

# COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS

**Fabiola Pamela Vilugrón Aravena**

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



## **TESIS DOCTORAL**

---

**Comportamientos de riesgo para la salud y calidad de  
vida en adolescentes escolarizados**

Fabiola Pamela Vilugrón Aravena

Año 2018

# TESIS DOCTORAL

---

## Comportamientos de Riesgo para la Salud y Calidad de Vida en Adolescentes Escolarizados



Fabiola Pamela Vilugrón Aravena

PROGRAMA DE DOCTORADO

“PSICOLOGÍA, SALUD Y CALIDAD DE VIDA”

Instituto de Investigación sobre Calidad de Vida

Dirigida por:

Dra. María Eugenia Gras Pérez y Dra. Sílvia Font-Mayolas

Memoria presentada para optar al título de doctora por la Universidad de Girona

## Abreviaturas

AHA	American Heart Association (Asociación Americana del Corazón)
AVAD	Años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad
CDC	Centro de Control y Prevención de Enfermedades /Centers for Disease Control and Prevention
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CRS	Comportamientos de Riesgo para la Salud
CV	Calidad de Vida
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información de Salud
EMSE	Encuesta Mundial de Salud Escolar
ENCA	Encuesta Nacional de Consumo Alimentario
ENT	Enfermedades No Transmisibles
ETCC	Encuesta de Tendencia de Consumo Cuantificada
ECV	Enfermedades Cardiovasculares
HBSC	Comportamiento de Salud en Niños de Edad Escolar/ Health Behavior in School Aged Children
HED	Episodios de Consumo Excesivo
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
INJUV	Instituto Nacional de la Juventud
ITS	Infecciones de transmisión sexual
KIDSCREEN	Screening for and promotion of Health Related Quality of Life in Children and Adolescents
MINEDUC	Ministerio de Educación
MINSAL	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud

SENDA	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIMCE	Sistema Nacional de Evaluación de Resultados de Aprendizaje del Ministerio de Educación de Chile
TCP	Teoría de la Conducta Problema
TFE	Tasa de Fecundidad por Edad
UBE	Unidad de Bebida Estándar
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura/ United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito/ United Nations Office on Drugs and Crime
UNICEF	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia

## Índice de Figuras

N°	Figura	Pág.
2.2.1.1.	Dominios Conceptuales Interrelacionados de Factores de Riesgo y Factores Protectores.....	27
2.4.1.2.1.	Proporción (%) de adolescentes entre los 15 a 19 años de edad bebedores actuales, ex bebedores y abstemios por regiones y en el mundo, OMS, 2010.....	36
2.4.1.2.2.	Evolución de la prevalencia del consumo en población escolar de Octavo Básico a Cuarto Medio. Chile, 2003-2015.....	36
2.4.2.2.1.	Prevalencia (%) del consumo actual de tabaco en adolescentes de entre 13 y 15 años regiones del mundo 2000-2010. ....	44
2.4.2.2.2.	Evolución de la prevalencia del consumo de tabaco en escolares de octavo básico a cuarto medio. Chile, 2003-2015.....	45
2.4.3.2.1.	Evolución Prevalencia del consumo marihuana, cocaína y pasta base escolares. Chile, 2003-2015.....	53
2.4.3.2.2.	Consumo de drogas en el último mes en adolescentes entre 10 y 19 años. Chile, 2015.....	54
2.4.3.2.3.	Percepción del riesgo ante el uso experimental de drogas de los adolescentes entre 12 y 18 años. Chile, 2006-2014.....	54
2.4.4.1.1.	% Porcentaje de adolescentes entre 14 y 18 años que cumple con las recomendaciones de las Guías Alimentarias Chilenas.....	60
2.4.4.2.1.	Estado Nutricional de adolescentes entre 14 y 18 años.....	62
2.4.6.3.1.	Tasa de fecundidad por 1.000 mujeres entre 15 a 19 años 2000-2007.....	76
3.1.2.1.1.	Propuesta Esquema en base a la definición de CV de la OMS.....	94
7.2.1.	Edad de inicio de consumo de alcohol en hombres según edad actual.	180
7.2.2.	Edad de inicio de consumo de alcohol en mujeres según edad actual...	180
7.2.3.	Edad de inicio de consumo de tabaco en hombres según edad actual...	181
7.2.4.	Edad de inicio de consumo de tabaco en mujeres según edad actual....	181

7.2.5.	Edad de inicio de consumo de marihuana en hombres según edad actual.....	182
7.2.6.	Edad de inicio de consumo de marihuana en mujeres según edad actual.....	182
7.5.1.1.	% Hombres que declara haber iniciado las relaciones sexuales.....	212
7.5.1.2.	% Mujeres que declara haber iniciado las relaciones sexuales.....	212
7.5.1.3.	Edad de la primera relación sexual en adolescentes de sexo masculino	213
7.5.1.4.	Edad de la primera relación sexual en adolescentes de sexo femenino.	213

## Índice de Tablas

N°	Tabla	Pág.
1.1.1.	Definiciones sobre adolescencia.....	9
1.1.2.	Teorías sobre la adolescencia.....	11
1.3.1.	Proyecciones de la población total y de adolescentes en Chile 1950-2050.....	15
2.1.1.	Definición de riesgo.....	20
2.4.1.3.1.	Prevalencia (%) de episodios de consumo excesivo de alcohol entre la población mayor de 15 años y en los adolescentes (15 a 19 años) por sexo, continente y en el mundo, OMS 2010.....	37
3.1.1.1.	Enfoques objetivos, subjetivos y mixtos del constructo CV.....	91
6.4.1.	Distribución de los adolescentes escolarizados del establecimiento educacional por cursos y número de estudiantes, 2015.....	118
6.4.2.	Características de los adolescentes participantes del estudio (n=550)	120
6.5.1.1.1.	Descripción de las dimensiones de KIDSCREEN-52.....	121
6.5.1.1.2.	Interpretación de las puntuaciones de las escalas de KIDSCREEN-52	124
6.5.2.2.1.	Operacionalización de las variables de consumo de alcohol.....	127
6.5.2.2.2.	Operacionalización de las variables de consumo de tabaco.....	128
6.5.2.2.3.	Operacionalización de las variables de consumo de drogas ilícitas...	129
6.5.2.2.4.	Operacionalización de las variables de hábitos alimentarios.....	130
6.5.2.2.5.	Clasificación del estado nutricional según puntos de corte del puntaje Z IMC.....	131
6.5.2.2.6.	Operacionalización de las variables de actividad física.....	132
6.5.2.2.7.	Operacionalización de las variables de comportamientos sexuales que contribuyen a la infección por SIDA, y embarazo no planificado.....	133
6.5.2.2.8.	Operacionalización de las variables de salud mental.....	134
6.5.2.2.9.	Operacionalización de las variables de violencia y lesiones no intencionales.....	135
6.5.2.2.10.	Operacionalización de las variables de factores protectores.....	136

6.6.2.1.	Sugerencias propuestas por los estudiantes en las Entrevistas Cognitivas de la EMSE.....	139
6.6.4.1.	Estabilidad de los ítems del KIDSCREEN-52 mediante Coeficiente de Correlación Intraclase (n=28).....	141
6.6.4.2.	Estabilidad de los ítems del KIDSCREEN-52 mediante el Coeficiente de Kappa de Cohen.....	142
6.6.4.3.	Estabilidad de la Encuesta Mundial de Salud Escolar mediante el Coeficiente de Kappa de Cohen.....	145
6.6.4.4.	Descriptivos de las dimensiones y consistencia interna del KIDSCREEN-52 (n=550).....	150
6.6.4.5.	Consistencia interna de los Módulos de la EMSE.....	151
7.1.1.	Dimensión 1: Bienestar Físico en adolescentes de 15 a 18 años (n=550).....	158
7.1.2.	Dimensión 2: Bienestar Psicológico en adolescentes de 15 a 18 años (n=550).....	160
7.1.3.	Dimensión 3: Estado de ánimo y emociones en adolescentes de 15 a 18 años (n=550).....	162
7.1.4.	Dimensión 4: Autopercepción en adolescentes de 15 a 18 años (n=550).....	164
7.1.5.	Dimensión 5: Autonomía en adolescentes de 15 a 18 años (n=550).....	166
7.1.6.	Dimensión 6: Relación con los Padres y Vida Familiar en adolescentes de 15 a 18 años (n=550).....	168
7.1.7.	Dimensión 7: Recursos económicos de los adolescentes de 15 a 18 años de edad (n=550).....	170
7.1.8.	Dimensión 8: Amigos y Apoyo Social en adolescentes de 15 a 18 años (n=550).....	171
7.1.9.	Dimensión 9: Entorno Escolar en adolescentes de 15 a 18 años (n=550).....	173
7.1.10.	Dimensión 10: Aceptación Social en adolescentes de 15 a 18 años (n=550).....	175

7.1.11.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes según sexo (n=550).....	176
7.1.12.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes según grupo de edad (n=550).....	177
7.2.1.1.	Prevalencia de consumo de drogas lícitas e ilícitas según sexo.....	178
7.2.1.2.	Prevalencia de consumo de drogas lícitas e ilícitas según grupo de edad.....	183
7.2.2.1.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran inicio precoz de alcohol vs. los que iniciaron el consumo después de los 14 años (n=365).....	184
7.2.2.2.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumir alcohol en el último mes vs. los no consumidores (n=550).....	185
7.2.2.3.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumo de alto riesgo de alcohol vs. los de bajo riesgo (n=214).....	186
7.2.3.1.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran inicio precoz en el consumo de tabaco (n=216) vs. los que declaran consumo posterior (n=121).....	187
7.2.3.2.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumir tabaco en el último mes vs. los no consumidores (n=550).....	188
7.2.3.3.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumo diario de cigarrillos vs. los que declaran consumo menor o no consumo de cigarrillos (n=170).....	189
7.2.4.1.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumo precoz de drogas vs. consumo posterior (n=284).....	190
7.2.4.2.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumo de marihuana en el último mes vs. los no consumidores (n=550).....	191

7.2.4.3.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumo diario de marihuana vs. los no consumidores o consumidores con menor frecuencia (n=550).....	192
7.3.1.1.	Prevalencia de comportamientos protectores y de riesgo en hábitos de alimentación, actividad física y factores psicosociales.....	193
7.3.2.1	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumo alto de bebidas gaseosas vs. los con consumo bajo (n=550).....	195
7.3.2.2.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumir cinco o más porciones de frutas y verduras al día vs. los con consumo bajo (n=550).....	196
7.3.2.3.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumo frecuente de comida rápida en restaurantes vs. los con consumo bajo (n=550).....	197
7.3.3.1.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran tener un nivel de actividad física bajo e inactivo vs. los que declaran un nivel de actividad física medio y alto (n=550).....	198
7.3.3.2.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran uso no saludable del tiempo de ocio vs. los que declaran uso saludable (n=550).....	199
7.3.4.1.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran asistencia escolar vs. los que no (n=500)	200
7.3.4.2.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran apoyo social en la escuela vs. los que indican que no (n=550).....	201
7.3.4.3.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran regulación y control paterno vs. los que indican que no (n=550).....	202
7.4.1.1.	Prevalencia de factores de riesgo de salud mental y violencia en los adolescentes.....	203

7.4.2.1.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran sentimientos de soledad durante los últimos 12 meses vs. los que indican que no (n=550).....	205
7.4.2.2.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran haber pensado en la posibilidad de suicidarse vs. los que indican que no (n=550).....	206
7.4.2.3.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran haber realizado un plan para suicidarse vs. los que indican que no (n=550).....	207
7.4.2.4.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran intento real de suicidio vs. los que indican que no (n=550).....	208
7.4.3.1.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran violencia interpersonal vs. los que indican que no (n=550).....	209
7.4.3.2.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran participar en peleas físicas vs. los que no (n=550).....	210
7.4.3.3.	Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran haber sido víctima de intimidación con ellos vs. los que no (n=550).....	211
7.5.1.1.	Comportamientos de riesgo sexual en adolescentes que iniciaron relaciones sexuales.....	214
7.5.2.1.	Medianas de puntajes Rasch de los estudiantes que declaran inicio precoz de relaciones sexuales vs. los que han iniciado posterior a los 14 años de edad (n=290).....	215
7.5.2.2.	Medianas de puntajes Rasch de los estudiantes que declaran haber iniciado la actividad sexual vs. los que no la han iniciado (n=550)...	216
7.5.2.3.	Medianas de puntajes Rasch de los estudiantes que declaran uso de preservativo en la última relación sexual vs. los que no lo usaron (n=165).....	217

7.6.1.1.	Estado nutricional de los adolescentes según sexo (n=534).....	218
7.6.1.2.	Estado nutricional de los escolares según grupo de edad (n=534)....	219
7.6.1.3.	Medianas de puntajes Rasch de los estudiantes sin malnutrición por exceso vs. con malnutrición por exceso (n=534).....	220
7.7.1.	Asociaciones bivariadas entre las dimensiones del KIDSCREEN-52 y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de 15 a 18 años, ajustado por edad y sexo.....	221
7.7.2.	Asociaciones bivariadas entre las dimensiones del KIDSCREEN-52 y de comportamientos protectores y de riesgo en hábitos de alimentación, actividad física y factores psicosociales en adolescentes de 15 a 18 años, ajustado por edad y sexo.....	224
7.7.3.	Asociaciones bivariadas entre las dimensiones del KIDSCREEN-52 y factores riesgo de salud mental y violencia en adolescentes de 15 a 18 años, ajustado por edad y sexo.....	226
7.7.4.	Asociaciones bivariadas entre las dimensiones del KIDSCREEN-52 y comportamientos sexuales en adolescentes de 15 a 18 años, ajustado por edad y sexo.....	229
7.7.5.	Asociaciones bivariadas entre las dimensiones del KIDSCREEN-52 y el estado nutricional en adolescentes de 15 a 18 años, ajustado por edad y sexo.....	229
7.8.1.	Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión bienestar físico del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo .....	231
7.8.2.	Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión bienestar psicológico del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo .....	233
7.8.3.	Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión estado de ánimo y emociones del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales	

	como variables independientes, ajustado por edad y sexo .....	235
7.8.4.	Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión autopercepción del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo .....	236
7.8.5.	Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión autonomía del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo .....	237
7.8.6.	Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión relación con los padres y vida familiar del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo.....	239
7.8.7.	Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión recursos económicos del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo .....	240
7.8.8.	Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión bienestar amigos y apoyo social del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo .....	241
7.8.9.	Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión entorno escolar del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo .....	242
7.8.10.	Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión aceptación social del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo .....	243

Dra. María Eugenia Gras Pérez y Dra. Sílvia Font-Mayolas, de la Universidad de Girona

DECLARAMOS:

Que el trabajo titulado “Comportamientos de riesgo para la Salud y Calidad de Vida en Adolescentes Escolarizados”, que presenta Fabiola Vilugrón Aravena para la obtención del título de doctor/a, se ha realizado bajo nuestra dirección.

Y para que así conste y tenga los efectos oportunos, firmamos el presente documento.

---

Dra. María Eugenia Gras Pérez

---

Dra. Sílvia Font-Mayolas

Girona, 16 de agosto de 2018

## **Dedicatoria**

A Dios, por darme la oportunidad de ser parte de este mundo.

A mi esposo Alejandro, a mis padres Hugo y Silvia, mi hermano Cristian, mis abuelos Juan y Rita y mis tíos Beto, Hilda y Haydeé por quererme y apoyarme siempre.

A quienes llenan mi corazón Ismael, Martín, Benito y Pascual por su amor incondicional, comprensión y compañía.

## **Agradecimientos**

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la Dra. María Eugenia Gras Pérez y a la Dra. Sílvia Font-Mayolas por aceptar la dirección de mi tesis. Su constante interés por mi progreso a través de los años, su acompañamiento y experiencia en adolescencia y calidad de vida me motivaron a continuar trabajando y alcanzar las metas propuestas.

Deseo agradecer al Director, Orientadores, Profesores y Profesionales del Equipo Psicosocial del establecimiento educacional seleccionado para realizar esta investigación, por abrirme sus puertas, por su colaboración en la recogida de los datos y su sincero interés en esta tesis doctoral. A los estudiantes que decidieron participar voluntariamente en esta investigación.

Así mismo, quiero agradecer al Dr. Carlos Hidalgo, con quien he estado trabajando estos últimos cuatro años, por darme la oportunidad de avanzar en la investigación en comportamientos de riesgo de adolescentes en el Observatorio de Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida del estudiante universitario de la Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación de Chile. También agradezco la ayuda inestimable del Prof. Temístocles Molina en el apoyo y asesoramiento estadístico.

Un sincero agradecimiento también al Dr. Ramiro Molina quien compartió su experiencia en muchas conversaciones y discusiones sobre calidad de vida en la adolescencia, durante nuestras reuniones en la Red de Universidades Promotoras de la Salud de Chile.

Todo esto no habría sido posible sin el apoyo de mi esposo Alejandro Nettle quien siempre me ha animado con amor, respeto y comprensión en todos los proyectos y desafíos que he asumido en el transcurso de estos hermosos años juntos. Sus consejos y orientación en las diversas etapas de la tesis contribuyeron a avanzar en este estudio.

A quienes me han acompañado, mis padres, mis abuelos, mi hermano, tíos y amigos, gracias por el apoyo, la confianza y el amor que me han entregado.

# Índice de contenidos

	<b>Pág.</b>
Resumen.....	1
Resum.....	2
Abstract.....	3
Introducción.....	4
 <b>Parte I. Fundamentación Teórica</b>	
<b>1. Capítulo 1: La adolescencia.....</b>	<b>9</b>
1.1. Definición y teorías de la Adolescencia.....	9
1.2. Adolescencia: definición y conceptualización de la OMS.....	12
1.2.1. Adolescencia temprana.....	13
1.2.1. Adolescencia media y tardía.....	14
1.3. Características sociodemográficas de los adolescentes.....	15
1.4. Situación de salud de los adolescentes.....	16
 <b>2. Capítulo 2: Comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes.....</b>	<b>19</b>
2.1. Concepto de riesgo y percepción del riesgo.....	19
2.1.1. Definición de Comportamientos de Riesgo.....	21
2.2. Teoría de la Conducta Problema.....	23
2.2.1. Reformulación de la Teoría de la Conducta Problema.....	24
2.3. Estudios sobre los Comportamientos de Riesgo para la Salud en adolescentes.....	28
2.3.1. Estudios realizados por Organismos Internacionales sobre CRS.....	28
2.3.1.1. Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE).....	29
2.3.1.2. Comportamientos de Salud en Niños de Edad Escolar (HBSC)..	30
2.3.1.3. Encuesta sobre Comportamientos de Riesgo de los Jóvenes (YRBS).....	30
2.3.2. Estudios realizados por organismos de Chile sobre CRS.....	31

2.3.2.1. Estudios del Observatorio Chileno de Drogas.....	31
2.3.2.2. Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (ENCA).....	31
2.3.2.3. Encuesta Nacional de Educación Física (SIMCE).....	32
2.4. Análisis de los CRS en la adolescencia.....	32
2.4.1. Consumo de alcohol en la adolescencia.....	33
2.4.1.1. Definición y clasificación del consumo de alcohol.....	33
2.4.1.2. Estadísticas sobre consumo actual de alcohol en la adolescencia.....	35
2.4.1.3. Consumo excesivo de alcohol en la adolescencia.....	37
2.4.1.4. Inicio precoz del consumo de alcohol en la adolescencia.....	38
2.4.1.5. Factores asociados con el consumo de alcohol en la adolescencia.....	40
2.4.1.6. Consecuencias biopsicosociales asociadas con el consumo de alcohol en la adolescencia.....	41
2.4.2. Consumo de tabaco en la adolescencia.....	43
2.4.2.1. Definición y clasificación del consumo de tabaco.....	43
2.4.2.2. Estadísticas sobre el consumo de tabaco en la adolescencia....	44
2.4.2.3. Inicio precoz de consumo de tabaco en la adolescencia.....	46
2.4.2.4. Factores que favorecen el consumo de tabaco en la adolescencia.....	47
2.4.2.5. Consecuencias del consumo de tabaco en la adolescencia.....	49
2.4.3. Consumo de otras drogas (marihuana, cocaína y pasta base).....	50
2.4.3.1. Definición de sustancias psicoactivas y clasificación de su consumo.....	50
2.4.3.2. Consumo de drogas ilícitas en la adolescencia.....	52
2.4.3.3. Factores asociados al consumo de drogas ilícitas en la adolescencia.....	55
2.4.3.4. Consecuencias asociadas al consumo de drogas ilícitas en la adolescencia.....	57
2.4.4. Hábitos de alimentación y estado nutricional en la adolescencia.....	59

2.4.4.1. Definición de hábitos alimentarios, recomendaciones y estadísticas sobre consumo de alimentos en adolescentes.....	59
2.4.4.2. Definición y estadísticas sobre el estado nutricional en adolescentes.....	60
2.4.4.3. Factores que influyen en los hábitos alimentarios y en el exceso de peso en adolescentes y sus consecuencias.....	62
2.4.5. Actividad Física en la adolescencia.....	68
2.4.5.1. Definición, valoración de la actividad física y estadísticas en adolescentes.....	68
2.4.5.2. Factores que influyen en la actividad física en la adolescencia..	69
2.4.5.3. Consecuencias de la inactividad física en la adolescencia.....	71
2.4.6. Comportamientos sexuales que contribuyen al embarazo no planificado e infecciones por VIH y otras ITS.....	72
2.4.6.1. Edad de inicio de las relaciones sexuales.....	72
2.4.6.2. Uso de métodos de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y embarazo no planificado en la adolescencia.....	73
2.4.6.3. Consecuencia de los comportamientos sexuales de riesgo en la adolescencia.....	75
2.4.7. Violencia y lesiones no intencionales en la escuela.....	77
2.4.7.1. Definición de violencia.....	77
2.4.7.2. Estadística sobre violencia en adolescentes.....	78
2.4.7.3. Violencia, lesiones no intencionales en la escuela y sus consecuencias.....	79
2.4.7.4. Comportamiento suicida.....	80
2.4.8. Factores protectores en la adolescencia.....	83
2.4.8.1. La familia.....	83
2.4.8.2. El entorno escolar.....	85
2.4.8.3. El grupo de pares.....	85
2.4.8.4. Las redes sociales.....	87

<b>3. Capítulo 3: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en adolescentes.....</b>	<b>89</b>
3.1. Calidad de Vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	90
3.1.1. Calidad de Vida.....	90
3.1.2. Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	92
3.1.2.1. Modelo conceptual de CVRS.....	93
3.1.2.2. Medición de la CVRS desde el enfoque subjetivo.....	95
3.1.2.3. Cuestionarios para medir la CVRS.....	95
3.2. Estudios previos sobre CVRS y variables sociodemográficas en adolescentes.....	101
3.3. Estudios previos sobre CVRS y CRS en adolescentes.....	103
3.3.1. Estudios previos sobre CVRS y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.....	103
3.3.2. CVRS, estado nutricional, comportamiento alimentario y de actividad física en adolescentes.....	104
3.3.3. CVRS, violencia y salud mental en adolescentes.....	108
3.3.4. CVRS y factores protectores psicosociales en adolescentes.....	109
 <b>Parte II. Investigación Empírica.....</b>	 <b>110</b>
 <b>4. Capítulo 4: Justificación de la investigación.....</b>	 <b>111</b>
4.1. Planteamiento del problema.....	111
4.2. Justificación de la investigación.....	112
4.3. Viabilidad de la investigación.....	113
4.4. Pregunta principal.....	114
4.4.1. Preguntas específicas.....	114
 <b>5. Capítulo 5: Objetivos e Hipótesis.....</b>	 <b>115</b>
5.1. Objetivos de la investigación.....	115
5.1.1. Objetivo general.....	115
5.1.2. Objetivos específicos.....	115

5.2. Hipótesis de la investigación.....	116
5.2.1. Sub Hipótesis.....	116
<b>6. Capítulo 6: Metodología.....</b>	<b>117</b>
6.1. Diseño.....	117
6.2. Población objetivo.....	117
6.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	118
6.3.1. Inclusión.....	118
6.3.2. Exclusión.....	118
6.4. Diseño y tamaño de la muestra .....	118
6.5. Instrumentos de medida y variables.....	120
6.5.1. Instrumentos.....	120
6.5.1.1. KIDSCREEN-52.....	121
6.5.1.2. Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE).....	125
6.5.2. Variables.....	125
6.5.2.1. Variable dependiente.....	126
6.5.2.2. Variables dependientes.....	126
6.5.2.3. Variables sociodemográficas.....	137
6.6. Procedimientos para la recogida de datos.....	137
6.6.1. Fase 1. Solicitud de permisos.....	137
6.6.2. Fase 2. Entrevistas cognitivas de la EMSE.....	138
6.6.3. Fase 3. Prueba piloto.....	139
6.6.4. Fase 4. Valoración de la Fiabilidad.....	140
6.6.5. Fase 5. Aplicación a los cursos seleccionados.....	152
6.7. Consideraciones éticas.....	153
6.8. Análisis estadístico.....	154
<b>7. Capítulo 7: Resultados.....</b>	<b>158</b>
7.1. Resultados del Objetivo Específico 1: Explorar sobre la percepción de las dimensiones de la CVRS de adolescentes.....	158

7.2. Resultados del Objetivo Específico 2: Determinar la prevalencia de consumo de drogas lícitas e ilícitas en los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS.....	178
7.2.1. Consumo de drogas lícitas e ilícitas.....	178
7.2.2. Consumo de alcohol y CVRS.....	184
7.2.3. Consumo de tabaco y CVRS.....	187
7.2.4. Consumo de drogas ilícitas y CVRS.....	190
7.3. Resultados del Objetivo Específico 3: Determinar la prevalencia de comportamientos protectores y de riesgo en hábitos de alimentación, actividad física y factores psicosociales en los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS.....	193
7.3.1. Comportamientos protectores y de riesgo: alimentación, actividad física y psicosociales.....	193
7.3.2. Hábitos alimentarios y CVRS.....	195
7.3.3. Actividad física y CVRS.....	198
7.3.4. Factores protectores y CVRS.....	200
7.4. Resultados del Objetivo Específico 4: Determinar la prevalencia de factores riesgo de salud mental y violencia de los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS .....	203
7.4.1. Factores de riesgo para la salud mental y violencia.....	203
7.4.2. Salud Mental y CVRS.....	205
7.4.3. Violencia y CVRS.....	209
7.5. Resultados del Objetivo Específico 5: Determinar la prevalencia de comportamientos sexuales protectores y de riesgo en los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS .....	212
7.5.1. Comportamientos sexuales de riesgo.....	212
7.5.2. Comportamientos sexuales y CVRS.....	215
7.6. Resultados del Objetivo Específico 6: Relacionar la CVRS con la edad, sexo y estado nutricional de los adolescentes.....	218
7.6.1. Estado nutricional de los adolescentes.....	218

7.7. Resultados del Objetivo Específico 7: Relacionar la CVRS con los CRS de los adolescentes.....	221
7.8. Resultados del Objetivo Específico 8: Ajustar modelos de regresión logística múltiple para las diez dimensiones de la CVRS a partir de los CRS informados por los adolescentes .....	231
<b>8. Capítulo 8: Discusión.....</b>	<b>244</b>
8.1. Discusión sobre los resultados relativos a la percepción de las dimensiones de la CVRS de los adolescentes según sexo y grupos de edad....	244
8.2. Discusión sobre los resultados relativos a la percepción de las dimensiones de la CVRS de los adolescentes y el consumo de drogas lícitas e ilícitas .....	246
8.3. Discusión sobre los resultados relativos a la percepción de las dimensiones de la CVRS de los adolescentes y los comportamientos de riesgo en hábitos de alimentación, actividad física y factores protectores psicosociales.....	249
8.4. Discusión sobre los resultados relativos a la percepción de las dimensiones de la CVRS de los adolescentes y los factores de riesgo de salud mental y violencia.....	255
8.5. Discusión sobre los resultados relativos a la percepción de las dimensiones de la CVRS de los adolescentes y los comportamientos sexuales de riesgo.....	258
8.6. Discusión sobre los resultados relativos a la percepción de las dimensiones de la CVRS de los adolescentes y el estado nutricional.....	259
8.7. Discusión sobre los resultados relativos a la propuesta del modelo de regresión logística para cada dimensión de la CVRS a partir de los comportamientos de salud declarados por los adolescentes.....	262
8.7.1. Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión bienestar físico del cuestionario KIDSCREEN-52 a partir de los CRS informados por los adolescentes.....	262

8.7.2. Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión bienestar psicológico del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo.....	264
8.7.3. Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión estado de ánimo y emociones del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo.....	266
8.7.4. Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión autopercepción del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo.....	267
8.7.5. Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión autonomía del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo.....	268
8.7.6. Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión relación con los padres y vida familiar del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo.....	270
8.7.7. Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión recursos económicos del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo.....	271
8.7.8. Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión amigos y apoyo social del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo.....	272

8.7.9. Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión entorno escolar del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo.....	273
8.7.10. Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión aceptación social del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo.....	274
8.8. Comentario integrado.....	275
8.9. Propuesta de acciones a realizar.....	277
<b>9. Capítulo 9: Conclusiones y Limitaciones.....</b>	<b>280</b>
<b>10. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>290</b>
<b>Anexos</b>	
Anexo 1: Consentimiento Informado.....	333
Cuestionario KIDSCREEN-52.....	334
Encuesta Mundial de Salud Escolar.....	340
Anexo 2: Carta Comité de Ética.....	379
Anexo 3: Consentimiento informado para padres.....	356
Anexo 4: Autorización para aplicación del KIDSCREEN-52.....	357
Anexo 5: Autorización para aplicación de la EMSE.....	358

## Resumen

Esta investigación tiene como objetivo principal determinar la asociación de los diferentes Comportamientos de Riesgo para la Salud (CRS) con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en una muestra de 550 adolescentes escolarizados de 15 a 18 años matriculados en un establecimiento de educación secundaria de Valparaíso, Chile. Se utilizó el Cuestionario KIDSCREEN-52 para evaluar la CVRS y la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) para identificar los CRS. Las puntuaciones de las dimensiones del KIDSCREEN-52 se calcularon utilizando el análisis Rasch, fueron transformadas en valores T, y estandarizadas a una  $M=50$ ,  $DE=10$ . Se efectuaron comparaciones de puntajes Rasch, análisis bivariados y de regresión logística múltiple para estudiar la asociación de las dimensiones de la CVRS del KIDSCREEN-52 con los CRS ajustados por edad y sexo. El análisis de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico STATA v12. Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Playa Ancha. Se solicitó consentimiento informado a padres o tutores y a los adolescentes participantes. Las comparaciones de los puntajes Rasch mostraron puntuaciones más elevadas en hombres que en mujeres, y a medida que aumentó la edad se observó una disminución en la puntuación de la dimensión entorno escolar. Los análisis de regresión logística múltiples indican que el consumo de sustancias psicoactivas, la inactividad física y los comportamientos suicidas se relacionan negativamente con la mayoría de las dimensiones de la CVRS. La obesidad se relacionó con una peor autopercepción, y ser víctimas de intimidación se relacionó con un peor bienestar psicológico y aceptación social. La falta de factores protectores psicosociales (regulación y control paterno y el apoyo social en la escuela) se relacionó negativamente con la mayoría de las dimensiones de CVRS.

**Palabras claves:** Adolescente. Calidad de vida relacionada con la salud. Comportamiento de Riesgo para la Salud.

## Resum

Aquesta recerca té com a objectiu principal determinar l'associació dels diferents Comportaments de Risc per a la Salut (CRS) amb la Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut (QVRS) en una mostra de 550 adolescents escolaritzats de 15 a 18 anys matriculats a un institut d'educació secundària de Valparaíso, Xile. S'ha utilitzat el qüestionari KIDSCREEN-52 per avaluar la QVRS i la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) per identificar els CRS. Les puntuacions de les dimensions del KIDSCREEN-52 s'han calculat emprant l'anàlisi Rasch, transformant a valors T, i estandarditzant a una M=50, DT=10. S'han realitzat comparacions de puntuacions Rasch, anàlisis bivariades i de regressió logística múltiple per estudiar l'associació de les dimensions de la QVRS del KIDSCREEN-52 amb els CRS ajustats per edat i sexe. L'anàlisi de les dades s'ha realitzat emprant el paquet estadístic STATA v12. Aquest estudi va ser aprovat pel Comitè de Bioètica de la Universidad de Playa Ancha. Es va sol·licitar consentiment informat a pares o tutors i als adolescents participants. Les comparacions de les puntuacions Rasch han mostrat puntuacions més elevades en homes que en dones, i a mesura que ha augmentat l'edat s'ha observat una disminució en la puntuació de la dimensió entorn escolar. Les anàlisis de regressió logística múltiple han indicat que el consum de substàncies psicoactives, la inactivitat física i els comportaments suïcides es relacionen negativament amb la majoria de les dimensions de la QVRS. L'obesitat s'ha relacionat amb una pitjor autopercepció, i ser víctimes d'intimidació s'ha relacionat amb un pitjor benestar psicològic i acceptació social. La manca de factors protectors psicosocials (regulació i control patern i el suport social a l'escola) s'han relacionat negativament amb la majoria de les dimensions de la QVRS.

**Paraules clau:** Adolescent. Qualitat Vida Relacionada amb la Salut. Comportament de Risc per a la Salut.

## **Abstract**

The main objective of this research is to determine the association of different Health Risk Behaviours (HRB's) with the Health-Related Quality of Life (HRQoL) in a sample of 550 adolescents attending school, aged 15 to 18 years, enrolled in a secondary school in Valparaíso, Chile. The KIDSCREEN-52 Questionnaire was used to evaluate HRQoL and the World School Health Survey (EMSE) to identify HRB's. The KIDSCREEN-52 dimensions scores were calculated using the Rasch analysis, transformed to T values and standardized to  $M=50$ ,  $SD=10$ . Comparisons of Rasch scores, bivariate and multiple logistic regression analyses were made to study the association of the dimensions of the HRQoL of KIDSCREEN-52 with the HRB's adjusted for age and gender. The data analysis was performed using the STATA v12 statistical package. This study was approved by the Bioethics Committee of the Playa Ancha University. Informed consent was requested from parents or legal guardians, and participating adolescents too. The comparisons of the Rasch scores showed higher punctuations in men than in women, and as the age increased, a decrease in the school environment dimension score was observed. Multiple logistic regression analyses indicate that psychoactive substance use, physical inactivity and suicidal behaviours are negatively related to most dimensions of HRQoL. Obesity was related to a worse self-perception and being victim of intimidation was related to a worse psychological well-being and social acceptance. The lack of psychosocial protective factors (parental regulation and control, and social support in school) was negatively related to most dimensions of HRQoL.

**Keywords:** Adolescent. Health-Related Quality of Life. Health-Risk Behaviour.

## Introducción

Chile se encuentra en un proceso de transición demográfica, epidemiológica y nutricional derivado de los cambios políticos, sociales y económicos que han caracterizado al país en las últimas décadas (Villalobos, 2014). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), esto ha contribuido al aumento en la prevalencia de Enfermedades No Transmisibles (ENT), tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, las que representan en la actualidad un importante desafío para el país, debido a que son la principal causa de mortalidad (84%), siendo esta prevalencia superior a la media del reporte mundial (68%).

Las ENT están condicionadas por comportamientos poco saludables, que en su mayoría se inician a edades tempranas (OMS, 2004; Shrestha y Copenhaver, 2015). La adolescencia es un periodo donde los principales comportamientos de riesgo son las prácticas de relaciones sexuales riesgosas, consumo de drogas, alimentación no saludable y actividad física insuficiente. Estos dos últimos comportamientos representan un mayor riesgo de hipertensión arterial, malnutrición por exceso, hiperglicemia e hiperlipidemia (Jessor, 1991; OMS, 2013).

Actualmente, en Chile, la práctica de Comportamientos de Riesgo para la Salud (CRS) es el principal problema de salud pública en la adolescencia. Según los resultados de la última Encuesta Mundial Salud Escolar (EMSE) (MINSAL, OMS, OPS, CDC, 2016) aplicada a adolescentes escolarizados, el 36% consume actualmente alcohol, el 27.7% tabaco y el 16% marihuana; un 57.2% tiene malnutrición por exceso, el 83.9% realiza menos de 60 minutos de actividad física al día; y el 46.8% no utilizó preservativo en su última relación sexual. Estos CRS pueden afectar en distinta medida la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los adolescentes (Rodríguez y Arango, 2013).

En la presente tesis doctoral se ha seleccionado la definición de CVRS del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 2000), quienes la consideran como “la salud física y mental percibida individual o grupalmente en el tiempo”. En el plano individual, la CVRS incluye percepciones de la salud física y mental (por ejemplo, el nivel

de energía y el estado de ánimo) y sus correlatos, englobando las condiciones y riesgos para la salud, el estado funcional, el apoyo social, y el estatus socioeconómico. En el ámbito grupal, la CVRS incluye las condiciones y los recursos a nivel comunitario, las políticas y las prácticas que influyen en la percepción de salud de una población y el estado funcional.

Aunque se ha estudiado la asociación entre algunos CRS y la CVRS de los adolescentes, la mayoría de las investigaciones han analizado estos comportamientos en forma aislada. Wilkins-Shurmer y otros (2003) en una muestra de 805 en adolescentes australianos demostraron que el acoso escolar de los compañeros es un determinante importante de la CVRS de los adolescentes con un impacto negativo en el bienestar psicosocial. Ottova, Erhart, Rajmil, Dettenborn-Betz y Ravens-Sieberer (2012) en una muestra de 17.159 adolescentes de 10 países europeos evidenciaron que quienes padecían exceso de peso tuvieron menores puntuaciones en las dimensiones de bienestar físico y autopercepción. Morales y otros (2013) en una muestra de 1.158 adolescentes españoles pusieron de relieve que tener peso normal se asocia con mejor percepción en el bienestar físico, estado de ánimo y emociones, autonomía y apoyo social y amigos y aceptación social con respecto a padecer sobrepeso u obesidad. Los niveles más altos de condición cardiorespiratoria y ejercicios musculo-esqueléticos se asociaron con una mejor percepción del bienestar físico en ambos sexos.

Estas evidencias no han explorado el efecto de más de un comportamiento de riesgo en la percepción de la CVRS de los adolescentes, a pesar de que habitualmente estos comportamientos se encuentran interrelacionados (Bella, 2012).

En este contexto, esta investigación pretende determinar la asociación de los diferentes CRS en la CVRS de adolescentes matriculados en un establecimiento de educación secundaria, con dependencia municipal de Valparaíso. Particularmente este trabajo abordará el consumo actual y de alto riesgo de alcohol, tabaco, marihuana, el inicio precoz en el consumo de estas sustancias, las relaciones sexuales sin protección, el sedentarismo, la alimentación no saludable y la malnutrición por exceso, la violencia escolar, comportamientos de riesgo de suicidio y factores protectores psicosociales.

Los resultados de este estudio podrían ser considerados por el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación e Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales vinculadas a mejorar la salud y la CVRS de los adolescentes.

Este trabajo está estructurado en diez capítulos. A continuación se presenta brevemente el contenido de cada uno de ellos.

El **Capítulo 1** comienza con las bases teóricas y conceptuales de la adolescencia, se describen datos estadísticos básicos tanto a nivel mundial, como en América Latina, y específicamente en Chile que permitan contextualizar y caracterizar la situación demográfica, epidemiológica y educacional.

En el **Capítulo 2** se expone una revisión del marco teórico sobre los CRS. Además se profundiza acerca de la situación actual de los adolescentes, particularmente en lo que se refiere al consumo de alcohol, tabaco, y otras drogas, hábitos alimentarios, actividad física, comportamientos de riesgo sexual, y factores protectores psicosociales a nivel nacional e internacional, haciendo distinción en las diferencias de edad y sexo. Para esto, se realizó una revisión de datos estadísticos y fuentes bibliográficas respecto a los principales factores que influyen en los CRS como también en sus consecuencias.

En el **Capítulo 3** se exponen las principales teorías y modelos de CVRS, desde diferentes enfoques. Asimismo, se describen los principales instrumentos genéricos validados en Chile para el estudio de CVRS en adolescentes. A partir de lo anterior se analizan distintas evidencias que predicen la CVRS subjetiva, a través de los CRS en este grupo de edad.

En el **Capítulo 4** se plantea la justificación de la presente investigación, y en el **Capítulo 5** se presentan los objetivos e hipótesis de la investigación.

El **Capítulo 6** detalla los aspectos metodológicos relativos a la investigación, tipo y diseño del estudio, criterios de inclusión y exclusión de los participantes, instrumentos aplicados, procedimiento para recoger la información y análisis de los datos.

El **Capítulo 7** da cuenta de los resultados de la investigación de acuerdo con los objetivos planteados en el capítulo 5.

En el **Capítulo 8** los resultados son discutidos en profundidad y contraponiéndolos con los resultados obtenidos por otros autores en investigaciones con características similares. En el **Capítulo 9** se presentan las conclusiones de la presente investigación de acuerdo a los objetivos planteados inicialmente y la confirmación o rechazo de las hipótesis propuestas. Asimismo, se señalan algunas sugerencias a partir de los principales hallazgos de este estudio, considerando sus limitaciones.

Finalmente, en el **Capítulo 10** se presentan las referencias bibliográficas que se han consultado para la realización de esta investigación. Los **anexos** contienen el cuestionario KIDSCREEN-52, la EMSE de la OMS versión en español, el formulario de consentimiento informado y autorizaciones para la aplicación de los cuestionarios.

**PARTE I**  
**FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

---

# CAPÍTULO 1

## La Adolescencia

En este capítulo se presentan diferentes teorías y conceptualizaciones de adolescencia propuestas por distintos investigadores y organismos internacionales como la OMS y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), quienes han analizado este concepto desde distintas perspectivas. Además se exponen aspectos característicos de salud y sociodemográficos del adolescente.

### 1.1 DEFINICIÓN Y TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA

El término adolescencia deriva del latín “adolescencia”, que significa “periodo de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la juventud” (RAE, 2016). Sin embargo las diferentes disciplinas, entre ellas, la psicología, biología, sociología y antropología han otorgado distintos enfoques conceptuales (Tabla 1.1.1):

**Tabla 1.1.1**

Definiciones sobre Adolescencia

Autor	Definición
Ford y Beach (1951)	“Periodo que se extiende desde la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa. Las diferentes partes del sistema reproductivo alcanzan su eficiencia máxima en momentos diferentes del ciclo vital. Por eso, hablando en sentido estricto, la adolescencia no se completa hasta que todas las estructuras y procesos necesarios para la fertilización, concepción, gestación y lactancia no han terminado de madurar” (pp. 171-172)
Bartolomeis (1978)	“Fase evolutiva que termina en la adultez, y que implica notables transformaciones psico-somáticas, una maduración de capacidad, de actitudes, de necesidades, de intereses, de conocimientos, de disposiciones emotivas. En esta fase se forman nuevos instrumentos de adaptación y de experiencia para que el individuo pueda hacer frente a las crecientes exigencias del medio socio-cultural” (p. 23).

Coleman (1984)	“Uno de los múltiples cambios físicos asociados con la pubertad es el llamado estirón puberal, este término se refiere habitualmente a la aceleración del aumento en estatura y peso durante la primera etapa de la adolescencia...”aumento de la fuerza y resistencia física, principalmente en los varones, y maduración sexual, esto como producto de cambios endocrinos...”Esta transformación en la imagen corporal tiene un efecto en la identidad y en el concepto que los adolescentes tienen de sí mismos y determina el nivel de su adaptabilidad y estabilidad social” (p. 31).
Krauskopf (1999)	“Periodo en que se produce con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y desventajas del entorno” (p. 24).
Le Breton (2014)	“La adolescencia, en efecto, es un tiempo de suspensión en el que las significaciones de la infancia se alejan mientras que aquellas de la edad de hombre o de mujer solo se dejan presentir. El joven está en busca de diferenciación en lo que concierne a sus padres, entra en un cuerpo sexuado y accede a una autonomía creciente” (p. 8)...“Es un nacimiento a un mundo social donde el joven es, en adelante, actor con derecho propio, investido de una responsabilidad más amplia sobre sí”... “Este período es una apertura al otro, sobre todo a través del pasaje de una sexualidad infantil a una sexualidad genital que corresponde a su maduración” (p. 65).
Muuss (1966)	“Sociológicamente, es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma. Psicológicamente es una situación marginal en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que, dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto. Cronológicamente, es el lapso que comprende desde aproximadamente los doce o trece años hasta los primeros de la tercera década, con grandes variaciones individuales y culturales. Tiende a iniciarse antes en las niñas que en los varones y a acortarse en las sociedades más primitivas” (pp. 10-11).
Kelley, Schochet, y Landry (2004)	“Período durante el cual el cuerpo y cerebro emergen desde un estado inmaduro a la adultez”... “en el que se adquieren las habilidades para lograr la independencia de la protección familiar y aumentar las interacciones sociales entre pares”... “Además se intensifican las conductas que involucran la búsqueda de la novedad, niveles más altos de estimulación gratificante y la toma de riesgo” (p. 27-28).
Squeglia, y otros (2015)	Periodo en el que se producen dos importantes cambios estructurales del cerebro: a) reorganización sináptica: esto implica la eliminación de ciertas conexiones raramente usadas y el fortalecimiento de aquellas empleadas con frecuencia, lo que permitiría mejorar la comunicación entre las redes neuronales, haciendo los circuitos sinápticos más eficientes; b) mielinización: la formación de vainas de mielina que envuelven a los axones generan un aumento en la velocidad de conducción de los potenciales de acción, lo que conlleva a una mayor velocidad de transmisión de la información neuronal (p. 533).

Asimismo, el desarrollo del término adolescencia ha sido analizado desde diferentes teorías que han intentado explicar esta etapa del desarrollo humano, y que desde el punto de vista teórico, proponen distintos énfasis psico-biológicos y delimitación de edad para definir el concepto. A continuación, en la tabla 1.1.2 se presenta un resumen de las principales teorías sobre adolescencia:

**Tabla 1.1.2**

Teorías sobre la Adolescencia

Teorías	Descripción de la Teoría
Teoría Psicológica de la Recapitulación	George Stanley Hall propuso esta teoría en el año 1907. Considera la adolescencia como el periodo que se extiende desde la pubertad (12 a 13 años) hasta alcanzar el estatus adulto (22 a 25 años), en el que los adolescentes intentan comprenderse a sí mismos y al mundo. Influenciado por las teorías evolutivas de Charles Darwin, para Hall la adolescencia representó una época de turbulencia y transición, adoptando el término “Sturm und Drang” (tormenta e ímpetu) en que los primeros seres humanos pasaron de ser bestiales a ser civilizados, caracterizado por conductas socialmente inaceptables, tales como estados de ánimo deprimido, delincuencia, susceptibilidad a las influencias del medio y de los pares (Hall, 1907).
Teoría Psicoanalítica del Desarrollo Adolescente	Sigmund Freud considera la adolescencia como un periodo que se inicia a los 13 años de edad, y lo caracteriza como una etapa basada en el conflicto entre impulsos libidinales y agresivos cuya intensidad aumenta con la pubertad. Además, los cambios biológicos traen consigo alteraciones de la conducta y dificultades de adaptación, debido a que la sexualidad del individuo entra en conflicto con su seguridad. Este periodo, junto con sus cambios de conducta, sociales y emocionales, es un fenómeno universal, donde la agresividad y la torpeza están vinculados con alteraciones fisiológicas y la rebeldía es el modo de conseguir la autonomía (Freud, 1903).
Teoría del Desarrollo Psicosocial	Erik H. Erikson, basado en el concepto psicosexual desarrollado por Freud, en el año 1968 consideró la adolescencia como un periodo de tormenta, estrés y agitación que resulta en una crisis de identidad, y propuso que para el adolescente lograr un sentido de identidad personal es más importante que alcanzar la madurez sexual, donde los componentes sociales y culturales son esenciales para lograr este sentido de identidad personal (Erikson, 1968).

Teoría del Campo y la Adolescencia	Kurt Lewin, influenciado por la Teoría Psicoanalítica de Freud, considera la adolescencia como el “periodo en el que el adolescente cambia del grupo infantil al adulto”. En este sentido, el adolescente se encuentra en un estado de “locomoción social” en donde los campos psicológicos y sociales no están estructurados, por lo que su conducta refleja esta inseguridad. Los acontecimientos psicológicos se producen “conforme a leyes”. Una de las leyes fundamentales de Lewis es la que indica que “la conducta (C) es una función (f) de la Persona (P) y de su ambiente (A), donde P y A serían las variables independientes y la suma de los factores ambientales y personales en interacción conforman el espacio vital o espacio psicológico (EV) (Lewis, 1935).
Teoría de Blois	Peter Blois analizó la evolución del adolescente desde el psicoanálisis y afirmó que esta etapa trae consigo cambios cualitativos expresados en una reactivación de los conflictos epídicos. Se complejiza la organización mental, la intensidad y profundidad de las emociones y aparece el sentido de la finalidad en las elecciones. Es común el narcisismo y la sobreestimación de las capacidades. En la adolescencia tardía se consolida la identidad sexual (Muuss, 1980).
Teoría de la Adulthood Emergente	Propuesta por Jeffrey Arnett como el “periodo de desarrollo entre la adolescencia y la edad adulta, que normalmente se extiende entre los 18 a 25 años de edad”. Lo central que esta teoría propone es el principio de la adultez emergente, descrita como un periodo del desarrollo diferente de la adolescencia y del adulto joven en tres áreas 1) demográficamente; 2) percepción subjetiva; y 3) en la exploración de la identidad. Además está caracterizado por una independencia relativa de los roles sociales y de las expectativas normativas, donde éstos suelen explorar una variedad de posibles direcciones en el amor, trabajo y en la visión del mundo (Arnett, 2000, p. 469).

## 1.2 ADOLESCENCIA: DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LA OMS

A pesar de que no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, las Naciones Unidas y la OMS han establecido como adolescencia al periodo del desarrollo comprendido entre los 10 y 19 años de edad. La Asamblea General de las Naciones Unidas definió “juventud” como la etapa que transcurre entre los 15 y los 24 años de edad y propone el término “personas jóvenes” para integrar al periodo global de 10 a 24 años de edad. Estas definiciones se aprobaron durante el “Año Internacional de la Juventud” en 1985 y han sido utilizadas por Organismos de las Naciones Unidas y otros aliados (OMS, 1986).

Debido a que los cambios biológicos y sociológicos de la adolescencia no se dan de modo uniforme, la OMS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) proponen dos sub-etapas: la primera etapa es la pubertad o adolescencia inicial que comienza normalmente a los 10 años y llega hasta los 14 años, y la segunda etapa es la adolescencia media y tardía que se extiende hasta los 19 años (OMS, 1986).

### **1.2.1 Adolescencia temprana**

Periodo comprendido entre los 10 y 14 años edad. En esta etapa generalmente comienzan a manifestarse los cambios físicos (acelerado crecimiento, desarrollo de órganos sexuales y características sexuales secundarias). Además el cerebro experimenta un importante desarrollo eléctrico y fisiológico, donde se incrementan las células cerebrales y las redes neuronales se reorganizan generando consecuencias sobre la capacidad emocional, física y mental. El desarrollo físico y sexual se inicia con mayor precocidad en las mujeres (Unicef, 2011).

En relación al desarrollo cognitivo, se evidencia un crecimiento en la capacidad de pensamiento abstracto principalmente centrado en el presente, aumento en los intereses intelectuales y profundización del pensamiento moral (Sawyer, y otros, 2012).

Desde una perspectiva psicológica, se observa una mayor preocupación por lo físico y emocional, caracterizado por la reestructuración del esquema e imagen corporal, ajustes a cambios sexuales, físicos y fisiológicos, fluctuaciones en el estado de ánimo, necesidad de compartir los problemas con los padres, relaciones sociales principalmente con personas del mismo sexo y abandono progresivo de la dependencia, pero sin generar grandes conflictos familiares. Sus pensamientos son concretos, y no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes (Casas y Ceñal, 2005; Krauskopof, 1999).

### **1.2.2 Adolescencia media y tardía**

Periodo que abarca entre los 15 y los 19 años de edad. En esta etapa continúan desarrollándose los cambios físicos, aunque los principales se observan en la etapa anterior. El cerebro sigue su desarrollo y reorganización, aumentando la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo. Se adquiere mayor confianza, identidad y claridad en las opiniones (Unicef, 2011).

En relación al desarrollo cognitivo, se observa un crecimiento continuo de la capacidad de pensamiento y para establecer objetivos, interés en el razonamiento moral; y pensamientos sobre el significado de la vida (Sawyer, y otros, 2012).

Desde una perspectiva psicológica, la adolescencia media (hasta los 16 años) se describe como aquella donde la principal preocupación es la afirmación personal a nivel social. En esta etapa se produce una diferenciación del grupo familiar y la búsqueda de la autonomía, crece el deseo de explorar sus capacidades personales, emergiendo el impulso sexual y la necesidad de afirmar su atractivo sexual y social, relacionándose ahora con grupos heterosexuales. Prácticamente ha finalizado su crecimiento y maduración sexual, alcanzando el 95% de su estatura adulta. Surge el cuestionamiento de aspectos relacionados con los comportamientos y sus posiciones previas (Unicef, 2011).

Por último, en la etapa tardía (hasta los 19 años) la preocupación se centra en el área social, donde existe una búsqueda permanente de afirmación del proyecto personal-social y de la exploración de opciones sociales. Se observa un avance en la elaboración de la identidad y en las relaciones de pareja con diferenciación e intimidad. Establece grupos afines en lo laboral, educacional y comunitario. Existe mayor capacidad de autocuidado y cuidado mutuo (Krauskopof, 1999).

Esta investigación utiliza la definición de adolescencia y criterios de edad propuesta por la OMS, debido a que en la actualidad son ampliamente empleados por los estudios epidemiológicos y científicos, lo que ayudará al análisis de los datos y a la comparación de los resultados.

### 1.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADOLESCENTES

Los adolescentes son un grupo importante de la población. A nivel mundial, y según los datos entregados por Unicef (2013), la población de adolescentes de 10 a 19 años de edad es de 1.199.890 millones con una proporción del 17% del total de la población.

Según los datos aportados por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2017), en la Región de América Latina existen 632.245.685 personas en total, de ellos 108.367.087 son adolescentes de 10 a 19 años, que corresponden al 17.1% de la población. Se estima que para el 2050 la población total sea de 777.637.688, de ellos solo 94.364.785 serán adolescentes, disminuyendo la representación de este grupo a 12.1%.

En Chile, actualmente la población de adolescentes es cercana a tres millones y representa el 18.1% de la población nacional. Cabe destacar que las tendencias demográficas de los adolescentes muestran una disminución de la representación de este grupo en relación a la población total. En el año 1950, la población de adolescentes chilenos representaba el 19.7% de la población total, siendo homogénea según sexo, mientras que para el año 2050 se estima que el porcentaje disminuya al 10.6% (CEPAL, 2017) (Tabla 1.3.1).

**Tabla 1.3.1**

Proyecciones de la población total y de adolescentes en Chile, 1950-2050

Años	Pobl. Total Mill	Pobl. 10 a 19 años Mill (%Pobl. Total)	Hombres 10 a 19 años Mill (% según sexo)	Mujeres 10 a 19 años Mill (% según sexo)
1950	6.188.286	1.220.208 (19.7)	608.003 (49.8)	612.205 (50.2)
1970	9.557.548	2.137.561 (22.4)	1.077.704 (50.4)	1.059.805 (49.6)
1990	13.272.125	2.503.436 (18.9)	1.268.547 (50.7)	1.234.889 (49.3)
2010	17.115.565	2.773.872 (16.2)	1.411.569 (50.9)	1.362.303 (49.1)
2030	19.785.083	2.406.333 (12.2)	1.227.074 (50.9)	1.179.259 (49.1)
2050	20.828.161	2.212.264 (10.6)	1.128.598 (51.0)	1.083.666 (49.0)

Adaptado de “Chile: Estimaciones y proyecciones de la población total según sexo y grupos quinquenales de edad periodo 1950-2100” por CEPAL, 2017.

Con respecto a los datos sociodemográficos, los resultados aportados por el Observatorio Social, CASEN (2015) informan en adolescentes chilenos de 10 a 18 años, que un 3.7% vive en hacinamiento medio-alto y crítico, el 22% se encuentra en pobreza multidimensional, el 6.2% vive en un hogar carente en servicios básicos, el 7.3% habita en una vivienda con calidad global irrecuperable y el 10.2% vive en un hogar carente en seguridad. En relación al nivel educacional, la mayoría se encuentra estudiando, el 1% se declara sin educación formal y el 5.7% no ha completado la educación básica. Respecto a la situación de estado civil, el 98.4% está soltero y el 1.5% se encuentra en pareja sin acuerdo de unión civil.

Adicionalmente, el informe entregado por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV, 2015), muestra, en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, que la mayoría vive en casa de los padres (86.2%), ya sea con ambos padres (61%), solo con la madre (25%) o solo con el padre (4%). La participación en organizaciones o agrupaciones es baja, el mayor porcentaje lo hace en clubes deportivos o agrupaciones deportivas (20.3%) seguido por campañas por internet (15.3%), comunidad y grupo virtual (13.3%), y en iglesia u otra organización religiosa o espiritual (13%).

#### **1.4 SITUACIÓN DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES**

La salud en la adolescencia es el resultado de las interacciones entre el desarrollo prenatal, el desarrollo en la niñez temprana y los cambios biológicos y sociales que acompañan a la pubertad y que se encuentran modelados por los determinantes sociales, factores de riesgo y protectores (Sawyer, y otros, 2012).

Según el informe de la Unicef (2011), a nivel mundial, los adolescentes actualmente son más sanos que las generaciones anteriores, lo que se debe en gran medida a una mayor atención e inversión en la primera infancia, mayores tasas de inmunización infantil y mejoras en la nutrición de los infantes, otorgando beneficios fisiológicos que persisten en la adolescencia.

Durante esta etapa de la vida, los principales riesgos para la salud están relacionados con comportamientos como el inicio de la actividad sexual desprotegida, consumo de sustancias psicoactivas, violencia, hábitos alimentarios poco saludables, y sedentarismo, los que pueden tener consecuencias negativas para la salud, entre ellos SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) e ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), embarazos no planeados, abortos inseguros, adicción al consumo de sustancias psicoactivas, obesidad y complicaciones metabólicas, accidentes, suicidios y homicidios (Gore, y otros, 2011).

En este ámbito, la desigualdad socioeconómica es un factor que impacta en diferentes medidas la salud de los adolescentes, entre ellos la dieta, la actividad física, la salud informada y el bienestar mental (Currie, y otros, 2008).

Estos comportamientos amenazan el bienestar de los adolescentes, aumentando los Años de Vida Perdidos Ajustados en función de la Discapacidad (AVAD). Según sexo, en hombres esta pérdida es debida a lesiones por accidentes de tránsito, trastornos depresivos unipolares y VIH/SIDA; mientras que en mujeres se debe principalmente a trastornos depresivos unipolares, anemia ferropénica y lesiones por accidentes de tránsito (OMS, 2014).

En Chile, los datos aportado por la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (MINSAL, 2010), en los adolescentes de 15 a 19 años, indican que el 0.5% ha sido diagnosticado con diabetes, el 0.8% con hipertensión arterial sistólica, el 10% con obesidad, el 11.5% con riesgo cardiovascular y el 1% con el colesterol LDL elevado. Por su parte, la Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2015-2016 reportó, en el grupo de 15 a 19 años, que el 81% autocalifica su calidad de vida como buena o muy buena, no obstante el 10.8% de los hombres y el 15.9% de la mujeres declara no sentirse muy feliz (MINSAL, 2017).

Asimismo, estos CRS han sido la causa de muerte de muchos adolescentes. El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2015) estimó para el periodo 2010-2015 un total de 6.54 millones de muertes de adolescentes entre 10 y 19 años, lo que representa el 2.3% del total de las defunciones. En América Latina el número de defunciones en adolescentes en el mismo periodo fue de 374 mil, con una

representación similar a lo observado a nivel mundial (2.0%). En Chile, las tasas de mortalidad en este grupo son más bajas que las observadas a nivel mundial y en América Latina (0.03%) (DEIS, 2014).

Según la OMS (2014), la mayoría de las muertes corresponden a causas evitables siendo las principales en hombres las lesiones por accidentes de tránsito, la violencia interpersonal y el VIH/SIDA; y en las mujeres las lesiones por accidentes de tránsito, los trastornos depresivos unipolares y el VIH/SIDA.

Los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2014) informan que las principales causas de muerte en los adolescentes chilenos son similares a las reportadas por la OMS, ubicándose en primer lugar los accidentes de tránsito, seguido por las lesiones auto-infligidas intencionalmente, por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación y los tumores malignos.

## **CAPÍTULO 2**

### **Comportamientos de Riesgo para la Salud en Adolescentes**

A continuación se presenta la revisión de los CRS. En primer lugar se describen conceptos generales sobre CRS, incluyendo lo que se conoce por riesgo y percepción del riesgo en adolescentes. En segundo lugar se exponen teorías que pueden servir para explicar el concepto de comportamiento de riesgo. En tercer lugar se presenta la descripción de los cuestionarios que actualmente son aplicados y tienen como propósito informar sobre las prevalencias de estos comportamientos, principalmente en Chile, para finalizar con una descripción detallada de los distintos CRS.

#### **2.1 CONCEPTO DE RIESGO Y DE PERCEPCIÓN DE RIESGO**

El concepto de “riesgo” en el periodo de la adolescencia ha sido de gran interés debido a que las conductas practicadas por los adolescentes podrían conducir a daños en su desarrollo y potencialidades, además de deteriorar su bienestar y salud. Sin embargo, es importante diferenciar las conductas de alto riesgo de aquellos comportamientos que involucran los riesgos propios de los procesos de formación de la identidad del adolescente. La conceptualización del “riesgo” ha sido explicada desde distintos enfoques (Tabla 2.1.1).

**Tabla 2.1.1**

## Definiciones de “riesgo”

Autores	Definiciones
Short (1984)	“Probabilidad de que una persona experimente las consecuencias adversas de algún peligro” (p.711).
Fischhoff (1995)	Cualquier acción que tiene por lo menos un resultado incierto, y la decisión de realizar ese tipo de actividades está determinado por el desarrollo cognitivo (capacidad para pensar en torno a los problemas, conocimiento de las alternativas y sus implicaciones, y la habilidad para llevar a cabo el análisis de las alternativas); el desarrollo afectivo (estados profundos de excitación que conducen a las personas a la acción o inacción); y el desarrollo social (incorporación de actitudes de la sociedad hacia los comportamientos de riesgo en el propio proceso de toma de decisiones de una persona).
Portell, Riba y Bayés (1997)	Proximidad a un daño a la salud, la probabilidad de que este ocurra, y que su alcance pueda conducir hasta la enfermedad o la muerte. Para el análisis del concepto consideraron como primer elemento la diferenciación entre el riesgo como estímulo y como respuesta. La delimitación de los comportamientos arriesgados y de los comportamientos preventivos se fundamenta en los estudios que abordan el riesgo como un estímulo. Los elementos que definen el riesgo son las pérdidas, su severidad y la incertidumbre sobre su obtención.
Slovic y Weber (2002)	“Posibilidad física, social y/o financiera de algún daño, perjuicio y/o pérdida en un contexto determinado debido a la presencia de un peligro” (p. 4). El riesgo se asocia con una multiplicidad de concepciones siendo cuatro las de uso más común: el riesgo como peligro, probabilidad, adversidad o amenaza potencial.
Beyth-Marom, Austin, Fischhoff, Palmgren, y Jacobs-Quadrel (1993); Kelley, Schochet, y Landry (2004)	La participación en comportamientos que pueden tener consecuencias nocivas, pero que a la vez pueden proporcionar un resultado que puede ser también percibido como positivo. Estos comportamientos pueden tener ventajas adaptativas para los adolescentes en relación con el desarrollo de la independencia y la supervivencia sin la protección de los padres, que le podrían ofrecer la posibilidad de nuevos recursos y oportunidades.
Frank H. Knight (2010)	Se le atribuye haber diferenciado riesgo (probabilidad conocida, o probabilidad medible) de incertidumbre (probabilidad que no se puede medir, o la casualidad es indeterminable).

Adicionalmente, el término “percepción del riesgo” ha sido definido como una característica individual. Un riesgo percibido como elevado por una persona, puede ser percibido por otra como un riesgo menor. El riesgo es inherente a la vida cotidiana, por lo que no existe el “riesgo cero” o “ningún grado de incertidumbre”. En este aspecto, la percepción del riesgo es la forma de ver o sentir un peligro o riesgo potencial, que intenta explicar la evaluación de una situación de riesgo sobre la base del instinto, toma de decisiones complejas, conocimiento personal e información adquirida del entorno (Capuzzi y Gross, 2014).

Las investigaciones realizadas sobre la percepción del riesgo valoran principalmente los juicios que realizan las personas sobre la peligrosidad de diferentes situaciones, ya sean comportamientos personales, ambientales físico y social. Entre los personales, se han reconocido como los de mayor riesgo usar armas de fuego, consumir marihuana, consumir bebidas alcohólicas y fumar tabaco (Corral, Frías, y González, 2003).

En cuanto a las relaciones sexuales riesgosas, el estudio de Bayés, Pastells y Tuldrá (1995) en una muestra de 468 jóvenes, reportó que la percepción de riesgo es elevada en la práctica de relaciones heterosexuales esporádicas, mientras que esta percepción disminuye cuando las prácticas sexuales son con parejas estables aun cuando esta relación de pareja se haya consolidado hace pocas semanas o meses e incluso sin confirmar que al momento de iniciarse la relación, los dos miembros fuesen seronegativos al VIH.

### **2.1.1 Definición de Comportamiento de Riesgo**

El término “comportamiento de riesgo” ha sido definido por Beyth-Marom y otros (1993) como “acciones que implican alguna posibilidad de ocasionar pérdida, en la medida en que éstas representen acciones conscientes” (p. 549). Estos comportamientos reflejan opciones entre varias acciones alternativas.

Aunque no existe un consenso acerca de la definición de “comportamiento de riesgo”, generalmente se acepta que tales comportamientos son aquellos que están directa o

indirectamente asociados con la salud, el bienestar y el desarrollo saludable de la personalidad del adolescente (Hurrelmann y Richter, 2006).

Asimismo, se reconoce que la conducta es conforme a la cultura debido a que los actos socialmente significativos son condicionados gradualmente mediante experiencias sociales. Es así como los hábitos se explican por la persistencia de una conducta, sin imitación de pautas nuevas y diferentes (Maier, 1989).

Para Jessor (1991) las conductas de riesgo pueden poner en riesgo la realización de tareas normales contempladas en el desarrollo del adolescente, tales como el cumplimiento de los roles sociales, la adquisición de habilidades esenciales, la preparación para la siguiente etapa de la vida, etc. En este sentido, el término comportamiento de riesgo se refiere a cualquier conducta que pueda comprometer estos aspectos psicosociales, entre ellos, el abuso de sustancias, el abandono o ausentismo escolar, tener relaciones sexuales sin protección, consumir alcohol y participar en actos de violencia. Para los adolescentes ya involucrados en conductas de riesgo, generalmente "riesgo" puede significar estar en riesgo para la salud y a resultados que comprometen la vida: embarazo temprano, fracaso escolar, problemas con la ley, incapacidad laboral, auto concepto inadecuado, entre otras. En esta etapa, la evaluación de la magnitud de riesgo incluye: a) intensidad de implicación en cualquier conducta de riesgo particular; b) diferentes comportamientos de riesgo o estilo de vida; c) edad de inicio de los comportamientos de riesgo; y d) grado de implicación simultánea en comportamientos protectores. Por último Jessor (1991) indica que el grado de riesgo debe ser tratado conceptualmente como el resultado del balance de riesgo y protección.

Casey, Getz y Galvan (2008) señalan que en los adolescentes, la relativa inmadurez en los procesos cognitivos podría explicar la mayor propensión a involucrarse en conductas de riesgo tales como mayor incidencia de lesiones no intencionadas y violencia, consumo de alcohol y abuso de drogas, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, los que estarían asociados a la elevada capacidad de respuesta a los incentivos, mientras que el control de impulsos es aun relativamente inmaduro.

Por otra parte, se ha demostrado que los efectos a largo plazo de comportamientos de riesgo modificables tales como la alimentación poco saludable, la inactividad física y el consumo de tabaco en la salud y Enfermedad Cardiovascular (ECV) en la edad adulta, pueden desarrollarse durante la infancia y la adolescencia, y estar asociados a la permanencia en el tiempo de estos comportamientos de riesgo (Shrestha y Copenhaver, 2015).

## **2.2 TEORÍA DE LA CONDUCTA PROBLEMA**

En este apartado intentaremos mostrar en detalle la “Teoría de la Conducta Problema” (TCP), debido a que será el marco teórico global de esta investigación. Esta teoría fue diseñada inicialmente por Jessor y Jessor en el año 1991 y posteriormente complementada por Donovan, Jessor y Costa (1991). Su marco conceptual se basa en la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter (1954, 1982), en el concepto de anomia de Merton (1957), y en la Teoría Social de Lewis (1951), y en base a ella, propone que toda conducta es el resultado de la interacción persona-ambiente (Jessor, 1991).

En esta teoría, los problemas de comportamientos fueron definidos como conductas reconocidas socialmente como un problema, que generan motivo de preocupación, que transgreden normas sociales y legales, y que con frecuencia provocan sanciones de la sociedad como el abuso de alcohol, la delincuencia y el uso de drogas ilícitas; y los comportamientos que comprometen la salud son definidos como los que ponen en peligro la salud, pero no necesariamente violan normas sociales o jurídicas o terminan en sanciones, como por ejemplo, la alimentación poco saludable y la inactividad física (Donovan, y otros, 1991).

Este modelo postula tres sistemas de variables explicativas: a) sistema de personalidad, b) sistema de ambiente percibido y c) sistema de comportamiento. Cada sistema está compuesto por variables que sirven como instigaciones para involucrarse en comportamientos problemáticos o como controles contra la participación en la conducta problemática:

a) Sistema de personalidad: incluye las cogniciones sociales, los valores individuales, las expectativas, las creencias y actitudes. La propensión a las conductas de riesgo incluye menor valor al logro académico, mayor valor a la independencia, mayor crítica social, mayor alienación, menor autoestima, mayor tolerancia actitudinal de desviación y menor religiosidad.

b) Sistema de ambiente percibido: incluye control social, modelos y apoyo. Considera los factores de influencia proximal, como por ejemplo los modelos de los pares. La propensión a estos comportamientos incluye la baja desaprobación por parte de los padres, la alta aprobación por parte de los pares, los altos modelos de pares, el bajo control parental y entre pares.

c) Sistema de comportamiento: está conformado por conductas problemáticas y conductas convencionales. Las conductas problemáticas incluyen el consumo actual y el consumo problemático de alcohol, el consumo de marihuana, el uso de otras drogas ilícitas, el comportamiento desviado general (conductas delictuales y otros actos violentos), conducción vehicular riesgosa y actividad sexual precoz. Las conductas convencionales son aquellas socialmente aprobadas y normativamente esperadas para los adolescentes, e incluye la asistencia a la iglesia, y la participación en trabajos de la escuela y el logro. La propensión a la conducta problemática incluye una alta participación en otras conductas problemáticas y una baja participación en las conductas convencionales.

### **2.2.1 Reformulación de la Teoría de la Conducta Problema**

La reformulación de la TCP organiza los principales constructos en factores protectores y de riesgo. La incorporación de estos conceptos se basa en la relevancia que hoy en día tienen los factores de riesgo en gran parte de la carga de ECV, enfermedades cerebrovasculares, cáncer, accidentes, infecciones por VIH, comportamientos alimentarios poco saludables, comportamientos sedentarios, consumo de sustancias, relaciones sexuales sin protección y practicas antihigiénicas, las que pueden comprometer la salud (Jessor, 1991). Si bien, este autor aclara que el concepto de riesgo se centra en los resultados

adversos de morbilidad y mortalidad y que comprometen la salud y calidad de vida de las personas, reconoce que la búsqueda de tales factores sugiere un *locus* para una intervención eficaz y que se concentra en dos dominios: 1) entorno social y, 2) comportamientos. En este sentido, la disponibilidad y el acceso, por ejemplo a sustancias tales como el alcohol o el tabaco son aspectos del entorno social que han sido identificados como factores de riesgo para las enfermedades hepáticas y pulmonares.

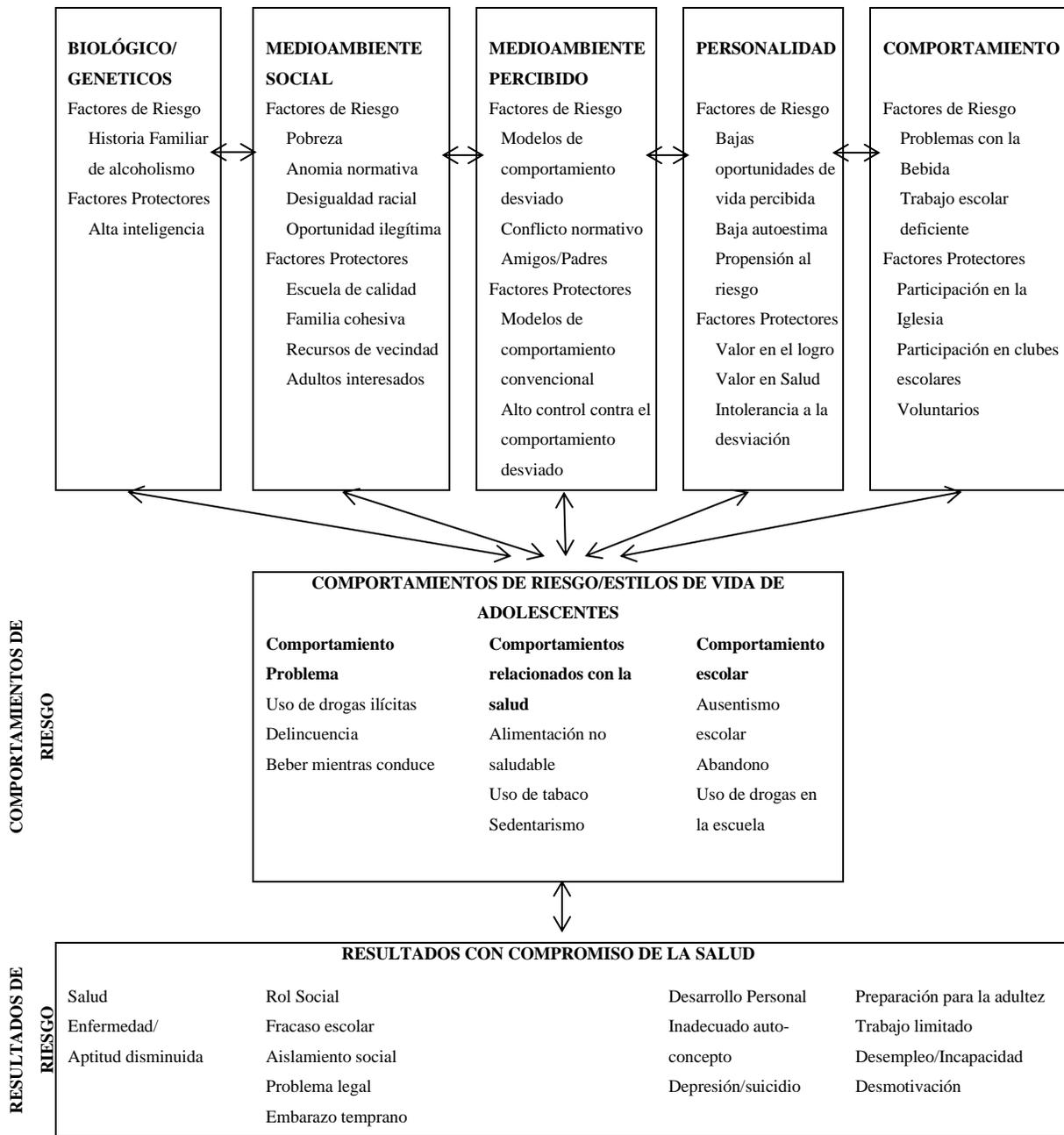
Asimismo, en esta reformulación aclara que cuando los comportamientos de riesgo son factores de riesgo, la noción de riesgo debe abordarse tanto positiva como negativamente. Es así como propone, en primer lugar, que el concepto de riesgo no sea exclusivo de los resultados biomédicos, sino que además incorpore las consecuencias psicosociales que conllevan estos comportamientos, entre ellas sanciones legales, conflicto con los padres o desinterés en la escuela y que se encuentran relacionados con el comportamiento de riesgo. En segundo lugar, propone que los factores de riesgo no se limiten a las consecuencias negativas, esto debido a que algunos comportamientos de riesgo son reconocidos como positivos por el grupo de pares, logrando de esta forma aceptación social, autonomía y madurez (Jessor, 1991).

Tal como fue descrito en la teoría inicial, los constructos se definen como controles o instigaciones a la participación en la conducta problemática. En la reformulación, los controles son análogos a los factores protectores, y las instigaciones son análogas a los factores de riesgo. El papel teórico de los factores protectores es disminuir la probabilidad de involucrarse en conductas problemáticas, y proporcionan modelos de conducta positiva y pro-social; controles personales y sociales contra la conducta problemática; y apoyo para sostener el compromiso pro-social. Además, desempeñan un papel adicional e indirecto, debido a que moderan o amortiguan el impacto de la exposición a factores de riesgo, de la vulnerabilidad personal y contextual de su ocurrencia. En cambio, el papel teórico de los factores de riesgo es aumentar la probabilidad de involucrarse en conductas problemáticas y proporcionan modelos de comportamiento problemático, mayor oportunidad de participar en ello, mayor vulnerabilidad personal y contextual para su ocurrencia (Jessor, 1991).

La reformulación de esta teoría además incorpora una concepción general del comportamiento de riesgo y sostiene que hay una co-variación entre ellos, los que se

agrupan y forman un síndrome de comportamiento de riesgo (Donovan y Jessor, 1985; Donovan, Jessor, y Costa, 1988). Este planteamiento propone que el análisis y la comprensión de los comportamientos de riesgo deben tratarse como una constelación organizada de comportamientos de riesgo que se encuentran interrelacionados, más que como riesgos aislados. En este sentido señala que la co-variación de los comportamientos de riesgo se apoya en el concepto de estilo de vida, que hace referencia al patrón organizado de comportamientos interrelacionados, o sea, a la constelación o síndrome de comportamiento de riesgo (Jessor, 1991). Esta teoría propone un modelo que resume el marco socio-psicológico integral para explicar el comportamiento de riesgo y que incluye cinco dominios explicativos: 1) biología/genética; 2) ambiente social, 3) ambiente percibido; 4) personalidad, y 5) comportamiento. Estos dominios constituyen la “Red de causalidad” para el comportamiento de riesgo en los adolescentes (Figura 2.2.1.1).

Esta teoría ha sido aplicada en distintos estudios para determinar los factores psicosociales y de comportamiento que están asociados con la variación en el uso de anticonceptivos entre los adolescentes (Costa, Jessor, y Donovan, 1996); estudios que examinan la relación entre los comportamientos de los adolescentes y el tabaquismo (Costa, Jessor, y Turbin, 2007; Turbin, Jessor, y Costa, 2000); comportamientos asociados al consumo de alcohol y su relación con los factores de riesgo psicosociales y factores protectores (Costa, Jessor, y Turbin, 1999; Jessor, Costa, Krueger, y Turbin, 2006), entre otros.



**Figura 2.2.1.1**

Dominios Conceptuales Interrelacionados de Factores de Riesgo y Factores Protectores. Adaptado de “Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action” por R. Jessor, 1991, *Journal of Adolescent Health*, 12, p 602.

## **2.3 ESTUDIOS SOBRE LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD EN ADOLESCENTES**

En las últimas décadas, el estudio sobre los CRS ha sido abordado por investigadores desde distintas perspectivas utilizando diversos instrumentos que profundizan en el análisis de los comportamientos que contribuyen a las lesiones y violencia; a las conductas sexuales que derivan en embarazos no deseados y a las enfermedades de transmisión sexual, incluido el contagio con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH); el abuso del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas; los comportamientos alimentarios poco saludables; el sedentarismo y la actividad física inadecuada (González, Calvo, y Prats, 2002).

Los CRS en los adolescentes se miden habitualmente mediante la administración de cuestionarios que requiere de su auto-informe. Investigaciones han demostrado que la veracidad y exactitud de estos auto-informes pueden verse comprometidos por factores cognitivos y situacionales, debido a que los CRS pueden ser difíciles de recordar o ser tan sensibles que los encuestados prefieren no reportarlos; o podrían sub informar o sobre informar algunos comportamientos por creer que participar en ellos es socialmente deseable o no deseable. Sin embargo, un meta análisis reportó que estas variables no amenazan la validez de auto-informes de cada tipo de comportamiento (Brener, Billy, y Grady, 2003).

A nivel internacional y nacional se han realizado distintos estudios, los que se describen a continuación. Sus resultados serán considerados posteriormente en el análisis de cada uno de estos comportamientos.

### **2.3.1 Estudios realizados por Organismos Internacionales sobre CRS**

Actualmente existen diversas encuestas internacionales validadas para medir indicadores relacionados con CRS en los adolescentes, en su mayoría desarrollados por la OMS en colaboración con organizaciones internacionales y con la asesoría del CDC. A continuación se presentan los principales estudios:

### **2.3.1.1 Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE)**

Encuesta escolar desarrollada en el año 2001 por la OMS en colaboración con Unicef, USESCO, ONUSIDA, y con la asistencia técnica de CDC. Su propósito es proporcionar datos sobre las conductas y factores protectores de salud de los estudiantes principalmente entre 13 y 17 años de edad con el fin de contribuir a que los organismos internacionales y los países identifiquen sus prioridades y establezcan programas y políticas de salud escolar y juvenil, además de comparar la prevalencias de conductas de salud y factores protectores entre países y establecer tendencias que permitan evaluar la salud escolar y las estrategias de promoción de la salud dirigida a este grupo de la población (CDC, 2015).

Se trata de una encuesta auto administrada conformada por 10 módulos que abordan las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población infantil y de adultos del mundo: 1) consumo de alcohol; 2) comportamientos dietéticos; 3) uso de drogas; 4) higiene; 5) salud mental; 6) actividad física; 7) factores protectores; 8) comportamientos sexuales; 9) consumo de tabaco; y 10) violencia y lesiones no intencionales. Existen 2 tipos de cuestionarios, uno es el cuestionario básico con preguntas generales y un cuestionario extendido con preguntas específicas que cada país puede seleccionar (OMS, 2016).

En Chile fue aplicada el año 2004 y en esta oportunidad recopiló datos de 8.131 adolescentes en su mayoría de 13 a 15 años de edad provenientes de la I, V, Región Metropolitana y VIII regiones. Entre los resultados destaca que el uso de condón masculino en la primera relación sexual no supera el 9% de los escolares del país; alrededor del 35% de los jóvenes refiere haber sufrido alguna lesión grave en el último año; entre el 20 y 22% de los estudiantes consideró seriamente la posibilidad de intentar suicidarse en los últimos 12 meses y cerca del 16% refirió haber hecho un plan acerca de cómo tratar de hacerlo (MINSAL, OMS, OPS, y CDC, 2005). Posteriormente se aplicó el año 2013 a adolescentes de 11 a 18 años, observándose un aumento en el uso de condón masculino en la primera relación a 48.9% y una leve tendencia a la disminución de los jóvenes que refieren haber sufrido alguna lesión grave en el último año (34.7%) (MINSAL, OMS, OPS, CDC, 2016; OMS, 2013).

### **2.3.1.2 Comportamientos de Salud en Niños de Edad Escolar (HBSC)**

Estudio internacional liderado por la Red de Investigación del HBSC en colaboración con la Oficina Regional de la OMS para Europa. Se realiza cada cuatro años desde el año 1985-1986, y tiene como propósito medir la salud física y mental de los niños y adolescentes desde una perspectiva sociológica. Proporciona información actualizada sobre los patrones de salud de jóvenes escolarizados entre 11 y 15 años de edad provenientes de países de Europa y América del Norte. Se trata de una encuesta auto administrada conformada por módulos que consultan sobre su contexto social (relaciones con la familia, los compañeros y la escuela); la salud física y la satisfacción con la vida; y los comportamientos de salud (consumo de tabaco, alcohol y marihuana, comportamiento sexual, peleas e intimidación).

El último informe corresponde al periodo 2009-2010 y en él participaron 39 países de Europa y América del Norte, en total 123.227 adolescentes. Este documento revela las desigualdades entre países en problemas tales como la malnutrición por exceso, tabaquismo, la satisfacción con la vida y la actividad sexual temprana, entre otros (Currie, y otros, 2012).

### **2.3.1.3 Encuesta sobre Comportamientos de Riesgo de los Jóvenes (YRBS)**

Sistema de Vigilancia de Comportamientos de Riesgo Juvenil desarrollado por el CDC en el año 1990 con el fin de vigilar los comportamientos de riesgo prioritarios para la salud que contribuyen a las principales causas de muerte, discapacidad y problemas sociales entre los jóvenes y los adultos en los Estados Unidos. Estos comportamientos incluyen: las lesiones no intencionales y la violencia; las conductas sexuales que contribuyen a embarazos no deseados e ITS, incluyendo el SIDA; el consumo de alcohol y otras drogas; el consumo de tabaco; los comportamientos alimentarios poco saludables; y la actividad física inadecuada. Esta encuesta se realiza cada dos años con estudiantes del noveno al décimo segundo grado asistentes a escuelas públicas y privadas en Estados Unidos (CDC, 2016).

## **2.3.2 Estudios realizados por organismos de Chile sobre CRS**

En el país se han realizado diversos estudios con el propósito medir y conocer las tendencias de distintos CRS en adolescentes y jóvenes. Los principales se describen a continuación:

### **2.3.2.1 Estudios del Observatorio Chileno de Drogas**

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) es la entidad del Gobierno de Chile que realiza estudios bianuales y sistemáticos desde el año 2001 sobre las tendencias en el uso de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y pasta base en el país. Esta encuesta se aplica a alumnos que se encuentran cursando 8° Básico, 1° Medio, 2° Medio, 3° Medio y 4° Medio de ambos sexos y de distintos niveles socioeconómicos. Tiene como propósito describir la magnitud y tendencias del consumo de drogas lícitas e ilícitas a nivel nacional (SENDA, 2016).

El último estudio se realizó el año 2015 y en él participaron 54.823 escolares entre 10 y 19 años provenientes de todas las regiones del país. Los resultados revelaron un aumento en el consumo de marihuana en el último mes en relación al año 2001, incrementando de 7.9% a 20.1% (SENDA, 2016).

### **2.3.2.2 Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (ENCA)**

Encuesta financiada por el MINSAL y realizada por la Universidad de Chile, tiene como objetivo conocer los patrones de consumo de la población, con el fin de aportar antecedentes para el diseño de políticas públicas del país. Fue aplicada por primera y única vez en el periodo 2010-2011 a una muestra con representatividad nacional donde participaron 5.210 personas. La información se obtuvo a través de la aplicación de la Encuesta de Tendencia de Consumo Cuantificada, de la Encuesta Recordatorio de 24 horas y de las mediciones antropométricas. Los resultados presentados en este informe evidencian un alto consumo de alimentos azucarados, bebidas alcohólicas y una importante prevalencia de malnutrición por exceso en la población de estudio (ENCA, 2011).

### **2.3.2.3 Estudio Nacional de Educación Física SIMCE**

La Agencia de Calidad de la Educación del Gobierno de Chile y el Sistema Nacional de Evaluación de Resultados de Aprendizaje del Ministerio de Educación de Chile (SIMCE), efectúa un Estudio Nacional de Educación Física con el propósito de contribuir a que los estudiantes del país reciban una educación de calidad y colaborar en la construcción de un sistema educativo orientado al desarrollo integral de éstos.

Este estudio se realiza desde el año 2011 y en él participa una muestra representativa de estudiantes de 8° básico del país. La evaluación contempla mediciones de condición física a partir de los componentes físicos de antropometría, rendimiento muscular, flexibilidad y resistencia cardiorrespiratoria. En este estudio queda en evidencia la alta prevalencia de estudiantes con condición física no satisfactoria que existe en el país (96%) (Agencia de Calidad de la Educación, 2016).

## **2.4 ANÁLISIS DE LOS CRS EN LA ADOLESCENCIA**

En esta investigación nos centraremos en los comportamientos de riesgo para la salud de los adolescentes, concretamente en el consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas, comportamientos alimentarios y de actividad física, relaciones sexuales de riesgo y violencia. Estos comportamientos serán balanceados con factores protectores familiares y escolares, en base a lo señalado en la TCP (Jessor, 1991).

Este apartado pretende mostrar las diferencias y semejanzas del adolescente chileno con los del mundo y de América Latina en relación a los comportamientos de riesgo, atendiendo sus características generales, epidemiología, edad de inicio, factores causantes y consecuencias biopsicosociales. Se tomó en consideración la información proveniente de distintas fuentes, tales como estudios realizados por organismos gubernamentales, no gubernamentales y de resultados publicados por distintos investigadores en esta área.

## **2.4.1 CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA**

El alcohol es la sustancia psicoactiva de uso más común en los adolescentes, y se asocia con diversos problemas sociales, de comportamiento y de desarrollo (Rodríguez, Sanchiz, y Bisquerra, 2014). A continuación se expondrán distintas clasificaciones de consumo de alcohol, datos estadísticos sobre el consumo actual y consumo de alto riesgo en adolescentes, edad de inicio y los efectos asociados a su consumo.

### **2.4.1.1 Definición y clasificación del consumo de alcohol**

El alcohol etílico o etanol de las bebidas alcohólicas es una sustancia psicoactiva con propiedades que generan dependencia. Se obtiene mediante la fermentación de azúcares por levadura y por la destilación de ésta, siendo su grado alcohólico el porcentaje de alcohol puro que contiene en 100 ml. Para poder medir los niveles de consumo de alcohol de las personas se han definido dos criterios: 1) bebida estándar; y 2) gramos de consumo de alcohol (OMS, 1994).

En relación a la bebida estándar, los países han utilizado el término de Unidad de Bebida Estándar (UBE) propuesto por la OMS de 13 g de alcohol (1 mililitro=0.789 g de alcohol puro), que considera 330 ml de cerveza al 5%; 140 ml de vino al 12%; 90 ml de vinos fortificados al 18%; 70 ml de licor o aperitivo al 25% y 40 ml de bebidas espirituosas al 40% (OPS/OMS, 2008).

