Género Vida sexual activa	Negativa				Subtotal		Positiva				Subtotal		Total	
	Masculino		Femenino				Masculino		Femenino					
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Si	3	1.7	7	3.9	10	5.6	26	14.7	21	11.9	47	26.6	57	32.2
No	2	1.1	13	7.3	15	8.4	53	29.9	52	29.4	105	59.3	120	67.7
Total	5	2.8	20	11.2	25	14.0	79	44.6	73	41.3	152	85.9	177	100.0

Fuente: Concentrado de datos.

Nota aclaratoria: F: Frecuencia, %: Porcentaje.

Gráfico No. 10A

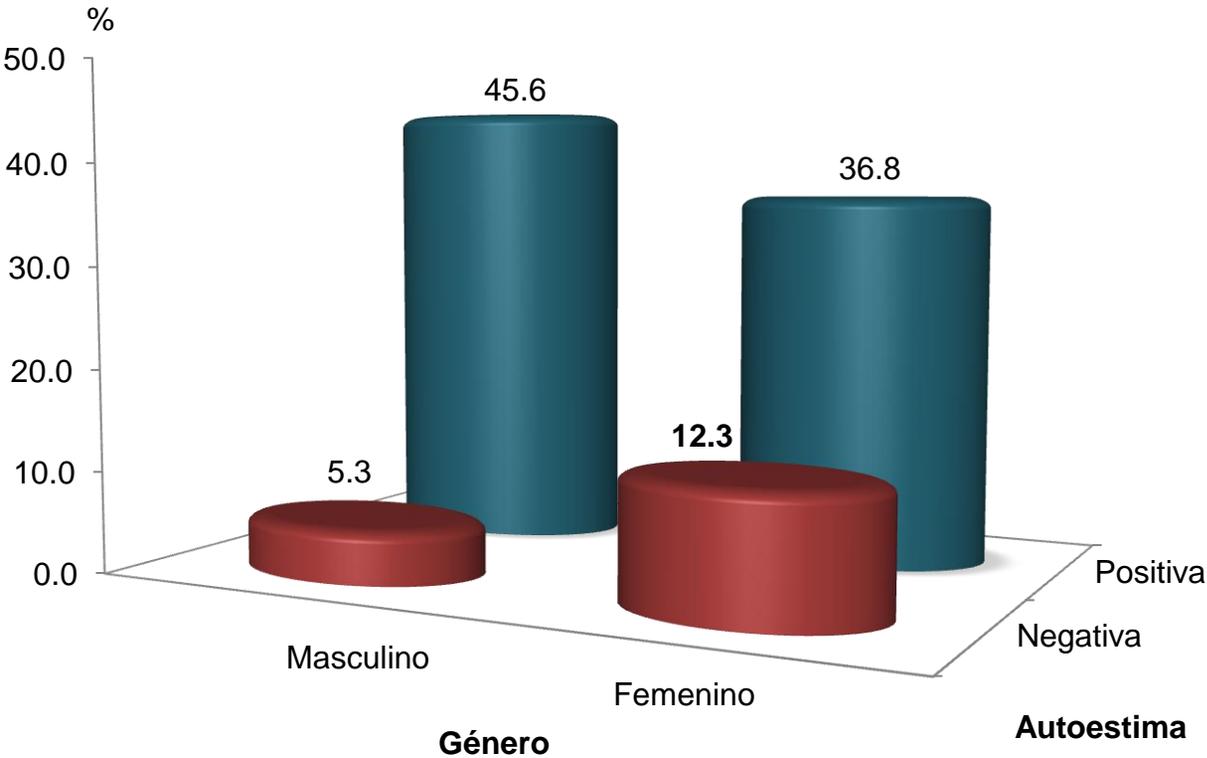
Autoestima negativa por género en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.



Fuente: Cuadro No. 10.

