

Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de

México

México

Solórzano Domínguez, Nubia; Gaitán Rossi, Pablo

Factores de Riesgo-Protección Psicosocial en Estudiantes de Licenciatura de la Universidad
Iberoamericana

Psicología Iberoamericana, vol. 16, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 40-47

Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133920328006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Factores de Riesgo-Protección Psicosocial en Estudiantes de Licenciatura de la Universidad Iberoamericana¹

Risk-Protective Psychosocial Factors in Undergraduate Students of the Universidad Iberoamericana

Nubia Solórzano Domínguez²

Pablo Gaitán Rossi³

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE SERVICIOS PARA LA FORMACIÓN INTEGRAL
PROGRAMA DE ATENCIÓN ESTUDIANTIL UNIVERSITARIA

Resumen

La juventud es una etapa del desarrollo donde se presentan múltiples conductas que implican riesgos para la salud, por lo que se vuelve importante identificarlas y buscar reducirlas generando ambientes de protección. En la Universidad Iberoamericana se investigaron en 2007 los niveles epidemiológicos de algunos factores de riesgo-protección psicosocial en una muestra representativa de alumnos de licenciatura. Los resultados, agrupados en un coeficiente de riesgo psicosocial, muestran que se mantuvieron estables en los últimos dos años, salvo en los factores de *Manejo Inadecuado de la Sexualidad y Salud*, que se incrementaron, y los *Factores Escolares* y el consumo de *Drogas Ilegales*, que disminuyeron. El área de *Vulnerabilidad Psicosocial*, al igual que en estudios anteriores, sigue siendo mayor a la de *Consumo de Sustancias Tóxicas*; también se evidencian las diferencias en los riesgos psicosociales entre hombres y mujeres.

Descriptores: riesgo psicosocial, uso de drogas, vulnerabilidad, adolescencia, sexo.

Abstract

Youth is a developmental stage where multiple conducts that imply health risks appear, so it becomes important to identify them and seek to reduce them by generating protective environments. At the Iberoamericana University several epidemiological levels of risk- protective psychosocial factors were investigated in 2007 among a representative sample of undergraduate students. The results, grouped in a psychosocial risk coefficient, show they maintained stable in the last two years, except for the *Inappropriate Handle of Sexuality and Health*, which increased, and *Scholar Factors and Illegal Drugs* that decreased. The area *Psychosocial Vulnerability*, as in previous studies, is still higher than *Toxic Substance Consumption*; also, the differences in psychosocial risks between men and women are made evident.

Key words: psychosocial Risk; Drug Abuse; Vulnerability; Adolescence; Gender.

Antecedentes

La primera ocasión que se aplicó el Modelo de Riesgo-Protección Psicosocial en la Universidad Iberoamericana

(α 0.8283), en colaboración con el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR), fue en el año de 1995 (Castro, Uribe y Tinoco, 1995), teniendo como antecedente los estudios sobre consumo de sustancias

¹ El presente artículo se basa en parte del reporte de investigación elaborado por Jorge Llanes, María Elena Castro y Adriana Carreño –pertenecientes a INEPAR (Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C.)– y entregado al Programa de Atención Estudiantil Universitaria en marzo de 2008. Para correspondencia:

² Correo electrónico: (nubia.solorzano@uia.mx), teléfono: 5950-4262.

³ Correo electrónico: (pablo.gaitan@uia.mx), teléfono: 5950 4262.

tóxicas del Dr. Juan Lafarga (1990). Diez años después, en 2005, se decidió replicar el estudio bajo la sospecha de que los niveles de riesgo psicosocial podrían haberse incrementado significativamente ($\alpha 0.8234$), según estaba ocurriendo en todo el país (Rojas, Medina-Mora, Villatoro *et al.*, 1998; Encuesta Nacional de Adicciones, 2002). Los resultados de la comparación fueron los previstos: el coeficiente de riesgo pasó de ser 0.14 en 1995 a 0.23 en 2005 (Solórzano, Gaitán, Uribe, Castro y Llanes, 2007). Tomando otro punto de referencia, el grupo denominado como de *alto riesgo* por registrar más de 18 conductas consideradas de riesgo, aumentó del 3.5% de la población en 1995, a conformar, en 2005, el 17 por ciento.

El aumento en la mayoría de los factores de riesgo motivó a la creación de un programa de intervención basado en la Teoría de la Resiliencia.⁴ Debido tanto al aumento del número e intensidad de las conductas de riesgo como a que la información proporcionada por estos estudios constituye uno de los principales insumos para dicho programa, se decidió repetir el estudio dos años después para conocer si los niveles continuaban elevándose.