Sin embargo no existe actualmente un consenso internacional sobre un tamaño único de bebida estándar (Kerr y Stockwell, 2012), variando según raza, etnicidad, género, edad, tipo de licor, etc. (Kerr, Patterson, y Greenfield, 2009). Las UBE contienen generalmente entre 8 y 14 g de alcohol, siendo en Europa de 10 g, en Estados Unidos y en Chile de 14 g. La investigación existente proporciona una base para recomendar que los países adopten una bebida estándar o unidad con un contenido de alcohol similar a las bebidas consumidas (Kerr y Stockwell, 2012).

Según las Guías Dietéticas para la población de Estados Unidos (Departamento de Agricultura y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, 2015), el consumo moderado de alcohol se define como la ingesta de una bebida al día para las mujeres y hasta 2 bebidas por día para los hombres; consumo de alto riesgo como la ingesta en mujeres de más de 4 bebidas en un día o más de 8 bebidas en la semana, y en hombres de 5 bebidas en un día o más de 15 bebidas en la semana; y el consumo excesivo a la ingesta en dos horas de 4 o más bebidas para las mujeres y 5 o más bebidas para los hombres, o a la ingesta de 8 o más bebidas a la semana para las mujeres y 15 o más bebidas a la semana para los hombres.

Por otra parte, la OPS/ OMS (2008) describe el consumo de alcohol en términos de gramos de consumo de alcohol, y propone cinco categorías: 1) consumo de bajo riesgo (consumo que no causa problemas); 2) consumo de riesgo: nivel o patrón de consumo de alcohol que puede causar daños en la salud si el hábito de consumo persiste, y es descrito como consumo medio regular de 20 a 40g de alcohol diario en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres; 3) consumo perjudicial: patrón en el beber que causa daños a la salud física o mental y está definido como el consumo medio regular de 40g diarios en las mujeres, y más de 60g diarios en hombres; 4) consumo excesivo ocasional o episódico: puede ser particularmente perjudicial para la salud, y es definido como el consumo de por lo menos 60g de alcohol en una sola sesión; y 5) dependencia de alcohol: conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras conductas que en algún momento tuvieron mayor valor para él.

Para Dawson (2011) la definición de riesgo de beber se asocia al aumento del riesgo de enfermedades agudas y crónicas, mortalidad general, trastornos por su consumo, y se encuentra entre 35g a 45g /día, mientras que bajo riesgo es < 25g/día.

En Chile, el SENDA (2016) define “consumo de alcohol en el último mes”, al consumo de uno o más tragos en los últimos 30 días; mide la precocidad, con la proporción de personas que declara haber probado alcohol por primera vez antes de los 15 años; y considera “episodio de consumo intenso” el haber bebido cinco o más tragos en una sola ocasión durante los últimos 30 días.

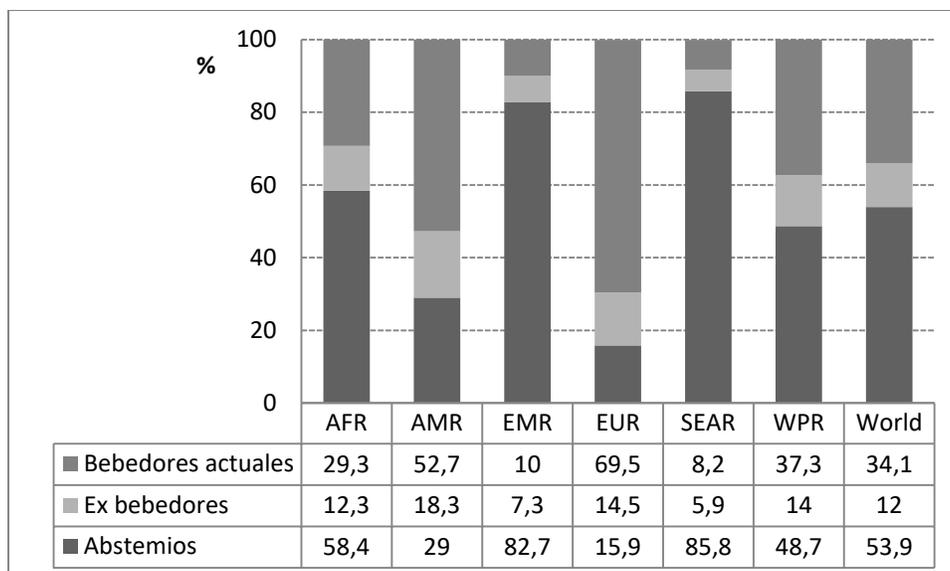
Salamó, Gras, y Font-Mayolas (2010) evalúan la magnitud del consumo de alcohol en adolescentes españoles según riesgo para la salud y clasifican como consumo de bajo riesgo hasta 2 UBE en mujeres y hasta 4 UBE en hombres, y consumo de alto riesgo al mayor o igual a 2 UBE en mujeres y al mayor o igual a 4 UBE en hombres.

#### **2.4.1.2 Estadísticas sobre consumo actual de alcohol en la adolescencia**

La adolescencia es el periodo en que se inicia el consumo de alcohol, probablemente como una manera de adaptarse a la sociedad (Hibell, y otros, 2009). En muchas sociedades, el uso de alcohol es un fenómeno común para los adolescentes, quienes lo consideran como parte de una experimentación psicológica sana (Shedler y Block, 1990).

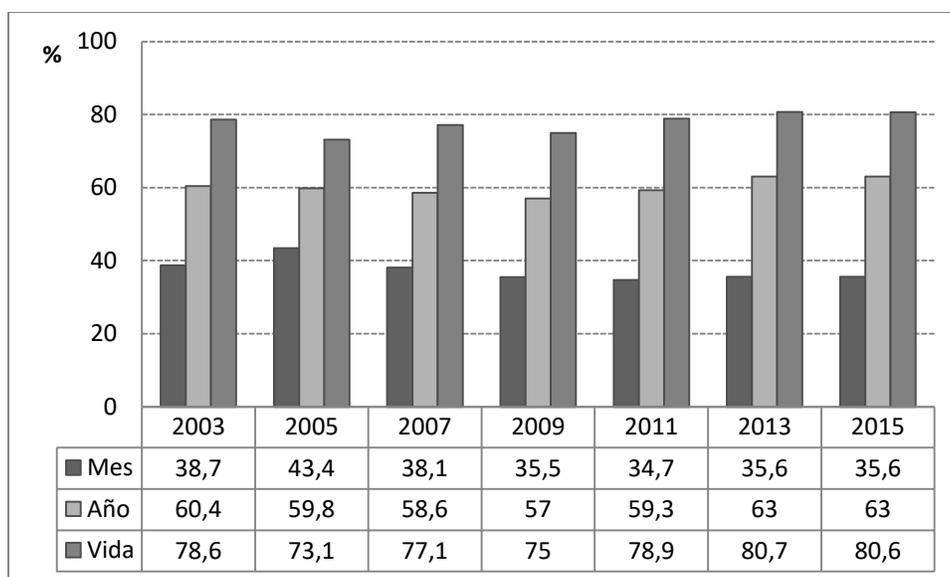
Según el último Informe de Estado Mundial sobre el Alcohol y la Salud (OMS, 2014), existe una importante diferencia en los patrones de consumo de alcohol de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad. La Figura 2.4.1.2.1 muestra que, a nivel mundial, el 34.1% de los adolescentes son bebedores actuales, siendo el continente europeo (69.5%) y el americano (52.7%) los que presentan una mayor proporción de éstos. En América del Sur, el alcohol es la sustancia de mayor uso, donde se estima que el promedio de consumo ponderado en el último mes es de 35.7% (CICAD, 2015).

En Chile, la información recogida por las principales encuestas respecto al patrón de consumo de alcohol en este grupo etario revela la existencia de un importante problema social y de salud pública para el país. Según el informe del “Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile” (SENDA, 2016), la evolución de la prevalencia del consumo de alcohol en el último mes disminuyó ligeramente de 38.7%, en el año 2003 a un 35.6% en el 2015 (Figura 2.4.1.2.2). Al revisar los datos según grupos etarios, se observa que el consumo de esta sustancia aumenta a medida que incrementa la edad (10 a 14 años: 18.9%; 15 a 17 años: 40.6%; y 18 a 19 años: 54.1%). Asimismo, los resultados de la última EMSE de Chile (2016) reflejaron que el 36% de los adolescentes de 11 a 18 años ingirió por lo menos una bebida que contenía alcohol en los últimos 30 días. Esta cifra es levemente superior al promedio mundial, e inferior a los datos de Europa y de América (OPS/OMS, 2015).



**Figura 2.4.1.2.1**

Proporción (%) de adolescentes entre los 15 a 19 años de edad bebedores actuales, ex bebedores y abstemios por regiones y en el mundo, OMS, 2010. AFR: África; AMR: América; EMR: Mediterráneo Oriental; EUR: Europa; SEAR: Asia Sudoriental; WPR: Pacífico Sudoriental; World: Mundo. Adaptado de “Global status report on alcohol and health”, OMS, 2014.



**Figura 2.4.1.2.2**

Evolución de la prevalencia del consumo en población escolar de Octavo Básico a Cuarto Medio. Chile, 2003-2015. Adaptado de “Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar”, SENDA, 2016.

### 2.4.1.3 Consumo excesivo de alcohol en la adolescencia

Los episodios de consumo excesivo de alcohol son considerados un indicador para medir los riesgos para la salud causados por el alcohol. A nivel mundial, el Informe de Estado Mundial sobre el Alcohol y la Salud (OMS, 2014), muestra que el 12.3% de los adolescentes entre 15 y 19 años registra episodios de consumo excesivo de alcohol (HED).

Sin embargo existe una importante diferencia de esta prevalencia en los distintos continentes (Tabla 2.4.1.3.1), siendo el continente europeo (24.9%) y americano (20.9%) los que presentan una mayor proporción de este tipo de consumo. En relación al HED por sexo, hay cerca de tres veces más adolescentes hombres (16.8%) que adolescentes mujeres (6.2%) con episodios de consumo excesivo de alcohol (OMS, 2014). En Chile las tasas de HED son la segunda en adolescentes hombres (71.9%) y la cuarta en adolescentes mujeres (25.6%) más altas de la Región (OPS/OMS, 2015).

**Tabla 2.4.1.3.1**

Prevalencia (%) de episodios de consumo excesivo de alcohol entre la población mayor de 15 años y en los adolescentes (15 a 19 años) por sexo, continente y en el mundo, OMS 2010

Regiones del Mundo	Hombres			Mujeres		
	Todos (15+) (%)	Adolescente (%)	Adolescente/ Todos	Todos (15+) (%)	Adolescente (%)	Adolescente/ Todos
AFR	9.3	10.3	1.1	2.1	2.2	1.0
AMR	20.9	29.3	1.4	6.9	7.1	1.0
EMR	0.1	0.1	0.8	0.0	0.0	2.4
EUR	24.9	40.0	1.6	22.0	22.0	2.5
SEAR	3.1	2.1	0.7	0.0	0.0	0.4
WPR	14.0	18.3	1.3	6.1	6.1	4.8
World	12.3	16.8	1.4	6.2	6.2	2.2

Nota: AFR: África; AMR: América; EMR: Mediterráneo; Oriental; EUR: Europa; SEAR: Asia Sudoriental; WPR: Pacífico Sudoriental; World: Mundo. Adaptado de "Global status report on alcohol and health", OMS, 2014.

Los resultados de la EMSE de Chile (2016) reflejaron que entre los adolescentes que refirieron consumir alcohol en los últimos 30 días, el 52% reportó consumir dos o más bebidas alcohólicas por día en el que bebieron.

Según el informe aportado por el SENDA (2016), el 27.3% de los adolescentes de 10 a 19 años declaró haberse emborrachado alguna vez en la vida. Asimismo, la percepción de riesgo sobre el consumo diario de alcohol es de 58.8%, mientras que el 77.7% percibe riesgoso embriagarse algunas veces.

#### **2.4.1.4 Inicio precoz del consumo de alcohol**

El inicio precoz del consumo de alcohol es definido como el comienzo del consumo antes de los 15 años de edad, y es considerado un importante predictor de daño para la salud. En Chile, el 64.9% de los adolescentes de 10 a 19 años inicia el consumo de alcohol antes de los 15 años, siendo la edad de inicio promedio de 13.8 años en los hombres y 13.7 años en las mujeres (SENDA, 2016). Sin embargo, actualmente se dispone de distintos criterios para determinar el punto de corte para edad de inicio clasificado como inicio precoz de alcohol.

Hernández, Roldán, Jiménez, Mora, Escarpa y Pérez (2009) en su estudio reportaron que la experimentación temprana con tabaco, alcohol (antes de los 14 años) o marihuana (antes de los 15 años) se asocia a prevalencias más elevadas de consumo diario de tabaco y de marihuana, a patrones de alcohol abusivo en promedio diario y a policonsumo regular o consumo concurrente de 2 o más drogas en el último mes.

Por otra parte, DuRant, Smith, Kreiter y Krowchuk (1999) analizaron la relación entre consumo de drogas y comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes adolescentes, y encontraron que el consumo precoz de alcohol, tabaco y marihuana (edad de 11 años o menos) tuvo una fuerte correlación con los comportamientos problemáticos entre ellos indicadores de violencia, de suicidio, viajar con un conductor bajo los efectos de alcohol o no llevar casco en motocicleta.

La evidencia sugiere que la exposición temprana se asocia con dependencia a esta droga a edades posteriores. El estudio realizado por DeWit, Adlaf, Offorf y Ogborne (2000) con el propósito de describir el curso natural de los trastornos de alcohol en función de la edad del primer consumo (n=5.856) reveló que el 13.5% de aquellos que iniciaron su consumo entre los 11 y 12 años cumplieron con el criterio para un diagnóstico actual de abuso de alcohol, y el 15.9% fue diagnosticado de dependencia. De los sujetos que comenzaron a beber a los 13 y 14 años, el 13.7% abusa del alcohol y el 9.0% fue dependiente. En contraste, aquellos que empezaron a beber a los 19 años o posterior, el 2.0% abusa del alcohol y el 1.0% fue dependiente. Este estudio concluyó que el uso del alcohol entre los 11 y 14 años aumenta el riesgo de progresar hacia trastornos por consumo de alcohol.

Posteriormente, un estudio longitudinal realizado por Dawson, Goldstein, Chou, Ruan y Grant (2008) en Estados Unidos (n=22.316) examinó las relación entre la edad de la primera bebida y el riesgo de trastornos por consumo de alcohol, evidenciando que existe una fuerte asociación entre ambas variables donde la incidencia de la dependencia se incrementa para los menores de 15 años (OR=1.38).

El consumo precoz de alcohol, tabaco o marihuana se asocia a prevalencias más elevadas de consumo diario y a policonsumo regular o consumo concurrente de 2 o más drogas en el último mes (Hernández, y otros, 2009) y es un predictor de deterioro del estado de salud asociado con un mayor riesgo de dependencia y abuso de esta sustancia a edades más tardías (Grant y Dawson, 1997; Hingson, Heeren, y Winter, 2006).

Con respecto a lo anterior, varios investigadores han estudiado sobre el consumo de alcohol en adolescentes, no observando diferencias por sexo. En España, un trabajo realizado por Salamó, Gras y Font-Mayolas (2010) con una muestra de 1.624 adolescentes de Girona, edad promedio de 14.1 años, reportó que el 37.1% han probado el alcohol pero no se consideran consumidores y un 20.9% informan ser consumidores actuales de esta sustancia, no observándose diferencias significativas según el sexo. Además, el nivel de experimentación se incrementa con la edad al igual que el porcentaje de consumidores de alcohol, donde a los 12 años es de un 4.8% y a los 16 o más años se eleva al 41.1%.

#### **2.4.1.5 Factores asociados al consumo de alcohol en la adolescencia**

Diversos estudios han identificado una serie de factores personales y sociales que contribuyen al consumo de alcohol en los adolescentes. Entre estos factores se encuentran la influencia de la familia, el grupo de pares y el contexto del consumo de alcohol. En España, Espada, Pereira y García-Fernández (2008) describieron la relación entre la frecuencia de consumo de alcohol por parte de 4 modelos (padre, madre, hermano/a y mejor amigo/a) y el consumo en adolescentes (n=500). A partir de los datos de su estudio, propusieron un modelo estadístico que indicó que la probabilidad de haber consumido alcohol alguna vez es de 1.85 veces más entre los adolescentes con hermanos bebedores, esta probabilidad aumentó a 13.04 veces más cuando el mejor amigo/a era bebedor, y la intención de beber en el futuro fue de 2.7 veces más cuando el padre bebía alcohol.

Estos resultados se pueden complementar con la investigación de Pape, Rossow y Storvoll (2015), quienes evaluaron la asociación entre las consecuencias de beber de los padres y la conducta de beber de adolescentes noruegos (n=7.616), concluyendo que además de estar directamente relacionado con el consumo de los padres, se atribuye a la crianza permisiva relacionada con el alcohol, y a indicadores deficientes de crianza en términos generales.

Por otra parte, el estudio de March y otros (2010) con profesores españoles de enseñanza secundaria analizó las perspectivas de la ingesta de alcohol entre los adolescentes, concluyendo que culturalmente el alcohol es identificado como una droga blanda, de normalidad y permisividad social, tanto por parte de la familia como de la administración. Este consumo se apoya además en factores de vulnerabilidad personal, tales como la necesidad de liderazgo, influencia del grupo de pares, el ocio y la forma de relacionarse. Además, son factores asociados al consumo de alcohol, la percepción de invulnerabilidad en el adolescente, sin tener en cuenta las consecuencias de sus acciones (Hill, Duggan, y Lapsley, 2012); la búsqueda de sensaciones (González-Iglesias, Gómez Fraguera, Gras, y Planes, 2014); o el haber obtenido resultados positivos en la experiencia directa previa que motivaron el consumo, como por ejemplo olvidar, evadir la rutina, desinhibirse, ligar, sentir euforia, y sentirse más fuerte (Moral y Ovejero, 2011).

#### **2.4.1.6 Consecuencias biopsicosociales asociadas con el consumo de alcohol en la adolescencia**

Diversas investigaciones han evaluado las posibles consecuencias que ocasiona la exposición al alcohol en la adolescencia, principalmente impulsados por la creciente evidencia sobre las transformaciones cerebrales durante este periodo considerado de vulnerabilidad por: a) el inicio temprano de su consumo, y b) las altas tasas de consumo excesivo de alcohol (Spear, 2015). Durante la adolescencia, el consumo excesivo esporádico (HED) es el patrón de consumo más común y puede tener consecuencias negativas para la salud, sociales y sanitarias.

A nivel cerebral, este patrón de consumo puede generar consecuencias negativas tanto en su estructura como en su funcionamiento. Una revisión crítica realizada por López-Caneda y otros (2014) sobre las anomalías neurocognitivas asociadas a este tipo de consumo muestra que un importante número de investigaciones lo relacionan con un bajo rendimiento en las tareas que evalúan procesos cognitivos; con cambios estructurales en diferentes regiones del cerebro; y con alteraciones neurofisiológicas vinculadas a diferentes procesos cognitivos. Asimismo, un estudio longitudinal realizado por Squeglia y otros (2015), en 134 adolescentes estadounidenses de los cuales 75 presentaban un consumo excesivo y 59 eran bebedores moderados o no bebedores demostró que los adolescentes con consumo excesivo presentaron una reducción acelerada de la materia gris en la corteza frontal lateral y de volúmenes temporales, y atenuado el crecimiento de la materia blanca del cuerpo caloso y la protuberancia en relación con los no bebedores. Estos resultados fueron similares cuando se examinó el uso de la marihuana y otras drogas, sin diferencias según sexo.

A nivel conductual, el consumo de alcohol se ha asociado con el consumo de tabaco o adicción a la nicotina y viceversa. El uso combinado de ambas drogas entre los adolescentes está estrechamente relacionado con el uso de drogas ilegales y diversos problemas personales y sociales (Myers y Kelly, 2006). Los mecanismos que contribuyen en esta conducta incluyen genes que están involucrados en la regulación de ciertos sistemas químicos del cerebro, mecanismo neurobiológicos, tales como la tolerancia cruzada a

ambas drogas; mecanismo de condicionamiento, en el que la necesidad de alcohol o a la nicotina son provocados por ciertas señales ambientales, por ejemplo la influencia de los pares; y los factores psicosociales, tales como las características de personalidad que pueden incluir la búsqueda de sensaciones, impulsividad, compulsividad y ansiedad; y el modelo familiar (Drobes, 2002).

Diversos estudios teóricos han explicado la relación existente entre el consumo de alcohol u otras sustancias y la violencia. De acuerdo a la TCP (Jessor, 1987), los adolescentes que llevan a cabo un comportamiento de riesgo para la salud es probable que también se impliquen en otros, aunque no exista necesariamente una relación causal entre ellos. En este sentido, un estudio realizado por Miller y otros (2016) en adolescentes australianos (n=1.650) demostró la relación positiva entre el HED y el comportamiento delictivo actual y futuro, y sugiere que el acceso al alcohol aumenta la probabilidad de los jóvenes a participar en estas conductas.

Además, el consumo de alcohol se ha asociado con comportamientos sexuales riesgosos. Un estudio realizado por Sales y otros (2014) en adolescentes femeninas afroamericanas (n=407) evidenció que aquellas que consumían alcohol fueron menos propensas a utilizar preservativo en la última relación sexual.

En relación al consumo de alcohol y los problemas de salud mental, un estudio realizado por Salvo y Castro (2013) en adolescentes chilenos (n=763) identificó que aquellos con mayor soledad, más impulsivos y con mayor consumo de alcohol presentan más suicidalidad. Además, el consumo de alcohol se encuentra entre los tres principales factores de riesgo de enfermedad, invalidez y muerte en el mundo (Lim, y otros, 2012).

## **2.4.2 CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES**

El tabaco es la primera sustancia psicoactiva que usan los adolescentes, y se asocia con diversos problemas de salud, principalmente en el sistema respiratorio (Suárez, Galván, Oliva, Doménech, y Barroso, 2002). A continuación se expondrán distintas clasificaciones de consumo de tabaco, datos estadísticos sobre el consumo actual y frecuente en adolescentes, edad de inicio y los efectos asociados a su consumo.

### **2.4.2.1 Definición y clasificación del consumo de tabaco**

El tabaco es un preparado de las hojas de la planta de nicotiana tabacum, donde su principal sustancia psicoactiva es la nicotina. Dentro de las formas de consumo más usadas se encuentran los cigarrillos, actualmente reconocidos como productos altamente modificados, adictivos y mortales debido a que contienen alrededor de 4.000 sustancias químicas dañinas para la salud, 50 de ellas causan cáncer (CAMH, 2016).

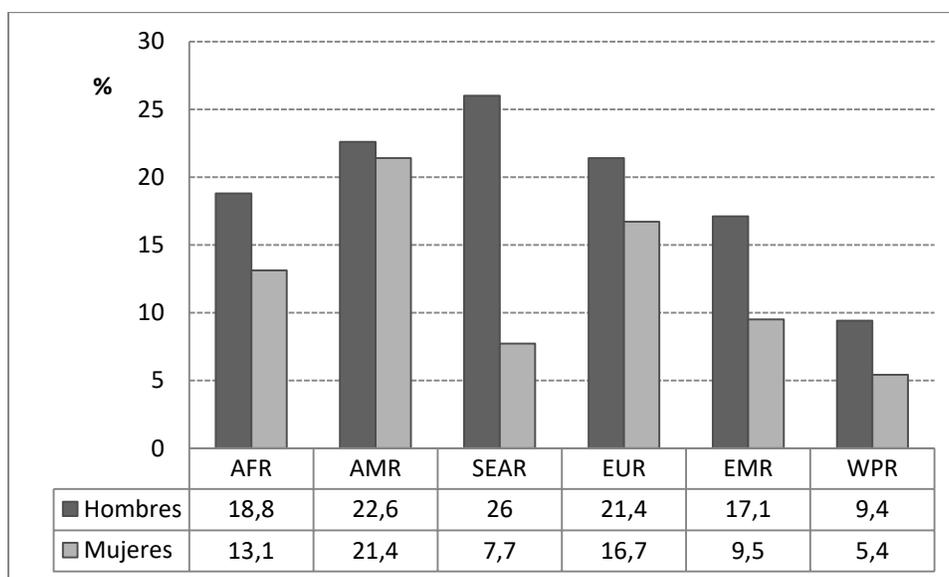
Según la OMS (1994), un fumador es una persona que ha fumado durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno, y define al tabaquismo como el estado del fumador que tiene una profunda dependencia a la nicotina y por consiguiente, manifiesta síntomas de abstinencia intensa. El tabaquismo pasivo está relacionado con la inhalación, normalmente involuntaria, de humo de tabaco procedente de una persona que está fumando. Aunque la nicotina en la forma de tabaco es una droga legal, en la actualidad es la droga que genera mayor impacto en la salud pública.

Para el SENDA (2016) “consumo de tabaco en el último mes” corresponde al consumo de uno o más cigarrillos en el último mes; precocidad, se refiere a la proporción de personas que declara haber probado tabaco por primera vez antes de los 15 años; y el consumo diarios de cigarrillos al consumo de 20 o más días de consumo en el último mes.

### 2.4.2.2 Estadísticas sobre el consumo actual de tabaco en la adolescencia

La iniciación del tabaquismo habitualmente ocurre durante la adolescencia (Prokhorov, Hudmon, y Stancic, 2003). La evidencia indica que el género, la etnicidad, los factores familiares y la genética están asociados con la iniciación al tabaquismo y el consumo de tabaco en adolescentes, lo que podría condicionar las distintas prevalencias de uso en las distintas regiones del mundo (Vickers, Thomas, Patten, y Mrazek, 2002).

De acuerdo al informe “Estadísticas Sanitarias Mundiales” (OMS, 2011), existe una importante diferencia en la prevalencia de consumo actual de tabaco en los adolescentes entre 13 y 15 años de edad según región del mundo y sexo. La Figura 2.4.2.2.1 muestra que, a nivel regional y por sexo, los hombres de Asia Sudoriental (26%) y los de América (22.6%) son los que presentan una mayor proporción de éstos; mientras que en mujeres, las mayores prevalencias se encuentran en América (21.4%) y Europa (16.7%). Particularmente, en América del Sur, el consumo de tabaco en el último mes presenta variaciones en la población de estudiantes secundarios (9.1%-24.5%) (CICAD, 2015).

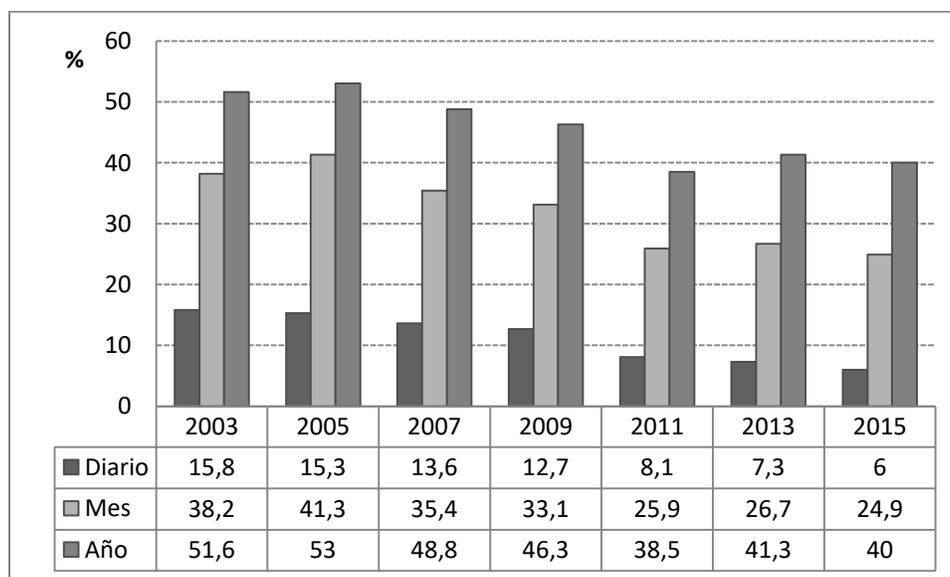


**Figura 2.4.2.2.1**

Prevalencia (%) del consumo actual de tabaco en adolescentes de entre 13 y 15 años regiones del mundo 2000-2010. AFR: África; AMR: América; EMR: Mediterráneo Oriental; EUR: Europa; SEAR: Asia Sudoriental; WPR: Pacífico Sudoriental; World: Mundo. Adaptado de “Estadísticas Sanitarias Mundiales”, OMS, 2011.

En Chile, los datos de las encuestas del SENDA (2016), que vigilan las tendencias del consumo de tabaco en los adolescentes de 10 a 19 años, indican que la prevalencia del consumo diario durante los últimos 12 años muestra un descenso significativo de 9.8 puntos porcentuales entre el año 2003 y 2015, llegando al 6%. Igualmente el consumo de tabaco en el último mes disminuyó de 38.2% a 24.9% en el mismo periodo (Figura 2.4.2.2.2). Estos resultados son levemente inferiores a los informados en la EMSE de Chile (2016), los que reflejaron que el 27.7% de los adolescentes de 11 a 18 años fumó cigarrillos al menos una vez en los últimos 30 días. Por otra parte, el 65.2% que fumó cigarrillos lo hizo por primera vez antes de los 14 años.

Al analizar los datos según grupos etarios, podemos evidenciar que el consumo de esta sustancia aumenta a medida que incrementa la edad (10 a 14 años: 12.7%; 15 a 17 años: 28.6%; y 18 a 19 años: 38.0%) (SENDA, 2016).



**Figura 2.4.2.2.2**

Evolución de la prevalencia del consumo de tabaco en escolares de octavo básico a cuarto medio. Chile, 2003-2015. Adaptado de “Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2015: 8° Básico a 4° Medio”, SENDA”, 2016.

### **2.4.2.3 Inicio precoz de consumo de tabaco en la adolescencia**

En Chile, el inicio precoz de consumo de tabaco es definido por el SENDA como el comienzo del consumo antes de los 15 años de edad, debido a que es considerado un importante predictor de daño para la salud. El 66.7% de los adolescentes chilenos de 10 a 19 años inicia el consumo de tabaco antes de los 15 años, siendo la edad de inicio promedio de 13.7 años para ambos sexos (SENDA, 2016). Sin embargo este punto de corte de edad no es actualmente un consenso internacional. Para Hernández y otros (2009) la edad precoz de inicio de tabaco es antes de los 14 años debido a que se asocia a prevalencias más elevadas de consumo diario de tabaco y de otras drogas.

En relación a las causas de inicio precoz de tabaco, se ha demostrado una asociación positiva entre la exposición prenatal al humo del cigarrillo y la iniciación temprana de múltiples sustancias, incluyendo la marihuana y el alcohol, además del tabaco. Un estudio prospectivo longitudinal realizado por Goldschmidt, Cornelius y Day (2012), con una muestra de embarazadas (n=579) seguidas por 16 años con el propósito de investigar los efectos de la exposición prenatal al humo del cigarro sobre el uso de sustancias múltiples durante la adolescencia reportó que los adolescentes expuestos al tabaco durante el primer trimestre de gestación tenían 1.4 veces más probabilidades de iniciar el consumo de múltiples sustancias antes de los 16 años que los adolescentes no expuestos.

Gaete y otros (2016), en su estudio realizado con adolescentes chilenos (n=1.392), reportaron que la alta prevalencia del consumo de tabaco y alcohol en adolescentes entre 10 y 14 años, estaría asociada a 1) factores comunes, como el tener problemas de conducta y percibir un mayor número de estudiantes consumiendo drogas; y 2) factores familiares más específicos al tipo de sustancia consumida, como la influencia del consumo de cigarrillos por parte de la madre en el consumo de tabaco de los hijos, o el consumo de alcohol por ambos padres en el consumo de alcohol de los estudiantes.

Lloret, Gázquez-Pertusa, Botella y Ferri (2013), analizaron la influencia de diferentes agentes de socialización: padres y compañeros, en el uso y en la intención de uso de tabaco en adolescentes españoles (n=5.828). Entre sus reportes demostraron que el consumo de tabaco en los compañeros es la variable que más incrementa la probabilidad y

la intención de uso de tabaco en los adolescentes. Estos autores concluyeron que la conducta de los compañeros juega un papel predominante en el inicio y mantenimiento del hábito tabáquico, donde las mujeres son más vulnerables a la influencia social que los hombres.

Asimismo, un estudio realizado por DiNapoli (2009) con adolescentes inglesas de sexo femenino (n=3.775), comprobó que en la adolescencia temprana, las niñas deciden comenzar a fumar cigarrillos como resultado de influencias socio-estructurales, incluyendo los medios de comunicación, los compañeros y la familia. Este autor agregó que la iniciación temprana del tabaquismo de las adolescentes se asocia con la participación en otros comportamientos de riesgo para la salud como el consumo diario de alcohol, el uso diario de marihuana y participar en relaciones sexuales sin protección.

Por otra parte, la evidencia sugiere que existen una serie de factores que estarían contribuyendo a esta baja percepción de riesgo asociado al consumo de tabaco. El estudio realizado por Font-Mayolas, Gras, Planes, Patiño y Sullman (2013), con el propósito de investigar las percepciones de riesgo de tabaquismo en una muestra adolescentes españoles (n= 1.510), reveló que la edad y la percepción de riesgo son variables importantes en la progresión a través de las etapas de cambio hacia el consumo regular de tabaco.

#### **2.4.2.4 Factores que favorecen el consumo de tabaco en la adolescencia**

Diversas investigaciones han detectado una serie de factores que favorecen el consumo de tabaco en la adolescencia, entre ellos las influencias de familiares, amigos y compañeros, la publicidad y otros factores personales. En Estados Unidos, Hill, Hawkins, Catalano, Abbott y Guo (2005) en un estudio longitudinal, examinaron los patrones de desarrollo y las influencias familiares sobre el riesgo de la iniciación diaria del tabaquismo desde la adolescencia hasta la edad adulta en adolescentes estadounidenses de 10 a 11 años hasta los 21 años (n= 808). Los resultados muestran como principales factores que configuran el inicio del consumo diario de tabaco a la pobreza, familia fumadora, tabaquismo temprano de los padres y hermanos, participación temprana en el hábito de fumar con los miembros de la familia y altos niveles de conflicto familiar.

Por otra parte, Sharma, Wadhwan, Aggarwal y Sharma (2017), en su estudio realizado con adolescentes de India (n=816), analizaron los factores asociados al hábito tabáquico, evidenciando que la presión de los compañeros fue la razón más citada para iniciar el hábito, mientras que la influencia de los padres fue la que más ayudó a abstenerse de su consumo. Estos resultados son coincidentes con los reportados por Ravishanka y Nagarajappa (2009) en su estudio realizado con adolescentes de India (n=590), quienes indicaron como principales causas la curiosidad, la presión de los compañeros y el estatus de tabaco de los padres.

Mason y otros (2017), en un estudio longitudinal prospectivo examinaron el uso de sustancias de adolescentes estadounidenses (n=248) asociados a tres comportamientos problemáticos de sus amigos cercanos: 1) usar sustancias; 2) ofrecer sustancias y 3) participar con amigos en comportamientos de riesgo (consumo de sustancias, comportamiento ilegal, comportamiento violento o comportamiento sexual de alto riesgo). Entre sus resultados se observa que los adolescentes con amigos íntimos consumidores de sustancias, que hacían ofertas para usar sustancias y que participaban en conductas de riesgo eran más propensos a consumir tabaco y marihuana. Los autores recalcaron la importancia de entender el comportamiento problemático de los compañeros dentro del contexto de las amistades cercanas del adolescente.

Además se ha demostrado que la publicidad dirigida a la promoción del consumo de cigarrillos tiene un poder de persuasión en los adolescentes. En este ámbito, Vries, Dijkstra y Kuhlman (1988), desarrollaron el Modelo ASE, que combina la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen y la Teoría del Aprendizaje Cognitivo Social de Bandura, y expone que la actitud, la influencia social (normas, presión de los padres y amigos), y la autoeficacia (creencia de que uno será capaz de rechazar ofertas de cigarrillo) influyen en la decisión de experimentar o no con cigarrillos. Finalmente, estos autores señalan que aunque la publicidad de los productos de tabaco en la televisión ha sido prohibida en la mayoría de los países, los adolescentes siguen expuestos a la publicidad y promoción del tabaco en películas, televisión, pantallas publicitarias y los anuncios en revistas (Kiernan, 2002).

Miguel-Aguilar, Rodríguez-Bolaños, Caballero, Arillo-Santillán y Reynales-Shigematsu (2017), analizaron los factores psicosociales relacionados con la decisión de

fumar en adolescentes mexicanos (n=945). Los autores identificaron como principales factores asociados con el tabaquismo: a) creer que es seguro: capacidad de controlar el consumo y el daño a largo plazo; b) tener al menos un progenitor fumador: influencia para iniciar/mantener el consumo; y c) tener amigos que fuman: influencia a la experimentación/repetición, escuelas sin reglas de prohibición y acceso a cigarrillos. Por otra parte, identificaron como factores protectores: a) creer que es perjudicial: rechazo de la cohabitación con fumadores; b) comunicación con la familia: apelación al autocuidado; c) considerar ser joven para fumar: conocimiento sobre el daño y percepción de riesgo.

#### **2.4.2.5 Consecuencias del consumo de tabaco en la adolescencia**

Numerosos estudios han documentado que existen importantes problemas de salud y muertes atribuibles al tabaquismo. Entre los efectos se encuentran los daños al sistema respiratorio; la adicción a la nicotina; y el riesgo asociado al consumo de otras drogas (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU, 2014).

Gold y otros (1996) estudiaron los efectos del tabaquismo sobre el nivel y la tasa de crecimiento de la función pulmonar en adolescentes estadounidenses (n=10.060) entre 10 a 18 años, y reportaron entre sus resultados que los que consumían tabaco tenían tasas más altas de asma y sibilancias no asmática y mayor riesgo de estancamiento estatural. Además, se encontró una relación dosis-respuesta entre el tabaquismo y menores niveles de Capacidad Vital Forzada. Por su parte, la revisión realizada por Becoña (2003) reportó que existe relación entre fumar tabaco y los trastornos psicopatológicos, especialmente depresión y distintos trastornos de ansiedad. Además informó que los fumadores presentan mayor nivel de ansiedad que los no fumadores, encontrando que el tabaco aumenta el estrés. Adicionalmente, un estudio realizado por Becoña y Míguez (2004) en adolescentes y jóvenes españoles (n=4.237) indicó que aquellos que nunca fumaron reportaron menor ansiedad rasgo que los fumadores; mientras que los hombres presentaron menor ansiedad rasgo que las mujeres. Estos resultados son coincidentes con el estudio realizado por Leventhel y otros (2017) en una cohorte longitudinal de adolescentes estadounidenses (n=1.914), quienes demostraron que el estrés percibido se asocia con el consumo de tabaco en adolescentes de sexo femenino.

A largo plazo, el consumo de esta sustancia se relaciona con la ocurrencia de distintos tipos de cáncer (De la Cruz, Tanoue, y Matthay, 2011; Sanner y Grimsrud, 2015) y de enfermedades cardiovasculares y respiratorias (Lugones, Ramírez, Pichs, y Miyar, 2006). Cabe destacar que la exposición al humo de segunda mano tiene efectos en la salud respiratoria de los fumadores pasivos, pudiendo causarles cáncer de pulmón y aumentar el riesgo de una variedad de trastornos respiratorios no cancerígenos, especialmente en los niños (Reilly, 1993).

### **2.4.3 CONSUMO DE OTRAS DROGAS (MARIHUANA, COCAÍNA Y PASTA BASE)**

#### **2.4.3.1 Definición de sustancias psicoactivas y clasificación de su consumo**

La OMS (2016) define “sustancias psicoactivas” como cualquier sustancia natural o sintética, que al ser introducida en el organismo afecta los procesos mentales, cognitivos o afectivos. Esta definición puede ser aplicada tanto a las sustancias lícitas como a las ilícitas, según la clasificación establecida en cada país. En Chile, la sustancia ilícita más usada es la marihuana, seguida con una prevalencia inferior por el clorhidrato de cocaína y por la pasta base de cocaína (PBC) (SENDA, 2016). Estas sustancias se describen a continuación:

**a) Marihuana:** es la droga ilícita de mayor uso a nivel mundial. Se trata de una planta originaria del Asia central, perteneciente al género de la Cannabis, existiendo tres subespecies: Cannabis sativa sativa, Cannabis sativa indica y Cannabis sativa rudelaris; a su vez hay múltiples variedades e híbridos. La planta está compuesta de tallo, hojas y flores, estas últimas llamadas cogollos. La flor produce, en mayor proporción que las hojas, una resina que contiene más de 60 compuestos cannabinoides, aunque su compuesto psicoactivo principal es  $\Delta^9$  Tetrahidrocannabinol ( $\Delta^9$ -THC). Esta droga suele ser consumida en forma de cigarrillo, aunque también es posible consumirla vía oral como special cake (torta especial) o hachís brownies (queque con hachís). El hachís o resina es una variedad manufacturada de marihuana que se fuma como cigarrillos, pipas o se vaporizan con pipas (Andrés, Fuentealba, Gysling, y Sotomayor-Zárate, 2010).

**b) Cocaína:** Es una droga estimulante, altamente adictiva, hecha de las hojas de la planta *erithroxylon coca*. Su uso habitual es intranasal o a través de la inhalación de cocaína polvorizada por la nariz o frotada en las encías, y menos frecuente por vía endovenosa combinada con heroína (speedball), o procesada (crack). Esta droga actúa aumentando la secreción de dopamina en los circuitos cerebrales e induce a largo plazo cambios en el cerebro. Las consecuencias a corto plazo son euforia, placer, felicidad, alerta mental, hipersensibilidad, irritabilidad y paranoia; y a largo plazo conduce a enfermedades cardiovasculares (trastornos del ritmo cardíaco y los ataques al corazón); efectos neurológicos (dolores de cabeza, convulsiones, accidentes cerebrovasculares y coma); y complicaciones gastrointestinales (pérdida del apetito, hemorragias, úlceras, dolor abdominal y náuseas). Las muertes relacionadas con la cocaína pueden ocurrir por un paro cardíaco o convulsiones (NIH, 2017).

**c) Pasta base de cocaína (PBC):** droga química estimulante, intermedia en la producción de clorhidrato de cocaína, compuesta por hoja de coca mezclada con ácido sulfúrico, alcaloides, residuos de queroseno y otras impurezas. Generalmente se obtiene al disolver en agua las hojas de coca secas y tratar la solución con queroseno o gasoil, para luego mezclarla con sustancias alcalinas, permanganato de potasio y ácido sulfúrico. Su volatilización a altas temperaturas le confiere la propiedad de ser fumada en pipa o en cigarrillos pudiendo ser mezclada con marihuana (CICAD, 2014).

En relación a la clasificación del uso de drogas, no existe consenso por parte de los especialistas, sin embargo la más utilizada es la siguiente (Unicef, 2011): a) consumidor experimental: como aquel que ha consumido una a tres veces en la vida y no ha vuelto a hacerlo desde hace un año; b) consumidor ocasional: como aquel que consume una o dos veces al mes; c) consumidor habitual: como aquel que consume cada semana o varias veces en la semana; d) consumidor intensivo: como aquel que consume una o varias veces por día; e) consumo problemático: considera las dos últimas categorías de esta clasificación, no obstante el consumo experimental u ocasional también puede ser problemático si consume en forma excesiva aunque sea una única vez, debido a que el problema es haber perdido el control de sí mismo o el haber incurrido en prácticas de riesgo para sí mismo u otras personas bajo los efectos de una sustancia.

En Chile, el SENDA (2016) clasifica como “precocidad” a los adolescentes que declaran haber probado la droga por primera vez antes de los 15 años; para medir la frecuencia de uso, emplea el número de días en que se ha consumido droga en los últimos 30 días, calculado entre aquellos individuos que reportaron consumo en el último mes; la intensidad de uso es la proporción de prevalentes año que declaran consumir 10 o más veces en el último año, una o dos veces en el último año; y la percepción de riesgo de los adolescentes que declaran gran riesgo respecto al consumo.

#### **2.4.3.2 Consumo de drogas ilícitas en la adolescencia**

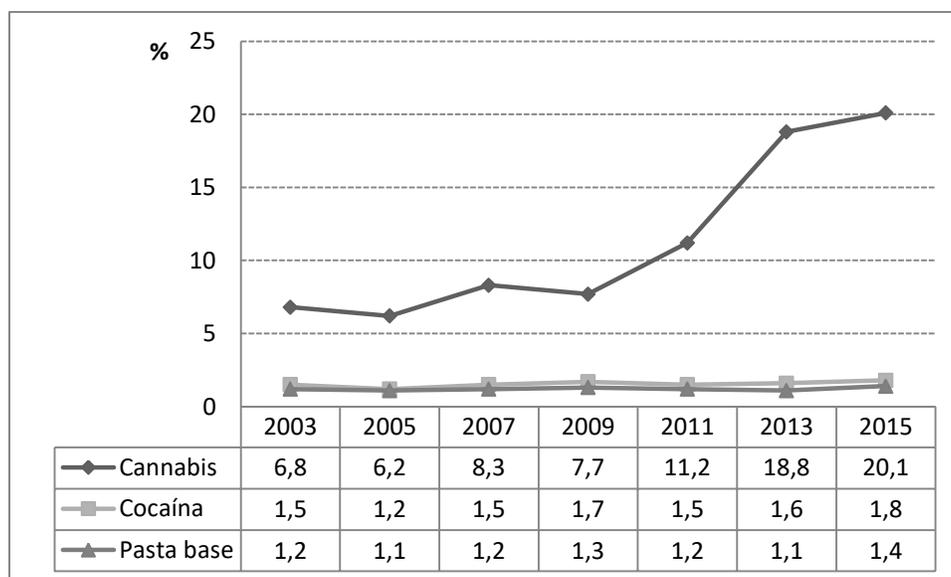
El consumo de drogas es un problema mundial en términos de salud y bienestar de las personas consumidoras y de sus familias. Según la UNODC (2014), 243 millones de personas (3.5% al 7.0% de la población mundial entre 15 y 64 años de edad) consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita el año 2012, principalmente marihuana, opiáceos, cocaínas o estimulantes del grupo de las anfetaminas.

En América del Sur existe una gran variabilidad en la prevalencia de consumo de estas drogas entre los adolescentes escolarizados de los países, y en promedio, el consumo de marihuana es 5.08%. En esta región, Chile es el país con mayor consumo de marihuana y su tendencia ha sido al alza desde el año 2001 (CICAD, 2015). En Chile, según la EMSE (2016), el 25.4% de los adolescentes de 11 a 18 años ha consumido marihuana alguna vez en su vida y el 16% la ha consumido en los últimos 30 días, mientras que el 4.8% ha consumido anfetaminas o metanfetamina una o más veces en su vida.

Adicionalmente, el informe del SENDA (2016) en la población escolar de 10 a 19 años, evidenció que la prevalencia del consumo de drogas ilegales en los adolescentes escolarizados durante el último año ha sufrido un incremento significativo. En la Figura 2.4.3.2.1 se presentan las tendencias en las prevalencias del consumo de marihuana, cocaína y pasta base durante el periodo 2003-2015. Como puede apreciarse, el consumo de marihuana en el último mes aumentó de 6.8% a 20.1% en este periodo. Respecto al consumo de cocaína, se observa un descenso en los años 2005 y 2007 para luego incrementar a 1.8% en el año 2015. En relación al consumo de pasta base, la mayor

prevalencia se observa en el año 2015 (1.4%). Al analizar los datos según edad, se evidencia que el consumo de cannabis se triplica a medida que aumenta la edad (10 a 14 años: 9.8%; 15 a 15 años: 22.2%; y 18 a 19 años: 29.3%), prácticamente se duplica y el de pasta base aumenta levemente (Figura 2.4.3.2.2).

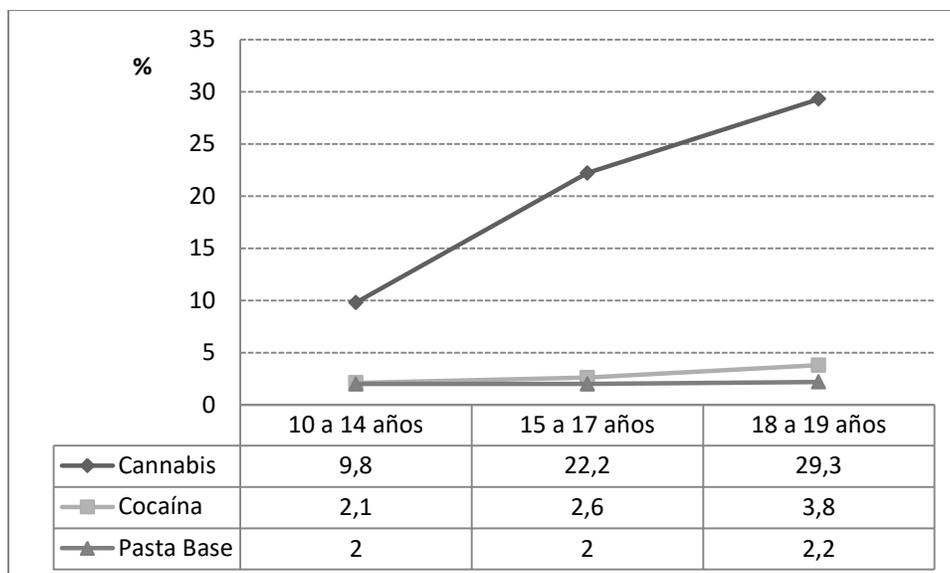
La percepción de riesgo del consumo experimental de drogas ilegales entre los adolescentes ha sufrido variaciones en los últimos años. En relación a la marihuana, se observa una importante disminución de 12.6 puntos porcentuales entre el año 2010 y 2014 (48.5% v/s 33.8%) lo que es coherente con el aumento del consumo experimental. Con respecto a la cocaína y pasta base, se evidencia un aumento en la percepción del riesgo de consumo, lo que se muestra en las bajas prevalencia de consumo en el último mes (Figura 2.4.3.2.3).



**Figura 2.4.3.2.1**

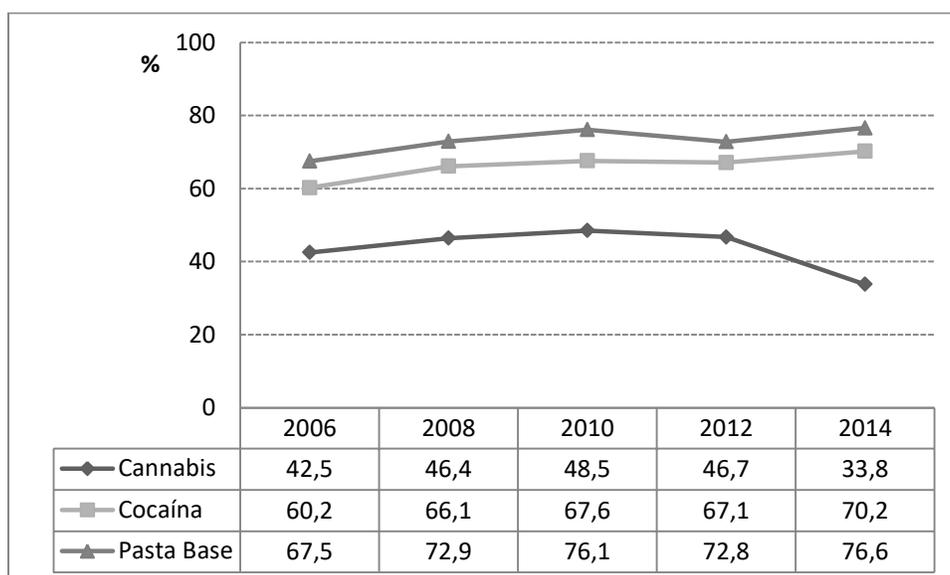
Evolución Prevalencia del consumo marihuana, cocaína y pasta base escolares. Chile, 2003-2015.

Adaptado del “Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2015: 8° Básico a 4° Medio”, SENDA, 2016.



**Figura 2.4.3.2.2**

Consumo de drogas en el último mes en adolescentes entre 10 y 19 años. Chile, 2016. Adaptado del “Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar”, SENDA, 2016.



**Figura 2.4.3.2.3**

Percepción del riesgo ante el uso experimental de drogas de los adolescentes entre 12 y 18 años. Chile, 2006-2014. Adaptado del “Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General”, SENDA, 2016.

### **2.4.3.3 Factores asociados al consumo de drogas ilícitas en la adolescencia**

Diversos estudios han identificado una serie de factores personales y sociales que estarían condicionando el consumo de drogas ilícitas en los adolescentes. En relación a los factores personales, el estudio realizado por Baltasar y otros (2014) en adolescentes españoles (n=321), analizó la frecuencia de consumo diario, ocasional y de fin de semana de tabaco, alcohol, marihuana, pastillas, cocaína y heroína; los motivos de iniciación al consumo de alcohol, tabaco y marihuana; y algunas creencias respecto al consumo de drogas en función del género. Entre sus resultados identificó que la experimentación es el principal motivo de iniciación en el consumo de todas las sustancias evaluadas.

Por otra parte, Shedler y Block (1990) en un estudio longitudinal con sujetos estadounidenses (n=101), seguidos desde la etapa preescolar hasta los 18 años, analizaron la relación entre las características psicológicas y el consumo de drogas, y observaron diferencias psicológicas entre los usuarios frecuentes de drogas, los experimentadores y abstemios. Los resultados sugieren que el problema asociado al consumo es un síntoma, no una causa personal o inadaptación social, y el significado del consumo solo puede entenderse en el contexto de una estructura de la personalidad y de la historia del desarrollo. Adicionalmente reportan que quienes utilizaban con frecuencia estas sustancias muestran un síndrome distinto de personalidad, marcada por la alineación interpersonal, pobre control de impulsos y angustia emocional mientras que los abstemios se caracterizaron por ser más ansiosos, emocionalmente constreñidos y carentes socialmente.

El estudio realizado por Wen (2017) en adolescentes de California (n=3.327) entre 12 y 17 años, evaluó la relación entre la familia, la escuela y vecindario y el uso de sustancias medido por el hábito de fumar, el consumo de alcohol y drogas ilícitas. Sus resultados indican que, en comparación con los contextos de la escuela y del vecindario, la familia es el entorno más influyente en el consumo de sustancias.

En relación a la influencia de los amigos y grupo de pares, el estudio multi-céntrico realizado por Kuntsche, Simons-Morton, Fotiou, Bogt y Kokkevi (2009) en adolescentes (n=93.297) provenientes de 31 países y regiones de Europa y América del Norte, comparó el consumo de marihuana entre los años 2002 y 2006 e investigó los vínculos entre el

consumo de marihuana y la relación con los amigos. Entre sus resultados reportaron una disminución en la prevalencia del consumo de marihuana en la mayoría de los 31 países y regiones participantes y confirmaron la asociación entre el uso de marihuana y la salida con los amigos en la noche. Por otra parte, el estudio, Simons-Morton y Chen (2006) realizado con adolescentes estadounidenses (n=2.453) evaluaron la relación entre el consumo de sustancias entre pares y adolescentes. Entre sus resultados reportaron que el uso inicial de sustancias de los adolescentes predijo un aumento en el número de sustancias que usaban los amigos, indicando un efecto de selección, y el número inicial de sustancias usado por los amigos predijo la progresión del uso de sustancias de los adolescentes, proporcionando evidencia de socialización. Los autores concluyeron que existe asociación entre el consumo de sustancias de los compañeros y el consumo de sustancias de los adolescentes.

La falta de conocimiento sobre estas sustancias es otro factor que condiciona su consumo. En su estudio, Wojtyła-Buciora y otros (2017) en adolescentes polacos (n=9.360), estimaron la cantidad e incidencia del consumo de drogas, incluidas las circunstancias en las que se inició el consumo, y determinaron el conocimiento de los adolescentes sobre las consecuencias de usar sustancias psicoactivas y drogas de diseño. Entre los resultados, los autores reportaron un aumento en el consumo de drogas, especialmente en los de mayor edad y en los niños, y destacaron que los adolescentes no tienen suficiente conocimiento sobre los peligros de usar sustancias psicoactivas.

Los resultados de los estudios anteriores son complementados con los encontrados por Mesic y otros (2013), quienes investigaron los hábitos, actitudes y prácticas relacionadas con el consumo de drogas en adolescentes de Bosnia (n=502), y reportaron que las razones de consumo fueron la curiosidad, problemas personales y el reconocimiento entre los compañeros. La mayoría de la información sobre los efectos dañinos de las drogas la han recibido de padres, profesores y en Internet y los medios. Los adolescentes señalaron que la droga está disponible en todos los lugares, incluso dentro de las instalaciones de la escuela, donde ellos la adquieren por iniciativa propia o como oferta de un amigo cercano.

#### **2.4.3.4 Consecuencias asociadas al consumo de drogas ilícitas en la adolescencia**

La principal droga ilícita consumida por los adolescentes es la marihuana. Los efectos derivados de su uso están dirigidos principalmente al sistema nervioso central, generando euforia, aumento de la percepción sensorial, taquicardia, antinocicepción, dificultades en la concentración y deterioro de la memoria. Las deficiencias cognitivas persisten después de la retirada, debido a la muerte celular inducida por  $\Delta^9$  Tetrahydrocannabinol (Ameri, 1999).

Adicionalmente, un estudio longitudinal prospectivo realizado por Castellanos-Ryan (2017) investigó la asociación bidireccional entre el consumo de marihuana y el rendimiento neuro-cognitivo en adolescentes canadienses (n=294). Los resultados mostraron que la edad de inicio y la frecuencia de consumo de marihuana se asociaron con un deterioro neuro-cognitivo específico en el Coeficiente Intelectual verbal, en las tareas de función ejecutiva de aprendizaje por ensayo y error, en el procesamiento de la recompensa en la adultez y con menores tasas de graduación de la educación secundaria. Otros reportes coinciden que los efectos dependen de la frecuencia del consumo, de las concentraciones de los compuestos cannabinoides presentes en cada dosis, la vía de administración, y las características personales del consumidor (Andrés, Fuentealba, Gysling, y Sotomayor-Zárate, 2010).

Además, se han demostrado efectos psicológicos asociados al consumo. Un análisis realizado por Sillins y otros (2014) con datos de tres estudios longitudinales de Australia y Nueva Zelanda investigó la relación entre la frecuencia de consumo de marihuana antes de los 17 años con los resultados de desarrollo evaluados hasta la edad de 30 años. Esta investigación demostró una asociación positiva entre el uso de esta sustancia con la disminución de las probabilidades de finalización de la escuela secundaria, y con mayor probabilidad de dependencia de marihuana en la adultez, con el uso de otras drogas ilícitas, y con el intento de suicidio.

En relación a la cocaína, los efectos principales que produce su consumo se encuentran a nivel del sistema nervioso: a) inmediatos: vasoconstricción, midriasis, hipertermia, taquicardia e hipertensión, b) derivados de la euforia: hiperestimulación,

sensación de menos cansancio y un estado de mayor alerta mental, y c) mediano-largo plazo: arritmias, infarto miocárdico, dolor torácico, insuficiencia respiratoria, afecciones vasculares cerebrales, convulsiones, cefalea, náusea, dolor abdominal, anorexia y desnutrición (del Bosque, y otros, 2014).

Por otra parte, los efectos del consumo de pasta base de cocaína se han descrito como un síndrome (Castaño, 2000). Desde el primer consumo genera un estado de intoxicación aguda, separado en tres estadios: 1) “momento antes del consumo”: conformado por un síndrome obsesivo compulsivo agudo, un síndrome ansioso y un síndrome neurovegetativo, caracterizado por sudoración, taquicardia y malestar abdominal referido como deseos de defecar, 2) “efectos al fumar”: se inicia tras la primera aspirada y produce un “flash” placentero intenso, pero muy breve que dura entre 3 y 4 segundos, con una caída muy brusca, 3) angustia por la cesación de los efectos, entrando en un estado de intensa angustia, irritabilidad e inquietud.

El estudio de Pérez (2003) en chilenos usuarios de cocaína (n=61), describió como principales consecuencias para la salud asociadas a su consumo los síntomas cardiovasculares, patología pulmonar, patologías infecciosas, problemas dermatológicos y efectos negativos durante el embarazo con patología fetal y abortos. En la adolescencia, el estudio realizado por Galéra y otros (2013) en 20 adolescentes consumidores de pasta base de cocaína de Uruguay, reportó niveles mayores de problemas psiquiátricos en los consumidores de esta sustancia, tales como comportamientos oposicionistas, síntomas internalizados y externalizados, dificultades psicológicas y comportamientos agresivos.

## **2.4.4 HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADOLESCENTES**

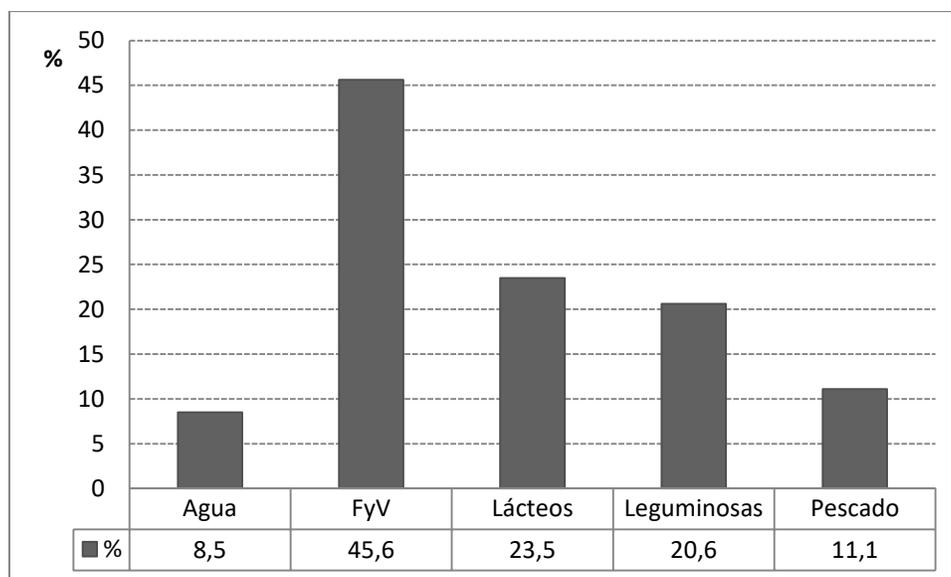
### **2.4.4.1 Definición de hábitos alimentarios, recomendaciones y estadísticas sobre consumo de alimentos en adolescentes**

El concepto de hábitos alimentarios es definido por López-Espinoza y Magaña (2014) como “los patrones conductuales regulares que son observados en algunas especies de interés, y que consta de formas en las cuales sus miembros se procuran el sustento nutritivo, especialmente el tipo de alimento que se ingiere y cómo se ingiere” (p. 6). Estos hábitos están relacionados con las características sociales, económicas y culturales de una población determinada, los que ejercen presión ambiental y de esta forma modulan su evolución (Pijl, 2011).

Las recomendaciones generales de la Asociación Americana del Corazón (AHA) para los mayores de dos años, consisten en una dieta principalmente a base de frutas, verduras, granos enteros y productos lácteos descremados, legumbres, pescados y carnes magras, y enfatizan evitar el consumo de azúcar, grasas saturadas y trans, colesterol, sal añadida, e ingesta energética y de micronutrientes adecuada (Gidding, y otros, 2006).

En Chile, las Guías Alimentarias fueron actualizadas el año 2013 con el fin de mejorar los actuales hábitos alimentarios y tener un impacto en el estado nutricional de la población (MINSAL, 2013). Estas guías recomiendan: tres porciones de lácteos bajos en grasa diarios, que equivalen a 600 ml; cinco porciones diarias de frutas o verduras, lo que equivale a 400 g; dos veces por semana de leguminosas (porotos, garbanzos, lentejas o arvejas); ingesta de dos veces por semana de pescado; y beber 1.5 litros de agua diaria, equivalente a seis a ocho vasos de agua diarios. En relación a los hábitos alimentos, la ENCA (2011), en el grupo de adolescentes chilenos entre 14 y 18 años, evidenció que el 76.5% consume desayuno y el 94.9% almuerza diariamente, sin embargo la calidad de la alimentación no es óptima. En relación al cumplimiento de las Guías Alimentarias, solo el 8.5% bebe de seis a ocho vasos de agua, 45.6% consume cinco porciones diarias de frutas y verduras, 23.5% declara consumir 3 porciones de lácteos al día, solo el 20.6% declara una

ingesta igual o mayor a dos veces por semana de legumbres y 11.1% de pescados (Tabla 2.4.4.1.1). Adicionalmente, el consumo de azúcares al día es alto y alcanza los 121.2 g, proveniente de la ingesta de azúcares de golosinas y otros alimentos dulces, azúcares de bebidas y refrescos y azúcar de mesa; en tanto que el consumo de alcohol fue de 148 ml/día.



**Figura 2.4.4.1.1**

% Porcentaje de adolescentes entre 14 y 18 años que cumple con las recomendaciones de las Guías Alimentarias Chilenas. Adaptado de “Encuesta Nacional de Consumo Alimentario, Informe Final”, MINSAL, 2011. (FyV: Frutas y Verduras)

#### 2.4.4.2 Definición y estadísticas de estado nutricional en adolescentes

El diagnóstico de obesidad en los adolescentes generalmente se determina mediante el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC), y esta medición se compara con una población de referencia diferenciada según edad y sexo, sin embargo en la actualidad se utilizan diferentes parámetros para su monitoreo y estudios de investigación. El Centro Nacional de Estadísticas de Salud (CDC, 2000) clasifica como sobrepeso al IMC ubicado  $\geq$  85 percentil, y obesidad a partir del percentil  $\geq$  95, entre los 2 y 20 años. La OMS (2010) clasifica sobrepeso a partir del percentil  $\geq$  85 y considera obesidad al percentil  $\geq$  97.

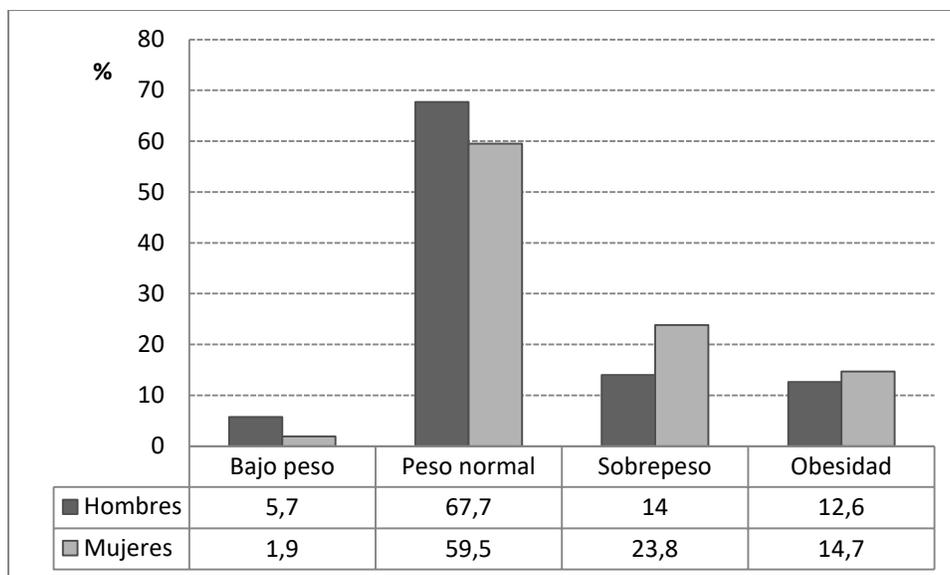
El Grupo Internacional de Obesidad (IOTF) define sobrepeso a partir del percentil 91 y obesidad igual o sobre el percentil 99 (Cole, Bellizzi, Flegal, y Dietz, 2000). Estos puntos de corte se relacionan con un incremento en las comorbilidades y en la mortalidad asociadas a la malnutrición por exceso, siendo utilizados internacionalmente en estudios epidemiológicos (Valenzuela, 2014).

En Chile, el MINSAL (2016) recomienda usar el patrón de referencia de la OMS 2007 para la vigilancia del sobrepeso (IMC entre +1 y +1,9 DE) y de la obesidad (IMC  $\geq$  +2DE) en población infantil y adolescente.

El informe sistémico sobre la prevalencia mundial, regional y nacional de sobrepeso y obesidad en niños y adultos realizado por Ng y otros (2014) analizó las tendencias de sobrepeso y obesidad por país en el periodo 1990-2013 a partir de encuestas, informes y estudios publicados (n=1.769). Este estudio evidenció que la prevalencia mundial de obesidad en niños y adolescentes entre 2 y 19 años difiere entre los países y por sexo. En los países desarrollados la prevalencia aumentó de 16.9% para ambos sexos en 1980 a un 23.8% en los varones y 22.6% en las niñas en 2013. En los países en desarrollo, esta prevalencia aumentó de 8.1% en 1980 a 12.9% en 2013 para los varones y 8.4% a 13.4% en las niñas. En el grupo de 15 a 19 años destaca un descenso en la curva de malnutrición por exceso y obesidad para luego incrementar progresivamente en la etapa adulta.

En Chile, la malnutrición por exceso aumentó dramáticamente desde la década de 1980 en todos los grupos de edad, siendo considerada el principal problema nutricional de la población general. Particularmente en adolescentes de 11 a 18 años, la última EMSE (2016) muestra que el 41.9% de los adolescentes presenta exceso de peso, de ellos el 14% tiene obesidad, siendo esta prevalencia mayor en hombres (15.1%) que en mujeres (12.9%).

Adicionalmente, la ENCA (2011) en el grupo de adolescentes de 14 a 18 años, reportó un alto porcentaje de malnutrición por exceso, alcanzando el 26.6% en hombres y el 38.5% en mujeres, con un 12.6% de obesidad en hombres y un 14.7% en mujeres (Figura 2.4.4.2.1).



**Figura 2.4.4.2.1**

Estado Nutricional de adolescentes chilenos entre 14 y 18 años (%). Adaptado de “Encuesta Nacional de Consumo Alimentario, Informe Final”, MINSAL, 2011.

### **2.4.4.3 Factores que influyen en los hábitos alimentarios y en el exceso de peso de los adolescentes y sus consecuencias**

Numerosas investigaciones demuestran que la dieta es un factor ambiental clave que aumenta la incidencia y mortalidad de diversas ENT (Jenkins, Kendall, y Ransom, 1998; Lozano, y otros, 2014; Valery, y otros, 2016).

Entre las principales enfermedades crónicas degenerativas que afectan a la población mundial y de Chile se encuentra la obesidad. Esta enfermedad ha sido explicada como un desequilibrio entre la ingesta energética y el gasto energético lo que genera un exceso de grasa corporal (Martínez, 2000; Prentice y Díaz, 2000). Su prevalencia se diagnostica principalmente con la medición o auto-reporte de la altura y peso corporal a través del Índice de Masa Corporal (IMC) debido a que se correlaciona fuertemente con el porcentaje de grasa corporal (Mei, y otros, 2002).

En la obesidad participan factores ambientales y genéticos que interactúan a lo largo de la vida, desde la etapa fetal. Entre los factores ambientales se encuentra la modificación en la dieta. Estudios sobre transición nutricional en América Latina y Chile han demostrado

que los cambios en el perfil nutricional de la población se iniciaron en la década de 1980, y se caracterizan por el reemplazo de una dieta tradicional rica en legumbres y granos a una dieta occidental alta en carbohidratos refinados, azúcares, grasas y alimentos de origen animal. Esta dieta alta en densidad energética está fuertemente asociada con el aumento de las ENT (Albala, Vio, Kain, y Uauy, 2002; Hurrelmann y Richter, 2006).

Las consecuencias de la exposición a una nutrición sub-óptima comienzan a nivel intrauterino y en las primeras etapas de la vida. Estudios demuestran que la agresión sufrida en el desarrollo fetal podría influir en la susceptibilidad a la obesidad y a las ENT (Barker, Winter, Osmond, Margetts, y Simmonds, 1989; Beaglehole y Horton, 2010; Narayan, Ali, y Koplan, 2010). En este sentido, la programación metabólica es un concepto emergente que investiga los orígenes de las ENT asociados a un deterioro en el desarrollo debido a condiciones sub-óptimas intrauterinas, las que tienen efectos a corto y largo plazo en las funciones del organismo, y que determinan la salud y enfermedad en etapas posteriores de la vida. Se ha demostrado que la nutrición intrauterina sub-óptima genera redes reguladoras en el crecimiento fetal, en el metabolismo, hormonales y anatómicos que programan al feto en su gasto energético, comportamiento alimentario, apetito, crecimiento postnatal y actividad física, con el fin de ahorrar nutrientes que le aseguren la supervivencia en ambientes deprimidos nutricionalmente. Sin embargo, en un ambiente postnatal con suficientes recursos, estas adaptaciones en el desarrollo podrían contribuir al desarrollo de ENT, tales como obesidad, diabetes tipo 2, síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares (Kiani y Olaf, 2011). Por otra parte, Heerwagen, Miller, Barbour y Friedman (2010) demostraron que el exceso de peso materno y los niveles plasmáticos elevados de glucosa y triglicéridos son altamente predictivos de macrosomía fetal y neonatal, e IMC alto en etapa escolar. Asimismo, el bajo peso al nacer y el rápido aumento de peso durante los primeros años de vida pueden conducir a un mayor riesgo de ECV. El estudio realizado por Fabricius-Bjerre y otros (2011) examinó los datos de peso de nacimiento e incremento de peso en la infancia en adolescentes sauditas (n=87) y reveló que el aumento de peso durante los primeros tres meses de vida puede conferir un mayor riesgo de trastornos metabólicos posteriores, particularmente del metabolismo de la glucosa en adolescentes con antecedentes de bajo peso al nacer.

En relación a los hábitos alimentarios y la obesidad, el estudio de Keski-Rahkonen, Kaprio, Rissanen, Virkkunen y Rose (2003) en adolescentes finlandeses (n=5.448) reportó que saltarse el desayuno se asoció con un mayor IMC en adolescentes. Estos resultados son coincidentes con los informados por Lazarou y Matalas (2015), quienes, en una muestra de adolescentes chipriotas (n=83), reportaron que aquellos que consumen desayuno regularmente presentan mayor adherencia a la dieta mediterránea, tienen mayor concentración de hierro en suero, menor IMC, menor circunferencia de cintura, menor porcentaje de grasa corporal y menores niveles de glucosa en ayuna, en comparación con los que saltan el desayuno. Del mismo modo, el Proyecto EAT realizado por Timlin, Pereira, Story y Neumark-Sztainer (2008), consistente en un estudio longitudinal de 5 años en adolescentes estadounidenses (n=2.216), demostró que el consumo de desayuno está directamente asociado con la ingesta de hidratos de carbono y fibra, e inversamente asociado con tabaquismo, consumo de alcohol, control del peso y comportamientos sedentarios.

Por otra parte, en el estudio realizado por Serra-Majem y otros (2002) en una muestra de niños y jóvenes españoles (n=3.534), se evaluaron las repercusiones socioeconómicas y de estilo de vida asociadas con la adecuación nutricional, y demostraron que los hábitos son influenciados por distintos factores, entre ellos la familia, los medios de comunicación y la escuela. En este sentido, Restrepo y Maya (2005) en un estudio cualitativo analizaron las percepciones de los padres, profesores y niños acerca de la alimentación y nutrición de los escolares, e identificaron que en la familia, la madre es la principal encargada de transmitir a sus hijos las costumbres y hábitos, debido a que es ella quien dispone de los alimentos que se consumen, las preparaciones culinarias y horarios de alimentación, convirtiendo el acto alimentario en un instrumento de sociabilidad al transmitir normas, códigos y representaciones con valor social y cultural. Además, por medio del alimento, la madre expresa el cuidado, amor y responsabilidad con su familia. Los informantes indicaron que tener acceso a alimentos en cantidad, variedad y frecuencia depende de los ingresos que genera un empleo estable y se convierte en un factor determinante que incide en la dieta de la familia y de los escolares. Sin embargo, reconocen encontrar en la conformación familiar, en las redes de apoyo social y en sus estrategias de vida una forma de minimizar su situación de precariedad económica y de marginalidad.

Asimismo, el análisis sistémico realizado por Chung, Ersig y McCarthy (2017) examinó la contribución de los compañeros en la dieta y ejercicio de los adolescentes, y proporcionó evidencia que indica que la dieta y el ejercicio de los adolescentes se asociaron significativamente con los de sus compañeros. Estos resultados son coincidentes con los reportados por Bruening y otros (2014), quienes evaluaron las asociaciones entre adolescentes estadounidenses y sus amigos (n=2.793) con respecto a la bebida azucarada, ingesta de refresco de dieta, y las visitas al restaurante de comida rápida, y reportaron asociaciones significativas entre los comportamientos de los adolescentes y el de los amigos.

El acceso a la comida rápida es otra variable que determina el estado nutricional de los adolescentes. En este sentido, Virtanen y otros (2015), demostraron que los adolescentes matriculados en 181 escuelas de Finlandia (n=23.182) con proximidad a negocios de comida rápida o supermercados tenían hábitos alimenticios irregulares, tales como saltarse el desayuno, almuerzo o refrigerios gratuitos ofrecidos por la escuela, no tener cena familiar, y presentar mayor riesgo de malnutrición por exceso.

Asimismo, el tamaño de las porciones juega un rol importante en la obesidad. En este sentido, el estudio realizado por Young y Nestle (2002) tuvo como propósito pesar muestras de alimentos del mercado, identificar cambios históricos en el tamaño de esos alimentos y comparar las porciones actuales con las normas estatales. Entre sus resultados reportaron que el aumento de las porciones de alimentos en el hogar y en los restaurantes con mayor contenido energético y el consumo de bebidas azucaradas también ha contribuido a la creciente prevalencia de malnutrición por exceso. Estos resultados coinciden con los expuestos por Ello-Martin y otros (2005), quienes señalan que el tamaño de la porción sí influye en la ingesta de energía, y por tanto en el aumento de la obesidad. Por otra parte, el estudio de Ebbeling y otros (2006) en una muestra de adolescentes estadounidenses (n=103) mostró que aquellos con mayor obesidad disminuyeron significativamente su IMC al reemplazar las bebidas gaseosas azucaradas por las dietéticas.

Además se ha descrito que el comer emocional, definido como comer en respuesta a una serie de emociones negativas como la ansiedad, la depresión, la ira y la soledad para hacer frente a los efectos negativos, aumenta en este periodo del ciclo vital (Arnou,

Kenardy, y Agras, 1995). En este sentido, Nguyen-Michel, Unger y Spruijt-Metz (2007) revelaron que el comer emocional en adolescentes estadounidenses (n=617) se asoció con una mayor ingesta de alimentos dulces y salados de alta densidad energética.

Por otra parte, los medios de comunicación ejercen una importante influencia en el comportamiento alimentario de los adolescentes. Un estudio realizado por Román y Quintana (2010) con adolescentes escolarizados de Lima (n=330), reveló que la televisión es el medio con mayor influencia sobre la elección de una alimentación saludable, demostrando que el entorno familiar juega un rol educador sobre el consumo de alimentos saludables.

Los factores genéticos desempeñan un papel significativo en la patogénesis de la obesidad. El estudio realizado por Loos y Bouchard (2003) demostró que en individuos con predisposición genética a la obesidad expuestos a un entorno cambiante que promueve el consumo excesivo de calorías y desalienta la realización de actividad física puede conducir a un desequilibrio energético crónico que excede al gasto energético, favoreciendo la expansión y número de células grasas, y con ello al aumento de grasa corporal. Si bien, la susceptibilidad a la obesidad está determinada en parte por factores genéticos, es necesario un entorno obesogénico para su expresión fenotípica en el que los alimentos altos en calorías son abundantes, asequibles, disponibles y fáciles de consumir con una preparación mínima.

Los hábitos alimentarios poco saludables durante el desarrollo temprano están directamente asociados con la obesidad futura; y se ha demostrado que existe una fuerte relación entre el exceso de adiposidad y múltiples efectos adversos sobre la presión arterial, el colesterol, los triglicéridos y la resistencia a la insulina (Daniels, y otros, 2005; Steinberger, y otros, 2009).

El estudio realizado por Weiss y otros (2004) en una muestra de adolescentes estadounidenses (n=490) informó que los valores de glucosa, insulina, resistencia a la insulina, triglicéridos, proteína C reactiva, interleucina-6 y presión arterial sistólica, así como la prevalencia de tolerancia alterada a la glucosa, aumentaron significativamente con el aumento de la obesidad, mientras que los niveles de colesterol HDL y adiponectina

disminuyeron al aumentar obesidad. La prevalencia de síndrome metabólico fue del 38.7% en los moderadamente obesos y del 49.7% en los gravemente obesos; mientras que los adolescentes con sobrepeso o normopeso no cumplían con los criterios para ser diagnosticados con síndrome metabólico.

Por otra parte se ha evidenciado que la malnutrición por exceso no solo conduce a complicaciones relacionadas con la salud, sino que además tiene un importante impacto psicológico. El estudio realizado por Britz y otros (2000) compararon los índices de trastornos psiquiátricos del DSM-IV entre un grupo de estudio clínico de 47 adolescentes y adultos jóvenes extremadamente obesos y un grupo control y detectaron, entre sus resultados mayor prevalencia de trastornos afectivos, de ansiedad, somatoformos y de alimentación respecto al grupo control. Estos resultados son coincidentes con los reportados por Erermis y otros (2004), quienes al comparar una muestra de 30 adolescentes obesos con sus controles identificaron una mayor proporción de psicopatología (depresión, problemas de comportamiento, baja autoestima) en los adolescentes obesos que en los no obesos. Adicionalmente, Perrin, Boone-Heinonen, Field, Coyne-Beasley y Gordon-Larsen (2010) en su estudio realizado con una muestra de adolescentes estadounidenses (n=13.001) de edades entre 11 y 21 años, examinó la asociación entre la autoestima y el sobrepeso percibido, demostrando que la baja autoestima estuvo fuertemente asociada con el sobrepeso.

Del mismo modo la obesidad afecta otras áreas del adolescente, como lo demostraron An, Yan, Shi y Yang (2017) en un análisis sistemático sobre los factores que determinan la asistencia regular a la escuela. Estos investigadores examinaron la relación entre el peso corporal excesivo y el ausentismo escolar entre niños y adolescentes. Este metanálisis encontró que las probabilidades de ausencia de la escuela eran del 27% mas altas en sobrepeso y 54% mas altas en obesidad que sus homólogos de peso normal. Estos autores concluyeron que la asistencia regular a la escuela es un determinante clave del rendimiento académico y del desarrollo psicosocial del estudiante, lo que limita a los adolescentes con exceso de peso.

## **2.4.5 ACTIVIDAD FÍSICA EN LA ADOLESCENCIA**

### **2.4.5.1 Definición, valoración de la actividad física y estadísticas en adolescentes**

La OMS define actividad física como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía” (OMS, 2004). En el grupo de 5 a 17 años de edad, recomienda acumular un mínimo de 60 minutos al día de actividad física moderada o vigorosa con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, la salud ósea y reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles (OMS, 2010).

La valoración de la actividad física habitualmente se determina a partir de métodos cuantitativos (agua doblemente marcada, calorimetría directa, sensores de movimiento, acelerómetros, diarios de actividad física y observación directa) y cualitativos (VO<sub>2</sub> máx, frecuencia cardíaca, cuestionarios e informes de cantidad de ingestión de energía) (Yáñez-Silva, Hespanhol, Gómez Campos, y Cossio-Bolaños, 2014). Actualmente, los cuestionarios de autoreporte son los más utilizados y existen distintas propuestas validadas para adolescentes (Martínez-Gómez, y otros, 2009).

En relación a las estadísticas, a nivel mundial, la OMS (2010) informó que el 81% de los adolescentes de 11 a 17 años de edad no se mantenían suficientemente activos, siendo este porcentaje mayor en las mujeres (84%) que en los hombres (78%).

En Chile, el SIMCE de Educación Física (2016) en una muestra representativa del país de 9.568 adolescentes que cursan 8° básico evidenció que, a nivel nacional, el 98% presenta niveles subóptimos en aspectos estructurales de la condición física, siendo levemente mayor en mujeres (99% vs. 97% hombres) y el 72% presenta niveles subóptimos en aspectos funcionales de la condición física, siendo mayor en mujeres (91% vs. 58% hombres). El informe aportado por la EMSE (2016) reportó que el 73.9% de los adolescentes del país realiza menos de 60 minutos de actividad física en total al día, cinco días o más, en los últimos siete días. Esta prevalencia es mayor en mujeres (81.7%) que en hombres (66%). Por otra parte, el 53.8% pasaron dos o más horas al día realizando actividades sedentarias, siendo mayor en mujeres (42.5%) que en hombres (51.1%).

Adicionalmente, la ENS (2010) reporta que el 75.9% de los jóvenes entre 15 y 24 años son sedentarios. Otros estudios también revelan el importante problema de sedentarismo en este grupo de edad. En su estudio, Yañez-Silva y otros (2014) en una muestra de adolescentes chilenos entre 12 y 18 años (n=1.448), comparó los parámetros de actividad física en ambos sexos, valorada por medio de un cuestionario de 11 preguntas. Los resultados informados revelan que las adolescentes de sexo femenino presentan menor nivel de AF que los hombres.

#### **2.4.5.2 Factores que influyen en la actividad física en la adolescencia**

A nivel mundial, el Informe de Actividad Física para Niños y Jóvenes (2016) investigó en niños y jóvenes en 38 países de 6 continentes (representando el 60% de la población mundial) los indicadores de conductas, escenarios y fuentes de influencia asociadas con la actividad física: 1) comportamientos que contribuyen a los niveles generales de actividad física: actividad física global; participación deportiva organizada; juegos activos y transporte activo; 2) factores asociados con el riesgo cardiometabólico: comportamiento sedentario; sobrepeso y obesidad; fitness; y 3) factores que influyen en actividad física: familia y pares; escuela; comunidad y ambiente construido; estrategias e inversiones gubernamentales. Los resultados demuestran una variación sustancial en el avance de los indicadores dentro y entre países. La calificación promedio para la actividad física global y el comportamiento sedentario en todo el mundo es baja, la calificación promedio de los indicadores relacionados con los apoyos para la actividad física fue regular. Los países de ingresos más bajos tuvieron mejores calificaciones en actividad física general, en el transporte activo y en los comportamientos sedentarios que los países de ingresos más altos, pero menor en los indicadores de apoyo de la familia y de los compañeros, la comunidad, medio ambiente y estrategias e inversiones gubernamentales. La calificación promedio de todos los indicadores combinados fue más altas en Dinamarca, Eslovenia y Holanda. En Chile, la mayoría de estos indicadores fueron evaluados con puntuación baja (Aguilar-Farias, y otros, 2016).

Sin duda, uno de los principales factores que condiciona la actividad física de los adolescentes es la influencia social de los padres y amigos. El estudio realizado por Cheng, Mendonça y Farias Júnior (2014) en una muestra de adolescentes brasileños (n=2.361), analizó la asociación entre actividad física y apoyo social de padres y amigos sobre el nivel de actividad física entre adolescentes. Sus resultados evidencian que la actividad física de los amigos se asocia directamente con el nivel de actividad física de los adolescentes. La actividad física del padre se asocia con la de sus hijos, y la actividad física de la madre se asocia con la de sus hijas. Además identificaron asociación indirecta entre la actividad física de los padres y amigos con el nivel de actividad física de los adolescentes, mediada por el apoyo social. Por otra parte reportaron que el apoyo social está directamente asociado con la actividad física en adolescentes de ambos sexos e indirectamente mediado por la autoeficacia, y concluyeron que los padres y amigos tienen una influencia social en el nivel de actividad física de los adolescentes a través del mecanismo de modelado de conducta o mediante el apoyo social, mediado por la autoeficacia.

Complementando la evidencia anterior, Graham, Wall, Larson y Neumark-Sztainer (2015), en una muestra de adolescentes estadounidenses (n=2.793) con edad promedio de 14.4 años, provenientes de 20 escuelas secundarias públicas evaluaron la contribución de los factores de contextos personales, familiares, amigos, la escuela y el vecindario en el nivel de actividad física de los adolescentes. Sus resultados reportaron que a nivel personal, los factores que determinan la actividad física son la autoeficacia, las barreras, el disfrute, la autogestión, y la participación en el deporte; a nivel familiar se identificaron los recursos en la casa para la actividad física, la actividad física reportada y percibida por los padres, los padres activos, los padres que ayudan a sus hijos a ser activos y el apoyo familiar para la actividad física; los factores relacionados con los amigos son el soporte de ellos para realizar actividad física y amigos que practican actividad física y deportes; los factores relevantes en el colegio son asistir a clases de educación física e instalaciones al aire libre para realizar actividad física; y finalmente, a nivel de barrio los determinantes fueron los espacios verdes, la densidad del tránsito automovilístico, la pobreza y la densidad poblacional.

### **2.4.5.3 Consecuencia de la inactividad física en la adolescencia**

La actividad física disminuye sustancialmente durante la adolescencia, elevando los riesgos para la salud a lo largo de la edad adulta (Ortega, y otros, 2005).

El sobrepeso y la obesidad son un problema creciente y suelen estar relacionados con la falta de actividad física entre los adolescentes. Un estudio realizado por Faik, Vanderhulst, Rossem, y Devroey (2017), con una muestra de niños y adolescentes belgas (n=525) entre 8 y 18 años examinó la asociación entre la actividad física, los trastornos del peso y el interés en los alimentos y las ciencias. Entre sus resultados destaca que la no afiliación a un club deportivo se relacionó positivamente con exceso de peso, mientras que el tipo de transporte a la escuela (pie / bicicleta o automóvil / autobús) no tuvo ningún efecto sobre el IMC de los participantes.

Yáñez, Barraza y Mahecha (2016) con una muestra de adolescentes chilenos (n=124) comparó el rendimiento académico y el autoconcepto físico de acuerdo al nivel de actividad física. Los resultados evidenciaron que los adolescentes de ambos sexos que tienen un menor nivel de actividad física presentan menor rendimiento académico y peor autoconcepto físico en comparación con los sujetos que presentan un alto nivel de actividad física.

El estudio realizado por Candel, Olmedilla y Blas (2008) en una muestra de adolescentes de sexo femenino españolas (n=226) entre 16 y 19 años, analizó la relación entre la práctica de ejercicio físico con variables psicológicas. Los resultados indican que las adolescentes que practican algún tipo de actividad física tienen puntuaciones superiores en todos los factores de autoconcepto, excepto en el emocional; además aquellas que practican actividad física con mayor frecuencia tienen unos niveles inferiores en ansiedad y depresión. Adicionalmente, las que practican actividad con una intensidad baja mantienen niveles más altos de ansiedad, y aquellas a las que les resulta agradable la práctica del ejercicio físico, manifiestan niveles menores de ansiedad.