Gráfico No. 10B

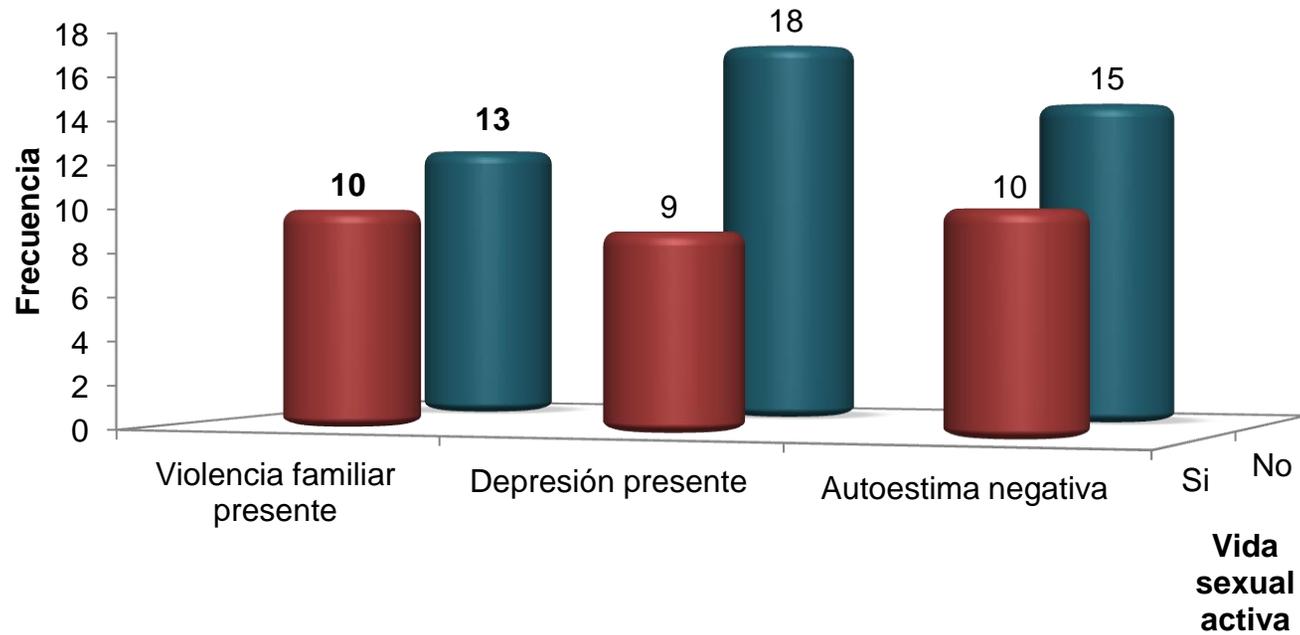
Autoestima por género en alumnos con Vida sexual activa del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.



Fuente: Cuadro No. 10.

Gráfico No. 10C

Vida sexual activa con Violencia familiar presente, Depresión presente y Autoestima negativa en alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, 2012.



Fuente: Cuadros No. 7, 9 y 10.

XI.- CONCLUSIONES

En los alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, Estado de México, la frecuencia en la presencia de depresión, de violencia familiar y de autoestima negativa en los alumnos que tienen vida sexual activa fue similar, 5.6 %, 5.1 % y 5.6 % respectivamente. Existe predominio en la presencia de violencia familiar sobre la autoestima negativa, pero no respecto a los que presentan depresión; por lo que no puede relacionarse el comportamiento en la vida sexual activa de los alumnos predominantemente a la presencia de violencia familiar, toda vez que los casos encontrados en alumnos con vida sexual activa, tanto con violencia familiar presente, como depresión presente o con autoestima negativa, son similares.

Se detectó más frecuentemente casos con presencia de depresión y en menor proporción la violencia familiar presente. Más de una tercera parte de los alumnos ya tienen vida sexual activa.

La presencia de violencia familiar, la presencia de depresión y la autoestima negativa afectan a una tercera parte de los alumnos que participaron en esta investigación; representando una oportunidad de mejora en la psicología de los estudiantes del CBTIS No. 180 de Jilotepec, afectándose en mayor proporción el género femenino.