Un estudio reciente con población mexicana urbana continúa reportando el incremento en el consumo de sustancias en México –especialmente entre adolescentes– y confirma la hipótesis del “mayor riesgo de consumo de sustancias a que está expuesta la población joven cuando se le compara con sus padres cuando eran jóvenes y apuntan a la necesidad de incrementar las acciones para contrarrestar el efecto negativo de este fenómeno sobre sus salud y sobre la sociedad” (Fleiz, Borges, Rojas, Benjet y Medina-Mora, 2007, p. 64).

Marco teórico

Al menos desde hace poco más de treinta años, los estudios epidemiológicos que originaron el modelo de riesgo psicosocial se centraron exclusivamente en el consumo de sustancias tóxicas en poblaciones estudiantiles de México, mismos que se siguen elaborando –por ejemplo, en la Secretaría de Salud (Conadic, 2003), el Observatorio Mexicano de alcohol, tabaco y drogas (Castro, Llanes, Carreño, García y Nieto, 2004) o en la Encuesta Nacional de Adicciones (2002)– como herramienta en la atención de adicciones. El modelo utilizado en dichas instituciones maneja, como indicadores principales del

consumo de sustancias tóxicas, los ítems de *alguna vez en la vida y en el último mes anterior* a la encuesta; consideran, por lo regular, las prevalencias de consumo disociadas del contexto en el que ocurren o, a lo sumo, las relacionan, simplemente, con los cruces de algunas variables demográficas o con ciertas conductas de riesgo (Costa, Jessor y Turbin, 1999).

Al manejar el consumo de sustancias tóxicas de manera aislada se segmenta la realidad de tal manera que niega el entorno en el que se desenvuelve la persona e impide valorar adecuadamente, en su conjunto y campo social, el mundo psicosocial donde se presentan los consumos de sustancias tóxicas –en nuestro caso, el de la educación superior, aunque no exclusivamente, ya que el consumo por lo regular inicia antes (Mannoni, 1984). En palabras de Jessor, en estos modelos tradicionales, “las variables de riesgo no ocurren en aislamiento de la persona o el entorno; aparecen en racimos o grupos. En cada persona, configuraciones de características se vuelven correlacionales y se construyen mutuamente” (1998, p.15).

Por otra parte, se ha probado que existen diferencias de género importantes en cuanto a la mayoría de las variables de riesgo para la salud; por ejemplo, se han encontrado diferencias significativas en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres no dependientes (Mariño, Berenzon y Medina-Mora, 2005). Hallazgos de este tipo han contribuido a implementar un enfoque de género en las investigaciones relacionadas con los riesgos a la salud: “aunque los hombres siguen usando más drogas y enfermando y muriendo más a causa de ello, las mujeres han empezado a acortar las distancias y ante ello es necesaria una perspectiva de género” (Medina-Mora, Natera, Borges, *et al.*, 2001, p. 17).

La premisa del modelo en el cual se basa el presente estudio se reduce a que en la juventud la experimentación y el abuso de sustancias tóxicas se presentan en íntima relación con otras conductas de riesgo psicosocial –como accidentes, conductas violentas, comportamientos antisociales o, en algunos casos, bajo rendimiento académico (Marks, 2008). Si lo anterior es cierto –como se ha comprobado en otras poblaciones (Castro, Llanes y Carreño, 2000) y en los estudios anteriores– los resultados no sólo mostrarán los niveles epidemiológicos de una serie de conductas consideradas de riesgo psicosocial, sino que también orientarán algunas directrices de intervención que no se reduzcan al consumo de sustancias tóxicas, sino que contemplen incidir en el contexto

⁴ La resiliencia entendida como “la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (Grotberg, en Melillo y Suárez Ojeda, 2004, p.34).

universitario, con miras a convertirlo (hasta donde sea posible) en un *ambiente de protección* (Jessor, Turbin, y Costa, 1998).

El Modelo de Riesgo-Protección Psicosocial, utilizado desde 1995, toma la experimentación con sustancias tóxicas como variable dependiente, determinada por una serie de variables independientes con diferentes pesos predictivos que explican el consumo, llamadas de vulnerabilidad psicosocial. En la presente investigación se consideran las conductas de riesgo psicosocial como un todo entrelazado; distintos comportamientos asociados que conforman factores de riesgo susceptibles de ser neutralizados o disminuidos estimulando diversos factores de protección (Burak, 1999), basados en la Teoría de la Resiliencia. La vulnerabilidad psicosocial, por su relación con el consumo de sustancias tóxicas, abriendo el foco del objeto de estudio, se convierte tanto en el fin de la investigación al cartografiar el contexto juvenil, como en el objetivo mismo de una posterior intervención comunitaria.