## **2.4.6 COMPORTAMIENTOS SEXUALES QUE CONTRIBUYEN AL EMBARAZO NO PLANIFICADO E INFECCIÓN POR VIH Y OTRAS ITS**

### **2.4.6.1 Edad de inicio de las relaciones sexuales**

La sexualidad humana es concebida como un proceso de aprendizaje que establece prácticas, relaciones y discursos que deben ser tratados como hechos sociales en relación a otros (Palma, 2006). Este comportamiento adquiere importancia en la adolescencia debido a que la mayoría de las personas comienzan la actividad sexual con penetración alrededor de los 16 años. La edad temprana de inicio de relaciones sexuales, la identidad sexual confusa, el número de parejas sexuales y la falta de uso de métodos de protección son parte de un conjunto de comportamientos que podrían generar riesgos para la salud de los adolescentes (Marchetti, Rodríguez, y Rodríguez, 1996).

En América Latina, aproximadamente el 50% de los adolescentes son sexualmente activos antes de los 17 años, siendo la edad promedio de inicio sexual entre los 15 y 16 años para las mujeres y de 14 a 15 años para los hombres (Breinbauer y Maddaleno, 2008).

En Chile, los datos aportados por la EMSE (2016) indican que el 37.7% de los adolescentes de 11 a 18 años tuvo relaciones sexuales alguna vez, esta proporción es mayor en hombres (41%) que en mujeres (34.5%). Según los datos aportados por la Octava Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2015), la edad promedio de inicio de actividad sexual varía entre 16.3 años para los hombres y 16.8 años para las mujeres. Adicionalmente, la proporción de adolescentes sexualmente activos aumenta a medida que avanza la edad (22.5% a los 15 años vs. 47.5% a los 19 años).

Son diversas las causas asociadas al inicio temprano de la actividad sexual. Holguín, Mendoza, Esquivel, Daraviña y Acuña (2013) en una muestra de adolescentes colombianos (n=947), identificó como principales variables: a) nivel individual: sexo masculino, aprobación y actitudes permisivas hacia el sexo del adolescente, consumo de alcohol, tabaco y drogas, b) nivel familiar: madre no da educación sexual al hijo, hermano/a que en la adolescencia hayan sido padre/madre, aprobación y actitudes permisivas de los padres

hacia el sexo en la adolescencia, c) nivel socio-cultural: pertenecer a estratos socioeconómicos bajos, aprobación y actitudes permisivas de los pares o grupo de amigos del adolescente a la actividad sexual en la adolescencia, d) factor protector: haber recibido educación en anticoncepción por personas diferentes a los padres, como equipos de educación en colegios o personal de salud. Estos autores concluyeron que los factores individuales, entre ellos ser de sexo masculino, la propia toma de decisiones, el papel que desempeña la madre en la educación sexual de sus hijos y la influencia de los pares o amigos en la toma de decisiones, se asocian con el inicio temprano de la actividad sexual en la adolescencia.

#### **2.4.6.2 Uso de métodos de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y embarazo no planificado en la adolescencia**

Los comportamientos vinculados a la exposición a las ITS/VIH y embarazo no planificado son de gran preocupación debido a las consecuencias que ocasionan para los adolescentes, sus familias y la sociedad (Dias, Matos, y Goncalves, 2005).

Diversos estudios han demostrado la efectividad del uso de preservativo para reducir la transmisión de VIH, prevenir las ITS y el embarazo no planificado, sin embargo, el uso de preservativo en la adolescencia es bajo (Hanenberg, Rojanapithayakorn, Kunasol, y Sokal, 1994; Sedgh, Singh, y Hussain, 2014).

En América Latina, según el informe de la Unicef (2015), uno de cada tres adolescentes de 13 a 15 años no usó preservativo en su última relación sexual. Chile, comparado con los demás países de América Latina, es el segundo con mayor porcentaje de no uso de preservativo después de Ecuador.

De acuerdo a los datos aportados por la EMSE (2016) en adolescentes chilenos de 11 a 18 años sexualmente activos, solo el 53.2% usó preservativo en su última relación sexual, siendo similar de acuerdo al sexo.

Diversos estudios han profundizado sobre los motivos por los que los jóvenes no utilizan preservativo en sus relaciones sexuales. El estudio realizado por Planes, Prat, Gómez, Gras y Font-Mayolas (2012) con la participación de jóvenes españoles heterosexuales (n=1.711), reportó entre sus resultados, que un 89.4% tenía experiencia sexual y el 42.2% no usó siempre preservativo, donde la principal dificultad que los jóvenes identifican con su uso son que “reduce las sensaciones de placer en la mujer” y “provoca problemas en el mantenimiento de la erección del pene”. Asimismo, García, Cortés, Vila, Hernández y Mesquia (2006) en una muestra de adolescentes cubanos (n=100), reportó como resultados que un 29% nunca usó preservativos y un 49.1% lo usó a veces, siendo los principales criterios argumentados para no usarlo 1) le resultaba incómodo; 2) a la pareja no le gustaba, 3) le hacía daño, y 4) le inhibía el deseo sexual.

Por otra parte, Cunill, Gras, Planes y Serdà (2012) con la participación de adolescentes españoles entre 13 y 17 años (n=484) evidenció como predictores del uso de preservativo: a) la creencia en los resultados de la conducta (eficacia del preservativo para evitar transmisión del VIH), b) la norma subjetiva (creencia de que sus amigos también lo utilizan) y, c) el control conductual percibido (se sienten capaces de usarlo y de negarse a mantener relaciones sexuales desprotegidas). Asimismo, identificaron como variables predictoras a la preocupación por infectarse con el VIH, la creencia de que es una medida de protección práctica y las consecuencias inmediatas de la conducta. Adicionalmente, Planes y otros (2007) en una muestra de jóvenes españoles (n=26) revisaron la influencia social que puede incidir sobre los comportamientos heterosexuales, e identificaron como principal dificultad reportada, el sentirse menos capaces de negarse a tener relaciones sexuales sin preservativo con una pareja estable.

Otro factor importante es el conocimiento que los adolescentes tienen sobre los distintos métodos de protección. En este sentido, Fernández y otros (2000) con una muestra de adolescentes chilenos (n=229), comparó el nivel de conocimientos, creencias y actitudes relacionadas con la sexualidad, y evidenció que el 96.5% reconoce la existencia de las ITS, sin embargo el 64.9% reporta no conocer ningún método anticonceptivo.

Adicionalmente, se ha demostrado que el número de parejas sexuales es otro indicador de riesgo, esto debido a que existe una directa relación con el contagio de ITS. En

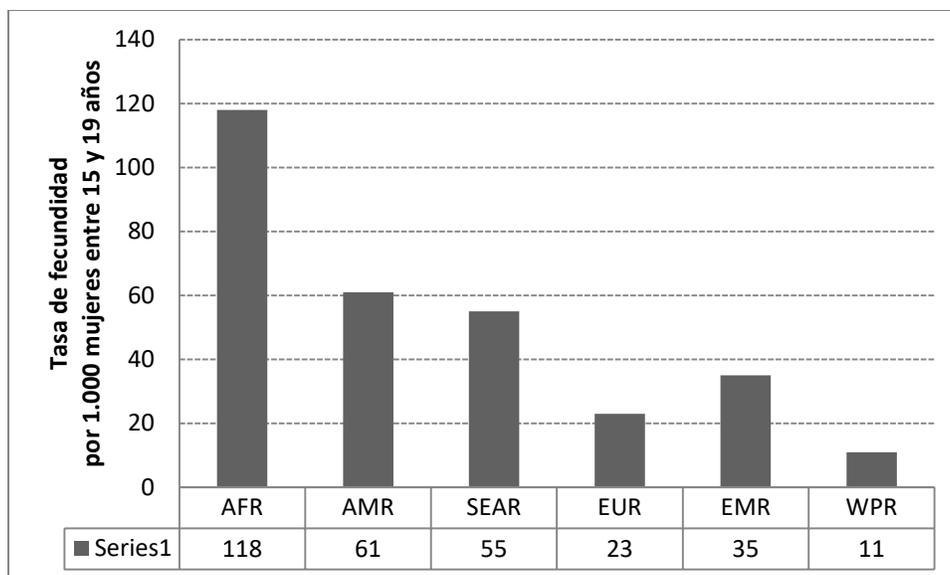
Chile, según la Octava Encuesta Nacional de la Juventud (n=9.393) los jóvenes que han iniciado su actividad sexual tuvieron en promedio 1.8 parejas sexuales en los últimos 12 meses. Esta información difiere según el sexo, observándose que la media de parejas sexuales en los hombres es de 2.06 y en las mujeres se sitúa en 1.52 en el último año (INJUV, 2015).

Asimismo, el comportamiento sexual de riesgo y el uso de sustancias son comportamientos interconectados entre los adolescentes. Gillman, Yeater, Feldstein, Kong y Bryan (2017) en una muestra de adolescentes mexicanos (n=301) evaluaron el uso de sustancias y el comportamiento sexual de riesgo, y encontraron que los adolescentes que frecuentemente usaban marihuana, pero no alcohol, reportaron relaciones sexuales menos riesgosas y mayores intenciones de usar condones que los adolescentes que consumían con frecuencia alcohol, pero no marihuana, o que adolescentes con consumo frecuente de ambas sustancias.

#### **2.4.6.3 Consecuencias de los comportamientos sexuales de riesgo en la adolescencia**

Tener relaciones sexuales sin protección en el periodo de la adolescencia puede generar consecuencias adversas, entre ellas embarazo adolescente (planeado y no planeado), abortos inseguros e ITS/VIH (Mendoza, y otros, 2012; Mendoza, Claros, y Peñaranda, 2016; Royuela, Rodríguez, Marugán de Miguelsanz, y Carbajosa, 2015).

En relación a los embarazos entre las adolescentes de 15 a 19 años, las Estadísticas Sanitarias Mundiales (2011) muestran importantes diferencias en las tasas de fecundidad en los distintos continentes (Tabla 2.4.6.3.1), siendo el continente africano (118 x 1.000 adolescentes entre 15-19 años) y americano los que presentan las mayores tasas (61 x 1.000 adolescentes entre 15-19 años).



**Figura 2.4.6.3.1**

Tasa de fecundidad por 1.000 mujeres entre 15 a 19 años 2000-2007. AFR: África; AMR: América; EMR: Mediterráneo Oriental; EUR: Europa; SEAR: Asia Sudoriental; WPR: Pacífico Sudoriental; World: Mundo. Adaptado de “Estadísticas Sanitarias Mundiales”, 2010.

En Chile, los datos aportados por el MINSAL (2011), muestran que el número de adolescentes embarazadas anualmente fue alrededor de 40.000. La mayoría de los embarazos se presenta en adolescentes de 15 a 19 años. En relación a la tasa de fecundidad, destaca que en el año 2010, de cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, hubo 52 nacidos vivos, cifra levemente inferior a las reportadas en América Latina (2011). De la misma manera, en el grupo de 10 a 19 años hubo 28.18 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres entre estas edades. En relación al número de hijos de madres adolescentes, el INE (2014) informó que en el año 2013 hubo 28.852 casos de adolescentes con un hijo, 3.284 con dos hijos, 253 con tres hijos y 18 con cuatro hijos.

Asimismo, muchas adolescentes optan por someterse a abortos inseguros. Según cifras de la OMS, cada año alrededor de 3 millones de adolescentes entre 15 a 19 años se someten a este tipo de procedimientos (OMS, 2001).

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son otra consecuencia de tener relaciones sexuales sin protección siendo las de mayor incidencia la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis, la tricomoniasis, la hepatitis B, el herpes, el Virus de la Inmunodeficiencia

Humana (VIH), el Virus del Papiloma Humano (VPH), e infecciones virales incurables (CDC, 2013).

Según datos de la Unicef (2011), más de 2.000.000 de adolescentes se encuentran infectados por VIH. En Chile, la tasa de incidencia de casos notificados de VIH/SIDA para el periodo 1988-2012 muestra una tendencia al aumento a través de los años. En el grupo de 10 a 14 años aumentó desde 0.2 casos por 100.000 hab. a 1.3 casos por 100.000; y en el grupo de 15-19 años, se observa un incremento importante en la tasa desde 5.7 casos por 100.000 hab. a 26.7 casos por 100.000 hab. en el mismo periodo. En ambos sexos, la incidencia ha ido en aumento, sin embargo es mayor en hombres que en mujeres. En relación a las defunciones por SIDA, la tendencia es estacionaria, lo que puede atribuirse al impacto de la terapia anti-retroviral (MINSAL, 2015).

## **2.4.7 VIOLENCIA Y LESIONES NO INTENCIONALES EN LAS ESCUELAS**

### **2.4.7.1 Definición de violencia**

La OMS (2002) define violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de ocasionar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (p. 3). Esta definición comprende tanto la violencia interpersonal (actos violentos cometidos por un individuo o un pequeño grupo de individuos); como el comportamiento suicida y los conflictos armados.

En la actualidad, uno de los principales problemas en los escolares es la intimidación escolar, acoso escolar o bullying. Se considera que un estudiante está siendo acosado cuando está expuesto en forma mantenida a acciones negativas por parte de un niño (a) o un grupo de niños en edad escolar con el fin de lastimarlo, humillarlo y aislarlo sin provocación y en el conocimiento de que la víctima carece de posibilidades de defenderse. Este maltrato puede efectuarse de diferentes formas: por contacto físico, por medio de palabras u otras formas, tales como muecas o gestos desagradables, rumores y por

la exclusión social. Este término se utiliza cuando existe un desequilibrio en la fuerza, donde el estudiante que está expuesto a las acciones negativas tiene dificultad para defenderse de los estudiantes que lo hostigan, ya sea porque es físicamente más débil o porque se percibe física o mentalmente más débil que el agresor (Olweus, 1997).

En Chile, la Ley 20.536 sobre Violencia Escolar (2011) entiende por acoso escolar “toda acción u omisión constitutiva de agresión u hostigamiento reiterado, realizada fuera o dentro del establecimiento educacional por estudiantes que, en forma individual o colectiva, atenten en contra de otro estudiante, valiéndose para ello de una situación de superioridad o de indefensión del estudiante afectado, que provoque en este último, maltrato, humillación o fundado temor de verse expuesto a un mal de carácter grave, ya sea por medios tecnológicos o cualquier otro medio, tomando en cuenta su edad y condición” (p. 1).

#### **2.4.7.2 Estadísticas sobre violencia interpersonal en adolescentes**

La escuela es un espacio educativo donde los escolares y adolescentes pasan el mayor tiempo de su día. En este espacio se han registrado dinámicas que atentan contra el bienestar de los niños, tales como castigos, maltrato y acoso entre pares, lo que ha sido revelado por diferentes organismos e investigaciones. El primer estudio mundial exhaustivo sobre la violencia contra los niños, niñas y adolescentes, revela que en todas las regiones del mundo muchas formas de violencia contra la infancia son legales (Pinheiro, 2006).

En América Latina y el Caribe, el estudio sobre violencia escolar (Unicef, 2011) informó que los castigos corporales, psicológicos, violencia sexual o de género y acoso entre los compañeros son prácticas comunes en las escuelas de numerosos países.

En la escuela, la agresión a otras personas durante la etapa de la adolescencia podría estar motivada por la provocación (9.2%), las bromas (8.1%) o, por creer que sus compañeros se lo merecen (4.7%). Adicionalmente, los resultados de la EMSE (2015) demostraron que entre 20% y 65% de los niños, niñas y adolescentes de diferentes países han sido intimidados verbal o físicamente en su escuela en los últimos treinta días.

En Chile, la violencia es un fenómeno que se evidencia en la Encuesta Nacional de Prevención, Agresión y Acoso Escolar (2011) dirigida a adolescentes de octavo básico (n=228.883). Entre los resultados destaca que las principales agresiones que reciben los adolescentes todos los días o varias veces a la semana son insultos y burlas (50%), peleas (26%), rumores mal intencionados (23%), y amenazas y hostigamientos (20%). La agresión escolar es mayor en establecimientos con dependencia municipal (38%) que en los particulares pagados (17%).

Asimismo, la EMSE de Chile (2016) informó que el 26.1% de los adolescentes declaran haber participado en peleas físicas, el 34.7%, haber sido heridos de gravedad una o más veces en los últimos doce meses y el 12.5% haber sido intimidados uno o más días en los últimos treinta días.

#### **2.4.7.3 Violencia, lesiones no intencionales en la escuela, causas y consecuencias**

Diversos estudios sugieren que la violencia y lesiones no intencionadas en la escuela generan consecuencias negativas en la salud de los adolescentes. En este sentido, Shonkoff y Phillips (2000) analizaron la relación entre las experiencias vividas durante la infancia, el desarrollo cerebral y las relaciones tempranas, indicando que la exposición a la violencia puede generar consecuencias perjudiciales en el sistema nervioso e inmunológico y provocar mayor riesgo a problemas de salud física y mental.

En este sentido, Fekkes, Pijpers y Verloove-Vanhorick (2004) en una muestra de adolescentes holandeses (n=2.766), evaluaron la asociación entre el comportamiento de intimidación, consecuencias psicósomáticas y depresión. Sus resultados evidenciaron que las víctimas de intimidación tenían mayor riesgo de síntomas psicósomáticos en comparación con los no involucrados en el comportamiento de intimidación, entre ellos dolor de cabeza, problemas para dormir, dolor abdominal, enuresis, sensación de cansancio y depresión. También existe una relación entre la conducta de intimidación de los estudiantes y el rendimiento académico, la vinculación escolar y el ausentismo escolar (Dake, Price, y Telljohann, 2003).

Adicionalmente, se han identificado distintos factores asociados al acoso escolar. El estudio de García, Pérez y Nebot (2010) en una muestra de estudiantes de 66 centros escolares de secundaria de Barcelona (n=2.727), reportaron que en ambos sexos, el aumento de la edad se asoció con una menor probabilidad de acoso, mientras que presentar un estado de ánimo negativo y tener una conducta violenta se asociaron a una mayor probabilidad de padecer acoso escolar. Por su parte, Gini (2008), en una muestra de adolescentes italianos (n=565), demostró que las víctimas de intimidación tienen mayor riesgo de problemas psicosomáticos y de ajuste social que los no intimidados.

Si embargo, la victimización y el rechazo escolar en el aula se relacionan con factores externos al aula. Respecto a lo anterior, el estudio realizado por Hernández-Carrillo y Gutierrez-Martínez (2013) en una muestra de adolescentes colombianos (n=1.141) identificaron como factores externos la disfunción familiar, la violencia física y verbal en el hogar, padres castigadores y vivir en un vecindario hostil.

Asimismo, Bowes y otros (2010), en un estudio realizado con pares de gemelos adolescentes (n=1.116) y sus familias, indicaron que la atmósfera positiva familiar se asocia significativamente con la resiliencia a la victimización por intimidación. Por otra parte, ser castigado de forma física genera problemas de autoestima que llevan a la carencia de actitudes de protección ante las agresiones que se presentan en la escuela.

#### **2.4.7.4 Comportamiento suicida**

El comportamiento suicida se entiende como “un proceso que se presenta de forma gradual y que puede manifestarse de diversas formas entre las que se encuentran el deseo o la manifestación de morir, la imagen de muerte y el intento suicida, hasta el suicidio consumado” (Andrade, 2012, p. 696). Del mismo modo, Beck, Kovacs y Weissman (1976) propusieron que las ideas suicidas, los intentos suicidas y el suicidio consumado forman parte de un continuo de suicidalidad de creciente severidad.

Van Heeringen (2003) explica el fenómeno suicida como un proceso, y se basa en las características rasgo-estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente. De acuerdo a este autor, el proceso suicida se inicia en el momento en que

comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida (ideas y deseos suicidas o ideación suicida), pasa por la realización de los primeros intentos suicidas (conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas), con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo (suicidios consumados).

La OECD (2016) define la “tasa de suicidio” como las muertes deliberadamente iniciadas y realizadas por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal y señala que la comparabilidad de los datos entre países se ve afectada por los criterios en la elaboración de los informes de cada país. La tasa de suicidio en adolescentes es calculada como el número total de muertes debido a la "autolesión intencional" entre la población de 15-19 años en un año determinado, dividido por la población total de 15-19 años de ese año, y multiplicado por 100.000, el resultado se expresa en unidades de suicidios por cada 100.000 individuos entre 15 y 19 años por año. Según el informe elaborado por este organismo con datos del periodo 1990-2015, las tasas de suicidios entre adolescentes han disminuido levemente en las últimas dos décadas. Mientras que en 1990 la tasa alcanzaba los 8.5 suicidios por cada 100 000 adolescentes, en 2015 ésta disminuyó a 7.4. A nivel mundial, el suicidio representa la segunda causa de muerte en personas de 10 a 24 años de edad, después de los accidentes de tráfico. Chile no dispone de tasas de prevalencia de intentos ni de ideas suicidas en la población general a nivel nacional. Según la EMSE (2004) la ideación suicida ocurrida en los últimos 12 meses en adolescentes de 13 a 15 años de la Región Metropolitana alcanzaba un 21.7%.

Los intentos suicidas no consumados son de gran interés para los investigadores debido a que se trata de los sobrevivientes más cercanos al suicidio consumado, y por lo tanto son considerados fuente de información acerca de lo que le ocurre a un sujeto que no desea vivir (Pacheco y Peralta, 2015). Estudios en adolescentes han identificado factores asociados con los comportamientos suicidas, estos factores abarcan dominios psiquiátricos, psicológicos, físicos, personales, familiares y sociales (Evans, Hawton y Rodham, 2004). Este enfoque multifactorial y multidimensional ha resultado ser el más apropiado para abordar esta problemática debido a que considera tanto el aspecto individual con la interacción social para explicar el fenómeno del suicidio y de la conducta suicida que ocurre en la adolescencia (Pacheco y Peralta, 2015).

Con respecto a la ideación suicida, se conoce que muchos adolescentes la experimentan alguna vez en su vida. Según la OMS, “tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal, estos son parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia al tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte” (Unicef, 2017, p.7). Asimismo, Dubow, Kausch, Blum, Reed y Busc (1989), reportan que el número de adolescentes que presentan ideación suicida es mayor a los que intentan suicidarse. A pesar de ello, se conoce que tanto la ideación suicida como el intento suicida son potentes factores de riesgo de muerte por suicidio (Gómez, Nuñez y Lolás, 1992).

El estudio realizado por Barroilhet, Fritsch, Guajardo, Martínez, Vöhringer y otros (2012) con adolescentes chilenos (n=2.597) identificó que la autolesión coincidió con la reciente ideación o planeación suicida, mientras que los síntomas depresivos graves se correlacionaron con un mayor nivel de comportamiento suicida. Por otra parte, Salvo y Melipillán (2008) en una muestra de adolescentes chilenos (n=763) reportó mayor suicidalidad en mujeres, y en adolescentes de ambos sexos que refieren mayor impulsividad, menor autoestima, problemas de cohesión familiar y menor apoyo social. Asimismo, Valdivia, Silva, Sanhueza, Cova y Melipillán (2015) reportaron que los intentos suicidas de adolescentes chilenos (n=195) se asociaron con ser de sexo femenino, referir padres ausentes, disfunción familiar, el abuso de drogas, el tabaquismo, la baja autoestima, la desesperanza, la depresión y la ideación suicida reciente. En este sentido, autores destacan lo trascendente que es para el fortalecimiento de la resiliencia el desarrollo de un proyecto de vida. Este concepto ha sido definido por Munist y otros (2011) como “un proceso constructivo realizado por el joven que utiliza oportunamente las experiencias anteriores, sus posibilidades y las alternativas concretas que le ofrece el ambiente en cierta etapa de su vida” (p. 55).

## **2.4.8 FACTORES PROTECTORES EN LA ADOLESCENCIA**

Los factores protectores son “características detectables en un individuo, familia, grupo de la comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica” (Páramo, 2011, p. 87). Durante la adolescencia es un elemento fundamental la socialización en distintos contextos, tales como la familia, el entorno escolar, el grupo de pares y las redes sociales, los que se describen a continuación:

### **2.4.8.1 La familia**

Entre los distintos contextos en los que se desenvuelven los adolescentes, el más relevante es la familia. En ella se transmiten creencias y hábitos, así como también percepciones de riesgo para la salud, que condicionan las actitudes y conductas de sus integrantes (Horwitz, Florenzano, y Ringeling, 1985).

El apoyo familiar habilita a los jóvenes para hacer frente a situaciones estresantes, en este sentido, los padres son los responsables de proporcionar los “modelos de papel”, representando ejemplos de los modos en que se pueden interpretar actitudes tales como las sexuales y laborales, proporcionando prototipos a los adolescentes, quienes en este periodo comienzan a establecer sus propias elecciones de papel. Sin embargo, esto dependerá del grado de identificación del adolescente con sus padres, lo que se traduce en las actitudes y características de otras personas que el adolescente incorpora a sí mismo (Coleman, 1984).

Hoy en día, el contexto familiar en el que viven los adolescentes es muy distinto al que tenían sus padres o abuelos, y que actualmente se caracteriza por familias con menos hermanos o sin hermanos, padres separados, familias monoparentales o reconstituidas, o ambos padres trabajando. En base a esta transformación emerge un nuevo modelo social, con valores y normas de comportamiento distintas (Musitu, Buelga, Lila, y Cava, 2004).

Los padres y las relaciones entre padres e hijos influyen en el desarrollo emocional y social de los adolescentes. La investigación realizada por Steinberg y Morris (2001) sobre las relaciones familiares evidenció un aumento leve del conflicto, una disminución del tiempo de compañía y de la cercanía y transformaciones en las relaciones padres-adolescentes que tienen implicaciones para la salud mental de los padres, así como para el desarrollo psicológico de los adolescentes.

La actitud con frecuencia conflictiva entre padres e hijos adolescentes podría explicarse por el comportamiento contradictorio de los adolescentes, por las actitudes cambiantes del adolescente con respecto a la autoridad; por conflicto entre las generaciones; y por la actitud ambivalente de los padres hacia sus hijos, quienes desean que éstos sean independientes, adopten sus propias decisiones y que dejen de plantear exigencias infantiles, mientras que, por otra parte, pueden asustarse de las consecuencias de la independencia (Coleman, 1984).

Por otra parte, se ha descrito que la comunicación con los padres es un factor protector familiar clave a través de la promoción de valores. Un estudio realizado por Demessie y Pillay (2017) con la participación de adolescentes de Etiopía (n=809) demostró que la calidad de la comunicación entre los miembros de la familia contribuye a la calidad de la relación padre-hijo, existiendo una asociación significativa entre la percepción de los adolescentes sobre la comunicación con los padres y su bienestar subjetivo.

Un estudio multi-céntrico (36 países) realizado por Moreno y otros (2009) con adolescentes (n=200.857) evidenció que los jóvenes que informan facilidad en la comunicación con sus padres son más propensos a reportar mejor autoevaluación de su salud, mayor satisfacción con la vida y menor malestar psicológico. Asimismo, un estudio realizado por Molcho y otros (2007) con datos de adolescentes de Irlanda participantes del HBSC (n= 8.424), reportó que las relaciones de apoyo e interpersonales con los padres, hermanos o amigos son predictores independientes de salud positiva de los adolescentes, con mayor riesgo para los padres que para los hermanos o amigos.

#### **2.4.8.2 El entorno escolar**

El entorno escolar ejerce una importante influencia en el desarrollo del autoconcepto y del autoestima del adolescente, donde los escolares utilizan el éxito académico como índice de autovaloración. Además, es considerado un ámbito especial respecto al grupo de iguales, debido a que los estudiantes obligatoriamente forman parte de un grupo que constituye un aula. En cada aula existen grupos pequeños conformados por estudiantes que pertenecen y también otros estudiantes que se encuentran aislados (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2004).

Estudios han demostrado que las experiencias positivas, tales como aumentar la participación de los estudiantes, mejorar las relaciones y promover un espíritu positivo, son consideradas un factor protector contra los comportamientos de riesgo para la salud, incluyendo la intimidación escolar, victimización y participación en peleas tanto como agresor o como víctima (Harel-Fisch, y otros, 2011); de riesgo sexual (Dias y otros, 2005), consumo de tabaco (Envold Bidstrup, y otros, 2008), alcohol y drogas (Fletcher, Bonell, y Harqreaves, 2008); mientras que las experiencias negativas, entre ellas no sentirse aceptados, valorados o respetados, afectan la salud mental de los niños y adolescentes (Shochet, Dadds, Ham, y Montague, 2006).

Por otra parte, se ha evidenciado que los niños y adolescentes que manifiestan un bajo compromiso e interés en la escuela y escasa voluntad de aprender, tienen mayor probabilidad de fracasar académicamente (Archambault, Janosz, Morizot, y Pagani, 2009).

#### **2.4.8.3 El grupo de pares**

El grupo de pares desempeña un papel esencialmente importante en el desarrollo del adolescente, representando una referencia en la construcción de la identidad de éste, además son considerados fuente de información, compañía, apoyo, retroalimentación y modelos de comportamiento (Shucksmith y Hendry, 1988).

Durante la adolescencia, los jóvenes experimentan una mayor necesidad de aceptación por parte del grupo de amigos y un gran temor al rechazo y a la victimización. El grupo de pares facilita el proceso de desvinculación de los padres y de la familia, le ofrece retroalimentación y lo habilita para experimentar diferentes formas de amistad e intimidad. En este sentido, este grupo, al proporcionar apoyo, ejerce una importante influencia, tanto sobre las actitudes como sobre el comportamiento de los jóvenes (Coleman, 1984).

La participación en un grupo implica lograr un equilibrio entre los intereses personales y los del grupo. De esta forma, la presión del grupo incide en el adolescente, y su permanencia estará condicionada a la aceptación de las conductas o hábitos grupales, donde hacer, decir o pensar como la mayoría es bien visto. En el caso de los grupos escolares, la dinámica está influenciada por las características de la escuela, expresada en término de clima o cultura institucional y que da cuenta de los modos y atributos de comunicación, poder, participación, trabajo y de exigencia académica (Korinfeld, Levy, Racovan, 2013).

Distintos estudios respaldan la importancia de mantener relaciones de amistad estables. La revisión realizada por Poulin y Chan (2010) indica que las amistades durante la adolescencia representan relaciones únicas, debido a que son voluntarias, igualitarias, fundadas en la cooperación y la confianza, mientras que el grupo refleja la aceptación desde la perspectiva del grupo de edad de niño/adolescente. Además proporcionan apoyo social y facilitan el desarrollo de habilidades sociales a través de la cercanía, la intimidad, la compañía, e influyen en el refuerzo de patrones de comportamiento. Chan y Poulin (2007) en una muestra de adolescentes canadienses (n=102), demostró que las amistades que participan en distintos contextos simultáneamente (escuela, barrio, y otros) son más estables que las presentes en un solo contexto, siendo éste un factor crucial que determina la calidad de la amistad e intimidad, reforzando así su estabilidad.

Por otra parte, Pedersen, Vitaro, Barker y Borge (2007) en un estudio longitudinal con una muestra de niños canadienses (n=551), demostró que el rechazo de los compañeros y la ausencia de amistades se asocian con síntomas depresivos, soledad y delincuencia, concluyendo que los comportamientos en los primeros años de la vida escolar, se asocian

con el rechazo de los pares en la niñez intermedia. Este rechazo a su vez conduce a menor amistad y posteriormente a mayor internalización adolescente, y falta de externalización de los problemas.

Estos resultados aportan a los reportados por Bagwell, Newcomb y Bukowski (1998) quienes vinculan el problema de estar “sin amigos” con una serie de resultados adversos de salud mental como la baja autoestima, ansiedad social, depresión, soledad, e ideación suicida o paranoide.

#### **2.4.8.4 Las redes sociales**

La red social de un sujeto hace referencia al “conjunto de personas, más o menos cercanas, con las que se mantiene algún tipo de relación, aunque ésta sea una relación indirecta y se reduzca a un mero conocimiento de su nombre o rostro” (Musitu y otros, 2004, p. 58).

Actualmente, la web ha incorporado dispositivos que permiten a los usuarios interactuar, comunicarse e intercambiar en red, creando el concepto de redes sociales. Estos sitios posibilitan la creación de contenidos, el desarrollo tecnológico y nuevas formas de comercialización y estrategias de marketing. Entre las redes sociales más conocidas se encuentra Facebook que permite a cada usuario tener su propio sitio donde publicar casi simultáneamente lo que viven compartiendo archivos de imágenes, textos, videos, audios, enviar mensajes, chat, acceder a juegos interactivos, etc. Otros espacios de interacción es la creación de blogs y twitter (Korinfeld, 2013).

Las nuevas generaciones hacen uso de estos espacios consumiendo gran cantidad de horas en ellos. Esto ha sido posible gracias a la facilidad de conectividad, al fácil acceso a los dispositivos móviles y a los teléfonos celulares de última generación. Esta conectividad se caracteriza por la ubicuidad, lo que quiere decir “la posibilidad de estar simultáneamente en todos lados” desarrollando sincrónicamente más de una tarea (Korinfeld, 2013).

Distintos investigadores han mostrado interés por el aumento en el uso de Internet en adolescentes. Rial, Gómez, Braña y Varela (2014) aplicaron una encuesta a adolescentes

gallegos (n=2.339) para identificar actitudes, percepciones y hábitos de uso de Internet y redes sociales. Entre sus resultados se evidencia que 6 de cada 10 adolescentes hacen un uso diario o regular de Internet, se conectan por lo general entre 1 y 2 horas al día desde las 16 a las 24 hrs, generalmente en sus casas. El motivo principal de conexión es visitar su perfil de Twiter, Facebook y otras redes sociales, la mayoría reporta conectarse todo lo que le gustaría y solo el 52.8% informa control parental.

Investigadores enfatizan sobre el potencial uso inapropiado de la Red y sus consecuencias entre los adolescentes. El concepto de “adicción a Internet” se ha propuesto como una explicación para comprender la pérdida de control y el uso dañino de esta tecnología (Echeburúa y De Corral, 2010). Castellana, Sánchez-Carbonell, Graner y Beranuy (2007) afirman que la adolescencia es un periodo susceptible a sufrir conductas adictivas u otros trastornos psicológicos relacionados con el uso de la tecnología, el que puede ser problemático cuando el número de horas de conexión afecta al correcto desarrollo de la vida cotidiana, causándole estados de somnolencia, alteración del estado de ánimo, reducción de las horas dedicadas al estudio o a sus obligaciones. Adicionalmente, Carbonell, Fúster, Chamarro y Oberst (2012) en una revisión de estudios empíricos españoles evaluaron la adicción/ abuso de Internet y/o teléfono móvil a estudiantes de secundaria y/o universidad y reportaron una relación entre el uso problemático de Internet y diversos trastornos psicológicos y entre el uso problemático y el tiempo conectado.

Por otra parte, autores sugieren que la exposición a la violencia en adolescentes (medios, televisión, música y videojuegos) puede contribuir a un comportamiento agresivo, a la insensibilización a la violencia, a las pesadillas y al miedo a sufrir daños en quienes juegan de forma excesiva (Committee on Public Education, 2001).

## **CAPÍTULO 3**

### **Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Adolescentes**

En los capítulos anteriores se han abordado los comportamientos de riesgo como una problemática actual de los adolescentes con consecuencias negativas para la salud, y se ha analizado cómo la familia, la escuela y los grupos de pares influyen positiva o negativamente en la elección de uno u otro comportamiento. En el presente capítulo se expone una revisión del concepto de “Calidad de Vida” (CV) y “Calidad de Vida Relacionada con la Salud” (CVRS), reconocido idóneo para estudiar la situación de los adolescentes con comportamientos de riesgo, debido a que considera el funcionamiento en distintos ámbitos de la vida, y la percepción general de satisfacción con la vida y su calidad, lo que permite desarrollar una mirada amplia e integral del efecto de los distintos comportamientos en diversos ámbitos de la vida de los adolescentes.

A continuación se intentará definir el concepto de CVRS, describir sus principales características, modelos que lo han abordado, y propuestas de medición a través de cuestionarios genéricos dirigidos a adolescentes. Asimismo, se analizan los resultados de distintas investigaciones que han abordado este concepto en el ámbito de los CRS.

## **3.1 CALIDAD DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

### **3.1.1 Calidad de Vida**

El concepto de Calidad de Vida (CV) ha surgido de dos fuentes principales, por una parte, la preocupación de las personas por la insatisfacción con sus condiciones de vida en general, y por otra parte, el interés de investigadores del área social por proporcionar medidas de progreso para la toma de decisiones de los países. La palabra “calidad” lleva implícito la comparación con determinado estándar de calidad, y su evaluación depende de la presencia o no de un conjunto de propiedades, y la palabra “vida” en la frase “calidad de vida” hace referencia a la vida en una sociedad determinada o la vida en una cierta región de la superficie de la tierra. Por tanto la CV consiste en la obtención de condiciones necesarias para la felicidad en una sociedad o región dada (McCall, 1975).

En general, la CV es un constructo multidimensional, complejo y abstracto difícil de definir y medir, esto ha dado lugar a que muchos autores utilicen la CV intercambiable con otros conceptos, como el bienestar, el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo, la felicidad, la satisfacción con la vida, la moral, el afecto positivo y negativo, o la buena vida (Cheng, 1988; Diener, 1984).

En la literatura están presentes principalmente dos enfoques para estudiar la CV: objetivo (condiciones de vida objetivas) y subjetivo (lo percibido y evaluado por el individuo), y también la combinación de éstos, a los que se le denomina mixtos (Tabla 3.1.1.1).

**Tabla 3.1.1.1****Enfoques objetivos, subjetivos y mixtos del constructo CV**

Objetivo	Definición
Bunge (1975)	Los indicadores generales de CV pueden establecerse por la evaluación de una variedad de condiciones de vida de la población general, tales como la calidad del aire que la gente respira y del agua que bebe, el valor y cantidad de alimentos que comen, el tamaño y la calidad de su refugio, la satisfacción que deriva de su vida familiar y de su trabajo, el grado de participación en los asuntos de su comunidad, índices de trabajo y seguridad en las calles, el número de libros leídos y asistencia a actuaciones teatrales.
<b>Subjetivo</b>	
Oleson (1990)	El origen de la realidad es subjetivo y determinado por la percepción, juicio subjetivo que realiza el individuo sobre sus experiencias de vida. Está determinado por su percepción del nivel de satisfacción y/o felicidad en relación con diversos dominios de importancia para la persona. El nivel de satisfacción es entendido como la discrepancia percibida entre la aspiración y los logros que van desde la percepción del cumplimiento hasta la privación, y el nivel de felicidad como la medida en que los sentimientos positivos superan a los negativos.
Evans (1994)	Satisfacción personal (o insatisfacción) con las condiciones culturales o intelectuales bajo las cuales vive un individuo. Además de la felicidad personal y un sentido de propósito con la vida, las personas desean comunidades solidarias y saludables.
<b>Mixto</b>	
Rice, Frone, y McFarlin (1992)	CV objetiva es el grado por el cual los estándares específicos de la vida, medidos por condiciones objetivas verificables, generan consecuencias en la vida individual, en tanto que la CV subjetiva es un conjunto de creencias afectivas en torno a la vida. El enfoque objetivo depende de normas que deben satisfacer las necesidades humanas, mientras que el enfoque subjetivo permite a los individuos realizar una evaluación acerca de sus propias vidas.
Meeberg (1993)	Propone 4 atributos críticos para evaluar la CV: a) sentimientos de satisfacción con la vida en general; b) capacidad mental de evaluar la propia vida como satisfactoria; c) estado aceptable de bienestar físico, mental, social y salud emocional; y d) evaluación objetiva realizada por otra persona que indique que las condiciones de vida son adecuadas y no amenazan su vida.
Felce (1997)	Constructo multidimensional, propone un modelo de tres elementos en el que los valores personales y aspiraciones, las condiciones de vida y la satisfacción con las condiciones y estilos de vida. En este modelo, las condiciones de vida se refieren a la descripción subjetiva que realizan los individuos; el bienestar subjetivo es la satisfacción personal con tales condiciones o estilos de vida; y los valores y aspiraciones personales es la importancias que le atribuye a aspectos de sus condiciones de vida, valoradas tanto objetiva como subjetivamente.

### **3.1.2 Calidad de Vida Relacionada con la Salud**

La OMS (1948), definió la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o discapacidad”.

Posteriormente, en el año 1996 esta organización se adscribe al enfoque subjetivo, ya que conceptualizó la CV como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”. Esta definición se refiere a la CV como un concepto multidimensional que incorpora la percepción del individuo sobre los aspectos de la vida, es decir, cómo se siente una persona psicológica y físicamente, cómo se relaciona con otras personas y enfrenta la vida cotidiana. Además considera que la CV percibida por las personas podría no necesariamente reflejar la opinión de los profesionales de la salud o de los miembros de su familia (The WHOQOL Group, 1996).

Esta percepción de salud es conocida como Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). La CVRS es descrita como un constructo multidimensional compuesto por los componentes físico, emocional, mental, social, funcional y bienestar (Bullinger, 1991).

Ha sido definida por Naughton, Shumaker, Anderson, y Czajkowski (1996) como la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar. Sus principales dimensiones son el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional (pp. 117-131).

Asimismo, CDC (2000) define la CVRS como “la salud física y mental percibida individual o grupalmente en el tiempo” (p. 6). En el plano individual, la CVRS incluye percepciones de la salud física y mental (por ejemplo, el nivel de energía, el estado de ánimo) y sus correlatos, incluyendo las condiciones y riesgos para la salud, el estado funcional, el apoyo social, y el estatus socioeconómico. En el ámbito de la comunidad, la

CVRS incluye las condiciones y los recursos a nivel comunitario, las políticas y las prácticas que influyen en la percepción de salud y el estado funcional de una población.

Para Patrick y Erickson (1993) este concepto está principalmente enfocado en los efectos que genera la enfermedad en el individuo y se refiere a "la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud" (p. 1.227).

A pesar de que no existe consenso internacional en la definición de CVRS, sí hay acuerdo en que se trata de un concepto de salud autopercibida, subjetivo y multidimensional que considera tanto el funcionamiento positivo como el negativo (Rajmil, Roizen, y Urzúa, 2010). En este sentido, la claridad conceptual es extremadamente importante, ya que las discrepancias en el significado pueden dar lugar a profundas diferencias en los resultados de la investigación, la práctica clínica, y la asignación de recursos sanitarios (Moons, Budts, y De Geest, 2006).

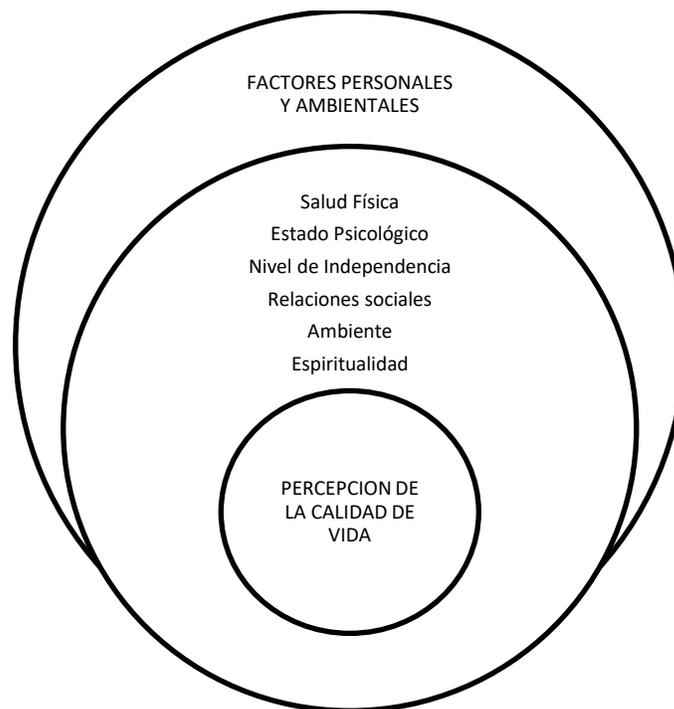
### **3.1.2.1 Modelo conceptual de CVRS**

Un modelo conceptual es una representación esquemática de una teoría que actúa como dispositivo heurístico para proporcionar una mejor comprensión de un fenómeno y sus interrelaciones con otros conceptos. En la CVRS se han propuesto varios modelos aplicados en diferentes condiciones de salud y enfermedad (Bakas, y otros, 2012). Esto se debe a que la CVRS se caracteriza por ser definida como un concepto multidimensional, subjetivo y dinámico, compuesto principalmente por las dimensiones física, social, psicológica y espiritual. Sin embargo, dimensiones específicas, tales como emociones, función cognitiva, situación económica, inteligencia, amigos y familiares, que incorporan los distintos autores marcan la diferencia (Haas, 1999).

Debido a los aspectos multidimensionales de este concepto y a su utilización en diferentes condiciones de salud y enfermedad, actualmente no existe un consenso sobre su definición o medición estándar, es por ello que los investigadores han utilizado una

variedad de modelos de CVRS para guiar sus investigaciones (García-Viniegras, 2008), sin embargo la mayoría de los modelos incorporan la definición de salud de la OMS del año 1948 (Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton, y Alonso, 2001).

El grupo WHO-QOL (1995; 1996) conceptualizó la CVRS como la percepción de un individuo de su estado de salud y dominios relacionados con el bienestar en salud. El modelo propuesto está dividido en dos partes; la primera se centra en el funcionamiento y la discapacidad (funcionamiento físico, actividades y participación), y la segunda parte se refiere al factor contextual (ambiente y personal). Este grupo propone seis dimensiones a evaluar: salud física del sujeto, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente, y espiritualidad, religión y creencias personales.



**Figura 3.1.2.1.1**

Ref. Elaboración propia. Propuesta Esquema en base a la definición de CV de la OMS

Particularmente, para el grupo de adolescentes, Edwards, Huebner, Connell y Patrick (2002) propusieron un modelo conceptual de CV con cuatro dominios principales: a) sentido del ser: sentimientos del adolescente sobre sí mismo, incluye “creencias en sí mismo”, “ser uno mismo”, “salud mental”, “salud física” y espiritualidad, b) relaciones sociales, c) medio ambiente, y d) calidad general de vida.

### **3.1.2.2 Medición de la CVRS desde el enfoque subjetivo**

El principal propósito de la utilización y medición de la CVRS consiste en evaluar de manera más comprensiva, integral y válida el estado de salud de un individuo o grupo, y valorar con mayor precisión los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica (Badía y Lizán, 2003).

En la última década se ha evidenciado un interés creciente en la medición de los componentes de la CVRS para evaluar, desde la perspectiva de los niños y adolescentes, la efectividad de la práctica pediátrica y de programas orientados al cuidado de la salud (Varni, Burwinkle, y Lane, 2005), abarcando la mayoría de las áreas de las especialidades en medicina (Hidalgo-Rasmussen, 2013). De hecho, estudios han encontrado que es posible que los adolescentes expresen sus opiniones sobre la CV, tanto desde un punto de vista positivo como negativo, lo anterior basado en el auto-reporte subjetivo y en el desarrollo apropiado de preguntas (Edwards y otros, 2002).

### **3.1.2.3 Cuestionarios para medir la CVRS en adolescentes**

La medición de la CVRS se refiere a todos aquellos aspectos que experimenta directamente la persona, incluyendo la función física, mental, social y la percepción general de la salud. Debido a que estos componentes no pueden ser observados directamente, se evalúan utilizando la teoría de la medición, que propone que hay un verdadero valor de CVRS (valor Q) que puede determinarse indirectamente a través de una serie de cuestiones (ítems o preguntas) usando cuestionarios estandarizados (Badía y Lizán, 2003).

La valoración de la CVRS es considerada una herramienta útil para los enfoques médicos, debido a que incorpora la percepción subjetiva de salud de las personas como parte de la evaluación de los resultados de las intervenciones de políticas médicas y de salud (Guyatt, Feeny, y Patrick, 1993).

En las últimas décadas se han desarrollado más de cien cuestionarios de CVRS dirigidos a adolescentes, que en su mayoría tienen propiedades psicométricas aceptables

(Solans, Pane, y Estrada, 2008). Gran parte de estos cuestionarios son desarrollados en las culturas de habla inglés, y revisados por el Comité Científico Asesor (SAC) del *Medical Outcome Trust*, quienes los evalúan utilizando un conjunto de criterios tales como los modelos de medición y respaldo conceptual, la fiabilidad, la validez, la capacidad de respuesta, la interpretabilidad, la carga administrativa, y las adaptaciones culturales y de lenguaje (Aaronson, y otros, 2002). Para ser aplicados en poblaciones distintas a las de habla inglesa el método propuesto para el proceso de adaptación considera tres fases: 1) traducción a la lengua de destino; 2) revisión por expertos; y 3) traducción inversa (Beaton, Bombardier, Guillemin, y Bosi-Ferraz, 2000).

En su contenido consideran diferente número de preguntas las que se agrupan en dominios o dimensiones de salud, susceptibles de ser afectados por intervenciones, y que se traducen en valores cuantitativo expresados como puntuaciones de escalas (Testa y Simonson, 1996). Para su interpretación, estas puntuaciones pueden ser comparadas con los valores normativos de la población general (Gandek y Ware, 1998).

La mayoría de los cuestionarios incorporan tres aspectos relevantes: a) estado funcional físico, social y mental; b) subjetividad; y c) obtención de un número representativo del estado de salud (Badía y Lizán, 2003). El número y tipo de dimensiones y de preguntas dependen del propósito del instrumento, del modelo conceptual en el que se basa y de consideraciones de viabilidad como el tiempo disponible para administrar el instrumento y la dificultad de responderlo para la persona (Fiuza, Jarillo, y Rodríguez, 2002).

Los cuestionarios se clasifican en genéricos y específicos. Los primeros se utilizan en población general para evaluar una amplia gama de dominios aplicables a una variedad de estados de salud, condiciones y enfermedades, en tanto que los específicos se centran en problemas de salud asociados a estados de la enfermedad, a grupos de pacientes o áreas de la función. Ambos tipos de instrumentos consideran que este concepto es multidimensional, y hacen operativa esta medida incorporando la definición de salud de la OMS del año 1948 (Rajmil y otros, 2001), pudiendo ser aplicados a adolescentes vía web o en papel (Rajmil, y otros, 2015).

A continuación se presenta un análisis de los tres principales instrumentos genéricos utilizados en Chile para medir la CVRS de adolescentes, con el propósito de tener un panorama de los instrumentos que podrían ser aplicados en esta investigación:

**a) CHIP-AE (Child Health and Illness Profile)**

Mide el estado de salud y enfermedad de adolescentes entre 12 a 18 años a través del auto-informe. Fue desarrollado por el Departamento de Políticas de Salud y Gestión de la University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, MD, Estados Unidos. Se basa en un modelo conceptual que reconoce que la salud no solo incluye la percepción de bienestar y de enfermedad, sino que también son relevantes la apropiada participación en el desarrollo de tareas y actividades, y los comportamientos que promueven o amenazan la salud. Está compuesto por 6 dimensiones y 20 sub-dimensiones, las dimensiones son: 1) satisfacción, 2) bienestar, 3) resiliencia, 4) riesgos, 5) rendimiento, y 6) enfermedades, las que son respondidas en escala de Likert, que van desde dos a seis niveles de respuesta dependiendo de la dimensión evaluada. Puntuaciones más altas indican mayor satisfacción, bienestar, resiliencia, rendimiento y menor riesgo y enfermedad.

La fiabilidad y validez del cuestionario son clasificadas como aceptables (Starfield, y otros, 1995). Ha sido traducido al español, adaptado y validado para la población de adolescentes españoles, los subdominios alcanzaron coeficientes alfa entre 0.65 y 0.92, y los coeficientes de correlación intraclase entre 0.57 y 0.93 (Rajmil, y otros, 2003). Se evaluaron las propiedades psicométricas de la versión adaptada para Chile en una muestra de 527 adolescentes de una ciudad del país, obteniendo una consistencia interna entre 0.83 y 0.89 (Urzúa y Cárdenas, 2011).

## **b) KINDL<sup>R</sup>**

Cuestionario genérico de origen alemán, propuesto para evaluar la CVRS en niños y adolescentes entre 3 y 17 años, sanos y enfermos en estudios epidemiológicos, clínicos y de rehabilitación. La versión original fue desarrollada por Monika Bullinger en 1994, y posteriormente en el año 1998 junto a Urlike Ravens-Sieberer diseñaron el KINDL<sup>R</sup>. Este cuestionario contiene 24 ítems compuesto por 6 subescalas: 1) físico; 2) emocional; 3) autoestima; 4) familia; 5) amigos; 6) colegio. Todas las versiones contienen una subestructura adicional de “enfermedades” de 6 ítems que puede ser completado en el caso de enfermedades prolongadas u hospitalización. Además dispone de una serie de módulos específicos para adiposidad, asma bronquial, neurodermatitis y diabetes.

Proporciona tres versiones diferentes del instrumento adecuados según grupo de edad que pueden ser completadas a través del auto-informe: Kiddy-KINDL<sup>R</sup> (4 a 6 años); Kid-KINDL<sup>R</sup> (7 a 13 años); y Kiddo-KINDL<sup>R</sup> (14 a 17 años). Además el cuestionario está disponible en dos versiones proxy para padres: Kiddy-KINDL<sup>R</sup> para padres (3 a 6 años); y Kid-/Kiddo-KINDL<sup>R</sup> para padres (7 a 17 años). También dispone de una versión corta de 12 ítems. Las preguntas consultan sobre la semana anterior a la entrevista, las respuestas se recogen utilizando una escala tipo Likert de cinco categorías donde "1= nunca" a "5= siempre". Las puntuaciones obtenidas a partir de las medias de cada dimensión se transforman a una escala de 0 a 100 puntos, donde una mayor puntuación representa mejor CVRS. A partir de las medias de las seis dimensiones se puede calcular además una única puntuación total o índice global de CVRS.

Las pruebas sobre propiedades psicométricas realizadas al cuestionario incluyen pruebas de fiabilidad medida a través del Alfa de Cronbach que resultaron ser aceptables para la mayoría de las sub-escalas (0.7), asimismo la validez fue satisfactoria (validez factorial, validez convergente, validez discriminantes y sensibilidad) (Ravens-Sieberer y Bullinger, 2000). En Chile, fue validado por Urzúa y Mercado (2008) en una muestra de adolescentes (n=436) procedentes de nueve establecimientos educacionales de la ciudad de Antofagasta, obteniendo valores de Alfa de Cronbach que fluctuaron entre 0.3 (escuela) y 0.9 (autoestima).

**c) KIDSCREEN- 52 (Screening for and promotion of Health Related Quality of Life in Children and Adolescents)**

Instrumento auto-administrado, genérico y transcultural desarrollado con el proyecto “Evaluación y promoción de la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes- una perspectiva europea de la salud pública”. Este proyecto fue financiado por la Comisión Europea y se llevó a cabo durante tres años por un equipo de investigadores de la Universitäts klinikum Hamburg-Eppendorf de Alemania y colaboradores de 13 países europeos: Alemania, Austria, República Checa; Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Polonia, España, Suecia, Suiza, los Países Bajos y el Reino Unido (Ravens-Sieberer, y otros, 2001). Además se ha traducido y adaptado transculturalmente para otros países como Chile (Sepúlveda, y otros, 2013); México (Hidalgo-Rasmussen, Rajmil, y Montano, 2014); Argentina (Berra, Tebé, Esandi, y Carignano, 2013); Brasil (Guedes y Guedes, 2011); Corea (Hong, y otros, 2007); Japón (Nezu, y otros, 2015) entre otros. Fue diseñado con el objeto de contribuir a una mejor comprensión de la autopercepción de la salud de niños y adolescentes en Europa y por lo tanto para contribuir a la planificación, ejecución y evaluación de las innovaciones en el campo de la salud. Los objetivos específicos son: 1) aumentar la comprensión de la salud subjetiva de este grupo; 2) monitorear la salud percibida a través del tiempo; 3) evaluar las intervenciones de salud pública; y 4) identificar a los niños y adolescentes en situación de riesgo.

Este cuestionario se basa en la definición de CV de la OMS (The WHOQOL Group, 1996), quienes afirman que uno de los importantes dominios de la CV es la salud e indica que ésta puede también ser vista como una representación subjetiva de la función física y del bienestar (The KIDSCREEN Group Europe, 2006). En base a lo anterior, mide, desde una perspectiva holística, la CVRS, el bienestar y la salud subjetiva de niños y adolescentes, entre los 8 y 18 años de edad, sanos o que sufren de enfermedades crónicas. Conceptualmente se basa en la definición de la calidad de vida como un constructo multidimensional compuesto por 10 dimensiones y 52 ítems: 1) bienestar físico; 2) bienestar psicológico; 3) estado de ánimo y emociones; 4) autopercepción; 5) autonomía; 6) relación con los padres y vida familiar; 7) recursos económicos; 8) amigos y apoyo social; 9) entorno escolar; 10) aceptación social.

Además del KIDSCREEN-52, se han generado dos versiones abreviadas, KIDSCREEN-27 (de 27 ítems) y KIDSCREEN-10 (de 10 ítems). De todas las formas de aplicación existen 2 versiones, una para niños/adolescentes y otra para padres/cuidadores (como informantes indirectos). En KIDSCREEN-52, los 52 ítems son respondidos en escala de Likert, con 5 niveles de respuesta (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre). Las puntuaciones de las dimensiones son transformadas en valores entre 0 y 100, y que son determinadas utilizando una combinación de la Teoría Clásica de los Test (CTT) y la Teoría de Respuesta al Ítem (IRT) para definir la versión definitiva de 52 ítems que cubren 10 dimensiones de CV, donde los valores más altos indican una mejor CVRS. Todas sus versiones pueden ser aplicadas con lápiz y papel o por medio de una versión on line (Ravens-Sieberer, y otros, 2014).

El KIDSCREEN-52 fue administrado a una muestra de 22.827 niños y adolescentes en los 13 países participantes. Las propiedades psicométricas fueron evaluadas utilizando el Test de Teoría Clásica, el análisis de Rasch, y modelos de ecuaciones estructurales (SEM), la fiabilidad test-retest se evaluó en 10 países. Para la muestra general, los valores de Alfa de Cronbach variaron desde 0.77 hasta 0.89. El análisis multi-rango fue  $> 97.8\%$  en todas las dimensiones de Rasch. Los coeficientes de correlación intra-clase variaron entre 0.56 a 0.77. De acuerdo estos resultados, los investigadores concluyeron que el instrumento tiene niveles aceptables de fiabilidad y validez (Ravens-Sieberer, y otros, 2008).

En Chile, entre los años 2009 y 2013 este cuestionario fue adaptado culturalmente y validadas sus propiedades psicométricas por un equipo de investigadores de Chile (Universidad de Chile y Universidad de Playa Ancha), de la Universidad de Guadalajara y de la Universidad de Oviedo. En la adaptación participó una muestra representativa de 7.919 adolescentes entre 10 y 18 años de edad provenientes de las 6 zonas del país. La fiabilidad medida con el Alfa de Cronbach para el instrumento completo fue de 0.93 y para los dominios con puntuaciones mayores a 0.70, excepto en autopercepción (0.62). Los resultados de la validez discriminante indicaron que el cuestionario es capaz de discriminar entre grupos y el análisis factorial mostró que el instrumento mantiene las dimensiones del test original, concluyendo que la versión chilena tiene una buena fiabilidad y validez para ser aplicado en la población de adolescentes del país (Sepúlveda, y otros, 2013).

### **3.2 ESTUDIOS PREVIOS SOBRE CVRS Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADOLESCENTES**

En relación a la percepción de la CVRS según sexo, varios estudios sugieren mayores puntuaciones en los hombres. Michel, Bisegger, Fuhr, D; Abel y KIDSCREEN group (2009) en su estudio realizado con la participación de adolescentes de 12 países europeos (n=21.590) entre 8 y 18 años, determinó las diferencias de edad y género en la CVRS medida con el KIDSCREEN-52: los hombres mostrarán mejor CVRS que las mujeres, mientras que a medida que aumenta la edad disminuyó la percepción de la CVRS en ambos sexos.

Asimismo, un estudio transversal realizado por Pinto, Villagra, Moya, Del Campo y Pires (2014) con una muestra de adolescentes (n=1.357) edades entre 12 y 17 años, provenientes de tres países de América Latina (Argentina, Brasil y Chile) investigó la CVRS a través del KIDSCREEN-52, identificando diferencias significativas por sexo, donde los hombres obtuvieron puntuaciones más elevadas en las dimensiones de bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía y relación con los padres y familiar. Además encontró que las dimensiones anteriores más la dimensión recursos económicos tuvieron un descenso significativo con el avance de la edad. En cuanto a la dimensión de aceptación social, los puntajes medios aumentaron significativamente con la edad.

En Chile, González y otros (2016) investigaron la CVRS en adolescentes (n=7.910; edad  $\bar{x}$  = 14 años) con el KIDSCREEN-52, y al igual que en los resultados de los estudios anteriores, evidenciaron que las mujeres obtienen puntajes más bajos en las dimensiones de CVRS en relación a los hombres (bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, auto percepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar y recursos económicos), con excepción de las dimensiones amigos y apoyo social y entorno escolar, donde las mujeres presentaron puntajes de riesgo más altos que los hombres. La dimensión aceptación social no presentó diferencia. Asimismo, este estudio evidenció que a medida que aumenta la edad la percepción de la CVRS empeora.

Otro estudio realizado en Chile por Urzúa (2012) analizó la CVRS a través del cuestionario CHIP A-E en adolescentes (n=531; edad  $\bar{x}$  =15.4 años), y reportó que los hombres presentaron medias significativamente más elevadas en las dimensiones de satisfacción y resistencia, mientras que las mujeres presentaron mayores puntuaciones en la dimensión de bienestar. Adicionalmente observó que los adolescentes entre 16 a 18 años presentaron puntuaciones significativamente más altas que los adolescentes de 13 a 15 años en las dimensiones de bienestar y en resistencia, y menores puntuaciones en riesgos y rendimiento.

Estos resultados son concordantes con los obtenidos en el estudio realizado por Vélez, López y Rajmil (2009), que investigó la CVRS mediante la aplicación del KIDSCREEN-52 en adolescentes españoles (n=908) de edades entre 8 y 19 años. Los resultados reportados muestran que las mujeres presentan puntuaciones menores en la mayoría de las dimensiones de CVRS que los varones.

Adicionalmente, otros estudios han reportado menor percepción de la CVRS en adolescentes asociado a la calidad de la vivienda (Apaza-Ramos, Torres-Ramos, Blanco-Victorio, Antezana-Vargas, y Montoya-Funegra, 2015) y al estrato socioeconómico bajo (Quiceno y Vinaccia, 2014).

### **3.3 ESTUDIOS PREVIOS SOBRE CVRS y CRS EN ADOLESCENTES**

Escasos estudios ponen de manifiesto la relación entre los CRS y la percepción de la CVRS de los adolescentes, concretamente el uso de sustancias psicoactivas, comportamientos alimentarios, malnutrición por exceso, nivel de actividad física y violencia, los que se presentan a continuación:

#### **3.3.1 Estudios previos sobre CVRS y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes**

Los estudios que examinan la asociación entre CVRS y el uso de una sustancia en adolescentes escolarizados son escasos. Masferrer, Font-Mayolas y Gras (2012) en su estudio relacionaron el nivel de satisfacción con la vida, medido mediante la Escala de Satisfacción con la vida de Atienza, Balaguer y García-Merita (2000) con los resultados del auto reporte de consumo de tabaco, alcohol y marihuana en adolescentes españoles de secundaria (n=1.879; edades entre 12 y 18 años). Los resultados muestran que los adolescentes no consumidores de sustancias psicoactivas presentan puntuaciones medias más elevadas que los consumidores.

Por otra parte, Fischer, Clavarino, Plotnikova y Najman (2015) en su estudio asociaron el consumo de marihuana y la CV en adolescentes australianos entre 14 y 21 años (n=3.754). La CV se midió a través preguntas sobre satisfacción y felicidad, y la frecuencia de consumo de marihuana se obtuvo del auto reporte. Sus resultados evidenciaron que el uso frecuente de marihuana se relacionó con una reducción en la satisfacción con la vida y en la felicidad. Estos autores, en un estudio posterior con la misma muestra (Fischer, Najman, Plotnikova, y Clavarino, 2015), asociaron el consumo de alcohol y la percepción de la CV. La frecuencia y cantidad de consumo de alcohol se determinó a través de preguntas categorizadas en vasos consumidos, y con la aplicación del DSM IV. En sus resultados mostraron una fuerte asociación entre la insatisfacción e infelicidad y una mayor cantidad de alcohol consumido.

En relación al tabaco, Dube, Thompson, Homa y Zack (2013) en su estudio asociaron el consumo de tabaco con la CV de adolescentes estadounidenses entre 12 y 17 años (n=4.848). El consumo de tabaco fue determinado a través de la aplicación de la Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (NHANES) y el nivel de cotinina sérica, y la CVRS se determinó con cuatro preguntas del cuestionario Short-Form 36 health survey (SF-36). Los autores reportaron que los adolescentes fumadores tuvieron peor autoreporte de salud, mayor frecuencia de dificultad física, dificultad mental y limitaciones en la actividad que los no fumadores.

Por otra parte, el estudio realizado por Zulling, Valois, Huebner, Oeltmann y Drane (2001) relacionó la CV medida a través de la Escala de Satisfacción con la Vida con el abuso de sustancias determinado a través del YRBS (Youth Risk Behavior Surveillance System) en adolescentes estadounidenses (n=5.032). Los autores reportaron que los comportamientos asociados al uso de sustancias afectan negativamente la satisfacción con la vida de los adolescentes de ambos sexos, blancos y negros.

Los resultados de estas investigaciones sugieren que el uso de sustancias psicoactivas afecta en distinta medida las dimensiones de la CVRS de los adolescentes. Sin embargo, estas evidencias no han sido suficientes para disminuir su consumo en este grupo de edad, donde se observa una alta prevalencia de consumo actual y con tendencia al alza, particularmente en el consumo de alcohol y marihuana (SENDA, 2016).

### **3.3.2 CVRS, estado nutricional, comportamientos alimentario y de actividad física en adolescentes**

Varios estudios indican que las variables que mejor predicen la percepción de la CVRS de los adolescentes son el estado nutricional y actividad física. En relación a la malnutrición por exceso, un estudio multicéntrico realizado por Ottova, y otros (2012) con la participación de adolescentes entre 8 y 18 años de 10 países europeos (n=17.159) analizaron el impacto del sobrepeso en la CVRS medida con el KIDSCREEN-52. Sus resultados mostraron que en todos los países, los niños y adolescentes con exceso de peso

tuvieron puntuaciones más bajas en la CVRS que los niños y adolescentes con peso normal. Estas menores puntuaciones se presentaron en las dimensiones de bienestar físico y autopercepción.

Wille y otros (2010) en su estudio realizado con la participación de niños y adolescentes entre 8 y 18 años de 48 centros para el tratamiento de sobrepeso y obesidad de Alemania (n=1.916) analizaron la CVRS medida por el KIDSCREEN-27 antes de iniciado el tratamiento para disminución de peso y estos resultados los compararon con los datos de CVRS de la muestra de referencia nacional. Sus reportes evidenciaron que los adolescentes con malnutrición por exceso presentaron menores puntuaciones en las dimensiones de bienestar físico, bienestar psicológico y autopercepción.

Adicionalmente, una revisión sistemática realizada por Ul-Haq, Mackay, Fenwick y Pell (2013) exploró la evidencia existente sobre la relación entre el IMC y la CVRS en niños y adolescentes (11 estudios) y reportó entre sus conclusiones que los niños y adolescentes con exceso de peso presentan una reducción significativa de la CVRS global, física y psicosocial.

En un meta-análisis realizado por Griffiths, Parsons y Hill (2010) en una muestra de 42 artículos, se investigó la evidencia existente sobre la relación entre autoestima y CV en niños y adolescentes obesos. Sus resultados mostraron que los niños y adolescentes con exceso de peso presentan una reducción significativa en el autoestima global y en la CV, particularmente en las competencias físicas, apariencia y funcionamiento global.

En Australia, un estudio realizado por Keating, Moodie y Swinburn (2011) con una muestra de 2.890 adolescentes entre 11 y 18 años, relacionó la CVRS medida con PedsQL en adolescentes con sobrepeso y obesidad. Los resultados muestran que los adolescentes con sobrepeso reportaron puntuaciones significativamente más bajas en las dimensiones de funcionamiento físico y social, mientras que aquellos con obesidad tuvieron menores puntuaciones en funcionamiento físico, social y emocional.

Los resultados de los estudios anteriores son concordantes con los obtenidos en la investigación realizada por Hidalgo-Rasmussen y Hidalgo-San Martín (2011) en una muestra de 563 adolescentes mexicanos (edad  $\bar{x}$  = 13.3 años), en el que se analizó la

asociación entre la percepción del peso corporal y el comportamiento alimentario de control de peso con la CV medida a través del cuestionario YQOL-R. Los resultados muestran que los adolescentes que percibían su peso cercano al correcto presentaban una CV más alta que quienes declararon bajo peso y sobrepeso. Los autores concluyeron que el comportamiento alimentario está asociado de manera importante a la percepción del peso y ambos a la CV.

En relación a la alimentación, un estudio realizado por Bolton y otros (2016) con una muestra de 1.144 adolescentes australianos de zona urbana y rural, examinó la relación entre la calidad de la dieta y la CVRS medido mediante el cuestionario AQoL-6D. Los resultados indican que los adolescentes alimentados con dieta saludable (bajo consumo de bebidas, bajo consumo de comida rápida y consumo habitual de desayuno) presentan mejor CVRS que aquellos alimentados con dieta poco saludable.

Respecto a la actividad física, un estudio realizado por Finne, Bucksch, Lampert y Kolip (2013) con una muestra de 6.813 adolescentes alemanes entre 11 y 17 años, asoció la frecuencia autodeclarada de actividad física y la cantidad de horas destinadas al uso de TV/videos, computadora/Internet y consolas de juego con la CVRS medida mediante el cuestionario KIDL-R. Los resultados de esta investigación indican que los adolescentes con práctica de actividad física diaria tienen mejor puntuación en todas las dimensiones de la CVRS; mientras que los adolescentes que destinan  $\geq 4,5$  horas/día a estos medios presentan peor CVRS.

Asimismo, un estudio realizado por Casey y otros (2016) investigó en una muestra de 494 adolescentes australianas de sexo femenino (edad  $\bar{x}$  = 13.4 años) la relación entre el uso del tiempo y CVRS medida con el cuestionario PedsQL 4.0. Los autores mostraron entre sus resultados que las adolescentes que dedican mas tiempo a realizar deportes de equipo, asistir a clases en la escuela, dormir y ver televisión, presentan mejor funcionalidad física, emocional, escolar, psicosocial y mejor puntuación total que aquellas que dedican mayor tiempo a jugar video juegos y usar la computadora.

El estudio de Lacy y otros (2012) también realizado con una muestra de adolescentes australiano entre 11 y 18 años (n=3.040) exploró la relación entre los comportamientos de actividad física y el uso de TV (videos y DVD), jugar videojuegos y

de la computadora con la CVRS, medida mediante el cuestionario PedsQL™ 4.0. Entre los resultados, los autores reportaron que los adolescentes con mayor nivel de actividad física en el recreo, almuerzo y después de la escuela presentan mayores puntuaciones de CVRS en comparación a los adolescentes inactivos durante estos períodos. Por otra parte, los adolescentes físicamente activos y con bajos niveles de uso de estos medios en los días escolares tuvieron puntuaciones más altas de CVRS comparado con los adolescentes inactivos y con los adolescentes usuarios de estos medios.

En España, un estudio realizado por Morales y otros (2013) en una muestra de adolescentes (n=1.158), entre 8 y 11 años de 20 escuelas, analizó la asociación entre el peso, la aptitud física y la CVRS medido mediante el cuestionario KIDSCREEN-52. Entre sus resultados destaca que los adolescentes con peso normal obtuvieron mejores puntuaciones en las dimensiones bienestar físico, estado de ánimo y emociones, autonomía y apoyo social y amigos y aceptación social que los adolescentes con sobrepeso y obesidad. Por otra parte, los niveles más altos de condición cardiorespiratoria y ejercicios musculoesqueléticos se asociaron con un mejor bienestar físico en ambos sexos.

En Chile, García Rubio y otros (2015) en una muestra de adolescentes chilenos (n=767), analizaron las posibles relaciones entre el estado nutricional, los niveles de actividad física y condición física con la CVRS medida con el KIDSCREEN-10. Entre los resultados se evidenció que solo el nivel de condición física se asocia de forma significativa con la CVRS independientemente del sexo, la edad, el estado nutricional y el nivel de AF. Estos autores concluyeron que la relación entre el estado nutricional y el nivel de actividad física con la CVRS está mediadas por el sexo, la edad y el nivel de condición física.

Los resultados de estos estudios sugieren que la malnutrición por exceso, la alimentación no saludable y la inactividad física afectan en distinta medida las dimensiones de la CVRS de los adolescentes. Los hallazgos de estas investigaciones no son suficientes para disminuir los malos hábitos alimentarios y de actividad física en los adolescentes, lo que hace necesario el compromiso de las familias, además de disponer de estrategias gubernamentales que puedan revertir la obesidad y el sedentarismo, y de esta forma contribuir a mejorar la CVRS de los adolescentes (França, Crestanello, Müller, Silveri, y Pons, 2017).

### 3.3.3 CVRS, violencia y salud mental en adolescentes

Existe insuficiente evidencia entre la violencia, las tendencias suicidas (pensamientos y/o intentos) y la depresión sobre la CVRS en los adolescentes. Estudios previos han reportado peores puntuaciones en los distintos dominios de la CV de adolescentes que declaran ser víctima de bullying. En Chile, un estudio realizado por Hidalgo-Rasmussen y otros (2015) en una muestra de 7.910 adolescentes (edades entre 10 a 18 años) relacionó la victimización con la CVRS medida con el KIDSCREEN-10. Los resultados mostraron que las víctimas de bullying tienen mayor probabilidad de informar una menor CVRS que aquellos que no declaran estar sometidos a bullying, independiente del sexo, edad, autopercepción, salud percibida y discapacidad.

Por otra parte, el estudio realizado por Wilkins-Shurmer (2003) en una muestra de 805 adolescentes australianos (edad  $\bar{x}$ =13.6 años) asoció la intimidación con la CVRS medida a través del CHQ-PF50. Sus resultados demostraron que el acoso escolar de los compañeros es un determinante importante de la CVRS de los adolescentes con un impacto negativo en el bienestar psicosocial.

Asimismo, el estudio realizado por Frisé y Bjarnelind (2010) en una muestra de 758 adolescentes suecos (edades entre 15 y 18 años), investigó la relación entre la experiencia de intimidación escolar y la CVRS medida con el cuestionario SF-36. Entre sus resultados evidenciaron que los adolescentes con antecedentes de intimidación tuvieron puntajes significativamente menores en la CVRS, particularmente en los aspectos del funcionamiento cotidiano.

En relación a las variables relacionadas con la salud mental, el estudio realizado por Bourdet-Loubère y Raynaud (2013) con una muestra de 157 niños y adolescentes entre 6 y 13 años, investigó sobre la asociación entre tendencias suicidas y la percepción CV. Los resultados revelaron que los niños y adolescentes que intentaron suicidarse o tuvieron pensamiento de suicidio reportan peor CV y niveles más altos de síntomas depresivos que aquellos declarados por los niños y adolescentes no suicidas. Adicionalmente concluyeron que los síntomas depresivos son factores de riesgo de suicidio.

Hidalgo-Rasmussen y Hidalgo-San Martín (2015) en su estudio transversal realizado con una muestra de adolescentes mexicanos (n=899) entre 14 a 18 años, analizaron la asociación entre los comportamientos de riesgo de suicidio y la CV medida con el Youth Quality of Life Instrument-Research version. Los resultados según sexo mostraron que el haberse sentido triste o sin esperanza fue el comportamientos que presentó el tamaño de efecto mayor. Estos investigadores concluyeron que los comportamientos de riesgo de suicidio aumentan la posibilidad de una CV inferior.

### **3.3.4 CVRS y factores protectores psicosociales en adolescentes**

Existen escasas investigaciones que relacionen los factores protectores psicosociales con la CVRS en adolescentes. Małkowska, Mazur y Woynarowska (2004) en su estudio realizado con una muestra de 1.718 adolescentes polacos entre 8 y 18 años, asociaron la influencia del apoyo social percibido sobre la CVRS medido con el cuestionario KIDSCREEN-52. Los resultados mostraron que las adolescentes que perciben menor apoyo social reportan una menor CVRS, especialmente en la dimensión de relaciones con los padres y vida familiar, y concluyeron que el apoyo social, especialmente proporcionado por los padres, aumenta la CVRS en niños y adolescentes.

Asimismo, Cassarino-Perez y Dell'Aglio (2015) en una muestra de 102 adolescentes entre 12 a 17 años de edad, investigaron la relación entre el apoyo social en adolescentes con diabetes tipo 1 y la CVRS medida por el cuestionario KIDSCREEN-52. Los resultados mostraron fuertes correlaciones entre el apoyo social y las dimensiones bienestar psicológico, amigos y apoyo social y entorno escolar. Además el análisis de la regresión lineal mostró que el sexo, la edad y el apoyo social son variables asociadas a la CVRS, explicando el 52.6% de la varianza.

**PARTE II**  
**INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**

---

# CAPÍTULO 4

## Justificación de la Investigación

### 4.1 Planteamiento del problema

En Chile, actualmente los CRS son uno de los principales problemas de salud pública en el grupo de adolescentes. Según los resultados de la última Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) (2016) aplicada a adolescentes escolarizados, el 36% consume actualmente alcohol, 27.7% tabaco y 16% marihuana; un 57.2% tiene malnutrición por exceso, el 83.9% realiza menos de 60 minutos de actividad física al día; y el 46.8% no utilizó condón en su última relación sexual.

Otros estudios han demostrado que estos comportamientos de riesgo tienen consecuencias adversas para la salud. Solo por mencionar algunos ejemplos, se ha evidenciado que el consumo excesivo de alcohol se asocia a bajo rendimiento en las tareas que evalúan procesos cognitivos; con cambios estructurales en diferentes regiones del cerebro; y con alteraciones neurofisiológicas vinculadas a diferentes procesos cognitivos (López-Caneda, y otros, 2014), a comportamientos sexuales riesgosos (Sales, y otros, 2014), a mayor suicidalidad (Salvo y Castro, 2013); el consumo de tabaco se asocia con los daños al aparato respiratorio; adicción a la nicotina; y el riesgo asociado al consumo de otras drogas y a distintos tipos de cáncer (De la Cruz y otros, 2011; Sanner y Grimsrud, 2015); el consumo de drogas con deterioro neurocognitivo (Castellanos-Ryan, y otros, 2017); los hábitos alimentarios poco saludables con exceso de adiposidad y múltiples efectos adversos cardiovasculares (Daniels, y otros, 2005; Steinberger, y otros, 2009). Sin embargo, existe escasa evidencia de los efectos que tiene declarar más de un CRS en la CVRS.

## 4.2 Justificación de la investigación

¿Cuáles son los principales comportamientos de riesgo para la salud que afectan la CVRS de los adolescentes? Esta pregunta resulta interesante pero compleja en su respuesta. Por ello múltiples estudios se han enfocado en buscar un acercamiento a esta interrogante, tales como Masferrer y otros (2012), quienes evidenciaron que estudiantes de secundaria de la ciudad de Girona (España), consumidores de sustancias, presentan menores puntuaciones en la escala de satisfacción con la vida que los no consumidores. Por otra parte, Dube y otros (2013) encontraron que los adolescentes estadounidenses fumadores tuvieron mayor probabilidad de tener menos días saludables al mes en los aspectos físicos y mentales que los no fumadores. En el caso de marihuana, un estudio longitudinal realizado con adolescentes australianos sugiere que su uso frecuente en la adolescencia está asociado con una CV reducida en la edad adulta (Fischer y otros, 2015).

Los estudios de CVRS y CRS en adolescentes de Chile y América Latina son escasos. En Chile, una investigación realizada con 7.737 adolescentes, aquellos que refirieron ser víctimas de bullying tuvieron mayor probabilidad de reportar una CVRS inferior que los que no lo padecen (Hidalgo-Rasmussen, y otros, 2015). En América Latina, un estudio realizado en 563 adolescentes mexicanos evidenció que quienes informaron bajo peso o sobrepeso, tuvieron menores puntuaciones en el dominio personal (Hidalgo-Rasmussen y Hidalgo San Martín, 2011). Otro estudio con adolescentes del mismo país (n=899) mostró que algunos comportamientos de riesgo de suicidio aumentan la posibilidad de una CV inferior (Hidalgo-Rasmussen y Hidalgo-San Martín, 2015). Respecto a la asociación entre actividad física y conductas sedentarias con la CV, un estudio también con adolescentes mexicanos (n=881) concluyó que son indicadores de mejor CV el realizar actividad física 4 o más días a la semana, asistir a clases de educación física 4 o 5 semanales, participar en 2 o más equipos deportivos y pasar menos de 2 horas diarias frente a pantallas en actividades recreativas (Hidalgo-Rasmussen, Ramírez-López, y Hidalgo-San Martín, 2013).

Aunque se ha estudiado la asociación entre algunos CRS y la CVRS en adolescentes, la mayoría de las investigaciones se han realizado considerando estos

comportamientos en forma aislada, lo que no ha permitido explorar la asociación de más de un CRS en la percepción de la CVRS. En este contexto, se plantea una investigación que contribuya a relacionar la percepción de la CVRS con los distintos CRS declarados por los adolescentes.

En Chile, el MINSAL ha enfatizado la necesidad de asegurar una mejor CV a los adolescentes. Para dar respuesta a esta necesidad, se han establecido programas de atención destinados a mejorar la CVRS. A pesar de este avance, no se han propuesto estrategias para monitorear la CVRS en los adolescentes del país. Además no existe consenso sobre cómo debe medirse la CVRS.

En esta investigación se ajustarán modelos de regresión logística para predecir las dimensiones de la CVRS en función de los comportamientos de riesgo de los adolescentes escolarizados de Valparaíso pero con aplicación a otros contextos de Chile y América Latina. Asimismo, los resultados del estudio ayudarán a crear una mayor conciencia entre los profesores, padres y comunidad educativa cuando deban asesorar a los adolescentes; del mismo modo, aportará información útil al Ministerio de Salud (MINSAL), Ministerio de Educación (MINEDUC) e Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales al momento de definir políticas y programas de educación y salud dirigidos a este grupo etario.

### **4.3 Viabilidad de la investigación**

En el análisis de viabilidad se consideraron los recursos financieros, humanos, materiales disponibles y acceso a la muestra, decidiendo efectuar el estudio en un establecimiento educacional secundario con dependencia municipal de Valparaíso, Chile.

#### **4.4 Pregunta Principal**

¿Cuáles son los principales CRS que afectan la percepción de la CVRS de los adolescentes escolarizados entre 15 a 18 años de Valparaíso, Chile?

##### **4.4.1 Preguntas Específicas**

¿Cuál es la prevalencia de consumo de drogas lícitas e ilícitas de los adolescentes?

¿Cuál es la prevalencia de comportamientos protectores y de riesgo en hábitos de alimentación, actividad física y factores protectores psicosociales en los adolescentes?

¿Cuál es la prevalencia de factores de riesgo de salud mental y violencia de los adolescentes?

¿Cuál es la prevalencia de comportamientos sexuales protectores y de riesgo en los adolescentes?

¿Cómo los adolescentes evalúan su CVRS?

¿Cuál es la asociación entre CVRS, edad, sexo y estado nutricional de los adolescentes?

¿Cuál es la asociación entre la CVRS y los comportamientos de riesgo para salud de los adolescentes?

¿Cuál es el modelo de regresión logística que mejor predice cada dimensión de la CVRS a partir de los CRS declarados por los adolescentes?

# **CAPÍTULO 5**

## **Objetivos e Hipótesis**

### **5.1 Objetivos de la Investigación**

La presente investigación pretende avanzar en el estudio sobre CRS y su relación con la CVRS a través del análisis de sus dimensiones en adolescentes de 15 a 18 años, en función de las variables demográficas: sexo y edad.

#### **5.1.1 Objetivo General**

El objetivo general de la presente investigación es determinar el impacto de los diferentes CRS en la CVRS de adolescentes escolarizados de 15 a 18 años de Valparaíso, Chile.

#### **5.1.2 Objetivos Específicos**

OE1: Explorar sobre la percepción de las dimensiones de la CVRS de los adolescentes según sexo y grupos de edad.

OE2: Determinar la prevalencia de consumo de drogas lícitas e ilícitas de los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS.

OE3: Determinar la prevalencia de comportamientos de riesgo en hábitos de alimentación, actividad física y factores protectores psicosociales en los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS.

OE4: Determinar la prevalencia de factores de riesgo de salud mental y violencia de los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS.

OE5: Determinar la prevalencia de comportamientos sexuales protectores y de riesgo en los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS.

OE6: Relacionar la CVRS con el estado nutricional según la edad y el sexo de los adolescentes.

OE7: Relacionar la CVRS con los comportamientos de salud de los adolescentes.

OE8: Ajustar modelos de regresión logística para las diez dimensiones de la CVRS a partir de los CVRS informados por los adolescentes.

## **5.2 Hipótesis de la Investigación**

En base a las investigaciones previas y en función de los objetivos propuestos se plantea la siguiente hipótesis:

Hipótesis 1. La percepción que los adolescentes escolarizados de 15 a 18 años tienen de las dimensiones de la CVRS está relacionada con los CRS.

### **5.2.1 Sub Hipótesis**

Hipótesis 1.1. El consumo de drogas se asocia a una peor CVRS en los adolescentes de la muestra.

Hipótesis 1.2. Los comportamientos de riesgo de hábitos alimentarios, actividad física y la falta de factores protectores psicosociales se asocian a una peor CVRS en los adolescentes de la muestra.

Hipótesis 1.3. Los factores de riesgo de salud mental y la violencia se asocian a una peor CVRS en los adolescentes de la muestra.

Hipótesis 1.4. Los comportamientos sexuales de riesgo se asocian a una peor CVRS en los adolescentes de la muestra.

Hipótesis 1.5. La CVRS está relacionada con el estado nutricional según la edad, y el sexo de los adolescentes.

Hipótesis 1.6. Los CRS investigados predicen la percepción de cada una de las dimensiones de la CVRS de los adolescentes.

# **CAPÍTULO 6**

## **Metodología**

En este capítulo se describe en primer lugar el tipo de estudio de la presente investigación, a continuación la población objetivo, el diseño y tamaño muestral, los criterios de inclusión y exclusión, las variables utilizadas, los instrumentos y la metodología usada para la recolección de los datos. Finalmente se detallan las técnicas estadísticas empleadas para el análisis de los datos.

### **6.1 DISEÑO**

El presente estudio es de tipo no experimental transversal, basado en una metodología cuantitativa (Hernández-Sampieri, Fernández, y Baptista, 2014). Tiene un carácter correlacional en la medida que busca asociar la situación actual de los CRS respecto a la CVRS de los adolescentes escolarizados en un establecimiento de educación secundaria de la ciudad de Valparaíso, Chile, con variables de CRS.

### **6.2 POBLACIÓN OBJETIVO**

La población objetivo está representada por los adolescentes escolarizados quienes durante el año 2015 se encontraban cursando entre 1° y 4° medio de enseñanza diurna en un instituto de educación secundaria Técnico Profesional dependiente administrativamente de la Corporación Municipal de Valparaíso, que forma a sus estudiantes en las carreras de Contabilidad, Administración, Secretariado, Ventas y Turismo, y cuyas edades están comprendidas entre 14 y 20 años, de ambos sexos.

## 6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

### 6.3.1 Inclusión

- Adolescentes matriculados el año académico 2015.
- Edades entre 15 y 18 años.
- Asistentes el día de la aplicación.
- Aceptar contestar voluntariamente los cuestionarios.

### 6.3.2 Exclusión

- No contar con el consentimiento firmado por padres o tutores.
- Inasistencia al establecimiento educacional el día de la aplicación.

## 6.4 DISEÑO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra de este estudio es representativa del universo de adolescentes escolarizados de los cuatro niveles que componen la Educación Media obligatoria en Chile (1° Medio, 2° Medio, 3° Medio y 4° Medio) y matriculados en un establecimiento educacional de Valparaíso (n=1.347). El diseño de muestreo es de tipo probabilístico por conglomerado. El establecimiento contaba con 38 cursos distribuidos en los cuatro niveles, cada curso fue considerado un conglomerado al que se le asignó un número. Se seleccionaron los conglomerados al azar utilizando una tabla de números aleatorios, seleccionándose 18 cursos (Tabla 6.4.1).

**Tabla 6.4.1.** Distribución de los adolescentes escolarizados del establecimiento educacional por cursos y número de estudiantes, 2015

Nivel	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
1° EM	34*	36	35*	39	37	35	33*	35*	37	0	321
2° EM	36*	36	40	38*	39	40	37*	38*	39	38*	381
3° EM	43*	41*	29*	28*	29*	34	39	32	35*	19	329
4° EM	41	41	38*	26	26*	42	41	21*	31	0	316

\*Cursos seleccionados

El tamaño de la muestra se calculó asumiendo una referencia de  $P= 0.331$  como un promedio de la prevalencia obtenida para las variables: consumo de alcohol durante los últimos 30 días, prevalencia de malnutrición por exceso, consumo de marihuana, actividad física, actividad sexual, fumador y violencia física en el grupo de 16 a 17 años de la EMSE, Chile (2016). El tamaño de la muestra resulta en un mínimo de 457 adolescentes:

$$n = \frac{N Z_{1-\alpha}^2 P(1 - P)}{d^2 (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 P(1 - P)} * 1.2 = 457 \text{ adolescentes}$$

Se consideró:

$$N= 1.347$$

$$P = 0.331$$

$$Z = 1.96 \text{ (Nivel de confianza = 95\%)}$$

$$\text{Error} = 4\% \text{ (Error relativo de la estimación)}$$

De los 614 adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión, 58 no fueron autorizados a participar por medio del consentimiento informado y 6 no consintieron contestar. La muestra final estuvo conformada por 550 adolescentes escolarizados, la tasa de respuesta fue de 100%. En la tabla 6.2 se presentan las características generales de la muestra, en ella se observa que del total de adolescentes el 59.8% eran mujeres y el 18.4% declaró presentar algún tipo de discapacidad. El porcentaje de mujeres es significativamente mayor que hombres ( $Z=37.8$ ,  $p<.001$ ).