XII.- RECOMENDACIONES

En los alumnos del CBTIS No. 180 de Jilotepec, se detectó aproximadamente una tercera parte de los estudiantes viviendo en una de las siguientes situaciones, presencia de Violencia familiar, presencia de depresión o de una Autoestima negativa; lo que justifica la intervención por un profesional en el área de psicología para una intervención oportuna, dar manejo y seguimiento a estos alumnos, toda vez que la tendencia es a incrementarse la incidencia de casos con depreciación y violencia familiar con forme a la edad y al año escolar.

También es de reconocer que una tercera parte de los alumnos estudiados tienen vida sexual activa, situación que los expone a situaciones en riesgo de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual; por lo que se recomienda la aplicación de un programa de educación sexual en los alumnos de este centro educativo.

Es importante que, si bien la Violencia familiar no fue el fenómeno que más presentan los alumnos, si es un fenómeno que se está manifestando en alumnos de reciente ingreso (primer grado escolar), lo que genera una razón para que los profesores presten más atención a este fenómenos que puede estarse presentando no solo en la casa del alumnos sino también en el mismo plantel.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez N, Navarro I, Cantero VP, Delgado DB, Girón MS, et al. Psicología del desarrollo Humano, Del nacimiento a la Vejez. 2011. Ecuador: Club Universitario.
2. Ancer EL, Meza PC, Pompa GE, Torres GF, Landero HR. Relación entre los niveles de autoestima y estrés en estudiantes universitarios. Enseñanza e investigación en Psicología. 2011, ene-jun; 16 (1): p 91-101.
3. Diner MP. Abuso Infantil, La Guía de Prevención y Detección. USA: PDAXpert; 2007.
4. Echeburúa E. Manual de Violencia Familiar. 4ª ed. Siglo XXI de España Editores, S. A. 2006.
5. Cargas E. Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: Un estudio meta-analítico. Int. J. Clinical and Health Psuchology 2006; Granada España; 6 (3): p 665-695.
6. Naranjo M. Autoestima: Un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. Revista Electrónica 2007. San José, Costa Rica; 7 (3).
7. Fredi E. Correa R. Ito SE. Motivación y desempeño escolar en estudiantes de nivel medio superior: diferencias encontradas por sexo. XI Congreso Mexicano de Psicología Social, AMEPSO 2007, Cap. 67.
8. André Ch. Lelord F. La autoestima. Editorial Kairos, ed. 5ª Barcelona, España; 2009; p 11.
9. Schanaas ML, Celis ARG, Juárez MB. Asociación entre violencia y autoestima con respecto a las distintas etapas de vida en la mujer. Revista Mexicana de Investigación en Psicología. 2009; 1 (1), p 111-122.
10. Musitu G, Jimenez TI, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. Salud Pública Méx. 2007, ene/feb; 49 (1); p 3-10.
11. Ancer EL, Meza PC, Pompa GE, Torres GF, Landero HR. Relación entre los niveles de autoestima y estrés en estudiantes universitarios. Enseñanza e investigación en Psicología. 2011, ene-jun; 16 (1): p 91-101.

12. Cerezo BA, Alonso CM, García VY, López GK, García LM, et al. Violencia contra la mujer: autoestima y depresión clínica como variables predictoras. *Desarrollo Científico Enfermero*. 2010, may; 18(4): p 164-169.
13. Rodríguez AJ, Ortiz RM. Depresión infantil. *Revista Científica electrónica de Psicología*. 2007, 6: p 77-88.
14. Blanco F. Jóvenes del Tercer Milenio. Volumen 4: Excelencia y futuro. Los Jóvenes y la sexualidad. Universidad del Colima, México: UNCOL; 2003. p. 45.
15. Extracto del Informe Nacional sobre Violencia y Salud. Secretaría de Salud Primera edición, México; 2006.
16. Sierra Y. Guía de contaminación Psíquica: La violencia letal que vive México se puede exportar. EE.UU: Palibrio; 2011.
17. Muro A, Toledo J. Violencia intrafamiliar y adolescencia. *Rev. Gaceta Médica Espirtuana* 2008; 10(2).
18. Para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, Conoce la NOM-046-SSA2-2005. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 1ª ed. México; 2009.
19. ENVIM, Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. 1ª ed. México; 2009.
20. Wolfe D, Crooks C. La Cuarta R: Un Programa Escolar de Prevención de la Violencia en las Relaciones de Pareja en la Adolescencia. *Psychosocial Intervention*. Madrid España 2011, ago, 20 (2): p 193-200.
21. Estado Mundial de la Infancia de 2011, La Adolescencia una época de oportunidades. Capítulo 1: La Nueva Generación. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), EE.UU; 2011.
22. González C, Forteza. Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Rev. Salud Pública Méx*. 2008, jul/ago; 50 (4).
23. Pardo G. Adolescencia y Depresión. *Revista Colombiana de Psicología* 2004; 13.
24. Leyva R, Hernández JA. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (3): p 225-232.