El *coeficiente de riesgo psicosocial* –fin último del modelo– pretende mostrar mediante un sólo número el nivel de riesgo de todas las conductas de consumo de sustancias tóxicas y vulnerabilidad psicosocial; se trata de una medición útil para construir un *termómetro de riesgo*, metáfora que representa la trayectoria de la magnitud del riesgo; con un dato y en una misma imagen se establece el grado en el que existe una relación directa entre el consumo de sustancias tóxicas y la vulnerabilidad psicosocial; a la vez, enmarca, por comparación a otras poblaciones, qué tan *protegidos* o *en riesgo* se encuentran los estudiantes de la universidad (Castro y Llanes, 2006).

Los objetivos de la presente investigación fueron: 1) identificar cuáles son los niveles de riesgo psicosocial, tanto global como por área; 2) verificar si éstos se han

incrementado con respecto a los presentados en 2005; y 3) comprobar que existen diferencias de género en cuanto a los comportamientos considerados como de riesgo para la salud.

Instrumento

El Inventario de Riesgo-Protección para Adolescentes (IRPA) es un cuestionario anónimo y autoaplicable que fue desarrollado por INEPAR, en una primera versión, para conocer los niveles de uso de drogas y otras conductas de riesgos psicosociales⁵ en poblaciones estudiantiles (Castro, Llanes, Margain y Carreño, 1999). El IRPA se ha ido ampliando –en una segunda versión– para incluir comportamientos resilientes (Castro y Carreño, 2006) y, actualmente, la tercera versión consta de 82 preguntas sobre conductas de riesgo psicosocial, tanto de consumo de sustancias tóxicas (4 factores)⁶ como de vulnerabilidad psicosocial (8 factores);⁷ 26 preguntas sobre aspectos de resiliencia; y 10 preguntas de una escala de factores de riesgo de trastornos de alimentación. Sin embargo, en el presente artículo sólo se presentarán los resultados generales del riesgo psicosocial global, de vulnerabilidad psicosocial y de consumo de sustancias tóxicas; diferenciados por sexo.

Diseño de muestra y participantes

El diseño de la muestra se realizó⁸ de acuerdo a los siguientes pasos: a) se obtuvo un listado de todos los grupos abiertos (3.850 de licenciatura) en el periodo de otoño 2007; b) a cada grupo en la lista se le asoció un número aleatorio entre cero y un millón; c) se ordenó el listado en forma ascendente con base en el número

⁵ La sección de consumo de sustancias tóxicas y conducta antisocial fue elaborada con base en cuestionarios trabajados en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Addiction Research Foundation de Toronto, Canadá (Medina-Mora, Gómez-Mont y Campillo-Serrano, 1981); desde 1980, esta escala se utiliza en estudios epidemiológicos nacionales de la Secretaría de Salud (Villatoro, 2003). Los reactivos restantes, que completan el área de vulnerabilidad psicosocial, fueron construidos por INEPAR en 1991 y luego probados y evaluados en distintas bases de datos, obteniendo coeficientes de predicción significativos en una muestra nacional de jóvenes recolectada en 2004 (Castro y Carreño, 2006).

⁶ Drogas legales (alcohol y tabaco); drogas ilegales (marihuana, cocaína, heroína, metanfetaminas, opiáceos, alucinógenos y otras drogas no especificadas); drogas de uso médico (anfetaminas, sedantes, tranquilizantes (fuera de prescripción médica)); uso experimental de marihuana y cocaína (alguna vez en la vida).

⁷ Manejo inadecuado de la sexualidad (haber tenido dos o más relaciones sexuales; tener relaciones sexuales sin protección; no haber recibido información sexual; y reportar algún motivo para no usar anticonceptivos); actos antisociales (vender o haber vendido marihuana; robos mayores a 1,000 pesos; tomar parte en riñas; forzar cerraduras; y vender alguna droga que no sea marihuana); eventos negativos (problemas con la policía o con la autoridad; experiencia desagradable por el uso de drogas; experiencia desagradable por el uso de alcohol; reprobación; fuertes dificultades con los padres; y rompimiento de noviazgo); empleo (tener empleo remunerado; y tener dinero disponible para uso personal); estilo de vida (practicar repetidamente juegos computarizados o electrónicos; en ocasiones aprovecharse de alguien; tomar un auto sin permiso del dueño; y salir dos o más noches de recreación a la semana); salud (enfermedades del aparato digestivo; enfermedades del aparato reproductor y traumatismos); consumo en familiares y/o amigos (familiares que beben en exceso; consumo de alguna droga en familiares; tener amigos que beben en exceso y/o que usan drogas); factores escolares (reprobación; y promedio escolar bajo).

⁸ La muestra fue diseñada por el ingeniero Germán Turnbull, Jefe de Planeación Financiera de la Universidad Iberoamericana.

aleatorio; y *d*) se seleccionaron los primeros 55 grupos de la última lista como muestra; número que rebasa ligeramente el 8.5% de la población.