En términos de edad, el Grupo 1 (15-16 años) es mayor que el Grupo 2 (17-18 años) ( $Z=66.3$ ,  $p<.001$ ), y según la distribución de cursos, los cursos 1° y 2° Medio agrupan un mayor número de adolescentes que los curso de 3° y 4° Medio ( $Z=50.5$ ,  $p<.001$ ). La edad media de la muestra fue  $16.0 \pm 0.04$  años, IC 95% [15.9, 16.1], para los hombres fue de  $16.2 \pm 0.98$  años, IC 95% [16.1 – 16.4], y para las mujeres fue de  $15.9 \pm 0.95$  años, IC 95% [15.8, 16.0].

**Tabla 6.4.2.** Características de los adolescentes participantes del estudio (n=550)

Ítems	Frecuencia	%	Z	Valor-p
<b>Sexo</b>				
Hombres	221	40.2	37.877	p<.001
Mujeres	329	59.8		
<b>Grupo de Edad (años)</b>				
Grupo 1 (15-16)	367	66.7	66.393	p<.001
Grupo 2 (17-18)	189	33.3		
<b>Curso</b>				
1° - 2° Medio	286	52	50.575	p<.001
3° - 4° Medio	264	48		
<b>Discapacidad</b>				
Si	101	18.4	14.419	p<.001
No	449	81.6		

## 6.5 INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y VARIABLES

A continuación se definen las variables de investigación agrupadas en variables dependientes que corresponden a las dimensiones de la CVRS, variables independientes compuestas por los CRS y variables sociodemográficas.

Además se describen las características de los instrumentos aplicados para la obtención de la información: KIDSCREEN-52 y EMSE (Anexo 1).

## 6.5.1 INSTRUMENTOS

### 6.5.1.1 KIDSCREEN-52

En este estudio se evaluó la CVRS de los adolescentes a través del cuestionario KIDSCREEN-52 (Ravens-Sieberer, y otros, 2005) en su versión validada para los niños y adolescentes chilenos (Sepúlveda, y otros, 2013). Este instrumento está compuesto por 52 ítems agrupados en 10 dimensiones: 1) bienestar físico; 2) bienestar psicológico; 3) estado de ánimo y emociones; 4) autopercepción; 5) autonomía; 6) autoestima; 7) relación con los padres y vida familiar; 8) recursos económicos; 9) amigos y apoyo social; y 10) entorno escolar, y aceptación social (Tabla 6.5.1.1.1).

Las respuestas se obtienen en escalas tipo Likert de 5 puntos para evaluar la frecuencia (desde nunca=1, hasta siempre=5) o la intensidad (desde no en absoluto=1, hasta muchísimo=5) y sus resultados son interpretados de acuerdo a lo que indica la tabla 6.5.1.1.2. El periodo de consulta es la última semana. Permite obtener puntajes desde 1 a 100, donde un mayor puntaje implica una mejor CVRS. En el anexo 1 se presenta una copia del cuestionario.

#### Tabla 6.5.1.1.1

##### Descripción de las dimensiones de KIDSCREEN-52

Descripción de las Dimensión (N° ítems)
Bienestar físico (5): Explora el nivel de actividad física del niño/adolescente en términos de su energía y aptitud física. El nivel de actividad física se examina con referencia a su capacidad para moverse en la casa y la escuela, y para jugar o hacer actividades físicas exigentes (por ejemplo deportes) donde cualquier deterioro afectará la actividad física. La dimensión también evalúa la capacidad del niño/adolescente para participar en juegos animados o energéticos. Además examina hasta qué punto un niño/adolescente se siente mal o se queja de mala salud.
Bienestar Psicológico (6): Examina el bienestar psicológico del niño/adolescente, incluyendo las emociones positivas y la satisfacción con la vida. Revela específicamente las percepciones positivas y emociones

---

experimentadas por el individuo. Las preguntas evalúan las veces que un niño/adolescente experimenta sentimientos positivos, como la felicidad, la alegría, y el buen humor. También refleja su satisfacción actual con la vida.

---

Estado de ánimo y Emociones (7): Explora en qué medida el niño / adolescente experimenta estados de ánimo depresivos y emociones, y sentimientos estresantes. Revela específicamente sentimientos como la soledad, la tristeza, la suficiencia/insuficiencia y la resignación. Por otra parte, esta dimensión evalúa en qué medida es angustiante la percepción del niño/ adolescente de estas sensaciones.

---

Autopercepción (5): Explora la percepción que el niño/adolescente tiene de sí mismo. Incluye si la apariencia de su cuerpo la considera positiva o negativa. La imagen corporal es explorada a través de preguntas relativas a la satisfacción con la apariencia, así como la ropa y otros accesorios personales. Además explora si los niños/adolescentes se sienten seguros y satisfechos de sí mismos, así como de su aspecto. Los resultados pretenden reflejar el valor que los individuos asignan a ellos mismos y la percepción de cómo otros los valoran.

---

Autonomía (5): Explora sobre las oportunidades que se brindan a un niño/adolescente para crear su propio tiempo social y de ocio. Examina el nivel de autonomía de la persona, visto como un importante problema de desarrollo para la creación de una identidad individual. Esto se refiere a que el niño/adolescente tenga libertad de elección, autosuficiencia e independencia. En particular, el grado en que se siente capaz de dar forma a su propia vida, así como la capacidad de tomar decisiones sobre las actividades del día a día. También examina si se siente suficientemente provisto de oportunidades para participar en actividades sociales, en particular actividades de ocio y pasatiempos.

---

Relación con los padres y vida familiar (6): Examina la relación del niño/adolescente con los padres y el ambiente en el hogar. Explora la calidad de la interacción entre el niño/adolescente y los padres/cuidadores, así como los sentimientos del niño/adolescente hacia ellos. Se concede especial importancia a si el niño/adolescente se siente amado y con el apoyo de la familia, si el ambiente en casa es cómodo o no, y si se siente bien tratado/a.

---

Apoyo social y de los compañeros (6): Examina la naturaleza de las relaciones del niño/adolescente con otros niños/adolescentes y considera las relaciones sociales con amigos y compañeros. Explora la calidad de la interacción entre el niño/adolescente y sus compañeros, así como el apoyo percibido. Las preguntas examinan el grado en que el niño/adolescente se siente aceptado, el apoyo de sus amigos y su capacidad para formar y mantener amistades. En particular, los aspectos que se consideran en relación con la comunicación con los demás. También explora el grado en que la persona experimenta sentimientos de grupo positivas y cuánto él o ella se siente parte de un grupo y respetado por sus compañeros y amigos.

---

---

Ambiente escolar (6): Explora la percepción de los niños/adolescentes sobre su capacidad cognitiva, de aprendizaje y de concentración, y sus sentimientos acerca de la escuela. Los sentimientos generales acerca de las escuelas son por ejemplo, si la escuela es un lugar agradable para él/ella. Además, la dimensión explora la opinión del niño/adolescente sobre su relación con los profesores. Por ejemplo, las preguntas incluyen si se lleva bien con sus profesores y si perciben que los profesores están interesados en ellos como individuos.

---

Aceptación social/Intimidación (3): Abarca los aspectos en que los niños/adolescentes se sienten rechazados por sus compañeros de la escuela. Explora tanto la sensación de ser rechazado por otros, como la sensación de ansiedad hacia los compañeros. Decimos que un estudiante está siendo intimidado cuando otros estudiantes dicen o hacen cosas desagradables a él/ella. También es intimidación cuando un estudiante se burla repetidamente de manera que a él/ella no le gusta. Pero no es intimidación cuando dos estudiantes que tienen aproximadamente la misma fuerza discuten o pelean.

---

Recursos financieros (3): Se ocupa de asuntos de dinero y evalúa la percepción financiera de los niños/adolescentes. Explora si el niño/adolescente siente tener suficientes recursos financieros para permitirle vivir un estilo de vida que es comparable a otro/a niño/adolescente y darle la oportunidad de hacer cosas juntos con sus compañeros.

---

**Tabla 6.5.1.1.2**

## Interpretación de las puntuaciones de las escalas de KIDSCREEN-52

Dimensión	Baja puntuación	Alta puntuación
Bienestar físico	Físicamente agotado, malestar físico, sensación de no apto, percepción de baja energía.	Físicamente en forma, activo, sano, enérgico.
Bienestar Psicológico	Sin placer en la vida, insatisfecho con la vida.	Feliz, ve la vida positivamente, satisfecho con la vida, placer, alegría.
Estado de ánimo y emociones	Se siente deprimido, infeliz, de mal humor.	Se siente bien, con buen estado de ánimo.
Autopercepción	Imagen negativa del cuerpo, infeliz, insatisfecho, baja autoestima, se siente incómodo con la apariencia.	Seguro de sí mismo, satisfecho con la autoimagen, feliz consigo mismo, buena autoestima, cómodo con la apariencia.
Autonomía	Restringido, oprimido, dependiente.	Es libre para decidir, independiente, autónomo.
Relación con los padres y vida familiar	Se siente solo, no considerado, no apreciado, percibe a los padres injustos.	Se siente seguro, con apoyo y amado, comprendido, bien cuidado, percibe a los padres justos y disponibles.
Apoyo social y de los compañeros	Se siente excluido, no aceptado o incompatible con los compañeros.	Se siente aceptado, apoyado e incluido en el grupo de pares, confía en sus compañeros.
Ambiente escolar	No le gusta la escuela y/o los profesores, tiene sentimientos negativos sobre la escuela, no le va bien.	Se siente feliz en la escuela y le va bien, disfruta de la vida escolar.
Aceptación social/ Intimidación	Se siente atormentado por sus compañeros, intimidado, siente rechazo por los compañeros.	No se siente intimidado, tiene sentimientos de respeto y considera que es aceptado por los compañeros.
Recursos financieros	Siente que sus finanzas están restringiendo su estilo de vida, se siente perjudicado financieramente.	Se siente satisfecho con sus recursos financieros, disfruta de los recursos financieros.

### **6.5.1.2 Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE)**

En la presente investigación se utilizó la EMSE desarrollada por la OMS y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para medir los comportamientos de riesgo relacionados con la salud de los adolescentes. Investigaciones previas han medido sus propiedades psicométricas resultando adecuadas su validez de contenido y consistencia interna (Becker, y otros, 2010; Ziaei, y otros, 2014). Se trata de una encuesta auto administrada compuesta por 10 módulos que abordan las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población infantil y de adultos del mundo: 1) consumo de alcohol; 2) comportamientos dietéticos; 3) uso de drogas; 4) higiene; 5) salud mental; 6) actividad física; 7) factores protectores; 8) comportamientos sexuales; 9) consumo de tabaco; y 10) violencia y lesiones no intencionales (OMS, 2016). En el anexo 1 se presenta una copia del cuestionario.

## **6.5.2 VARIABLES**

### **6.5.2.1 Variable Dependiente:** Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

**Definición conceptual:** Se utilizó la definición del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 2000), quienes proponen que la CVRS es “la salud física y mental percibida individual o grupalmente en el tiempo”. En el plano individual, la CVRS incluye percepciones de la salud física y mental (por ejemplo, nivel de energía, el estado de ánimo) y sus correlatos, incluyendo las condiciones y riesgos para la salud, el estado funcional, apoyo social, y el estatus socioeconómico. En el ámbito de la comunidad, la CVRS incluye las condiciones y los recursos a nivel comunitario, las políticas y las prácticas que influyen en la percepción de salud de una población y el estado funcional.

**Definición operacional:** Puntuación Rasch obtenida por cada una de las dimensiones del cuestionario KIDSCREEN-52: 1) bienestar físico; 2) bienestar psicológico; 3) estado de ánimo y emociones; 4) autopercepción; 5) autonomía; 6) autoestima; 7) relación con los padres y vida familiar; 8) recursos económicos; 9) amigos y apoyo social; y 10) entorno escolar, y aceptación social. Estas puntuaciones fueron analizadas como variables cuantitativas continuas y como variables cualitativas dicotómicas (Ravens-Sieberer, y otros, 2005). Estas últimas se categorizaron como “superior” cuando el puntaje era mayor al percentil 25, e “inferior” cuando el puntaje era menor o igual al percentil 25, como ha sido descrito previamente (Rajmil, y otros, 2006). Adicionalmente, los 52 ítems fueron descritos como variables cualitativas ordinales (frecuencia y % de las respuestas de cada ítem calificados con las alternativas: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre).

#### **6.5.2.2 Variables Independientes:** Comportamientos de Riesgo para la Salud

**Definición conceptual:** Se utilizó la definición propuesta por la “Teoría de la Conducta Problema” (TCP) de Donovan, Jessor y Costa (1991). En esta teoría, los problemas de comportamientos fueron definidos como conductas que transgreden normas sociales y legales, y con frecuencia provocan sanciones de la sociedad como el abuso de alcohol, la delincuencia y el uso de drogas ilícitas; y los comportamientos que comprometen la salud son definidos como los que ponen en peligro la salud, pero no necesariamente violan normas sociales o jurídicas o terminan en sanciones, como por ejemplo, la alimentación poco saludable y la inactividad física.

**Definición operacional:** Los ítems de cada módulo de la EMSE se seleccionaron considerando el modelo teórico de la TCP propuesto por Donovan y otros (1991).

**a) Módulo de Alcohol:** Se analizaron tres ítems del módulo de consumo de alcohol: inicio precoz de alcohol, consumo de alcohol en el último mes y consumo de alto riesgo de alcohol. Los ítems se categorizaron de acuerdo a las clasificaciones del “Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar” de Chile (SENDA, 2016), Hernández y otros (2009), y Salamó y otros (2010) (Tabla 6.5.2.2.1).

**Tabla 6.5.2.2.1** Operacionalización de las variables de consumo de alcohol

Variable de exposición	Tipo de variable	Definición para el estudio	Ítems	Codificación
Inicio precoz de alcohol	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber consumido alcohol al menos una vez antes de los 14 años (Hernández, y otros, 2009).	¿Qué edad tenías cuando tomaste tu primer trago de alcohol, algo más que unos pocos sorbos?	Sin riesgo =0 -quienes tenían 14 años o más, y con riesgo =1-quienes iniciaron su consumo cuando tenían < 14 años de edad.
Consumo de alcohol en el último mes	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber consumido alcohol uno o más días durante los últimos 30 días (SENDA, 2016).	Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomaste al menos una bebida que contenía alcohol?	Sin riesgo=0-quienes no consumieron alcohol en los últimos 30 días, y con riesgo=1-quienes consumieron alcohol uno o más días en los últimos 30 días.
Consumo de alto riesgo de alcohol	Cualitativa dicotómica	Mujeres que declaran haber consumido más de 2 Unidades de Bebida Estándar (UBE) y hombres que declaran haber consumido más de 4 UBE (Salamó y otros, 2010).	Durante los últimos 30 días, en los días en que tomaste alcohol, ¿cuántos tragos tomaste normalmente por día?	Sin riesgo=0- mujeres y hombres que nunca han consumido alcohol o que no consumieron en los últimos 30 días, o mujeres que consumieron $\leq 2$ UBE y hombres que consumieron $\leq 4$ UBE, y con riesgo=1- mujeres que consumieron más de 2 UBE y hombres que consumieron más de 4 UBE.

**b) Consumo de tabaco:** Se analizaron tres ítems del módulo de consumo de tabaco: inicio precoz de tabaco, consumo de tabaco en el último mes y consumo diario de cigarrillos. Los ítems se categorizaron de acuerdo a las clasificaciones del “Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar” de Chile (SENDA, 2016), y al estudio de Hernández y otros (2009), y son descritos en la Tabla 6.5.2.2.2.

**Tabla 6.5.2.2.2**

Operacionalización de las variables de consumo de tabaco

Variable de exposición	Tipo de variable	Definición para el estudio	Ítem	Codificación
Inicio precoz de tabaco	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber consumido tabaco al menos una vez antes de los 14 años (Hernández, y otros, 2009).	¿Qué edad tenías cuando probaste un cigarrillo por primera vez?	Sin riesgo=0- quienes tenían 14 años o más, y con riesgo=1- quienes tenían menos de 14 años.
Consumo de tabaco en el último mes	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber consumido tabaco uno o más días durante los últimos 30 días (SENDA, 2016).	Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumaste cigarrillos?	Sin riesgo=0- quienes no consumieron tabaco en los últimos 30 días, y con riesgo=1- quienes consumieron tabaco 1 o más días en los últimos 30 días.
Consumo diario de cigarrillos	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber consumido cigarrillos durante a lo menos 20 días en el último mes (SENDA, 2016).	Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumaste cigarrillos?	Sin riesgo=0- quienes nunca han consumido cigarrillos o no consumieron durante los últimos 30 días, o habían fumado menos de 20 días en los últimos 30 días, y con riesgo=1- quienes fumaron 20 días o más en los últimos 30 días.

c) **Consumo de drogas ilícitas:** Se analizaron tres ítems del módulo de consumo de drogas ilícitas: inicio precoz de drogas, consumo de tabaco en el último mes y consumo diario de marihuana. Los ítems se categorizaron de acuerdo a las clasificaciones del “Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar” de Chile (SENDA, 2016), y al estudio de Hernández y otros (2009), y son descritos en la Tabla 6.5.2.2.3.

**Tabla 6.5.2.2.3**

Operacionalización de las variables de consumo de drogas ilícitas

Variable de exposición	Tipo de variable	Definición para el estudio	Ítem	Codificación
Inicio precoz de drogas	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber consumido drogas al menos una vez < 15 años (Hernández, y otros, 2009; SENDA, 2016).	¿Qué edad tenías cuando usaste drogas por primera vez?	Sin riesgo=0-quienes tenían 15 años o más, y con riesgo= 1-quienes tenían menos de 15 años.
Consumo de marihuana en el último mes	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber consumido marihuana uno o más días durante los últimos 30 días (SENDA, 2016).	Durante los últimos 30 días ¿Cuántas veces has usado marihuana?	Sin riesgo=0-quienes no han usado marihuana en los últimos 30 días, y con riesgo= 1-quienes han usado marihuana 1 o más días en los últimos 30 días.
Consumo diario de marihuana	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber consumido marihuana durante a lo menos 20 días en el último mes (SENDA, 2016).	Durante los últimos 30 días ¿Cuántas veces has usado marihuana?	Sin riesgo=quienes nunca han usado marihuana o no han consumido en los últimos 30 días o quienes habían usado < 20 días en últimos 30 días, y con riesgo=1 quienes han usado marihuana 20 o más días en los últimos 30 días.

**d) Hábitos alimentarios:** Se analizaron tres ítems del módulo de comportamientos alimentarios: consumo de bebidas gaseosas azucaradas, consumo de frutas y verduras y consumo de comida rápida. Los ítems se categorizaron de acuerdo a las clasificaciones del “Estudio para revisión y actualización de las Guías Alimentarias para la población chilena” (MINSAL, 2013), y son descritos en la Tabla 6.5.2.2.4.

**Tabla 6.5.2.2.4**

Operacionalización de las variables de hábitos alimentarios

Variable de exposición	Tipo de variable	Definición para el estudio	Ítem	Codificación
Consumo frecuente de bebidas gaseosas	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber tomado bebidas gaseosas 2 o más veces al día durante los últimos 30 días.	Durante los últimos 30 días ¿cuántas veces al día tomaste gaseosas o bebidas como Coca-Cola, Fanta, Sprit o similar?	Sin riesgo =0 - quienes toman o beben < de una vez al día bebidas gaseosas, y con riesgo =1- quienes beben bebidas gaseosas una o más veces al día durante los últimos 30 días.
Consumo de Verduras y Frutas	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber consumo de frutas y verduras al menos 5 veces al día durante los últimos 30 días.	Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día comiste habitualmente verduras y hortalizas? Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día comiste frutas?	Sin riesgo=0- quienes consumieron 5 o más porciones de frutas y verduras al día, y con riesgo=1- quienes consumieron menos de 5 porciones de frutas y verduras al día.
Consumo frecuente de comida rápida	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber comido en lugares de comida rápida al menos 3 días durante los últimos 7 días.	Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días comiste en un restaurante de comida rápida como McDonald’s, Shop Dog, Telepizza?	Sin riesgo=0- quienes comieron en lugares de comida rápida 2 veces o menos en los últimos 7 días, y con riesgo=1- quienes comieron en lugares de comida rápida al menos 3 días en los últimos 7 días.

- **Índice de Masa Corporal para la Edad (IMC/E):** Se utilizó este indicador por su buena correlación con el tejido adiposo corporal. Para su cálculo se aplicó la fórmula propuesta por Quetelet (Garrow y Webster, 1985):

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{(\text{Talla (mt)})^2}$$

- **Puntaje Z IMC:** Adicionalmente se calculó el puntaje Z IMC, debido a que ha sido recomendado por la OMS como indicador de estado nutricional por su sensibilidad a los cambios de peso y estatura. Se expresa en unidades de desviaciones estándar y se estimó utilizando la siguiente fórmula (CDC, 2002; MINSAL, 2016):

$$Z\ IMC = \frac{(y/M)L - 1}{S \times L}$$

Se consideró: y = IMC real; M = Mediana de IMC para edad y sexo; L = Valor de transformación de Box y Cox; S= Coeficiente de variación.

El resultado fue clasificado según el sexo y la edad (años) (WHO, 2007). Para determinar el estado nutricional se utilizó como criterio los puntos de corte correspondientes a la referencia CDC/NCHS y a la Norma para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años de edad de Chile (MINSAL, 2016) (Tabla 6.5.2.2.5.). El puntaje Z IMC fue analizado como variable cuantitativa de razón. Adicionalmente se recodificó y se analizó como variable cualitativa ordinal. El porcentaje de adolescentes con malnutrición se determinó sumando los porcentajes de sobrepeso y obesidad.

**Tabla 6.5.2.2.5**

Clasificación del estado nutricional según puntos de corte del puntaje Z IMC

Diagnóstico Nutricional	Desviación Estándar (OMS 2007)
Obesidad Severa	$\geq + 3$
Obesidad	$\geq + 2$ a $+ 2.9$
Sobrepeso o Riesgo de obesidad	$\geq + 1$ a $+ 1.9$
Eutrofia o Peso Normal	$+ 0,9$ a $- 0.9$
Déficit Ponderal o Bajo Peso	$\leq - 1$ a $- 1.9$
Desnutrición	$\leq - 2$

e) **Actividad física:** Se analizaron dos ítems del módulo de actividad física: nivel de actividad física y uso del tiempo de ocio. Los ítems se categorizaron de acuerdo a las clasificaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos (2008), las “Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud” (OMS, 2010) y la “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud” (OMS, 2004). (Tabla 6.5.2.2.6).

**Tabla 6.5.2.2.6**

Operacionalización de las variables de actividad física

Variable de exposición	Tipo de variable	Definición para el Estudio	Ítem	Codificación
Nivel de Actividad Física baja o inactivo	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran realizar AF 2 días o menos a la semana, cercano o menor a 150 minutos a la semana durante los últimos 7 días (Department of Health and Human Services, 2008).	Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días practicaste una AF por un total de al menos 60 minutos al día?	Sin riesgo =0 - quienes realizan AF “Alta” 6 a 7 días a la semana (300 o más minutos/semana) o “Medio” quienes realizaron AF 3 a 5 días/semana (150 a 300 minutos/ semana), y con riesgo =1- quienes realizan AF “Bajo”: 2 días/semana (cercano a 150 minutos/semana) o Inactivo a quienes no cumplieron con las categorías anteriores.
Uso no saludable del tiempo de ocio	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber estado sentados más de 2 horas diarias en su tiempo de recreación durante un día típico o normal (Department of Health and Human Services, 2008).	Durante un día típico o normal, ¿cuánto tiempo pasas sentado viendo TV, jugando juegos en el PC, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado?	Sin riesgo=0- quienes pasaron sentados 2 horas o menos al días en su tiempo de recreación, y con riesgo=1- quienes pasaron sentados más de 2 horas diarias en su tiempo de recreación.

AF: Actividad Física; PC: Computador Personal; TV: Televisor

**f) Comportamientos sexuales que contribuyen a la infección por SIDA, y embarazo no planificado:** Se analizaron tres ítems del módulo de comportamientos sexuales: inicio de relaciones sexuales, inicio precoz de relaciones sexuales y uso de preservativo. Los ítems se categorizaron según las clasificaciones sugeridas en la EMSE (2016) (tabla 6.5.2.2.7).

**Tabla 6.5.2.2.7**

Operacionalización de las variables de comportamientos sexuales que contribuyen a la infección por SIDA, y embarazo no planificado

Variable de exposición	Tipo de variable	Definición para el estudio	Ítem	Codificación
Inicio de relaciones sexuales	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber tenido una o más veces relaciones sexuales.	¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?	Sin riesgo =0 –quienes no han tenido relaciones sexuales, y con riesgo =1-quienes han tenido relaciones sexuales una o más veces.
Inicio precoz de relaciones sexuales	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber tenido relaciones sexuales por primera vez antes de los 14 años.	¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?	Sin riesgo=0- quienes tuvieron relaciones sexuales por primera vez a los 14 años o más, y con riesgo=1-quienes tuvieron relaciones sexuales por primera vez antes de los 14 años.
Uso de preservativo	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber usado condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales.	La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿Usaste tú o tu pareja un condón?	Sin riesgo=0- quienes usaron condón en su última relación sexual, y con riesgo=1- quienes no usaron condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales.

**g) Salud Mental:** Se analizaron cuatro ítems del módulo de salud mental: sentimientos de soledad, posibilidad de suicidarse, plan para suicidarse e intento real de suicidio. Los ítems se categorizaron de acuerdo a las clasificaciones sugeridas en la EMSE de Argentina (2014) (Tabla 6.5.2.2.8).

**Tabla 6.5.2.2.8**

Operacionalización de las variables de salud mental

Variable de exposición	Tipo de variable	Definición para el estudio	Ítem	Codificación
Sentimientos de soledad	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haberse sentido solos casi siempre o siempre los últimos 12 meses.	Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia te has sentido solo (a)?	Sin riesgo =0 -quienes declaran que nunca, casi nunca o algunas veces se han sentido solos, y con riesgo =1-quienes declaran que casi siempre o siempre se han sentido solos.
Posibilidad de suicidarse	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber considerado seriamente la posibilidad de suicidarse durante los últimos 12 meses.	Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez consideraste seriamente la posibilidad de suicidarte?	Sin riesgo =0 -quienes declaran que no han considerado seriamente la posibilidad de suicidarse, y con riesgo =1- quienes declaran que han considerado seriamente la posibilidad de suicidarse.
Plan para suicidarse	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber hecho algún plan de cómo intentar suicidarse durante los últimos 12 meses.	Durante los últimos 12 meses, ¿has hecho algún plan de cómo intentarías suicidarte?	Sin riesgo =0 -quienes declaran que no han hecho un plan de cómo intentar suicidarse, y con riesgo=1- quienes declaran que han hecho algún plan de cómo intentar suicidarse.
Intento real de suicidio	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber intentado realmente suicidarse 1 o más veces durante los últimos 12 meses.	Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces intentaste realmente suicidarte?	Sin riesgo =0 -quienes declaran que nunca han intentado realmente suicidarse, y con riesgo =1-quienes declaran que han intentado realmente suicidarse 1 o más veces.

**h) Violencia y lesiones no intencionales:** Se analizaron tres ítems del módulo de violencia y lesiones no intencionadas: violencia interpersonal, participación en peleas y víctima de intimidación escolar. Los ítems se categorizaron de acuerdo a las clasificaciones del “Informe mundial sobre la violencia y la salud” (OMS, 2002) (Tabla 6.5.2.2.9).

**Tabla 6.5.2.2.9**

Operacionalización de las variables de violencia y lesiones no intencionales

Variable de exposición	Tipo de variable	Definición para el Estudio	Ítem	Codificación
Violencia interpersonal	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber sido víctima de agresión física 2 o más veces durante los últimos 12 meses (OMS, 2002).	Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has sido víctima de una agresión física?*	Sin riesgo=0- quienes no han sido víctima de agresión física o en 1 oportunidad, y con riesgo =1- quienes han sido víctima de agresión física $\geq 2$ veces en los últimos 12 meses.
Participar en pelea física	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber participado en una pelea física 2 o más veces en los últimos 12 meses (OMS, 2002).	Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces participaste en una pelea física?***	Sin riesgo=0- quienes no han participado o en 1 oportunidad en peleas físicas en los últimos 12 meses, y con riesgo=1- quienes han participado en peleas físicas $\geq 2$ veces en los últimos 12 meses.
Víctima de intimidación escolar	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran haber sido víctima de intimidación escolar en 1 oportunidad durante los últimos 30 días (OMS, 2002).	Durante los últimos 30 días fuiste intimidado?***	Sin riesgo=0- quienes no han sido víctima de intimidación escolar, y con riesgo=1- quienes han sido víctima de intimidación escolar 1 o más días.

\*Se produce una agresión física cuando una o varias personas golpean a alguien, o cuando una o varias personas hieren a otra con un arma. \*\*Se produce una pelea física cuando dos o más estudiantes de aproximadamente la misma fuerza deciden luchar entre ellos. \*\*\*La intimidación ocurre cuando un estudiante o grupo de estudiantes dice o hace algo malo o desagradable a otro estudiante.

**i) Factores protectores:** Se analizaron tres ítems del módulo de factores protectores: asistencia escolar, apoyo social en la escuela y regulación y control paterno. Los ítems se categorizaron de acuerdo a las clasificaciones sugeridas por la EMSE de Argentina (2014). (Tabla 6.5.2.2.10).

**Tabla 6.5.2.2.10**

Operacionalización de las variables de factores protectores

Variable de exposición	Tipo de variable	Definición para el estudio	Ítem	Codificación
Asistencia escolar	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran no haber faltado a la escuela sin permiso durante los últimos 30 días.	Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días faltaste a clases o a la escuela sin permiso?	Sin riesgo =0 - quienes declaran no haber faltado a la escuela sin permiso en los últimos 30 días, y con riesgo =1- quienes declaran haber faltado a la escuela sin permiso en los últimos 30 días.
Apoyo social en la escuela	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran que la mayoría de los estudiantes en su escuela fueron amables y le prestaron ayuda durante los últimos 30 días.	Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia la mayoría de los estudiantes en tu escuela fueron amables contigo y te prestaron ayuda?	Sin riesgo=0- quienes declaran que siempre o casi siempre los estudiantes fueron amables y le prestaron ayuda durante los últimos 30 días, y con riesgo=1- declaran que algunas veces, rara vez o nunca los estudiantes fueron amables y le prestaron ayuda durante los últimos 30 días.
Regulación y control paterno	Cualitativa dicotómica	Aquellos que declaran que siempre o casi siempre sus padres o cuidadores verificaron que hacía la tarea durante los últimos 30 días.	Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia verificaron tus padres o cuidadores que hacías la tarea?	Sin riesgo=0- quienes declaran que siempre o casi siempre sus padres o cuidadores verificaron que hacía la tarea durante los últimos 30 días, y con riesgo=1- declaran que algunas veces, rara vez o nunca sus padres o cuidadores verificaron que hacía la tarea durante los últimos 30 días.

### 6.5.2.3 Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas registradas fueron:

- a) **Edad:** Se registró la edad en años cumplidos. Se analizó como variable cuantitativa discreta, y como variable ordinal discreta codificándose en “Grupo de edad”: = 1 quienes declaran tener 15 – 16 años (adolescencia media); 2= quienes declaran tener 17 – 18 años (adolescencia tardía). Estas categorías de edad corresponden a las fases de la adolescencia descritas por la OMS/UNICEF (Unicef, 2011).
- b) **Sexo:** Se analizó como variable cualitativa nominal discreta y se codificó como hombre=0, mujer=1.
- c) **Nivel de escolaridad:** Se consultó el nivel que cursaba actualmente. Se analizó como variable cuantitativa continua, y como variable ordinal dicotómica codificándose en: “Grupo Curso”: 1= quienes cursan 1°– 2° Medio; 2= quienes cursan 3°– 4° Medio.

## 6.6 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS

### 6.6.1 Fase 1. Solicitud de Permisos

- a) **KIDSCREEN-52:** Previo al contacto con el establecimiento educacional se firmó un acuerdo de colaboración con The KIDSCREEN Group, quienes aprobaron el uso del cuestionario, lo que permitió el ingreso a la zona de miembros KIDSCREEN que contempla el uso del instrumento y el acceso a artículos de investigación (Anexo 4).
- b) **Encuesta Mundial de Salud Escolar:** En el mes de abril del año 2015 se solicitó la autorización para la aplicación de la encuesta a los responsables nombrados por el MINSAL de Chile, quienes autorizaron el uso del cuestionario (Anexo 5).

c) **Establecimiento de Educación Media de Valparaíso:** En el mes de abril del año 2015 se solicitó al director del establecimiento educacional su autorización para realizar la presente investigación explicando los objetivos y metodología del estudio. El director autorizó dicha petición indicando que el trabajo en terreno se debía coordinar con el Equipo Psicosocial del establecimiento educacional.

d) **Consentimiento Informado:** Los consentimientos informados fueron entregados a los estudiantes para obtener la autorización de los padres o tutores a través de la firma del documento. Los consentimientos pendientes fueron entregados en la reunión de padres y tutores donde la investigadora les informó sobre el objetivo del estudio y la relevancia de sus resultados. Los documentos fueron recopilados en la Unidad Psicosocial del establecimiento educacional donde fueron archivados en orden alfabético y por curso (Anexo 3).

## **6.6.2 Fase 2: Entrevistas cognitivas de la EMSE**

A través de la Teoría Cognitiva se pretende entender cómo los encuestados perciben e interpretan las preguntas permitiendo identificar los posible problemas que puedan surgir de estos cuestionamientos y que pudieran provocar error en la respuesta (Drennan, 2003). En esta investigación el objetivo fue verificar la equivalencia conceptual de la versión española del instrumento con una muestra de adolescentes chilenos antes de utilizar el cuestionario en el campo. Estas entrevistas fueron realizadas el 15 de abril del 2015 por la investigadora de este estudio en la sala de reuniones del establecimiento educacional. Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia de adolescentes dividida en cuatro grupos (mujeres n= 5; edades: 15 - 16 años; hombres n=5, edades: 15 - 16 años; mujeres n=5, edades: 17 - 18 años; hombres n=5, edades: 17 - 18 años) a quienes se les solicitó que en forma individual revisaran la redacción de las instrucciones, preguntas y alternativas de respuesta que les permitieran responder correctamente cada pregunta. El promedio de tiempo invertido en la revisión individual fue de 17.1 minutos.

A continuación la investigadora, a través del método “probing”, leyó una por una las instrucciones, preguntas y alternativas y le solicitó a los encuestados que pensarán en voz alta indicando porque habían contestado esa alternativa, y en el caso de incongruencia entre la pregunta y su respuesta se utilizó el método “paraphrasing” solicitándoles que ellos formulen la pregunta que consideren correcta (Tabla 6.6.2.1.). Al finalizar se les consultó cómo se habían sentido contestando el cuestionario, obteniéndose una respuesta positiva. Las respuestas fueron documentadas en una pauta de registro. A partir de este análisis se realizaron los ajustes al instrumento antes de ser aplicado. Los adolescentes refieren sentirse cómodos con las preguntas, sin embargo declaran dificultad en decir la verdad aunque sea anónimo.

**Tabla 6.6.2.1**

Sugerencias propuestas por los estudiantes en las Entrevistas Cognitivas de la EMSE

Grupo	Sexo	Edad	Pregunta	Sugerencia
1	Femenino	17-18	N°6	Especificar tipos de tabaco
2	Masculino	17-18	N°2	Reemplazar “usar” por “consumir”
2	Masculino	17-18	N°4	Reemplazar condón por preservativo
2	Masculino	17-18	N°5	Definir “natalidad”

### 6.6.3 Fase 3. Prueba Piloto

Para la prueba piloto los adolescentes de un curso fueron trasladados desde su aula a la sala de computación del establecimiento educacional donde respondieron el cuestionario en versión electrónica en presencia del profesor/a y de la investigadora del presente estudio. Se registró como puntos críticos el tiempo de traslado de los estudiantes (10 minutos); coordinación con inspectoría de piso para agendar día de aplicación y habilitación del cuestionario en página web del establecimiento educacional. El tiempo total de aplicación fue de 35 minutos (considerando el desplazamiento). No se registraron dificultades en el sistema ni consultas sobre las instrucciones, preguntas o alternativas de los instrumentos.

#### **6.6.4 Fase 4. Valoración de la Fiabilidad**

Para calcular el coeficiente de fiabilidad se utilizó el método Test-retest mediante Coeficiente de Correlación Intraclase, Coeficiente de Kappa de Cohen y adicionalmente, se determinó el Coeficiente Alfa de Cronbach.

##### **a) Estabilidad de las mediciones**

Se utilizó el método Test-retest que consiste en aplicar el mismo test en dos ocasiones a los mismos sujetos; la correlación entre las puntuaciones de las dos aplicaciones es el coeficiente de fiabilidad. Esta medición indica en qué grado son estables las mediciones realizadas en la primera aplicación del test (Muñiz, 2003).

Como se observa en la tabla 6.6.4.1, el Test-retest de KIDSCREEN-52 fue evaluado en una muestra de 28 adolescentes a quienes se les aplicó el cuestionario en dos oportunidades con una diferencia de siete días.

El Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) fue calculado entre las medias pareadas de los puntajes Rasch de las diez dimensiones. Un coeficiente de 0.6 o mayor es considerado como adecuada estabilidad del Test-retest (Muñiz, 2003). En esta investigación, el CCI entre el score de las dos evaluaciones se encontró dentro del rango de 0.81 y 0.94.

**Tabla 6.6.4.1**

Estabilidad de los ítems del KIDSCREEN-52 mediante Coeficiente de Correlación Intraclase (n=28)

Dimensiones	N° Ítems	Tiempo 1		Tiempo 2		$\Delta$	CCI	IC95%
		$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS			
D1. Bienestar físico	5	45.8	10.0	46.6	8.6	0.8	0.941	[0.872, 0.973]
D2. Bienestar Psicológico	6	49.9	8.4	49.5	9.1	0.4	0.941	[0.873, 0.973]
D3. Estado de ánimo y emociones	7	40.3	8.6	41.1	7.2	0.8	0.905	[0.795, 0.956]
D4. Auto percepción	5	45.6	6.0	47.2	9.0	1.6	0.902	[0.788, 0.955]
D5. Autonomía	5	44.1	7.6	48.5	9.7	4.4	0.899	[0.781, 0.953]
D6. Relación con los padres y vida familiar	6	43.4	11.8	46.8	11.3	3.4	0.818	[0.608, 0.916]
D7. Recursos económicos	3	45.4	13.8	44.9	11.2	0.5	0.888	[0.759, 0.948]
D8. Amigos y apoyo social	6	49.9	10.9	50.9	11.1	1.0	0.824	[0.620, 0.919]
D9. Entorno escolar	6	47.8	5.5	48.4	5.6	0.6	0.932	[0.854, 0.969]
D10. Aceptación social	3	59.5	16.1	64.4	14.7	4.9	0.842	[0.660, 0.927]

$\bar{X}$ : Media, DS: Desviación Estándar,  $\Delta$ : Diferencias de medias pareadas, CCI: Coeficiente de Correlación Intraclase, IC 95%: Intervalo de Confianza

Adicionalmente, se evaluó la estabilidad de las mediciones de los cuestionarios KIDSCREEN-52 y EMSE con el Coeficiente de Kappa de Cohen entre las alternativas de los ítems dicotomizados de ambos cuestionarios aplicadas en dos oportunidades, como ya se había señalado.

Para el caso de KIDSCREEN-52, el Coeficiente de Kappa de Cohen varió entre 44% - 100% (Tabla 6.6.4.2) y para la EMSE la variación fue entre 23% y 100% (Tabla 6.6.4.3). Destaca que la mayoría de los resultados fueron calificados con una fiabilidad sustancial o superior (Kappa de Cohen =61%-100%). El valor máximo de este coeficiente es 1, cuando la fiabilidad es perfecta (Muñiz, 2003, págs. 33-149).

**Tabla 6.6.4.2.**

Estabilidad de los ítems del KIDSCREEN-52 mediante el Coeficiente de Kappa de Cohen

Dimensión / Ítems	n	Kappa	IC95%
<b>1.- Bienestar físico</b>			
En general ¿Cómo dirías que es tu salud?	28	0.505	[0.194, 0.816]
¿Te has sentido bien y en buen estado físico?	28	0.653	[0.395, 0.912]
Has estado físicamente activo/a (ej. Corriendo, escalando, andando en bicicleta, etc.)	28	0.689	[0.408, 0.970]
¿Has sido capaz de correr sin dificultad?	28	0.602	[0.290, 0.914]
¿Te has sentido lleno/a de energía?	28	0.713	[0.452, 0.973]
<b>2.- Bienestar psicológico</b>			
¿Has disfrutado de la vida?	28	0.704	[0.402, 1.000]
¿Te has sentido contento/a de estar vivo/a?	28	0.661	[0.309, 1.000]
¿Te has sentido satisfecho/a con tu vida?	28	1.000	[1.000, 1.000]
¿Has estado de buen humor?	28	0.810	[0.556, 1.000]
¿Te has sentido alegre?	28	0.887	[0.671, 1.000]
¿Lo has pasado bien?	28	0.826	[0.597, 1.000]
<b>3.- Estado de ánimo y emociones</b>			
¿Has tenido la sensación de hacerlo todo mal?	28	0.700	[0.385, 1.000]
¿Te has sentido triste?	28	0.478	[0.124, 0.832]
¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	28	0.578	[0.290, 0.865]
¿Has sentido que en tu vida todo sale mal?	28	0.632	[0.340, 0.923]
¿Te has sentido harto/a, (chato/a, choreado/a, cabreado/a)?	28	0.478	[0.124, 0.832]
¿Te has sentido solo/a?	28	0.788	[0.566, 1.000]
¿Te has sentido bajo presión (Presionado/a)?	28	0.701	[0.429, 0.972]

<b>4.- Autopercepción</b>			
¿Has estado contento/a con tu forma de ser?	28	0.444	[0.088, 0.799]
¿Has estado contento/a con la ropa que usas?	28	0.579	[0.215, 0.943]
¿Has estado preocupado/a por cómo te ves físicamente?	28	0.444	[0.049, 0.840]
¿Has tenido envidia de cómo se ven otros/as niños/as?	28	1.000	[1.000, 1.000]
¿Te gustaría cambiar alguna parte de tu cuerpo?	28	0.536	[0.214, 0.858]
<b>5.- Autonomía</b>			
¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	28	0.857	[0.668, 1.000]
¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?	28	0.714	[0.466, 0.963]
¿Has tenido suficientes oportunidades para salir al aire libre?	28	0.449	[0.112, 0.787]
¿Has tenido suficiente tiempo para juntarte con amigos/as?	28	0.588	[0.322, 0.854]
¿Has podido elegir qué hacer en tu tiempo libre?	28	0.714	[0.458, 0.971]
<b>6.- Relación con los padres y vida familiar</b>			
¿Te han entendido tu mamá y/o papá?	28	0.781	[0.553, 1.000]
¿Te has sentido querido/a por tu mamá y/o papá?	28	0.825	[0.592, 1.000]
¿Te has sentido feliz en casa?	28	0.786	[0.562, 1.000]
¿Tu mamá y/o papá han tenido suficiente tiempo para ti?	28	0.702	[0.435, 0.969]
¿Tu mamá y/o papá te han tratado de forma justa?	28	0.851	[0.654, 1.000]
¿Has podido hablar con tu mamá y/o papá cuando lo has querido?	28	0.484	[0.156, 0.812]
<b>7.- Recursos económicos</b>			
¿Has tenido suficiente dinero para hacer las mismas cosas que tus amigos/as?	28	0.563	[0.253, 0.872]
¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos personales?	28	0.856	[0.665, 1.000]
¿Tienes dinero suficiente para realizar actividades con tus amigos/as?	28	0.579	[0.215, 0.943]

<hr/>			
8.- Amigos y apoyo social			
¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?	28	0.786	[0.557, 1.000]
¿Has realizado actividades con otros/as niños/as?	28	0.574	[0.274, 0.873]
¿Lo has pasado bien con tus amigos/as?	28	0.435	[0.022, 0.849]
¿Tú y tus amigos/as se han ayudado entre ustedes?	28	0.075	[-0.331, 0.482]
¿Has podido hablar de todo con tus amigos/as?	28	0.381	[0.030, 0.732]
¿Has podido confiar en tus amigos/as?	28	0.317	[-0.041, 0.676]
<hr/>			
9.- Entorno Escolar			
¿Te has sentido feliz en el colegio?	28	0.635	[0.353, 0.918]
¿Te ha ido bien en el colegio?	28	0.565	[0.260, 0.870]
¿Te has sentido satisfecho/a con tus profesores/as?	28	0.680	[0.405, 0.955]
¿Has sido capaz de poner atención?	28	0.490	[0.171, 0.808]
¿Te ha gustado ir al colegio?	28	0.314	[-0.001, 0.628]
¿Te has llevado bien con tus profesores/as?	28	0.924	[0.778, 1.000]
<hr/>			
10.- Aceptación social			
¿Has tenido miedo de otros/as niños/as?	28	0.000	[. , 1.000]
¿Se han burlado de ti otros /as niños/as?	28	0.513	[0.097, 0.929]
¿Te han amenazado o maltratado (física o psicológicamente) otros/as niños/as?	28	0.650	[0.019, 1.000]
<hr/>			

**Tabla 6.6.4.3**

Estabilidad de la Encuesta Mundial de Salud Escolar mediante el Coeficiente de Kappa de Cohen

Dimensión / Ítems	n	Kappa	IC95%
<b>1.- Consumo de alcohol</b>			
¿Qué edad tenías cuando tomaste tu primer trago de alcohol, algo más que unos pocos sorbos?	28	0.545	[0.195, 0.896]
Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días tomaste al menos una bebida que contenía alcohol?	28	0.747	[0.479, 1.000]
Durante los últimos 30 días, en los días en que tomaste alcohol, ¿cuántos tragos tomaste normalmente por día?	28	1.000	[1.000, 1.000]
Durante los últimos 30 días, ¿cómo conseguiste normalmente el alcohol que tomaste?	28	0.750	[0.491, 1.000]
Durante tu vida, ¿cuántas veces tomaste tanto alcohol que llegaste a emborracharte?	28	0.929	[0.791, 1.000]
Durante tu vida, ¿cuántas veces has tenido problemas con tu familia o amigos, has faltado a la escuela o te has metido en peleas como resultado de tomar alcohol?	28	0.837	[0.528, 1.000]
<b>2.- Conductas alimentarias</b>			
Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te quedaste con hambre porque no había suficiente comida en tu hogar?	28	*	[. , 1.000]
Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día comiste habitualmente frutas, como naranja, manzana, plátano, pera, etc.?	28	0.772	[0.529, 1.000]
Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día comiste habitualmente verduras y hortalizas como tomate, lechuga, pepino, apio, zanahoria, brócoli, etc.	28	0.786	[0.557, 1.000]
Durante los últimos 30 días ¿cuántas veces al día tomaste gaseosas o bebidas como Coca-Cola o Fanta, Sprite, Bilz, Pap u otra?	28	0.574	[0.274, 0.873]
Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días comiste en un restaurante de comida rápida como McDonald's o Shop Dog, Telepizza?	28	0.837	[0.528, 1.000]

<hr/>			
3.- Uso de drogas			
¿Qué edad tenías cuando usaste drogas por primera vez?	28	1.000	[1.000, 1.000]
Durante tu vida, ¿cuántas veces has usado marihuana?	28	0.929	[0.791, 1.000]
Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has usado marihuana?	28	0.731	[0.454, 1.000]
Durante tu vida, ¿cuántas veces has usado anfetaminas o metanfetaminas?	28	-	-
<hr/>			
4.- Higiene			
Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día generalmente te limpiaste o cepillaste los dientes?	28	0.851	[0.654, 1.000]
Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te lavaste las manos antes de comer?	28	0.542	[0.213, 0.872]
Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te lavaste las manos después de ir al baño?	28	*	[. , 1.000]
Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usaste jabón al lavarte las manos?	28	0.837	[0.528, 1.000]
<hr/>			
5.- Sentimientos y amistades			
Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia te has sentido solo o sola?	28	0.781	[0.370, 1.000]
Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has estado tan preocupado por algo que no podías dormir por la noche?	28	0.239	[-0.153, 0.631]
Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez consideraste seriamente la posibilidad de suicidarte?	28	0.900	[0.709, 1.000]
Durante los últimos 12 meses, ¿has hecho algún plan de cómo intentarías suicidarte?	28	0.887	[0.671, 1.000]
Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces intentaste realmente suicidarte?	28	0.837	[0.528, 1.000]
¿Cuántos amigos o amigas muy cercanos tienes?	28	0.650	[0.019, 1.000]
<hr/>			

---

6.- Actividad Física			
Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días practicaste una actividad física por un total de al menos 60 minutos al día?	28	0.781	[0.370, 1.000]
Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días fuiste de la casa a la escuela o regresaste caminando o en bicicleta?	28	0.344	[-0.228, 0.915]
En este curso académico, ¿cuántos días a la semana fuiste a clase de educación física en la escuela?	28	0.650	[0.019, 1.000]
Durante un día típico o normal, ¿cuánto tiempo pasas sentado viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado?	28	0.857	[0.666, 1.000]

---

7.- Factores protectores			
Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días faltaste a clases o a la escuela sin permiso?	28	0.372	[0.002, 0.741]
Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia la mayoría de los estudiantes en tu escuela fueron amables contigo y te prestaron ayuda?	28	0.310	[-0.079, 0.698]
Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia verificaron tus padres o cuidadores que hacías la tarea?	28	0.536	[0.214, 0.858]
Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia entendieron tus padres o cuidadores tus problemas y preocupaciones?	28	0.772	[0.529, 1.000]
Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tus padres o cuidadores realmente sabían lo que estabas haciendo en tu tiempo libre?	28	0.673	[0.378, 0.967]
Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tus padres o cuidadores buscaron entre tus cosas sin tu permiso?	28	0.632	[0.340, 0.923]

---

8.- Comportamientos sexuales que contribuyen a la infección por VIH, otras ITS y Embarazos no planeados			
¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?	28	0.844	[0.637, 1.000]
¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?	28	1.000	[1.000, 1.000]
Durante tu vida, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?	28	0.913	[0.821, 0.928]
La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿usaste tu o tu pareja un condón?	28	0.619	[0.281, 0.957]
La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿usaste tu o tu pareja algún otro método de control de control de embarazo?	28	0.583	[0.266, 0.901]
9.- Consumo de cigarrillos y otro tipo de tabaco			
¿Qué edad tenías cuando probaste un cigarrillo por primera vez?	28	0.909	[0.735, 1.000]
Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumaste cigarrillos?	28	*	*
Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días usaste otra forma de tabaco, como tabaco para mascar, puros, pipa, pipa árabe o narguile?	28	*	*
Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez has intentado dejar de fumar cigarrillos?	28	0.781	[0.370, 1.000]
Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días han fumado otras personas en tu presencia?	28	0.632	[0.340, 0.923]
¿Cuál de tus padres o cuidadores usa alguna forma de tabaco?	28	0.927	[0.781, 1.000]

---

10.- Violencia y lesiones no intencionales			
Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has sido víctima de una agresión física?	28	*	[. , 1.000]
Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces participaste en una pelea física?	28	0.632	[0.174, 1.000]
En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces tuviste una lesión seria?	28	0.700	[0.385, 1.000]
Durante los últimos 12 meses, ¿cuál fue la lesión más seria que tuviste?	28	0.788	[0.507, 1.000]
Durante los últimos 12 meses, ¿cuál fue la causa principal de la lesión más seria que sufriste?	28	0.825	[0.592, 1.000]
Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fuiste intimidado?	28	*	[. , 1.000]
Durante los últimos 30 días, ¿en qué forma te intimidaron más frecuentemente?	28	1.000	[1.000, 1.000]

---

\* Falta de casos

**b) Consistencia interna:** constituye otra forma de estimar la fiabilidad, refleja el grado en el que covarían los ítems que conforman el test (Muñiz, 2003, págs. 33-149). La consistencia interna de los cuestionarios KIDSCREEN-52 y EMSE fue calculada mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach y se presentan en la tabla 6.6.4.4 y 6.6.4.5.

**Tabla 6.6.4.4**

Descriptivos de las dimensiones y consistencia interna del KIDSCREEN-52 (n=550)

Dimensiones	N° ítems	X	DS	Me	p25 - p75	Efecto piso%	Efecto techo%	α Cronbach
D1. Bienestar físico	5	42.1	11.2	40.9	36.1 - 48.0	0.18	2.00	0.826
D2. Bienestar Psicológico	6	49.5	11.5	49.5	19.5 - 57.9	0.36	12.00	0.909
D3. Estado de ánimo y emociones	7	40.0	11.2	40.3	33.4 - 45.3	1.09	1.09	0.892
D4. Autopercepción	5	46.0	9.6	45.9	40.2 - 50.1	0.18	2.73	0.659
D5. Autonomía	5	46.0	12.3	46.3	14.9 - 52.7	0.18	6.73	0.888
D6. Relación con los padres y vida familiar	6	45.1	12.3	44.6	36.9 - 52.9	0.55	8.73	0.914
D7. Recursos económicos	3	44.3	14.7	43.9	36.9 - 52.9	4.18	6.18	0.890
D8. Amigos y apoyo social	6	50.2	11.2	50.9	32.9 - 55.2	0.55	5.45	0.863
D9. Entorno escolar	6	48.5	9.5	47.7	42.5 - 53.1	0.55	2.73	0.842
D10. Aceptación social	3	60.7	16.0	59.5	48.0 - 74.6	0.55	49.4	0.746

La tabla 6.6.4.5 muestra las características psicométricas de las dimensiones del KIDSCREEN-52. Los resultados del estudio confirman que este es un cuestionario fiable para su uso en adolescentes escolarizados de Valparaíso. La fiabilidad se probó utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach, y los niveles de consistencia interna variaron desde 0.65 (autopercepción) hasta 0.91 (relación con los padres y vida familiar), con un valor global medio de 0.871, considerado una buena consistencia interna para la escala de Likert de 5 puntos. La información general sobre las dimensiones muestra que, en promedio, las puntuaciones medias van desde Me=40.3 (estado de ánimo y emociones) hasta Me=59.5 (aceptación social). El porcentaje del efecto piso es menor al 1% en todas las dimensiones, excepto para estado de ánimo y emociones (1.09%) y para recursos económicos (4.18%).

El efecto techo es particularmente alta para las dimensiones relación con los padres y vida familiar (8.73%), bienestar psicológico (12%) y aceptación social (49.4%).

**Tabla 6.6.4.5**

Consistencia interna de los Módulos de la EMSE

Dimensiones	Ítems Módulos del Cuestionario		Ítems analizados en esta investigación	
	N° ítems	$\alpha$ Cronbach	N° ítems	$\alpha$ Cronbach
M1. Consumo de alcohol	6	0.9128	3	0.8226
M2. Conductas Alimentarias	5	0.4283	4	0.4027
M3. Consumo de drogas	4	0.9127	3	0.9061
M4. Higiene	4	0.7612	0	-
M5. Salud mental	6	0.7702	6	0.7702
M6. Actividad Física	4	0.3269	3	0.3460
M7. Factores protectores	6	0.6207	3	0.4035
M8. Relaciones sexuales	5	0.9407	3	0.9578
M9. Consumo de tabaco	6	0.7974	3	0.7623
M10. Violencia y lesiones no intencionales	7	0.7797	3	0.6026

La tabla 6.6.4.5 muestra las características psicométricas de los módulos de la EMSE. Los resultados del estudio confirman que este es un cuestionario fiable para su uso en adolescentes escolarizados de Valparaíso, medido a través del coeficiente Alfa de Cronbach. Los niveles de consistencia interna variaron desde 0.32 (actividad física) hasta 0.91 (consumo de alcohol y consumo de drogas), con un valor global medio de 0.800.

Al analizar la consistencia interna de los ítems utilizados en esta investigación se obtienen valores similares para cada módulo y un valor global medio aceptable de 0.745.

### **6.6.5 Fase 5. Aplicación a los cursos seleccionados**

Se organizó una reunión de coordinación e información entre los inspectores de cada nivel (n=4), el psicólogo del Equipo Psicosocial y la investigadora con el propósito de definir los días y horarios en los que se les aplicaría el cuestionario a los adolescentes de los cursos participantes. Los inspectores coordinaron internamente con los profesores que, de acuerdo al horario de cada curso, se encontrarían en permanencia con los estudiantes, para informarles que éstos serían trasladados a la sala de computación en su horario de clases por un periodo de 35 minutos. Esta aplicación se llevó a cabo entre los meses de mayo y agosto del año 2015. La técnica de recolección de datos fue por medio de encuestas en línea: cuestionario KIDSCREEN-52 para determinar la CVRS, y el EMSE para identificar los CRS. Ambos tipos de instrumentos registran los datos observables a través de escalas de tipo Likert. Las autoridades del establecimiento educacional proporcionaron un aula de computación para llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios. El trabajo de campo se llevó a cabo entre los meses de mayo y agosto de 2015. La recogida de datos de los cursos participantes se realizó siguiendo los mismos procedimientos:

- Las aplicaciones estuvieron a cargo de la investigadora y se realizaron en presencia del inspector de nivel o profesor de asignatura que correspondía por horario de clases.
- La inspectora del establecimiento trasladó a los adolescentes autorizados por medio del consentimiento informado al aula de computación del establecimiento educacional para que éstos accedieran al cuestionario instalado en línea en la página web institucional.
- Una vez en la sala, la investigadora les explicó el objetivo del estudio y les entregó las indicaciones para que los adolescentes pudieran contestarlo durante la jornada de clases sin límite de tiempo.
- Las consultas de los participantes fueron aclaradas en el momento de la aplicación.
- El tamaño de los grupos osciló entre 20 y 40 estudiantes y la aplicación colectiva se desarrolló en 20 sesiones.

## **6.7 Consideraciones Éticas**

Este estudio se realizó de acuerdo con la declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación. Este Comité emitió un certificado con fecha 19 de marzo de 2015, certificando haber analizado el proyecto del estudio, y resolvieron: “considerando los antecedentes presentados y la metodología propuesta, este Comité establece que el estudio cumple con las normas de bioética establecidas por la Institución para este tipo de investigaciones” (Anexo 2).

Se obtuvo consentimiento informado de todos los adolescentes y del padre/madre o el tutor/a (Anexo 3). La participación de los adolescentes fue voluntaria, las respuestas fueron anónimas y confidenciales (Anexo 1).

Respecto a la legalidad para aplicar el KIDSCREEN-52 en este estudio, se contó con los permisos para el uso del cuestionario del KIDSCREEN-Group según convenio entre la Srta. Brit Gardemeier, Asistente de investigación, y la Sra. Fabiola Vilugrón Aravena, con fecha 30 de abril de 2015 (Anexo 4).

En relación a la legalidad para aplicar la EMSE, se les solicitó su autorización a los Sres. Rodrigo Fuentes y Sergio Loayza, responsables nombrados por el MINSAL de Chile para la gestión del proyecto y aplicación del EMSE, quienes indicaron con fecha 23 de abril de 2015, que no era necesario una para el uso del cuestionario, pero si la aprobación de un comité de ética (Anexo 5).

## **6.8 Análisis de los datos**

### **Etapa 1: Análisis descriptivo de la muestra y comparación de diferencias según sexo y grupo de edad**

- Análisis descriptivo: Se utilizó la estadística descriptiva para describir las variables de estudio, obteniéndose tablas de frecuencia y gráficos de sectores y barras que presentaron, para cada valor de una variable, el número de casos que la componen y su porcentaje según sexo y edad.
- Tablas de contingencia: Se utilizó la prueba  $\chi^2$  para evaluar si la asociación entre variables es significativa. En este caso, se analizó la relación entre el sexo, los comportamientos de riesgo y las dimensiones de la CVRS. Del mismo modo se analizó la relación entre el grupo etario y estas variables. El nivel de significación estadística se estableció en  $p < 0.05$ .

### **Etapa 2: Análisis de fiabilidad**

Para conocer la consistencia interna y el coeficiente de fiabilidad de cada uno de los constructos se utilizó el método Test-retest mediante Coeficiente de Correlación Intraclase, Coeficiente de Kappa de Cohen y adicionalmente, se determinó el Coeficiente Alfa de Cronbach.

### **Etapa 3: Cálculo y análisis del Puntaje Rasch**

- Cálculo del Puntajes Rasch para las dimensiones del KIDSCREEN-52: En base a las respuestas de cada ítem se aplicó el Modelo Teórico de Crédito Parcial (PCM) para calcular los puntajes Rasch de cada dimensión. Estas puntuaciones fueron transformadas a valores T con una media de 50 y DE =10.
- Para el análisis de las propiedades métricas se utilizaron medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

- Análisis del Puntaje Rasch: Se consideró como punto de corte para mala CV un puntaje  $<p25$ , que de acuerdo a investigaciones previas es considerado un efecto importante en los resultados de la calidad de vida percibidos por los sujetos (Rajmil, y otros, 2006); este punto de corte además fue usado como referencia para el estudio nacional de “Calidad de Vida relacionado con la Salud en adolescentes chilenos” (Molina, y otros, 2012).
- Comparación de promedios y medianas: Se utilizó t-student en distribución normal o U de Mann Whitley o Kruskal Wallis en caso de resultar una distribución asimétrica. El nivel de significación estadística se estableció en  $p<0.05$ .

#### **Etapa 4: Modelos de regresión logística múltiple**

- Transformación del Puntaje Rasch: Se transformó el puntaje Rasch de cada dimensión del KIDSCREEN-52 a variable dependiente observada dicotómica (0=mejor CVRS, 1=peor CVRS), considerando un puntaje  $\leq p25$  como peor CVRS.
- Análisis bivariados: Con el propósito de verificar las hipótesis de investigación, se determinó la relación entre cada dimensión del KIDSCREEN-52 y el comportamiento de riesgo estudiado, utilizando modelos matemáticos de ecuaciones bivariadas calculadas en odd ratio (OR) y ajustadas por edad y sexo.
- Análisis previo a la propuesta de los Modelos de Regresión Logística Múltiple: a) Identificación de las variables predictoras de la CVRS: Se determinaron de acuerdo a la revisión de la literatura; b) Variables confundentes: se valoró si hay confusión entre las variables de control y la relación principal evaluada. Particularmente se analizó si la introducción de una variable de control en el modelo de Regresión Logística produce un cambio importante en la medida de asociación que estima el efecto de la exposición (CRS) sobre la respuesta (cambio en un 10% del OR de cada una de las dimensiones de CVRS). Si no es así dicha variable de control se eliminó del modelo; c) Variables modificadoras del efecto o de interacción: entre las variables de control (sexo y edad) y las variables independientes (CRS), se analizan las variables modificadoras que resultaron significativas mediante la estratificación de los modelos (Aguayo, 2007).

- Modelos de Regresión Logística Múltiple: se ajustan diez modelos matemáticos para predecir el comportamiento de cada una de las dimensiones de CVRS del KIDSCREEN-52 en función de los CRS, sexo y edad. El propósito fue determinar la existencia o ausencia de relación entre estas variables, medir la magnitud de dicha relación y estimar la probabilidad de que se produzca el suceso (Vivanco, 1999). Las variables dependientes fueron las diez dimensiones del KIDSCREEN-52. El puntaje de cada una de ellas fue transformado a variables dicotómicas de 0 (puntaje  $\geq p25$ ) o 1 (puntaje  $< p25$ ). Como variable independiente se emplearon los comportamientos de riesgo para la salud y las variables sociodemográficas (sexo y edad). El Modelo se ajustó utilizando el Método de Wald de inclusión por pasos que incorpora en el modelo solo las variables a partir de un nivel de significación. Se utilizó  $p < 0.2$  para la entrada de las variables al modelo y se consideraron significativas las variables a partir de valores menores que  $p < 0.05$ .

- Magnitud del Efecto: Se determinó a partir del cálculo del OR. Éste corresponde a la base de los logaritmos naturales elevada al coeficiente de regresión logística de la variable correspondiente. Su interpretación asume que el  $OR=1$  cuando incrementos de los valores de la variable independiente (en nuestra investigación corresponde a la presencia de CRS) no aumentan en absoluto la probabilidad que ocurra el suceso (peor CVRS), esto significa que no existe relación entre las variables; y  $OR > 1$  cuando incrementos de la variable aumentan la probabilidad que ocurra el suceso. Un valor de  $OR < 1$  indica que incrementos en la variable independiente genera disminución en la probabilidad que ocurra el suceso. Adicionalmente, se realizó una estimación puntual y por intervalos. La estimación por intervalos consistió en proporcionar un rango de valores en el que con una determinada probabilidad (95% de confianza) se encuentra el valor de la población. La obtención de estos intervalos se realizó sumando y restando al Odd ratio su correspondiente error muestral.

- Bondad del ajuste de los modelos: se utilizó la prueba de Hosmer y Lemeshow (2000), debido a que se trata de un método utilizado en la regresión logística, especialmente para los modelos con covariables continuas y los estudios con tamaños de muestra pequeños. Se basa en agrupar los casos en deciles de riesgo y comparar la probabilidad observada con la probabilidad esperada dentro de cada decil. Esta prueba establece que un

nivel de significación estadística  $p > 0.05$  indica que el modelo posee un buen ajuste (Aguayo, 2007).

- Programa estadístico: Los datos del estudio fueron analizados utilizando el paquete estadístico STATA v12.

# CAPÍTULO 7

## Resultados

En este capítulo se presentan los principales resultados que dan respuesta a los objetivos e hipótesis de esta investigación.

### 7.1 Resultados del Objetivo Específico 1: Explorar sobre la percepción de las dimensiones de la CVRS de adolescentes según sexo y grupos de edad

En las tablas 7.1.1 a 7.1.10 se presentan los resultados descriptivos relacionados con la percepción que tienen los adolescentes escolarizados de 15 a 18 años de Valparaíso sobre las diez dimensiones del cuestionario de calidad de vida KIDSCREEN-52 según sexo y grupo de edad.

**Tabla 7.1.1**

Dimensión 1: Bienestar Físico en adolescentes de 15 a 18 años (n=550)

Ítems	Grupos	Mala N (%)	Regular N (%)	Buena N (%)	Muy Buena N (%)	Excelente N (%)	$\chi^2$	Valor-p
En general	Hombres	5 (2.3)	36 (16.3)	66 (29.9)	62 (28.1)	52 (23.5)	45.8	p<0.001
¿cómo dirías que es tu salud?	Mujeres	13 (4.0)	99 (30.1)	132 (40.1)	61 (18.5)	24 (7.3)		
	15-16 a	9 (2.5)	92 (25.1)	134 (36.5)	84 (22.9)	48 (13.1)	3.0	0.551
	17-18 a	9 (4.9)	43 (23.5)	64 (35.0)	39 (21.3)	28 (15.3)		
Ítems	Grupos	Nada N (%)	Poco N (%)	Moderada N (%)	Mucho N (%)	Muchísimo N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Te has sentido bien y en buen estado físico?	Hombres	7 (3.2)	20 (9.0)	87 (39.4)	62 (28.1)	45 (20.4)	51.0	p<0.001
	Mujeres	18 (5.5)	75 (22.8)	162 (49.2)	55 (16.7)	19 (5.8)		
	15-16 a	17 (4.6)	64 (17.4)	170 (46.3)	75 (20.4)	41 (11.2)	0.8	0.929
	17-18 a	8 (4.4)	31 (16.9)	79 (43.2)	42 (23.0)	23 (12.6)		
¿Has estado físicamente activo?	Hombres	26 (11.8)	55 (24.9)	43 (19.5)	41 (18.6)	56 (25.3)	47.4	p<0.001
	Mujeres	76 (23.1)	106 (32.2)	80 (24.3)	45 (13.7)	22 (6.7)		
	15-16 a	55 (15.0)	115 (31.3)	77 (21.0)	66 (18.0)	54 (14.7)	14.1	0.007
	17-18 a	47 (25.7)	46 (25.1)	46 (25.1)	20 (10.9)	24 (13.1)		

Ítems	Grupos	Nada N (%)	Poco N (%)	Moderada N (%)	Mucho N (%)	Muchísimo N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Has sido capaz de correr sin dificultad?	Hombres	13 (5.9)	28 (12.7)	54 (24.4)	61 (27.6)	65 (29.4)	62.7	p<0.001
	Mujeres	41 (12.5)	91 (27.7)	108 (32.8)	62 (18.8)	27 (8.2)		
	15-16 a	31 (8.4)	84 (22.9)	116 (31.6)	72 (19.6)	64 (17.4)	8.6	0.069
	17-18 a	23 (12.6)	35 (19.1)	46 (25.1)	51 (27.9)	28 (15.3)		

Ítems	Grupos	Nunca N (%)	Casi nunca N (%)	Algunas veces N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Te has sentido lleno/a de energía?	Hombres	5 (2.3)	15 (6.8)	83 (37.6)	72 (32.6)	46 (20.8)	23.2	p<0.001
	Mujeres	15 (4.6)	46 (14.0)	141 (42.9)	98 (29.8)	29 (8.8)		
	15-16 a	15 (4.1)	33 (9.0)	154 (42.0)	112 (30.5)	53 (14.4)	5.9	0.200
	17-18 a	5 (2.7)	28 (15.3)	70 (38.3)	58 (31.7)	22 (12.0)		

En la tabla 7.1.1, se puede apreciar que un importante número de adolescentes consideró su bienestar físico como bueno, muy bueno o excelente, sin embargo existen diferencias significativas en algunos ítems según sexo y grupo de edad. Por sexo, el 51.6% de los hombres declaró que su salud era muy buena o excelente, disminuyendo esta percepción a 25.8% en mujeres. Destaca que el 34.2% de las mujeres consideró que su salud es “mala” o “regular” vs. el 18.6% de los hombres. No hubo diferencias según grupo etario.

Con respecto a la percepción del estado físico, el 48.5% de los hombres informó sentirse mucho o muchísimamente bien en comparación al 22.5% de las mujeres, mientras que el 12.2% de los hombres y el 28.3% de las mujeres declaró sentirse nada o poco bien con su estado físico. No hubo diferencias significativas según grupo etario. Los hombres declararon ser físicamente mucho o muchísimo más activos (43.9% vs. 20.4% mujeres). Destaca que el 36.7% de los hombres y el 55.3% de las mujeres estuvieron nada o poco activos físicamente, y que el Grupo: 15-16 años es físicamente más activo (32.7% vs. 24% Grupo: 17-18 años).

Los hombres reportan en mayor porcentaje haber sido mucho o muchísimamente capaces de correr sin dificultad (57% vs. 27% mujeres). En relación a la percepción de energía, existe un mayor porcentaje de hombres que declaró sentirse casi siempre o siempre llenos de energía (53.4% vs. 38.6% mujeres). No se observa diferencia según grupo etario.

**Tabla 7.1.2**

Dimensión 2: Bienestar Psicológico en adolescentes de 15 a 18 años (n=550)

Ítems	Grupos	Nada N (%)	Poco N (%)	Moderada N (%)	Mucho N (%)	Muchísimo N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Has disfrutado de la vida?	Hombres	4 (1.8)	4 (1.8)	47 (21.3)	71 (32.1)	95 (43.0)	13.7	0.008
	Mujeres	3 (0.9)	29 (8.8)	79 (24.0)	98 (29.8)	120 (36.5)		
	15-16 a	6 (1.6)	23 (6.3)	80 (21.8)	110 (30.0)	148 (40.3)	2.4	0.645
	17-18 a	1 (0.5)	10 (5.5)	46 (25.1)	59 (32.2)	67 (36.6)		
¿Te has sentido contento/a de estar vivo/a?	Hombres	5 (2.3)	8 (3.6)	26 (11.8)	57 (25.8)	125 (56.6)	17.0	0.002
	Mujeres	7 (2.1)	36 (10.9)	61 (18.5)	80 (24.3)	145 (44.1)		
	15-16 a	8 (2.2)	29 (7.9)	62 (16.9)	93 (25.3)	175 (47.7)	1.3	0.853
	17-18 a	4 (2.2)	15 (8.2)	25 (13.7)	44 (24.0)	95 (51.9)		
¿Te has sentido satisfecho/a con la vida?	Hombres	0 (0.0)	11 (5.0)	46 (20.8)	76 (34.4)	88 (39.8)	20.8	p<0.001
	Mujeres	12 (3.6)	41 (12.5)	78 (23.7)	99 (30.1)	99 (30.1)		
	15-16 a	9 (2.5)	39 (10.6)	77 (21.0)	110 (30.0)	132 (36.0)	5.6	0.231
	17-18 a	3 (1.6)	13 (7.1)	47 (25.7)	65 (35.5)	55 (30.1)		

Ítems	Grupos	Nunca N (%)	Casi nunca N (%)	Algunas veces N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Has estado de buen humor?	Hombres	3 (1.4)	6 (2.7)	42 (19.0)	81 (36.7)	89 (40.3)	34.1	p<0.001
	Mujeres	6 (1.8)	25 (7.6)	99 (30.1)	136 (41.3)	63 (19.1)		
	15-16 a	6 (1.6)	23 (6.3)	89 (24.3)	142 (38.7)	107 (29.2)	2.6	0.611
	17-18 a	3 (1.6)	8 (4.4)	52 (28.4)	75 (41.0)	45 (24.6)		
¿Te has sentido alegre?	Hombres	3 (1.4)	9 (4.1)	34 (15.4)	81 (36.7)	94 (42.5)	22.9	p<0.001
	Mujeres	6 (1.8)	31 (9.4)	82 (24.9)	126 (38.3)	84 (25.5)		
	15-16 a	6 (1.6)	29 (7.9)	78 (21.3)	131 (35.7)	123 (33.5)	2.1	0.704
	17-18 a	3 (1.6)	11 (6.0)	38 (20.8)	76 (31.5)	55 (30.1)		
¿Lo has pasado bien?	Hombres	1 (0.5)	7 (3.2)	40 (18.1)	69 (31.2)	104 (47.1)	20.7	p<0.001
	Mujeres	4 (1.2)	22 (6.7)	83 (25.2)	125 (38.0)	95 (28.9)		
	15-16 a	3 (0.8)	18 (4.9)	84 (22.9)	129 (35.1)	133 (36.2)	0.5	0.971
	17-18 a	2 (1.1)	11 (6.0)	39 (21.3)	65 (35.5)	66 (36.1)		

En la tabla 7.1.2 puede observarse que un porcentaje importante de adolescentes consideró que su bienestar psicológico era positivo, sin embargo existen diferencias significativas en todos los ítems según sexo. Por sexo, el 75.1% de los hombres declaró haber disfrutado mucho o muchísimo de la vida, disminuyendo esta percepción al 66.3% en mujeres. Destaca que una de cada diez mujeres consideró no disfrutarla o disfrutarla poco. No hubo diferencias estadísticamente significativas según grupo etario.

El 82.4% de los hombres reportó sentirse contento de estar vivo (mucho o muchísimo) en comparación al 68.4% de las mujeres. No hubo diferencias significativas según grupo etario. Un mayor porcentaje de hombres declaró sentirse satisfecho con la vida (mucho o muchísimo) (74.2% vs. 60.2% mujeres). No hubo diferencias estadísticamente significativas según grupo etario.

El 77% de los hombres declaró haber estado casi siempre o siempre de buen humor, esta proporción baja al 60.4% en el grupo de mujeres. No hubo diferencias significativas según grupo etario. Asimismo, el 77% de los hombres refirió sentirse alegre casi siempre o siempre, disminuyendo al 63.8% en las mujeres. Del mismo modo, el 78.3% de los hombres reportó haberlo pasado bien casi siempre o siempre, mientras que en mujeres este porcentaje alcanza el 66.9%. No hubo diferencias estadísticamente significativas en estos ítems entre los grupos etarios.

**Tabla 7.1.3**

Dimensión 3: Estado de ánimo y emociones en adolescentes de 15 a 18 años (n=550)

Ítems	Grupos	Nunca N (%)	Casi nunca N (%)	Algunas veces N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Has tenido la sensación de hacerlo todo mal?	Hombres	23 (10.4)	63 (28.5)	94 (42.5)	25 (11.3)	16 (7.2)	12.9	0.012
	Mujeres	22 (6.7)	64 (19.5)	151 (45.9)	64 (19.5)	28 (8.5)		
	15-16 a	33 (9.0)	85 (23.2)	156 (42.5)	67 (18.3)	26 (7.1)	6.0	0.199
	17-18 a	12 (6.6)	42 (23.0)	89 (48.6)	22 (12.0)	18 (9.8)		
¿Te has sentido triste?	Hombres	19 (8.6)	67 (30.3)	104 (47.1)	23 (10.4)	8 (3.6)	26.2	p<0.001
	Mujeres	9 (2.7)	61 (18.5)	179 (54.4)	67 (20.4)	13 (4.0)		
	15-16 a	19 (5.2)	80 (21.8)	184 (50.1)	64 (17.4)	20 (5.4)	9.8	0.042
	17-18 a	9 (4.9)	48 (26.2)	99 (54.1)	26 (14.2)	1 (0.5)		
¿Te has sentido tan mal que no has querido hacer nada?	Hombres	42 (19.0)	55 (24.9)	91 (41.2)	21 (9.5)	12 (5.4)	24.7	p<0.001
	Mujeres	27 (8.2)	58 (17.6)	159 (48.3)	59 (17.9)	26 (7.9)		
	15-16 a	49 (13.4)	70 (19.1)	165 (45.0)	52 (14.2)	31 (8.4)	5.6	0.225
	17-18 a	20 (10.9)	43 (23.5)	85 (46.4)	28 (15.3)	7 (3.8)		
¿Has sentido que en tu vida sale todo mal?	Hombres	60 (21.1)	72 (32.6)	64 (29.0)	17 (7.7)	8 (3.6)	21.9	p<0.001
	Mujeres	50 (15.2)	86 (26.1)	122 (37.1)	49 (14.9)	22 (6.7)		
	15-16 a	76 (20.7)	106 (28.9)	115 (31.3)	48 (13.1)	22 (6.0)	3.9	0.412
	17-18 a	34 (6.2)	52 (28.2)	71 (38.8)	18 (9.8)	8 (4.4)		
¿Te has sentido hart/a?	Hombres	30 (13.6)	54 (24.4)	90 (40.7)	31 (14.0)	16 (7.2)	20.3	p<0.001
	Mujeres	26 (7.9)	46 (14.0)	144 (43.8)	79 (24.0)	34 (10.3)		
	15-16 a	41 (11.2)	74 (20.2)	150 (40.9)	68 (18.5)	34 (9.3)	5.400	0.249
	17-18 a	15 (8.2)	26 (14.2)	84 (45.9)	42 (23.0)	16 (8.7)		
¿Te has sentido solo/a?	Hombres	71 (32.1)	59 (26.7)	66 (29.9)	15 (6.8)	10 (4.5)	30.929	p<0.001
	Mujeres	58 (17.6)	75 (22.8)	102 (31.0)	56 (17.0)	38 (11.6)		
	15-16 a	90 (24.5)	88 (24.0)	106 (28.9)	51 (13.9)	32 (8.7)	2.435	0.656
	17-18 a	39 (21.3)	46 (25.1)	62 (33.9)	20 (10.9)	16 (8.7)		
¿Te has sentido bajo presión (presionado/a)?	Hombres	53 (24.0)	69 (31.2)	64 (29.0)	20 (9.0)	15 (6.8)	12.951	0.012
	Mujeres	62 (18.8)	72 (21.9)	116 (35.3)	53 (16.1)	26 (7.9)		
	15-16 a	87 (23.7)	98 (26.7)	108 (29.4)	49 (13.4)	25 (6.8)	8.900	0.064
	17-18 a	28 (15.3)	43 (23.5)	72 (39.3)	24 (13.1)	16 (8.7)		

En la tabla 7.1.3 se observa que un porcentaje importante de adolescentes calificó la dimensión estado de ánimo era bueno, muy bueno o excelente, sin embargo existen diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems según sexo.

Por sexo, el 18.5% de los hombres declaró tener la sensación de hacerlo todo mal casi siempre o siempre, esta percepción aumenta a 28% en mujeres. No hubo diferencias estadísticamente significativas según grupo etario.

El 14% de los hombres informó haberse sentido triste casi siempre o siempre en comparación al 24.4% de las mujeres. Se observan diferencias significativas según grupo etario, siendo este porcentaje mayor en el grupo de 15-16 años (22.8% vs. 14.7 % grupo de 17-18 años).

Un mayor porcentaje de mujeres declaró haberse sentido casi siempre o siempre tan mal que no ha querido hacer nada (14.9% vs. 25.8% hombres). No hubo diferencias estadísticamente significativas según grupo etario.

El 11.3% de los hombres declaró haber sentido que en su vida sale todo mal casi siempre o siempre, este porcentaje aumenta al 21.6% en el grupo de mujeres. No hubo diferencias significativas según grupo etario. Asimismo, el 21.2% de los hombres refirió haberse sentido harto, aumentando al 34.3% en las mujeres. No hubo diferencias estadísticamente significativas según grupo etario.

Del mismo modo, el 11.3% de los hombres reportó haberlo sentido solo casi siempre o siempre, mientras que en mujeres este porcentaje alcanza el 19.6%. El 15.8% de los hombres declaró haberse sentido bajo presión o presionado casi siempre o siempre, aumentado a 22% en mujeres. No hubo diferencias estadísticamente significativas en estos ítems entre los grupos etarios.

**Tabla 7.1.4**

Dimensión 4: Autopercepción en adolescentes de 15 a 18 años. (n=550)

Ítems	Grupos	Nunca N (%)	Casi nunca N (%)	Algunas veces N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Has estado contento/a con tu forma de ser?	Hombres	8 (3.6)	9 (4.1)	44 (19.9)	75 (33.9)	85 (38.5)	17.8	p<0.001
	Mujeres	10 (3.0)	24 (7.3)	110 (33.4)	98 (29.8)	87 (26.4)		
	15-16 a	9 (2.5)	21 (5.7)	101 (27.5)	118 (32.2)	118 (32.2)		
	17-18 a	9 (4.9)	12 (6.6)	53 (29.0)	55 (30.1)	54 (29.5)		
¿Has estado contento/a con la ropa que usas?	Hombres	4 (1.8)	7 (3.2)	32 (14.5)	48 (21.7)	130 (58.8)	32.4	p<0.001
	Mujeres	13 (4.0)	24 (7.3)	71 (21.6)	107 (32.5)	114 (34.7)		
	15-16 a	14 (3.8)	21 (5.7)	63 (17.2)	107 (29.2)	162 (44.1)		
	17-18 a	3 (1.6)	10 (5.5)	40 (21.9)	48 (26.2)	82 (44.8)		
Ítems	Grupos	Siempre N (%)	Casi siempre N (%)	Algunas veces N (%)	Casi nunca N (%)	Nunca N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Has estado preocupado/a por cómo te ves físicamente?	Hombres	65 (29.4)	44 (19.9)	56 (25.3)	32 (14.5)	24 (10.9)	26.8	p<0.001
	Mujeres	147 (44.7)	81 (24.6)	63 (19.1)	19 (5.8)	19 (5.8)		
	15-16 a	153 (41.7)	77 (21.0)	80 (21.8)	30 (8.2)	27 (7.4)		
	17-18 a	59 (32.2)	48 (26.2)	39 (21.3)	21 (11.5)	16 (8.7)		
¿Has tenido envidia de cómo se ven otro/as niños/as?	Hombres	7 (3.2)	11 (5.0)	21 (9.5)	42 (19.0)	140 (63.3)	3.4	0.484
	Mujeres	13 (4.0)	16 (4.9)	47 (14.3)	64 (19.5)	189 (57.4)		
	15-16 a	13 (3.5)	15 (4.1)	47 (12.8)	69 (18.8)	223 (60.8)		
	17-18 a	7 (3.8)	12 (6.6)	21 (11.5)	37 (20.2)	106 (57.9)		
¿Te gustaría cambiar alguna parte de tu cuerpo?	Hombres	28 (12.7)	21 (9.5)	38 (17.2)	36 (16.3)	98 (44.3)	58.5	p<0.001
	Mujeres	102 (31.0)	55 (16.7)	71 (21.6)	42 (12.8)	59 (17.9)		
	15-16 a	88 (24.0)	54 (14.7)	64 (17.4)	56 (15.3)	105 (28.6)		
	17-18 a	42 (23.0)	22 (12.0)	45 (24.6)	22 (12.0)	52 (28.4)		

Como se muestra en la tabla 7.1.4, un porcentaje importante de adolescentes consideró que su autopercepción era positiva, sin embargo existen diferencias estadísticamente significativas en algunos ítems según sexo.

Por sexo, el 72.4% de los hombres declaró haber estado contento con la forma de ser casi siempre o siempre, esta percepción disminuye a 56.2 % en mujeres. No hubo diferencias estadísticamente significativas según grupo etario. Asimismo, el 80.5% de los hombres reportó estar contento con la ropa que usa, disminuyendo a 67.2% en las mujeres. No hubo diferencias significativas según grupo etario.

El 49.3% de los hombres reportó haber estado preocupado por cómo se ve físicamente casi siempre o siempre en comparación al 69.3% de las mujeres. No hubo diferencias estadísticamente significativas según grupo etario.

Uno de cada diez hombres y mujeres, y en ambos grupos etarios, reporta haber sentido envidia de cómo se ven otros adolescentes. No hubo diferencias estadísticamente significativas según sexo y grupo etario.

Destaca que un mayor porcentaje de mujeres declaró que casi siempre o siempre le gustaría cambiar alguna parte de su cuerpo (47.7% vs. 22.2% hombres). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos etarios.

**Tabla 7.1.5**

Dimensión 5: Autonomía en adolescentes de 15 a 18 años (n=550)

Ítems	Grupo	Nunca (%)	N	Casi nunca N (%)	Algunas veces N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	Hombres	9 (4.1)		31 (14.0)	57 (25.8)	71 (32.1)	53 (24.0)	13.4	0.009
	Mujeres	12 (3.6)		61 (18.5)	121 (36.8)	83 (25.2)	52 (15.8)		
	15-16 a	12 (3.3)		55 (15.0)	117 (31.9)	107 (29.2)	76 (20.7)	4.9	0.289
	17-18 a	9 (4.9)		37 (20.2)	61 (33.3)	47 (25.7)	29 (15.8)		
¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?	Hombres	6 (2.7)		33 (14.9)	49 (22.2)	71 (32.1)	62 (28.1)	24.9	p<0.001
	Mujeres	17 (5.2)		73 (22.2)	107 (32.5)	85 (25.8)	47 (14.3)		
	14-16 a	14 (3.8)		64 (17.4)	101 (27.5)	115 (31.3)	73 (19.9)	5.9	0.200
	17-18 a	9 (4.9)		42 (23.0)	55 (30.1)	41 (22.4)	36 (19.7)		
¿Has tenido suficientes oportunidades para salir al aire libre?	Hombres	3 (1.4)		28 (12.7)	50 (22.6)	66 (29.9)	74 (33.5)	22.2	p<0.001
	Mujeres	10 (3.0)		75 (22.8)	96 (29.2)	84 (25.5)	64 (19.5)		
	15-16 a	11 (3.0)		61 (16.6)	103 (28.1)	90 (24.5)	102 (27.8)	11.7	0.020
	17-18 a	2 (1.1)		42 (23.0)	43 (23.5)	60 (32.8)	36 (19.7)		
¿Has tenido suficiente tiempo para juntarte con amigos/as?	Hombres	16 (7.2)		33 (14.9)	48 (21.7)	67 (30.3)	57 (25.8)	15.3	0.004
	Mujeres	39 (11.9)		69 (21.0)	91 (27.7)	74 (22.5)	56 (17.0)		
	15-16 a	38 (10.4)		59 (16.1)	96 (26.2)	96 (26.2)	78 (21.3)	4.4	0.343
	17-18 a	17 (9.3)		43 (23.5)	43 (23.5)	45 (24.6)	35 (19.1)		
¿Has podido elegir qué hacer en tu tiempo libre?	Hombres	10 (4.5)		16 (7.2)	42 (19.0)	56 (25.3)	97 (43.9)	32.1	p<0.001
	Mujeres	23 (7.0)		55 (16.7)	88 (26.7)	87 (26.4)	76 (23.1)		
	15-16 a	28 (7.6)		48 (13.1)	76 (20.7)	92 (25.1)	123 (33.5)	10.7	0.029
	17-18 a	5 (2.7)		23 (12.6)	54 (29.5)	51 (27.9)	50 (27.3)		

Como se muestra en la tabla 7.1.5, un porcentaje importante de adolescentes consideró positiva su autonomía, sin embargo existen diferencias significativas en algunos ítems según sexo y grupo de edad.

Por sexo, el 56.1% de los hombres declaró tener tiempo suficiente para ellos mismos casi siempre o siempre, esta percepción disminuye a 41% en mujeres. Destaca que dos de cada diez adolescentes declaran que nunca o casi nunca tienen tiempo para ellos mismos. No hubo diferencias estadísticamente significativas según grupo etario.

El 63.4% de los hombres consideró haber tenido suficientes oportunidades para salir al aire libre casi siempre o siempre, este porcentaje disminuyó significativamente a 45% en mujeres. No hubo diferencias estadísticamente significativas según grupo etario.

El 60.2% de los hombres reportó hacer las cosas que ha querido en su tiempo libre casi siempre o siempre, este porcentaje disminuyó significativamente a 40.1% en mujeres. No hubo diferencias significativas según grupo etario, donde 5 de 10 informaron hacer las cosas que ha querido en su tiempo libre.

Asimismo, un mayor porcentaje de hombres declaró tener tiempo casi siempre o siempre para juntarse con sus amigos (56.1% vs. 37.5% mujeres). Destaca que tres de cada diez adolescentes informa que nunca o casi nunca cuenta con este tiempo. No hubo diferencias estadísticamente significativas según grupo etario.

El 69.2% de los hombres declaró haber podido elegir casi siempre o siempre que hacer en su tiempo libre, este porcentaje disminuyó a 55.1% en el grupo de mujeres. Asimismo hubo diferencias según grupo etario donde el Grupo de 17 a 18 años tuvo mayor posibilidad de elegir qué hacer en su tiempo.