25. De la Torre M, Cubillas I. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental* 2009, nov.dic; 32 (6): p 495-502.
26. Bello M, Puentes RE. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública México* 2005; 47 (suplemento 1): p 4-11.
27. Borges G, Medina MM. El papel de la Epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública México* 2004; 46: p 451-463.
28. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR. American Psychiatric Association 2000.
29. Ferrel R. Celis A. Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública. *Psicología desde el Caribe* 2011, ene-jun; 27: p 40-60.
30. Rivero QM, Hernández VH, Rivera JB. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *REVISTA IIPSI* 2007; 10 (1): p 91-102.
31. Gamarra TP, Lannacone J. Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú, 2009. *The Biologist (Lima)*. enero-junio 2010; 8 (1).
32. Dietrich, J.E. Adolescent sexuality: is your practice teen friendly? *Sexuality, Reproduction and Menopause*. 2009. 7: p 17-21.
33. Blanco FF. Jóvenes del Tercer Milenio. Volumen 4 de Dos siglos, dos milenios: Excelencia y futuro. Capítulo: Los Jóvenes y la sexualidad. Universidad del Colima, México; 2003; p 45.
34. Rodríguez G. Sexualidad juvenil, Instituto Mexicano de la Juventud, op. Cit. México; p 209.
35. Schiavon R. Adolescentes en México. *Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente*. El colegio de México, Population Conuncil. 1ª edición, México; 2008, p. 311.
36. Gayet C., Valencia J. VIH/SIDA y Salud Pública: Manual para Personal de Salud. Capítulo 15: Adolescentes, sexualidad y VIH/SIDA. Editado por CENSIDA, INSP. 2ª. Edición. México; 2009, diciembre, p. 162.
37. Historia y Trayectoria del CBTIS No. 180. Secretaría de Educación Pública, Estado de México. 2008.

38. Real Academia Española, Diccionario de la lengua española. España 2009. Fecha de consulta Junio 2012: Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=edad>.
39. Online Language Dictionaries. Diccionario de la lengua española. Fecha de consulta: 12 de Junio 2012: Disponible: <http://www.wordreference.com/definicion/>
40. ME. Droga dependencia. Estudios de medidas de autoestima y ansiedad social en casos de adictos, Argentina: Ediciones Jurídicas Cuyo; 2000.
41. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Vigilancia Familiar y Sexual. Manual de Operación. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México. Ed. 2ª; 2007.
42. World Health Organization, Asociación Médica Mundial, Declaración de Helsinki. Fecha de consulta: 12 de Junio 2012: Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2957s/18.html>.
43. Rueda L. Consentimiento Informado en niños y adolescentes. Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética. Universidad de Chile, Chile.
44. Trejo O. P., Moreno. Ch. P., Macías A. M, et. al. Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Revista Cubana de Enfermería. 2011; 27 (4): p 273-280.
45. Hernández C. L, Cargil F. N, Gutiérrez H. G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. Salud en Tabasco. 2012; Vol. 18: p 14-23.
46. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, resultados nacionales 2012. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud de México.
47. Schnaas M. L. Ruiz G. C, Juárez M. B. Asociación entre violencia y autoestima con respecto a las distintas etapas de vida en la mujer. Revista Mexicana de Investigación en Psicología. 2009; 1 (1): p 111-122.