La muestra obtenida incluyó 936 alumnos inscritos, pero descontando a los alumnos duplicados, a los ausentes el día de la aplicación y los cuestionarios inválidos, el número se redujo a 692, que representaron el 6.6% de la población total de licenciatura. La muestra estudiada la integró una proporción ligeramente mayor de hombres (52%) que de mujeres (47%), casi todos en una edad entre 18 y 23 años (93%). La mayoría de los participantes vive con ambos padres (71%)—seguido de 15% que vive con su madre—; 78% lo que por lo general no trabajan y reportan un promedio escolar mayor a ocho (91 por ciento).

Procesamiento y análisis de datos

Una vez terminada la base de datos se auditó para garantizar que el error de captura no superara al azar ($p < .01$); margen que no se rebasó. Los resultados se procesaron en el Programa IRPA-INEPAR,⁹ mismo que permitió -siguiendo una metáfora de semáforo- obtener categorías de bajo, mediano y alto riesgo para todos los factores en la mayoría de las áreas. Las categorías de riesgo implican:

Bajo riesgo o Protección: alumnos *protegidos* que no reportan y/o no perciben la presencia de la conducta de riesgo en casi ninguna o ninguna de las variables de cada factor. *Mediano riesgo:* alumnos que obtienen un puntaje que señala la presencia de la conducta de riesgo en algunas de las variables de cada factor. *Alto riesgo:* alumnos que obtienen un puntaje que muestra la presencia de la conducta de riesgo en la mayoría de las variables.

Los puntos de corte para clasificar el nivel de riesgo surgen de cotejar el valor de las medias y las desviaciones estándar de la muestra de referencia o baremos (tabla 1) con el puntaje transformado de la muestra según la fórmula de calificación z . A partir de esta comparación,

se considera que *alto riesgo* es igual a puntajes z mayores de uno; *mediano riesgo* es igual a puntajes z de $+- .99$; y *bajo riesgo* es igual a puntajes z inferiores a menos uno; estos puntajes se entienden como un número de conductas específico para cada área (tabla 2).¹⁰

Tabla 1. Medias y desviaciones estándar de referencia

Áreas/categorías de riesgo	Alto riesgo	Mediano riesgo	Bajo riesgo
Riesgo psicosocial global	29-48	19-28	0-18
Vulnerabilidad psicosocial	11-22	8-10	0-7
Consumo de sustancias tóxicas	11-27	6-10	0-5
Eventos predictores	6-7	4-5	0-3
Conductas alimentarias	15-25	11-14	0-10

Tabla 2. Número de conductas correspondientes a las categorías de riesgo

Categorías de riesgo	Medias	Desviaciones estándar
Riesgo psicosocial global	18.4	9.7
Vulnerabilidad psicosocial	7.2	3.6
Consumo de sustancias tóxicas	5.2	5.2
Eventos predictores	3.8	1.4
Conductas alimentarias	10.19	4.1

⁹ El programa IRPA-INEPAR toma como baremos las medias aritméticas obtenidas en una encuesta nacional llevada a cabo en 2004 en estudiantes de Preparatoria Abierta (Castro, Llanes y Carreño, 2004); después, utilizando estas medias como parámetros, transforma a calificaciones z los puntajes brutos obtenidos para la muestra del presente estudio. La calificación z permite comparar los datos obtenidos con ese parámetro estandarizado y así categorizar el nivel de riesgo en el que se encuentran los estudiantes universitarios.

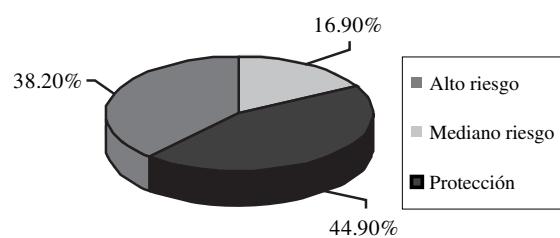
¹⁰ En la tabla 2, se observa, sólo para la primera fila, en cuanto al riesgo psicosocial global, que el porcentaje de estudiantes que presenta conductas consideradas como “focos rojos” (alto riesgo) reportan un puntaje superior a la media —equivalentes a un rango entre 29 y 48 conductas de riesgo— lo que implica una calificación z de 1 y $+1$; los “focos amarillos” (mediano riesgo) refieren un puntaje de riesgo alrededor de la media —rango entre 19 y 28 conductas de riesgo— que supone una calificación z de $+- .99$; y para “los focos verdes” (bajo riesgo) un puntaje de riesgo por debajo de la media —rango entre 0 y 18 conductas de riesgo— lo que equivale a una calificación z de -1 y menores.