**Tabla 7.1.6**

Dimensión 6: Relación con los Padres y Vida Familiar en adolescentes de 15 a 18 años (n=550)

Ítems	Grupo	Nunca N (%)	Casi nunca N (%)	Algunas veces N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Te han entendido tu mamá y/o tu papá?	Hombres	11 (5.0)	32 (14.5)	64 (29.0)	57 (25.8)	57 (25.8)	6.6	0.157
	Mujeres	29 (8.8)	59 (17.9)	100 (30.4)	78 (23.7)	63 (19.1)		
	15-16 a	25 (6.8)	60 (16.3)	107 (29.2)	95 (25.9)	80 (21.8)	1.3	0.858
	17-18 a	15 (8.2)	31 (16.9)	57 (31.1)	40 (21.9)	40 (21.9)		
¿Te has sentido querido/a por tu mamá y/o tu papá?	Hombres	6 (2.7)	13 (5.9)	39 (17.6)	51 (23.1)	112 (50.7)	4.5	0.339
	Mujeres	13 (4.0)	34 (10.3)	60 (18.2)	66 (20.1)	156 (47.4)		
	15-16 a	12 (3.3)	27 (7.4)	68 (18.5)	74 (20.2)	186 (50.7)	3.6	0.462
	17-18 a	7 (3.8)	20 (10.9)	31 (16.9)	43 (23.5)	82 (44.8)		
¿Te has sentido feliz en tu casa?	Hombres	6 (2.7)	19 (8.6)	55 (24.9)	58 (26.2)	83 (37.6)	8.8	0.066
	Mujeres	12 (3.6)	35 (10.6)	91 (27.7)	106 (32.2)	85 (25.8)		
	15-16 a	11 (3.0)	32 (8.7)	93 (25.3)	112 (30.5)	119 (32.4)	3.6	0.452
	17-18 a	7 (3.8)	22 (12.0)	53 (29.0)	52 (28.4)	49 (26.8)		
¿Tu mamá y/o tu papá han tenido suficiente tiempo para ti?	Hombres	15 (6.8)	36 (16.3)	56 (25.3)	60 (27.1)	54 (24.4)	4.5	0,337
	Mujeres	26 (7.9)	62 (18.8)	99 (30.1)	67 (20.4)	75 (22.8)		
	15-16 a	22 (6.0)	59 (16.1)	101 (27.5)	87 (23.7)	98 (26.7)	1.3	0,035
	17-18 a	19 (10.4)	39 (21.3)	54 (29.5)	40 (21.9)	31 (16.9)		
¿Tu mamá y/o tu papá te han tratado de forma justa?	Hombres	5 (2.3)	15 (6.8)	49 (22.2)	67 (30.3)	85 (38.5)	11.3	0.023
	Mujeres	18 (5.5)	26 (7.9)	102 (31.0)	75 (22.8)	108 (32.8)		
	15-16 a	10 (2.7)	27 (7.4)	101 (27.5)	89 (24.3)	140 (38.1)	9.6	0.048
	17-18 a	13 (7.1)	14 (7.7)	50 (27.3)	53 (29.0)	53 (29.0)		
¿Has podido hablar con tu mamá y/o papá cuando lo has querido?	Hombres	14 (6.3)	25 (11.3)	38 (17.2)	49 (22.2)	95 (43.0)	9.5	0.049
	Mujeres	30 (9.1)	45 (13.7)	82 (24.9)	63 (19.1)	109 (33.1)		
	15-16 a	32 (8.7)	43 (11.7)	78 (21.3)	75 (20.4)	139 (37.9)	1.9	0.746
	17-18 a	12 (6.6)	27 (14.8)	42 (23.0)	37 (20.2)	65 (35.5)		

Como se muestra en la tabla 7.1.6, un porcentaje importante de adolescentes consideró que la relación con sus padres y vida familiar era adecuada, sin embargo existen diferencias estadísticamente significativas en algunos ítems según sexo y grupo etario.

Por sexo, el 51.6% de los hombres y el 42.8% de las mujeres reportó haber sido entendido casi siempre o siempre por su mamá o papá, mientras que el 19.5% de los hombres y el 26.7% mujeres declaro nunca o casi nunca haber sido entendido por su mamá y/o papá, pero las diferencias no son estadísticamente significativas. No hubo diferencias estadísticamente significativas según grupo etario.

El 73.8% de los hombres y el 67.5% de las mujeres reportó haberse sentido casi siempre o siempre querido por su mamá y/o papá. Asimismo, el 63.8% de los hombres y el 58% de las mujeres se han sentido felices en su casa, en ambos casos sin significación estadística. Este porcentaje es similar en los grupos etarios de ambos ítems.

El 51.5% de los hombres y el 43.2% de las mujeres consideran que su mamá y/o papá casi siempre o siempre han tenido suficiente tiempo para ellos, mientras que el 23.1% de los hombres y el 26.7% de las mujeres informan que su mamá y/o papá casi nunca o nunca han tenido suficiente tiempo para ellos, pero la diferencia en razón del sexo no es estadísticamente significativa. Una mayor proporción de adolescentes del Grupo de 15-16 años que del Grupo de 17-18 años consideran que su mamá y/o papá casi siempre o siempre han tenido suficiente tiempo para ellos.

El 68.8% de los hombres declaró que su mamá y/o papá siempre o casi siempre los han tratado de forma justa, este porcentaje disminuyó significativamente a 55.6% en mujeres. Del mismo modo, el 62.4% de adolescentes del Grupo de 15-16 años reportó que su mamá y/o papá siempre o casi siempre los han tratado de forma justa v. el 58% del Grupo de 17-18 años.

Asimismo, el 65.2% de hombres declaró haber podido hablar casi siempre o siempre con su mamá y/o papá cuando lo ha requerido vs. 52.2% de las mujeres. No se observan diferencias estadísticamente significativas según grupo etario.

**Tabla 7.1.7**

Dimensión 7: Recursos económicos de los adolescentes de 15 a 18 años de edad (n=550)

Ítems	Grupo	Nunca N (%)	Casi nunca N (%)	Algunas veces N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Has tenido suficiente dinero para hacer las mismas cosas que tus amigos?	Hombres	20 (9.0)	29 (13.1)	62 (28.1)	63 (28.5)	47 (21.3)	6.8	0.145
	Mujeres	34 (10.3)	58 (17.6)	109 (33.1)	77 (23.4)	51 (15.5)		
	15-16 a	38 (10.4)	53 (14.4)	107 (29.2)	95 (25.9)	74 (20.2)	6.4	0.167
	17-18 a	16 (8.7)	34 (18.6)	64 (35.0)	45 (24.6)	24 (13.1)		
¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos personales?	Hombres	18 (8.1)	33 (14.9)	59 (26.7)	48 (21.7)	63 (28.5)	4.5	0.335
	Mujeres	29 (8.8)	65 (19.8)	96 (29.2)	67 (20.4)	72 (21.9)		
	15-16 a	31 (8.4)	61 (16.6)	102 (27.8)	77 (21.0)	96 (26.2)	2.1	0.712
	17-18 a	16 (8.7)	37 (20.2)	53 (29.0)	38 (20.8)	39 (21.3)		
Ítems	Grupo	Nada N (%)	Poco N (%)	Moderada (%)	Mucho N (%)	Muchísimo N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Tienes dinero suficiente para realizar actividades con tus amigos?	Hombres	15 (6.8)	42 (19.0)	98 (44.3)	41 (18.6)	25 (11.3)	15.9	0.003
	Mujeres	45 (13.7)	74 (22.5)	153 (46.5)	36 (10.9)	21 (6.4)		
	15-16 a	42 (11.4)	69 (18.8)	169 (46.0)	53 (14.4)	34 (9.3)	4.2	0.367
	17-18 a	18 (9.8)	47 (25.7)	82 (44.8)	24 (13.1)	12 (6.6)		

La tabla 7.1.7 muestra que no existe diferencia por sexo y grupo etario sobre la percepción de disponibilidad de dinero que los adolescentes informan necesitar para hacer las mismas cosas que sus amigos, donde 4 de cada 10 declaró que casi siempre o siempre era suficiente. Asimismo, no se observaron diferencias por sexo y grupo etario sobre la percepción de disponibilidad de dinero que los adolescentes informan necesitar para sus gastos personales, donde el 5 de cada 10 declaró que casi siempre o siempre era suficiente.

Un mayor porcentaje de hombres declaró tener mucho o muchísimo dinero para realizar actividades con sus amigos (29.9% vs. 17.3% mujeres). No se observan diferencias estadísticamente significativas según grupo etario.

**Tabla 7.1.8**

Dimensión 8: Amigos y Apoyo Social en adolescentes de 15 a 18 años (n=550)

Ítems	Grupo	Nunca N (%)	Casi nunca N (%)	Algunas veces N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Has pasado tiempo con tus amigos?	Hombres	11 (5.0)	17 (7.7)	42 (19.0)	84 (38.0)	67 (30.3)	15.0	0.005
	Mujeres	12 (3.6)	42 (12.8)	97 (29.5)	109 (33.1)	69 (21.0)		
	15-16 a	14 (3.8)	39 (10.6)	88 (24.0)	133 (36.2)	93 (25.3)	1.6	0.794
	17-18 a	9 (4.9)	20 (10.9)	51 (27.9)	60 (32.8)	43 (23.5)		
¿Has realizado actividades con otros/as niños/as?	Hombres	13 (5.9)	30 (13.6)	67 (30.3)	73 (33.0)	38 (17.2)	3.8	0.433
	Mujeres	18 (5.5)	60 (18.2)	110 (33.4)	91 (27.7)	50 (15.2)		
	15-16 a	18 (5.2)	56 (15.3)	123 (33.5)	111 (30.2)	58 (15.8)	1.9	0.747
	17-18 a	12 (6.6)	34 (18.6)	54 (29.5)	53 (29.0)	30 (16.4)		
¿Lo has pasado bien con tus amigos/as?	Hombres	3 (1.4)	8 (3.6)	26 (11.8)	58 (26.2)	126 (57.0)	2.5	0.628
	Mujeres	4 (1.2)	11 (3.3)	55 (16.7)	81 (24.6)	178 (54.1)		
	15-16 a	4 (1.1)	11 (3.0)	56 (15.3)	98 (26.7)	198 (54.0)	2.4	0.661
	17-18 a	3 (1.6)	8 (4.4)	25 (13.7)	41 (22.4)	106 (57.9)		
¿Tú y tus amigos se han ayudado entre Ud.?	Hombres	6 (2.7)	3 (1.4)	44 (19.9)	51 (23.1)	117 (52.9)	8.3	0.078
	Mujeres	6 (1.8)	10 (3.0)	42 (12.8)	97 (29.5)	174 (52.9)		
	15-16 a	7 (1.9)	8 (2.2)	55 (15.0)	108 (29.4)	189 (51.5)	3.8	0.426
	17-18 a	5 (2.7)	5 (2.7)	31 (16.9)	40 (21.9)	102 (55.7)		
¿Has podido hablar de todo con tus amigos/as?	Hombres	9 (4.1)	13 (5.9)	49 (22.2)	59 (26.7)	91 (41.2)	2.8	0.581
	Mujeres	9 (2.7)	27 (8.2)	68 (20.7)	77 (23.4)	148 (45.0)		
	15-16 a	13 (3.5)	24 (6.5)	77 (21.0)	96 (26.2)	157 (42.8)	2.1	0.711
	17-18 a	5 (2.7)	16 (8.7)	40 (21.9)	40 (21.9)	82 (44.8)		
¿Has podido confiar en tus amigos/as?	Hombres	10 (4.5)	16 (7.2)	40 (18.1)	52 (23.5)	103 (46.6)	2.3	0.678
	Mujeres	14 (4.3)	19 (5.8)	68 (20.7)	90 (27.4)	138 (41.9)		
	15-16 a	17 (4.6)	22 (6.0)	78 (21.3)	93 (25.3)	157 (42.8)	2.2	0.689
	17-18 a	7 (3.8)	13 (7.1)	30 (16.4)	49 (26.8)	84 (45.9)		

Según puede apreciarse en la tabla 7.1.8, un porcentaje importante de adolescentes calificó positivamente la dimensión amigos y apoyo social, existiendo solo diferencias en un ítem según sexo.

Por sexo, un mayor porcentaje de hombres reportó haber pasado casi siempre o siempre tiempo con sus amigos (68.3% v/s. 54.1% mujeres), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. No se observan diferencias estadísticamente significativas según grupo etario.

El 50.2% de los hombres y el 42.9% de las mujeres declararon haber realizado actividades con otros adolescentes casi siempre o siempre. Sin diferencias estadísticamente significativas según sexo y grupo etario.

Asimismo, no se observaron diferencia en el porcentaje según sexo y grupo de edad entre los adolescentes que declararon haberlo pasado bien casi siempre con sus amigos/as (8 de cada 10); en los que indican que siempre o casi siempre se han ayudado con sus amigos (8 de cada 10); en quienes reportan que casi siempre o siempre han podido hablar de todo con sus amigos/as (7 de cada 10); y en aquellos que declararon que han podido confiar casi siempre o siempre en sus amigos (7 de cada 10).

**Tabla 7.1.9**

Dimensión 9: Entorno Escolar en adolescentes de 15 a 18 años (n=550)

Ítems	Grupo	Nada N (%)	Poco N (%)	Moderada N (%)	Mucho N (%)	Muchísimo N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Te has sentido feliz en el colegio?	Hombres	11 (5.0)	35 (15.8)	80 (36.2)	57 (25.8)	38 (17.2)	2.9	0.558
	Mujeres	15 (4.6)	47 (14.3)	127 (38.6)	98 (29.8)	42 (12.8)		
	15-16 a	13 (3.5)	51 (13.9)	132 (36.0)	109 (29.7)	62 (16.9)	9.9	0.042
	17-18 a	13 (7.1)	31 (16.9)	75 (41.0)	46 (25.1)	18 (9.8)		
¿Te ha ido bien en el colegio?	Hombres	6 (2.7)	28 (12.7)	101 (45.7)	54 (24.4)	32 (14.5)	1.0	0.896
	Mujeres	11 (3.3)	37 (11.2)	143 (43.5)	82 (24.9)	56 (17.0)		
	15-16 a	10 (2.7)	42 (11.4)	151 (41.1)	92 (25.1)	72 (19.6)	12.2	0.015
	17-18 a	7 (3.8)	23 (12.6)	93 (50.8)	44 (24.0)	16 (8.7)		
¿Te has sentido satisfecho/a con tus profesores?	Hombres	10 (4.5)	39 (17.6)	79 (35.7)	54 (24.4)	39 (17.6)	0.3	0.986
	Mujeres	18 (5.5)	56 (17.0)	120 (36.5)	80 (24.3)	55 (16.7)		
	15-16 a	17 (4.6)	55 (15.0)	118 (32.2)	96 (26.2)	81 (22.1)	26.2	p<0.001
	17-18 a	11 (6.0)	40 (21.9)	81 (44.3)	38 (20.8)	13 (7.1)		

Ítems	Grupo	Nunca N (%)	Casi nunca N (%)	Algunas veces N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Has sido capaz de poner atención?	Hombres	1 (0.5)	19 (8.6)	85 (38.5)	84 (38.0)	32 (14.5)	4.6	0.326
	Mujeres	8 (2.4)	26 (7.9)	113 (34.3)	139 (42.2)	43 (13.1)		
	15-16 a	7 (1.9)	24 (6.5)	125 (34.1)	153 (41.7)	58 (15.8)	9.4	0.051
	17-18 a	2 (1.1)	21 (11.5)	73 (39.9)	70 (38.3)	17 (9.3)		
¿Te ha gustado ir al colegio?	Hombres	19 (8.6)	19 (1.6)	68 (30.8)	57 (25.8)	58 (26.2)	3.7	0.448
	Mujeres	19 (5.8)	29 (8.8)	111 (33.7)	98 (29.8)	72 (21.9)		
	15-16 a	21 (5.7)	26 (7.1)	108 (29.4)	110 (30.0)	102 (27.8)	18.2	p<0.001
	17-18 a	17 (9.3)	22 (12.0)	71 (38.8)	45 (24.6)	28 (15.3)		
¿Te has llevado bien con tus profesores?	Hombres	2 (0.9)	11 (5.0)	66 (29.9)	77 (34.8)	65 (29.4)	6.8	0.142
	Mujeres	8 (2.4)	24 (7.3)	71 (21.6)	125 (38.0)	101 (30.7)		
	15-16 a	5 (1.4)	24 (6.5)	87 (23.7)	128 (34.9)	123 (33.5)	7.0	0.134
	17-18 a	5 (2.7)	11 (6.0)	50 (27.3)	74 (40.4)	43 (23.5)		

Como se muestra en la tabla 7.1.9, un porcentaje importante de adolescentes considera como moderada la dimensión entorno escolar, existiendo importantes diferencias significativas en algunos ítems según sexo y grupo etario.

Por sexo, el 43% de hombres y mujeres reportó haberse sentido mucho o muchísimamente feliz en el colegio, sin diferencias significativas. Un mayor porcentaje de adolescentes del Grupo de 15-16 años que del Grupo de 17-18 años declaró haberse sentido mucho o muchísimamente feliz en el colegio (46.6% vs. 34.9%). Destaca que 2 de cada 10 adolescentes declaran no sentirse felices o sentirse poco felices en el colegio.

Un porcentaje similar de hombres y mujeres declaró que le ha ido mucho o muchísimamente bien en el colegio (38.9% vs. 41.9%). Destaca que mayor porcentaje de adolescentes del Grupo de 15-16 años que del Grupo de 17-18 años que le ha ido mucho o muchísimamente bien en el colegio (44.7% vs. 32.7%).

Solo el 42.0% de los hombres y el 41% de las mujeres reportó haberse sentido mucho o muchísimamente satisfecho con sus profesores. Destaca que esta percepción disminuye significativamente en el Grupo de 17-18 años (48.3% vs.27.9%).

El 52.5% de los hombres y el 55.3% de las mujeres consideran que casi siempre o siempre ha sido capaz de poner atención, mientras que 1 de cada 10 casi nunca o nunca lo logra, sin diferencias estadísticas. Una mayor proporción de adolescentes del Grupo de 15-16 años (57.5%) que del Grupo de 17-18 (47.6%) declara que casi siempre o siempre ha sido capaz de poner atención, sin embargo esta diferencia no alcanza la significación estadística.

Cinco de cada 10 adolescentes declara que casi siempre o siempre le gusta ir al colegio, sin embargo existen diferencias según grupo de edad, evidenciándose que esta proporción disminuye de 57.8% en el Grupo de 15-16 años a un 39.9% en el Grupo de 17-18 años.

Seis de cada 10 adolescentes reporta que se ha llevado bien con sus profesores. No hubo diferencias estadísticamente significativas según sexo y grupo de edad.

**Tabla 7.1.10**

Dimensión 10: Aceptación Social en adolescentes de 15 a 18 años (n=550)

Ítems	Grupo	Nada N (%)	Casi nunca N (%)	Algunas veces N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	$\chi^2$	Valor-p
¿Has tenido miedo de otros/as niños/as?	Hombres	174 (78.7)	24 (10.9)	18 (8.1)	2 (0.9)	3 (1.4)	8.5	0.074
	Mujeres	243 (73.9)	51 (15.5)	34 (10.3)	1 (0.1)	0 (0.0)		
	15-16 a	283 (77.1)	54 (14.7)	26 (7.1)	1 (0.3)	3 (0.8)	10.7	0.030
	17-18 a	134 (73.2)	21 (11.5)	26 (14.2)	2 (1.1)	0 (0.0)		
¿Se han burlado de ti otros/as niños/as?	Hombres	107 (48.4)	65 (29.4)	33 (14.9)	7 (3.2)	9 (4.1)	22.1	p<0.001
	Mujeres	206 (48.4)	70 (21.3)	42 (12.8)	11 (3.3)	0 (0.0)		
	15-16 a	211 (57.7)	90 (24.5)	46 (12.5)	14 (3.8)	6 (1.6)	2.0	0.729
	17-18 a	102 (55.7)	45 (24.6)	29 (15.8)	4 (2.2)	3 (1.6)		
¿Te han amenazado o maltratado psicológica o físicamente?	Hombres	178 (80.5)	24 (10.9)	10 (4.5)	4 (1.8)	5 (2.3)	2.6	0.617
	Mujeres	273 (83.0)	34 (10.3)	16 (4.9)	3 (0.9)	3 (0.9)		
	15-16 a	308 (83.9)	33 (9.0)	14 (3.8)	5 (1.4)	7 (1.9)	6.5	0.159
	17-18 a	143 (78.1)	25 (13.7)	12 (6.6)	2 (1.1)	1 (0.5)		

Según puede apreciarse en la tabla 7.1.10, un porcentaje menor de adolescentes calificó negativamente la dimensión aceptación social, presentando diferencias significativas en algunos ítems según sexo y grupo etario. Un porcentaje similar de hombres y mujeres declaró que algunas veces, casi siempre o siempre sintió miedo de otros/as adolescentes (10.2% vs. 10.3%). Se observan diferencias significativas según grupo etario, siendo este porcentaje mayor en el Grupo 17-18 años (14.3% vs. 8.2% Grupo de 15-16 años).

Un mayor porcentaje de hombres declaró que algunas veces, casi siempre o siempre otros adolescentes se han burlado de ellos (22.2% vs. 16.1% mujeres). No hubo diferencias significativas según grupo etario. El 9.6% de los hombres y el 6.7% de las mujeres informo que algunas veces, casi siempre o siempre se han sentido amenazados o maltratados psicológica o físicamente sin significación estadística. Esta proporción es similar también según grupo etario.

**Tabla 7.1.11**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes según sexo (n=550)

Dimensión	Hombres (n=221)		Mujeres (n=329)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	Valor-p
D1. Bienestar físico	45.6	38.5 - 53.4	38.5	33.6 - 45.6	-7.952	p<0.001
D2. Bienestar Psicológico	51.8	45.5 - 57.9	47.4	40.5 - 54.5	-4.951	p<0.001
D3. Estado de ánimo y emociones	41.9	38.5 - 48.8	36.7	31.8 - 43.6	-5.682	p<0.001
D4. Auto percepción	47.9	44.0 - 55.7	42.1	38.3 - 50.1	-7.259	p<0.001
D5. Autonomía	50.4	40.4 - 55.4	44.3	36.4 - 50.4	-5.080	p<0.001
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	36.9 - 52.9	42.9	35.5 - 52.9	-2.536	p<0.001
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 - 59.7	41.5	32.9 - 50.9	-2.909	0.003
D8. Amigos y apoyo social	50.9	43.3 - 59.8	48.8	41.8 - 56.1	-1.401	0.161
D9. Entorno escolar	47.7	42.5 - 53.1	47.7	42.5 - 53.1	0.280	0.779
D10. Aceptación social	59.5	48.0 - 74.6	74.6	48.0 - 74.6	1.638	0.101

Como se observa en la tabla 7.1.11, los hombres calificaron con mejores puntuaciones que las mujeres en 7 de las 10 dimensiones de CVRS, reportando puntuaciones significativamente más altas en las dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, auto percepción; autonomía, relación con los padres y vida familiar, y recursos económicos.

**Tabla 7.1.12**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes según grupo de edad (n=550)

Dimensión	G1= 15 - 16 años (n=286)		G2= 17 - 18 años (n=264)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	Valor-p
D1. Bienestar físico	40.9	36.1 - 48.0	40.9	33.6 - 48.0	0.770	0.441
D2. Bienestar Psicológico	49.5	42.1 - 57.9	49.5	40.5 - 54.5	0.297	0.766
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	33.4 - 47.0	40.2	33.4 - 45.3	0.561	0.574
D4. Auto percepción	45.8	40.2 - 50.1	45.8	40.2 - 52.7	-0.079	0.937
D5. Autonomía	46.3	38.5 - 55.4	44.3	36.4 - 50.4	1.492	0.135
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	36.9 - 52.9	42.9	36.9 - 52.9	1.942	0.052
D7. Recursos económicos	46.3	32.9 - 55.2	41.5	32.9 - 55.2	1.578	0.114
D8. Amigos y apoyo social	48.8	43.4 - 56.1	50.9	41.8 - 56.1	- 0.302	0.762
D9. Entorno escolar	49.4	44.2 - 55.1	45.9	40.9 - 51.3	4.560	p<0.001
D10. Aceptación social	74.6	48.0 - 74.6	59.5	48.0 - 74.6	1.203	0.229

En la tabla 7.1.12 se observa que en general las puntuaciones del Grupo 1 y Grupo 2 son similares en la mayoría de las dimensiones, con excepción de entorno escolar, siendo mayor en el Grupo 1.

## 7.2 Resultados del Objetivo Específico 2: Determinar la prevalencia de consumo de drogas lícitas e ilícitas de los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS

En las tablas 7.2.1 a 7.2.11 se presentan los resultados descriptivos sobre la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y marihuana, edad de inicio y frecuencia del consumo de estas sustancias, así como la prevalencia de policonsumo según sexo. Estas variables se relacionaron con la percepción que tienen los adolescentes sobre las diez dimensiones del cuestionario de calidad de vida KIDSCREEN-52.

### 7.2.1 Consumo de drogas lícitas e ilícitas en los adolescentes

**Tabla 7.2.1.1**

Prevalencia de consumo de drogas lícitas e ilícitas según sexo

Sustancias psicoactivas	Total (n=550)		Hombres (n=221)		Mujeres (n=329)		$\chi^2$	Valor-p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Alcohol</b>								
Consumo de alcohol*	216	39.3	87	39.3	129	39.2	0.014	0.971
Inicio precoz	163	29.6	68	30.7	95	28.8	0.227	0.633
Consumo de alto riesgo	90	16.3	26	11.7	64	19.4	5.709	0.017
<b>Tabaco</b>								
Consumo de tabaco*	170	30.9	63	28.5	107	32.5	0.318	0.998
Inicio precoz	216	39.2	83	37.5	133	40.4	0.456	0.499
Consumo frecuente	33	6.0	17	7.7	16	4.9	1.876	0.171
<b>Marihuana</b>								
Consumo marihuana*	181	32.9	70	31.7	111	33.7	0.255	0.613
Inicio precoz	240	43.6	92	41.1	148	44.9	0.605	0.437
Consumo frecuente de marihuana	128	23.3	56	25.3	72	21.9	0.883	0.347
<b>N° Sustancias consumidas</b>								
0*	262	47.6	115	52.0	147	44.6	2.897	0.088
1*	106	19.3	30	13.6	76	23.1	7.652	0.005
2*	86	15.6	38	17.2	48	14.6	0.676	0.411
3*	96	17.5	38	17.2	58	17.6	0.015	0.903

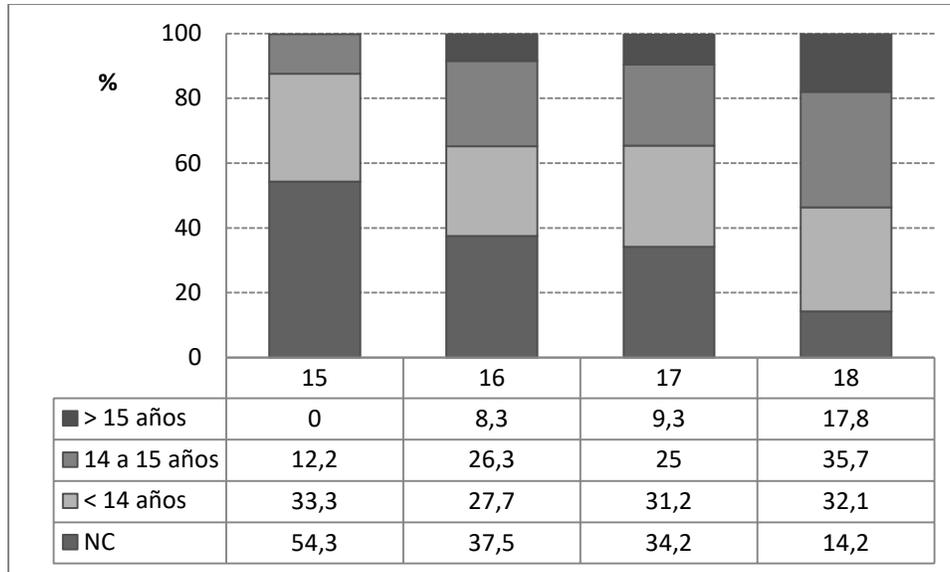
\* En los últimos 30 días. El valor-p de comparación de géneros se obtuvo con  $\chi^2$

En relación al consumo de sustancias psicoactivas según sexo, la tabla 7.2.1.1 muestra que el 39.3% de los adolescentes bebió alcohol en el último mes. Paralelamente, se evidenció que el 16.3% tuvo un consumo de alto riesgo, siendo más frecuente en mujeres (19.4% vs. 11.7% hombres). El 29.6% inicia su consumo por primera vez antes de los 14 años sin diferencias estadísticamente significativas según sexo.

Al consultar a los adolescentes sobre el consumo de tabaco, el 30.9% respondió haber fumado al menos 1 cigarrillo en los últimos 30 días y el 6% declaró haber consumido tabaco frecuentemente. El 39.2% indica que probó el cigarrillo por primera vez antes de los 14 años, sin diferencias según sexo. En relación al consumo de marihuana, se evidenció que el 32.9% la usó al menos una vez en el último mes, y el 23.3% declaró consumirla frecuentemente. Por lo que se refiere al consumo de drogas ilícitas, el 20.3% se inició antes de los 15 años sin diferencias según sexo. El 33.1% de hombres y el 34.4% de las mujeres consumen actualmente dos o más sustancias psicoactivas.

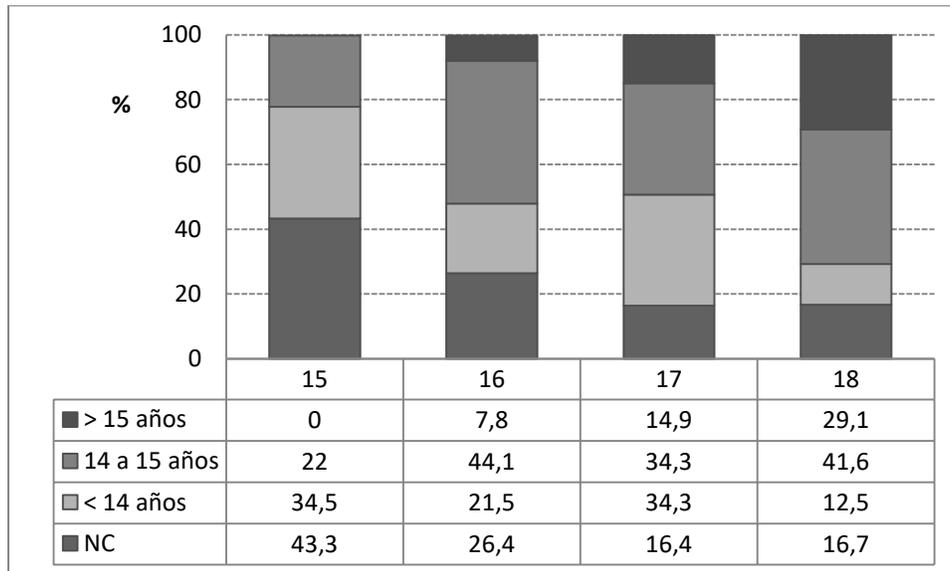
Los gráficos 7.2.1 y 7.2.2 muestran que los adolescentes que inician el consumo de alcohol aumentan conforme aumenta la edad, siendo en los hombres 45.5% a los 15 años, 62.5% a los 16 años, 65.8% a los 17 años y 85.8% a los 18 años. En mujeres, las proporciones son mayores a las de los hombres en las adolescentes de 15 años (56.7%), 16 años (73.6%), 17 años (83.6%) y levemente inferiores en las de 18 años (83.3%).

Asimismo, los gráficos 7.2.3 y 7.2.4 muestran que los adolescentes que inician el consumo de tabaco aumentan con la edad, siendo en los hombres 36,9% a los 15 años, 52.8% a los 16 años, 62.5% a los 17 años y 64.3% a los 18 años. En mujeres, las proporciones son muy superiores a los hombres en las adolescentes de 15 años (62.5%), 16 años (66%), 17 años (73.1%) y 18 años (79.2%). En los gráficos 7.2.5 y 7.2.6 se observa que los adolescentes que inician el consumo de marihuana también aumentan conforme se incrementa la edad, siendo en los hombres 29.8% a los 15 años, 44.5% a los 16 años, 57.9% a los 17 años y 67.9% a los 18 años. En mujeres, las proporciones son mayores a las de los hombres en las adolescentes de 15 años (41.2%), 16 años (58.9%), 17 años (68.7%) y 18 años (70.9%). En ambos sexos, la mayoría inicia el consumo de sustancias antes de los 15 años.



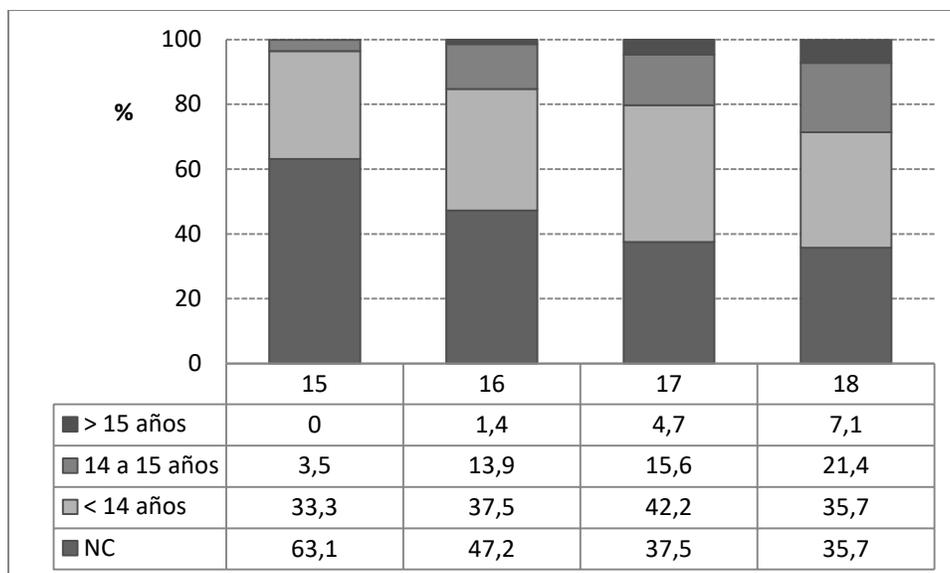
**Figura 7.2.1.**

Edad de inicio de consumo de alcohol en hombres según edad actual



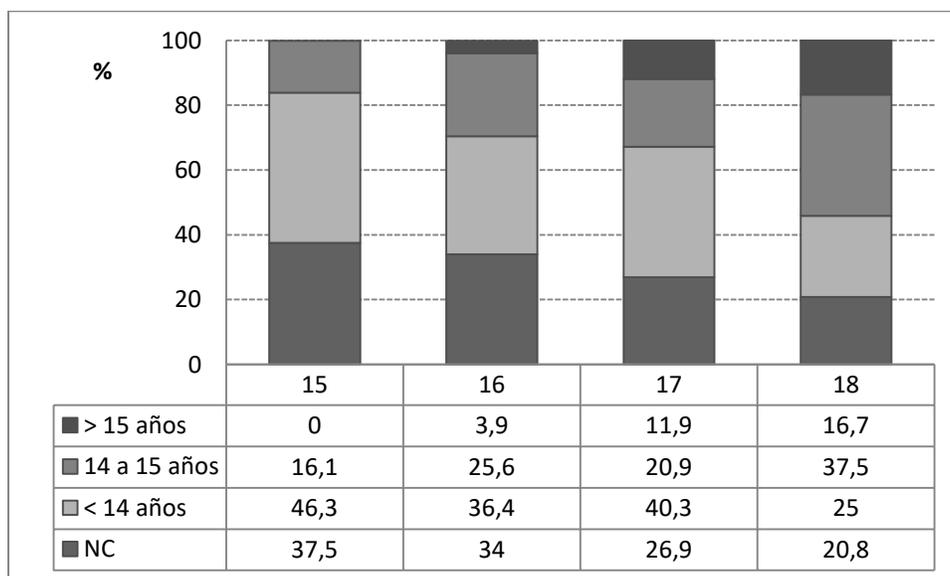
**Figura 7.2.2.**

Edad de inicio de consumo de alcohol en mujeres según edad actual



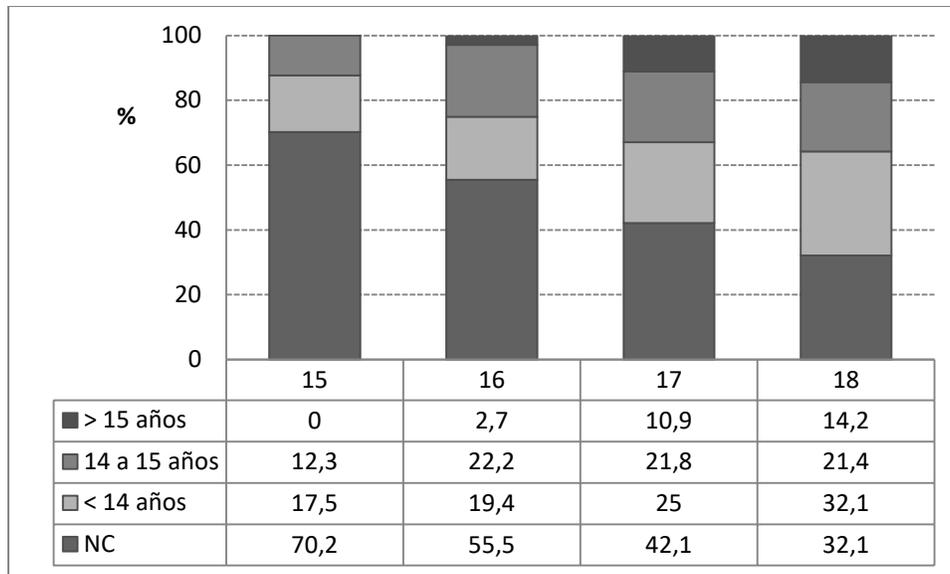
**Figura 7.2.3.**

Edad de inicio de consumo de tabaco en hombres según edad actual



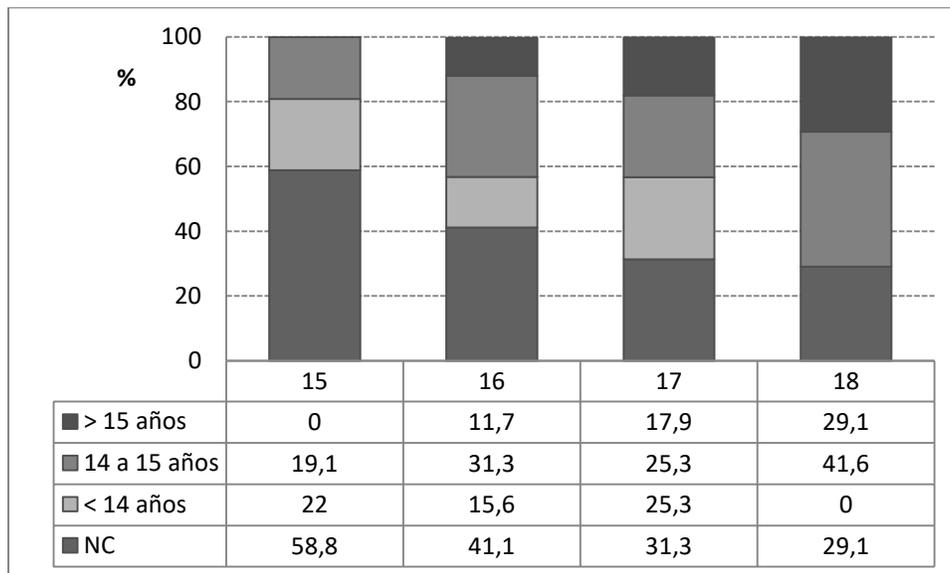
**Figura 7.2.4**

Edad de inicio de consumo de tabaco en mujeres según edad actual



**Figura 7.2.5**

Edad de inicio de consumo de marihuana en hombres según edad actual



**Figura 7.2.6**

Edad de inicio de consumo de marihuana en mujeres según edad actual

**Tabla 7.2.1.2**

Prevalencia de consumo de drogas lícitas e ilícitas según grupo de edad

Sustancias psicoactivas	Total (n=550)		Grupo 1 (n=367)		Grupo 2 (n=183)		$\chi^2$	Valor-p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Alcohol</b>								
Consumo de alcohol*	216	39.3	118	32.1	98	53.5	24.639	p<0.001
Inicio precoz	163	29.6	108	29.4	55	30.0	0.023	0.879
Consumo de alto riesgo	90	16.3	48	13.0	42	22.9	8.695	0.003
<b>Tabaco</b>								
Consumo de tabaco*	170	30.9	100	27.2	70	38.2	6.923	0.009
Inicio precoz	216	39.2	146	39.7	70	38.2	0.120	0.729
Consumo frecuente	33	6.0	13	3.5	20	10.9	11.813	0.001
<b>Marihuana</b>								
Consumo marihuana*	181	32.9	101	27.5	80	43.7	14.506	p<0.001
Inicio precoz	240	43.6	151	41.1	89	48.6	2.784	0.095
Consumo frecuente de marihuana	128	23.3	62	16.8	66	36.1	25.135	p<0.001
<b>N° Sustancias consumidas</b>								
0*	262	47.6	201	54.7	61	33.3	22.492	p<0.001
1*	106	19.3	66	17.9	40	21.8	7.709	0.005
2*	86	15.6	48	13.0	38	20.7	5.468	0.019
3*	96	17.5	52	14.1	44	24.0	8.264	0.004

\* En los últimos 30 días. El valor-p de comparación entre géneros se obtuvo con  $\chi^2$ 

En relación al consumo de sustancias psicoactivas según grupo de edad, la tabla 7.2.1.2 evidenció que el consumo de alcohol aumentó significativamente en el Grupo 2, mientras que la prevalencia del consumo de alto riesgo prácticamente se duplicó en este grupo. Asimismo, el consumo de tabaco, aumentó en el Grupo 2 y el consumo frecuente de esta sustancia se triplicó con el incremento de la edad. De igual forma, el consumo de marihuana y su uso frecuente aumentó significativamente en el Grupo 2. Destaca que cerca de la mitad de los adolescentes del Grupo 1 no consumen las sustancias psicoactivas consultadas disminuyendo a un tercio en el Grupo 2. La prevalencia de adolescentes que declaran consumir una, dos y tres sustancias es significativamente mayor en el Grupo 2.

## 7.2.2 Consumo de alcohol y CVRS

**Tabla 7.2.2.1**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran inicio precoz de alcohol vs. los que iniciaron el consumo después de los 14 años (n=365)

Dimensión	Inicio > 14 años (n=163)		Inicio ≤ 14 años (n=202)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	33.6 - 48.0	40.0	33.6 - 45.6	0.393	0.694
D2. Bienestar Psicológico	49.5	42.1 - 54.5	47.4	40.5 - 54.5	1.399	0.161
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	33.4 - 45.3	38.5	31.8 - 45.3	1.294	0.195
D4. Autopercepción	44.0	40.2 - 50.1	44.0	38.3 - 50.1	1.052	0.292
D5. Autonomía	44.3	36.4 - 50.4	44.3	36.4 - 52.7	0.928	0.353
D6. Relación con los padres y vida familiar	44.6	36.9 - 52.9	41.4	34.1 - 50.4	1.993	0.046
D7. Recursos económicos	41.5	32.9 - 50.9	41.5	32.9 - 55.2	-0.022	0.982
D8. Amigos y apoyo social	50.9	45.1 - 56.1	48.8	41.8 - 53.3	2.463	0.013
D9. Entorno escolar	47.7	42.5 - 53.1	45.9	40.9 - 53.1	1.735	0.082
D10. Aceptación social	59.5	48.0 - 74.6	74.6	48.0 - 74.6	-0.797	0.425

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

La tabla 7.2.2.1 muestra que los adolescentes con inicio precoz de consumo de alcohol calificaron con puntuaciones similares que los adolescentes que reportaron consumo posterior a los 14 años en 8 de las 10 dimensiones de CVRS, excepto en las dimensiones relación con los padres y vida familiar y amigos y apoyo social, siendo mejor puntuadas en aquellos con consumo posterior.

**Tabla 7.2.2.2**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumir alcohol en el último mes vs. los no consumidores (n=550)

Dimensión	No Consumen OH (n=334)		Consumen OH (n=216)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	36.1 - 50.6	40.9	33.6 - 45.6	1.814	0.069
D2. Bienestar Psicológico	49.5	42.1 - 57.9	49.5	40.5 - 54.5	2.021	0.043
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	33.4 - 47.0	38.5	31.8 - 45.3	2.260	0.023
D4. Auto percepción	45.8	40.2 - 52.7	44.0	38.3 - 50.1	2.519	0.011
D5. Autonomía	44.3	36.4 - 52.7	46.3	38.5 - 52.7	-0.461	0.644
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	38.4 - 56.1	41.4	35.5 - 50.4	3.982	p<0.001
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 - 55.2	41.5	32.9 - 55.2	1.286	0.198
D8. Amigos y apoyo social	48.8	41.8 - 56.1	50.9	43.3 - 56.1	-0.476	0.633
D9. Entorno escolar	49.4	44.2 - 55.1	45.9	40.9 - 51.3	5.258	p<0.001
D10. Aceptación social	74.6	48.0 - 74.6	59.5	48.0 - 74.6	1.081	0.279

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

En la tabla 7.2.2.2 se observa que los adolescentes que declararon consumir alcohol en el último mes presentan peores puntuaciones en cinco de las diez dimensiones de CVRS. Estas dimensiones son bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, auto percepción, relación con los padres y vida familiar, y entorno escolar.

**Tabla 7.2.2.3**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumo de alto riesgo de alcohol vs. los de bajo riesgo (n=214)

Dimensión	Bajo riesgo (n=124)		Alto riesgo (n=90)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	33.6 - 48.0	38.5	33.6 - 45.6	1.525	0.127
D2. Bienestar Psicológico	49.5	40.5 - 54.5	45.5	38.9 - 54.5	1.321	0.186
D3. Estado de ánimo y emociones	38.5	33.4 - 43.6	38.5	30.2 - 45.3	0.603	0.546
D4. Autopercepción	44.0	40.2 - 52.7	42.1	38.3 - 47.8	1.792	0.073
D5. Autonomía	46.3	38.5 - 55.4	44.3	38.5 - 52.7	0.538	0.590
D6. Relación con los padres y vida familiar	44.6	36.2 - 52.8	38.4	34.1 - 46.3	2.790	0.005
D7. Recursos económicos	41.5	36.9 - 55.2	41.5	32.9 - 50.9	1.192	0.233
D8. Amigos y apoyo social	48.8	43.3 - 56.1	50.9	41.8 - 56.1	0.072	0.942
D9. Entorno escolar	45.9	40.9 - 53.1	44.2	39.3 - 49.4	1.875	0.060
D10. Aceptación social	59.5	48.0 - 74.6	59.5	48.0 - 74.6	-0.037	0.970

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%.

La tabla 7.2.2.3 muestra que los adolescentes que reportan consumo de alcohol de alto riesgo de alcohol comparado con los que declaran consumo de bajo riesgo presentan puntuaciones similares en nueve de las diez dimensiones de CVRS, excepto en la dimensión relación con los padres y vida familiar, siendo mejor puntuada en aquellos con consumo de bajo riesgo.

### 7.2.3 Consumo de Tabaco y CVRS

**Tabla 7.2.3.1**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran inicio precoz en el consumo de tabaco (n=216) vs. los que declaran consumo posterior (n=121)

Dimensión	Inicio > 14 años (n=121)		Inicio ≤ 14 años (n=216)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	38.5	36.1 – 45.6	40.9	33.6 – 48.0	-0.599	0.549
D2. Bienestar Psicológico	49.5	43.8 – 57.9	47.4	40.5 – 54.5	1.471	0.141
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	35.0 – 47.0	38.5	31.8 – 45.3	1.207	0.227
D4. Autopercepción	44.0	40.2 – 50.1	44.0	38.3 – 50.1	0.692	0.489
D5. Autonomía	44.3	36.4 – 52.7	44.3	38.5 – 52.7	-0.410	0.681
D6. Relación con los padres y vida familiar	44.6	36.9 – 52.9	42.1	35.5 – 50.4	1.545	0.122
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 – 55.2	41.5	32.9 – 55.2	0.912	0.361
D8. Amigos y apoyo social	50.9	45.1 – 56.1	48.8	41.8 – 56.1	0.928	0.353
D9. Entorno escolar	47.7	42.5 – 53.1	47.7	41.7 – 53.1	0.595	0.551
D10. Aceptación social	59.5	48.0 – 74.6	74.6	48.0 – 74.6	-0.084	0.933

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%;

Como muestra la tabla 7.2.3.1 los adolescentes con inicio precoz de consumo de tabaco calificaron con puntuaciones similares que los adolescentes que reportaron consumo posterior a los 14 años en todas las dimensiones de CVRS.

**Tabla 7.2.3.2**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumir tabaco en el último mes vs. los no consumidores (n=550)

Dimensión	No Consumen (n=380)		Consumen (n=170)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	36.1 - 50.6	38.5	33.6 - 45.6	3.628	p<0.001
D2. Bienestar Psicológico	49.5	42.1 - 57.9	46.4	40.5 - 51.8	3.127	0.001
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	35.0 - 47.0	38.5	31.8 - 45.3	2.359	0.018
D4. Auto percepción	45.8	40.2 - 52.7	42.1	38.3 - 50.1	3.065	0.002
D5. Autonomía	46.3	38.5 - 52.7	42.4	36.4 - 50.4	2.529	0.011
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	38.4 - 56.1	39.8	32.6 - 48.3	5.151	p<0.001
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 - 55.2	41.5	29.1 - 50.9	3.185	0.001
D8. Amigos y apoyo social	50.9	43.3 - 56.1	48.8	41.8 - 53.3	1.636	0.101
D9. Entorno escolar	49.4	44.2 - 54.1	46.8	40.9 - 51.3	3.475	p<0.001
D10. Aceptación social	74.6	48.0 - 74.6	59.5	48.0 - 74.6	1.557	0.119

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

La tabla 7.2.3.2 muestra que los adolescentes que declararon consumir tabaco en el último mes presentan peores puntuaciones en ocho de las diez dimensiones de CVRS: bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, auto percepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos y entorno escolar.

**Tabla 7.2.3.3**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumo diario de cigarrillos vs. los que declaran consumo menor o no consumo de cigarrillos (n=170)

Dimensión	Consumo ocasional (n=137)		Consumo diario (n=33)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	38.5	33.6 - 45.6	38.5	31.0 - 45.6	-0.109	0.913
D2. Bienestar Psicológico	47.4	40.5 - 51.8	45.5	34.3 - 51.8	1.215	0.224
D3. Estado de ánimo y emociones	38.5	31.8 - 45.3	31.8	28.7 - 43.6	1.325	0.185
D4. Autopercepción	42.1	38.3 - 50.1	42.1	38.3 - 47.9	0.461	0.645
D5. Autonomía	44.3	36.4 - 50.4	40.4	32.1 - 50.4	0.679	0.497
D6. Relación con los padres y vida familiar	41.4	34.1 - 48.3	36.9	32.6 - 44.6	1.638	0.101
D7. Recursos económicos	41.5	32.9 - 50.9	36.9	29.1 - 41.5	1.799	0.072
D8. Amigos y apoyo social	48.8	43.3 - 53.3	46.8	38.7 - 56.1	0.500	0.617
D9. Entorno escolar	47.7	42.5 - 51.3	40.9	37.7 - 47.7	2.970	0.003
D10. Aceptación social	59.5	48.0 - 74.6	74.6	48.0 - 74.6	-0.764	0.444

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

En la tabla 7.2.3.3 se observa que los adolescentes que reportan consumo diario de cigarrillos comparado con los que declaran consumo ocasional presentan puntuaciones similares en nueve de las diez dimensiones de CVRS, excepto en la dimensión entorno escolar, siendo mejor puntuada en aquellos con consumo ocasional.

## 7.2.4 Consumo de drogas ilícitas y CVRS

**Tabla 7.2.4.1**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumo precoz de drogas vs. consumo posterior (n=284)

Dimensión	Consumo precoz (n=112)		Consumo posterior (n=172)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	33.6 - 45.6	39.7	34.8 - 45.6	-0.402	0.687
D2. Bienestar Psicológico	49.5	40.5 - 54.5	49.5	41.3 - 54.5	0.294	0.768
D3. Estado de ánimo y emociones	38.5	32.6 - 45.3	38.5	31.8 - 44.5	1.210	0.226
D4. Autopercepción	44.0	38.3 - 50.1	44.0	40.2 - 50.1	-0.122	0.902
D5. Autonomía	48.2	38.5 - 54.0	44.3	36.4 - 50.4	2.074	0.038
D6. Relación con los padres y vida familiar	41.4	34.1 - 50.4	41.4	34.8 - 50.4	-0.170	0.864
D7. Recursos económicos	41.5	32.9 - 55.2	41.5	32.9 - 55.2	-0.605	0.545
D8. Amigos y apoyo social	48.8	42.6 - 56.1	50.9	43.3 - 56.1	-0.555	0.578
D9. Entorno escolar	45.9	40.1 - 49.4	45.9	42.5 - 51.3	-1.045	0.296
D10. Aceptación social	74.6	48.0 - 74.6	59.5	48.0 - 74.6	1.106	0.268

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

En la tabla 7.2.4.1 se observa que los adolescentes que declararon consumo precoz de drogas respecto a los que iniciaron su consumo posterior a los 15 años de edad presentan mayor puntuación en la dimensión autonomía.

**Tabla 7.2.4.2**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumo de marihuana en el último mes vs. los no consumidores (n=550)

Dimensión	No Consumen (n=369)		Consumen (n=181)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	36.1 - 48.0	38.5	33.6 - 45.6	2.404	0.016
D2. Bienestar Psicológico	49.5	42.1 - 57.9	47.4	40.5 - 54.5	1.964	0.050
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	33.4 - 47.0	38.5	33.4 - 45.3	1.472	0.141
D4. Auto percepción	45.8	40.2 - 52.7	44.0	38.3 - 50.1	2.052	0.040
D5. Autonomía	46.3	38.5 - 52.7	46.3	38.5 - 52.7	-0.614	0.529
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	38.4 - 56.1	41.4	34.1 - 50.4	3.925	p<0.001
D7. Recursos económicos	46.3	32.9 - 55.2	41.5	32.9 - 50.9	1.969	0.048
D8. Amigos y apoyo social	50.9	43.3 - 56.1	48.8	43.3 - 56.1	0.057	0.954
D9. Entorno escolar	49.4	44.2 - 55.1	45.9	40.9 - 51.3	4.906	p<0.001
D10. Aceptación social	59.5	48.0 - 74.6	74.6	48.0 - 74.6	-0.095	0.924

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

En la tabla 7.2.4.2 se observa que los adolescentes que declararon consumir marihuana en el último mes presentan peores puntuaciones en cinco de las diez dimensiones de CVRS: bienestar físico, auto percepción, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos y entorno escolar.

**Tabla 7.2.4.3**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumo diario de marihuana vs. los no consumidores o consumidores con menor frecuencia (n=550)

Dimensión	Consumo ocasional (n=128)		Consumo diario (n=422)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	36.1 – 48.0	38.5	33.6 – 45.6	1.852	0.064
D2. Bienestar Psicológico	49.5	42.1 – 57.9	47.4	40.5 – 54.5	1.576	0.115
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	33.4 – 47.0	38.5	31.8 – 45.3	1.802	0.071
D4. Autopercepción	45.8	40.2 – 52.7	44.0	40.2 – 50.1	1.503	0.132
D5. Autonomía	44.3	38.5 – 52.7	46.3	38.5 – 52.7	-0.552	0.581
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	36.9 – 52.9	40.6	34.1 – 48.3	3.374	p<0.001
D7. Recursos económicos	46.3	32.9 – 55.2	41.5	32.9 – 55.2	0.690	0.490
D8. Amigos y apoyo social	49.8	43.3 – 56.1	50.9	42.6 – 56.1	-0.406	0.684
D9. Entorno escolar	49.4	44.2 – 55.1	45.9	39.3 – 49.4	4.773	p<0.001
D10. Aceptación social	74.6	48.0 – 74.6	59.5	48.0 – 74.6	0.247	0.805

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

La tabla 7.2.4.3 muestra que los adolescentes con consumo diario de marihuana calificaron con puntuaciones similares que los adolescentes que reportaron consumo ocasional en 8 de las 10 dimensiones de CVRS, excepto en las dimensiones relación con los padres y vida familiar y entorno escolar, siendo mejor puntuadas en aquellos con consumo ocasional.

### 7.3 Resultados del Objetivo Específico 3: Determinar la prevalencia de comportamientos de riesgo en hábitos de alimentación, actividad física y factores psicosociales en los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS.

En las tablas 7.3.1.1 a 7.3.4.3 se presentan los resultados descriptivos sobre la prevalencia de comportamientos protectores y de riesgo en hábitos de alimentación, actividad física y factores psicosociales. Estas variables se relacionaron con la percepción que tienen los adolescentes sobre las diez dimensiones del cuestionario de calidad de vida KIDSCREEN-52.

#### 7.3.1 Comportamientos protectores y de riesgo alimentación, actividad física y factores psicosociales

**Tabla 7.3.1.1**

Prevalencia de comportamientos protectores y de riesgo en hábitos de alimentación, actividad física y factores psicosociales

Variables	Total		Hombres		Mujeres		$\chi^2$	Valor-p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Hábitos de alimentación</b>								
Consumo diario de bebidas gaseosas	291	52.9	119	53.8	172	52.2	0.130	0.718
Bajo consumo de FyV	154	28.0	58	26.2	96	29.1	0.564	0.498
Consumo de comida rápida	62	11.2	19	8.6	43	13.0	2.644	0.130
<b>Actividad Física</b>								
NAF medio/bajo	354	64.3	111	50.2	243	73.8	32.193	p<0.001
Uso no saludable del tiempo de ocio	336	61.0	119	53.8	217	65.9	8.157	0.006
<b>F. protectores psicosociales</b>								
Asistencia escolar	404	73.4	157	71.0	247	75.0	1.104	0.325
Reg. y control paterno	194	35.3	110	33.4	84	38.0	1.210	0.276
Apoyo social en la escuela	404	73.4	166	75.1	238	72.3	0.521	0.492

FyV: Frutas y verduras; NAF: Nivel de Actividad Física. El valor-p de comparación de géneros se obtuvo con  $\chi^2$

La tabla 7.3.1.1 muestra los hábitos de alimentación, actividad física y factores psicosociales de los adolescentes.

Al analizar el consumo de frutas y verduras según las recomendaciones de la OMS, que indica consumir al menos 400 gr. diarios de frutas y verduras (lo que equivale aproximadamente a 5 porciones diarias), se observó que el 28.0% de los adolescentes cumple con esta recomendación, sin distinciones según sexo. En cuanto al consumo diario habitual de bebidas gaseosas azucaradas, el 52.9% de los adolescentes declaró haberlas tomado 2 o más veces al día en los últimos 30 días, sin diferencias significativas según sexo. El 11.3% de los adolescentes manifestó haber comido en restaurantes de comida rápida al menos 3 o más días en los últimos 7 días.

En cuanto a la actividad física, 64.3% de los adolescentes manifestó haber practicado menos de 3 días durante los últimos 7 días una actividad física por un total de al menos 60 minutos al día, mientras que el 85.4% realizó menos de 5 días a la semana. La inactividad física y sedentarismo fue mayor en mujeres (73.8% vs. 50.2% hombres). Por otra parte, el 61% de los adolescentes declaró pasar al menos 3 horas diarias sentados viendo televisión, jugando juegos de computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado, siendo mayor en mujeres (65.9% vs. 53.8% hombres).

Al analizar los factores protectores psicosociales, se evidencia que el 73.4% de los adolescentes no faltó a la escuela sin permiso una o más veces en los últimos 30 días. A su vez, solo el 35.3% afirmó que los padres o cuidadores siempre o casi siempre verificaron que haya hecho su tarea en los últimos 30 días. En cuanto a la relación con sus compañeros, el 73.4% de adolescentes manifestó que los otros estudiantes siempre o casi siempre fueron amables y le prestaron ayuda durante el último mes. Sin diferencias significativas según el sexo.

### 7.3.2 Hábitos alimentarios y CVRS

**Tabla 7.3.2.1**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumo alto de bebidas gaseosas vs. los con consumo bajo (n=550)

Dimensión	Consumo bajo (n=259)		Consumo alto (n=291)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	36.1 – 48.0	40.9	33.6 – 48.0	0.486	0.626
D2. Bienestar Psicológico	49.5	42.1 – 57.9	49.5	42.1 – 57.9	0.029	0.977
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	31.8 – 45.3	40.2	35.0 – 47.0	-0.875	0.381
D4. Autopercepción	45.8	40.2 – 50.1	45.8	40.2 – 52.7	-0.322	0.747
D5. Autonomía	44.3	36.4 – 52.7	46.3	38.5 – 52.7	-1.010	0.312
D6. Relación con los padres y vida familiar	44.6	35.5 – 52.9	44.6	35.5 – 52.7	-0.608	0.543
D7. Recursos económicos	41.5	32.9 – 50.9	46.3	36.9 – 55.2	-1.795	0.072
D8. Amigos y apoyo social	48.8	43.3 – 56.1	50.9	43.3 – 56.1	-0.671	0.502
D9. Entorno escolar	47.7	42.5 – 53.1	47.7	42.5 – 53.1	-0.159	0.873
D10. Aceptación social	74.6	48.0 – 74.6	59.5	48.0 – 74.6	0.951	0.341

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

Como muestra la tabla 7.3.2.1 los adolescentes que declaran consumo alto de bebidas gaseosas calificaron con puntuaciones similares todas dimensiones de CVRS que los adolescentes que reportaron consumo bajo.

**Tabla 7.3.2.2**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumir cinco o más porciones de frutas y verduras al día vs. los con consumo bajo (n=550)

Dimensión	Consumo $\geq 5$ (n=154)		Consumo $< 5$ (n=396)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	36.1 – 48.0	40.9	33.6 – 48.0	0.539	0.590
D2. Bienestar Psicológico	50.7	40.5 – 57.9	49.5	42.1 – 54.5	1.271	0.203
D3. Estado de ánimo y emociones	38.5	31.8 – 47.0	40.2	35.0 – 45.3	-0.664	0.506
D4. Autopercepción	45.8	40.2 – 52.7	45.8	40.2 – 50.1	0.135	0.892
D5. Autonomía	44.3	34.3 – 52.7	46.3	38.5 – 52.7	-0.868	0.385
D6. Relación con los padres y vida familiar	43.7	35.5 – 52.9	44.6	36.9 – 52.9	-0.423	0.672
D7. Recursos económicos	46.3	32.9 – 59.7	41.5	32.9 – 53.0	1.367	0.171
D8. Amigos y apoyo social	49.8	43.3 – 59.8	50.9	43.3 – 56.1	0.982	0.326
D9. Entorno escolar	47.7	42.5 – 55.1	47.7	42.5 – 53.1	0.247	0.804
D10. Aceptación social	59.5	48.0 – 74.6	67.0	48.0 – 74.6	-0.964	0.335

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

Como muestra la tabla 7.3.3.2 los adolescentes que declaran consumir cinco o más porciones de frutas y verduras al día calificaron con puntuaciones similares todas las dimensiones de CVRS que los adolescentes que reportaron consumo bajo.

**Tabla 7.3.2.3**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran consumo frecuente de comida rápida en restaurantes vs. los con consumo bajo (n=550)

Dimensión	Consumo bajo (n=488)		Consumo alto (n=62)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	45.6	38.5 – 53.4	50.6	40.9 – 66.8	0.080	0.936
D2. Bienestar Psicológico	51.8	45.5 – 57.9	57.9	42.1 – 70.0	0.174	0.861
D3. Estado de ánimo y emociones	41.9	38.5 – 48.8	45.3	36.7 – 50.7	1.351	0.176
D4. Autopercepción	49.0	44.0 – 55.7	45.8	40.2 – 52.7	1.573	0.115
D5. Autonomía	50.4	40.4 – 55.4	44.3	40.4 – 72.8	0.978	0.328
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	38.4 – 52.9	41.4	34.1 – 52.9	1.806	0.070
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 – 55.2	55.2	36.9 – 72.8	-0.438	0.661
D8. Amigos y apoyo social	50.9	43.3 – 59.8	50.9	45.1 – 65.5	-0.462	0.644
D9. Entorno escolar	47.7	42.5 – 53.1	47.7	39.3 – 59.9	-0.135	0.892
D10. Aceptación social	59.5	48.0 – 74.6	48.0	37.1 – 74.6	2.264	0.023

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

La tabla 7.3.2.3 muestra que los adolescentes con consumo frecuente de comida rápida calificaron con puntuaciones similares que los adolescentes que reportaron consumo ocasional en 9 de las 10 dimensiones de CVRS, excepto en la dimensión aceptación social, en la que puntúan más bajo los adolescentes con consumo alto.

### 7.3.3 Actividad Física y CVRS

**Tabla 7.3.3.1**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran tener un nivel de actividad física bajo e inactivo vs. los que declaran un nivel de actividad física medio y alto (n=550)

Dimensión	Medio-alto (n=196)		Bajo (n=354)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	48.0	40.9 – 56.6	38.5	33.6 – 45.6	9.876	p<0.001
D2. Bienestar Psicológico	49.5	43.8 – 57.9	49.5	40.5 – 54.5	2.511	0.012
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	35.0 – 47.0	38.5	33.4 – 45.3	2.120	0.034
D4. Autopercepción	47.9	40.2 – 52.7	44.0	38.3 – 50.1	3.433	p<0.001
D5. Autonomía	48.2	40.4 – 55.4	44.3	36.4 – 52.7	2.677	0.007
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	36.9 – 56.1	42.9	35.5 – 52.9	2.473	0.013
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 – 57.5	41.5	32.9 – 50.9	3.132	p<0.001
D8. Amigos y apoyo social	50.9	43.3 – 59.8	48.8	41.8 – 56.1	2.543	0.011
D9. Entorno escolar	47.7	44.2 – 55.1	47.7	42.5 – 53.1	2.049	0.040
D10. Aceptación social	74.6	44.2 – 55.1	59.5	48.0 – 74.6	0.887	0.375

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

La tabla 7.3.3.1 muestra que los adolescentes que declararon tener un nivel de actividad física bajo e inactivo presentan peores puntuaciones en nueve de las diez dimensiones de CVRS: bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, y entorno escolar.

**Tabla 7.3.3.2**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran uso no saludable del tiempo de ocio vs. los que declaran uso saludable (n=550)

Dimensión	Uso saludable (n=214)		Uso no saludable (n=336)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	43.2	38.5 – 50.6	38.5	33.6 – 45.6	4.359	p<0.001
D2. Bienestar Psicológico	49.5	42.1 – 57.9	49.5	41.3 – 56.2	0.999	0.317
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	35.0 – 45.3	38.5	31.8 – 45.3	1.245	0.213
D4. Auto percepción	45.8	40.2 – 52.7	44.0	40.2 – 50.1	1.892	0.058
D5. Autonomía	45.3	38.5 – 52.7	46.3	37.5- 52.7	0.460	0.645
D6. Relación con los padres y vida familiar	44.6	36.9 – 52.9	44.6	36.9 – 52.9	0.189	0.849
D7. Recursos económicos	46.3	32.9 – 55.2	41.5	32.9 – 55.2	0.544	0.586
D8. Amigos y apoyo social	48.8	43.3 – 56.1	50.9	41.8 – 56.1	0.039	0.969
D9. Entorno escolar	49.4	42.5 – 53.1	47.7	42.5 – 53.1	1.187	0.235
D10. Aceptación social	59.5	48.0 – 74.6	59.5	48.0 – 74.6	-0.057	0.954

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

La tabla 7.3.3.2 muestra que los adolescentes que reportan uso no saludable del tiempo de ocio comparado con los que declaran uso saludable presentan puntuaciones similares en nueve de las diez dimensiones de CVRS, excepto en la dimensión bienestar físico, siendo mejor puntuada en aquellos con uso saludable del tiempo libre.

### 7.3.4. Factores protectores

**Tabla 7.3.4.1.**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran asistencia escolar vs. los que indican que no (n=500)

Dimensión	Si asiste (n=404)		No asiste (n=146)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	36.1 – 48.0	40.9	33.6 – 48.0	0.964	0.334
D2. Bienestar Psicológico	49.5	42.1 – 57.9	46.4	40.5 – 54.5	3.081	0.002
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	34.2 – 47.0	38.5	31.8 – 45.3	2.059	0.039
D4. Autopercepción	45.8	40.2 – 52.7	43.0	38.3 – 50.1	3.194	0.001
D5. Autonomía	46.3	38.5 – 54.0	44.3	36.4 – 50.4	1.708	0.087
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	36.9 – 52.9	41.4	34.1 – 48.3	3.009	0.002
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 – 55.2	41.5	32.9 – 50.9	2.675	0.007
D8. Amigos y apoyo social	50.9	43.3 – 56.1	48.8	41.8 – 56.1	2.110	0.034
D9. Entorno escolar	49.4	44.2 – 53.1	47.7	42.5 – 53.1	3.570	p<0.001
D10. Aceptación social	59.5	41.7 – 74.6	59.5	48.0 – 74.6	2.610	0.009

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

La tabla 7.3.4.1 muestra que los adolescentes que declararon haber faltado a la escuela sin permiso durante los últimos 30 días presentan peores puntuaciones en ocho de las diez dimensiones de CVRS: bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social.

**Tabla 7.3.4.2**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran apoyo social en la escuela vs. los que indican que no (n=550)

Dimensión	Si (n=404)		No (n=146)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	42.0	36.1 – 50.6	38.5	31.0 – 45.6	5.202	p<0.001
D2. Bienestar Psicológico	51.8	43.8 – 57.9	42.9	37.4 – 51.8	6.192	p<0.001
D3. Estado de ánimo y emociones	41.9	35.0 – 47.0	36.7	30.2 – 40.2	5.594	p<0.001
D4. Autopercepción	45.8	40.2 – 52.7	42.1	36.4 – 47.9	5.643	p<0.001
D5. Autonomía	48.2	40.4 – 55.4	40.4	32.1 – 48.2	5.709	p<0.001
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	38.4 – 56.1	38.4	32.6 – 46.3	6.055	p<0.001
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 – 55.2	36.9	29.1 – 50.9	5.374	p<0.001
D8. Amigos y apoyo social	50.9	45.1 – 59.8	43.3	38.7 – 48.8	8.402	p<0.001
D9. Entorno escolar	49.4	44.2 – 55.1	44.2	39.3 – 47.7	7.297	p<0.001
D10. Aceptación social	74.6	48.0 – 74.6	59.5	37.1 – 74.6	5.955	p<0.001

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

La tabla 7.3.4.2 muestra que los adolescentes que declararon sentir que sus compañeros no son amables con ellos presentan peores puntuaciones en las diez dimensiones de CVRS: bienestar, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social.

**Tabla 7.3.4.3**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran regulación y control paterno vs. los que indican que no (n=550)

Dimensión	Si (n=194)		No (n=356)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	45.6	38.5 – 50.6	39.7	33.6 – 45.6	4.895	p<0.001
D2. Bienestar Psicológico	54.5	47.6 – 62.8	46.4	39.7 – 51.8	7.788	p<0.001
D3. Estado de ánimo y emociones	43.6	36.7 – 48.8	38.5	31.8 – 43.6	5.959	p<0.001
D4. Autopercepción	47.9	42.1 – 52.7	44.0	38.3 – 50.1	5.415	p<0.001
D5. Autonomía	50.4	42.4 – 58.8	42.4	36.4 – 50.4	6.155	p<0.001
D6. Relación con los padres y vida familiar	52.9	46.3 – 61.1	39.8	34.1 – 46.3	11.470	p<0.001
D7. Recursos económicos	50.9	41.5 – 59.7	41.5	32.9 – 50.9	6.191	p<0.001
D8. Amigos y apoyo social	53.3	46.8 – 59.8	48.8	40.2 – 54.7	5.846	p<0.001
D9. Entorno escolar	51.3	45.9 – 57.3	45.9	40.9 – 51.3	6.899	p<0.001
D10. Aceptación social	74.6	59.5 – 74.6	59.5	48.0 – 74.6	2.841	0.004

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

La tabla 7.3.4.3 muestra que los adolescentes que declararon falta de regulación y control paterno presentan peores puntuaciones en las diez dimensiones de CVRS: bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social.

#### 7.4 Objetivo Específico 4: Determinar la prevalencia de factores riesgo de salud mental y violencia de los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS

En las tablas 7.4.1.1 a 7.4.3.3 se presentan los resultados descriptivos sobre la prevalencia de factores de riesgo de salud mental y violencia. Estas variables se relacionaron con la percepción que tienen los adolescentes escolarizados de 15 a 18 años de Valparaíso sobre las diez dimensiones del cuestionario de calidad de vida KIDSCREEN-52.

##### 7.4.1 Factores de riesgo de salud mental y violencia

**Tabla 7.4.1.1**

Prevalencia de factores de riesgo de salud mental y violencia en los adolescentes

Variables	Total (n=550)		Hombres (n=221)		Mujeres (n=329)		$\chi^2$	Valor-p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Salud Mental</b>								
Sentimientos de soledad	85	15.4	13	5.8	72	21.8	25.908	p<0.001
Posibilidad de suicidarse	151	27.4	37	16.7	114	34.6	21.286	p<0.001
Plan para suicidarse	127	23.0	30	13.5	97	29.4	18.839	p<0.001
Intento real de suicidio	115	20.9	25	11.3	90	27.3	20.575	p<0.001
<b>Violencia</b>								
Violencia interpersonal	46	8.3	18	8.1	28	8.5	0.023	0.879
Part. Peleas físicas	88	16.0	51	23.0	37	11.2	13.767	p<0.001
Víctima de intimidación	45	8.1	23	10.4	22	6.7	2.435	0.119

Como muestra la tabla 7.4.1.1, 1 de cada 10 adolescentes declaran sentirse solos siempre o casi siempre durante los últimos 12 meses, siendo esta proporción significativamente mayor entre las mujeres. Adicionalmente, 3 de cada 10 consideró la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses, siendo esta proporción más alta también entre las mujeres.

Por otra parte, 2 de cada 10 adolescentes declaran haber hecho un plan para suicidarse en los últimos 12 meses, siendo más alta la prevalencia en mujeres.

Asimismo, 2 de cada 10 declaró que efectivamente tuvo un intento real de suicidio en el último año, siendo esta proporción mayor en mujeres.

Adicionalmente, 1 de cada 10 adolescentes reportó haber sido víctima de violencia interpersonal al menos dos veces en los últimos 12 meses, no se registraron diferencias según sexos. Por otra parte, el 16,0% indicó haber participado en una pelea física al menos dos veces en el último año, este porcentaje es mayor en hombres. Finalmente, 1 de cada 10 declaró haber sido víctima de intimidación al menos un día en los últimos 30 días, sin diferencias por sexo.

## 7.4.2. Salud Mental y CVRS

**Tabla 7.4.2.1**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran sentimientos de soledad durante los últimos 12 meses vs. los que indican que no (n=550)

Dimensión	No (n=465)		Si (n=85)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	36.1 – 48.0	36.1	28.3 – 45.6	5.046	p<0.001
D2. Bienestar Psicológico	49.5	43.8 – 57.9	38.9	32.6 – 45.5	8.416	p<0.001
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	36.7- 47.0	30.2	24.1 – 35.0	8.876	p<0.001
D4. Autopercepción	45.8	40.2 – 52.7	38.3	32.4 – 44.0	7.445	p<0.001
D5. Autonomía	46.3	40.4 – 52.7	38.5	29.7 – 46.3	5.812	p<0.001
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	38.4 – 52.9	36.9	29.6 – 44.6	6.785	p<0.001
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 – 55.2	36.9	25.2 – 46.3	5.588	p<0.001
D8. Amigos y apoyo social	50.9	43.3 – 56.1	45.1	38.7 – 53.3	3.702	p<0.001
D9. Entorno escolar	47.7	42.5 – 53.1	44.2	39.3 – 49.4	3.830	p<0.001
D10. Aceptación social	74.6	48.0 – 74.6	48.0	41.7 – 74.6	3.651	p<0.001

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

En la tabla 7.4.2.1 se observa que los adolescentes que declararon haberse sentido solos siempre o casi siempre en los últimos doce meses presentan peores puntuaciones en las diez dimensiones de CVRS: bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social.

**Tabla 7.4.2.2**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran haber pensado en la posibilidad de suicidarse vs. los que indican que no (n=550)

Dimensión	No (n=399)		Si (n=151)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	43.2	36.1 – 50.6	36.1	31.0 – 43.2	6.657	p<0.001
D2. Bienestar Psicológico	51.8	45.5 – 57.9	40.5	34.3 – 49.5	9.275	p<0.001
D3. Estado de ánimo y emociones	41.9	36.7 – 48.8	33.4	27.2 – 38.5	9.701	p<0.001
D4. Autopercepción	45.8	42.1 – 52.7	40.2	36.4 – 47.9	6.803	p<0.001
D5. Autonomía	48.2	40.4 – 55.4	40.4	32.1 – 48.2	7.292	p<0.001
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	39.8 – 56.1	36.9	31.2 – 44.6	8.859	p<0.001
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 – 55.2	36.9	25.2 – 50.9	5.118	p<0.001
D8. Amigos y apoyo social	50.9	45.1 – 56.1	45.1	40.2 – 53.3	4.849	p<0.001
D9. Entorno escolar	49.4	42.5 – 55.1	45.9	40.9 – 51.3	3.517	p<0.001
D10. Aceptación social	74.6	48.0 – 74.6	59.5	41.7 – 74.6	3.570	p<0.001

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

En la tabla 7.4.2.2 se observa que los adolescentes que consideraron la posibilidad de suicidarse presentan peores puntuaciones en las diez dimensiones de CVRS: bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social.

**Tabla 7.4.2.3**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran haber realizado un plan para suicidarse vs. los que indican que no (n=550)

Dimensión	No (n=423)		Si (n=127)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	P
D1. Bienestar físico	40.9	36.1 – 48.0	38.5	31.0 – 45.6	4.613	p<0.001
D2. Bienestar Psicológico	51.8	43.8 – 57.9	40.5	34.3 – 49.5	8.501	p<0.001
D3. Estado de ánimo y emociones	41.9	36.7 – 47.0	33.4	27.2 – 38.5	8.090	p<0.001
D4. Auto percepción	45.8	42.1 – 52.7	40.2	34.5 – 47.9	6.078	p<0.001
D5. Autonomía	48.2	40.4 – 55.4	40.4	32.1 – 44.3	7.228	p<0.001
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	38.4 – 56.1	36.9	31.2 – 44.6	7.885	p<0.001
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 – 55.2	36.9	25.2 – 50.9	5.006	p<0.001
D8. Amigos y apoyo social	50.9	45.1 – 56.1	45.1	38.7 – 53.3	4.638	p<0.001
D9. Entorno escolar	47.7	42.5 – 53.1	45.9	40.9 – 51.3	2.469	0.013
D10. Aceptación social	74.6	48.0 – 74.6	59.5	41.7 – 74.6	3.640	p<0.001

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

En la tabla 7.4.2.3 se observa que los adolescentes que declararon haber realizado un plan para suicidarse presentan peores puntuaciones en las diez dimensiones de CVRS: bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, auto percepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social.

**Tabla 7.4.2.4**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran intento real de suicidio vs. los que indican que no (n=550)

Dimensión	No (n=435)		Si (n=115)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	36.1 – 50.6	38.5	31.0 – 43.2	4.720	p<0.001
D2. Bienestar Psicológico	49.5	43.8 – 57.9	42.1	34.3 – 49.5	7.845	p<0.001
D3. Estado de ánimo y emociones	41.9	35.0 – 47.0	33.4	27.2 – 38.5	8.115	p<0.001
D4. Autopercepción	45.8	40.2 – 52.7	40.2	36.4 – 47.9	5.701	p<0.001
D5. Autonomía	48.2	40.4 – 55.4	40.4	32.1 – 44.3	6.966	p<0.001
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	38.4 – 56.1	36.9	31.2 – 44.6	7.572	p<0.001
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 – 55.2	36.9	25.2 – 46.3	5.730	p<0.001
D8. Amigos y apoyo social	50.9	45.1 – 56.1	45.1	38.7 – 50.9	5.285	p<0.001
D9. Entorno escolar	49.4	42.5 – 55.1	45.9	39.3 – 49.4	4.601	p<0.001
D10. Aceptación social	74.6	48.0 – 74.6	59.5	41.7 – 74.6	3.191	p<0.001

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

En la tabla 7.4.2.4 se observa que los adolescentes que declararon haber ejecutado un intento real de suicidio presentan peores puntuaciones en las diez dimensiones de CVRS: bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social.

### 7.4.3 Violencia y CVRS

**Tabla 7.4.3.1**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran violencia interpersonal vs. los que indican que no (n=550)

Dimensión	No (n=504)		Si (n=46)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	36.1 – 48.0	38.5	33.6 – 45.6	1.502	0.133
D2. Bienestar Psicológico	49.5	42.1 – 57.9	42.1	35.9 – 51.8	3.417	p<0.001
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	33.4 – 45.3	36.7	28.7 – 43.6	2.011	0.044
D4. Autopercepción	45.8	40.2 – 52.7	42.1	36.4 – 47.9	2.054	0.040
D5. Autonomía	46.3	38.5 – 52.7	40.4	34.3 – 46.3	3.299	p<0.001
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	36.9 – 52.9	35.5	29.6 – 41.4	5.580	p<0.001
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 – 55.2	36.9	25.2 – 46.3	3.045	0.002
D8. Amigos y apoyo social	50.9	43.3 – 56.1	45.1	37.3 – 50.9	3.606	p<0.001
D9. Entorno escolar	47.7	42.5 – 53.1	45.9	39.3 – 51.3	1.645	0.100
D10. Aceptación social	74.6	48.0 – 74.6	44.8	37.1 – 74.6	4.092	p<0.001

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

En la tabla 7.4.3.1 se observa que los adolescentes que declararon haber sido víctimas de violencia interpersonal presentan peores puntuaciones en ocho de las diez dimensiones de CVRS: bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social y aceptación social.

**Tabla 7.4.3.2**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran participar en peleas físicas vs. los que no (n=550)

Dimensión	No (n=462)		Si (n=88)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	33.6 – 48.0	43.2	36.1 – 50.6	-1.752	0.079
D2. Bienestar Psicológico	49.5	42.1 – 57.9	49.5	41.3 – 56.2	0.548	0.583
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	33.4 – 45.3	38.5	32.6 – 45.3	0.213	0.831
D4. Auto percepción	45.8	40.2 – 50.1	45.8	40.2 – 52.7	-0.512	0.608
D5. Autonomía	46.3	38.5 – 52.7	44.3	38.5 – 52.7	0.017	0.986
D6. Relación con los padres y vida familiar	44.6	36.9 – 52.9	41.4	32.6 – 50.4	2.298	0.021
D7. Recursos económicos	43.9	36.9 – 55.2	43.9	31.0 – 57.5	0.138	0.890
D8. Amigos y apoyo social	50.9	43.3 – 56.1	48.8	43.3 – 56.1	-0.217	0.828
D9. Entorno escolar	47.7	42.5 – 53.1	47.7	42.5 – 53.1	0.690	0.490
D10. Aceptación social	74.6	48.0 – 74.6	59.5	41.7 – 74.6	1.913	0.055

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

Como se observa en la tabla 7.4.3.2 los adolescentes que reportan participar en peleas físicas comparado con los que declararon no participar presentan puntuaciones similares en nueve de las diez dimensiones de CVRS, excepto en la dimensión relación con los padres y vida familiar, siendo mejor puntuada en aquellos declararon no participar en peleas físicas.

**Tabla 7.4.3.3**

Medianas de puntajes Rasch de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran haber sido víctima de intimidación vs. los que no (n=550)

Dimensión	No (n=505)		Si (n=45)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	36.1 – 48.0	38.5	31.0 – 45.6	1.575	0.115
D2. Bienestar Psicológico	49.5	42.1 – 57.9	49.5	37.4 – 51.8	2.970	0.003
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	33.4 – 45.3	36.7	30.2 – 43.6	1.615	0.106
D4. Autopercepción	45.8	40.2 – 52.7	42.1	36.4 – 50.1	2.312	0.020
D5. Autonomía	46.3	38.5 – 52.7	40.4	36.4 – 50.4	1.561	0.118
D6. Relación con los padres y vida familiar	44.6	36.9 – 52.9	38.4	32.6 – 44.6	3.439	p<0.001
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 – 55.2	36.9	29.1 – 50.9	2.230	0.025
D8. Amigos y apoyo social	50.9	43.3 – 56.1	45.1	38.7 – 50.9	3.454	p<0.001
D9. Entorno escolar	47.7	42.5 – 53.1	45.9	39.3 – 49.4	2.474	0.013
D10. Aceptación social	74.6	48.0 – 74.6	41.7	29.8 – 59.5	5.289	p<0.001

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

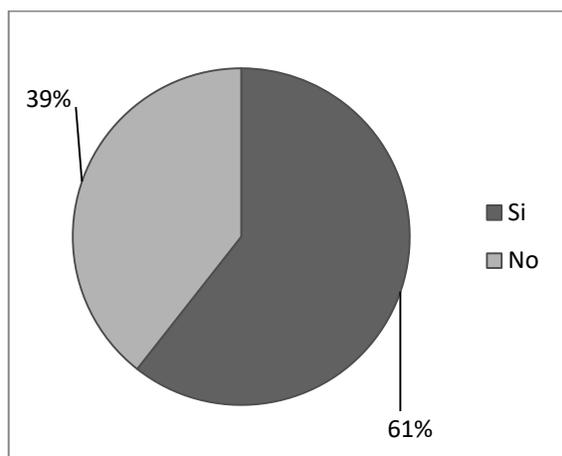
En la tabla 7.4.3.3 se observa que los adolescentes que declararon haber sido víctima de intimidación presentan peores puntuaciones en siete de las diez dimensiones de CVRS: bienestar psicológico, autopercepción, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social.

## 7.5. Resultados del Objetivo Específico 5: Determinar la prevalencia de comportamientos sexuales protectores y de riesgo en los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS

Bajo este quinto objetivo se exponen los resultados descriptivos sobre la prevalencia de comportamientos de riesgo sexual. Estas variables se relacionaron con la percepción que tienen los adolescentes escolarizados de 15 a 18 años de Valparaíso sobre las diez dimensiones del cuestionario de calidad de vida KIDSCREEN-52.

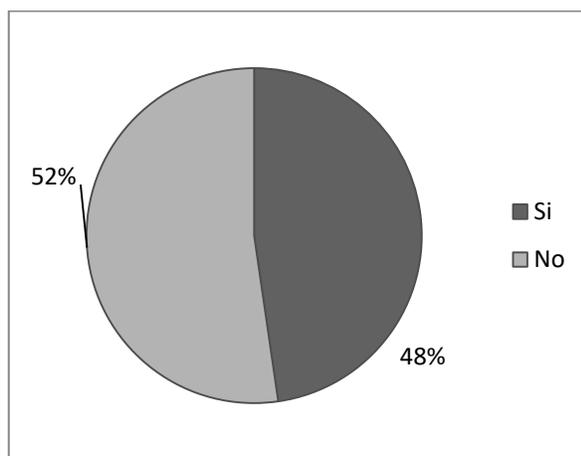
### 7.5.1 Comportamientos sexuales de riesgo

Las figuras 7.5.1.1 y 7.5.1.2 muestran que el 61% de los hombres y el 48% de las mujeres iniciaron relaciones sexuales, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 8.9$ ,  $p = 0.002$ ).



**Figura 7.5.1.1**

% Hombres que declara haber iniciado las relaciones sexuales

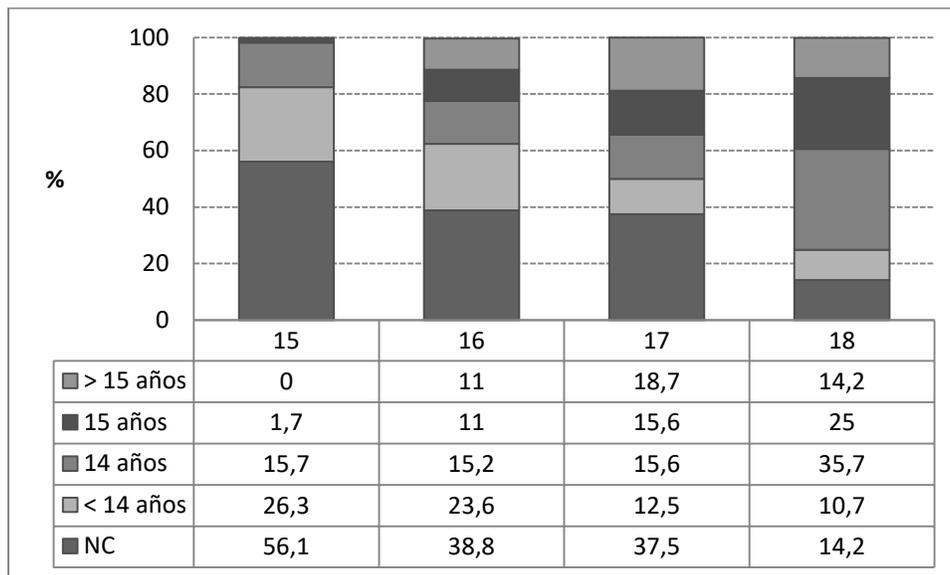


**Figura 7.5.1.2**

% Mujeres que declara haber iniciado las relaciones sexuales

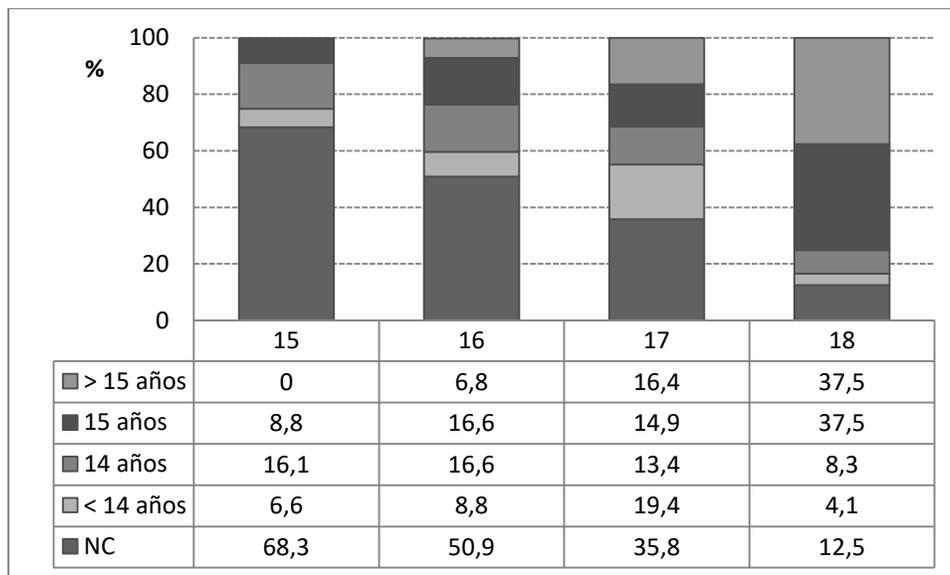
Las figuras 7.5.1.3 y 7.5.1.4 muestran que los adolescentes sexualmente activos aumentan conforme aumenta la edad, siendo en los hombres 43.9% a los 15 años, 61.5% a los 16 años, 62.5% a los 17 años y 85.8% a los 18 años. En mujeres, las proporciones son menores a los hombres en las adolescentes de 15 años (31.7%) y 16 años (49.1%), y levemente superiores a los 17 años (64.2%) y 18 años (87.5%).