XIV. ANEXOS

XIV.1. Anexo 1: Ficha sociodemográfica



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



FOLIO: _____

Estimado(a) alumno:

El test que a continuación vas a llenar, pretende conocer algunos aspectos de tu vida, de lo que sientes, vives o piensas.

Contesta todas las preguntas que se te presentan a continuación, marcando con una (X) el cuadrado contiguo a la respuesta (Sí o No) que consideras se aplica mejor a tu situación. No debes escribir tu nombre. Tus respuestas serán confidenciales y solo serán vistas por los profesionales de salud que realizan el estudio. No permitas que nadie más observe o te sugieran las respuestas. Agradecemos tu confianza e interés.

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS, MALAS, CORRECTAS O INCORRECTAS. TODAS SON IMPORTANTES.

Fecha: _____

A. Edad: _____

B. Género: Masculino: _____ Femenino: _____

C. Grado escolar: _____

D. ¿Has tenido relaciones sexuales?

- a) Nunca he tenido relaciones sexuales.
- b) Siempre con la misma pareja.
- c) Siempre con diferentes parejas.
- d) Una vez con mi pareja

E. Edad de la primera relación sexual _____

F. Estado civil:

- a) Soltero (a)
- b) Casado (a)
- c) Unión libre

G. Con quien vives:

- a) Con mis padres
- b) Con familiares
- c) Con amigos
- d) Solo
- e) Con mi pareja

XIV.2. Anexo 2: Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

El cuestionario tiene 10 preguntas. Por favor, contéstelas todas.

A continuación coloca una X en la columna según la consideración hacia ti mismo.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.				
2. A veces pienso que no soy bueno en nada.				
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso(a) de mí.				
6. A veces me siento realmente inútil.				
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8. Ojalá me respetara más a mí mismo.				
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.				
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				

XIV.3. Anexo 3: Herramienta de detección de Violencia Familiar

HERRAMIENTA DE DETECCIÓN

VIOLENCIA PSICOLÓGICA		
Sección I. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:		
1. ¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	Si ¿Quién lo hizo? _____.	No
2. ¿Le ha menospreciado o humillado?	Si ¿Quién lo hizo? _____.	No
3. ¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Si ¿Quién lo hizo? _____.	No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:		
VIOLENCIA FÍSICA		
Sección II. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:		
4. ¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas, u otras lesiones?	Si ¿Quién lo hizo? _____.	No
5. ¿Le ha tratado de ahorcar?	Si ¿Quién lo hizo? _____.	No
6. ¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Si ¿Quién lo hizo? _____.	No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:		
VIOLENCIA SEXUAL		
Sección III. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:		
7. ¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Si ¿Quién lo hizo? _____.	No
8. ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	Si ¿Quién lo hizo? _____.	No
9. ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	Si ¿Quién lo hizo? _____.	No
10. ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada?	Si ¿Quién lo hizo? _____.	No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:		

Si el o la usuaria responden afirmativamente a más de una de las preguntas de la sección I, o a cualquiera de las preguntas de las secciones II y III, está viviendo una situación de violencia.

XIV.4. Anexo 4: Versión revisada del CES-D-R

A continuación hay una lista de emociones y situaciones que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor escribe una X según durante cuantos días en la semana pasada te sentiste así, o si te ocurrió casi a diario en las últimas dos semanas.

Durante cuantos días	En la semana pasada			Últimas dos semanas	
	Escasamente (0 a 1 día)	Algo (1 a 2 días)	Ocasionalmente (3 a 4 días)	La mayoría (5 a 7 días)	Casi diario (10 a 14 días)
1. Tenía poco apetito					
2. No podía quitarme la tristeza					
3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo.					
4. Me sentía deprimido(a)					
5. Dormía sin descansar					
6. Me sentía triste					
7. No podía seguir adelante					
8. Nada me hacía feliz					
9. Sentía que era una mala persona					
10. Había perdido interés en mis actividades diarias					
11. Dormía más de lo habitual					
12. Sentía que me movía muy lento					
13. Me sentía agitado(a)					
14. Sentía deseos de estar muerto(a)					
15. Quería hacerme daño					
16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo					
17. Estaba a disgusto conmigo mismo(a)					
18. Perdí peso sin intentarlo					
19. Me costaba mucho trabajo dormir					
20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes					
21. Me molesté por cosas que usualmente no me molestan					
22. Sentía que era tan bueno(a) como otra gente					
23. Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo					
24. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro					
25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso					
26. Me sentía temeroso(a)					
27. Me sentía feliz					
28. Hablé menos de lo usual					
29. Me sentía solo(a)					
30. Las personas eran poco amigables					