Resultados

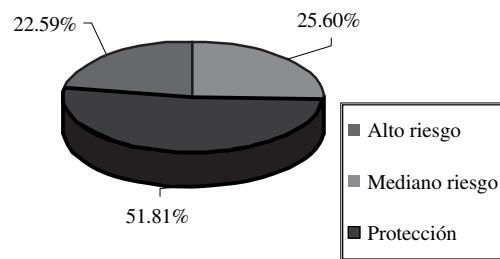
En la gráfica 1 se pueden apreciar los porcentajes de *Riesgo Psicosocial Global*, es decir, la suma de las áreas de *Consumo de Sustancias Tóxicas* y de *Vulnerabilidad Psicosocial*; ahí se muestra que 38% reporta pocas o ninguna conductas de riesgo por lo que, en ausencia de factores de riesgo, se les considera protegidos; el 44.9% se encuentra en mediano riesgo y 16.9% describe un alto riesgo, lo que implica que este último porcentaje de alumnos puntuó entre 29 y 48 comportamientos considerados de riesgo¹¹ ($\alpha=0.7968$).

Los resultados de *Riesgo Psicosocial Global* contrastados por sexo indican (gráficas 2 y 3) la consistente diferencia de género: por lo regular mayor frecuencia e intensidad reportada en los hombres, en todas las áreas, que en las mujeres. Observando el caso de todas las conductas de riesgo condensadas en una gráfica, el alto riesgo en hombres sobrepasa en más de tres veces el de las mujeres.

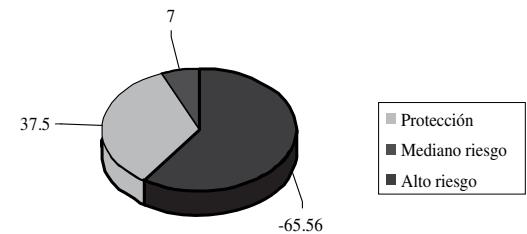
Gráfica 1. Porcentajes de los niveles de Riesgo Psicosocial Global



Gráfica 2. Nivel de Riesgo Psicosocial Global en hombres

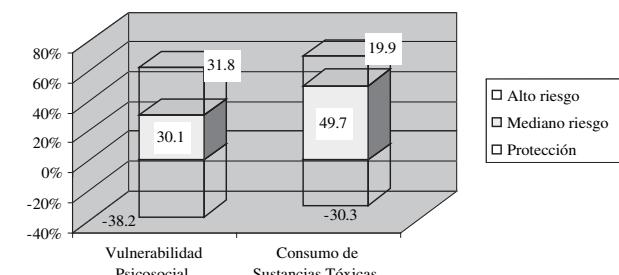


Gráfica 3. Nivel de Riesgo Psicosocial Global en Mujeres



Al separar, en la gráfica 4, el *Riesgo Psicosocial Global* en sus áreas correspondientes, se aprecia que la mayor proporción de alto riesgo se encuentra en la *Vulnerabilidad Psicosocial*, lo cual se corresponde con los ligeramente mayores porcentajes en mediano y bajo riesgo del *Consumo de Sustancias*. Por otra parte, al igual que en la anterior diferenciación por sexo, en las gráficas 5 y 6, se observa que los hombres vuelven a presentar puntajes más elevados en el alto riesgo; concentrándose, mayoritariamente, en el área de *Vulnerabilidad Psicosocial*. A pesar de existir marcadas diferencias, la distancia entre sexos se reduce notablemente en el área de *Consumo de Sustancias Tóxicas*, siendo la diferencia únicamente de 9% y no la de 36.7% que se observa en el área de *Vulnerabilidad Psicosocial*. También es importante señalar que en las mujeres, a diferencia del global y en los hombres, el *Consumo de Sustancias Tóxicas* presenta puntajes de riesgo más elevados que los registrados para la *Vulnerabilidad Psicosocial*.

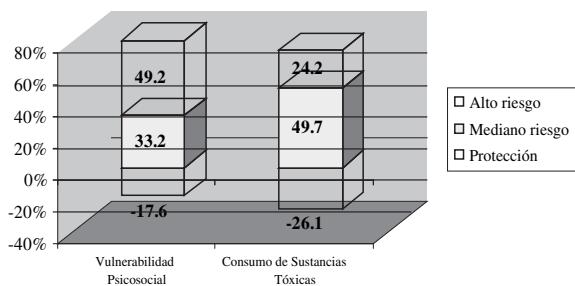
Gráfica 4. Niveles de Riesgo Psicosocial por áreas



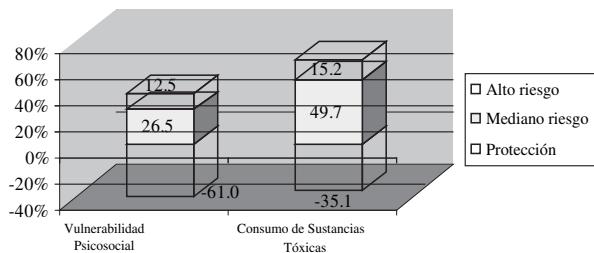
Al mirar a detalle el área de *Vulnerabilidad Psicosocial*, factor por factor, salta a la vista que en *Estilo de Vida, Salud y Consumo de Sustancias en Familiares y Amigos* casi la mitad de la población (y más) puntúan en alto riesgo (gráfica 7). De estos tres factores el más

¹¹ De ahora en adelante, todos los datos dentro de las gráficas y las tablas se referirán a porcentajes a pesar de no estar indicado el signo de por ciento (%).