En hombres destaca que el porcentaje que inicia la actividad sexual antes de los 14 años ha aumentado, siendo en el grupo de 15 años un 26.3% y en el grupo de 18 años un 10.7%. En ambos sexos, la mayoría de los adolescentes sexualmente activos inician su actividad sexual antes de los 15 años.



**Figura 7.5.1.3**

Edad de la primera relación sexual en adolescentes de sexo masculino



**Figura 7.5.1.4**

Edad de la primera relación sexual en adolescentes de sexo femenino

**Tabla 7.5.1.1**

Comportamientos de riesgo sexual en adolescentes que iniciaron relaciones sexuales

Comportamiento sexual	Total (n=291)		Hombres (n=134)		Mujeres (n=157)		$\chi^2$	Valor-p
	N	%	N	%	N	%		
Inicio precoz relaciones sexuales	165	56.7	83	61.9	82	52.2	3.105	0.078
No uso de preservativo	134	46.0	53	39.5	81	51.5	4.177	0.041

La tabla 7.5.1.1 muestra que de los adolescentes que iniciaron relaciones sexuales, el 56.7% lo hizo por primera vez antes de los 14 años, siendo esta prevalencia mayor en hombres pero no estadísticamente significativa (19.4% vs. 13.6% mujeres).

En cuanto al uso de preservativo, el 46% de los adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales alguna vez, declaran no haber usado condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales, siendo su uso menos frecuente en mujeres (39.5% vs. 51.5% hombre).

## 7.5.2 Comportamiento sexual y CVRS

**Tabla 7.5.2.1**

Medianas de puntajes Rasch de los estudiantes que declaran inicio precoz de relaciones sexuales vs. los que han iniciado posterior a los 14 años de edad (n=290)

Dimensión	Inicio posterior (n=125)		Inicio temprano (n=165)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	38.5	33.6 – 45.6	43.2	36.1 – 50.6	-2.727	0.006
D2. Bienestar Psicológico	47.4	42.1 – 57.9	49.5	40.5 – 57.9	-0.795	0.426
D3. Estado de ánimo y emociones	38.5	31.8 – 45.3	40.2	33.4 – 45.3	-0.626	0.531
D4. Autopercepción	44.0	40.2 – 50.1	45.8	40.2 – 50.1	-0.905	0.365
D5. Autonomía	44.3	36.4 – 50.4	46.3	38.5 – 55.4	-1.713	0.086
D6. Relación con los padres y vida familiar	39.8	32.6 – 50.4	44.6	36.9 – 52.9	-1.886	0.059
D7. Recursos económicos	41.5	29.1 – 55.2	46.3	36.9 – 55.2	-2.406	0.016
D8. Amigos y apoyo social	48.8	43.3 – 56.1	50.9	45.1 – 56.1	-1.214	0.224
D9. Entorno escolar	45.9	42.5 – 51.3	45.9	40.9 – 51.3	0.291	0.770
D10. Aceptación social	59.5	48.0 – 74.6	74.6	48.0 – 74.6	-0.356	0.721

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

Los adolescentes que declararon inicio precoz de relaciones sexuales presentan mejores puntuaciones en la dimensión bienestar físico y recursos económicos que aquellos que la iniciaron posteriormente a los 14 años (Tabla 7.5.2.1).

**Tabla 7.5.2.2**

Medianas de puntajes Rasch de los estudiantes que declaran haber iniciado la actividad sexual vs. los que no la han iniciado (n=550)

Dimensión	No (n=260)		Si (n=290)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	40.9	36.1 - 48.0	40.9	33.6 - 48.0	-0.484	0.628
D2. Bienestar Psicológico	49.5	42.1 - 57.9	49.5	40.5 - 57.9	0.257	0.797
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	33.4 - 47.0	38.5	33.4 - 45.3	0.938	0.348
D4. Auto percepción	45.8	40.2 - 52.7	45.8	40.2 - 50.1	0.648	0.517
D5. Autonomía	46.3	38.5 - 52.7	44.3	36.4 - 52.7	0.633	0.526
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	38.4 - 56.1	42.9	34.1 - 52.9	3.275	p<0.001
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 - 55.2	41.5	32.9 - 55.2	0.617	0.536
D8. Amigos y apoyo social	48.8	41.8 - 56.1	50.9	43.3 - 56.1	-0.805	0.421
D9. Entorno escolar	49.4	44.2 - 55.1	45.9	48.0 - 74.6	3.834	p<0.001
D10. Aceptación social	59.5	48.0 - 74.6	59.5	48.0 - 74.6	0.536	0.592

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

Como se observa en la tabla 7.5.2.2, los adolescentes que declararon haber iniciado su actividad sexual presentan peor puntuación que los que no la han iniciado en dos de las diez dimensiones de CVRS: relación con los padres y vida familiar y entorno escolar.

**Tabla 7.5.2.3**

Medianas de puntajes Rasch de los estudiantes que declaran uso de preservativo en la última relación sexual vs. los que no lo usaron (n=165)

Dimensión	Si (n=153)		No (n=134)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	43.2	36.1 - 48.0	40.9	33.6 - 48.0	1.337	0.181
D2. Bienestar Psicológico	49.5	42.1 - 57.9	49.5	40.5 - 54.5	0.811	0.417
D3. Estado de ánimo y emociones	40.2	31.8 - 47.0	38.5	33.4 - 45.3	0.657	0.511
D4. Auto percepción	45.8	40.2 - 52.7	45.8	38.3 - 45.3	0.420	0.674
D5. Autonomía	46.3	36.4 - 55.4	44.3	36.4 - 52.7	0.903	0.366
D6. Relación con los padres y vida familiar	42.9	34.1 - 52.9	41.4	34.1 - 48.3	0.500	0.617
D7. Recursos económicos	46.3	32.9 - 55.2	41.5	32.9 - 55.2	0.774	0.438
D8. Amigos y apoyo social	50.9	45.1 - 56.1	50.9	43.3 - 56.1	0.130	0.896
D9. Entorno escolar	45.9	42.5 - 53.1	45.9	39.3 - 51.3	2.231	0.025
D10. Aceptación social	59.5	48.0 - 74.6	74.6	48.0 - 74.6	-0.552	0.580

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

La tabla 7.5.2.3 muestra que los adolescentes que reportan no haber usado preservativo en la última relación sexual comparados con los que declaran sí haberlo usado presentan puntuaciones similares en nueve de las diez dimensiones de CVRS, excepto en la dimensión entorno escolar, siendo mejor puntuada en aquellos que hicieron uso del preservativo.

## 7.6. Resultados del Objetivo Específico 6: Relacionar la CVRS con la edad, el sexo y el estado nutricional de los adolescentes

Bajo este sexto objetivo se exponen los resultados descriptivos sobre la prevalencia de malnutrición por exceso según sexo y edad. Estas variables se relacionaron con la percepción que tienen los adolescentes escolarizados de 15 a 18 años de Valparaíso sobre las diez dimensiones del cuestionario de calidad de vida KIDSCREEN-52.

### 7.6.1. Estado nutricional de los adolescentes

**Tabla 7.6.1.1**

Estado nutricional de los adolescentes según sexo (n=534)

Estado Nutricional	Total n=534		Hombres n=214		Mujeres n=320		$\chi^2$	Valor-p
	N	%	N	%	N	%		
Bajo Peso	34	6.3	22	10.2	12	3.7	9.155	0.002
Normal	343	64.2	141	65.8	202	63.1	0.406	0.524
Sobrepeso	111	20.7	38	17.7	73	22.8	2.024	0.154
Obesidad	46	8.6	13	6.1	33	10.3	2.867	0.090

La tabla 7.6.1.1 evidencia que la mayoría de los adolescentes presenta un peso normal, sin diferencias según sexo. La malnutrición por exceso alcanza el 29.3% y la prevalencia de obesidad es levemente mayor en mujeres (10.3% vs. 6.1% hombres), sin significación estadística.

La prevalencia de bajo peso es baja (6.3%), y significativamente mayor en los hombres (10.2% vs. 3.7% mujeres).

**Tabla 7.6.1.2**

Estado nutricional de los escolares según grupo de edad (n=534)

Estado Nutricional	Total n=534		15-16 años n=359		17-18 años n=175		$\chi^2$	Valor-p
	N	%	N	%	N	%		
Bajo Peso	34	6.3	26	7.2	8	4.5	1.210	0.229
Normal	343	64.2	215	59.8	128	73.1	9.033	0.002
Sobrepeso	111	20.7	81	22.5	30	17.1	2.084	0.148
Obesidad	46	8.6	37	10.3	9	5.1	4.041	0.044

En relación a las diferencias según grupo etario, la tabla 7.6.1.2 evidencia una mayor prevalencia de adolescentes con peso normal en el grupo de 17 a 18 años (73.1% vs. 59.8% Grupo1: 15 a 16 años) y una mayor prevalencia de obesidad en el grupo de 15 a 16 años (10.3% vs. 5.1% G2: 17 a 18 años).

**Tabla 7.6.1.3**

Medianas de puntajes Rasch de los estudiantes sin malnutrición por exceso vs. con malnutrición por exceso (n=534)

Dimensión	Sin ME (n=377)		Con ME (n=157)		Test Mann Whitney	
	Me	p25 - p75	Me	p25 - p75	Z	p
D1. Bienestar físico	48.0	38.5 - 53.4	40.9	38.5 - 48.0	2.931	0.003
D2. Bienestar Psicológico	51.8	42.1 - 62.8	51.8	45.5 - 57.8	0.257	0.797
D3. Estado de ánimo y emociones	41.9	38.5 - 48.8	41.9	33.4 - 48.8	0.114	0.909
D4. Autopercepción	50.1	44.0 - 55.7	47.9	44.0 - 52.7	2.677	0.007
D5. Autonomía	48.2	40.4 - 58.8	50.4	40.4 - 55.4	0.333	0.738
D6. Relación con los padres y vida familiar	46.3	36.9 - 52.9	44.6	39.8 - 52.9	-0.541	0.588
D7. Recursos económicos	46.3	36.9 - 59.7	50.9	36.9 - 55.2	0.292	0.770
D8. Amigos y apoyo social	50.9	43.3 - 59.8	46.8	41.8 - 53.3	0.976	0.329
D9. Entorno escolar	47.7	42.5 - 55.1	44.2	37.7 - 51.3	0.827	0.408
D10. Aceptación social	59.5	48.0 - 74.6	59.5	48.0 - 74.6	-0.226	0.821

Me: mediana; IC= Intervalo de confianza de 95%

La tabla 7.6.1.3 muestra que los adolescentes con malnutrición por exceso presentan peor puntuación en dos de las diez dimensiones de CVRS, estas dimensiones fueron bienestar físico y autopercepción.

## 7.7 Resultados del Objetivo Específico 7: Relacionar la CVRS con los comportamientos de salud de los adolescentes

**Tabla 7.7.1**

Asociaciones bivariadas entre las dimensiones del KIDSCREEN-52 y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de 15 a 18 años, ajustado por edad y sexo

Variables	BEFI OR [IC 95%]	BEPS OR [IC 95%]	EAEM OR [IC 95%]	AUPE OR [IC 95%]	AUTO OR [IC 95%]	RPVF OR [IC 95%]	RECO OR [IC 95%]	APSO OR [IC 95%]	ESCO OR [IC 95%]	ACSO OR [IC 95%]
<b>Alcohol</b>										
Inicio temprano	1.1[0.7, 1.8]	1.3(0.8, 2.0]	1.2[0.7, 1.9]	1.1[0.7, 1.9]	1.3 [0.8, 2.0]	1.2[0.7, 1.9]	0.8[0.5, 1.4]	1.8[1.1, 3.0]*	1.4[0.9, 2.1]	0.7[0.4, 1.1]
Consumo actual	1.2[0.8, 1.8]	1.5[1.0, 2.1]*	1.3[0.8, 1.9]	1.3[0.8, 1.9]	1.0[0.6, 1.4]	1.5[1.0, 2.3]*	1.0[0.6, 1.6]	0.8[0.5, 1.3]	2.3[1.6, 3.4]***	1.2[0.8, 1.8]
Consumo AR	1.4[0.8, 2.4]	1.6[1.0, 2.6]*	1.6[1.0, 2.7]*	2.1[1.3, 3.5]**	1.0[0.6, 1.7]	1.7[1.0, 2.8]*	1.4[0.8, 2.4]	1.3[0.7, 2.2]	2.7[1.7, 4.3]***	1.0[0.6, 1.7]
<b>Tabaco</b>										
Inicio temprano	0.8[0.4, 1.3]	0.5[0.3, 0.9]*	0.7[0.4, 1.1]	0.6[0.3, 1.0]	1.1[0.6, 1.7]	0.8[0.5, 1.4]	0.9[0.5, 1.6]	0.6[0.3, 1.0]	0.8[0.5, 1.4]	1.0[0.6, 1.6]
Consumo actual	1.8[1.2, 2.8]**	1.6[1.1, 2.4]**	1.8[1.2, 2.8]**	1.6[1.0, 2.4]*	1.5[1.0, 2.2]*	1.9[1.3, 2.9]**	1.7[1.1, 2.7]*	1.1[0.7, 1.6]	1.7[1.2, 2.6]**	1.5[1.0, 2.2]*
Consumo frecuente	1.3[0.6, 2.8]	2.0[0.9, 4.0]	3.9[1.9, 8.0]***	1.7[0.8, 3.6]	1.5[0.7, 3.2]	2.5[1.2, 5.2]**	1.8[0.8, 4.0]	1.5[0.7, 3.3]	4.2[2.0, 8.8]***	1.2[0.6, 2.6]
<b>Marihuana</b>										
Inicio temprano consumo drogas	0.6[0.4, 1.1]	0.9[0.5, 1.5]	1.1[0.6, 1.9]	0.7[0.4, 1.3]	1.6[1.0, 2.8]*	1.1[0.6, 1.8]	0.8[0.4, 1.4]	0.8[0.5, 1.5]	1.0[0.6, 1.7]	1.5[0.9, 2.5]
Consumo actual	1.4[0.9, 2.1]	1.3[0.9, 1.9]	1.1[0.7, 1.7]	1.2[0.8, 1.9]	0.9[0.6, 1.3]	1.5[1.0, 2.3]*	1.0[0.6, 1.6]	0.9[0.6, 1.4]	2.2[1.5, 3.3]***	1.0[0.7, 1.5]
Consumo frecuente	1.6[1.0, 2.5]*	1.3[0.9, 2.1]	1.3[0.8, 2.1]	1.0[0.6, 1.6]	0.8[0.5, 1.3]	1.4[0.9, 2.2]	1.2[0.7, 1.9]	1.0[0.6, 1.6]	2.2[1.2, 2.4]***	1.0[0.7, 1.6]
<b>Poli-consumo</b>										
2 sustancias	1.1[0.8, 1.4]	1.1[0.9, 1.5]	1.1[0.8, 1.4]	0.9[0.6, 1.2]	0.9[0.7, 1.1]	1.2[0.9, 1.6]	1.1[0.8, 1.5]	0.8[0.6, 1.1]	1.2[0.9, 1.5]	1.0[0.7, 1.2]
3 sustancias	1.2[1.0, 1.4]**	1.2[1.0, 1.4]**	1.1[0.9, 1.3]	1.2[1.0, 1.4]*	1.0[0.9, 1.2]	1.2[1.0, 1.4]*	1.0[0.9, 1.2]	1.0[0.9, 1.2]	1.4[1.2, 1.6]***	1.1[0.9, 1.3]

BEFI: Bienestar físico; BEPS: Bienestar psicológico; EAEM: Estado de ánimo y emociones; AUPE: Autopercepción; AUTO: Autonomía; RPVF: Relación con los padres y vida familiar; RECO: Recursos económicos; APSO: Amigos y apoyo social; ESCO: Entorno escolar; ACSO: Aceptación Social. AR: Alto Riesgo, \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001; OR: Odds Ratio [intervalo de confianza del 95 %; IC]

Al analizar la asociación que tiene el consumo de sustancias psicoactivas sobre las dimensiones de la CVRS a través de las Odd Ratio ajustadas por sexo y edad que se presentan en la tabla 7.7.1, se observa que los adolescentes con inicio temprano de consumo de alcohol tienen 1.8 veces más riesgo de percibir una menor aceptación social; los que refieren consumo actual de alcohol tienen 1.5 veces más riesgo de reportar un menor bienestar psicológico y una peor relación con los padres y vida familiar, y 2.3 veces más riesgo de reportar una menor percepción de satisfacción con el entorno escolar. Los que declararon consumo de alto riesgo de alcohol tienen 1.6 veces más riesgo de referir menor bienestar psicológico y peor estado de ánimo y emociones, 2.1 veces más riesgo de referir peor autopercepción, 1.7 veces más riesgo de percibir una peor relación con los padres y vida familiar y 2.7 veces más riesgo de percibir una menor satisfacción con el entorno escolar.

Referente al tabaco, el inicio temprano de consumo de su consumo es un factor protector para la dimensión bienestar psicológico; el consumo actual de tabaco aumentó 1.8 veces el riesgo de una menor percepción del bienestar físico, 1.6 veces más riesgo de un menor bienestar psicológico, 1.8 veces más riesgo de un peor estado de ánimo y emociones, 1.6 veces más riesgo de una peor autopercepción, 1.5 veces más riesgo de una menor percepción en autonomía, 1.9 veces más riesgo de percibir una peor relación con los padres y vida familiar, 1.7 veces más riesgo de referir menores recursos económicos y peor satisfacción con el entorno escolar, y 1.5 veces más riesgo de percibir una menor aceptación social. El consumo frecuente de tabaco aumentó 3.9 veces el riesgo de reportar un peor estado de ánimo y emociones, 2.5 veces más riesgo de reportar una peor relación con los padres y vida familiar y 4.2 veces más riesgo de percibir un peor entorno escolar.

El inicio temprano de consumo de marihuana aumentó 1.6 veces el riesgo de reportar una peor autopercepción. El consumo actual de marihuana aumentó 1.5 veces el riesgo de percibir una peor relación con los padres y vida familiar, y 2.2 veces más riesgo de una peor satisfacción con el entorno escolar. El consumo frecuente de marihuana aumentó 1.6 veces el riesgo de percibir un menor bienestar físico y 2.2 veces el riesgo de reportar una peor percepción del entorno escolar.

Finalmente, el poli-consumo de tres sustancias aumentó 1.2 veces el riesgo de percibir un menor bienestar físico, un menor bienestar psicológico, una peor autopercepción, peores relaciones con los padres y vida familiar y 1.4 veces más riesgo de percibir un peor entorno escolar.

**Tabla 7.7.2**

Asociaciones bivariadas entre las dimensiones del KIDSCREEN-52 y de comportamientos protectores y de riesgo en hábitos de alimentación, actividad física y factores psicosociales en adolescentes de 15 a 18 años, ajustado por edad y sexo

Variables	BEFI OR [IC 95%]	BEPS OR [IC 95%]	EAEM OR [IC 95%]	AUPE OR [IC 95%]	AUTO OR [IC 95%]	RPVF OR [IC 95%]	RECO OR [IC 95%]	APSO OR [IC 95%]	ESCO OR [IC 95%]	ACSO OR [IC 95%]
<b>H. alimentarios</b>										
Bajo consumo de FyV	1.1[0.7, 1.8]	0.9[0.6, 1.3]	0.8[0.5, 1.2]	0.9[0.5, 1.4]	0.6[0.4, 0.9]*	0.7[0.5, 1.2]	0.8[0.5, 1.4]	1.0[0.6, 1.6]	0.8[0.5, 1.3]	0.7[0.5, 1.1]
Consumo diario de bebidas gaseosas	1.1[0.7, 1.6]	0.9[0.6, 1.4]	0.7[0.4, 1.0]	1.0[0.7, 1.6]	0.9[0.6, 1.4]	0.8[0.5, 1.2]	0.9[0.6, 1.4]	1.0[0.6, 1.5]	1.1[0.7, 1.6]	1.1[0.8, 1.6]
Consumo de comida rápida	0.9[0.5, 1.7]	1.0[0.5, 1.8]	1.3[0.7, 2.4]	1.4[0.7, 2.5]	1.2[0.7, 2.1]	1.8[1.0, 3.3]*	1.0[0.5, 2.0]	0.7[0.3, 1.3]	1.1[0.6, 2.0]	1.8[1.0, 3.0]*
<b>Actividad Física</b>										
NAF bajo/inactivo	4.2[2.4, 7.2]***	1.3[0.8, 2.0]	1.0[0.6, 1.5]	1.1[0.7, 1.8]	1.4[0.9, 2.2]	1.4[0.9, 2.2]	1.3[0.8, 2.1]	1.2[0.8, 1.9]	1.3[0.9, 2.1]	1.4[0.9, 2.2]
Uso no saludable del tiempo de ocio	1.8[1.2, 2.8]**	1.0[0.7, 1.5]	1.4[0.9, 2.1]	1.1[0.7, 1.7]	0.8[0.6, 1.3]	0.9[0.6, 1.3]	0.7[0.5, 1.2]	1.1[0.7, 1.6]	1.2[0.8, 1.8]	0.9[0.6, 1.4]
<b>Fact. protectores psicosociales</b>										
Asistencia escolar	1.3[0.8, 2.0]	1.8[1.2, 2.7]**	1.4[0.9, 2.3]	1.5[0.9, 2.3]	1.4[0.9, 2.2]	1.5[1.0, 2.4]*	1.4[0.9, 2.2]	1.4[0.9, 2.1]	1.9[1.2, 2.8]**	1.3[0.8, 1.9]
Regulación y control paterno	2.2[1.3, 3.5]**	3.7[2.3, 5.9]***	2.9[1.8, 4.9]***	2.3[1.4, 3.8]***	2.7[1.7, 4.3]***	8.1[4.2, 15.6]***	2.8[1.6, 4.9]***	2.8[1.7, 4.5]***	2.8[1.8, 4.5]***	1.6[1.0, 2.4]**
Apoyo social en la escuela	3.2[2.1, 5.0]***	3.2[2.2, 4.9]***	2.8[1.8, 4.4]***	3.0[2.0, 4.7]***	2.8[1.9, 4.2]***	2.3[1.5, 3.5]***	2.6[1.7, 4.1]***	4.5[2.9, 6.9]***	3.3[2.2, 5.0]***	2.5[1.9, 4.2]***

BEFI: Bienestar físico; BEPS: Bienestar psicológico; EAEM: Estado de ánimo y emociones; AUPE: Autopercepción; AUTO: Autonomía; RPVF: Relación con los padres y vida familiar; RECO: Recursos económicos; APSO: Amigos y apoyo social; ESCO: Entorno escolar; ACSO: Aceptación Social. FyV: Frutas y Verduras; NAF: Nivel de Actividad Física, \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001; OR: Odds Ratio (intervalo de confianza del 95 %; IC)

En la tabla 7.7.2 se presentan las Odds Ratio ajustadas por sexo y edad de la asociación entre las dimensiones de la CVRS y las variables relacionadas con los hábitos de alimentación, actividad física y factores protectores psicosociales. Respecto a los hábitos de alimentación, el bajo consumo de frutas y verduras fue percibido como factor protector en la percepción de una mayor dimensión autonomía; el consumo diario de bebidas no afecta las dimensiones de la CVRS, y el consumo de comida rápida aumentó 1.8 veces el riesgo de percibir una peor relación con los padres y vida familiar y una peor aceptación social.

El nivel de actividad física bajo/inactivo aumentó 4.2 veces el riesgo de percibir un menor bienestar físico. Asimismo, el uso no saludable del tiempo de ocio aumentó 1.8 el riesgo de reportar un menor bienestar físico.

En relación a la ausencia de factores protectores, el no asistir a la escuela sin autorización aumentó 1.8 veces el riesgo de presentar un menor bienestar psicológico, 1.5 veces el riesgo de percibir una peor relación con los padres y vida familiar y 1.9 veces el riesgo de una peor percepción del entorno escolar. La falta de regulación y control paterno aumentó 2.2 veces el riesgo de percibir un menor bienestar físico, 3.7 veces el riesgo de un menor bienestar psicológico, 2.9 veces el riesgo de un peor estado de ánimo y emociones, 2.3 veces el riesgo de reportar una peor autopercepción, 2.7 veces más riesgo de percibir menor autonomía, 8.1 veces el riesgo de presentar una peor relación con los padres y vida familiar, 2.8 veces el riesgo de referir menores recursos económicos, peor percepción de amigos y apoyo social, y del entorno escolar, y 1.6 veces más riesgo de percibir una menor aceptación social.

La falta de apoyo social en la escuela aumentó 3.2 veces el riesgo de percibir un menor bienestar físico y bienestar psicológico, 2.8 veces el riesgo de percibir un peor estado de ánimo y emociones, 3.0 veces el riesgo de una peor autopercepción; 2.8 veces el riesgo de percibir menor autonomía, 2.3 veces el riesgo de una peor percepción de las relaciones con los padres y vida familiar, 2.6 veces el riesgo de menores recursos económicos, 4.5 veces el riesgo de una peor percepción de la relación con los amigos y apoyo social, 3.3 veces el riesgo de una peor percepción del entorno escolar y 2.5 veces el riesgo de una menor aceptación social.

**Tabla 7.7.3**

Asociaciones bivariadas entre las dimensiones del KIDSCREEN-52 y factores riesgo de salud mental y violencia en adolescentes de 15 a 18 años, ajustado por edad y sexo

Variables	BEFI OR [IC 95%]	BEPS OR [IC 95%]	EAEM OR [IC 95%]	AUPE OR [IC 95%]	AUTO OR [IC 95%]	RPVF OR [IC 95%]	RECO OR [IC 95%]	APSO OR [IC 95%]	ESCO OR [IC 95%]	ACSO OR [IC 95%]
<b>Salud Mental</b>										
Sentimientos de soledad	3.0[1.9, 4.6]***	7.5[4.7, 11.8]***	9.7[5.6, 17.0]***	3.5[2.2, 5.6]***	3.2[2.1, 4.8]***	4.6[2.8, 7.3]***	2.5[1.6, 4.1]***	2.6[1.7, 4.0]***	2.5[1.7, 3.8]***	2.7[1.8, 4.0]***
Posibilidad de suicidarse	2.8[1.8, 4.3]***	6.3[4.1, 9.5]***	6.1[3.9, 9.5]***	3.8[2.4, 5.8]	2.9[1.9, 4.4]***	5.3[3.4, 8.2]***	2.6[1.6, 4.1]***	2.3[1.5, 3.5]***	1.6[1.1, 2.5]*	2.3[1.6, 3.5]***
Plan para suicidarse	2.1[1.4, 3.3]***	4.8[3.1, 7.4]***	5.1[3.2, 8.0]***	3.6[2.3, 5.6]***	2.7[1.7, 4.1]***	5.2[3.3, 8.1]***	2.5[1.6, 4.0]***	2.6[1.7, 4.0]***	1.6[1.0, 2.5]*	2.7[1.7, 4.1]***
Intento real de suicidio	2.0[1.3, 3.2]**	4.3[2.7, 6.7]***	4.4[2.8, 7.0]***	3.1[1.9, 4.9]***	2.7[1.7, 4.1]***	4.3[2.7, 6.9]***	2.6[1.6, 4.2]***	2.8[1.7, 4.4]***	1.9[1.2, 3.0]**	2.3[1.5, 3.6]***
<b>Violencia</b>										
Violencia interpersonal	1.1[0.9, 1.4]	1.4[1.1, 1.7]**	1.3[1.0, 1.6]**	1.2[0.9, 1.5]	1.2[1.0, 1.5]*	1.8[1.4, 2.2]***	1.5[1.2, 1.9]***	1.3[1.1, 1.6]**	1.1[0.9, 1.4]	1.6[1.2, 2.0]***
Participación en peleas físicas	0.8[0.4, 1.5]	1.4[0.8, 2.3]	1.3[0.7, 2.3]	1.1[0.6, 2.0]	1.2[0.7, 2.0]	2.0[1.2, 3.3]**	1.5[0.9, 2.7]	0.9[0.5, 1.5]	1.1[0.6, 1.8]	1.5[0.9, 2.4]
Víctima de intimidación	2.3[1.2, 4.6]***	3.7[1.9, 7.0]***	1.5[0.7, 3.1]	2.2[1.1, 4.4]**	2.0[1.0, 3.8]**	2.6[1.3, 4.9]**	1.6[0.8, 3.4]	2.8[1.5, 5.2]**	1.9[1.0, 3.6]*	5.8[3.0, 11]***

BEFI: Bienestar físico; BEPS: Bienestar psicológico; EAEM: Estado de ánimo y emociones; AUPE: Autopercepción; AUTO: Autonomía; RPVF: Relación con los padres y vida familiar; RECO: Recursos económicos; APSO: Amigos y apoyo social; ESCO: Entorno escolar; ACSO: Aceptación Social. \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001; OR: Odds Ratio (intervalo de confianza del 95 %; IC)

En la tabla 7.7.3 se presentan las Odds Ratio ajustadas por sexo y edad de la asociación entre las dimensiones de la CVRS y los sentimientos de soledad, tendencias suicidas y violencia en los adolescentes.

Los adolescentes que reportan sentimientos de soledad tienen 3.0 veces más riesgo de presentar menor bienestar físico, 7.5 veces más riesgo de percibir un menor bienestar psicológico, 9.7 veces más riesgo de reportar un peor estado de ánimo y emociones, 3.5 veces de tener una peor autopercepción, 3.2 veces más riesgo de presentar menor autonomía, 4.6 veces el riesgo de reportar peor relación con los padres y vida familiar, 2.5 veces más riesgo de percibir menores recursos económicos, 2.6 veces más riesgo de percibir peores relaciones con los amigos y apoyo social, 2.5 veces más riesgo de percibir un peor entorno escolar y 2.7 veces más riesgo de reportar una menor aceptación social.

Los adolescentes que consideraron la posibilidad de suicidio tienen 2.8 veces más riesgo de percibir un peor bienestar físico, 6.3 veces más riesgo de reportar un menor bienestar psicológico, 6.1 veces más riesgo de presentar un peor estado de ánimo y emociones, 3.8 veces más riesgo de referir una peor autopercepción, 2.9 veces más riesgo de percibir menor autonomía, 5.3 veces más riesgo de presentar peor relación con los padres y vida familiar, 2.6 veces más riesgo de reportar menores recursos económicos, 2.3 veces más riesgo de percibir peores relaciones con los amigos y apoyo social, 1.6 veces más riesgo de percibir un peor entorno escolar y 2.3 veces más riesgo de percibir una menor aceptación social.

Haber realizado un plan para suicidarse aumentó 2.1 veces el riesgo de percibir un peor bienestar físico, 4.8 veces el riesgo de reportar un menor bienestar psicológico, 5.1 veces el riesgo de presentar un menor estado de ánimo y emociones, 3.6 veces el riesgo de referir una menor autopercepción, 2.7 veces el riesgo de una menor autonomía, 5.2 veces el riesgo de percibir una peor relación con los padres y vida familiar, 2.5 veces más riesgo de reportar menores recursos económicos, 2.6 veces más riesgo de percibir una peor relación con los amigos y apoyo social, 1.6 veces el riesgo de percibir un peor entorno escolar y 2.7 veces el riesgo de percibir una peor aceptación social.

Haber realizado un intento real de suicidio aumentó 2.0 veces el riesgo de presentar un peor bienestar físico, 4.3 veces el riesgo de percibir un menor bienestar psicológico, 4.4 veces el riesgo de reportar un peor estado de ánimo y emociones, 3.1 veces el riesgo de una peor autopercepción; 2.7 veces el riesgo de percibir una menor autonomía, 4.3 veces el riesgo de reportar peor relación con los padres y vida familiar, 2.6 veces más riesgo de percibir menores recursos económicos, 2.8 veces más riesgo de reportar peor relación con amigos y apoyo social, 1.9 veces más riesgo de percibir un peor entorno escolar y 2.3 veces más riesgo de percibir una menor aceptación social.

Por otra parte, la violencia interpersonal aumentó 1.4 veces el riesgo de percibir un peor bienestar psicológico, 1.3 veces el riesgo de reportar un peor estado de ánimo y emociones, 1.2 veces el riesgo de percibir menor autonomía, 1.8 veces el riesgo de reportar peores relaciones con los padres y vida familiar, 1.5 veces el riesgo de presentar menores recursos económicos, 1.3 veces el riesgo de percibir una peor relación con los amigos y apoyo social y 1.6 veces el riesgo de reportar menor aceptación social.

La participación en peleas físicas aumentó 2.0 veces el riesgo de reportar peor relación con los padres y vida familiar.

Finalmente, ser víctima de intimidación aumentó 2.3 veces el riesgo de reportar un peor bienestar físico, 3.7 veces el riesgo de referir un menor bienestar psicológico, 2.2 veces el riesgo de percibir una menor autopercepción, 2.0 veces más riesgo de una menor autonomía, 2.6 veces el riesgo de reportar una peor relación con los padres y vida familiar, 2.8 veces más riesgo de percibir peores relaciones con los amigos y apoyo social, 1.9 veces de reportar un peor entorno escolar y 5.8 veces más riesgo de percibir una menor aceptación social.

**Tabla 7.7.4**

Asociaciones bivariadas entre las dimensiones del KIDSCREEN-52 y comportamientos sexuales en adolescentes de 15 a 18 años, ajustado por edad y sexo

Variables	BEFI OR [IC 95%]	BEPS OR [IC 95%]	EAEM OR [IC 95%]	AUPE OR [IC 95%]	AUTO OR [IC 95%]	RPVF OR [IC 95%]	RECO OR [IC 95%]	APSO OR [IC 95%]	ESCO OR [IC 95%]	ACSO OR [IC 95%]
Inicio precoz	0.7[0.3, 1.2]	0.9[0.5, 1.6]	1.0[0.5, 1.7]	0.8[0.4, 1.4]	0.8[0.4, 1.4]	0.5[0.3, 1.0]	0.4[0.2, 0.8]**	0.7[0.4, 1.3]	1.5[0.9, 2.6]	0.7[0.4, 1.2]
Activo Sexual	1.0[0.7, 1.6]	1.2[0.8, 1.3]	1.2[0.8, 1.9]	0.9[0.5, 1.7]	1.4[0.9, 2.1]	1.7[1.1, 2.7]**	1.2[0.8, 2.0]	0.7[0.4, 1.0]	1.4[0.9, 2.1]	1.0[0.7, 1.5]
No uso preservativo	1.6[0.9, 2.8]	0.8[0.4, 1.4]	0.8[0.4, 1.4]	1.2[0.8, 1.9]	1.0[0.6, 1.7]	0.7[0.4, 1.3]	0.9[0.5, 1.6]	1.2[0.7, 2.2]	1.3[0.8, 2.2]	0.9[0.5, 1.6]

BEFI: Bienestar físico; BEPS: Bienestar psicológico; EAEM: Estado de ánimo y emociones; AUPE: Autopercepción; AUTO: Autonomía; RPVF: Relación con los padres y vida familiar; RECO: Recursos económicos; APSO: Amigos y apoyo social; ESCO: Entorno escolar; ACSO: Aceptación Social. \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001; OR: Odds Ratio (intervalo de confianza del 95 %; IC)

**Tabla 7.7.5**

Asociaciones bivariadas entre las dimensiones del KIDSCREEN-52 y estado nutricional en adolescentes de 15 a 18 años, ajustado por edad y sexo

Variables	BEFI OR [IC 95%]	BEPS OR [IC 95%]	EAEM OR [IC 95%]	AUPE OR [IC 95%]	AUTO OR [IC 95%]	RPVF OR [IC 95%]	RECO OR [IC 95%]	APSO OR [IC 95%]	ESCO OR [IC 95%]	ACSO OR [IC 95%]
Obesidad	1.3[0.8, 2.0]	1.3[0.8, 2.0]	0.8[0.5, 1.2]	1.2[0.8, 1.9]	1.7[1.1, 2.7]**	1.0[0.7, 1.6]	0.7[0.4, 1.1]	0.9[0.5, 1.4]	1.0[0.7, 1.6]	1.4[0.9, 2.1]

BEFI: Bienestar físico; BEPS: Bienestar psicológico; EAEM: Estado de ánimo y emociones; AUPE: Autopercepción; AUTO: Autonomía; RPVF: Relación con los padres y vida familiar; RECO: Recursos económicos; APSO: Amigos y apoyo social; ESCO: Entorno escolar; ACSO: Aceptación Social. \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001; OR: Odds Ratio (intervalo de confianza del 95 %; IC)

La tabla 7.7.4 muestra las Odd Ratio ajustadas por sexo y edad de la asociación entre las dimensiones de la CVRS y los comportamientos sexuales de riesgo en los adolescentes.

El inicio precoz de relaciones sexuales es un factor protector para la dimensión recursos económicos; mientras que tener actividad sexual aumentó 1.7 veces el riesgo de percibir una peor relación con los padres y vida familiar. Tener relaciones sexuales sin preservativo no fue factor de riesgo de percibir peor CVRS en ninguna de las dimensiones.

La tabla 7.7.5 muestra las Odd Ratio ajustadas por sexo y edad de la asociación entre las dimensiones de la CVRS y la malnutrición por exceso en los adolescentes. En ella se observa que el exceso de peso aumentó 1.7 veces el riesgo de tener una peor autopercepción.

## 7.8. Resultados del Objetivo Específico 8: Ajustar modelos de regresión logística múltiple para las diez dimensiones de CVRS a partir de los CRS informados por los adolescentes

**Tabla 7.8.1**

Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión bienestar físico del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo

VARIABLES	OR	Std. Err	Z	p	IC 95%
<b>Marihuana</b>					
Inicio temprano consumo drogas	0.42	0.18	-1.99	0.046	0.17, 0.98
<b>Actividad Física</b>					
NAF bajo/inactivo	3.26	1.52	2.53	0.012	1.30, 8.17
Uso no saludable del tiempo de ocio	3.82	1.81	2.83	0.005	1.50, 9.68
<b>Factores Protectores psicosociales</b>					
Apoyo social en la escuela	2.65	1.14	2.26	0.024	1.13, 6.17
<b>Salud Mental</b>					
Sentimientos de soledad	4.43	2.19	3.02	0.003	1.68, 11.6
Posibilidad de suicidarse	4.14	2.53	2.32	0.020	1.24, 13.7
Plan de suicidio	0.33	0.20	-1.78	0.076	0.10, 1.11
<b>Comportamientos sexuales</b>					
Inicio precoz	0.26	0.11	-2.94	0.003	0.10, 0.64

Los resultados del análisis de regresión logística múltiple (Tabla 7.8.1) muestran la asociación entre la dimensión bienestar físico de la CVRS y las variables relacionadas con los CRS, ajustado por edad y sexo.

De las variables estudiadas, cinco resultaron afectar negativamente y dos afectar positivamente el bienestar físico.

Los CRS con mayor efecto negativo sobre esta dimensión son los relacionados con los comportamientos de salud mental, de ellos los sentimientos de soledad aumentaron 4.4 veces el riesgo de percibir un peor bienestar físico, y la posibilidad de suicidarse aumentó 4.1 veces este riesgo.

Luego se encuentran los comportamientos relacionados con la actividad física, evidenciando que el uso no saludable del tiempo de ocio aumentó 3.8 veces el riesgo de percibir un peor bienestar físico, y el nivel de actividad física bajo/inactivo aumentó este riesgo a 3.2 veces.

Entre los factores psicosociales, destaca que el no recibir apoyo social en la escuela aumentó 2.6 veces el riesgo de percibir un peor bienestar físico.

Por último, las variables relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas: inicio temprano de drogas y el inicio precoz de relaciones sexuales incrementaron la probabilidad de percibir un mejor bienestar físico (58% y 74% respectivamente).

La prueba de Hosmer-Lemeshow muestra que la bondad de ajuste del modelo de regresión logística es buena ( $p= 0.62$ ).

**Tabla 7.8.2**

Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión bienestar psicológico del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo

VARIABLES	OR	Std. Err	Z	p	IC 95%
<b>Tabaco</b>					
Inicio temprano	0.31	0.17	-2.11	0.035	0.10, 0.91
Consumo frecuente	3.08	1.80	1.93	0.054	0.98, 9.69
<b>Alcohol</b>					
Consumo actual	3.03	1.81	1.86	0.062	0.94, 9.77
<b>Marihuana</b>					
Inicio temprano consumo drogas	3.25	1.74	2.20	0.028	1.13, 9.28
Consumo actual	0.43	0.24	-1.49	0.137	0.14, 1.30
<b>Factores Protectores psicosociales</b>					
Asistencia escolar	3.44	1.70	2.51	0.012	1.31, 9.06
Apoyo social en la escuela	2.87	1.43	2.12	0.034	1.08, 7.62
<b>Salud Mental</b>					
Sentimientos de soledad	6.71	3.76	3.40	0.001	2.23, 20.17
Posibilidad de suicidarse	7.72	5.16	3.06	0.002	2.08, 28.67
Intento real de suicidio	0.21	0.15	-2.13	0.033	0.05, 0.88
<b>Violencia</b>					
Víctima de intimidación	4.33	3.14	2.02	0.044	1.04, 17.99
<b>Z IMC</b>					
Obesidad	0.70	0.13	-1.85	0.064	0.49, 1.01
<b>Sociodemográficas</b>					
Sexo	2.48	1.26	1.80	0.072	0.92, 6.72

Los resultados del análisis de regresión logística múltiple (Tabla 7.8.2) muestran la asociación entre la dimensión bienestar psicológico de la CVRS y las variables relacionadas con los CRS, ajustado por factores protectores edad y sexo.

De las variables estudiadas, seis resultaron afectar negativamente y dos afectar positivamente esta dimensión.

Los CRS con mayor efecto negativo sobre esta dimensión son los relacionados con la salud mental, de ellos considerar la posibilidad de suicidarse incrementó 7.7 veces el

riesgo de percibir un peor bienestar psicológico, mientras que los sentimientos de soledad y lo aumentó 6.7 veces.

Luego se encuentra el haber sido víctima de intimidación, variable que aumentó 4.3 veces el riesgo de percibir un peor bienestar psicológico. Del mismo modo, el inicio temprano de drogas aumentó este riesgo 3.2 veces.

Entre los factores psicosociales, destaca que el no asistir a la escuela sin autorización aumentó 3.4 veces el riesgo de percibir un peor bienestar psicológico, asimismo el no recibir apoyo social en la escuela incrementó este riesgo 2.8 veces.

Por último, las variables inicio temprano de tabaco y el intento real de suicidio aumentaron la probabilidad de tener un mejor bienestar psicológico (69% y 79% respectivamente).

La prueba de Hosmer-Lemeshow muestra que la bondad de ajuste del modelo de regresión logística es buena ( $p=0.18$ ).

**Tabla 7.8.3**

Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión estado de ánimo y emociones del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo

Variabales	OR	Std. Err	Z	p	IC 95%
Tabaco					
Consumo actual	0.24	0.12	-2.65	0.008	0.80, 0.69
Consumo frecuente	6.69	4.26	2.99	0.003	1.92, 23.30
Actividad Física					
NAF bajo/inactivo	2.16	1.04	1.60	0.110	0.83, 5.59
Uso no saludable del tiempo de ocio	2.60	1.29	1.93	0.054	0.98, 6.89
Factores Protectores psicosociales					
Apoyo social en la escuela	1.86	0.84	1.37	0.171	0.76, 4.54
Salud Mental					
Sentimientos de soledad	7.68	4.42	3.54	0.000	2.48, 23.75
Posibilidad de suicidarse	7.83	5.12	3.14	0.002	2.17, 28.2
Plan de suicidio	0.40	0.25	-1.41	0.159	0.11, 1.41
Comportamiento sexual					
Uso de preservativo	0.51	0.22	-1.51	0.130	0.22, 1.21
Z IMC					
Obesidad	1.35	0.22	1.79	0.074	0.97, 1.87

Los resultados del análisis de regresión logística múltiple expuestos en la tabla 7.8.3 muestran la asociación entre la dimensión estado de ánimo y emociones de la CVRS y las variables relacionadas con los CRS, ajustado por factores protectores edad y sexo. De las variables estudiadas, tres resultaron afectar negativamente y una positivamente esta dimensión. Considerar la posibilidad de suicidarse incrementó 7.8 veces el riesgo de percibir un peor estado de ánimo y emociones, mientras que los sentimientos de soledad lo aumentaron 7.6 veces. En tercer lugar se encuentra el consumo frecuente de tabaco, incrementando este riesgo 6.6 veces. Destaca que el consumo actual de tabaco aumentó la probabilidad de tener una mejor percepción de esta dimensión en un 76%.

La prueba de Hosmer-Lemeshow muestra que la bondad de ajuste del modelo de regresión logística es buena ( $p=0.35$ ).

**Tabla 7.8.4**

Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión autopercepción del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo

VARIABLES	OR	Std. Err	Z	p	IC 95%
<b>Alcohol</b>					
Consumo de alto riesgo	2.16	1.03	1.62	0.105	0.85, 5.51
<b>Marihuana</b>					
Consumo frecuente	0.40	0.18	-2.00	0.046	0.16, 0.98
<b>Factores Protectores psicosociales</b>					
Apoyo social en la escuela	3.18	1.34	2.74	0.006	1.38, 7.28
<b>Salud Mental</b>					
Sentimientos de soledad	3.81	1.98	2.58	0.010	1.37, 10.5
Posibilidad de suicidarse	1.90	0.82	1.49	0.130	0.81, 4.46
<b>Z IMC</b>					
Obesidad	1.44	0.22	2.33	0.020	1.05, 1.97
<b>Sociodemográficas</b>					
Sexo	2.18	1.04	1.64	0.101	0.85, 5.56

Los resultados del análisis de regresión logística múltiple presentados en la tabla 7.8.4 muestran la asociación entre la dimensión autopercepción de la CVRS y las variables relacionadas con los CRS, ajustado por factores protectores edad y sexo.

De las variables estudiadas, tres resultaron afectar negativamente y una afectar positivamente esta dimensión. Los sentimientos de soledad aumentaron 3.8 veces el riesgo de percibir una peor autopercepción, asimismo, el padecer de obesidad incrementó 1.4 veces este riesgo. Entre los factores psicosociales, destaca que el no recibir apoyo social en la escuela aumentó 3.1 veces el riesgo de percibir una peor autopercepción. Por último, el consumo frecuente de marihuana aumentó la probabilidad de tener una mejor autopercepción (60%).

La prueba de Hosmer-Lemeshow muestra que la bondad de ajuste del modelo de regresión logística es bueno ( $p=0.16$ ).

**Tabla. 7.8.5**

Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión autonomía del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo

Variabes	OR	Std. Err	Z	p	IC 95%
<b>Alcohol</b>					
Inicio temprano	2.73	1.45	1.89	0.059	0.96, 7.77
Consumo actual	0.48	0.26	-1.31	0.190	0.16, 1.43
<b>Marihuana</b>					
Inicio temprano	4.18	2.36	2.53	0.011	1.37, 12.69
Consumo actual	0.14	0.08	-3.37	0.001	0.04, 0.44
<b>Actividad Física</b>					
NAF bajo/inactivo	2.15	1.00	1.65	0.099	0.86, 5.37
Uso no saludable del tiempo de ocio	0.39	0.19	-1.92	0.055	0.15, 1.01
<b>Factores Protectores psicosociales</b>					
Regulación y control paterno	3.45	2.06	2.08	0.038	1.07, 11.12
Apoyo social en la escuela	3.04	1.52	2.22	0.026	1.13, 8.11
Asistencia escolar	1.95	0.90	1.45	0.148	0.78, 4.82
<b>Salud Mental</b>					
Sentimientos de soledad	6.83	3.40	3.86	0.000	2.57, 18.15
Plan de suicidio	2.13	1.03	1.57	0.116	0.82, 5.51
<b>Z IMC</b>					
Obesidad	1.29	0.21	1.54	0.124	0.93, 1.79
<b>Hábitos alimentarios</b>					
Consumo de comida rápida	4.05	2.95	1.93	0.054	0.97, 16.88
<b>Sociodemográficas</b>					
Edad	0.59	0.14	-2.19	0.029	0.37, 0.94

Los resultados del análisis de regresión logística múltiple (Tabla 7.8.5) muestran la asociación entre la dimensión autonomía de la CVRS y las variables relacionadas con los CRS, ajustado por factores protectores edad y sexo. De las variables estudiadas, cuatro resultaron afectar negativamente y dos afectar positivamente esta dimensión. El CRS con mayor efecto negativo sobre esta dimensión es el sentimiento de soledad, el que aumentó 6.8 veces el riesgo de percibir un peor autonomía, seguido por el inicio temprano de drogas que incrementó 4.1 veces este riesgo. Entre los factores psicosociales, destaca que la falta

de regulación y control paterno aumentó 3.4 veces el riesgo de percibir una peor autonomía, asimismo el no recibir apoyo social en la escuela aumentó este riesgo 3.0 veces.

Destaca que las variables consumo actual de marihuana y pertenecer al grupo de 17-18 años en comparación al grupo de 15 a 16 años, incrementaron la probabilidad de percibir una mejor autonomía (86% y 41% respectivamente).

La prueba de Hosmer-Lemeshow muestra que la bondad de ajuste del modelo de regresión logística es bueno ( $p=0.28$ ).

**Tabla 7.8.6.**

Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión relación con los padres y vida familiar del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo

Variables	OR	Std. Err	Z	p	IC 95%
Comportamiento sexual					
Inicio precoz	0.60	0.21	-1.39	0.164	0.29, 1.23
Hábitos alimentarios					
Consumo de comida rápida	4.31	2.31	2.72	0.006	1.50, 12.35
Factores Protectores psicosociales					
Regulación y control paterno	3.74	2.09	2.36	0.018	1.24, 11.22
Salud Mental					
Posibilidad de suicidarse	4.09	1.51	3.82	0.000	1.98, 8.45

Los resultados del análisis de regresión logística múltiple (Tabla 7.8.6) muestran la asociación entre la dimensión relación con los padres y vida familiar de la CVRS y las variables relacionadas con los CRS, ajustado por factores protectores edad y sexo. De las variables estudiadas, tres resultaron afectar negativamente esta dimensión.

El consumo frecuente de comida rápida aumentó 4.3 veces el riesgo de percibir una peor relación con los padres y vida familiar. Asimismo, la posibilidad de suicidarse lo aumentó 4.0 veces.

Entre los factores psicosociales, no informar regulación y control paterno aumentó 3.7 veces el riesgo de percibir una peor relación con los padres y vida familiar.

La prueba de Hosmer-Lemeshow muestra que la bondad de ajuste del modelo de regresión logística es buena ( $p=0.32$ ).

**Tabla 7.8.7**

Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión recursos económicos del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo

VARIABLES	OR	Std. Err	Z	p	IC 95%
Tabaco					
Consumo actual	3.13	1.56	2.30	0.021	1.18, 8.31
Alcohol					
Consumo actual	0.32	0.16	-2.20	0.028	0.12, 0.88
Fact. Protectores psicosociales					
Regulación y control paterno	7.40	6.04	2.45	0.014	1.49, 36.73
Apoyo social en la escuela	3.08	1.37	2.53	0.011	1.29, 7.39
Salud Mental					
Intento real de suicidio	0.48	0.24	-1.43	0.152	0.18, 1.30
Violencia					
Violencia interpersonal	1.41	0.30	1.65	0.099	0.93, 2.14
Participación en peleas físicas	2.06	1.02	1.46	0.145	0.77, 5.46
Comportamientos sexuales					
Inicio precoz	0.42	0.17	-2.04	0.041	0.18, 0.96
Sociodemográficas					
Sexo	1.95	0.90	1.45	0.147	0.79, 4.83

Los resultados del análisis de regresión logística múltiple (Tabla 7.8.7) muestran la asociación entre la dimensión recursos económicos de la CVRS y las variables relacionadas con los CRS, ajustado por factores protectores edad y sexo. De las variables estudiadas, tres resultaron afectar negativamente y dos positivamente esta dimensión. El consumo actual de tabaco aumentó 3.1 veces el riesgo de percibir peores recursos económicos. Asimismo, no informar regulación y control paterno aumentó este riesgo 7.4 veces y no referir apoyo social en la escuela lo incrementó 3.0 veces. Destaca que el consumo actual de alcohol y el inicio precoz de relaciones sexuales aumentaron la probabilidad de tener una mejor percepción de los recursos económicos (68% y 58% respectivamente).

La prueba de Hosmer-Lemeshow muestra que la bondad de ajuste del modelo de regresión logística es buena ( $p=0.49$ ).

**Tabla 7.8.8**

Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión amigos y apoyo social del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo

VARIABLES	OR	Std. Err	Z	p	IC 95%
<b>Tabaco</b>					
Consumo frecuente	2.30	1.37	1.40	0.162	0.71, 7.41
<b>Alcohol</b>					
Inicio temprano	3.58	2.01	2.27	0.023	1.18, 10.81
Consumo de alto riesgo	3.46	1.94	2.22	0.027	1.15, 10.40
<b>Marihuana</b>					
Inicio temprano de drogas	3.10	1.85	1.90	0.058	0.96, 9.99
Consumo actual	0.27	0.15	-2.27	0.023	0.08, 0.83
<b>Actividad Física</b>					
NAF bajo/inactivo	0.48	0.24	-1.42	0.157	0.17, 1.32
<b>Factores Protectores psicosociales</b>					
Regulación y control paterno	6.67	5.47	2.32	0.020	1.34, 33.26
Apoyo social en la escuela	7.37	3.71	3.97	0.000	2.75, 19.78
<b>Salud Mental</b>					
Plan de suicidio	1.86	0.89	1.30	0.195	0.72, 4.78
<b>Sociodemográficas</b>					
Edad	0.62	0.15	-1.93	0.054	0.39, 1.00

Los resultados del análisis de regresión logística múltiple (Tabla 7.8.8) muestran la asociación entre la dimensión amigos y apoyo social de la CVRS y las variables relacionadas con los CRS, ajustado por factores protectores edad y sexo. De las variables estudiadas, cuatro resultaron afectar negativamente y una positivamente esta dimensión.

El inicio temprano de alcohol aumentó 3.5 veces el riesgo de percibir peor percepción de los amigos y apoyo escolar, mientras que el consumo de alto riesgo de esta sustancia lo aumentó a 3.4 veces. Entre los factores psicosociales, no referir apoyo social en la escuela aumentó 7.3 veces el riesgo de tener una peor percepción de esta dimensión, mientras que informar falta de regulación y control paterno incrementó este riesgo 6.6 veces. Destaca que el consumo actual de marihuana aumentó la probabilidad de tener una mejor percepción de los amigos y apoyo escolar (73%). La prueba de Hosmer-Lemeshow muestra que la bondad de ajuste del modelo de regresión logística es bueno ( $p=0.23$ ).

**Tabla 7.8.9**

Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión entorno escolar del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo

VARIABLES	OR	Std. Err	Z	P	IC 95%
<b>Tabaco</b>					
Consumo frecuente	2.99	1.51	2.17	0.030	1.11, 8.04
<b>Alcohol</b>					
Inicio precoz	2.23	0.95	1.88	0.060	0.96, 5.17
Consumo de alto riesgo	2.65	1.14	2.27	0.023	1.14, 6.16
<b>Marihuana</b>					
Inicio temprano de drogas	2.04	0.95	1.54	0.124	0.82, 5.11
<b>Actividad Física</b>					
NAF bajo/inactivo	1.75	0.72	1.36	0.174	0.77, 3.94
<b>Factores Protectores psicosociales</b>					
Apoyo social en la escuela	3.72	1.52	3.21	0.001	1.67, 8.30
Asistencia escolar	1.93	0.72	1.76	0.078	0.92, 4.04
<b>Salud Mental</b>					
Sentimientos de soledad	3.28	1.37	2.84	0.004	1.44, 7.46
<b>Violencia</b>					
Violencia interpersonal	0.76	0.13	-1.51	0.132	0.53, 1.08
<b>Hábitos alimentarios</b>					
Consumo frecuente de bebidas	0.58	0.22	-1.40	0.162	0.27, 1.23
<b>Sociodemográficas</b>					
Sexo	0.58	0.24	-1.28	0.199	0.25, 1.33

Los resultados del análisis de regresión logística múltiple (Tabla 7.8.9) muestran la asociación entre la dimensión entorno escolar de la CVRS y las variables relacionadas con los CRS, ajustado por factores protectores edad y sexo. De las variables estudiadas, cuatro resultaron afectar negativamente esta dimensión. Los sentimientos de soledad aumentaron en 3.2 veces el riesgo de percibir un peor entorno escolar seguido por el consumo de sustancias, donde el consumo frecuente de tabaco aumentó 2.9 veces este riesgo, mientras que el consumo de alto riesgo de alcohol lo aumentó 2.6 veces. Entre los factores psicosociales, no referir apoyo social en la escuela aumentó el 3.7 veces el riesgo, mientras que faltar a la escuela sin permiso lo aumentó 1.9 veces. La prueba de Hosmer-Lemeshow muestra que la bondad de ajuste del modelo de regresión logística es bueno ( $p=0.43$ ).

**Tabla 7.8.10**

Modelo de regresión logística múltiple para la dimensión aceptación social del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo

VARIABLES	OR	Std. Err	Z	P	IC 95%
<b>Alcohol</b>					
Consumo actual	1.90	0.87	1.41	0.158	0.77, 4.68
<b>Marihuana</b>					
Inicio temprano de drogas	2.06	0.86	1.75	0.081	0.91, 4.67
Consumo frecuente	0.59	0.23	-1.30	0.195	0.26, 1.30
<b>Factores Protectores psicosociales</b>					
Apoyo social en la escuela	1.89	0.76	1.57	0.116	0.85, 4.18
<b>Salud Mental</b>					
Sentimientos de soledad	4.07	1.77	3.23	0.001	1.73, 9.55
<b>Violencia</b>					
Violencia interpersonal	1.39	0.27	1.68	0.092	0.94, 2.06
Víctima de intimidación	3.49	2.21	1.98	0.048	1.01, 12.08
<b>Comportamientos sexuales</b>					
Inicio precoz	0.51	0.20	-1.70	0.089	0.24, 1.10
<b>Hábitos alimentarios</b>					
Consumo de comida rápida	2.67	1.44	1.83	0.067	0.93, 7.70
<b>Sociodemográficas</b>					
Sexo	0.51	0.22	-1.54	0.124	0.22, 1.19

Los resultados del análisis de regresión logística múltiple (Tabla 7.8.10) muestran la asociación entre la dimensión aceptación social de la CVRS y las variables relacionadas con los CRS, ajustado por factores protectores edad y sexo. De las variables estudiadas, dos resultaron afectar negativamente esta dimensión.

El CRS con mayor efecto negativo sobre esta dimensión es el sentimiento de soledad, el que aumentó 4.0 veces el riesgo de percibir una peor aceptación social, seguido por informar ser víctima de intimidación, que aumentó este riesgo a 3.4 veces.

La prueba de Hosmer-Lemeshow muestra que la bondad de ajuste del modelo de regresión logística es buena ( $p=0.60$ ).

# CAPÍTULO 8

## Discusión

### 8.1 Discusión sobre los resultados relativos a la percepción de las dimensiones de la CVRS de los adolescentes según sexo y grupos de edad

Nuestro primer objetivo fue explorar sobre la percepción de las dimensiones de la CVRS de los adolescentes según sexo y grupos de edad.

El presente estudio mostró diferencias en la percepción de la CVRS por sexo y edad. Según sexo, las mujeres presentaron menores puntuaciones en relación a los hombres en las dimensiones bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, y recursos económicos. Estos resultados coinciden con los de González y otros (2016), quienes informaron menores puntuaciones en 6 de las 10 dimensiones de CVRS en las mujeres adolescentes chilenas, no obstante difieren en los resultados obtenidos en las dimensiones amigos y apoyo social y entorno escolar, al informar menores puntuaciones en los adolescentes hombres, hallazgos no identificados en nuestro estudio. Asimismo, nuestros resultados coinciden con los de Pinto y otros (2014), quienes informaron puntuaciones más elevadas en los hombres, particularmente en las dimensiones bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía y relación con los padres y familiar.

Aunque la diferencia en el bienestar subjetivo entre hombres y mujeres es un hallazgo común, las interpretaciones que explican estos resultados son escasas. Autores han señalado que ser hombre o mujer implica realidades biológicas y culturales distintas que impactan en el rol sexual y en la identidad del adolescente (Munist, Suárez, Krauskopf y Silber, 2011). Otros autores han relacionado estas diferencias con un efecto negativo de la pubertad en el bienestar psicológico y salud física, que afectaría en mayor magnitud a las mujeres (Benjet y Hernandez-Guzman, 2002; Palacio-Vieira, Villalonga-Olivos, Valderas, Espallargues, Herdman y otros, 2008).

Con respecto a la edad, nuestro estudio también evidenció puntuaciones más bajas en la percepción de CVRS a medida que aumenta la edad, particularmente en la dimensión entorno escolar. El hecho de que el aumento de la edad se asocie negativamente a la CVRS de este grupo de adolescentes es consistente con evidencias que muestran que al aumentar la edad disminuye la percepción de la CVRS. Así por ejemplo, en un estudio multi-céntrico con adolescentes (n=21.590), Michel y otros (2009) reportaron una disminución en la CVRS medida mediante el KIDSCREEN-52 en la mayoría de las dimensiones.

Aunque nuestro estudio fue de tipo transversal, los resultados fueron similares a un estudio longitudinal realizado por un periodo de tres años y utilizando una sub-muestra de niños y adolescentes españoles de 8 a 18 años (n=454). Los investigadores reportaron una disminución en la CVRS determinada mediante el KIDSCREEN-52 en la mayoría de las dimensiones, especialmente en los adolescentes de 13 a 17 años, a medida que aumenta la edad (Palacio-Vieira y otros, 2008).

Una de las razones que explicaría la disminución de la puntuación en la dimensión entorno escolar podría estar condicionada por algunos problemas educativos, entre ellos la violencia, la reprobación y el bajo rendimiento académico. Según López de Mesa-Melo, Carvajal-Castillo, Soto-Godoy y Urrea-Roa (2013) la violencia entre iguales, ya sea física o verbal, directa e indirecta, incluso activa o pasiva, actualmente presente en las instituciones educativas, ha demostrado que incide en la convivencia y en el ambiente escolar y afecta el autoestima, la autopercepción, la percepción de las relaciones sociales, del clima escolar y el bienestar subjetivo de las víctimas.

De acuerdo a los anterior, las diferencias de edad y sexo en la CVRS no están totalmente aclaradas en la literatura. Sin embargo, se ha descrito que la transición física y social que se produce desde la infancia hasta la edad adulta, a menudo se encuentra combinada con transiciones en la escuela. Esto, junto al desarrollo hormonal y a los procesos fisiológicos puede llegar a generar un desequilibrio afectando el bienestar subjetivo (Flammer y Alsaker, 2002).

## **8.2 Discusión sobre los resultados relativos a la percepción de las dimensiones de la CVRS y el consumo de drogas lícitas e ilícitas de los adolescentes**

Nuestro segundo objetivo fue determinar la prevalencia de consumo de drogas lícitas e ilícitas de los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS. Los resultados obtenidos en esta investigación muestran una alta prevalencia de consumo en los últimos 30 días de alcohol, tabaco y marihuana, aumentando significativamente en el Grupo 2 (17-18 años), sin encontrar diferencias entre sexos. Estas prevalencias son superiores a los datos aportados por el SENDA de Chile (2016) para las tres sustancias (alcohol: 39.3% vs. 35.6% SENDA; tabaco: 30.9% vs. 24.9% SENDA; marihuana: 32.9% vs. 20.1 SENDA) y de América del Sur (CICAD, 2015). Lo anterior pone de manifiesto que el consumo de estas sustancias es usual en los adolescentes. Así también lo demuestra Obradovic (2017) quien reportó que a la edad de 17 años, la mayoría de los jóvenes han probado el alcohol, el tabaco y la marihuana.

En Chile, el incremento en la prevalencia del consumo podría explicarse por el aumento de la oferta, la disponibilidad, y la facilidad del acceso a estas sustancias (SENDA, 2016). Adicionalmente, podría estar influenciado por el consumo del padre, la madre, el hermano/a y el mejor amigo/a (Espada y otros, 2008; Hill y otros, 2005), la crianza permisiva relacionada con el consumo de sustancias (Pape y otros, 2015), por considerar el alcohol como una droga blanda (March y otros, 2010), la experimentación (Baltasar y otros, 2014), la búsqueda de sensaciones (González-Iglesias y otros, 2014), haber obtenido resultados positivos en experiencias previas asociadas (Moral y Ovejero, 2011) y el insuficiente conocimiento de la peligrosidad asociada a su uso (Wojtyła-Buciora y otros, 2017).

Con respecto al consumo de alcohol y su relación con la percepción de CVRS, nuestro estudio reportó peores puntuaciones en las relaciones con los padres y vida familiar y en amigos y apoyo social en los adolescentes que declaran consumo precoz de alcohol. Además reportamos peores puntuaciones en el bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, relación con los padres y vida familiar y entono escolar de aquellos que consumieron alcohol en el último mes. Adicionalmente, el consumo de alto

riesgo se asoció negativamente a la relación con los padres y vida familiar. Estos resultados fueron similares al ser ajustados por sexo y edad, y son coincidentes a los reportados por Fischer y otros (2015) quienes encontraron mayor insatisfacción e infelicidad en los adolescentes con un alto consumo de alcohol. La menor percepción de los adolescentes consumidores de nuestro estudio en las dimensiones de la CVRS podría estar relacionada con las consecuencias negativas que conlleva su uso. Estudios previos han mostrado que el consumo excesivo de alcohol se asocia con anomalías neurológicas que ocasionan bajo rendimiento en las tareas que evalúan procesos cognitivos (López-Caneda y otros, 2014), violencia (Jessor, 1987), comportamiento delictivo (Miller y otros, 2016), comportamientos sexuales riesgosos (Sales y otros, 2014) y suicidio (Salvo y Castro, 2013).

Por lo que se refiere al consumo de tabaco y su relación con la CVRS, nuestro estudio reportó peores puntuaciones en la mayoría de las dimensiones, con excepción de amigos y apoyo social y de aceptación social. Estos resultados son similares al ser ajustados por sexo y edad. Adicionalmente se observó una peor percepción del estado de ánimo y emociones, relación con los padres y vida familiar y entorno escolar en los adolescentes que declararon un consumo frecuente de tabaco. Nuestros resultados fueron similares a los hallazgos del estudio de Dube y otros (2013) quienes informaron que el consumo de esta sustancia en adolescentes se asoció con un peor autoreporte de salud, mayor frecuencia de dificultad física, mental y limitaciones en la actividad. Específicamente, la relación entre tabaquismo y bienestar psicológico fue investigada por Bejarano y Alderete (2009) en adolescentes de Jujuy, Argentina (n=302) quienes encontraron que estos resultados podrían ser debidos a que los adolescentes que inician el consumo a edades muy tempranas generalmente desconocen el por qué y las consecuencias exactas de tal decisión, las emociones negativas juegan un papel importante en el inicio del consumo, y surgen como una respuesta ante determinadas situaciones y experiencias de vida asociadas con la ansiedad, la depresión, la tristeza y la soledad, que cuando se mantienen en el tiempo, tienden a producir cambios en la conducta de manera tal que se olvidan los hábitos saludables y se desarrollan conductas adictivas como el tabaquismo.

Por otra parte, el inicio temprano del consumo de tabaco fue factor protector para la dimensión bienestar psicológico. En este sentido, los resultados del estudio de Zuckerman,

Eysenck y Eysenck (1978) sugieren que los jóvenes son más propensos a la búsqueda de emoción y aventura, a la búsqueda de experiencia, a la desinhibición y son más susceptibles al aburrimiento. Este mayor bienestar también ha sido explicado por González (2002) en su estudio sobre las creencias en fumadores, quien reportó que el consumo de esta sustancia se relaciona con aspectos emocionales, para contrarrestar la ansiedad, disminuir la tristeza y o la depresión, el desespero, la cólera, ira o el enojo; lograr tranquilidad, satisfacción y sabor agradable al consumir tabaco, y como estrategia de afrontamiento de duelo y pérdida.

En cuanto al consumo de marihuana, nuestro estudio reportó peores puntuaciones en las dimensiones bienestar físico, autopercepción, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos, y entorno escolar de los adolescentes que declaran consumo de esta sustancia en el último mes. Adicionalmente, su consumo frecuente afectó negativamente la relación con los padres y vida familiar y el entorno escolar. Nuestros resultados son similares a los reportados por Fischer y otros (2015) quienes evidenciaron una reducción en la satisfacción con la vida y en la felicidad en adolescentes australianos consumidores de marihuana.

Por otra parte, el consumo simultáneo de alcohol, tabaco y marihuana se asoció con peores puntuaciones en el bienestar físico, bienestar psicológico, autopercepción; relaciones con los padres y vida familiar y entorno escolar, resultados que coinciden con los de Masferrer y otros (2012) quienes encontraron menor nivel de satisfacción con la vida en los adolescentes españoles que consumen tabaco, alcohol y marihuana. En este sentido, Wills, Mariani y Marnie (1996) revelan la importancia de las relaciones con la familia y con el grupo de pares, indicando que un adolescente sometido a presión del grupo de pares para el consumo de sustancias psicoactivas puede afrontar mejor esta situación si dispone de las competencias sociales requeridas para responder a estos ofrecimientos.

### **8.3 Discusión sobre los resultados relativos a la percepción de las dimensiones de la CVRS de los adolescentes y los comportamientos de riesgo en hábitos de alimentación, actividad física y factores protectores psicosociales**

Nuestro tercer objetivo fue determinar la prevalencia de comportamientos de riesgo en hábitos de alimentación, actividad física y factores protectores psicosociales en los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS.

En relación a los hábitos alimentarios, los resultados reportados en esta investigación muestran que solo 3 de 10 adolescentes presentan un consumo adecuado de frutas y verduras. Este nivel de ingesta se encuentra por debajo de los datos nacionales, donde 5 de 10 adolescentes chilenos cumplen con las recomendaciones de las Guías Alimentarias Chilenas. Adicionalmente, reportamos una alta prevalencia de consumo diario habitual de bebidas gaseosas, y frecuente de comida rápida, coincidiendo con los datos nacionales (ENCA, 2011). Lo anterior pone de manifiesto que los adolescentes de nuestra muestra, al igual que los del resto del país tienen hábitos alimentarios poco saludables.

Nuestros resultados son especialmente relevantes y se complementan con los datos de JUNAEB (2016), quienes informaron que cerca de 400.000 adolescentes de enseñanza media chilenos son usuarios del programa nacional de alimentación, de ellos 11.499 participaron respondiendo una encuesta de satisfacción usuaria evaluando este programa. Los resultados evidenciaron que el 43.8% no se encuentra satisfecho con las comidas, el 28.8% no se encuentra satisfecho con la higiene y limpieza y el 21.1% no se encuentra satisfecho con la calidad del servicio. En efecto, el plato diseñado equilibradamente se ve afectado en la medida en que las raciones reales se modifican por la no ingesta de alimentos (sobras o intercambio) (Martínez, 2012, p. 28). Asimismo, coinciden con los resultados de Bustos, Kain, Leyton, Olivares y Vio (2010) quienes en una muestra de 668 adolescentes chilenos reportaron que el 60% disponía de dinero para comprar alimentos en las escuelas y lo que compraban habitualmente eran productos envasados dulces (35%), jugos y helados (33%) y productos envasados salados (30%). Solo el 11% compraba yogur y el 7% fruta. Las motivaciones para comer alimentos no saludables que se encontraron fueron que: son ricos (82%), los venden en el kiosco (46%) y son baratos (38%). Por otra parte, la familia,

los medios de comunicación (Serra-Majem y otros, 2002), los malos hábitos alimentarios de los amigos (Bruening y otros, 2015), y el mayor acceso a comida rápida (Virtanen y otros, 2015), también son variables que influyen en la alimentación de los adolescentes. Estos resultados podrían orientar las políticas y programas nacionales destinados a mejorar la alimentación y el estado nutricional de los escolares chilenos.

Sin duda, un avance en Chile es la última versión de la Ley 20.606 sobre la composición nutricional de los alimentos y su publicidad buscó mejorar la alimentación de los preescolares y escolares chilenos para reducir los altos índices de obesidad infantil. Entre las medidas destacan el Artículo 4° que establece que los establecimientos de educación parvularia, básica y media deben incluir actividades didácticas y físicas que promuevan hábitos de alimentación saludable; y el Artículo 5° hace referencia a la restricción de alimentos altos en azúcar, grasas en puntos de venta en escuelas (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2015). Esta medida debería alcanzar un efecto positivo en la ingesta de alimentos saludable y en la disminución de la prevalencia de malnutrición por exceso en los escolares chilenos.

Con respecto a la relación entre estas variables y CVRS, los principales hallazgos indican que no hubo asociación entre los hábitos alimentarios, medidos por el bajo consumo de frutas y verduras, el consumo diario de bebidas gaseosas y el consumo frecuente de comida rápida y las dimensiones de la CVRS. Estos resultados no son coincidentes con los reportados por Bolton y otros (2016), quienes en su estudio examinaron la relación entre la calidad de la dieta y la CVRS en adolescentes australianos rurales y urbanos (n=1.144), e informaron que los estudiantes rurales con menor consumo de bebidas gaseosas, de comida rápida y mayor proporción en el consumo de desayuno perciben una mejor CVRS. No obstante, este estudio destaca a la ubicación geográfica y género como posibles factores asociados con comportamientos dietéticos y CVRS, lo que podría explicar las diferencias entre ambos resultados. Tampoco coincide con los reportados por Wu, Ohinmaa y Veugelers (2012) quienes encontraron que los estudiantes con mejor calidad de la dieta, niveles más altos de actividad física y pesos corporales normales fueron significativamente más propensos a informar una mejor CVRS que los estudiantes que consumieron alimentos menos saludables, fueron menos activos o tenían

sobrepeso o eran obesos. Estas diferencias podrían deberse a que estos estudios incorporaron otras variables además de las alimentarias, entre ellas el peso corporal y el nivel de actividad física (Fine, 2013; Ottova, 2012).

En relación a los resultados sobre la práctica de actividad física, el presente estudio muestra que el 64.4% de los adolescentes reporta un nivel de actividad física bajo/inactivo (menos de tres días a la semana), aumentando a 85.4% los que realizan actividad física menos de 5 días a la semana. Adicionalmente, el 61% informa un uso no saludable del tiempo de ocio. Estas prevalencias son mayores a las aportadas por el informe de la EMSE (2016) quienes reportan que el 73.9% de los jóvenes entre 15 y 19 años son sedentarios, mientras que los datos de la OMS (2010) encontraron que el 81% de los adolescentes de 11 a 17 años de edad son inactivos. Las altas prevalencias de inactividad podrían estar influenciadas por la falta de apoyo social de padres y amigos (Cheng y otros, 2014) y por factores de contextos personales, familiares, amigos, la escuela y el vecindario (Graham, 2015).

Los resultados del presente estudio muestran que los adolescentes que reportaron un nivel de actividad física bajo/inactivo y un uso no saludable del tiempo de ocio tuvieron peores puntuaciones en la dimensión bienestar físico de la CVRS. Esto indica que existe un mejor bienestar físico asociado a un mayor número de días activo a la semana, independientemente de la edad y el sexo. Nuestros hallazgos son coincidentes con los reportados por Morales y otros (2013) en su estudio realizado con adolescentes españoles, quienes informaron que los niveles más altos de condición cardiorespiratoria y ejercicios musculoesqueléticos se asocian con un mejor bienestar físico en ambos sexos. Sin embargo difieren de Finne y otros (2013) quienes reportan en sus resultados que los adolescentes alemanes con práctica de actividad física diaria tuvieron mejores puntuaciones en todas las dimensiones de la CVRS. Asimismo, nuestros reportes no son coincidentes con los de Casey y otros (2016) quienes encontraron que las adolescentes australianas de sexo femenino que dedican más tiempo a realizar actividad física presentan mejor funcionalidad física, emocional, escolar, y psicosocial. Lacy y otros (2012) en su estudio realizado con adolescentes australianos también reportaron que el mayor nivel de actividad se asocia con puntuaciones más altas de CVRS.

Probablemente estas diferencias se deban a que los resultados de estos estudios no se controlaron por sexo y edad. En nuestro estudio, al comparar las puntuaciones de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran tener un nivel de actividad física bajo e inactivo vs. los que declaran un nivel de actividad física medio y alto encontramos que los que declararon tener un nivel de actividad física bajo e inactivo presentaron peores puntuaciones en las dimensiones de bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, y entorno escolar. Sin embargo, al ajustar por sexo y edad la mayoría de las asociaciones desaparece excepto el bienestar físico.

Estos resultados revelan la importancia de la práctica de educación física, debido a que estarían asociadas con mejor CVRS, específicamente en el bienestar físico. Este es un ámbito de reflexión ya que las clases de educación física en las escuelas de Chile son obligatorias, y se ha establecido una frecuencia de dos horas semanales para la enseñanza media (MINEDUC, 2017). Esta dedicación horaria cubre escasamente el cumplimiento de los 60 minutos al día de actividad física moderada o vigorosa recomendados por la OMS (2010). Según el estudio realizado por Moreno, Concha y Kain (2012), en 549 escolares chilenos durante una clase de educación física de 90 minutos, el tiempo en el cual éstos desarrollan actividad de moderada a vigorosa corresponde sólo a 13 minutos, es decir, 14.4% del tiempo de la clase.

Con respecto a los factores protectores presentes en los adolescentes de nuestro estudio, destaca que el 73.4% asiste regularmente a la escuela y no reporta inasistencia sin permiso de sus padres o tutores. El mismo porcentaje cuenta con apoyo social en la escuela. Solo el 35.3% informó recibir regulación y control paterno. Estos resultados son distintos a los reportados previamente por la EMSE en Chile (2005) que informó que el 77.8% asiste regularmente a la escuela, el 60.4% declaró recibir apoyo social en la escuela y el 60.4% reportó recibir regulación y control paterno. La EMSE aplicada en el país el año 2013 no incorporó estos ítems.

En nuestro estudio, al comparar las puntuaciones de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran asistencia escolar vs. los que declaran no hacerlo, evidenciamos que presentaron mejores puntuaciones en bienestar psicológico, estado de ánimo y

emociones, autopercepción, relaciones con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social. Asimismo, los que declaran apoyo social presentan mejores puntuaciones en todas las dimensiones de la CVRS. Por otra parte, los adolescentes que declaran regulación y control paterno también obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en todas las dimensiones en comparación con quienes declaran la falta de esta regulación. Al ajustar estos resultados por edad y sexo observamos que la inasistencia escolar se asoció con peores puntuaciones en bienestar físico, relaciones con los padres y vida familiar y en entorno escolar, mientras que la falta de regulación y control paterno, y la falta de apoyo social en la escuela continuó asociándose con peores puntuaciones en las diez dimensiones de CVRS.

En relación a la falta de regulación y control paterno, estas menores puntuaciones en las dimensiones de la CVRS de los adolescentes de nuestro estudio podrían estar relacionadas con aumento del conflicto con los padres (Steinberg y Morris, 2001), la calidad de la comunicación entre padres e hijos (Demessie y Pillay, 2017) o la falta de apoyo familiar (Molcho y otros, 2007).

Lo anterior revela la importancia del estilo parental expresado en las conductas de los padres hacia sus hijos donde el apoyo parental y el control parental son fundamentales. En este sentido Musitu, Buelga, Lila y Cava (2004), señalan que las prácticas parentales concretas tales como mantener normas claras en relación con el comportamiento, reforzar las reglas y regulaciones con sanciones no punitivas, mantener una disciplina consistente, explicar las afirmaciones, permitir la reciprocidad en las discusiones familiares, implicarse en la vida diaria y potenciar la diferenciación de opiniones permiten el desarrollo favorable en los adolescentes (p.22). Igualmente fue descrito Blum, Halcón, Beuhring, Pate, Campell-Forrester y Venema (2003), en su estudio multicéntrico con adolescentes (n=15.695), quienes destacaron que la disponibilidad de tiempo de los padres hacia sus hijos, la presencia de rituales familiares y las actividades compartidas son factores protectores. Por otra parte, Florenzano y otros (2009) en su estudio realizado con adolescentes chilenos (n=1.447) encontraron que a mayor aceptación parental, hay mayor iniciativa social y menor depresión, el control conductual se asocia con menos comportamientos antisociales, lo que demuestra que los padres que no controlan conductualmente tienen hijos con

mayores problemas de comportamiento. Aportando a las evidencias anteriores, Fernández-Alonso, Álvarez-Díaz, Woitschach, Suárez-Álvarez, y Cuesta (2017), en su estudio realizado con la participación de adolescentes españoles (n=26.543) demostraron que los mejores resultados académicos se obtienen en las escuelas que combinan menos control y más comunicación parental.

Asimismo, la falta de apoyo social en el contexto escolar es otro factor que disminuye la CVRS en todas sus dimensiones. Sin duda, la calidad de las relaciones con el grupo de iguales en la escuela, el grado de aceptación y rechazo social, son aspectos clave para el ajuste psicosocial y el éxito académico (Estévez, Martínez y Jiménez, 2009). En este sentido, Gracia (1997, p. 19) revela el hecho de que “una reacción humana natural ante una situación de peligro, ante el temor, la ansiedad o el estrés es la búsqueda de la proximidad de otra persona, de sus palabras y de su contacto físico”. Es por ello que el adolescente que no tiene facilidad para integrarse con sus compañeros, que no es capaz de desarrollar relaciones de amistad o que es rechazado por desagradar a la mayor parte del grupo de iguales interioriza este rechazo como parte de su identidad y manifiesta una autoestima menos favorable que la de sus compañeros bien adaptados socialmente (Musitu y otros, 2004)

La experiencia de ser rechazado en el aula genera consecuencias en diversos ámbitos de la vida del adolescente. En efecto, Estévez, Herrero, Martínez y Musitu (2006) observaron que los adolescentes españoles rechazados por los compañeros informaron niveles más bajos de autoestima familiar, menos apoyo de los padres, mayores niveles de agresión entre sus padres en el hogar, una comunicación entre padre e hijo más ofensiva, niveles más bajos de autoestima académica, una actitud más negativa hacia la escuela y los estudios, relaciones más pobres con los maestros, y más dificultades académicas.

De acuerdo a nuestros resultados y a la evidencia revisada, es, en efecto relevante disponer de apoyo social y de regulación y control paterno que contribuyan a una mejor CVRS de nuestros adolescentes. En este sentido, el entorno familiar, escolar y el grupo de pares adquieren protagonismo al momento de establecer estrategias que promuevan las relaciones saludables, de autocuidado y co-cuidado en la familia y entre pares.

#### **8.4 Discusión sobre los resultados relativos a la percepción de las dimensiones de la CVRS de los adolescentes y los factores de riesgo de salud mental y violencia**

Nuestro cuarto objetivo fue determinar la prevalencia de factores de riesgo de salud mental y violencia de los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS.

Con respecto a los factores de riesgo de salud mental, los resultados de esta investigación muestran una alta prevalencia de adolescentes con tendencia suicida, donde el 27.4% reportó haber considerado la posibilidad de suicidarse, siendo esta prevalencia mayor en mujeres (34.6% vs. 16.7% en hombres), el 23% realizó un plan para suicidarse, también con una mayor prevalencia de mujeres (29.4% vs. 13.5%). Del mismo modo, un mayor porcentaje de mujeres tuvo intento real de suicidio (27.3% vs. 11.3% en hombres). Además, el 15.4% reportó sentimientos de soledad, siendo también mayor en mujeres (21.8% vs. 5.8% en hombres). Estas prevalencias son consistentes con los hallazgos de Borowsky, Resnick, Ireland y Blum (1999) en adolescentes nativos americanos (n=11.666) quienes reportaron que el 21.8% de las mujeres y el 11.8% de los hombres informaron haber intentado suicidarse alguna vez.

Nuestro estudio reportó peores puntuaciones en las diez dimensiones de CVRS de los adolescentes que declaran sentimientos de soledad, haber pensado en la posibilidad de suicidarse, haber pensado en un plan para suicidarse o haber tenido un intento real de suicidio que aquellos que no declararon estos comportamientos, estos resultados se mantuvieron al ser ajustados por sexo y edad. Nuestros resultados son coincidentes con los informados por Bourdet-Loubère y otros (2013) quienes encontraron menor CV en adolescentes con antecedentes de intento de suicidio o pensamiento suicida. Asimismo, son similares con los de Hidalgo-Rasmussen y Hidalgo-San Martín (2015) quienes encontraron que el haberse sentido triste o sin esperanza aumentó la posibilidad de una CV inferior en adolescentes mexicanos.

En este sentido es relevante la propuesta de Arias, Marcos, Jiménez, Arias y Deronceré (2009) quienes indican la urgencia de diagnosticar la presencia de depresión, debido a que se trata de un trastorno mental que puede conducir a los adolescentes que la padecen a tener menor capacidad de adaptación al estrés y por tanto a presentar mayor

riesgo de asumir una conducta suicida. Diversos autores señalan también la importancia de analizar los problemas de salud mental de los adolescentes considerando la influencia de los principales contextos en donde se desarrollan, estos son la familia, los amigos y la escuela. Así lo reporta Field y Sanders (2001) quienes indican que el ambiente familiar negativo, caracterizado por la dificultad de comunicación entre padres e hijos adolescentes estadounidenses ( $n=29$ ), constituye uno de los factores de riesgo familiares vinculados con la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y estrés, reportando que los adolescentes deprimidos presentan peores relaciones de pares, menor número de amigos, menor popularidad, menor felicidad, pensamientos suicidas más frecuentes, promedio de calificaciones más bajo, mayor sedentarismo, y mayor uso de marihuana y cocaína. Del mismo modo, en el contexto escolar se han identificado una serie de factores que pueden afectar negativamente el ajuste psicológico del adolescente. En este sentido, estudios previos han encontrado que los trastornos depresivos están asociados con un mal rendimiento escolar (Campos-Arias, González, y Sánchez, 2005, de la Peña, Estrada, Almeida y Páez, 1999, Robles, Sánchez y Galicia, 2011). Al mismo tiempo, Borowsky, Ireland y Resnick (2001) declaran que la comunicación y la conexión con los padres y familias ejercen un fuerte efecto protector ante los problemas de salud mental y del suicidio en los adolescentes.

Si bien el suicidio no es propio de una determinada edad o sexo, según los resultados de nuestro estudio, los comportamientos suicidas autoinformados fueron significativamente mayores en las mujeres. En este sentido, Thatcher, Reininger y Drane (2002) exponen que estas diferencias podrían explicarse debido a que la percepción negativa de salud mental es la que juega un rol importante en la decisión del adolescente a intentar el suicidio y este factor podría ser más importante en las mujeres.

En el ámbito de la violencia, los resultados de nuestro estudio evidenciaron que prácticamente 1 de cada 10 adolescentes ha sido víctima de violencia interpersonal o de intimidación, mientras que el 16% ha participado en peleas físicas. Estas prevalencias son similares a los datos aportados por la EMSE de Chile (2015). Lo anterior pone de manifiesto que la violencia es un hecho frecuente en la vida cotidiana de los adolescentes del país.

La conducta violenta en la escuela ha sido ampliamente estudiada, fundamentalmente por el aumento de la frecuencia de estos hechos y por las consecuencias negativas que genera en la dinámica escolar (Estévez, Musitu y Herrero, 2005). Este tipo de violencia podría deberse a las características y circunstancias específicas relacionadas con la escuela, docentes y administrativos, como los prejuicios y las bajas expectativas de rendimiento, la inhabilidad para modificar el currículo, la falta de recursos y la carencia de estrategias de enseñanza adecuadas, la estructura, el clima organizacional y los valores del sistema escolar (Jadue, 2002). Por otra parte, se ha demostrado que los factores externos al aula, tales como la disfunción familiar, la violencia física y verbal en el hogar, tener padres castigadores y vivir en un vecindario hostil aumentan los comportamientos violentos de los adolescentes (Hernández-Carrillo y Gutiérrez-Martínez, 2013).

Nuestra investigación reportó peores puntuaciones en ocho de las dimensiones de CVRS en los adolescentes que declaran violencia interpersonal con ellos, excepto en bienestar físico y entorno escolar. Por otra parte, los adolescentes que reportaron participar en peleas físicas obtuvieron peor puntaje en la relación con los padres y vida familiar, mientras que aquellos que fueron víctimas de intimidación tuvieron peores puntuaciones en siete de las diez dimensiones de CVRS, excepto bienestar físico, estado de ánimo y emociones y autonomía. Estos resultados se mantuvieron en las asociaciones bivariadas de las variables violencia interpersonal y víctima de intimidación, y no resultaron significativas en la variable participación en peleas físicas al ser ajustados por sexo y edad.

Nuestros resultados son coincidentes con los reportados por Hidalgo-Rasmussen y otros (2015) en adolescentes chilenos quienes informaron que ser víctimas de bullying se asocia con una menor CVRS. Asimismo son similares a los de Wilkins-Shurmer (2003) en adolescentes australianos quien demostró que el acoso escolar se relaciona con un menor bienestar psicosocial, y a los reportes de Frisé y Bjarnelind (2010) en adolescentes suecos quienes evidenciaron menor CVRS medido a través del SF-36 en aquellos que declaran haber experimentado acoso escolar.

## **8.5 Discusión sobre los resultados relativos a la percepción de las dimensiones de la CVRS de los adolescentes y los comportamientos sexuales de riesgo**

Nuestro quinto objetivo fue determinar la prevalencia de comportamientos sexuales de riesgo en los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS.