Durante cuantos días	En la semana pasada			Últimas dos semanas	
	Escasamente (0 a 1 día)	Algo (1 a 2 días)	Ocasionalmente (3 a 4 días)	La mayoría (5 a 7 días)	Casi diario (10 a 14 días)
31. Disfruté de la vida					
32. Tenía ataques de llanto					
33. Me divertí mucho					
34. Sentía que iba a darme por vencido (a)					
35. Sentía que le desagradaba a la gente					



XIV.5. Anexo 5:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Proyecto: “Violencia, depresión y autoestima asociados al inicio de vida sexual activa en alumnos del CBTIS no. 180 de Jilotepec, 2012”.

Nombre del Investigador: M.C. y P. Carlos Acevedo Arce.

Nombre del participante: _____

Cuando se te invita a participar en una investigación necesitas estar bien informado(a) sobre lo que se realizará, para decidir sobre tu cooperación en la misma, puedes elegir no participar. Si no entiendes cualquier cosa puedes preguntar las veces que quieras y yo resolveré tus dudas.

Con el fin de obtener tu consentimiento para la participación en la presente investigación, por favor leer atentamente el siguiente documento.

Si decides participar en este estudio: se te pedirá contestar un cuestionario con preguntas prediseñadas que evalúan la presencia de violencia familiar, la presencia de depresión y tu autoestima, las cuales se harán de forma **anónima**. Si al momento de contestarlo, te genera alguna molestia o incomodidad, cualquier inconveniente al respecto podrás expresarlo libremente y recibirás la ayuda necesaria.

Como resultado de tu participación en este estudio puede ser que no obtengas ningún beneficio personal. Pero los resultados permitirán conocer mejor este fenómeno y poder ayudar a otras personas algún día.

Cuando terminemos este estudio, se hará un informe sobre los resultados, los cuales podrían publicarse o ser divulgados con fines científicos, pero de una manera anónima. La privacidad en ningún momento se podrá ver comprometida puesto que los instrumentos son anónimos, y la única persona con acceso a la información será quien realiza la investigación.

SI ACEPTO _____

NO ACEPTO _____

Nombre del alumno

firma

fecha

Grado: _____ Grupo: _____

M. C. y P. Carlos Acevedo Arce
Nombre del profesional

2767429
cédula

firma



XIV.6. Anexo 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Nombre del Proyecto: “Violencia, depresión y autoestima asociados al inicio de vida sexual activa en alumnos del CBTIS no. 180 de Jilotepec, 2012”.

Nombre del Investigador: M.C. y P. Carlos Acevedo Arce

Nombre del participante: _____

Estimado padre de familia:

Cuando su hijo (a) participa en una investigación tanto él o ella como usted necesitan una adecuada información para decidir sobre su cooperación en la misma. Con el fin de obtener de usted el consentimiento de la participación de su hijo (a) en la presente investigación, se le solicita leer atentamente el siguiente documento.

El propósito de la investigación forma parte de una tesis de titulación en la Especialidad de Salud Pública de la Universidad Autónoma del Estado de México, con la que se pretende determinar la relación al inicio de vida sexual activa con la presencia de violencia familiar, con la depresión y con el tipo de autoestima.

Si acepta la participación de su hijo(a) en este estudio, se le informa que se realizará lo siguiente: Se le solicitará a su hijo(a) contestar un cuestionario de evaluación, conformado por las herramientas de detección de Violencia familiar, por la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y por la Escala de Autoestima de Rosenberg para valorar los fenómenos antes mencionados.