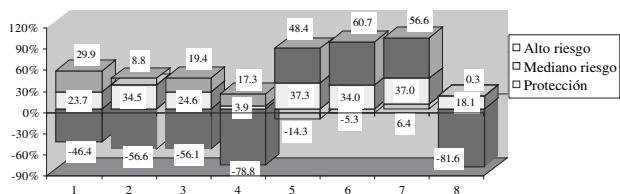
Gráfica 5. Niveles de Riesgo Psicosocial por áreas en hombres



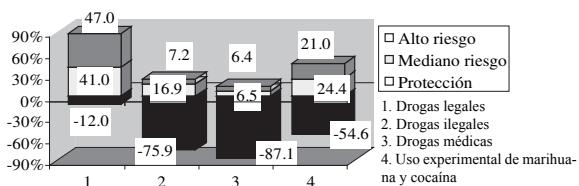
Gráfica 6. Niveles de Riesgo Psicosocial por áreas en mujeres



Gráfica 7. Niveles de Riesgo Psicosocial en los ocho factores del área de vulnerabilidad psicosocial



Gráfica 8. Niveles de Riesgo en los cuatro factores del área de consumo de sustancias tóxicas



alto es el de *Salud*, compuesto por preguntas sobre enfermedades del aparato reproductor, digestivo y por traumatismos: los dos últimos son los que se repiten constantemente en un análisis de las frecuencias simples. En lo relativo al *Consumo en Familiares y Amigos*, el puntaje se dispara en la pregunta sobre si conocen con certeza que sus familiares o amigos consumen frecuentemente drogas legales, ilegales o médicas; lo elevado muestra la intensidad del consumo en las redes sociales

de los estudiantes: se reporta mayor frecuencia en la ingesta de sustancias cuando se pregunta por el otro que cuando debe responder por sí mismo. La pregunta que eleva el alto riesgo del factor *Estilo de Vida* indaga si salen más de dos noches de recreación por semana, aunque el resto que explora comportamientos compulsivos también presenta niveles altos.

Desglosando el área de *Consumo de Sustancias Tóxicas* se observa la enorme diferencia entre la ingesta de *Drogas Legales* en comparación con el resto de los tipos de drogas, tanto en alto como en bajo riesgo (gráfica 8). El *Uso Experimental de Marihuana y Cocaína* –bajo la premisa de que son drogas ilegales consideradas como de *acceso*– muestra que 21% presenta mayor predisposición para incrementar su consumo o experimentar con otras sustancias tóxicas.

Comparaciones

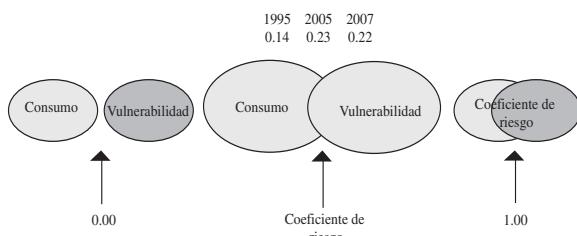
El inventario aplicado en 2007 sufrió algunas modificaciones con respecto al de 2005, por lo que se ganó en precisión pero se perdieron algunas comparaciones. Si bien resulta tentador comparar las áreas que han conservado el mismo nombre a lo largo de los años, es necesario distinguir entre factores comparables y no comparables y entre diferencias estadísticamente significativas de las que no lo son. Los factores de la tabla 3, señalados en gris, son los únicos que son tanto comparables como con diferencias estadísticamente significativas. Los niveles de “alto riesgo” en los *Factores Escolares* y, en especial, en el consumo de *Drogas Ilegales* disminuyeron en 2007; en cambio aumentaron el *Manejo Inadecuado de la Sexualidad* y, de manera muy importante, el factor de *Salud*. El resto de factores (con las excepciones de *Eventos Negativos*, *Consumo en Familiares y Amigos* y *Drogas Médicas* por no ser comparables al haberse modificado alguna pregunta) no presentan cambios estadísticamente significativos en los dos últimos años.