Los resultados informados en esta investigación muestran que 6 de cada 10 adolescentes hombres y 5 de cada 10 adolescentes mujeres iniciaron relaciones sexuales. De ellos, la mitad las inició precozmente y de los sexualmente activos, solo la mitad usó preservativo en la última relación sexual. Estos datos son superiores a los reportados por la EMSE (2016) quienes informaron que el 41% de los hombres y el 37.7% de las mujeres de 11 a 18 años declararon haber tenido relaciones sexuales alguna vez. Asimismo, nuestras prevalencias son levemente superiores a las informadas por el INJUV (2013), quienes encontraron que el 47.5% de los adolescentes eran activos sexualmente a los 19 años.

Lo anterior evidencia que los comportamientos de riesgo sexual son altos en los adolescentes de nuestro estudio. La mayor prevalencia podría explicarse por la aprobación y actitudes permisivas hacia el sexo del adolescente, el consumo de alcohol, tabaco y drogas, la aprobación y las actitudes permisivas de los pares o del grupo de amigos hacia la actividad sexual en la adolescencia (Holguín y otros, 2013) y la falta de educación sexual (Fernández y otros, 2000). Asimismo, podría explicarse por otras variables que estarían determinando la intención que tienen los adolescentes de utilizar el preservativo, tales como la creencia en los resultados de la conducta, la norma subjetiva, el control conductual percibido, la creencia de que es una medida de protección práctica y las consecuencias inmediatas de la conducta (Cunill, Gras, Planes y Serda (2012).

Las asociaciones bivariadas entre las dimensiones de CVRS y los comportamientos de riesgo sexual ajustadas por sexo y edad en los adolescentes muestran escasa asociación entre estas variables. El inicio precoz de relaciones sexuales se relacionó con una mejor percepción de la dimensión de recursos económicos. Estos resultados son distintos a los reportados por Holguín y otros (2013), quienes evidenciaron en adolescentes colombianos (n=947) que aquellos pertenecientes a los estratos socioeconómicos más deprimidos fueron

los que tuvieron mayor asociación con actividad sexual temprana. Adicionalmente, nuestro estudio informó que el no uso de preservativo fue factor de riesgo para la relación con los padres y vida familiar, lo que es coincidente con los datos de Lavielle-Sotomayor y otros (2014), en su estudio realizado con adolescentes mexicanos. Del total, los que declararon un uso inconsistente del preservativo un 50.6% reportó insatisfacción familiar, el 52.8% afecto disfuncional y el 53.2% comunicación disfuncional con la familia.

Nuestros resultados revelan la importancia del rol de los padres en cuanto a la promoción del autocuidado y a la sexualidad responsable. Según Fishbein (2000) para que una persona tenga la intención de usar condón es necesario que posea actitudes favorables hacia su uso, considere que las personas importantes para él/ella están de acuerdo en que lo emplee y se sienta capaz de usarlo. Por su parte, Lavielle-Sotomayor, Jiménez-Valdez, Vázquez-Rodríguez, Aguirre-García, Castillo-Trejo y otros (2014) indican que las conductas de riesgo están relacionadas con la estructura, la comunicación y la expresión del afecto en la familia, así cuando estos aspectos son positivos favorecen el desarrollo de un nivel adecuado de autoestima y calidad de vida del adolescente, lo cual promueve un funcionamiento adaptativo y reduce la probabilidad de que presenten conductas con resultados negativos. En este sentido, la comunicación en la familia acerca de la sexualidad, y particularmente sobre el condón, favorece su uso tanto en la primera relación sexual como en las posteriores (Miller, Levin, Whitaker y Xu, 1998, Rueter y Koemer, 2008).

## **8.6 Discusión sobre los resultados relativos a la percepción de las dimensiones de la CVRS de los adolescentes y el estado nutricional**

Nuestro sexto objetivo fue relacionar la CVRS con la edad, el sexo y el estado nutricional de los adolescentes.

En la presente investigación 3 de cada 10 adolescentes reportan malnutrición por exceso. Estos resultados son inferiores a los informados por la EMSE, donde 5 de cada 10 adolescentes declaró presentar exceso de peso (2016). Sin duda ambos datos evidencian un importante problema de salud pública para la región y el país, que podrían explicarse por

los malos hábitos alimentarios familiares (Serra-Majem y otros, 2002), de los compañeros de escuela (Chung y otros, 2017), el aumento del tamaño de las porciones (Young y Nestle, 2002) y los factores genéticos (Loos y Bouchard, 2003), entre otros.

En nuestro estudio, al comparar las puntuaciones de las dimensiones de CVRS en adolescentes que declaran presentar obesidad vs. los que indicaron peso normal o sobrepeso presentaron peores puntuaciones en las dimensiones de bienestar físico y autopercepción, sin embargo, al ajustar por sexo y edad evidenciamos que se mantiene la peor autopercepción.

Nuestros hallazgos confirman informes de investigaciones previas sobre la reducción considerable del bienestar físico y la autopercepción en adolescentes obesos. Ottova y otros (2012) en adolescentes europeos demostraron que el exceso de peso se asoció con puntuaciones más bajas en bienestar físico y autopercepción. Wille y otros (2010) reportaron que los adolescentes con malnutrición por exceso presentaron menores puntuaciones en las dimensiones de bienestar físico, bienestar psicológico y autopercepción. UI-Haq y otros (2013) informaron que los niños y adolescentes con exceso de peso presentan una reducción significativa de la CVRS global, física y psicosocial. Griffiths y otros (2010) evidenciaron que los niños y adolescentes con exceso de peso presentan una reducción del autoestima y en las competencias físicas, apariencia y funcionamiento global. Keating y otros (2011) mostraron en adolescentes con sobrepeso menores puntuaciones en funcionamiento físico, social y emocional.

La menor autopercepción de los adolescentes con obesidad puede ser consecuencia de experiencias de estigmatización y burlas. Así lo reporta la revisión realizada por Puhl y King (2013), quienes informaron que los jóvenes obesos experimentan estigma, prejuicio y discriminación debido a su peso en diversos dominios de la vida cotidiana, lo que se traduce en victimización generalizada, burlas e intimidación. Los resultados adversos incluyen la depresión, la ansiedad, la baja autoestima, la insatisfacción corporal, la ideación suicida, el bajo rendimiento académico, la menor actividad física, los comportamientos alimentarios inadaptados, y evitar el cuidado de la salud.

Por su parte, Wardle, Waller y Fox (2002) investigaron la variación en la insatisfacción corporal entre las mujeres obesas en relación con la edad de inicio de la obesidad, y evidenciaron que el grupo de inicio temprano de obesidad (a los 16 años) tenía en la actualidad un IMC más alto, una mayor insatisfacción corporal y una menor autoestima, adicionalmente informaron haber sido víctimas de mayores burlas infantiles. Este estudio sugiere que la aparición temprana de la obesidad aumenta el riesgo de insatisfacción corporal, lo que a su vez afecta el autoestima. En este sentido, la cultura orientada a la apariencia estigmatiza a las personas obesas, lo que aumenta la probabilidad de que éstas internalicen información negativa sobre ellos mismos, perciban incomodidad con respecto a su apariencia física y angustia a causa de una imagen corporal negativa. Estas alteraciones son más significativas en personas con antecedentes de obesidad en la niñez o adolescencia (Makara-Studzińska y Zaborska, 2009).

En la adolescencia existen muchos factores que afectan la percepción de la imagen corporal, e incluyen la presión del medio, del grupo de pares y de la familia que promueven ajustes a ideales corporales prescritos socialmente (Voelker, Reel y Greenleaf, 2015). Estudios indican que la dieta, el ejercicio y la belleza que se muestran en los programas de televisión y en las redes sociales pueden contribuir a las percepciones poco saludables de la imagen corporal. Ashikali, Dittmar y Ayers (2014) encontraron que las adolescentes expuestas a un programa de TV de cirugía estética informaron más insatisfacción con su peso y apariencia que un grupo de control expuesto a un programa de mejoras para el hogar. Por otra parte, Meier y Gray (2014) identificaron que la exposición de los adolescentes a medios específicos de apariencia física, como el intercambio de fotos a través de sitios de redes sociales, se asoció con el aumento de la perturbación de la imagen corporal (idealización de la delgadez). Del mismo modo, McLean, Paxton, Wertheim y Masters (2015) en su estudio con adolescentes de sexo femenino, reportaron que aquellas que compartían autoimágenes con regularidad en las redes sociales, en comparación con las que no, informaron una sobrevaloración significativamente mayor de la forma y el peso, insatisfacción corporal, mayor restricción dietética e internalización del ideal delgado. Estos ideales de canones corporales también son reforzados por la familia, el grupo de pares y las parejas románticas: se ha demostrado que las burlas basadas en el peso se asocian con una mayor insatisfacción corporal (Voelker, Reel y Greenleaf, 2015). La

revisión realizada por Webb y Zimmer-Gembeck (2014) sobre el rol de los amigos y compañeros en la insatisfacción corporal del adolescente identificó que éstos aumentan la insatisfacción corporal por medio de burlas sobre la apariencia, presionando para que sean delgados, realizando comparaciones sociales del cuerpo o físico de una persona con el de los demás, estableciendo conversaciones relacionadas con la apariencia e influyendo en la dieta.

Estos resultados revelan que el estado de peso de los adolescentes (sobrepeso y obesidad) está fuertemente relacionado con la imagen corporal. Sin duda, el rechazo basado en la apariencia se asocia con una serie de problemas psicológicos y sociales a causa de un mayor IMC (Webb, Zimmer-Gembeck y Donova, 2014).

## **8.7 Discusión sobre los resultados relativos al ajuste de los modelos de regresión logística para cada dimensión de la CVRS a partir de los comportamientos de salud declarados por los adolescentes.**

A continuación se discutirá cada uno de los diez modelos por separado, finalizando con un comentario integrado.

### **8.7.1 Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión bienestar físico del cuestionario KIDSCREEN-52 a partir de los CRS informados por los adolescentes**

Los resultados de esta investigación evidencian una peor percepción de la dimensión bienestar físico en los adolescentes que reportaron comportamientos de riesgo de salud mental (sentimientos de soledad y la posibilidad de suicidarse). Estos resultados coinciden con lo informado por investigaciones previas. Heinrich y Gullone (2006) en su revisión encontraron que las relaciones sociales satisfactorias son esenciales para lograr una buena salud física y mental, y en consecuencia, las personas que reportan soledad experimentan dificultades que se manifiestan en problemas psicosociales, de la salud mental y del bienestar físico. Según Eisenberger, Lieberman y Williams (2003) esto podría explicarse debido a que las áreas que se activan durante la angustia causada por la

exclusión social son las mismas que se activan durante el dolor físico. En este sentido O'Neill (2011) expone la importancia de considerar a la soledad como un factor de vulnerabilidad y por tanto debe formar parte de las preocupaciones de salud social al igual que las enfermedades psicológicas, el suicidio y la dependencia a las drogas y al alcohol.

Adicionalmente, nuestro estudio reveló que la falta de actividad física (uso no saludable del tiempo de ocio y bajo nivel de actividad física) se asocia con una peor percepción del bienestar físico. Este hallazgo es concordante con los resultados de Finne y otros (2013), quienes reportaron un mejor bienestar físico en adolescentes que informaron mayor frecuencia de actividad física. Además, son consistentes con los reportes del estudio longitudinal realizado por Omorou, Langlois, Lecomte y Briancon (2016) quienes demostraron un efecto acumulativo y una asociación bidireccional entre la actividad física y la salud física. Por otra parte, Snyder y otros (2010) evidenciaron que los adolescentes atletas presentaron puntajes más altos en las sub-escalas de función física, salud general, funcionamiento social y salud mental, y en el puntaje compuesto de mental.

Nuestros resultados evidencian un peor bienestar físico en aquellos adolescentes que informan no recibir apoyo social en la escuela. Este resultado coincide con lo señalado por Barra (2004), quién indica que el apoyo social es el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y el insuficiente apoyo social puede afectar el bienestar psicológico y salud física del individuo. Asimismo, Salovey, Rothman, Detweiler y Steward (2000) reconocen que el estado emocional y la percepción de apoyo social promueven el bienestar físico mediante sus efectos directos en el funcionamiento fisiológico.

Como resultado no esperado, nuestro estudio reveló que el inicio temprano de drogas incrementó la probabilidad de tener un mejor bienestar físico. En relación a la marihuana, hay evidencias que muestran que su consumo puede mejorar el bienestar físico al proporcionar alivio de los síntomas de dolor neuropático (Hazekamp, Ware, Muller-Vahl, Abrams y Grotenhermen, 2013). Según la revisión realizada por Osorio y Tangarife (2009), este efecto se explicaría debido a que los receptores cannabinoides, los endocannabinoides y el mecanismo necesario para su síntesis y degradación están involucrados en una amplia gama de funciones fisiológicas, entre ellas la coordinación del movimiento corporal, la regulación de funciones neurovegetativas, y la analgesia.

### **8.7.2 Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión bienestar psicológico del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo**

Los resultados de esta investigación muestran una peor percepción del bienestar psicológico en los adolescentes que informaron comportamientos de riesgo de salud mental (sentimientos de soledad y la posibilidad de suicidarse). Estas evidencias coinciden con reportes de distintos estudios previos. Strandheim y otros (2014) indicaron que en los adolescentes, la ansiedad inicial y los síntomas depresivos, los problemas de conducta, dolor y tensión muscular estuvieron asociados a informar pensamientos suicidas. Por otra parte, Evans y otros (2004) reportaron que los fenómenos suicidas están relacionados con factores que abarcan dominios psiquiátricos, psicológicos, físicos, personales, familiares y sociales, mientras que Sisask, Varnik, Kõlves, Konstabel y Wasserman (2008) encontraron correlaciones significativas entre un alto nivel de intento suicida, depresión y desesperanza con una peor percepción del bienestar psicológico subjetivo.

Asimismo, nuestra investigación encontró menor percepción del bienestar psicológico en los adolescentes que declararon falta de factores psicosociales (no referir apoyo social en la escuela y faltar a la escuela sin autorización), y haber sido víctimas de intimidación. Estas evidencias son consistentes con estudios previos que han abordado esta asociación. Romero (2016) comprobó la influencia directa entre ser víctima de bullying con el bienestar y autoestima negativa, y Estevés-López (2005) indicaron que los problemas de ajuste escolar tenían directa correlación con el malestar psicológico de los adolescentes. También son coincidentes con los reportados por Fekkes y otros (2006), pero en un estudio de tipo longitudinal, quienes revelaron que la asociación entre tener problemas de salud mental y el acoso es bidireccional. Por el contrario, Balluerka, Gorostiaga, Alonso-Arbiol y Aritzeta (2016) reportaron un aumento en el bienestar psicológico en adolescentes que declararon mayor vinculación entre iguales, y Rueger, Malecki y Demaray (2010) encontraron asociaciones significativas entre el ajuste psicológico y el apoyo social percibido por los adolescentes.

Adicionalmente, evidenciamos que los adolescentes que informaron un inicio temprano del consumo de drogas tuvieron una peor percepción del bienestar psicológico. Nuestros reportes son similares a los indicados por Souza y otros (2012) quienes declararon que el bienestar psicológico se asoció negativamente con el uso de drogas ilícitas.

Por otra parte, nuestro estudio reportó como resultado no esperado que el inicio temprano de tabaco aumentó la probabilidad de tener un mejor bienestar psicológico. Nuestra evidencia no es concordante con la de Barros, Kozasa, Formagini, Pereira y Ronzani (2015) quienes informaron que los no fumadores presentan niveles más bajos de bienestar psicológico que los fumadores. Del mismo modo, no son consistentes con los de Brook, Balka, Ning, Whiterman y Finch (2006) quienes encontraron una relación positiva entre la participación del tabaquismo adolescente y los problemas de salud física y psicológica en la edad adulta joven.

Además, nuestro estudio reportó como resultado no esperado que el intento real de suicidio aumentó la probabilidad de tener un mejor bienestar psicológico. Nuestros reportes son concordantes con los hallazgos de Cueva y Quispe (2015) quienes evidenciaron que las prácticas autolesivas realizadas por jóvenes son utilizadas para sustituir el dolor psicológico por el físico, e indican que los adolescentes reaccionan frente a estos actos autodestructivos con dolor físico que les provoca tranquilidad y alivio frente a las circunstancias adversas que los obligan a auto agredirse. Para Kumar, Pepe y Steer (2007), los adolescentes que se involucran en conductas de autolesión lo hacen para aliviar los síntomas de afecto negativo, como la ira, la ansiedad o la depresión. Asimismo son consistentes con los reportes de Cerdorian (2005) quien señala que las personas que se autolesionan suelen ser adolescentes o adultos jóvenes que lo hacen para sentir algo o, paradójicamente, para dejar de sentir y calmarse.

### **8.7.3 Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión estado de ánimo y emociones del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo**

Los resultados de la presente investigación informan una peor percepción de la dimensión estado de ánimo y emociones en los adolescentes que declararon comportamientos de riesgo de salud mental (posibilidad de suicidarse y sentimientos de soledad). Estas evidencias coinciden con las reportadas por Wang, Hughes, Tomblin, Rigby y Langille (2003) quienes plantean que los adolescentes con bajos niveles de felicidad y perturbación emocional están más propensos a la ideación suicida. Además, el ensayo realizado por González-Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacio-Muro, Peralta y Wagner (2015) indicó que los jóvenes con sintomatología depresiva tuvieron mayor probabilidad de haber intentado suicidarse.

Asimismo, nuestra investigación encontró menor percepción del estado de ánimo y emociones en los adolescentes que declararon un consumo frecuente de tabaco. Este hallazgo es consistente con el reportado por Martínez-Hernández y otros (2012) quienes señalaron que los adolescentes con consumo diario de tabaco presentaron sentimientos de tristeza crónica e informaron sentirse fuertemente presionados por los padres. Audrain-McGovern, Rodríguez y Kassel (2009) señalan que esta relación se debe a que los adolescentes consumirían esta sustancia para resolver o regular sus estados de malestar.

Por otra parte, nuestro estudio reportó como resultado no esperado al consumo actual de tabaco como factor protector del estado de ánimo y emociones. En consonancia con nuestros resultados, Latorre, Cámara y García (2014) indicaron que este reporte podría estar asociado a la búsqueda de sensaciones, y demostraron que la búsqueda de excitación y desinhibición es un factor moderadamente predictivo del consumo de tabaco. No obstante, este hallazgo difiere del informado por Bejarano y otros (2009) quienes observaron que las emociones negativas cuando alcanzan niveles demasiado intensos, o frecuentes, o cuando se mantienen en el tiempo, tienden a producir cambios en la conducta de los adolescentes de manera tal que propician el desarrollo de conductas adictivas como el tabaquismo.

#### **8.7.4 Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión autopercepción del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo**

Los resultados obtenidos en este estudio muestran una peor percepción de la autopercepción en los adolescentes que reportaron presentar obesidad. Nuestras evidencias coinciden parcialmente con las de Gómez-Vela, Verdugo y González-Gil (2007) quienes informaron que el autoconcepto desempeña un importante rol en la adolescencia y se encuentra principalmente determinado por los aspectos familiares, académicos y el autoconcepto físico. Asimismo, con los de Bataller (2016) quién indicó que todas las dimensiones del autoconcepto contribuyen a explicar el bienestar subjetivo, siendo la familiar y la percepción física las que más lo hacen. Ambos autores encontraron que la percepción física influye sobre el autoconcepto, tal como fue reportado en nuestro estudio, no obstante difieren en los resultados obtenidos en la dimensión aspectos familiares, hallazgo no identificado en nuestro estudio. Una de las razones que explicaría esta diferencia podría ser las características de las muestras en los distintos estudios (adolescentes con necesidades educativas especiales y adolescentes en etapa temprana), que en ambos casos, desde la perspectiva psicológica, se caracterizan por la necesidad de compartir con los padres (Casas y Ceñal, 2005; Krauskopof, 1999). Por otra parte, nuestros hallazgos son consistentes con los de Herazo y Villamil-Vargas (2013) quienes evidenciaron que el IMC guarda una relación estadísticamente significativa con la autopercepción del peso corporal, sin embargo, los síntomas depresivos son independientes de la autopercepción del peso corporal. Asimismo, Pritchard, King y Czajka-Narins (1997) afirmaron que la percepción de sobrepeso, el IMC más alto y el sexo femenino fueron fuertes predictores de autoconcepto negativo.

Adicionalmente, evidenciamos que los adolescentes que informaron comportamientos de riesgo de salud mental (sentimientos de soledad), y no recibir apoyo social en la escuela presentaron peor autopercepción. Nuestras evidencias coinciden con las de Facio, Resett, Braude y Benedetto (2017) quienes señalan que la aceptación social implica la evaluación que el adolescente realiza sobre la aceptación por sus pares y se

relaciona con el autoconcepto. Asimismo, Kriston, Pikó y Kovács (2012) reportaron que la menor autopercepción se correlacionó con valores más altos de depresión y agresión emocional. Por el contrario, Lee y Robbins (1998) reportan que la conectividad social se relaciona positivamente con la autoestima.

Por último, este estudio informó como resultado no esperado que el consumo frecuente de marihuana es factor protector de la autopercepción. No hay estudios previos que reporten este hallazgo, sin embargo Fischer (2015) expone que las motivaciones detrás del consumo de marihuana son complejas y pueden incluir la posibilidad de que sea una forma de automedicación para aquellos con una calidad de vida inicialmente baja.

#### **8.7.5 Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión autonomía del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo**

Los resultados de esta investigación muestran una peor percepción de la dimensión autonomía en los adolescentes que reportaron comportamientos de riesgo de salud mental (sentimientos de soledad). Según el análisis realizado por Carvajal-Carrascal y Caro-Castillo (2009) para lograr la autonomía en la adolescencia es necesario superar el riesgo de experimentar los sentimientos de separación, y surge la importancia de la afiliación, y la vulnerabilidad a la soledad emocional y social.

Asimismo, nuestros resultados informaron peor percepción de autonomía en los adolescentes que declararon falta de regulación y control paterno. Nuestros hallazgos son consistentes con investigaciones precedentes. Pérez, Cumsille y Martínez (2016) hallaron una asociación negativa entre el nivel de acuerdo en las expectativas de autonomía de los padres en el dominio prudencial y los comportamientos de externalización y el uso de sustancias en los adolescentes. Asimismo, Urzúa, Godoy y Ocayo (2011) encontraron que la falta de competencias parentales (implicancia escolar, resolución de conflictos y consistencia disciplinar) se asoció con una menor percepción de la autonomía de los adolescentes.

Por otra parte, nuestra investigación reveló peor percepción de esta dimensión en los adolescentes que refieren falta de apoyo social. Nuestros resultados son concordantes con los de Allen y Loeb (2015) quienes indicaron que la capacidad de autonomía de los adolescentes está directamente asociada con el éxito de las relaciones con los compañeros, destacan además que este vínculo es afectado por experiencias previas dentro de la familia y para negociar con éxito las relaciones con los compañeros, los adolescentes deben manejar el desafío de conectarse con sus compañeros mientras establecen autonomía con respecto a las influencias entre iguales. Asimismo, Hare, Szvedo, Schad y Allen (2015) en sus conclusiones sugieren que la capacidad de afirmar la propia autonomía en la adolescencia media puede estar influenciada por el comportamiento materno en la adolescencia temprana, revelando la importancia de que los padres deben minimizar el control psicológico para facilitar el desarrollo de la autonomía de los adolescentes.

Adicionalmente, nuestros reportes informan que los adolescentes que declararon inicio temprano de drogas tuvieron peor percepción de su autonomía. Así también lo señalan Murphy, Greenwell, Resell, Brecht y Schuster (2009), quienes reportaron en los análisis de autocuidado y autonomía familiar, que los adolescentes con mayor apego a sus madres presentaron una mayor autonomía, mientras que aquellos que bebían o consumían drogas tuvieron una menor autonomía.

Como resultado no esperado, destaca que el consumo actual de marihuana incrementó la probabilidad de percibir una mejor autonomía. No se encontraron estudios previos que reporten este hallazgo, sin embargo Osorio y otros (2009) exponen que el sistema endocannabinoide está involucrado en una serie de funciones que intervienen en una amplia gama de reacciones fisiológicas y del estado anímico, lo que podría también involucrar la percepción de la autonomía.

#### **8.7.6 Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión relación con los padres y vida familiar del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo**

Los resultados del presente estudio muestran una peor percepción de la relación con los padres y vida familiar en los adolescentes que reportaron comportamientos de riesgo de salud mental (posibilidad de suicidarse). Nuestros hallazgos son consistentes con investigaciones precedentes. Pavez, Santander Carranza y Vera-Villaruel (2009) también informaron una asociación significativa entre la ideación suicida de los adolescentes y su adaptabilidad familiar. Pelkonen y Marttunen (2003) indicaron una relación entre los comportamientos suicidas con la adversidad familiar. Asimismo, Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela (2000) reportaron que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo suicida, mientras que la ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar están asociados a la conducta suicida.

Por otra parte, nuestros resultados señalan una peor percepción de la relación con los padres y vida familiar en adolescentes que declaran hábitos alimentarios poco saludables. Estos resultados podrías explicarse por las características de las actuales familia afectadas por una sociedad globalizada y de consumo, en donde los padres no cuentan con el tiempo suficiente para compartir con sus hijos, supliendo estas carencias afectivas con la entrega de objetos materiales, permisividad e inconsistencia, en las que podrían estar las relacionadas con la alimentación (Céspedes, 2008).

Asimismo, nuestro estudio reportó peor relación con los padres y vida familiar en adolescentes que declararon falta de regulación y control paterno. Estos resultados son concordantes con los de Urzúa y otros (2011) quienes encontraron que la falta de competencias parentales (implicancia escolar, resolución de conflictos y consistencia disciplinar) se asoció con una peor percepción de esta dimensión. Del mismo modo, Phillips-Salimi, Robb, Monahan, Dossey y Haaase (2017) reportaron que los adolescentes y sus padres tienen percepciones diferentes sobre el nivel de comunicación, adaptabilidad familiar y cohesión, y Ohannessian, Lerner, Lerner y von Eye (1995) indicaron que las

discrepancias en las percepciones del funcionamiento familiar también se relacionaron con los niveles informados de síntomas depresivos y ansiedad de los adolescentes. Nuestros hallazgos respaldan la necesidad de promover intervenciones de comunicación dirigidas a adolescentes y padres para ayudar a fortalecer la comunicación, la adaptabilidad familiar y la cohesión y así facilitar los comportamientos protectores para la salud.

#### **8.7.7 Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión recursos económicos del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo**

Los resultados obtenidos en esta investigación evidencian una peor percepción de la dimensión recursos económicos en los adolescentes que reportaron consumo actual de tabaco. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por el SENDA (2015) quien reporta mayores prevalencias de consumo de tabaco en adolescentes provenientes de familias con menor nivel socioeconómico. Este consumo probablemente se relaciona con la necesidad de utilizar esta sustancia como una vía de escape a sus problemas económicos, afectivos u otro (Peñañiel, 2009).

Por otra parte, nuestros resultados señalan una peor percepción de los recursos económicos en adolescentes que declaran falta de factores psicosociales (no referir apoyo social en la escuela y faltar a la escuela sin autorización). Estos reportes son similares a los indicados por el MINSAL (2013), quienes señalaron que la discriminación arbitraria en el contexto escolar, ya sea por razones socioeconómicas, apariencia personal, discapacidad, entre otras, tiene un impacto negativo en las víctimas, ocasionando en estas consecuencias para su salud física y mental y sentimientos de exclusión social. Según este organismo, los estudiantes considerados pobres son discriminados en el espacio escolar; debido al barrio o población de la que provienen, por el tipo de ropa que visten, a causa de las dificultades para adquirir útiles escolares o por recibir subsidio estatal, lo que se traduce en segregación, y marginación de actividades escolares o extra programáticas.

En nuestro estudio, destaca como resultado no esperado, que el consumo actual de alcohol aumentó la probabilidad de tener una mejor percepción de los recursos económicos. Así también lo reportó Maturana (2011) quien evidenció que los adolescentes no consumidores de esta sustancia disponen de un 16.4% menos de dinero con relación a la media, en tanto que los consumidores disponen de un 2.7% más.

Asimismo, nuestro estudio reportó como resultado no esperado que el inicio precoz de relaciones sexuales aumentó la probabilidad de tener una mejor percepción de los recursos económicos. No existen estudios previos que relacionen estas variables, sin embargo, podría estar asociado con detalles románticos, obsequios u otras manifestaciones recibidas en el marco de las relaciones de pareja (SERNAM, 2010).

#### **8.7.8 Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión amigos y apoyo social del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo**

Los resultados obtenidos en esta investigación evidencian una peor percepción de los amigos y apoyo social en los adolescentes que declaran la falta de factores psicosociales (no referir apoyo social en la escuela y faltar a la escuela sin autorización). Estos hallazgos son similares a los expuestos en estudios realizados previamente. Pacheco y Peralta (2015) señalan que el aislamiento social, la hostilidad, un concepto negativo de sí mismo, la baja autoestima, el comportamiento agresivo e impulsivo y la autopercepción de ineficacia son condiciones con expresión emocional que influyen negativamente en mantener relaciones interpersonales satisfactorias. También son consistentes con los reportes de González (2005), quien señala que una de las causas del absentismo escolar son las condiciones organizativas de los centros escolares, donde juegan un rol decidor el clima relacional inhóspito para los estudiantes. Por el contrario, Railsback (2004) señala que en las escuelas en las que existe un clima positivo, de confianza, cuidado y apoyo, presentan mayor asistencia, mejor rendimiento académico y menor proporción de expulsiones.

Por otra parte, nuestro estudio evidencia una peor percepción de esta dimensión en los adolescentes que refirieron inicio temprano de alcohol y consumo de alto riesgo de esta sustancia. Este hallazgo es consistente con Barra (2003), quien expuso que la experiencia de rechazo o exclusión a menudo conduce a un comportamiento de riesgo para la salud, lo que podría estar relacionado con los estados emocionales negativos.

Como resultado no esperado, destaca que el consumo actual de marihuana aumentó la probabilidad de tener una mejor percepción en la dimensión amigos y apoyo escolar. Estudios previos señalan que los jóvenes pueden tener muchas motivaciones para usar esta sustancia, estos incluyen mejorar el desarrollo de amistades y relaciones sociales. En este sentido, Kandel y Davies (1991) encontraron que los lazos interpersonales eran más fuertes en las redes que usan drogas que en las que no las usan, y el estudio realizado por Boman, Stogner y Miller (2013) reveló que el consumo excesivo de alcohol y de marihuana en pares de amistad que son concordantes en su consumo de sustancias reportan percepciones significativamente más altas en la calidad de la amistad que las díadas que son diferentes en el uso de sustancias. Además, es probable que el consumo de marihuana, para los adolescentes que hacen uso de ella, sea considerado de bajo riesgo y forme parte de una relación habitual con los amigos. En este sentido, el estudio realizado por Järvinen y Demant (2011) señala que los adolescentes consumidores la consideran como una sustancia para intoxicarse de manera alegre y que contribuye a la camaradería social de las fiestas.

#### **8.7.9 Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión entorno escolar del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo**

Los resultados obtenidos en esta investigación evidencian una peor percepción de la dimensión entorno escolar en los adolescentes que reportaron comportamientos de riesgo de salud mental (sentimientos de soledad). Estos resultados son consistentes con lo expuesto por Contini y otros (2012) quienes señalan que la soledad surge cuando el adolescente no ha adquirido la capacidad de interactuar y afrontar el contexto social con el

que se relaciona, lo que se traduce en aislamiento social y déficit en la socialización. Boulard, Quertemont, Gauthier y Born (2012) indicaron que el sentimiento de soledad en la adolescencia, la exclusión social y la agresión verbal son factores de riesgo del estado de ánimo depresivo en la escuela, y confirmaron la importancia del contexto social en la escuela como predictor de la depresión en los adolescentes.

Por otra parte, nuestros reportes informaron que los adolescentes que declaran consumo de sustancias (consumo frecuente de tabaco, consumo de alto riesgo de alcohol) presentan una peor percepción de su entorno escolar. Nuestras evidencias son consistentes con las de Maturana (2011) quien informó que el absentismo escolar presenta una estrecha relación con el consumo de drogas.

Del mismo modo, nuestro estudio revela que los adolescentes que informan la falta de factores psicosociales (no referir apoyo social en la escuela y faltar a la escuela sin autorización) perciben peor esta dimensión. Existen diversas evidencias acerca de cómo las escuelas influyen en el absentismo, siendo una de las principales las relaciones sociales desarrolladas entre los adultos y los alumnos, ámbito que influye en la percepción que los estudiantes tienen sobre “pertenecer” a la escuela (González, 2006). Asimismo, González (2014) señala que el centro escolar y sus dinámicas influyen sobre el absentismo escolar lo que dificulta que el estudiante sea un participante activo en la vida social y académica

#### **8.7.10 Discusión sobre el modelo de regresión logística múltiple para la dimensión aceptación social del cuestionario KIDSCREEN-52 como variable dependiente y los CRS y factores protectores psicosociales como variables independientes, ajustado por edad y sexo**

Los resultados de este estudio muestran una peor percepción de la dimensión aceptación en los adolescentes que reportan comportamientos de riesgo de salud mental (sentimiento de soledad). Estos resultados coinciden con distintas evidencias previas. Lamblin, Murawski, Whittle y Fornito (2017) en su revisión reportaron que las diferencias individuales en la habilidad social son determinadas en parte por las influencias genéticas en la estructura y función cerebral, las que afectan la calidad y cantidad de los lazos

sociales durante la adolescencia y que, a la inversa, la estructura de la red social ejerce influencias complejas y profundas sobre el comportamiento individual y salud mental. Asimismo, Merikangas y otros (2010) indican que la adolescencia es un período de mayor vulnerabilidad al inicio de la enfermedad mental, siendo los principales los trastornos del ánimo y de ansiedad. En este sentido, Meyer-Lindenberg y Tost (2012) señalan que la salud mental y la vida social están íntimamente interrelacionadas, y estos trastornos pueden ser la causa o la consecuencia de la disfunción social y el aislamiento. En concordancia con lo anterior, Ueno (2005) afirma que la integración social, medida tanto por el número como por la calidad de las amistades, es un importante predictor de los resultados de salud mental y que la mayor integración social se asocia con una disminución de los síntomas depresivos.

Por otra parte, nuestra investigación evidenció que los adolescentes que informaron ser víctima de intimidación presentaron peor percepción de esta dimensión. Estos resultados son concordantes con los de Analitis y otros (2009), quienes en su estudio multicéntrico demostraron que en casi todos los países, los factores más fuertemente asociados con el acoso escolar fueron la menor edad, los probables problemas de salud mental, el bajo puntaje en las dimensiones de estados de ánimo y emociones y el escaso apoyo social.

## **8.8 Comentario integrado**

Como pudimos apreciar en los resultados de la presente investigación, existen CRS que se relacionan en distinta magnitud con una peor percepción que los adolescentes tienen sobre las dimensiones de la CVRS, siendo uno de los principales el bienestar psicológico. Así también lo señala García-Viniegras (2008), quien enfatiza que el bienestar psicológico surge del balance entre las expectativas y los logros, posee un carácter subjetivo vivencial, y se relaciona con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social, donde las emociones y el estado de ánimo están influenciados por la personalidad, y por las circunstancias medioambientales. Lo anterior podría explicarse debido a que los adolescentes se comparan a sí mismos con distintos estándares que incluyen otras personas,

condiciones pasadas, aspiraciones, niveles ideales de satisfacción, de necesidades y metas (Barrientos, 2005).

Los resultados de los análisis de regresión logística múltiples reportados en esta investigación indicaron que la mayoría de las dimensiones de la CVRS se relacionan negativamente con el consumo de sustancias, la inactividad física y los comportamientos suicidas. La autopercepción además descendió con la obesidad. El bienestar psicológico y aceptación social disminuyó en aquellos que fueron víctimas de intimidación. La falta de factores protectores psicosociales (regulación y control paterno y el apoyo social en la escuela) se relacionó negativamente con la mayoría de las dimensiones de CVRS.

Adicionalmente nuestros resultados reportan que estos CRS se asocian con una peor relación con los padres y la vida familiar y también el entorno escolar y apoyo social. Si bien no podemos conocer cuál es la dirección de la relación entre estas variables, sin embargo sabemos que las interacciones sociales inciden sobre la valoración que el adolescente declara sobre su CVRS, debido a que las condiciones sociales en que las personas viven influyen fuertemente en sus posibilidades de tener buena salud (OPS, 2006).

## 8.9 Propuesta de acciones a realizar

La mejora de la calidad de vida es el fin principal de los esfuerzos de la promoción de la salud. En este sentido, las estrategias diseñadas son esenciales para fortalecer los comportamientos saludables y prevenir aquellos de riesgo para la salud de los adolescentes, esto debido a su enfoque integral, multidisciplinario y multisectorial, y especialmente porque la promoción de la salud considera áreas que apuntan a mejorar los determinantes sociales de la salud, a través de la formulación de políticas que promueven la salud, la creación de entornos saludables, el fortalecimiento de las acciones comunitarias y la participación de la comunidad, el desarrollo de habilidades necesarias para una vida sana y las reorientaciones de los servicios de salud (Ippolito-Shepherd, 2010).

En este sentido, uno de los principales espacios a los que apunta la promoción de la salud es al ámbito familiar. La familia cumple un rol prioritario en la promoción de comportamientos saludables de los adolescentes. Así también lo señalan Florenzano y Valdés (2004) al referirse que “el camino a un desarrollo psicosocial sano del adolescente atraviesa por el campo de un funcionamiento familiar activo y enriquecedor. Desde este punto de vista, la mejor manera de prevenir la drogadicción, la delincuencia o el embarazo adolescente es el promover un funcionamiento familiar sano” (p. 27). Es por ello que las prácticas parentales asertivas, el apego a los padres, el bajo nivel de conflicto entre sus miembros y una adecuada supervisión de los adultos responsables son esenciales para lograr una adolescencia saludable (Saracosti, 2013).

Por otra parte, se debe considerar la responsabilidad de las escuelas y sus modelos curriculares en el bienestar y formación de hábitos de vida saludables de los adolescentes. Así también lo señala Carvajal (2007), quién a través de un estudio comparativo que incluyó el análisis de 31 casos reveló que la tendencia internacional de la Educación para la Salud se enfoca en tres ámbitos: a) los contenidos de salud como asignatura o disciplina del currículo, b) los contenidos de salud como ejes transversales c) y la combinación de ambas tendencias. Este autor además proponen 11 acciones que aportan a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la comunidad educativa en base a la organización del proceso pedagógico, la participación social, la intersectorialidad y la descentralización: 1) tener

identificadas las necesidades básicas en materia de salud, satisfacerlas y la posibilidad real de participación social; 2) desarrollar programas docentes que eduquen en salud de manera natural y planificada, sin forzar los contenidos; 3) prever en cada acción la equidad; 4) poseer un claustro capacitado en salud y ejemplo en Educación para la Salud; 5) proporcionar un ambiente seguro en su sentido más amplio; 6) garantizar el desarrollo de valores personales para un comportamiento saludable; 7) fortalecer la salud mental y la voluntad; 8) prevenir los problemas comunes de la salud y crear espacios adecuados para las acciones que el sector salud precise realizar; 9) lograr un vínculo con la comunidad que haga cotidiano el apoyo mutuo y los beneficios sean percibibles para ambos; 10) fortalecer la identidad con las tradiciones históricas, culturales, políticas y patrióticas de la escuela, la comunidad y la nación; 11) propiciar una variedad de experiencias educativas en salud e interacciones que contribuyan al crecimiento personal.

Con respecto a los comportamientos alimentarios, uno de los factores que podrían estar influenciando estos hábitos es el contexto escolar. En Chile, con el propósito de mejorar la calidad de la enseñanza - aprendizaje se ampliaron los horarios de clases y actualmente los escolares asisten a una jornada escolar completa con un promedio de permanencia en los establecimientos educacionales de 30 horas semanales. La extensa jornada impide que los estudiantes se desplacen a sus hogares para alimentarse con su familia, optando por llevar una lonchera con colaciones o por la alimentación que le entrega el comedor del establecimiento. Los comedores escolares a cargo de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) entregan preparaciones planificadas (desayunos, almuerzos, onces, colaciones y cenas) en consonancia con las recomendaciones nutricionales y beneficia a los alumnos en condición de vulnerabilidad de Establecimientos Educacionales Municipales y Particulares Subvencionados del país (JUNAEB, 2016). No obstante, es importante realizar controles de ingesta del plato servido y evaluar periódicamente el nivel de satisfacción de los consumidores.

En relación a los comportamientos sexuales, los resultados demuestran la importancia de incluir programas vinculados con la sexualidad en el currículo formal que implique la participación de la familia. Así lo señalan Sutton, Lasswell, Lanier y Miller (2014) quienes demostraron que las intervenciones efectivas que incluyen la asistencia

conjunta de padres e hijos, educación sexual para padres y oportunidades para que los padres practiquen nuevas habilidades de comunicación con sus hijos, reducen el riesgo sexual de los adolescentes. Complementariamente, la formación de los profesores en estas temáticas es fundamental, no solo desde un enfoque biomédico orientado a la prevención de ITS y embarazo adolescente, sino más bien considerando los sentimientos y experiencias reales de los adolescentes en torno a esta temática (Morgade y Alonso, 2008).

Además, en las escuelas es factible promover redes sociales con una orientación hacia la función social donde sus miembros entreguen apoyo social a través de la compañía social, el apoyo emocional, la regulación social positiva y la ayuda material (Saforcada, 2008). Un ambiente escolar positivo protege contra la agresión, mejora el rendimiento académico, reduce los problemas conductuales y fortalece el desarrollo emocional de los adolescentes (Berger y Lisboa, 2009). Adicionalmente, la formación del grupo de pares o iguales como promotores de la salud para que actúe sobre su mismo grupo o compañeros de estudio realizando acciones comunitarias en el fomento y desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva ha demostrado ser una estrategia efectiva en la promoción de una vida saludable dirigido a los adolescentes (Blanco, Padrón, Sánchez y Medina, 2011).

Por otra parte, los comportamientos de riesgo suicida en los adolescentes son actualmente una preocupación para la salud pública de los países, sin embargo, una de las dificultades en su prevención es la falta de capacitación de los profesionales que trabajan en las escuelas para evaluar el riesgo de suicidio en los jóvenes y de esta forma informar a las familias y remitirlos a una evaluación clínica. Por ello, una de las medidas es entregar las herramientas para que éstos actúen oportunamente (Martin y otros, 2005).

## CAPÍTULO 9

### Conclusiones y Limitaciones del estudio

Nuestro estudio reveló una alta prevalencia en los distintos comportamientos de riesgo consultados a los adolescentes participantes. Sin duda, existen diversos factores que influyen en estos resultados, y que van más allá de la efectividad de las acciones propuestas por el sistema de salud pública y los servicios médicos del país, y que tienen que ver con las características propias de las personas, de su cultura e historia, de las redes sociales y de la comunidad de la que forman parte (Montero, 2012).

A continuación se presentan las conclusiones de esta investigación, de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteadas inicialmente:

#### **OE1: Explorar sobre la percepción de las dimensiones de la CVRS de los adolescentes según sexo y grupos de edad.**

Los adolescentes de sexo masculino perciben mejor su CVRS que las mujeres, particularmente en bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, y recursos económicos. La percepción de la CVRS es similar entre el Grupo 1 (15-16 años) y Grupo 2 (17-18 años), con excepción en la percepción del entorno escolar, puntuación que disminuye con la edad.

#### **OE2: Determinar la prevalencia de consumo de drogas lícitas e ilícitas de los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS.**

El consumo de sustancias psicoactivas es un comportamiento de riesgo usual entre los adolescentes, siendo el alcohol y la marihuana las sustancias con mayor prevalencia de consumo actual.

El uso de estas sustancias es una práctica común a partir de los 14 años, y con mayor frecuencia inician precozmente con tabaco, posteriormente alcanzan un nivel de consumo frecuente de marihuana y consumo de alto riesgo de alcohol, siendo este último

mayor en las mujeres. Adicionalmente, es alarmante el número de adolescentes que consume simultáneamente las tres sustancias consultadas.

**Los resultados apoyan la *Hipótesis 1.1*, y se concluye que el consumo de drogas se asocia a una peor CVRS en los adolescentes de la muestra. Los resultados ajustados por sexo y edad son:**

- Los adolescentes que consumen actualmente alcohol tienen peor percepción de su bienestar psicológico, de su relación con los padres y vida familiar, y de su entorno escolar; mientras que el consumo de alto riesgo de alcohol se relaciona con una peor percepción del bienestar psicológico, el estado de ánimo y emociones, la autopercepción, la relación con los padres y vida familiar y el entorno escolar. Los adolescentes que iniciaron temprano el consumo de alcohol presentaron puntuaciones menores en la dimensión aceptación social.

- Los adolescentes con inicio temprano de consumo de tabaco tienen peor percepción de su bienestar psicológico, mientras que aquellos con consumo actual de tabaco logran peores puntuaciones en bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar, recursos económicos, entorno escolar y aceptación social. Adicionalmente, se comprobó que los adolescentes con consumo frecuente de tabaco tienen peor percepción de su estado de ánimo y emociones, relación con los padres y vida familiar y entorno escolar.

- Los adolescentes que inician temprano el consumo de drogas logran peores puntuaciones en su autopercepción, mientras que los que consumen actualmente marihuana tienen una peor percepción de la relación con los padres y vida familiar y de su entorno escolar. El consumo frecuente de esta sustancia se asoció con una peor percepción en el bienestar físico y entorno escolar de los adolescentes.

- Finalmente, los adolescentes con consumo simultáneo de alcohol, tabaco y marihuana en el último mes reportaron peor percepción de su bienestar físico, su bienestar psicológico, su autopercepción, las relaciones con los padres y vida familiar, y de su entorno escolar.

**OE3: Determinar la prevalencia de comportamientos de riesgo en hábitos de alimentación, actividad física y factores protectores en los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS.**

Los hábitos de alimentación en los adolescentes, en general, son poco saludables, siendo el consumo de frutas y verduras menor a lo recomendado, y el consumo de bebidas gaseosas y comida chatarra sobre lo recomendado.

Adicionalmente, un importante número de adolescentes se encuentra con un nivel de actividad física leve o inactivo, y un uso no saludable de su tiempo de ocio, siendo esta prevalencia mayor en las adolescentes mujeres.

La mayoría de los adolescentes presenta como factores protectores más prevalentes la asistencia escolar y el apoyo social en la escuela, mientras que se evidencia que un número inferior de adolescentes recibe regulación y control paterno.

**Los resultados apoyan la *Hipótesis 1.2*, y se concluye que los comportamientos de hábitos alimentarios, actividad física e higiene se asocian a una peor CVRS en los adolescentes de la muestra. Los resultados ajustados por sexo y edad son:**

Los adolescentes con consumo frecuente de comida rápida presentan menor percepción en la relación con los padres y vida familiar.

- Por otra parte, los adolescentes con actividad física bajo/inactivo y con uso no saludable del tiempo de ocio perciben peor su bienestar físico.

- La ausencia de factores protectores, pone de manifiesto un importante impacto en la mayoría de las dimensiones de la CVRS. Los adolescentes que no asisten a la escuela sin autorización tienen peor percepción de su bienestar psicológico, relación con los padres y vida familiar y entorno escolar.

- Los adolescentes con falta de regulación y control paterno tienen una peor percepción de su bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones,

autopercepción, autonomía, relaciones con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social.

- Los adolescentes con carencia de apoyo social en la escuela presentan peores puntuaciones en el bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relaciones con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social.

**OE4: Determinar la prevalencia de factores protectores de la salud mental y la violencia de los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS.**

Un importante número de adolescentes se sienten solos, han considerado la posibilidad de suicidarse, han realizado un plan para suicidarse o efectivamente tuvieron un intento real de suicidio, siendo mayor en adolescentes de sexo femenino.

Adicionalmente, en menor frecuencia, los adolescentes han sido víctima de violencia interpersonal, han participado en una pelea física y han sido víctima de intimidación. Los adolescentes hombres participan con mayor frecuencia que las mujeres en peleas físicas.

**Los resultados apoyan la *Hipótesis 1.3*, los factores de riesgo de salud mental y la violencia se asocian a una peor CVRS en los adolescentes de la muestra. Según los resultados ajustados por sexo y edad se concluye:**

- Los adolescentes con sentimientos de soledad tienen una peor percepción de su bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relaciones con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social.

- Los adolescentes que han pensado en la posibilidad de suicidio tienen peor percepción de su bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relaciones con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social.

- Los adolescentes que han realizado un plan para suicidarse tienen una peor percepción de su bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relaciones con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social.
- Los adolescentes que han realizado un intento real de suicidio perciben peor su bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relaciones con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social.
- Por otra parte, los adolescentes que han sido víctima de violencia interpersonal tienen peor percepción de su bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autonomía, relaciones con los padres y vida familiar, recursos económicos, amigos y apoyo social y aceptación social. Los que han participado en peleas físicas perciben peor su relación con los padres y vida familiar.
- Finalmente, los adolescentes que han sido víctimas de intimidación perciben peor su bienestar físico, bienestar psicológico, autopercepción, autonomía, relaciones con los padres y vida familiar, amigos y apoyo social, entorno escolar y aceptación social.

**OE5: Determinar la prevalencia de comportamientos sexuales protectores y de riesgo en los adolescentes y su relación con las dimensiones de la CVRS.**

La mayoría de los adolescentes inician su actividad sexual antes de los 15 años. A medida que aumenta la edad, incrementan los adolescentes sexualmente activos.

Solo la mitad de los adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales usaron preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales, siendo su uso menos frecuente en mujeres.

**Los resultados apoyan la *Hipótesis 1.4*, y se concluye que los comportamientos sexuales de riesgo se asocian a una peor CVRS en los adolescentes de la muestra. Estos resultados han sido ajustados por edad y sexo.**

- Los adolescentes que han tenido relaciones sexuales perciben peor la relación con los padres y vida familiar.

**OE6: Relacionar la CVRS con la edad, el sexo y el estado nutricional de los adolescentes.**

La mayoría de los adolescentes presentan un peso normal para su edad, sin diferencias según sexo, no obstante un tercio se encuentra con malnutrición por exceso.

Los adolescentes del Grupo 1 (15-16 años) tienen mayor prevalencia de malnutrición por exceso que los del Grupo 2 (17 a 18 años).

**Los resultados apoyan la *Hipótesis 1.5*, y se concluye que la CVRS está relacionada con el estado nutricional de los adolescentes, ajustados para edad y sexo:**

Los adolescentes con malnutrición presentan peores puntajes en su autopercepción.

**OE7: Relacionar la CVRS con los comportamientos de salud de los adolescentes: análisis de las asociaciones bi-variadas, ajustadas por edad y sexo.**

La percepción de los adolescentes sobre su bienestar físico se relaciona negativamente con el consumo actual de tabaco, el consumo frecuente de marihuana, el consumo combinado de alcohol, tabaco y marihuana, el nivel de actividad físico bajo/inactivo, el uso no saludable del tiempo libre, y haber sido víctima de intimidación.

La percepción de los adolescentes sobre su bienestar psicológico se relaciona negativamente con el consumo actual de alcohol, el consumo de alto riesgo de alcohol, el inicio temprano de tabaco, el consumo actual de tabaco, el consumo combinado de alcohol, tabaco y marihuana, haber sido víctima de violencia interpersonal y de intimidación. Adicionalmente, se relaciona negativamente con la inasistencia escolar.

La peor percepción de los adolescentes sobre su estado de ánimo y emociones se relaciona con el consumo de alto riesgo de alcohol, el consumo de tabaco, el consumo frecuente de tabaco y haber sido víctima de violencia interpersonal.

La peor percepción de los adolescentes sobre su autopercepción se relaciona con el consumo de alto riesgo de alcohol, el consumo actual de tabaco, el consumo combinado de alcohol, tabaco y marihuana, haber sido víctima de intimidación y presentar malnutrición por exceso.

La peor percepción de los adolescentes sobre su autonomía se relaciona con el consumo actual de tabaco, el inicio temprano del consumo de drogas, haber sido víctima de violencia interpersonal y de intimidación.

La peor percepción de los adolescentes sobre su relación con los padres y vida familiar se relaciona con el consumo actual de alcohol, consumo de alto riesgo de alcohol, consumo actual de tabaco, consumo frecuente de tabaco, consumo actual de marihuana, consumo combinado de alcohol, tabaco y marihuana, el consumo de comida rápida, haber sido víctima de violencia interpersonal y de intimidación, participación en peleas físicas, haber tenido relaciones sexuales. Cabe destacar que además se relaciona con la inasistencia escolar.

La peor percepción de los adolescentes sobre recursos económicos se relaciona con el consumo actual de tabaco y haber sido víctima de violencia interpersonal.

La peor percepción de los adolescentes sobre el apoyo social se relaciona con el inicio del consumo de temprano de alcohol, haber sido víctima de violencia interpersonal y de intimidación.

La peor percepción de los adolescentes sobre su entorno escolar se relaciona con el consumo actual de alcohol, el consumo de alto riesgo de alcohol, el consumo actual de tabaco, consumo frecuente de tabaco, consumo actual de marihuana, consumo frecuente de marihuana, consumo combinado de alcohol, tabaco y marihuana, haber sido víctima de intimidación. Adicionalmente, se relaciona con la inasistencia escolar.

La peor percepción de los adolescentes sobre la aceptación social se relaciona con el consumo actual de tabaco, el consumo de comida rápida, haber sido víctima de violencia interpersonal y de intimidación.

La peor percepción de todas las dimensiones de la CVRS de los adolescentes se relaciona con el sentimiento de soledad, haber considerado la posibilidad de suicidio, haber realizado un plan para suicidarse, y haber tenido un intento real de suicidio. Asimismo, se observa una peor percepción de todas las dimensiones en los adolescentes que declaran falta de regulación y control paterno y de apoyo social en la escuela.

**OE8: Proponer un modelo de regresión logística para la variable CVRS a partir de los comportamientos de salud declarados por los adolescentes.**

Cuando se analizan conjuntamente los comportamientos de riesgo, encontramos que los que mejor predicen la CVRS entre los adolescentes de la muestra son:

- La variable relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas que mejor predice la CVRS es el consumo de alto riesgo de alcohol y el consumo de marihuana. La primera se relaciona negativamente con la autopercepción y ambas la percepción del entorno escolar.
- Las variables relacionadas con los hábitos alimentarios y actividad física que mejor predicen la CVRS son dos: nivel de actividad física bajo/inactivo y presentar malnutrición por exceso. La primera variable se relaciona negativamente con el bienestar psicológico y aceptación social; y la segunda se relaciona negativamente con la autopercepción.
- Las variables relacionadas con violencia y salud mental que mejor predicen la CVRS son: haber sido víctima de intimidación y sentirse solo. Nuestros resultados ponen de manifiesto que ser víctima de intimidación se asocia negativamente el bienestar psicológico, la relación con los padres y vida familiar, amigos y apoyo social y aceptación social. Por su parte, sentirse solos se relaciona negativamente con todas las dimensiones de CVRS de los adolescentes.

- La carencia de factores protectores también afecta la CVRS, siendo los que mejor predicen: la falta de regulación y control paterno y de apoyo social en la escuela. La primera variable se relaciona negativamente con seis de las diez dimensiones de la CVRS, con excepción del bienestar físico, estado de ánimo y emociones, autopercepción y aceptación social. La segunda se relaciona con una peor percepción en nueve de las diez dimensiones, la excepción es la relación con los padres y vida familiar.
- Como variables sociodemográficas, ser adolescente de sexo femenino y el incremento de la edad se asocian a peor CVRS.

**Los resultados apoyan la *Hipótesis 1.6*, y se concluye que los CRS se asocian con una peor percepción de la CVRS de los adolescentes.**

## **Limitaciones del estudio**

El estudio presenta limitaciones metodológicas a comentar. En primer lugar, al tratarse de un estudio transversal, no permite conocer la relación de causalidad entre las variables, por tanto, podrían estar incidiendo otras variables sobre la CVRS. Por ello, para determinar la direccionalidad de las relaciones entre las variables se requiere otro diseño de investigación.

Una segunda limitación hace referencia a que la muestra solo estuvo conformada por adolescentes matriculados en un establecimiento municipal, lo que no permite generalizar los resultados a la población de adolescentes de Valparaíso.

Una tercera limitación proviene de la utilización de cuestionarios de auto-informe para la obtención de los datos. Lo socialmente deseable podría haber influido en las respuestas de los adolescentes ocultando el comportamiento real, sin embargo se intentó promover la honestidad revelando la importancia de la sinceridad en las respuestas dado que contribuirían a orientar los programas de salud implementados por el establecimiento educacional. Adicionalmente se enfatizó en el anonimato de las respuestas recogidas, debido a que una de las principales preocupaciones planteada por los adolescentes fue que los padres y apoderados no tuvieran acceso a las respuestas individuales de ellos.

Por último, hay pruebas con relación a que el estado de ánimo momentáneo podría influir en la respuesta de los sujetos al preguntarles sobre bienestar subjetivo (Schwartz y Clore, 1983).

## Referencias

- Aaronson, N., Alonso, J., Burnam, A., Lohr, K., Patrick, D., Perrin, E., y Stein, R. (2002). Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. *Quality of Life Research*, 11(3), 193–205. doi: 10.1023/A:1015291021312
- Agencia de Calidad de la Educación. (2016). Informe de Resultados Estudio Nacional Educación Física 2015. Recuperado de [http://archivos.agenciaeducacion.cl/Informe\\_Nacional\\_EducacionFisica2015.pdf](http://archivos.agenciaeducacion.cl/Informe_Nacional_EducacionFisica2015.pdf)
- Aguayo, M. (2007). Cómo hacer una Regresión Logística con SPSS© “paso a paso”. Recuperado de [http://www.fabis.org/html/archivos/docuweb/Regres\\_log\\_1r.pdf](http://www.fabis.org/html/archivos/docuweb/Regres_log_1r.pdf)
- Aguilar-Farias, N., Cortinez-O’Ryan, A., Sadarangani, K., Von Oetinger, A., Leppe, J., Valladares, M., y Cristi-Montero, C. (2016). Results From Chile’s 2016 Report Card on Physical Activity for Children and Youth. *Journal of Physical Activity y Health*, 13(11), 117-123. doi: 10.1123/jpah.2016-0314
- Albala, C., Olivares, S., Salinas, J., y Vio, F. (2004). *Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud*. Santiago, Chile: Editorial Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
- Albala, C., Vio, F., Kain, J., y Uauy, R. (2002). Nutrition transition in Chile: Determinants and consequences. *Public Health Nutrition*, 5(1A), 123-128. doi: 10.1079/PHN2001283
- Allen, JP., y Loeb, EL. (2015). The autonomy-connection challenge in adolescent peer relationships. *Child development perspectives*, 9(2), 101-105. doi: 10.1111/cdep.12111
- Ameri, A. (1999). The effects of cannabinoids on the brain. *Progress in Neurobiology*, 58(4), 315-348. doi: 10.1016/S0301-0082(98)00087-2
- An, R., Yan, H., Shi, X., y Yang, Y. (2017). Childhood obesity and school absenteeism: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 18(12), 1412-1424. doi: 10.1111/obr.12599
- Analitis, F., Velderman, MK., Ravens-Sieberer, U., Detmar, S., Erhart, M., Herdman, M., Berra, S., Alonso, J., Rajmil, L., y European Kidscreen Group. (2009). Being bullied: associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries. *Pediatrics*, 123(2), 569-577. doi: 10.1542/peds.2008-0323.
- Andrade, J. Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. (2012). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 688-721.
- Andrés, M., Fuentealba, J., Gysling, K., y Sotomayor-Zárate, R. (2010). *Base científica de la drogadicción*. Santiago, Chile: Ediciones UC.

- Apaza-Ramos, S., Torres-Ramos, G., Blanco-Victorio, D., Antezana-Vargas, V., y Montoya-Funegra, J. (2015). Influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos. *Revista Estomatológica Herediana*, 25(2), 87-99. doi: 10.20453/reh.v25i2.2455
- Archambault, I., Janosz, M., Morizot, J., y Pagani, L. (2009). Adolescent Behavioral, Affective, and Cognitive Engagement in School: Relationship to Dropout. *The Journal of School Health*, 79(9), 408-415. doi: 10.1111/j.1746-1561.2009.00428.x
- Arias-Gutiérrez, M., Fernández, S., Jiménez, M., Arias-Gutiérrez, J., y Tamayo, O. (2009). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *MEDISAN (revista en Internet)*, 13(1): Artículo en línea
- Arnett, J. (2000). Emerging Adulthood: A Theory of development from the late teens through the twenties. *The American Psychologist*, 55(5), 469-480. doi: 10.1037/0003-066X.55.5.469
- Arnou, B., Kenardy, J., y Agras, W. (1995). The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 79-90. doi: 10.1002/1098-108X
- Ashikali, E.-M., Dittmar, H., y Ayers, S. (2014). The effect of cosmetic surgery reality tv shows on adolescent girls' body image. *Psychology of Popular Media Culture*, 3(3), 141-153.
- Atienza, F., Balaguer, D., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Audrain-McGovern., Rodríguez, D., y Kassel, J. (2009). Adolescent smoking and depression: evidence for self-medication and peer smoking mediation. *Addiction*, 104(10), 1743-1756. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02617.x
- Badía, L., y Lizán, T. (2003). Estudios de calidad de vida. En A. Martín, y P. Cano, *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (pp. 250-261). España: Elsevier.
- Bagwell, C., Newcomb, A., y Bukowski, W. (1998). Preadolescent Friendship and Peer Rejection as Predictors of Adult Adjustment. *Child Development*, 69(1), 140-153. doi: 10.1111/j.1467-8624.1998.tb06139.x
- Bakas, T., McLennon, S., Carpenter, J., Buelow, J., Otte, J., Hanna, K., y Welch, J. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(134), 1-13. doi: 10.1186/1477-7525-10-134
- Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso-Arbiol, I., y Aritzeta, A. (2016). Peer attachment and class emotional intelligence as predictors of adolescents' psychological well-being:

- A multilevel approach. *Journal of adolescence*, 53, 1-9. doi: 10.1016/j.adolescence.2016.08.009
- Baltasar, A., Gras, M., Font-Mayolas, S., García, E., Patiño, J., Raurell, M., y Cunill, M. (2014). Creencias de los adolescentes respecto al consumo de drogas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 112, 11-21.
- Barker, D., Winter, P., Osmond, C., Margetts, B., y Simmonds, S. (1989). Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *The Lancet*, 334(8663), 577-580. doi: 10.1016/S0140-6736(89)90710-1
- Barra, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21, 55-60.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Barrientos, J. (2005). *Calidad de Vida, bienestar Subjetivo: Una mirada psicosocial*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Barrios, M., y Frías, M. (2016). Factores que influyen en el desarrollo y rendimiento escolar de los jóvenes de bachillerato. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 63-82. doi: 10.15446/rcp.v25n1.46921
- Barroilhet, S., Fritsch, R., Guajardo, V., Martínez, V., Vöhringer, P., Araya, R., y Rojas, G. (2012). *Revista Médica de Chile*, 140(7), 873-881. doi: 10.4067/S0034-98872012000700007
- Barros, W., Kozasa, E.H., Formagini, T.D., Pereira, L.H., y Ronzani, T.M. (2015). Smokers show lower levels of psychological well-being and mindfulness than non-smokers. *PLoS One*, 10(8), e0135377. doi: 10.1371/journal.pone.0135377
- Bartolomeis, F. (1978). *La psicología del adolescente y la educación*. México: Roca Pedagógica.
- Bataller, S. (2016). Autoconcepto y bienestar subjetivo en la primera adolescencia (Tesis doctoral, Universidad de Girona). Recuperada de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=116055>
- Bayés, R., Pastells, S., y Tudrá, A. (1995). Percepción del riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 33, 22-27.
- Beaglehole, R., y Horton, R. (2010). Chronic diseases: global action must match global evidence. *The Lancet*, 376(9753), 1619-1621. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61929-0
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., y Bosi-Ferraz, M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014

- Beck, A., Kovacs, M., y Weissman, A. (1976). Hopelessness and suicidal behavior. *Journal of the American Medical Association*, 234(11), 1146-1149. doi: 10.1001/jama.1975.03260240050026
- Becker, A., Roberts, A., Perloe, A., Bainivualiku, A., Richards, L., Gilman, S., y Striegel-Moore, R. (2010). Youth health-risk behavior assessment in Fiji: the reliability of Global School-based Student Health Survey content adapted for ethnic Fijian girls. *Ethnicity y Health*, 15(2), 181-197. doi: 10.1080/13557851003615552
- Becoña, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés. *Salud y drogas*, 3(1), 71-92.
- Becoña, E., y Míguez, M. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, 16(2), 91-96. doi: 10.20882/adicciones.407
- Bejarano, I., y Alderete, E. (2009). Tabaquismo y estado emocional: Las emociones negativas como predictoras del inicio al tabaquismo en adolescentes jujeños. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. *Universidad Nacional de Jujuy*, 37, 49-62.
- Bella, M. (2012). Comportamientos de riesgo para la salud en niños y adolescentes con intentos de suicidio y en sus familiares. *Revista Médica de Chile*, 140(11), 1417-1424. doi: 10.4067/S0034-98872012001100006
- Benjet, C., y Hernandez-Guzman, L. (2002). A short-term longitudinal study of pubertal change, gender, and psychological well-being of Mexican early adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(6), 429-442. doi:10.1023/A:1020259019866.
- Berger, C., y Lisboa, C. (2009). *Violencia escolar: estudios y posibilidades de intervención en Latinoamérica*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
- Berra, S., Tebé, C., Esandi, M., y Carignano. (2013). Reliability and validity of the KIDSCREEN-52 questionnaire to measure health related quality of life in the 8 to 18 year-old Argentinean population. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 111(1), 29-35. doi: 10.5546/aap.2013.29
- Beyth-Marom, R., Austin, L., Fischhoff, B., Palmgren, C., y Jacobs-Quadrel, J. (1993). Perceived Consequences of Risky Behaviors: Adults and Adolescents. *Developmental Psychology*, 29(3), 549-563. doi: 10.1037/0012-1649.29.3.549
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2015). Ley 20.606: Sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>
- Blanco Pereira, ME., Jordán Padrón, M., Pachón González, L., Sánchez Hernández, T., y Medina Robainas, R. (2011). Educación para la salud integral del adolescente a través de promotores pares. *Revista Médica Electrónica*, 33(3), 349-359.

- Blum, R., Halcón, L., Beuhring, T., Pate, E., Campell-Forrester, S., y Venema, A. (2003). Adolescent Health in the Caribbean: Risk and Protective Factors. *American Journal of Public Health*, 93(3), 456-460.
- Bolton, K., Jacka, F., Allender, S., Kremer, P., Gibbs, L., Waters, E., y de Silva, A. (2016). The association between self-reported diet quality and health-related quality of life in rural and urban Australian adolescents. *Australian Journal of Rural Health*, 24(5), 317-325. doi: 10.1111/ajr.12275
- Boman, J., Stogner, J., y Miller, B. (2013). Binge drinking, marijuana use, and friendships: The relationship between similar and dissimilar usage and friendship quality. *Journal of Pschoactive Drugs*, 45(3), 218–226. doi: 10.1080/02791072.2013.803646
- Borowsky, IW., Ireland, M., y Resnick, MD. (2001). Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics*, 107(3), 485–493. doi: 10.1542/peds.107.3.485
- Borowsky, I., Resnick, MD., Ireland, M., y Blum, RW. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Archives of Pediatrics y Adolescent Medicine*. 153(6), 573–580. doi:10.1001/archpedi.153.6.573
- Boulard, A., Quertemont, E., Gauthier, J. M. y Born, M. (2012). Social context in school: its relation to adolescents' depressive mood. *Journal of Adolescence*, 35(1), 143-152. doi: 10.1016/j.adolescence.2011.04.002
- Bourdet-Loubère, S., y Raynaud, J. (2013). Suicidal Ideation and Attempts during Middle Childhood: Associations with Subjective Quality of Life and Depression. *Open Journal of Medical Psychology*, 2(3), 93-100. doi: 10.4236/ojmp.2013.23015
- Bowes, L., Maughan, B., Caspi, A., Moffitt, T., y Arseneault, L. (2010). Families promote emotional and behavioural resilience to bullying: evidence of an environmental effect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51(7), 809-817. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02216.x
- Breinbauer, C., y Maddaleno, M. (2008). Estilos de Vida de los Adolescentes de América Latina y el Caribe: Desafíos y alcances. En Jóvenes: *Opciones y Cambios: Promoción de Conductas Saludables en los Adolescentes* (pp. 5-11). Washington DC: OPS.
- Brener, N., Billy, J., y Grady, W. (2003). Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *The Journal of Adolescent Health*, 33(6), 436-457. doi: 10.1016/S1054-139X(03)00052-1
- Britz, B., Siegfried, W., Ziegler, A., Lamertz, C., Herpertz-Dahlmann, B., y Remschmidt, H. (2000). Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based

- study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24(12), 1707-1714. doi: 10.1038/sj.ijo.0801449
- Brook, JS., Balka, EB., Ning, Y., Whiteman, M., y Finch, SJ. (2006). Smoking involvement during adolescence among African Americans and Puerto Ricans: risks to psychological and physical well-being in young adulthood. *Psychological reports*, 99(2), 421-438. doi: 10.2466/pr0.99.2.421-438.
- Bruening, M., MacLehose, R., Eisenberg, M., Nanney, M., Story, M., y Neumark-Sztainer, D. (2014). Associations between sugar-sweetened beverage consumption and fast food restaurant frequency among adolescents and their friends. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 46(4), 277-285. doi: 10.1016/j.jneb.2014.02.009
- Bullinger, M. (1991). Quality of life: definition, conceptualisation and implications: a methodologists view. *Theoretical Surgery*, 6, 143-148.
- Bunge, M. (1975). What is a quality of life indicator?. *Social Indicators Research*, 2(1), 65-79. doi: 10.1007/BF00300471
- Bustos, N., Kain, J., Leytón, B., Olivares, S., y Vio, F. (2010). Colaciones habitualmente consumidas por niños de escuelas municipalizadas: motivaciones para su elección. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(2), 178-183. doi: 10.4067/S0717-75182010000200006
- CAMH. (2016). Centre for Addiction and Mental Health, about Tobacco. Recuperado de [http://www.camh.ca/en/hospital/health\\_information/a\\_z\\_mental\\_health\\_and\\_addiction\\_information/tobacco/Pages/about\\_tobacco.aspx](http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/tobacco/Pages/about_tobacco.aspx)
- Campo-Arias, A., González, S., Sánchez, Z., Rodríguez, D., Dallos, C., y Díaz-Martínez, L. (2005). Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Archivos Pediátricos Uruguayos*, 76(1), 21-26.
- Candel, N., Olmedilla, A., y Blas, A. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 8(1), 61-77.
- Capuzzi, D., y Gross, D. (2014). *Youth at Risk: A Prevention Resource for Counselors, Teachers, and Parents* (6 ed.). Alexandria: American Counseling Association.
- Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A., y Oberst, U. (2012). Adicción a internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del Psicólogo*, 33(2), 82-89.
- Carvajal, C. (2007). Estrategia metodológica para desarrollar la promoción de la salud en las escuelas cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200010&lng=es&tylng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200010&lng=es&tylng=es)

- Carvajal-Carrascal, G., y Caro-Castillo, C. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Aquichán*, 9(3), 281-296.
- Casas, J., y Ceñal, M. (2005). Desarrollo adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, IX(1), 20-24.
- CASEN. (2015). Observatorio Social: Base de datos 2015. Recuperado de <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/basedatos.php>
- Casey, B., Getz, S., y Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28(1), 62-77. doi: 10.1016/j.dr.2007.08.003
- Casey, M., Harvey, J., Telford, A., Eime, R., Mooney, A., y Payne, W. (2016). Patterns of time use among regional and rural adolescent girls: Associations with correlates of physical activity and health-related quality of life. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 19(11), 931-936. doi: 10.1016/j.jsams.2016.02.004
- Cassarino-Perez, L., y Dell'Aglio, D. (2015). Health-related quality of life and social support in adolescents with type 1 diabetes. *The Spanish Journal of Psychology*, 17(E108), 1-9. doi: 10.1017/sjp.2014.101
- Castaño, G. (2000). Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Adicciones*, 12(4), 541-550.
- Castellana, R., Sánchez-Carbonel, X., Graner, J., y Beranuy, M. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 196-204
- Castellanos-Ryan, N., Pingault, J., Parent, S., Vitaro, F., Tremblay, R., y Séguin, J. (2017). Adolescent cannabis use, change in neurocognitive function, and high-school graduation: A longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *Development and Psychopathology*, 29(4), 1253-1266. doi: 10.1017/S0954579416001280
- CDC. (2000). Clinical Growth for Health Statistics. Recuperado de [http://www.cdc.gov/growthcharts/clinical\\_charts.htm](http://www.cdc.gov/growthcharts/clinical_charts.htm)
- CDC. (2000). Measuring Healthy Days. Population Assessment of Health-Related Quality of Life. Recuperado de <http://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>
- CDC. (2002). Vital and Health Statistics. Recuperado de [https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_11/sr11\\_246.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_246.pdf)
- CDC. (2013). Los condones y las ETS: Hoja informativa para el personal de salud pública. Recuperado de <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/spanish/latex.html>
- CDC. (2015). Global School-based Student Health Survey (GSHS). Recuperado de <http://www.cdc.gov/gshs/index.htm>

- CDC. (2016). Adolescents and School Health: Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS). Recuperado de <http://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>
- CDC, OMS, MINSA. (2014). Encuesta Mundial de Salud escolar Argentina 2012. Recuperado de [http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09\\_informe-EMSE-2012.pdf](http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf)
- CEPAL. (2017). América Latina: Estimaciones y proyecciones de la población total según sexo y grupos quinquenales de edad. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>
- CEPAL. (2017). Chile: Estimaciones y proyecciones de la población total según sexo y grupos quinquenales de edad periodo 1950-2100. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>
- Cerdorian, R. (2005). The needs of adolescent girls who self-harm. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 43(8),40-46. doi: 10.3928/02793695-20050801-13
- Céspedes, A. (2008). *Educación de las Emociones, educar para la vida*. Santiago, Chile: B Chile.
- Chan, A., y Poulin, F. (2007). Monthly changes in the composition of friendship networks in early adolescence. *Merrill Palmer Quarterly*, 53(4), 578-602. doi: 10.1353/mpq.2008.0000
- Cheng, L., Mendonça, G., y Farias Júnior, J. (2014). Physical activity in adolescents: analysis of the social influence of parents and friends. *Jornal de Pediatria*, 90(1), 35-41. doi: 10.1016/j.jpmed.2013.05.006.
- Cheng, S. (1988). Subjective quality of life in the planning and evaluation of programs. *Evaluation and Program Planning*, 11(2), 123-134. doi: 10.1016/0149-7189(88)90003-1
- Childrens Worlds. (n.d.). Why children's worlds?. Recuperado de <http://www.isciweb.org/?CategoryID=167>
- Chung, S., Ersig, A., y McCarthy, A. (2017). The Influence of Peers on Diet and Exercise Among Adolescents: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 44-56. doi: 10.1016/j.pedn.2017.04.010
- CICAD. (2014). Consumo de pasta base de cocaína en América del Sur: Revisión epidemiológicos y médico-toxicológicos. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/pbc.pdf>

- CICAD. (2015). Informe sobre Uso de Drogas en las Américas. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209>
- Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., y Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320(7244), 1240-1243. doi: 10.1136/bmj.320.7244.1240
- Coleman, J. (1984). *Psicología de la adolescencia*. Madrid, España: Morata.
- Committee on Public Education. (2001). Media Violence. *Pediatrics*, 108(5), 1222-1226.
- Contini, E., Lacunza, A., Medina, S., Álvarez, M., González, M., y Coria, V. (2012). Una problemática a resolver: soledad y aislamiento adolescente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(1), 127-149.
- Corral, V., Frías, M., y González, D. (2003). Percepción de riesgos, conductas proambiental y variables demográficas en una comunidad de Sonora, México. *Región y Sociedad*, 15(26), 49-72.
- Costa, F., Jessor, R., y Donovan, J. (1996). Psychosocial conventionality, health orientation, and contraceptive use in adolescence. *The Journal of Adolescent Health*, 18(6), 404-416. doi: 10.1016/1054-139X(95)00192-U
- Costa, F., Jessor, R., y Turbin, M. (1999). Transition into adolescent problem drinking: the role of psychosocial risk and protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(4), 480-490. doi: 10.15288/jsa.1999.60.480
- Costa, F., Jessor, R., y Turbin, M. (2007). College student involvement in cigarette smoking: the role of psychosocial and behavioral protection and risk. *Nicotine and Tobacco Research*, 9(2), 213-224. doi: 10.1080/14622200601078558
- Cueva, L., y Quispe, D (2015). Prácticas autolesivas en algunos estudiantes de la I.E. José Carlos Mariategui-Huancayo. (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional del centro de Perú). Recuperado de <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/939>
- Cunill, M., Gras Pérez, M., Planes, M., y Serda-Ferrer, B. (2012). Predictores de la intención de uso del preservativo entre adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 104, 9-18.
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., y Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science y Medicine*, 66(6), 1429-1436. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.11.024
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., y Barnekow, V. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Recuperado de

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>

- Dake, J., Price, J., y Telljohann, S. (2003). The nature and extent of bullying at school. *The Journal of School Health*, 73(5), 173-180. doi: 10.1111/j.1746-1561.2003.tb03599.x
- Daniels, S., Arnett, D., Eckel, R., Gidding, S., Hayman, L., Kumanyika, S., y Williams, C. (2005). Overweight in Children and Adolescents Pathophysiology, Consequences, Prevention, and Treatment. *Circulation*, 111(15), 1999-2012. doi: 10.1161/01.CIR.0000161369.71722.10
- Dawson, D. (2011). Defining Risk Drinking. *Alcohol ResearchHealth*, 34(2), 144-156.
- Dawson, D., Goldstein, R., Chou, S., Ruan, W., y Grant, B. (2008). Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 32(12), 2149-2160. doi: 10.1111/j.1530-0277.2008.00806.x
- de la Peña, F., Estrada, A., Almeida, I., y Páez, F. (1999). Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud Mental*, 22, 9-13.
- De la Cruz, C., Tanoue, L., y Matthay, R. (2011). Lung Cancer: Epidemiology, Etiology, and Prevention. *Clinics in Chest Medicine*, 32(4), 605-644. doi: 10.1016/j.ccm.2011.09.001.
- DEIS. (2014). Indicadores básicos de salud. Chile 2014. Recuperado de <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2015/08/IBS-2014.pdf>
- del Bosque, J., Fuentes, A., Bruno, D., Espínola, M., González, N., Loredó, A., y Vásquez, L. (2014). La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud Mental*, 37(5), 381-389.
- Demessie, A., y Pillay, J. (2017). Perceived parent-child communication and well-being among Ethiopian adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 1-9. doi: 10.1080/02673843.2017.1299016
- Department of Health and Human Services. (2008). Physical Activity Guidelines for Americans. Recuperado de <https://health.gov/paguidelines/guidelines/>
- Departamento de Agricultura y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. (2015). Dietary Guidelines for Americans 2015-2020. Recuperado de [https://health.gov/dietaryguidelines/2015/resources/2015-2020\\_Dietary\\_Guidelines.pdf](https://health.gov/dietaryguidelines/2015/resources/2015-2020_Dietary_Guidelines.pdf)
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (2014). Las Consecuencias del Tabaquismo en la Salud: 50 años de Progreso; Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EE.UU. Recuperado de

<https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/spanish-50-years-of-progress.html>

- DeWit, D., Adlaf, E., Offorf, D., y Ogborne, A. (2000). Age at First Alcohol Use: A Risk Factor for the Development of Alcohol Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 157(5), 745-750. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.745
- Dias, S., Matos, M., y Goncalves, A. (2005). Preventing HIV transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour School-aged Children study and focus groups. *European Journal of Public Health*, 15(3), 300-304. doi:10.1093/eurpub/cki085
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. doi: 10.1037/0033-2909.95.3.542
- Dieticians of Canada, Canadian Paediatric Society. (2010). The College of Family Physicians of Canada, Community Health Nurses of Canada. Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: using the new WHO growth charts. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 71(1), 1-3. doi: 10.3148/71.1.2010.54
- DiNapoli, P. (2009). Early initiation of tobacco use in adolescent girls: key sociostructural influences. *Applied Nursing Research*, 22(2), 126-132. doi: 10.1016/j.apnr.2007.07.001.
- Donovan, J., y Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 890-904. doi: 10.1037/0022-006X.53.6.890
- Donovan, J., Jessor, R., y Costa, F. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence: a replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(5), 762-765. doi: 10.1037/0022-006X.56.5.762
- Donovan, J., Jessor, R., y Costa, R. (1991). Adolescent Health Behavior and conventionality-unconventionality: An extension of Problem-Behavior Theory. *Health Psychology*, 10(1), 52-61. doi: 10.4137/CMRVH.S29964
- Drennan, J. (2003). Cognitive interviewing: verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 57-63.
- Drobes, D. (2002). Concurrent alcohol and tobacco dependence. *Alcohol Research y Health*, 26(2), 136-142.
- Dube, R., Thompson, W., Homa, D., y Zack, M. (2013). Smoking and health-relative quality of life among U.S. adolescents. *Nicotine y Tobacco Research*, 15(2), 492-500. doi: 10.1093/ntr/nts163

- Dubow, E., Kausch, F., Blum, M., Reed, J., y Bush, E. (1989). Correlates of Suicidal Ideation and Attempts in a Community Sample of Junior High and High School Students. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 158-166.
- DuRant, R., Smith, J., Kreiter, S., y Krowchuk, D. (1999). The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviors among young adolescents. *Archives of Pediatrics y Adolescent Medicine*, 153(3), 286-291. doi: 10.1001/archpedi.153.3.286
- Ebbeling, C., Feldman, H., Osganian, S., Chomitz, V., Ellenbogen, S., y Ludwig, D. (2006). Effects of decreasing sugar-sweetened beverage consumption on body weight in adolescents: a randomized, controlled pilot study. *Pediatrics*, 117(3), 673-680.
- Echeburúa, E., De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-96.
- Edwards, T., Huebner, C., Connell, F., y Patrick, D. (2002). Adolescent quality of life, Part I: conceptual and measurement model. *Journal of Adolescence*, 25(3), 275–286. doi: 10.1006/jado.2002.0470
- Eisenberger, N., Lieberman, M., y Williams, K. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643), 290-292. doi: 10.1126/science.1089134
- Ello-Martin, J., Ledikwe, J., y Rolls, B. (2005). The influence of food portion size and energy density on energy intake: implications for weight management. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1), 236S-241S.
- ENCA. (2011). Encuesta Nacional de Consumo Alimentario: Informe Final. Recuperado de [http://web.minsal.cl/sites/default/files/ENCA-INFORME\\_FINAL.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/ENCA-INFORME_FINAL.pdf)
- Envold Bidstrup, P., Frederiksen, K., Siersma, V., Lykke Mortensen, E., Ross, L., Vinther-Larsen, M., y Johansen, C. (2008). Social-Cognitive and School Factors in Initiation of Smoking among Adolescents: A Prospective Cohort Study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers y Prevention*, 17(8), 1862-1871. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-07-2773
- Erermis, S., Cetin, N., Tamar, M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F., y Goksen, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents?. *Pediatrics International*, 46(3), 296-301. doi: 10.1111/j.1442-200x.2004.01882.x
- Erikson, EH. (1968). Identity: Youth and crisis. New York: Norton.
- Espada, J., Pereira, J., y García-Fernández, J. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537.

- Estévez, E., Herrero, J., Martínez, B., y Musitu, G. (2006). Aggressive and non-aggressive rejected students: an analysis of their differences. *Psychology in the Schools*, 43, 387-400. doi: 10.1002 / pits.20152
- Estévez, E., Martínez, B., y Jiménez, T. (2009). Las relaciones sociales en la escuela: el problema del rechazo. *Psicología Educativa*, 15(1), 5-12
- Estévez, E., Musitu, G., y Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28, 81-89.
- Evans, D. (1994). Enhancing Quality of Life in the Population at Large. *Social Indicators Research*, 33(1), 47-88. doi: 10.1007/978-94-011-0171-4\_2
- Evans, E., Hawton, K., y Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24 (8), 957-979. doi: 10.1016/j.cpr.2004.04.005
- Fabricius-Bjerre, S., Jensen, R., Færch, K., Larsen, T., Mølgaard, C., Michaelsen, K., y Greisen, G. (2011). Impact of birth weight and early infant weight gain on insulin resistance and associated cardiovascular risk factors in adolescence. *PLoS One*, 6(6), e20595. doi: 10.1371/journal.pone.0020595
- Facio, A., Resett, S., Braude, M., y Benedetto, N. (2017). El perfil de autopercepción de adolescentes de Paraná, Buenos Aires y Río Gallegos. *Investigaciones en Psicología*, 3(11), 7-25.
- Faik, A., Vanderhulst, E., Rossem, I., y Devroey, D. (2017). Influence of physical activity and interest for food and sciences versus weight disorders in children aged 8 to 18 years. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 58(2), E105-E113. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2017.58.2.633
- Fekkes, M., Pijpers, F., y Verloove-Vanhorick, S. (2004). Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *The Journal of Pediatrics*, 144(1), 17-22. doi: 10.1016/j.jpeds.2003.09.025
- Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(2), 126-135. doi: 10.1111/j.1365-2788.1997.tb00689.x
- Fernández, L., Bustos, L., González, L., Palma, D., Villagrán, J., y Muñoz, S. (2000). Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. *Revista Médica de Chile*, 128(6), 574-583. doi: 10.4067/S0034-98872000000600002
- Fernández-Alonso, R., Álvarez-Díaz, M., Woitschach, P., Suárez-Álvarez, J., y Cuesta, M. (2017). Parental involvement and academic performance: Less control and more communication. *Psicothema*, 29(4), 453-461. doi: 10.7334/psicothema2017.181.

- Finne, E., Bucksch, J., Lampert, T., y Kolip, P. (2013). Physical activity and screen-based media use: cross-sectional associations with health-related quality of life and the role of body satisfaction in a representative sample of German adolescents. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 1(1), 15-30. doi: 10.1080/21642850.2013.809313
- Fischer, J., Clavarino, A., Plotnikova, M., y Najman, J. (2015). Cannabis Use and Quality of Life of Adolescents and Young Adults: Findings from an Australian Birth Cohort. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(2), 107-116. doi: 10.1080/02791072.2015.1014121
- Fischer, J., Najman, J., Plotnikova, M., y Clavarino, A. (2015). Quality of life, age of onset of alcohol use and alcohol use disorders in adolescence and young adulthood: Findings from an Australian birth cohort. *Drug and Alcohol Review*, 34(4), 388-396. doi: 10.1111/dar.12227
- Fischhoff, B. (1995). Risk Perception and Communication Unplugged: Twenty Years of Process. *Risk Analysis*, 15(2), 137-145. doi: 10.1111/j.1539-6924.1995.tb00308.x
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, 12(3), 273-278. doi: 10.1080/09540120050042918
- Fiuza, M., Jarillo, M., y Rodríguez, J. (2002). Calidad de vida e hipertensión arterial. *Revista Clínica Española*, 202(11), 596-598.
- Flammer, A., y Alsaker, F. (2002). *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz: die Erschliessung innerer und äusserer Welten im Jugendalter*. Bern: Huber
- Fletcher, A., Bonell, C., y Harqreaves, J. (2008). School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies. *The Journal of Adolescent Health*, 42(3), 209-220. doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.09.020
- Florenzano, R., y Valdés, M. (2004). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago, Chile: Ediciones UC.
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Casassus, M., Sandoval, A., Santander, S., y Calderón, S. (2009). Percepción de la relación parental entre adolescentes mayores y menores de 15 años. (2009). *Revista Chilena de Pediatría*, 80(6), 520-527. doi: 10.4067/S0370-41062009000600004
- Font-Mayolas, S., Gras, M., Planes, M., Patiño, J., y Sullman, M. (2013). Risk Perception and stages of smoking acquisition. *Health and Addictions*, 13(2), 117-122. doi: 10.13140/RG.2.1.4704.7203
- Ford, C., y Beach, F. (1951). *Patterns of sexual behavior*. New York, United States: Harper.