Este estudio puede significarle alguna molestia o incomodidad, en el sentido de que implica referirse a su vida privada, sin embargo, cualquier inconveniente al respecto podrá expresarlo libremente y recibirá la ayuda necesaria si es requerido por su hijo(a) o si es considerado por el profesional que lo aplica.

Como resultado de su participación en este estudio, su hijo(a) no obtendrá ningún beneficio directo ni retribución económica alguna, sin embargo es posible que los resultados que surjan de la investigación beneficie a otras personas y ayude a incrementar el conocimiento de los fenómenos relacionados con el inicio de la vida sexual activa en los alumnos del CBTIS No. 180 y jóvenes de la región de Jilotepec.

Puede conversar con el profesional que aplicara el test para contestar sus preguntas sobre este estudio.

La participación de su hijo(a) en este estudio es voluntaria. Ambos tienen el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.

La participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían publicarse con fines científicos, pero siempre respetando el anonimato de los participantes. La privacidad en ningún momento se podrá ver comprometida puesto que los instrumentos son anónimos y la única persona con acceso a la información será quien realiza la investigación.

Estoy enterado(a) de toda la información descrita en este documento, antes de firmarla. Me quedó clara la información acerca de la participación de mi hijo(a) en esta investigación. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada.

Por lo tanto: acepto que mi hijo(a) participe voluntariamente en la investigación titulada: "Violencia, depresión y autoestima asociados al inicio de vida sexual activa en alumnos del CBTIS no. 180 de Jilotepec, Estado de México, 2012". Pues se me ha informado que él (o ella), es libre de decidir participar en el estudio y que puede retirarse voluntariamente en cualquier momento, me queda claro que mi firma no implica consecuencias legales adversas para mí ni para mi hijo(a).

Nombre padres o tutor

firma

fecha

M. C. y P. Carlos Acevedo Arce
Nombre del profesional

2767429
cédula

firma

fecha



XIV.7. Anexo 7:

DOCUMENTO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Este documento de asentimiento informado es para alumnos menores de 18 años, que asisten al CBTIS No.180, de Jilotepec, Estado de México y que se les invita a participar en la investigación “Violencia, depresión y autoestima asociados al inicio de vida sexual activa en alumnos del CBTIS no. 180 de Jilotepec, 2012”.

Mi nombre es Carlos Acevedo Arce, curso el segundo año de la especialidad en Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México. Estoy haciendo un estudio de investigación, para determinar la relación al inicio de vida sexual activa con la presencia de violencia familiar, con la depresión y con el tipo de autoestima.

Cuando se te invita a participar en una investigación necesitas estar bien informado(a) sobre lo que se realizará, para decidir tu cooperación en la misma. He informado sobre esta investigación a tus padres y ellos saben que te estamos preguntando a ti también, para tu aceptación, puedes elegir no participar. Si vas a participar en la investigación, tus padres también tienen que aceptarlo. Aun cuando tus padres lo hayan aceptado, puedes discutir cualquier aspecto de este documento con ellos, con amigos o cualquier otra persona con quien te sientas cómodo(a). Si no entiendes cualquier cosa puedes preguntar las veces que quieras y yo resolveré tus dudas.

Si decides participar en este estudio: se te pedirá contestar un cuestionario con preguntas prediseñadas que evalúan la presencia de violencia familiar, la presencia de depresión y tu autoestima, las cuales se harán de forma **anónima**. Si al momento de contestarlo, te genera alguna molestia o incomodidad, cualquier inconveniente al respecto podrás expresarlo libremente y recibirás la ayuda necesaria.

Como resultado de tu participación en este estudio puede ser que no obtengas ningún beneficio personal. Pero los resultados permitirán conocer mejor este fenómeno y poder ayudar a otras personas algún día.

Cuando terminemos este estudio, se hará un informe sobre los resultados, los cuales podrían publicarse o ser divulgados con fines científicos, pero de una manera anónima. La privacidad en ningún momento se podrá ver comprometida puesto que los instrumentos son anónimos, y la única persona con acceso a la información será quien realiza la investigación.

SI ACEPTO _____ NO ACEPTO _____

Nombre del alumno: _____

Grado: _____ Grupo: _____ Fecha: _____