El *Coeficiente de Riesgo Psicosocial* –el índice predictivo de consumo de drogas a través de las variables de vulnerabilidad– se mantuvo estable de 2005 a 2007 (figura 1). Al considerar todos los consumos en forma global, en una escala de 0 a 1 –donde 0 implica que no hay consumo ni vulnerabilidad y 1 que todos presentan alto consumo y alta vulnerabilidad– se observa un incremento de 0.9 entre 1995 y 2005; sin embargo, debido a las modificaciones, en 2007, a pesar de aparentar una disminución de 0.1, sólo se puede afirmar que el índice se mantiene estable.

Tabla 3. Comparación de niveles de alto riesgo en los factores investigados. 1995-2005-2006

	1995	2005	2007	Comparabilidad 2005-2007
Factor	Alto Riesgo	Alto Riesgo	Alto Riesgo	
Riesgo global	3.5	17.0	16.9	Sí
1. Sexualidad	25.1	25	29.9*	Sí
2. Actos antisociales	2.9	9*	8.8	Sí
3. Eventos negativos	9.1	9*	19.4	No
4. Empleo	18.1	17.5*	17.3	Sí
5. Estilo de vida	63.4	50.2*	48.4	Sí
6. Salud	6.8	26.3*	60.7*	Sí
7. Consumo en familiares	10.9	15.9*	56.6	No
8. Factores escolares	0.9	6.1*	0.3*	Sí
9. Drogas legales	38.5	46.3*	47.0	Sí
10. Drogas ilegales	3.3	11.2*	7.2*	Sí
11. Drogas de uso médico	7.8	11.2	6.4	No

*P<.01

Figura 1. Vulnerabilidad psicosocial + consumo de sustancias

Discusión

Los resultados anteriores permiten comprobar, con Jessor, que los diversos comportamientos de riesgo psicosocial suelen presentarse juntos, como racimos de conductas que crean un ambiente de riesgo psicosocial, lo cual se muestra claramente en la percepción que tienen los estudiantes sobre el elevado consumo de sustancias en sus compañeros y familiares. A diferencia de los datos que indican que los consumos de sustancias tóxicas en los adolescentes de la ciudad de México se incrementan a diario, en la Universidad Iberoamericana, si bien no disminuyen, tampoco aumentaron, manteniéndose casi todos ellos estables –sin diferencias significativas– en los últimos dos años. Los factores que sí presentan diferencias significativas muestran, por una parte, que los estudiantes están consumiendo, a diferencia de las muestras de la ciudad de México, menos drogas ilegales; sin embargo, la contraparte de esta disminución, son los factores de *Manejo Inadecuado de la Sexualidad* y *Salud*, que se incrementan significativamente. Para éstos

dos últimos factores se recomienda ampliamente investigar más a fondo el fenómeno, en particular el factor de *Salud*; por ejemplo, en el sentido de si lo que aumenta es la enfermedad o la conciencia sobre el cuerpo, convirtiéndose, precisamente, el discurso sobre la salud, en el causante de estos incrementos (Bauman, 2000).

El presente estudio constituye una prueba más de que las aproximaciones a los temas de salud deben estar atravesadas por una perspectiva de género. Al separar los resultados por sexo, se observan las diferencias de género, no sólo en cuanto a la frecuencia con la que consumen los hombres, sino también a la intensidad de los mismos, lo cual constituye un *modo masculino* en el que se presentan los riesgos psicosociales. Por otra parte, como se ha visto en otros estudios, las diferencias son más marcadas en lo relativo a la *Vulnerabilidad Psicosocial* (el entorno) y no tanto en lo que respecta al consumo de sustancias, lo cual sugiere que las mujeres, poco a poco, se acercan a la manera en que los hombres las ingieren.

El entorno de riesgo para la salud en el que vive la juventud, en este caso de los estudiantes universitarios, presenta, en el área de *Vulnerabilidad Psicosocial*, niveles más elevados que los que aparecen en relación al *Consumo de Sustancias Tóxicas*, lo cual muestra que sería conveniente dirigir los esfuerzos de prevención hacia el ambiente, generando uno de protección, y no directamente hacia los consumos de sustancias. A partir de los resultados de este estudio, se aprecia que sería recomendable, al menos, continuar con el programa de prevención implementado en la Universidad basado en la

Teoría de la Resiliencia, ya que se enfoca en la creación de ambientes de protección, atacando, indirectamente –como señala Jessor– los riesgos psicosociales. El consumo de sustancias tóxicas es un fenómeno multicausal en el cual el entorno de vulnerabilidad psicosocial juega un papel determinante; por ello, es imposible atribuirle

exclusivamente a un programa de prevención la estabilidad de los niveles de riesgo. Sin embargo, al mismo tiempo, no se puede negar la posibilidad de que, entre otros factores, los programas de prevención incidan positivamente en la reducción del riesgo: por lo tanto, se sugiere continuar con ellos.