- França, O., Crestanello, F., Müller, A., Silveri, A., y Pons, J. (2017). El problema del sobrepeso y la obesidad en la niñez y adolescencia. Una mirada desde la Bioética. *Anales de la Facultad de Medicina*, 4(1), 55-95. doi: 10.25184/anfamed2017.4.1.4
- Freud, S. (1903). *Three Essays on the Theory of Sexuality*. Londres, Inglaterra: Hogarth Press.
- Albala, C., Olivares, S., Salinas, J., y Vio, F. (2004). *Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud*. Santiago, Chile: Editorial Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
- Frisén, A., y Bjarnelind, S. (2010). Health-related quality of life and bullying in adolescence. *Acta Paediatrica*, 99(4), 597-603. doi: 10.1111/j.1651-2227.2009.01664.x
- Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona, España: Paidós.
- Gaete, J., Olivares, E., Rojas-Barahona, C., Rengifo, M., Labbé, N., Lepe, L., y Chen, M. (2016). Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de 10 a 14 años de la ciudad de San Felipe, Chile: prevalencia y factores asociados. *Revista Médica de Chile*, 144(4), 465-475. doi: 10.4067/S0034-98872016000400007
- Galéra, C., Rossi, G., Meneghetti, X., Choca, F., Salmi, L., Bouvard, M., y Viola, L. (2013). Síntomas psiquiátricos asociados al consumo de pasta base de cocaína en niños y adolescentes: un estudio exploratorio en Montevideo, Uruguay. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 51(4), 263-270. doi: 10.4067/S0717-92272013000400005
- Gandek, B., y Ware, J. (1998). Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: the IQOLA project approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 953-959. doi: 10.1016/S0895-4356(98)00086-9
- García, R., Cortés, A., Vila, L., Hernández, M., y Mesquia, A. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 22(1), 1-7.
- García, X., Pérez, A., y Nebot, M. (2010). Factores relacionados con el acoso escolar (bullying) en los adolescentes de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 103-108. doi: 10.1016/j.gaceta.2009.09.017
- García-Rubio, J., Olivares, P., López-Legarrea, P., Gómez-Campos, R., Cossio-Bolaños, M., y Merellano-Navarro, E. (2015). Asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud, el estado nutricional (IMC) y los niveles de actividad física y

- condición física en adolescentes chilenos. *Nutrición Hospitalaria*, 32(4), 1695-1702.
- García-Viniegras, C. (2008). *Calidad de Vida: Aspectos teóricos y metodológicos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Garrow, J., y Webster, J. (1985). Quetelet's index (W/H<sup>2</sup>) as a measure of fatness. *International Journal of Obesity*, 9(2), 147-153.
- Gidding, S., Dennison, B., Birch, L., Daniels, S., Gillman, M., Lichtenstein, A., y Van Horn, L. (2006). Dietary Recommendations for Children and Adolescents: A Guide for Practitioners. *Pediatrics*, 117(2), 544-559. doi: 10.1542/peds.2005-2374
- Gillman, A., Yeater, E., Feldstein, S., Kong, S., y Bryan, A. (2017). Risky Sex in High-Risk Adolescents: Associations with Alcohol Use, Marijuana Use, and Co-Occurring Use. *AIDS and Behaviour*, 1-11. doi: 10.1007/s10461-017-1900-9
- Gini, G. (2008). Associations between bullying behaviour, psychosomatic complaints, emotional and behavioural problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44(9), 492-497. doi: 10.1111/j.1440-1754.2007.01155.x
- Gold, D., Wang, X., Wypij, D., Speizer, F., Ware, J., y Dockery, D. (1996). Effects of Cigarette Smoking on Lung Function in Adolescent Boys and Girls. *New England Journal of Medicine*, 335(13), 931-937. doi: 10.1056/NEJM199609263351304
- Goldschmidt, L., Cornelius, M., y Day, N. (2012). Prenatal Cigarette Smoke Exposure and Early Initiation of Multiple Substance Use. *Nicotine y Tobacco Research*, 16(4), 694-702. doi: 10.1093/ntr/ntr280
- Gómez, A., Nuñez, C., y Lolas, F. (1992). Ideación suicida e intento de suicidio en estudiantes de medicina. *Revista de Psiquiatría Facultad Medicina de Barcelona*, 19, 265-271.
- Gómez-Vela, M., Verdugo, M., y González-Gil, F. (2014). Quality of life and self-concept in adolescents with and without special educational needs. *Journal Infancia y Aprendizaje*, 30(4), 523-536. doi: 10.1174/021037007782334300.
- Goniewicz, M., Leigh, N., Gawron, M., Nadolska, J., Balwicki, L., McGuire, C., y Sobezak, A. (2016). Dual use of electronic and tobacco cigarettes among adolescents: a cross-sectional study in Poland. *International Journal of Public Health*, 61(2), 189-197. doi: 10.1007/s00038-015-0756-x
- González, M. (2005). El absentismo y el abandono: una forma de exclusión escolar. *Profesorado. Revista de currículum y formación del profesorado* 9(1), 1-12. Recuperado de <https://www.ugr.es/~recfpro/rev91ART4.pdf>
- González, M. (2006). Absentismo y abandono escolar: una situación singular de la exclusión educativa. *Revista Iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en*

educación, , 4(1), 1-15. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1368106>

- González, J., Calvo, J., y Prats, P. (2002). Estudio epidemiológico de comportamientos de riesgo en adolescentes escolarizados de dos poblaciones, semirural y urbana. *Atención Primaria*, 30(4), 214-219.
- González, E., Martínez, V., Molina, T., George, M., Sepúlveda, R., y Molina, R. (2016). Diferencias de género en la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolarizados chilenos. *Revista Médica de Chile*, 144(3), 298-306. doi: 10.4067/S0034-98872016000300004
- González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A., Vacio-Muro, M., Peralta, R., y Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. doi: 10.1016/j.bmhix.2015.05.006
- González-Iglesias, B., Gómez Fragueta, J., Gras, M., y Planes, M. (2014). Búsqueda de sensaciones y consumo de alcohol: El papel mediador de la percepción de riesgos y beneficios. *Anales de Psicología*, 30(3), 1061-1068. doi: 10.6018/analesps.30.3.170831
- Gore, F., Bloem, P., Patton, G., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., y Mathers, C. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet*, 377(9783), 2093-2102. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60512-6
- Gracia, F. (1998). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Graham, D., Wall, M., Larson, N., y Neumark-Sztainer, D. (2015). Multicontextual Correlates of Adolescent Leisure-Time Physical Activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(6), 605-616. doi: 10.1016/j.amepre.2014.01.009
- Grant, B., y Dawson, D. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *Journal of Substance Abuse*, 9, 103-110. doi: 10.1016/S0899-3289(97)90009-2
- Griffiths, L., Parsons, T., y Hill, J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(4), 282-304. doi: 10.3109/17477160903473697
- Guedes, D., y Guedes, J. (2011). Translation, cross-cultural adaptation and psychometric properties of the kidscreen-52 for the brazilian population. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(3), 364-371. doi: 10.1590/S0103-05822011000300010

- Guyatt, G., Feeny, D., y Patrick, D. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622-629. doi: 10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009
- Haas, B. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21(6), 728-742. doi: 10.1177/01939459922044153
- Hall, S. (1907). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. New York: Appleton and Company.
- Hanenberg, R., Rojanapithayakorn, W., Kunasol, P., y Sokal, D. (1994). Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet*, 344(8917), 243-245. doi: 10.1016/S0140-6736(94)93004-X
- Hare, AL., Szewedo, DE., Schad, MM., y Allen, JP. (2015). Undermining adolescent autonomy with parents and peers: The enduring implications of psychologically controlling parenting. *Journal of research on adolescence: the official journal of the Society for Research on Adolescence*, 25(4), 739-752. doi: 10.1111/jora.12167
- Harel-Fisch, Y., Walsh, S., Fogel-Grinvald, H., Amita, G., Pickett, W., Molcho, M., y Craiq, W. (2011). Negative school perceptions and involvement in school bullying: a universal relationship across 40 countries. *Journal of Adolescence*, 34(4), 639-652. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.09.008
- Hazekamp, A., Ware, M.A., Muller-Vahl, K., Abrams, M., y Grotenhermen, M. (2013). The medicinal use of cannabis and cannabinoids: An international cross-sectional survey on administration forms. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(3), 199-210. doi: 10.1080/02791072.2013.805976
- Heerwagen, M., Miller, M., Barbour, L., y Friedman, J. (2010). Maternal obesity and fetal metabolic programming: a fertile epigenetic soil. *American Journal of Physiology Regulatory and Integrative Comparative Physiology*, 299(3), 711-722. doi: 10.1152/ajpregu.00310.2010
- Heinrich, L., y Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical psychology review*, 26(6), 695-718. doi: 10.1016/j.cpr.2006.04.002
- Herazo, E., y Villamil-Vargas, M. (2013). Relación entre síntomas depresivos, Índice de Masa Corporal y autopercepción del peso en adolescentes escolares. *Salud Uninorte Barranquilla*, 29(3), 368-373.
- Hernández, T., Roldán, J., Jiménez, A., Mora, C., Escarpa, D., y Pérez, M. (2009). La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212.
- Hernández-Carrillo, M., y Gutierréz-Martínez, M. (2013). Factores de riesgo asociados a la intimidación escolar en instituciones educativas públicas de cuatro municipios del

- departamento del Valle del Cauca. Año 2009. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(3), 238-247. doi: 10.1016/S0034-7450(13)70016-7
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6 ed.). México D.F: Mc Graw Hill Education.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., y Kokkevi, A. (2009). *The ESPAD Report: Substance use among students in 35 European countries*. Estocolmo: Centraförbundet för Alkohol.och Narkotikaupplysning.
- Hidalgo-Rasmussen, C. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en los adolescentes. En C. Alonso, *Salud y enfermedad del Niño y del Adolescente* (pp. 1560-1563). México: Manual Moderno.
- Hidalgo-Rasmussen, C., y Hidalgo San Martín, A. (2011). Percepción del peso corporal, comportamiento de control de peso y calidad de vida en adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria. *Revista Mexicana de Trastornos alimentarios*, 2(2), 71-81.
- Hidalgo-Rasmussen, C., y Hidalgo-San Martín, A. (2015). Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida, por género, en adolescentes mexicanos, estudiantes de preparatoria. *Ciência y Saúde Coletiva*, 20(11), 3437-3445. doi: 10.1590/1413-812320152011.18692014.
- Hidalgo-Rasmussen, C., Molina, T., Molina, R., Sepúlveda, R., Martínez, V., Montaña, R., y George, M. (2015). Bullying y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolares chilenos. *Revista Médica de Chile*, 143(6), 716-723. doi: 10.4067/S0034-98872015000600004
- Hidalgo-Rasmussen, C., Rajmil, L., y Montano, R. (2014). Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana de 8 a 18 años. *Ciência y Saúde Coletiva*, 19(7), 2215-2124. doi: 10.1590/1413-81232014197.09682013
- Hidalgo-Rasmussen, C., Ramírez-López, G., y Hidalgo-San Martín, A. (2013). Actividad física, conductas sedentarias y calidad de vida en adolescentes universitarios de Ciudad Guzmán, Jalisco, México. *Ciência y Saúde Coletiva*, 18(7), 1943-1952. doi: 10.1590/S1413-81232013000700009
- Hill, P., Duggan, P., y Lapsley, D. (2012). Subjective Invulnerability, Risk Behavior, and Adjustment in Early Adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 32(4), 489-501. doi: 10.1177/0272431611400304
- Hill, K., Hawkins, D., Catalano, R., Abbott, R., y Guo, J. (2005). Family influences on the risk of daily smoking initiation. *Journal of Adolescent Health*, 37(3), 202-210. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.08.014

- Hingson, R., Heeren, T., y Winter, M. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Archives of Pediatrics y Adolescent Medicine*, 160(7), 739-746. doi: 10.1001 / archpedi.160.7.739.
- Holguín, Y., Mendoza, L., Esquivel, C., Daraviña, A., y Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(3), 209-219. doi: 10.4067/S0717-75262013000300007
- Hong, S., Yang, J., Janq, W., Byun, H., Lee, H., Oh, M., y Kim, J. (2007). The KIDSCREEN-52 Quality of Life Measure for Children and Adolescents (KIDSCREEN-52-HRQOL): Reliability and Validity of the Korean Version. *Journal of Korean Medical Science*, 22(3), 446-452. doi: 10.3346/jkms.2007.22.3.446
- Horwitz, N., Florenzano, R., y Ringeling, I. (1985). Familia y Salud Familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 98(2), 144-155.
- Hosmer, D., y Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression* (2nd ed.). New York: Sons John Wiley y Sons, INC.
- Hurrelmann, K., y Richter, M. (2006). Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 14(1), 20-28. doi: 10.1007/s10389-005-0005-5
- INE. (2014). Estadísticas Vitales Anuario 2014. Recuperado de <http://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2016/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2014.pdf?sfvrsn=18>
- INJUV. (2013). Séptima Encuesta Nacional de Juventud. Recuperado de [http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files\\_mf/septimaencuestanacionaljuventud2.pdf](http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/septimaencuestanacionaljuventud2.pdf)
- INJUV. (2015). Octava Encuesta Nacional de Juventud de Chile. Recuperado de <http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/uploads/2017/03/libro-octava-encuesta-nacional-de-juventud.pdf>
- Ippolito-Shepherd, J. (2010). *Promoción de la Salud: Experiencias Internacionales en escuelas y universidades*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Jadue, G. (2002). Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. *Estudios Pedagógicos*, 28, 193-204. doi: 10.4067/S0718-07052002000100012.
- Järvinen, M., y Demant, J., (2011). The normalisation of cannabis use among young people: Symbolic boundary work in focus groups. *Health, Risk y Society*, 13(2), 165-182. doi: 10.1080/13698575.2011.556184.

- Jenkins, D., Kendall, C., y Ransom, T. (1998). Dietary fiber, the evolution of the human diet and coronary heart disease. *Nutrition Research*, 18(4), 633-652. doi: 10.1016/S0271-5317(98)00050-5
- Jessor, R. (1987). Problem-Behavior Theory, Psychosocial Development, and Adolescent Problem Drinking. *Addiction*, 82(4), 331-342. doi: 10.1111/j.1360-0443.1987.tb01490.x
- Jessor, R. (1991). Risk Behavior in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 597-605. doi: 10.1016/1054-139X(91)90007-K
- Jessor, R., Costa, F., Krueger, P., y Turbin, M. (2006). A developmental study of heavy episodic drinking among college students: the role of psychosocial and behavioral protective and risk factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(1), 86-94. doi: 10.15288/jsa.2006.67.86
- JUNAEB. (2016). Estudio: Evaluación de la satisfacción de los usuarios del programa de alimentación escolar-JUNAEB. Recuperado de <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2016/04/Presentacion-Satisfaccion-Usuarial-PAE-2015-5to-basico-a-4to-medio.pdf>
- Kaempffer, A., y Medina, E. (2006). Mortalidad infantil reciente en Chile: Éxitos y desafíos. *Revista Chilena de Pediatría*, 7(5), 492-500. doi: 10.4067/S0370-41062006000500007
- Kandel, D., y Davies, M. (1991). Friendship networks, intimacy, and illicit drug use in young adulthood: A comparison of two competing theories. *Criminology*, 29(3), 441-469. doi: 10.1111/j.1745-9125.1991.tb01074.x
- Keating, C., Moodie, M., y Swinburn, B. (2011). The health-related quality of life of overweight and obese adolescents – a study measuring body mass index and adolescent-reported perceptions. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6(5), 434-441. doi: 10.3109/17477166.2011.590197
- Kelley, A., Schochet, T., y Landry, C. (2004). Risk taking and novelty seeking in adolescence: introduction to Part I. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 27-32. doi: 10.1196/annals.1308.003
- Kerr, W., Patterson, D., y Greenfield, T. (2009). Differences in the measured alcohol content of drinks between black, white and Hispanic men and women in a US national sample: Ethnicity and drink alcohol. *Addiction*, 104(9), 1503-1511. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02579.x.
- Kerr, W., y Stockwell, T. (2012). Understanding standard drinks and drinking guidelines. *Drug and Alcohol Review*, 31(2), 200-205. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00374.x.

- Keski-Rahkonen, A., Kaprio, J., y Rissanen, A. (2003). Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(7), 842-853. doi: 10.1038/sj.ejcn.1601618
- Kiani, A., y Olaf, M. (2011). Metabolic Programming: Origin of Non-Communicable Diseases in Early Life Nutrition. *International Journal of Endocrinology Metabolism*, 9(3), 409-415. doi: 10.5812/Kowsar.1726913X.3366
- Kiernan, M. (2002). Adolescent Tobacco Use: Prevention and Cessation. *Ochsner Journal*, 4(2), 78-82.
- Kowitt, S., Patel, T., Ranney, L., Huang, L., Sutfin, E., y Goldstein, A. (2015). Poly-Tobacco Use among High School Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(11), 14477-14489. doi: 10.3390/ijerph121114477
- Krauskopf, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31.
- Kriston, P., Pikó, B., y Kocács, E. (2012). Self-perceived health, as an indicator of psychological well-being: behavioural epidemiological analysis among the adolescent population. *Orvosi hetilap*, 153(47), 1875-1882. doi: 10.1556/OH.2012.29491.
- Korinfeld, D., Levy, D., y Rascovan, S. (2013). *Entre adolescentes y adultos en la escuela*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Kumar, G., Pepe, D., y Steer, R. (2004). Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(12), 830-836. doi: 10.1097/01.nmd.0000146737.18053.d2
- Kuntsche, E., Simons-Morton, B., Fotiou, A., Bogt, T., y Kokkevi, A. (2009). Decrease in adolescent cannabis use from 2002 to 2006 and links to evenings out with friends in 31 European and North America countries and regions. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 163(2), 119-125. doi: 10.1001/archpediatrics.2008.542
- Lacy, K., Allender, S., Kremer, P., de Silva-Sanigorski, A., Millar, L., Moodie, M., y Swinburn, B. (2012). Screen time and physical activity behaviours are associated with health-related quality of life in Australian adolescents. *Quality of Life Research*, 21(6), 1085-1099. doi: 10.1007/s11136-011-0014-5.
- Lamblin, M., Murawski, S., Whittle, S., y Fornito, A. (2017). Social connectedness, mental health and the adolescent brain. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 80, 57-68. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.05.010
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V., y Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71(3), 183-191.

- Latorre, P., Cámara, J., y García, F. (2014). Búsqueda de sensaciones y hábitos de tabaquismo, consumo de alcohol y práctica deportiva en estudiantes de educación secundaria. *Salud Mental*, 37(2), 145-152.
- Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vázquez-Rodríguez, A., Aguirre-García, MA., Castillo-Trejo, M., y Vega-Mendoza, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 38-43.
- Lazarou, C., y Matalas, A. (2015). Breakfast intake is associated with nutritional status, Mediterranean diet adherence, serum iron and fasting glucose: The CYFamilies study. *Public Health Nutrition*, 18(7), 1308-1316. doi: 10.1017/S1368980014001967
- Le Breton, D. (2014). *Una breve historia de la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lee, R. M., y Robbins, S. B. (1998). The relationship between social connectedness and anxiety, self-esteem, and social identity. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 338–345. doi: 10.1037/0022-0167.45.3.338
- Legislación chilena. (2011). Ley 20.536. Recuperado de [http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia\\_escolar/doc/201109221119290.ley\\_violencia\\_escolar.pdf](http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201109221119290.ley_violencia_escolar.pdf)
- Leventhal, A., Urman, R., Barrington-Trimis, J., Goldenson, N., Gallegos, K., Chou, C., y McConnell, R. (2017). Perceived stress and poly-tobacco product use across adolescence: Patterns of association and gender differences. *Journal of Psychiatric Research*, 94, 172-179. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.07.010
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- Lim, S., Vos, T., Flaxman, A., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., y Baxter, A. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 15(380), 2224-2260. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8
- Lloret, D., Gázquez-Pertusa, M., Botella, A., y Ferri, M. (2013). Parent and peer influence models in the onset of adolescent smoking. *Health and Addictions*, 13(1), 59-66. doi: 10.21134/haaj.v13i1.194
- Loos, R., y Bouchard, C. (2003). Obesity – is it a genetic disorder?. *Journal of Internal Medicine*, 254(5), 401-425. doi: 10.1046/j.1365-2796.2003.01242.x
- López-Caneda, E., Mota, N., Crego, A., Velasquez, T., Corral, M., Rodríguez, S., y Cadaveira, F. (2014). Neurocognitive anomalies associated with the binge drinking pattern of alcohol consumption in adolescents and young people: A review. *Adicciones*, 26(4), 334-359. doi: 10.20882/adicciones.39

- López de Mesa-Melo, C., Carvajal-Castillo, C., Soto-Godoy, M., y Urrea-Roa, P. (2013). Factores asociados a la convivencia escolar en adolescentes. *Educación y Educadores*, 16(3), 383-410.
- López-Espinoza, A., y Magaña, C. (2014). *Hábitos alimentarios: Psicobiología y socioantropología de la alimentación*. México: Mc Graw Hill Education.
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., y Abraham, J. (2014). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2095-2128. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0.
- Lugones, M., Ramírez, M., Pichs, L., y Miyar, E. (2006). Las consecuencias del tabaquismo. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 44(3), 1-10.
- Maier, H. (1989). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Makara-Studzińska, M., y Zaborska, A. (2009). Obesity an body imagen. *Psychiatria polska*, 43(1), 109-114.
- Małkowska, A., Mazur, J., y Woynarowska, B. (2004). Level of perceived social support and quality of life in children and adolescents aged 8-18 years. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 8(3), 551-566.
- March, J., Prieto, M., Danet, A., Escudero, M., López, M., y Luque, N. (2010). El consumo de alcohol en los adolescentes: una aproximación cualitativa desde los docentes. *Trastornos Adictivos*, 12(2), 65-71. doi: 10.1016/S1575-0973(10)70013-1
- Marchetti, R., Rodríguez, G., y Rodríguez, A. (1996). Los adolescentes y el SIDA: La importancia de la educación para la prevención. *SIDA-ITS*, 2, 61-69.
- Martin, G., Richardson, A., Bergen, H., Roeger, H., Roeger, L., y Allison, S. (2005). Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessments of adolescent suicide risk: implications for teachers. *Journal of Adolescence*, 28(1), 75-87. doi: 10.1016/j.adolescence.2004.04.005.
- Martínez, J. (2000). Body Weight regulation: causes of obesity. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 59(3), 337-345. doi: 10.1017/S0029665100000380
- Martínez, A. (2012). *Nutrición y alimentación en el ámbito escolar*. Madrid, España: Ergon.
- Martínez-Gómez, D., Martínez-De-Haro, V., Del Campo, J., Zapatera, B., Welk, G., Villagra, A., y Veiga, O. (2009). Validez de cuatro cuestionarios para valorar la actividad física en adolescentes españoles. *Gaceta Sanitaria*, 23(6), 512-517. doi: 10.1017/S0029665100000380

- Martínez-Hernández, Á., Marí-Klose, M., Julià, A., Escapa, S., Marí-Klose, P., y DiGiacomo, S. (2012). Consumo diario de tabaco en la adolescencia, estados de ánimo negativos y rol de la comunicación familiar. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 421-428. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.030
- Masferrer, L., Font-Mayolas, S., y Gras, M. (2012). Satisfacción con la vida y consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 102, 47-53.
- Mason, M., Zaharakis, N., Rusby, J., Westling, E., Light, J., Mennis, J., y Flay, B. (2017). A longitudinal study predicting adolescent tobacco, alcohol, and cannabis use by behavioral characteristics of close friends. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(6), 712-720. doi: 10.1037/adb0000299
- Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 98-109. doi: 10.1016/S0716-8640(11)70397-2
- McCall, S. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*, 2(2), 229-248.
- McLean, S., Paxton, S., Wertheim, E., y Masters, J. (2015). Photoshopping the selfie: Self photo editing and photo investment are associated with body dissatisfaction in adolescent girls. *The International journal of eating disorders*, 48(8), 1132-1140. doi: 10.1002/eat.22449
- Meeberg, G. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 32-38. doi: 10.1046/j.1365-2648.1993.18010032.x
- Mei, Z., Grummer-Strawn, L., Pietrobelli, A., Goulding, A., Goran, M., y Dietz, W. (2002). Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 75(6), 978-985.
- Meier E., y Gray, J. (2014). Facebook photo activity associated with body image disturbance in adolescent girls. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 17(4), 199-206. doi: 10.1089/cyber.2013.0305
- Mendoza, L., Arias, M., Pedroza, M., Micolta, C., Ramírez, A., Cáceres, C., López, D., Núñez, A., y Acuña, A. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(4), 271-279. doi: 10.4067/S0717-75262012000400006
- Mendoza, L., Claros, D., y Peñaranda, C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253. doi: 10.4067/S0717-75262016000300012
- Merikangas, K., He, J., Burstein, S., Swanson, S., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, K., Georgiades, J., y Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-

- Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017
- Mesic, S., Ramadani, S., Zunic, L., Skopljak, A., Pasagic, A., y Masic, I. (2013). Frequency of Substance Abuse Among Adolescents. *Materia Socio-medica*, 25(4), 265-269. doi: 10.5455/msm.2013.25.265-269
- Meyer-Lindenberg, A., y Tost, H. (2012). Neural mechanisms of social risk for psychiatric disorders. *Nature neuroscience*, 15(5), 663-668. doi: 10.1038/nn.3083
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D., Abel, T., y KIDSCREEN Group. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of Life Research*, 18(9), 1147-1157. doi: 10.1007/s11136-009-9538-3
- Miguel-Aguilar, C., Rodríguez-Bolaños, R., Caballero, M., Arillo-Santillán, E., y Reynales-Shigematsu, L. (2017). Fumar entre adolescentes: análisis cuantitativo y cualitativo de factores psicosociales asociados a la decisión de fumar entre estudiantes mexicanos. *Salud Pública de México*, 59(1), 63-72. doi: 10.21149/7835
- Miller, P., Butler, E., Richardson, B., Staiger, P., Youssef, G., Macdonald, J., y Olsson, C. (2016). Relationships between problematic alcohol consumption and delinquent behaviour from adolescence to young adulthood. *Drug and Alcohol Review*, 35(3), 317-325. doi: 10.1111/dar.12345
- Miller, K., Levin, M., Whitaker, D., y Xu, X. (1998). Patterns of condom use among adolescents: the impact of mother-adolescent communication. *American Journal of Public Health*, 88(10), 1542-1544.
- MINEDUC. (2011). Encuesta nacional: prevención, agresión y acoso escolar 8° Básico SIMCE. Recuperado de [http://portales.mineduc.cl/usuarios/mineduc/doc/201207301558020.Encuesta\\_nacional\\_prevenccion\\_agresion\\_acosoescolar\\_2011.pdf](http://portales.mineduc.cl/usuarios/mineduc/doc/201207301558020.Encuesta_nacional_prevenccion_agresion_acosoescolar_2011.pdf)
- MINEDUC. (2017). Unidad de currículum y evaluación: vigencia de dispositivos curriculares 2017. Recuperado de [http://www.curriculumenlineamineduc.cl/605/articles-30016\\_recurso\\_1.pdf](http://www.curriculumenlineamineduc.cl/605/articles-30016_recurso_1.pdf)
- MINSAL. (2010). Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Recuperado de <http://epi.minsal.cl/bases-de-datos-ens/>
- MINSAL. (2011). Situación actual del embarazo adolescente en Chile. Recuperado de [http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia\\_escolar/doc/201210251259030.situacion\\_actual\\_embarazo\\_adolescente\\_en\\_chile.pdf](http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210251259030.situacion_actual_embarazo_adolescente_en_chile.pdf)
- MINSAL. (2013). Discriminación en el contexto escolar: Orientaciones para promover una escuela inclusiva. Recuperado de

- [http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia\\_escolar/doc/201309131534370.Discriminacionenelespacioescolar.pdf](http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201309131534370.Discriminacionenelespacioescolar.pdf)
- MINSAL. (2013). Estudio para la revisión y actualización de las Guías Alimentarias para la población chilena. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/dde0bc471a56a001e040010165012224.pdf>
- MINSAL. (2013). Estudio para la revisión y actualización de las Guías Alimentarias para la población chilena. Recuperado de [http://www.dinta.cl/wp-dintacl/wp-content/uploads/Estudio\\_revision\\_actualizaci%C3%B3n\\_Guías\\_Alimentarias\\_Chile2013.pdf](http://www.dinta.cl/wp-dintacl/wp-content/uploads/Estudio_revision_actualizaci%C3%B3n_Guías_Alimentarias_Chile2013.pdf)
- MINSAL. (2015). Informe Nacional: evolución de la infección por VIH/SIDA Chile 1984-2012. *Revista Chilena de Infectología*, 32, 17-43.
- MINSAL. (2016). Norma para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años de edad. Recuperado de [http://docs.wixstatic.com/ugd/d77b98\\_418a5cc3a36145c28b79cb01fc128144.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/d77b98_418a5cc3a36145c28b79cb01fc128144.pdf)
- MINSAL. (2017). Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2015 - 2016. Recuperado de [http://www.sochmet.cl/wp-content/uploads/2017/06/Resultados\\_Abril2017\\_ENCAVI\\_2015-16\\_Depto\\_Epidemiolog%C3%ADa\\_MINSAL.pdf](http://www.sochmet.cl/wp-content/uploads/2017/06/Resultados_Abril2017_ENCAVI_2015-16_Depto_Epidemiolog%C3%ADa_MINSAL.pdf)
- MINSAL, OMS, OPS, y CDC. (2005). Encuesta Mundial de Salud Escolar: Chile 2004. Recuperado de <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/EMSE/INFORME%20EMSE%202004.pdf>
- MINSAL, OMS, OPS, CDC. (2016). Informe de la Encuesta Mundial de Salud Escolar de Chile 2013. Recuperado de <http://observatorioninez.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2016/09/EMSE.2013.pdf>
- Molcho, M., Gabhainn, S., y Kelleher, C. (2007). Interpersonal relationships as predictors of positive health among Irish youth: the more the merrier. *Irish Medical Journal*, 100(8), 33-36. doi: 10.4067/S0717-75182004000300002.
- Molina, R., George, M., González, E., Martínez, V., Molina, T., Montero, A., y Sepúlveda, R. (2012). *Proyecto Domeyko Universidad de Chile: Estudio Nacional de Calidad de Vida relacionado con la salud en adolescentes chilenos*. Santiago, Chile: Radio Universidad de Chile.
- Montero, M. (2012). *Hacer para transformar: el método en la psicología comunitaria*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Moons, P., Budts, W., y De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891-901. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015

- Moral, M., y Ovejero, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 71-87.
- Morales, P., Sánchez-López, M., Moya-Martínez, P., García-Prieto, J., Martínez-Andrés, M., García, N., y Martínez-Vizcaíno, V. (2013). Health-related quality of life, obesity, and fitness in schoolchildren: the Cuenca study. *Quality of Life Research*, 22(7), 1515-1523. doi: 10.1007/s11136-012-0282-8
- Moreno, L., Concha, F., y Kain, J. (2012). Intensidad de movimiento de escolares durante clases de educación física de colegios municipales: resultados según el profesional que efectúa las clases. *Revista Chilena de Nutrición*, 39(4), 123-128. doi: 10.4067/S0717-75182012000400003
- Moreno, C., Sánchez-Queija, I., Muñoz-Tinoco, V., de Matos, M., Dallago, L., Bogt, T., y Rivera, F. (2009). Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints. *International Journal of Public Health*, 54(2), 235-242. doi: 10.1007/s00038-009-5415-7
- Morgano, G., Alonso, G. (2008). *Cuerpos y sexualidades en la escuela: de la normalidad a la disidencia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Munist, M., Suárez, E., Krauskopf, D., y Silber, T. (2011). *Adolescencia y residencia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Muñiz, J. (2003). Fiabilidad. En J. Muñiz, *Teoría Clásica de los Test* (pp. 33-149). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Murphy, D., Greenwell, L., Resell, J., Brecht, M., y Schuster, M. (2009). Early and middle adolescents' autonomy development. *Clinical child psychology and psychiatry*, 13(2), 253-276. doi: 10.1177/1359104507088346
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., y Cava, M. (2004). *Familia y Adolescencia*. Madrid, España: Síntesis.
- Muuss, R. (1980). Peter Blos' modern psychoanalytic interpretation of adolescence. *Journal of Adolescence*, 3, 229-252.
- Myers, M., y Kelly, J. (2006). Cigarette Smoking Among Adolescents With Alcohol and Other Drug Use Problems. *Alcohol Research y Health*, 29(3), 221-227.
- Narayan, K., Ali, M., y Koplan, J. (2010). Global noncommunicable diseases-where worlds meet. *The New England Journal of Medicine*, 363(13), 1196-1198. doi: 10.1056/NEJMp1002024
- Naughton, M., Shumaker, S., Anderson, R., y Czajkowski, S. (1996). Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En B.

- Spilker, *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (pp. 117-131). New York: Lippincott-Raven.
- Nezu, S., Iwasaka, H., Saeki, K., Ishizuka, R., Goma, H., Okamoto, N., y Kurumatani, N. (2015). Reliability and validity of the Japanese version of the KIDSCREEN-52 health-related quality of life questionnaire for children/adolescents and parents/proxies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 20(1), 44-52. doi: 10.1007/s12199-014-0427-1
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., y Biryukov, S. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384(9945), 7667-7681. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60460-8
- Nguyen-Michel, S., Unger, J., y Spruijt-Metz, D. (2007). Dietary correlates of emotional eating in adolescence. *Appetite*, 49(2), 494-449. doi: 10.1016/j.appet.2007.03.005
- NIH. (2017). Cocaine. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/que-es-la-cocaina>
- OECD. (2016). Suicide rates (indicator). Recuperado de <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>
- OECD. (2017). Teenage suicides (15-19 years old). Recuperado de [https://www.oecd.org/els/family/CO\\_4\\_4\\_Teenage-Suicide.pdf](https://www.oecd.org/els/family/CO_4_4_Teenage-Suicide.pdf)
- Obradovic, I. (2017). Adolescence and psychoactive substances. *Soins*, 62(816), 36-38. doi: 10.1016/j.soin.2017.04.009
- Ohannessian, C., Lerner, R., Lerner, J., y von Eye, A. (1995). *The Journal of Early Adolescence*, 15(4), 490-516. doi: 10.1177/0272431695015004006
- Oleson, M. (1990). Subjectively Perceived Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(3), 187-190. doi: 10.1111/j.1547-5069.1990.tb00205.x
- Olweus, D. (1997). Bully/victim problems in school: Facts and intervention. *European Journal of Psychology of Education*, 12(4), 495-510. doi: 10.1007/BF03172807
- Omorou, A., Langlois, J., Lecomte, E., y Briancon, S. (2016). Cumulative and bidirectional association of physical activity and sedentary behaviour with health-related quality of life in adolescents. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 25(5), 1169-1178. doi: 10.1007/s11136-015-1172-7
- OMS. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46\\_p2.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf)

- OMS. (1986). La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la Salud para Todos en el año 2000. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36922/1/WHO\\_TRS\\_731\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36922/1/WHO_TRS_731_spa.pdf)
- OMS. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- OMS. (2001). Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Recuperado de <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/9789241502214/en/>
- OMS. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: Sinopsis. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf?ua=1)
- OMS. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario. Recuperado de [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf)
- OMS. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: Actividad Física. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- OMS. (2010). Actividad física. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
- OMS. (2010). Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/es/>
- OMS. (2011). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Recuperado de [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf)
- OMS. (2013). Global school-based student health survey. Recuperado de [http://www.who.int/chp/gshs/GSHS\\_Core\\_Modules\\_2013\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/chp/gshs/GSHS_Core_Modules_2013_Spanish.pdf)
- OMS. (2013). Las enfermedades no transmisibles y los jóvenes: una oportunidad crítica para América Latina y el Caribe. Recuperado de <http://www.prb.org/pdf13/ncds-lac-policybrief-sp.pdf>
- OMS. (2014). Enfermedades no transmisibles: perfil de Chile 2014. Recuperado de [http://www.who.int/nmh/countries/chl\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/chl_es.pdf)
- OMS. (2014). Global status report on alcohol and health. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf)

- OMS. (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO\\_NMH\\_NVI\\_15.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf)
- OMS. (2014). Salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década. Recuperado de [http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_spa.pdf?ua=1yua=1](http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?ua=1yua=1)
- OMS. (2016). Chronic diseases and health promotion. Recuperado de <http://www.who.int/chp/gshs/methodology/en/>
- OMS. (2016). Management of substance abuse. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/psychoactive\\_substances/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/)
- O'Neill, D. (2011). Loneliness. *The Lancet*, 377(9768), 812. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60307-3
- OPS. (2006). *Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables*. Washington, United States: OPS.
- OPS/OMS. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: Información clínica básica para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_atencion\\_primaria.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf)
- OPS/OMS. (2015). Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Recuperado de [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7708/9789275318553\\_es.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7708/9789275318553_es.pdf)
- Ortega, F., Ruiz, J., Castillo, M., Moreno, L., González-Gross, M., Wärnberg, J., Gutiérrez, Á., y Grupo AVENA. (2005). Bajo nivel de forma física en los adolescentes españoles. importancia para la salud cardiovascular futura (Estudio AVENA). *Revista Española de Cardiología*, 58(8), 898-909. doi: 10.1157/13078126.
- Osorio, J., y Tangarife, H. (2009). Cannabis, una opción terapéutica. *Biosalud*, 8(1), 166-177.
- Ottova, V., Erhart, M., Rajmil, L., Dettenborn-Betz, L., y Ravens-Sieberer, U. (2012). Overweight and its impact on the health-related quality of life in children and adolescents: results from the European KIDSCREEN survey. *Quality of Life Research*, 21(1), 59-69. doi: 10.1007/s11136-011-9922-7
- Pacheco, B., y Peralta, P. (2015). La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *Revista de Ciencias Médicas*, 40(1), 47-55. doi: 10.11565/arsmed.v40i1.38
- Palacio-Vieira, J. A., Villalonga-Olives, E., Valderas, J. M., Espallargues, M., Herdman, M., y Berra, S. (2008). Changes in health-related quality of life (HRQoL) in a

- population-based sample of children and adolescents after 3 years of follow-up. *Quality of Life Research*, 17(10), 1207–1215.
- Palkonen, M., y Marttunen, M. (2003). Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatric drugs*, 5(3), 243-265
- Palma, I. (2006). Trayectorias sexuales, vínculos y contextos en la generación que hace su entrada en la sexualidad activa en democracia. *Revista Observatorio de Juventud*, 3(10), 9-19.
- Pape, H., Rossow, I., y Storvoll, E. (2015). Is Drinking with Parents Associated with High-Risk Drinking among Adolescents? *European Addiction Research*, 21(6), 291-299. doi: 10.1159/000381673
- Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95. doi: 10.4067/S0718-48082011000100009
- Patrick, D., y Erickson, P. (1993). Health Status and Health Policy: Quality of Life in Allocating Resources to Health Care. *American Journal of Epidemiology*, 139(12), 1226-1228. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a116969
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., y Vera-Villarroel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Médica de Chile*, 137(2), 226-233. doi: 10.4067/S0034-98872009000200006.
- Pedersen, J., Vitaro, F., Barker, E., y Borge, A. (2007). The timing of middle-childhood peer rejection and friendship: Linking early behavior to early-adolescent adjustment. *Child Development*, 78(4), 1037-1051. doi:10.1111/j.1467-8624.2007.01051.x
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el uso de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147-173.
- Pérez, J. (2003). Clínica de la adicción a pasta base de cocaína. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 41(1), 55-63. doi: 10.4067/S0717-92272003000100007
- Perrin, E., Boone-Heinonen, J., Field, A., Coyne-Beasley, T., y Gordon-Larsen, P. (2010). Perception of Overweight and Self-esteem During Adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 447-454. doi: 10.1002/eat.20710.
- Phillips-Salimi, C., Robb, S., Monahan, P., Dossey A., y Haaase, J. (2017). Perceptions of communication, family adaptability, and cohesion: a comparasion of adolescents newly diagnosed with cancer and theri parents. *International journal of adolescent medicine and health*, 26(1), 19-26. doi: 10.1515/ijamh-2012-0105

- Pijl, H. (2011). Obesity: Evolution of a symptom of affluence. How food has shaped our existence. *The Netherlands Journal of Medicine*, 69(4), 159-166.
- Pinheiro, P. (2006). Informe Mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. Recuperado de <http://www.unicef.org/violencestudy/spanish/reports/Chapitre%2001%20%20intro.pdf>
- Pinto, D., Villagra, H., Moya, J., Del Campo, J., y Pires, R. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(1), 46-52.
- Planes, M., Gómez, A., Gras, M., Font-Mayolas, S., Cunill, M., y Aymerich, M. (2007). Influencia social y uso del preservativo en la prevención de la transmisión heterosexual del VIH. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 83, 39-47.
- Planes, M., Prat, F., Gómez, A., Gras, M., y Font-Mayolas, S. (2012). Ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual. *Anales de Psicología*, 28(1), 161-170.
- Portell, M., Riba, M., y Bayés, R. (1997). La definición de riesgo: implicaciones para su reducción. *Revista de Psicología de la Salud*, 9(1), 3-27.
- Poulin, F., y Chan, A. (2010). Friendship stability and change in childhood and adolescence. *Developmental Review*, 30(3), 257-272. doi: 10.1016/j.dr.2009.01.001
- Prentice, A., y Díaz, E. (2000). Bases fisiológicas de la obesidad. En C. Albala, J. Kain, R. Burrows, y E. Díaz, *Obesidad: Un desafío pendiente* (pp. 44-7). Santiago, Chile: Universitaria S.A.
- Pritchard, ME., King, SL., y Czajka-Narins, DM. (1997). Adolescent body mass indices and self-perception. *Adolescence*, 32(128), 863-880.
- Prokhorov, A., Hudmon, K., y Stancic, N. (2003). Adolescent smoking: epidemiology and approaches for achieving cessation. *Paediatric Drugs*, 5(1), 1-10. doi: 10.2165/00128072-200305010-00001
- Puhl, R., y King, K. (2013). Weight discrimination and bullying. Best practice y research. *Clinical endocrinology y metabolism*, 27(2), 117-127. doi: 10.1016/j.beem.2012.12.002
- Quiceno, J., y Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida en adolescentes: Análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas. *Terapia Psicológica*, 32(3), 185-200. doi: 10.4067/S0718-48082014000300002
- RAE. (2016). Diccionario de la Real Academia Española. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=0nrQ4BH>

- Railsback, J. (2004). Increasing Student Attendance: Strategies from research and practice. Recuperado de <http://www.nwrel.org/request/2004june/textonly.html>
- Rajmil, L., Alonso, J., Berra, S., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Simeoni, M., y KIDSCREEN Group. (2006). Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health, 38*(5), 511-518. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.05.022
- Rajmil, L., Estrada, M., Herdman, M., Serra-Sutton, S., y Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria, 15*(4), 34-43.
- Rajmil, L., Robles, N., Murillo, M., Rodríguez-Arjona, D., Azuara, M., Ballester, A., y Codina, F. (2015). Preferencias en el formato de cuestionarios y en el uso de Internet en escolares. *Anales de Pediatría, 83*(1), 26-32. doi: 10.1016/j.anpedi.2014.07.017
- Rajmil, L., Roizen, M., y Urzúa, A. (2010). Calidad de Vida y Salud en la Infancia y la Adolescencia. *Tipica, 6*(2), 244-249.
- Rajmil, L., Serra-Sutton, V., Alonso, J., Starfield, B., Riley, A., y Vázquez, J. (2003). The Spanish version of the Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE). *Quality of Life Research, 12*, 303-313. doi: 10.1023/A:1023220912211
- Rakow, T. (2010). Risk, uncertainty and prophet: The psychological insights of Frank H. Knight. *Judgment and Decision Making, 5*(6), 458-466.
- Ravens-Sieberer, U., y Bullinger, M. (2000). KINDL-R Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents. Recuperado de [https://www.google.cl/url?sa=tyrct=jyq=yesrc=sysource=webycd=5ycad=rjauact=8yved=0ahUKEwj\\_nvas8-PWAhVDhZAKHUvRDosQFghJMAQyurl=https%3A%2F%2Fsdf30b698a61edc55.jimcontent.com%2Fdownload%2Fversion%2F1394710098%2Fmodule%2F6676124784%2Fname%2FKINDL\\_manual\\_English.pdfyusg=AOvVaw1ECWvM-7ki9QJTKLROUSx1](https://www.google.cl/url?sa=tyrct=jyq=yesrc=sysource=webycd=5ycad=rjauact=8yved=0ahUKEwj_nvas8-PWAhVDhZAKHUvRDosQFghJMAQyurl=https%3A%2F%2Fsdf30b698a61edc55.jimcontent.com%2Fdownload%2Fversion%2F1394710098%2Fmodule%2F6676124784%2Fname%2FKINDL_manual_English.pdfyusg=AOvVaw1ECWvM-7ki9QJTKLROUSx1)
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B., Bruil, J., y European KIDSCREEN Group. (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Soz Präventivmed, 46*(5), 294-302.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., y KIDSCREEN Group European. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics y Outcomes Research, 5*(3), 353-364. doi: 10.1586/14737167.5.3.353.

- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., y Kilroe, J. (2008). The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value in Health, 11*(4), 645-658. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00291.x.
- Ravens-Sieberer, U., Herdman, M., Devine, J., Otto, C., Bullinger, M., Rose, M., y Klasen, F. (2014). The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Quality of Life Research, 23*(3), 791-803. doi: 10.1007/s11136-013-0428-3
- Ravishankar, T., y Nagarajappa, R. (2009). Factors attributing to initiation of tobacco use in adolescent students of Moradabad, (UP) India. *Indian Journal of Dental Research, 20*(3), 346-349. doi: 10.4103/0970-9290.57382.
- Reilly, W. (1993). Respiratory health efectos of passive smoking: lung cancer and other disorders. *Tobacco Control, 2*, 71-79. doi: 10.1136/tc.2.1.71
- Restrepo, S., y Maya, M. (2005). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia, 19*(36), 127-148.
- Rial, A., Gómez, P., Braña, T., y Varela, J. (2014). Actitudes, percepciones y uso de Internet y las redes sociales entre los adolescentes de la comunidad gallega (España). *Anales de Psicología, 30*(2), 642-655. doi: 10.6018/analesps.30.2.159111
- Rice, R., Frone, M., y McFarlin, D. (1992). Work-nonwork conflict and the perceived quality of life. *Journal of Organizational Behavior, 13*(2), 155-168. doi: 10.1002/job.4030130205
- Robles, F., Sánchez, A., y Galicia, I. (2011). Relación del bienestar psicológico, depresión y rendimiento académico en estudiantes de secundaria. *Psicología Iberoamericana, 19*(2), 27-37.
- Rodríguez, C., y Arango, C. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes integrantes de hogares desconectados de los servicios públicos domiciliarios, Comuna 3, Medellín (Colombia). *Revista Gerencia y Políticas de Salud, 12*(25), 113-132. doi: 10.11144/7131
- Román, V., y Quintana, M. (2010). Nivel de influencia de los medios de comunicación sobre la alimentación saludable en adolescentes de colegios públicos de un distrito de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina, 71*(3), 185-189. doi: 10.15381/anales.v71i3.93
- Romero, V. (2016). La convivencia escolar y su relación con el autoestima de los adolescentes (Tesis doctoral, Universidad Europea de Madrid). Recuperado de <http://abacus.universidadeuropea.es/handle/11268/5872?show=full>

- Royuela, P., Rodríguez, L., Marugán de Miguelsanz, M., y Carbajosa, V. (2015). Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 17(66), 127-136. doi: 10.4321/S1139-76322015000300004
- Rueger, SY., Malecki, CK., y Demaray, MK. (2010). Relationship between multiple sources of perceived social support and psychological and academic adjustment in early adolescence: comparisons across gender. *Journal of youth and adolescence*, 39(1), 47-61. doi: 10.1007/s10964-008-9368-6
- Rueter, M., y Koemer, A. (2008). The effect of family communication patterns on adopted adolescent adjustment. *Journal of marriage and family*, 70(3), 715-727. doi: 10.1111/j.1741-3737.2008.00516.x.
- Saforcada, E., y Castellá, J. (2008). *Enfoques conceptuales, y técnicos en psicología comunitaria*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Salamó, A., Gras, M., y Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22(2), 189-195.
- Sales, J., Monahan, J., Brooks, C., Diclemente, R., Rose, E., y Samp, J. (2014). Differences in Sexual Risk Behaviors Between Lower and Higher Frequency Alcohol-Using African-American Adolescent Females. *Current HIV Research*, 12(4), 276-281. doi: 10.2174/1570162X12666140721122606
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J. y Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55(1), 110-121. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.110
- Salvo, L., y Castro, A. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Revista Médica de Chile*, 141(4), 428-434. doi: 10.4067/S0034-98872013000400002
- Sanner, T., y Grimsrud, T. (2015). Nicotine: Carcinogenicity and Effects on Response to Cancer Treatment - A Review. *Frontiers in Oncology*, 5, 196. doi: 10.3389/fonc.2015.00196
- Saracostti, M. (2013). *Familia-Escuela, Comunidad I: Una alianza necesaria para un Modelo de intervención biopsicosocial positivo*. Santiago, Chile. Editorial Universitaria.
- Sawyer, S., Afifi, R., Bearinger, L., Blakemore, S., Dick, B., Ezech, A., y Patton, G. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630-1640. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60072-5
- Schwarz, N., y Clore, G. (1983). Mood, misattribution, and judgments of well-being: Informative and directive functions of affective states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(3), 513-523. doi: 10.1037/0022-3514.45.3.513

- Sedgh, G., Singh, S., y Hussain, R. (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Studies in Family Planning*, 45(3), 301-314. doi: 10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x.
- SENDA. (2016). Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2015: 8° Básico a 4° Medio. Recuperado de <http://www.senda.gob.cl/media/estudios/PE/D%C3%A9cimo%20Primer%20Estudio%20de%20Drogas%20en%20Poblaci%C3%B3n%20Escolar%202015.pdf>
- SENDA. (2016). Observatorio. Recuperado de <http://www.senda.gob.cl/observatorio/estudios/>
- Sepúlveda, R., Molina, T., Molina, R., Martínez, V., González, E., George, M., y Hidalgo-Rasmussen, C. (2013). Adaptación transcultural y validación de un instrumento de calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*, 141(10), 1283-1292. doi: 10.4067/S0034-98872013001000007
- SERNAM. (2010). Investigación exploratoria respecto a la violencia ocurrida durante las relaciones adolescentes. Recuperado de [https://estudios.sernam.cl/documentos/?eMjMxNDA5Mg==Investigaci%C3%B3n\\_exploratoria\\_respecto\\_a\\_la\\_violencia\\_ocurrida\\_durante\\_las\\_relaciones\\_adolescentes](https://estudios.sernam.cl/documentos/?eMjMxNDA5Mg==Investigaci%C3%B3n_exploratoria_respecto_a_la_violencia_ocurrida_durante_las_relaciones_adolescentes)
- Serra-Majem, L., Ribas, L., Pérez-Rodrigo, C., García-Closas, R., Peña-Quintana, L., y Aranceta, J. (2002). Determinants of Nutrient Intake among Children and Adolescents: Results from the enKid Study. *Annals Nutrition and Metabolism*, 46, 31-38. doi: 10.1159/000066398
- Sharma, P., Wadhwan, V., Aggarwal, P., y Sharma, N. (2017). Adolescent tobacco menace: Attitudes, norms, and parental influence. *Indian Journal of Dental Research*, 28(4), 465-469. doi: 10.4103/ijdr.IJDR\_31\_16.
- Shedler, J., y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health. A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45(5), 612-630. doi: 10.1037/0003-066X.45.5.612
- Shochet, I., Dadds, M., Ham, D., y Montague, R. (2006). School Connectedness Is an Underemphasized Parameter in Adolescent Mental Health: Results of a Community Prediction Study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 170-179. doi:10.1207/s15374424jccp3502\_1
- Shonkoff, J., y Phillips, D. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington: National Academy of Sciences.
- Short, J. (1984). The social fabric at risk: Toward the social transformation of risk analysis. *American Sociological Review*, 49(6), 711-725. doi: 10.2307/2095526

- Shrestha, R., y Copenhaver, M. (2015). Long-Term Effects of Childhood Risk Factors on Cardiovascular Health During Adulthood. *Clinical Medicine Reviews in Vascular Health*, 12(7), 1-5. doi: 10.4137/CMRVH.S29964
- Shucksmith, J., y Hendry, L. (1988). *Health Issues and Adolescents*. London: Routledge.
- Sillins, E., Horwood, L., Patton, G., Fergusson, D., Olsson, C., Hutchinson, D., y Mattick, R. (2014). Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *Lancet Psychiatry*, 1(4), 286-293. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70307-4
- Simons-Morton, B., y Chen, R. (2006). Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addictive Behaviours*, 31(7), 1211-1223. doi: 10.1016/j.addbeh.2005.09.006
- Sisask, M., Varnik, A., Kõlves, K., Konstabel K., y Wasserman, D. (2008). Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nordic journal of psychiatry*, 62(6), 431-435. doi: 10.1080/08039480801959273.
- Slovic, P., y Weber, E. (2002). Perception of Risk Posed by Extreme Events. Recuperado de <http://www.rff.org/files/sharepoint/Documents/Events/Workshops%20and%20Conferences/Climate%20Change%20and%20Extreme%20Events/slovic%20extreme%20events%20final%20geneva.pdf>
- Snyder, AR., Martínez, JC., Bay, RC., Parsons, JT., Sauers, EL., y Valovich, TC. (2010). Health-related quality of life differs between adolescent athletes and adolescent nonathletes. *Journal of sport rehabilitation*, 19(3), 237-248.
- Solans, M., Pane, S., y Estrada, M. (2008). Health-related quality of life measurement in children and adolescents: A systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value in Health*, 11(4), 742-764. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00293.x.
- Souza, LD., Maragalhoni, T., Quincoses, MT., Jansen, K., Cruzeiro, AL., Ores, L., Silva, RA., y Pinheiro, RT. (2012). Psychological well-being of young people 18 to 24 years of age and associated factors. *Cadernos de saúde pública*, 28(6), 1167-1174.
- Spear, L. (2015). Adolescent alcohol exposure: Are there separable vulnerable periods within adolescence? *Physiology y Behavior*, 148, 122-130. doi: 10.1016/j.physbeh.2015.01.027
- Squeglia, L., Tapert, S., Sullivan, E., Jacobus, J., Meloy, M., Rohlfing, T., y Pfefferbaum, A. (2015). Brain Development in Heavy Drinking Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 172(6), 531-542. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.14101249
- Starfield, B., Riley, A., Green, B., Ensminger, M., Ryan, S., Kelleher, K., y Vogel, K. (1995). The adolescent child health and illness profile. A population-based measure of health. *Medical Care*, 33(5), 553-566.

- Steinberg, L., y Morris, A. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-100. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.83
- Steinberger, J., Daniels, S., Eckel, R., Hayman, L., Lustig, R., McCrindle, B., y Mietus-Snyder, M. (2009). Progress and challenges in metabolic syndrome in children and adolescents: a scientific statement from the American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young. *Circulation*, 119(4), 628-647. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.191394.
- Strandheim, A., Bjerkeset, O., Gunnell, D., Bjørnelv, S., Holmen, T. L., y Bentzen, N. (2014). Risk factors for suicidal thoughts in adolescence—a prospective cohort study: the Young-HUNT study. *BMJ Open*, 4(8), e005867. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005867
- Suárez, R., Galván, C., Oliva, C., Doménech, E., y Barroso, F. (2002). Tabaquismo en adolescentes, valores de cotinina en saliva y enfermedad respiratoria. *Anales de Pediatría*, 54(2), 114-119. doi: 10.1016/S1695-4033(01)78662-6
- Sutton, M., Lasswell, S., Lanier, Y., y Miler, K. (2014). Impact of parent-child communication interventions on sex behaviors and cognitive outcomes for black/African-American and Hispanic/Latino youth: a systematic review, 1988-2012. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 54(4), 369-384. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.11.004
- Thatche, W., Reininger, B., y Drane, J. (2002). Using Path Analysis to Examine Adolescent Suicide Attempts, Life Satisfaction, and Health Risk Behavior. *Journal of School Health*, 72(2), 71-77. doi: 10.1111/j.1746-1561.2002.tb06518.x
- Testa, M., y Simonson, D. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840. doi: 10.1056/NEJM199603283341306
- The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires: Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Germany: Pabst Science Publishers.
- The WHOQOL Group. (1995). The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization, 1995. *Social Science y Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K
- The WHOQOL Group. (1996). What quality of life? *Word Health Forum*, 17(4), 354-356.
- Timlin, M., Pereira, M., Story, M., y Neumark-Sztainer, D. (2008). Breakfast Eating and Weight Change in a 5-Year Prospective Analysis of Adolescents: Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*, 121, e638-e645.
- Tremblay, M., Barnes, J., González, P., Katzmarzyk, P., Onywera, V., Reilly, J., y Tomkinson, G. (2016). Global Matrix 2.0: Report Card Grades on the Physical

- Activity of Children and Youth Comparing 38 Countries. *Journal of Physical Activity y Health*, 13(11), S343-S366. doi: 10.1123/jpah.2016-0594
- Turbin, M., Jessor, R., y Costa, F. (2000). Adolescent cigarette smoking: health-related behavior or normative transgression? *Prevention Science*, 1(3), 115-124. doi: 10.1023/A:1010094221568
- Ueno, K. (2005). The effects of friendship networks on adolescent depressive symptoms. *Social science research*, 34(3), 484-501. doi: 10.1016/j.ssresearch.2004.03.002
- Ul-Haq, Z., Mackay, D., Fenwick, E., y Pell, J. (2013). Meta-Analysis of the Association between Body Mass Index and Health-Related Quality of Life among Children and Adolescents, Assessed Using the Pediatric Quality of Life Inventory Index. *Journal of Pediatrics*, 161(2), 280-286. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.07.049
- Unicef. (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia: una época de oportunidades*. Recuperado de [https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report\\_SP\\_02092011.pdf](https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf)
- Unicef. (2011). *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from early adolescence to young adulthood*. Recuperado de [https://www.unicef.org/publications/index\\_58708.html](https://www.unicef.org/publications/index_58708.html)
- Unicef. (2011). *Prevención del consumo problemático de drogas*. Recuperado de [http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu\\_ModulosESI.pdf](http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf)
- Unicef. (2017). *Suicidio*. Recuperado de [https://www.unicef.org/argentina/spanish/COM-5\\_Suicidio\\_Interior\\_WEB.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/COM-5_Suicidio_Interior_WEB.pdf)
- Unicef. (2011). *Violencia escolar en América Latina y el Caribe: Superficie y fondo*. Recuperado de [https://www.unicef.org/lac/violencia\\_escolar\\_OK.pdf](https://www.unicef.org/lac/violencia_escolar_OK.pdf)
- Unicef. (2013). *El Estado Mundial de la Infancia*. Recuperado de <http://www.unicef.org/spanish/sowc2013/statistics.html>
- Unicef. (2015). *Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe: A partir de evidencia cuantitativa reciente*. Recuperado de [https://www.unicef.org/lac/UNICEF\\_Situacion\\_de\\_Adolescentes\\_y\\_Jovenes\\_en\\_LAC\\_junio2105.pdf](https://www.unicef.org/lac/UNICEF_Situacion_de_Adolescentes_y_Jovenes_en_LAC_junio2105.pdf)
- United Nations. (2015). *Population Division, World Population Prospects*. Recuperado de <http://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Fertility/>
- UNODC. (2014). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/wdr2014/WDR\\_2014\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2014/WDR_2014_Spanish.pdf)

- Urzúa, A. (2012). Autoreporte de salud y enfermedad en la adolescencia: Cuestionario CHIP-AE en adolescentes escolarizados chilenos. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(4), 336-344. doi: 10.4067/S0370-41062012000400003
- Urzúa, A., y Cárdenas, M. (2011). Salud en la adolescencia: propiedades psicométricas del perfil de salud y enfermedad (CHIP-AE) en adolescentes chilenos. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 24(2), 254-263. doi: 10.1590/S0102-79722011000200006.
- Urzúa, A., Godoy, J., y Ocaño, K. (2011). Competencias parentales percibidas y calidad de vida. *Revista Chilena de Pediatría*, 82(4), 300-310. doi: 10.4067/S0370-41062011000400004.
- Urzúa, A., y Mercado, G. (2008). La Evaluación de la Calidad de Vida de los y las Adolescentes a través del Kiddo-Kindl. *Terapia Psicológica*, 26(1), 133-141. doi: 10.1590/S0102-79722011000200006.
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., y Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista Médica de Chile*, 143(3), 320-328. doi: 10.4067/S0034-98872015000300006.
- Valenzuela, A. (2014). *Avances en Obesidad*. Santiago, Chile: Mavel.
- Valery, F., Roth, G., Naghavi, M., Parmar, P., Krishnamurthi, R., y Chugh, S. (2016). Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet Neurology*, 15(9), 2095-2128. doi: 10.1016/S1474-4422(16)30073-4
- van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 292-300. doi: 10.1177/070674370304800504
- Varni, J., Burwinkle, T., y Lane, M. (2005). Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: An appraisal and precept for future research and application. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(34), 1-9. doi: 10.1186 / 1477-7525-3-34
- Vélez, R., López, S., y Rajmil, L. (2009). Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 433-439. doi: 10.1590/S0213-91112009000500013
- Vickers, K., Thomas, J., Patten, C., y Mrazek, D. (2002). Prevention of tobacco use in adolescents: review of current findings and implications for healthcare providers. *Current Opinion in Pediatrics*, 14(6), 708-712. doi: 10.1097/00008480-200212000-00012
- Villalobos, P. (2014). Demographic transition and public policy: 1850-2000. *Revista de análisis económico*, 29(1), 77-110. doi: 10.4067/S0718-88702014000100004

- Virtanen, M., Kivimäki, H., Ervasti, J., Oksanen, T., Pentti, J., Kouvonen, A., y Vahtera, J. (2015). Fast-food outlets and grocery stores near school and adolescents' eating habits and overweight in Finland. *European Journal of Public Health*, 25(4), 650-655. doi: 10.1093/eurpub/ckv045
- Vries, H., Dijkstra, M., y Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3(3), 273-282. doi: 10.1093/her/3.3.273
- Voelker, D., Reel, J., y Greenleaf, C. (2015). Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 6, 149-158. doi: 10.2147/2FAHMT.S68344
- Wang, J., Hughes, J., Tomblin, G., Rigby, J., y Langille, D. (2003). Suicidal Behaviours Among Adolescents in Northern Nova Scotia: Gender differences, risk factors and health service utilization. *Canadian Journal of Public Health*, 94(3), 207-211. doi: 10.17269/cjph.94.435
- Webb, H., y Zimmer-Gembeck, M. (2014). The role of friends and peers in adolescent body dissatisfaction: a review and critique of 15 years of research. *Journal of Research on Adolescence*, 24(4), 564-590. doi: 10.1111/jora.12084
- Webb, H., Zimmer-Gembeck, M., y Donova, C. (2014). The appearance culture between friends and adolescent appearance-based rejection sensitivity. *Journal of adolescence*, 37(4), 347-358. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.02.008
- Weiss, R., Dziura, J., Burgert, T., Tamborlane, W., Takasali, S., Yeckel, C., y Caprio, S. (2004). Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *The New England Journal of Medicine*, 350(23), 2362-2374. doi: 10.1056/NEJMoa031049
- Wen, M. (2017). Social Capital and Adolescent Substance Use: The Role of Family, School, and Neighborhood Contexts. *Journal of Research on Adolescence*, 27(2), 362-378. doi: 10.1111/jora.12299
- WHO. (2007). *The WHO 2007 STATA Macro Package*. World Health Organization (WHO). Geneva, Switzerland. Recuperado de [http://www.who.int/growthref/tools/readme\\_stata.pdf?ua=1](http://www.who.int/growthref/tools/readme_stata.pdf?ua=1)
- Wilkins-Shurmer, A., O'Callaghan, M., Najman, J., Bor, W., Williams, G., y Anderson, M. (2003). Association of bullying with adolescent health-related quality of life. *Journal Paediatrics and Child Health*, 39(6), 436-441. doi: 10.1046/j.1440-1754.2003.00184.x
- Wille, N., Bullinger, M., Holl, R., Hoffmeister, U., Mann, R., Goldapp, C., y Ravens-Sieberer, U. (2010). Health-related quality of life in overweight and obese youths: Results of a multicenter study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(36), 1-12. doi: 10.1186/1477-7525-8-36

- Wills, T. A., Mariani, J., y Filer, M. (1996). The role of family and peer relationships in adolescent substance use. In G. R. Pierce, B. R. Sarason, y I. G. Sarason (Eds.), *Plenum series on stress and coping. Handbook of social support and the family* (pp. 521-549). doi: 10.1007/978-1-4899-1388-3\_21
- Wojtyła-Buciora, P., Klimberg, A., Kapka-Skrzypczak, L., Diatczyk, J., Urbaniak, M., Ulatowska-Szostak, E., y Marcinkowski, J. (2017). Monitoring risk behaviour in adolescent pupils regarding consumption of psychoactive substances. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(2), 350-355. doi: 10.26444/aaem/74449
- Wu, XY., Ohinmaa, A., y Veugelers, PJ. (2012). Diet quality, physical activity, body weight and health-related quality of life among grade 5 students in Canada. *Public Health Nutrition*, 15(1), 75–81. doi: 10.1017/S1368980011002412
- Yáñez, R., Barraza, F., y Mahecha, S. (2016). Actividad Física, Rendimiento Académico y Autoconcepto Físico en Adolescentes de Quintero, Chile. *Educación Física y Ciencia*, 18(2), e017. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/efyc/v18n2/v18n02a09.pdf>
- Yáñez-Silva, A., Hespanhol, J., Gómez Campos, R., y Cossio-Bolaños, M. (2014). Valoración de la actividad física en adolescentes escolares por medio de cuestionario. *Revista Chilena de Nutrición*, 41(4), 360-366. doi: 10.4067/S0717-75182014000400003
- Young, L., y Nestle, M. (2002). The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. *American Journal of Public Health*, 92(2), 246-249. doi: 10.2105/AJPH.92.2.246
- Ziaei, R., Soares, J., Baybordi, E., Zeinalzade, A., Rahimi, V., y Mohammadi, R. (2014). Reliability and Validity of the Persian Version of Global School-based Student Health Survey Adapted for Iranian School Students. *Journal of Clinical Research y Governance*, 3(2), 134-140. doi: 10.13183/jcrg.v3i2.138
- Zuckerman, M., Eysenck, S. B., y Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(1), 139-149. doi: 10.1037/0022-006X.46.1.139
- Zulling, K., Valois, R., Huebner, E., Oeltmann, J., y Drane, J. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal Adolescent Health*, 29(4), 279-288. doi: 10.1016/S1054-139X(01)00269-5

## Anexo 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Centro de Estudios Avanzados (CEA) de la Universidad de Playa Ancha (UPLA), está realizando un estudio para conocer aspectos importantes de la calidad de vida de los estudiantes, para elaborar acciones institucionales que ayuden a su mejor desarrollo.

El cuestionario que será aplicado para reunir los antecedentes, está basado en dos Instrumentos: La Encuesta Mundial de Salud Escolar que valora diversas áreas del comportamiento y salud del estudiante y el KIDSCREEN versión para Chile que valora la calidad de vida.

Como tú sabes seguramente, hay comportamientos durante la juventud que pueden conducir a enfermedades y lesiones (accidentes, violencia, lesiones deportivas, embarazo, SIDA, sobrepeso y obesidad, anorexia y bulimia, adicciones y salud mental) y que pueden ser prevenidas por lo cual hay que tener conciencia de lo que pueden producir esos comportamientos.

Este NO es un examen, así que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Tus respuestas no afectarán tus estudios. Este es un cuestionario voluntario, personal y anónimo. Sus respuestas serán guardadas en confidencialidad absoluta por lo cual puedes contestarlo con toda tranquilidad.

Si necesitas cualquier otra información adicional sobre este estudio antes o después de aplicarlo puedes contactarte con Fabiola Vilugrón Aravena, Académica, integrante del Observatorio, correo electrónico [fabiola.vilugrón@upla.cl](mailto:fabiola.vilugrón@upla.cl) o al Fono: 82211508.

¡Gracias por tu apoyo!

---

De acuerdo a las normas de ética de la investigación tú puedes aceptar o rechazar contestar un cuestionario. Después de haber recibido y comprendido la información que se me entrega en este documento y haber podido aclarar todas mis dudas con el investigador, otorgo mi consentimiento para participar en el estudio “Comportamientos de riesgo para la salud que se asocian a la calidad de vida de adolescentes de Valparaíso”

Aceptas contestas:

O Si                      O No

## Calidad de Vida

Hola!

Por favor, lee cada pregunta cuidadosamente. Cuando pienses en tu respuesta, trata de recordar la última semana, es decir los últimos 7 días. Escoge la alternativa que más se acerque a tu respuesta.

Recuerda, no es un examen. Tus respuestas son anónimas, es decir, nadie sabrá tus respuestas.

¿Eres hombre o mujer?

Hombre       Mujer

Clave

¿Cuántos años tienes?

15 años       16 años       17 años       18 años

¿Tienes alguna discapacidad, enfermedad o problema médico crónico?

Si       No

## Cuestionario KIDSCREEN- 52

### 1.- Actividad física y salud:

Ítems	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
1.- En general ¿cómo dirías que es tu salud?	<input type="radio"/>				

En general, ¿cómo dirías que es tu salud?

Ítems	Nada	Poco	Moderada	Mucho	Muchísimo
2.- ¿Te has sentido bien y en buen estado físico?	<input type="radio"/>				
3.- ¿Has estado físicamente activo?	<input type="radio"/>				
4.- ¿Has sido capaz de correr sin dificultad?	<input type="radio"/>				

Piensa en la última semana...

Ítems	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5.-¿Te has sentido lleno/a de energía?	<input type="radio"/>				

### 2.- Tus sentimientos

Piensa en la última semana...

Ítems	Nada	Poco	Moderada	Mucho	Muchísimo
1.-¿Has disfrutado de la vida?	<input type="radio"/>				
2.-¿Te has sentido contento/a de estar vivo/a?	<input type="radio"/>				
3.-¿Te has sentido satisfecho/a con la vida?	<input type="radio"/>				
4.-¿Has estado de buen humor?	<input type="radio"/>				
5.-¿Te has sentido alegre?	<input type="radio"/>				
6.-¿Lo has pasado bien?	<input type="radio"/>				

### 3.- Estado de ánimo y emociones

Piensa en la última semana:

Ítems	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.-¿Has tenido la sensación de hacerlo todo mal?	<input type="radio"/>				
2.-¿Te has sentido triste?	<input type="radio"/>				
3.-¿Te has sentido tan mal que no has querido hacer nada?	<input type="radio"/>				
4.-¿Has sentido que en tu vida sale todo mal?	<input type="radio"/>				
5.-¿Te has sentido hart/a?	<input type="radio"/>				
6.-¿Te has sentido solo/a?	<input type="radio"/>				
7.-¿Te has sentido bajo presión (presionado/a)?	<input type="radio"/>				

### 4.- Sobre ti

Piensa en la última semana,

Ítems	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.-¿Has estado contento/a con tu forma de ser?	<input type="radio"/>				
2.-¿Has estado contento/a con la ropa que usas?	<input type="radio"/>				
3.-¿Has estado preocupado/a por cómo te ves físicamente?	<input type="radio"/>				
4.-¿Has tenido envidia de cómo se ven otro/as niños/as?	<input type="radio"/>				
5.-¿Te gustaría cambiar alguna parte de tu cuerpo?	<input type="radio"/>				

## 5.- Tu tiempo libre:

Piensa en la última semana,

Ítems	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.-¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	<input type="radio"/>				
2.-¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?	<input type="radio"/>				
3.-¿Has tenido suficientes oportunidades para salir al aire libre?	<input type="radio"/>				
4.-¿Has tenido suficiente tiempo para juntarte con amigos/as?	<input type="radio"/>				
5.-¿Has podido elegir qué hacer en tu tiempo libre?	<input type="radio"/>				

## 6.- Tu vida familiar

Piensa en la última semana,

Ítems	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.-¿Te han entendido tu mamá y/o tu papá?	<input type="radio"/>				
2.-¿Te has sentido querido/a por tu mamá y/o tu papá?	<input type="radio"/>				
3.-¿Te has sentido feliz en tu casa?	<input type="radio"/>				
4.-¿Tu mamá y/o tu papá han tenido suficiente tiempo para ti?	<input type="radio"/>				
5.-¿Tu mamá y/o tu papá te han tratado de forma justa?	<input type="radio"/>				
6.-¿Has podido hablar con tu mamá y/o papá cuando lo has querido?	<input type="radio"/>				

## 7.- Asuntos económicos

Piensa en la última semana,

Ítems	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.-¿He tenido suficiente dinero para hacer las mismas cosas que tus amigos?	<input type="radio"/>				
2.-¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos personales?	<input type="radio"/>				
Ítems	Nada	Poco	Moderada	Mucho	Muchísimo
3.-¿Tienes dinero suficiente para realizar actividades con tus amigos?	<input type="radio"/>				

## 8.- Tus amigos (as)

Piensa en la última semana

Ítems	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.-¿Has pasado tiempo con tus amigos?	<input type="radio"/>				
2.-¿Has realizado actividades con otros/as niños/as?	<input type="radio"/>				
3.-¿Lo has pasado bien con tus amigos/as?	<input type="radio"/>				
4.-¿Tú y tus amigos se han ayudado entre Ud.?	<input type="radio"/>				
5.-¿Has podido hablar de todo con tus amigos/as?	<input type="radio"/>				
6.-¿Has podido confiar en tus amigos/as?	<input type="radio"/>				

## 9.- En el Instituto:

Piensa en la última semana,

Ítems	Nada	Poco	Moderada	Mucho	Muchísimo
1.-¿Te has sentido feliz en el colegio?	<input type="radio"/>				
2.-¿Te ha ido bien en el colegio?	<input type="radio"/>				
3.-¿Te has sentido satisfecho/a con tus profesores?	<input type="radio"/>				

Ítems	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4.-¿Has sido capaz de poner atención?	<input type="radio"/>				
5.-¿Te ha gustado ir al colegio?	<input type="radio"/>				
6.-¿Te has llevado bien con tus profesores?	<input type="radio"/>				

## 10.- Clima escolar

Piensa en la última semana

Ítems	Nada	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.-¿Has tenido miedo de otros/as niños/as?	<input type="radio"/>				
2.-¿Se han burlado de ti otros/as niños/as?	<input type="radio"/>				
3.-¿Te han amenazado o maltratado psicológica o físicamente?	<input type="radio"/>				

# Encuesta Mundial de Salud Escolar

## 1.- ALCOHOL

1.- ¿Qué edad tenías cuando tomaste tu primer trago de alcohol, algo más que unos pocos sorbos?

- Nunca he bebido alcohol aparte de unos pocos sorbos
- 7 años o menos
- 8 o 9 años
- 10 o 11 años
- 12 o 13 años
- 14 o 15 años
- 16 o 17 años
- 18 años o más

2.- Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días tomaste al menos una bebida que contenía alcohol?

- 0 días
- 1 o 2 días
- 3 a 5 días
- 6 a 9 días
- 10 a 19 días
- 20 a 29 días
- Los 30 días

3.- Durante los últimos 30 días, en los días en que tomaste alcohol, ¿cuántos tragos tomaste normalmente por día?

- No tomé alcohol durante los últimos 30 días
- Menos de un trago
- 1 trago
- 2 tragos
- 3 tragos
- 4 tragos
- 5 tragos o más

4.- Durante los últimos 30 días, ¿cómo conseguiste normalmente el alcohol que tomaste?

- No tomé alcohol durante los últimos 30 días
- Lo compré en una tienda, mercado o en la calle
- Le da dinero a otra persona para que lo comprara por mí
- Lo conseguí de mis amigos
- Lo conseguí de mi casa
- Lo robé
- Lo conseguí de otra manera

5.- Durante tu vida, ¿cuántas veces tomaste tanto alcohol que llegaste a emborracharte?

- 0 veces
- 1 o 2 veces
- 3 a 9 veces
- 10 o más veces

6.- Durante tu vida, ¿cuántas veces has tenido problemas con tu familia o amigos, has faltado a la escuela o te has metido en peleas como resultado de tomar alcohol?

- 0 veces
- 1 o 2 veces
- 3 a 9 veces
- 10 o más veces

## 2.- CONDUCTAS ALIMENTARIAS

1.- ¿Cuál es tu peso en kilogramos?

2.- ¿Cuál es tu estatura en metros?

3.- Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te quedaste con hambre porque no había suficiente comida en tu hogar?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

4.- Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día comiste habitualmente frutas, como naranja, manzana, plátano, pera, etc.?

- No comí fruta durante los último 30 días
- Menos de una vez al día
- 1 vez al día
- 2 veces al día
- 3 o más veces al día

5.- Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día comiste habitualmente verduras y hortalizas como tomate, lechuga, pepino, apio, zanahoria, brócoli?

- No comí verduras durante los último 30 días
- Menos de una vez al día
- 1 vez al día
- 2 veces al día
- 3 o más veces al día

6.- Durante los últimos 30 días ¿cuántas veces al día tomaste gaseosas o bebidas no light como Coca-Cola, Fanta, Sprite, Bilz, Pap u otra similar?

- No tomé bebidas en los último 30 días
- Menos de una vez al día
- 2 veces al día
- 3 veces al día
- 4 veces al día
- 5 veces al día

7.- Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días comiste en un restaurante de comida rápida como McDonald, Shop Dog, Telepizza?

- 0 días
- 1 día
- 2 días
- 3 días
- 4 días
- 5 días
- 6 días
- 7 días

### 3.- DOGRAS

1.-¿Qué edad tenías cuando usaste drogas por primera vez?

- Nunca he bebido alcohol aparte de unos pocos sorbos
- 7 años o menos
- 8 ó 9 años
- 10 ó 11 años
- 12 ó 13 años
- 14 ó 15 años
- 16 ó 17 años
- 18 años ó más

2.- Durante tu vida, ¿cuántas veces has usado/ consumido marihuana?

- 0 veces
- 1 ó 2 veces
- 3 a 9 veces
- 10 a 19 veces
- 20 veces ó más

3.- Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has usado/consumido marihuana?

- 0 veces
- 1 ó 2 veces
- 3 a 9 veces
- 10 a 19 veces
- 20 veces ó más

4.- Durante tu vida, ¿cuántas veces has usado anfetaminas o metanfetaminas?

- 0 veces
- 1 ó 2 veces
- 3 a 9 veces
- 10 a 19 veces
- 20 veces ó más

#### **4.- HIGIENE**

1.- Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día generalmente te limpiaste o cepillaste los dientes?

- No me cepillé los dientes durante los último 30 días
- 1 vez al día
- 2 veces al día
- 3 veces al día
- 4 o más veces al día

2.- Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te lavaste las manos antes de comer?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

3.- Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te lavaste las manos después de ir al baño?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

4.- Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usaste jabón al lavarte las manos?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

## **5.- SENTIMIENTOS Y AMISTADES**

1.- Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia te has sentido solo o sola?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

2.- Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has estado tan preocupado por algo que no podías dormir por la noche?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

3.- Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez consideraste seriamente la posibilidad de suicidarte?

- Si
- No

4.- Durante los últimos 12 meses, ¿has hecho algún plan de cómo intentarías suicidarte?

- Si
- No

5.- Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces intentaste realmente suicidarte?

- 0 veces
- 1 vez
- 2 ó 3 veces
- 4 ó 5 veces
- 6 ó más veces

6.- ¿Cuántos amigos o amigas muy cercanos tienes?

- 0
- 1
- 2
- 3 ó más

## **6.- ACTIVIDAD FÍSICA**

1.- Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días practicaste una actividad física por un total de al menos 60 minutos al día?

- 0 días
- 1 día
- 2 días
- 3 días
- 4 días
- 5 días
- 6 días
- 7 días

2.- Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días fuiste de la casa a la escuela o regresaste caminando o en bicicleta?

- 0 días
- 1 día
- 2 días
- 3 días
- 4 días
- 5 días

3.- En este curso académico, ¿cuántos días a la semana fuiste a clase de educación física en el Instituto?

- 0 días
- 1 día
- 2 días
- 3 días
- 4 días
- 5 días

4.- Durante un día típico o normal, ¿cuánto tiempo pasas sentado viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado?

- Menos de 1 hora al día
- 1 a 2 horas al día
- 3 a 4 horas al día
- 5 a 6 horas al día
- 7 a 8 horas al día
- Más de 8 horas al día

## 7.- FACTORES PROTECTORES

1.- Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días faltaste a clases o a la escuela sin permiso?

- 0 días
- 1 ó 2 días
- 3 a 5 días
- 6 a 9 días
- 10 ó más días

2.- Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia la mayoría de los estudiantes en el Instituto fueron amables contigo y te prestaron ayuda?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

3.- Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia verificaron tus padres o cuidadores que hacías la tarea?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

4.- Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia entendieron tus padres o cuidadores tus problemas y preocupaciones?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

5.- Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tus padres o cuidadores realmente sabían lo que estabas haciendo en tu tiempo libre?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

6.- Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tus padres o cuidadores buscaron entre tus cosas sin tu permiso?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

## **8.- COMPORTAMIENTOS SEXUALES QUE CONTRIBUYEN A LA INFECCIÓN POR VIH, OTRAS ITS Y EMBARAZOS NO PLANEADOS**

1.- ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?

- Si
- No

2.- ¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?

- Nunca he tenido relaciones sexuales
- 11 años o menos
- 12 años
- 13 años
- 14 años
- 15 años
- 16 ó 17 años
- 18 años ó más

3.- Durante tu vida, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?

- Nunca he tenido relaciones sexuales
- 1 persona
- 2 personas
- 3 personas
- 4 personas
- 5 personas
- 6 ó más personas

4.- La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿usaste tu o tu pareja un condón?

- Nunca he tenido relaciones sexuales
- Si
- No

5.- La última vez que tuviste relaciones sexuales, ¿usaste tu o tu pareja algún otro método de control de embarazo?

- Nunca he tenido relaciones sexuales
- Si
- No
- No sé

## **9.- CONSUMO DE CIGARRILLOS Y OTRO TIPO DE TABACO**

1.- ¿Qué edad tenías cuando probaste un cigarrillo por primera vez?

- Nunca he probado cigarrillos
- 7 años o menos
- 8 ó 9 años
- 10 ó 11 años
- 12 ó 13 años
- 14 ó 15 años
- 16 ó 17 años
- 18 años ó más

2.- Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumaste cigarrillos?

- 0 veces
- 1 ó 2 veces
- 3 a 9 veces
- 10 a 19 veces
- 20 a 29 días
- Los 30 días

3.- Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días usaste otra forma de tabaco, como (tabaco para mascar, puros, pipa, pipa árabe o narguile)?

- 0 veces
- 1 ó 2 veces
- 3 a 9 veces
- 10 a 19 veces
- 20 a 29 días
- Los 30 días

4.- Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez has intentado dejar de fumar cigarrillos?

- Nunca he tenido fumado cigarrillos
- No he fumado cigarros durante los últimos 12 meses
- Si
- No

5.- Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días han fumado otras personas en tu presencia?

- 0 días
- 1 ó 2 días
- 3 a 4 días
- 5 o 6 días
- Los 7 días

6.- ¿Cuál de tus padres o cuidadores usa alguna forma de tabaco?

- Ninguno
- Mi padre o mi cuidador
- Mi madre o mi cuidadora
- Ambos
- No sé

## 10.- VIOLENCIA Y LESIONES NO INTENCIONALES

1.- Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has sido víctima de una agresión física?

- Ninguna
- 1 vez
- 2 a 3 veces
- 4 a 5 veces
- 6 a 7 veces
- 8 a 9 veces
- 10 a 11 veces
- 12 o más veces

2.- Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces participaste en una pelea física?

- Ninguna
- 1 vez
- 2 a 3 veces
- 4 a 5 veces
- 6 a 7 veces
- 8 a 9 veces
- 10 a 11 veces
- 12 o más veces

3.- En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces tuviste una lesión seria?

- Ninguna
- 1 vez
- 2 a 3 veces
- 4 a 5 veces
- 6 a 7 veces
- 8 a 9 veces
- 10 a 11 veces
- 12 o más veces

4.- Durante los últimos 12 meses, ¿cuál fue la lesión más seria que tuviste?

- Ninguna
- Tuve un hueso roto o una articulación dislocada
- Recibí un corte, una punzada o una puñalada
- Sufrí un golpe u otra lesión en la cabeza o el cuello, me desmayé o no podía respirar
- Recibí una herida con arma de fuego
- Sufrí una quemadura grave
- Perdí todo o parte de un pie, pierna, mano o brazo
- Me sucedió otra cosa

5.- Durante los últimos 12 meses, ¿cuál fue la causa principal de la lesión más seria que sufriste?

- No sufrí ninguna lesión seria durante los últimos 12 meses
- Tuve un accidente automovilístico o me atropelló un vehículo
- Me caí
- Algo me cayó encima o me golpeó
- Estaba peleando con alguien
- Fui agredido (a), asaltado (a) o abusado por alguien
- Estuve en un incendio o muy cerca de una llama o algo caliente
- Algo distinto causó mi lesión

6.- Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fuiste intimidado?

- 0 días
- 1 ó 2 días
- 3 a 5 días
- 6 o 9 días
- 10 a 19 días
- 20 a 29 días
- Los 30 días

7.- Durante los últimos 30 días, ¿en qué forma te intimidaron más frecuentemente?

- No fui intimidado en los últimos 30 días
- Fui golpeado, pateado, empujado o encerrado
- Se burlaron de mí debido a mi raza o color
- Se burlaron de mí debido a mi religión
- Se burlaron de mí con chistes, comentarios o gestos de índole sexual
- Me excluyeron de las actividades a propósito o me ignoraron
- Se burlaron de mí debido al aspecto de mi cuerpo o de mi cara
- Fui intimidado de otra manera

## Anexo 2

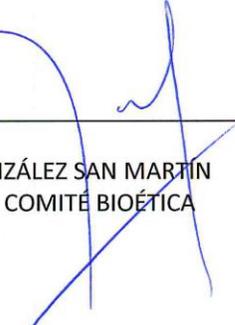
### CERTIFICADO

El Comité de Bioética de la Universidad de Playa Ancha que suscribe, creado por Decreto Exento Nº 1.432/2012, certifica que se analizaron los antecedentes del estudio: **“Comportamientos de riesgo para la salud que se asocian a la calidad de vida de adolescentes de Valparaíso”**, presentado por la **Prof. Fabiola Vilugrón Aravena**, y acerca de la materia acordó: “Considerando los antecedentes presentados y la metodología propuesta, este Comité establece que el estudio cumple con las normas de bioética establecidas por la Institución para este tipo de investigaciones”.

Se extiende el presente certificado para los fines que estime pertinentes.



XIMENA SANCHEZ SEGURA  
DIRECTORA GENERAL DE INVESTIGACIÓN



PATRICIA GONZÁLEZ SAN MARTÍN  
PRESIDENTA COMITÉ BIOÉTICA

Valparaíso, 19 de marzo de 2015

## Anexo 3



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Estimado/a padre/madre:

El Observatorio de Investigación de Comportamientos de Riesgo y Calidad de Vida de estudiantes, de la Universidad de Playa Ancha, le solicita su consentimiento para que su hijo/hija pueda participar en el estudio “Comportamientos de riesgo para la salud que se asocian a la calidad de vida de adolescentes de Valparaíso”. Este estudio tiene como objetivo identificar en estudiantes adolescentes de educación media, los principales comportamientos relacionados con la salud de los adolescentes y analizar en qué medida se asocia con su percepción de su calidad de vida. El estudio consistirá en la aplicación de una encuesta electrónica especialmente diseñada para este fin. Si accede a que su hijo/ hija participe se le pedirá a su hijo/ hija que conteste esta encuesta en la sala de cómputo de su escuela.

A los estudiantes se les pedirá una clave secreta solo con la intención de poder relacionar este con encuestas posteriores y poder observar los cambios a través del tiempo. La información recolectada será manejada confidencialmente a la cual solo podrán acceder los investigadores y profesionales de apoyo. Es importante destacar el beneficio que este estudio significará para el progreso del conocimiento sobre las asociaciones entre salud y calidad de vida en estudiantes de educación media. La participación y las respuestas de su hijo / hija son esenciales para llevar a buen término este proyecto. Es necesario señalar que la participación en este estudio no considera algún tipo de compensación económica, es completamente libre, voluntaria y sin costo. El rechazo a participar no significara de ninguna manera un cambio en la atención hacia su hijo / hija cuando la necesite. También su hijo / hija es libre de no continuar en el estudio en el momento que lo estime necesario.

Si tiene alguna pregunta, durante cualquier etapa del estudio, puede comunicarse con: Fabiola Vilugrón Aravena, Académico, integrante del Observatorio, correo electrónico [fabiola.vilugrón@upla.cl](mailto:fabiola.vilugrón@upla.cl) o al Fono: 82211508.

Entiendo que en este estudio pretende conocer los comportamientos de riesgo relacionadas con la salud de los adolescentes, con la finalidad de mejorar la salud a través de estrategias diseñadas por el establecimiento educacional.

Entiendo que la información registrada será anónima y sólo conocida por el equipo de investigación. También entiendo que la información será procesada por grupo y de ninguna manera se podrán identificar sus respuestas y opiniones en la etapa de publicación de resultados. Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para que mi pupilo (a) \_\_\_\_\_ del Curso \_\_\_\_\_ participe en el proyecto “Comportamientos de riesgo para la salud que se asocian a la calidad de vida de adolescentes de Valparaíso”

Nombre Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# Anexo 4

## I. COLLABORATION between the KIDSCREEN Group and

Name (Title): FABIOLA VILVERON A. NUTRITIONIST, MAGISTER SCIENCE OF NUTRITION  
 Institution: UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO Dept: RESEARCH OBSERVATORY RISK BEHAVIOR  
 Street Address: A  
 City:  State:  Zip (Postal) Code:   
 Country:   
 Phone Number:   
 E-mail:

### SUMMARY of the STUDY

Title of the study:	<u>RISK BEHAVIOR HEALTH AFFECTING THE QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENTS</u>
Type of Research:	<u>CROSS - COHORTATION</u>
Objectives/ Design:	<u>DETERMINE THE IMPACT OF THE DIFFERENT BEHAVIORS OF HEALTH RISK IN THE QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENTS</u>
Study population: (including the number of cases, age, illnesses/diseases)	<u>INSURC OF VALEPARAISO 500 ADOLESCENTS BETWEEN 14 AND 18 YEARS OF AGE</u>
Measurement points:	<u>• QUALITY OF LIFE</u> <u>• RISK BEHAVIOR HEALTH</u>
Other Instruments:	<u>GSRS / QRS</u>
Name of funder:	<u>RESEARCH OBSERVATORY RISK BEHAVIOR AND QUALITY OF LIFE</u>
Timeline:	<u>Beginning of Study: 2015</u> <u>Expected end of Study: INFORMATION ON THE VARIABILITY OF THE DIMENSIONS OF QUALITY OF LIFE THAT ARE ASSOCIATED WITH RISK BEHAVIOR RELATED HEALTH</u>

**Questionnaire Version(s) planned to be included:**

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> KIDSCREEN-52 child & adolescent version | <input type="checkbox"/> KIDSCREEN-52 parent version       |
| <input type="checkbox"/> KIDSCREEN-27 child & adolescent version            | <input type="checkbox"/> KIDSCREEN-27 parent version       |
| <input type="checkbox"/> KIDSCREEN-10 index child & adolescent version      | <input type="checkbox"/> KIDSCREEN-10 index parent version |

Language Version(s) planned to be included: ENGLISH / SPANISH

## Anexo 5

**Rodrigo Fuentes**

para mí, Sergio ▾

📧 23/4/15 ☆



Estimada Fabiola,

Adjunto el cuestionario que el MINSAL utilizó para el desarrollo de la GSHS 2013 en Chile. No es necesario autorización para que puedan emplear este instrumento.

Lo que sí es necesario (ustedes ya lo deben saber), es contar con la aprobación de un comité de ética, que confirme que los aspectos éticos del estudio que ustedes quieren llevar a cabo sean cautelados y protegidos. Esto es importante de cumplir cuando se está trabajando con poblaciones vulnerables, como es el caso de los niños. Cualquier otra consulta no dudes en contactarme.

Saludos cordiales,

Rodrigo



**Rodrigo Fuentes B.**

Epidemiólogo

Dpto. de Epidemiología

DIPLAS

Ministerio de Salud