Referencias

- Burak, S.D. (1999). Protección, riesgo y vulnerabilidad. *Adolescencia Latinoamericana*, 1, 4, 222-230.
- Bauman, Z. (2000). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Castro, M.E. & Carreño A. (2006). IRPA II Manual del Inventario Riesgo-Protección para preadolescentes, adolescentes y jóvenes adultos. *Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C.*, México.
- Castro, M.E. & Llanes, J. (2006). El coeficiente de riesgo psicosocial como medida compleja para el monitoreo y seguimiento de la vulnerabilidad psicosocial en poblaciones estudiantiles. *Liberaddictus Cuadernos de Prevención*. 91, pp. LXXXIX-CXII.
- Castro, M.E., Llanes, J. & Carreño A (2000). Uso de drogas y vulnerabilidad psicosocial en poblaciones estudiantiles escolarizadas y no escolarizadas de nivel básico, medio superior y superior. *Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C.*, México.
- Castro, M.E., Llanes, J. & Carreño A. (2004). Estudio nacional en jóvenes usuarios de Preparatoria Abierta. *Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C.*, México.
- Castro, M.E., Llanes, J., Margin, M. & Carreño A. (1999). *Chimalli un modelo de prevención de riesgos psicosociales. Cambios de actitud y modificación de los niveles de protección en seis planteles escolares situados en cuatro ciudades del país*. *Psicología Iberoamericana*. núm. 4.
- Castro, M.E., Llanes, J., Carreño A., García, O. & Nieto, A. (2004). *Prevalencias del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, distribución de consumidores y vulnerabilidad psicosocial en muestras representativas de la población estudiantil de primaria, secundaria y educación media superior del Estado de San Luis Potosí*. Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C., México.
- Castro, M.E., Uribe M. & Tinoco, M. (1995). *Perfiles de Riesgo psicosocial en un muestra representativa de estudiantes de la Universidad Iberoamericana. Plantel Santa Fe, Ciudad de México*. México: Universidad Iberoamericana.
- CONADIC (2003). *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas*. México: Secretaría de Salud/ CONADIC.
- Costa, F., Jessor, R. & Turbin, M. (1999). Transition in to Adolescent Problem Drinking: the Role of Psychosocial Risk and Protective Factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 4, 480- 490.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). Recuperado el 19 de junio de 2008, de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/Ena02.pdf
- Fleiz, C., Borges, G., Rojas, E., Benjet, C. & Medina Mora, M.E. (septiembre-octubre 2007). Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental*, 30, 5, 63- 73.
- Jessor, R. (1998). *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. California: Cambridge University Press.
- Jessor, R., Turbin, M. & Costa, F. (1998). Protective Factors in Adolescent Health Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 3, 788-800.
- Lafarga, J. (1990). *Consumo de drogas y actitudes ante su uso en estudiantes de la Universidad Iberoamericana*. México: Universidad Iberoamericana.
- Mannoni, O. (1984). *La crisis de la adolescencia*. Barcelona: Gedisa.
- Marín, M.C., Berenzon, S. & Medina-Mora, M.E. (junio 2005). Síndrome de dependencia al alcohol: comparación entre hombres y mujeres. *Salud Mental*, 28, 3, 33-39.
- Marks, D.F. (2008). *Psicología de la Salud. Teoría, Investigación y Práctica*. México: Manual Moderno.
- Medina Mora, M.E., Gómez-Mont, F. & Campillo-Serrano, C. (1981). Validity and Reliability of a High School Drug Use Questionnaire Among Mexican Students. *Bulletin on Narcotics*, 33, 4, 67-76
- Medina-Mora, M.E., Natera, G., Borges, G., Cravito, P., Fleiz, C. & Tapia Conyer, R. (agosto, 2001). Del siglo XXI al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24, 4, 3-19.
- Grotberg, E. (2004). Nuevas Tendencias en resiliencia. En Melillo, A. & Suárez Ojeda (eds.) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*, Buenos Aires: Paidós.
- Rojas, E., Medina-Mora, ME., Villatoro, J., Juárez, F. Carreño, S. & Berenzon, S. (1998). Evolución del consumo de drogas entre estudiantes del Distrito Federal. *Salud Mental*, 21, 1, 37-42.
- Solórzano N., Gaitán, P., Uribe, M, Castro, M.E. & Llanes, J. (2007). Estudio de riesgo protección psicosocial entre los estudiantes de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México. *Liberaddictus, Cuadernos de Prevención*, 99 pp. CXXI-CXXVIII.
- Villatoro, J. (2003). *Cuestionarios epidemiológicos para poblaciones estudiantiles. Documento metodológico del Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y drogas*. México: Secretaría de Salud/CONADIC.