



**Universidad de Concepción  
Dirección de Post Grado  
Facultad de Ciencias Sociales  
Programa de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales**

## **FACTORES PREDICTORES Y DROGODEPENDENCIAS POBLACION ADOLESCENTE**

**CAROLINA ANDREA RIVERA ANDRADES**

Tesis para optar al grado de magíster en trabajo Social y políticas sociales



**Profesor Guía:** Daisy Vidal Gutiérrez  
Depto. Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Concepción

**Asesor Metodológico:** José Manuel Merino  
Depto. Sociología, Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Concepción



*A Rubén Marcos por tu amor y motivación para concluir esta etapa profesional*

## AGRADECIMIENTOS

---

A mi esposo Rubén Marcos, por su apoyo, comprensión y por ser mi compañero de ruta incondicional en cada uno de los desafíos que emprendo. Gracias por alentarme cuando pensé que no lo lograría, gracias por confiar en mí y gracias el amor que me entregas día a día. Te amo.

A mis padres, por creer en mí y apoyarme incondicionalmente.

A mi profesora Daisy Vidal, gracias por su dedicación, cariño, confianza en mi trabajo y por guiarme cada uno de los pasos que di para concretar este objetivo. Sin duda además de su capacidad profesional es una gran persona.

A Nicole, por su amistad y ser un gran apoyo emocional durante el tiempo que escribía esta tesis.



## TABLA DE CONTENIDOS

---

<b>INDICE TABLAS</b> .....	vi
<b>ANEXOS</b> .....	vii
<b>RESUMEN</b> .....	ix
<b>ABSTRAC</b> .....	x
<b>ÍNTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPITULO I</b> .....	<b>3</b>
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>4</b>
<b>2. MARCOS DE ESTUDIO</b> .....	<b>12</b>
2.1 Marco teórico.....	13
2.2 Marco Conceptual.....	20
2.3 Marco Empírico.....	32
<b>CAPITULO II</b> .....	<b>38</b>
<b>3. OBJETIVOS DE ESTUDIO</b> .....	<b>39</b>
3.1. Objetivo General y Específicos.....	40
<b>CAPITULO III</b> .....	<b>41</b>
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>42</b>
4.1. Tipo de Estudio.....	43
4.2 Unidad de Análisis/Observación.....	43
4.3 Delimitación Espacial.....	43
4.4 Población de Estudio.....	43
4.5 Fuentes y Técnicas de Recolección de datos.....	45
4.6 Identificación y definición de variables.....	45
4.7 Instrumento de Recolección de datos.....	49
4.8 Trabajo de Campo.....	52
4.9 Análisis de datos.....	53
4.10 Aspectos Éticos.....	53

<b>CAPITULO IV .....</b>	<b>54</b>
<b>5. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>55</b>
5.2 Análisis Descriptivo Univariado y Bivariado.....	56
5.3 Análisis Multivariado.....	68
<b>6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>79</b>
<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>86</b>
<b>8. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>91</b>
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>95</b>
9.1 Anexo N°1: Instrumento de Recolección de datos.....	96
9.2 Anexo N°2: Valor Alfa de Cronbach.....	102
9.3 Anexo N°3: Consentimiento Informado.....	103
9.4 Anexo N°4: Asentimiento Informado.....	104
9.5 Anexo N°5: Análisis Complementarios.....	105



## INDICE DE TABLAS

N° y Título de tabla	N° de Página
Tabla N°1: Distribución de grupos	45
Tabla N°2: Dimensiones CEVJU-R	50
Tabla N° 3: Distribución de las variables Sexo y Edad por grupo de estudio	56
Tabla N°4: Distribución de las variables N° de integrantes y Tipo de Familia por grupo de estudio.	58
Tabla N°5: Distribución de la variable Escolaridad de los Padres por grupo de estudio.	59
Tabla N°6: Distribución de variable Actividad Ocupacional Padres por grupo de estudio.	60
Tabla N°7: Distribución de la variable Religión por grupo de estudio.	61
Tabla N°8: Distribución de cuestionario de “Estilos de vida en Jóvenes Universitarios” (CEVJU-R) para la medición de Estilos de Vida por grupo de estudio.	62
Tabla N°9: Distribución de Inventario de Comportamiento Social de Texas (TSBI) para la medición de Autoestima por grupo de estudio.	65
Tabla N°10: Distribución de instrumento FF-SIL para medir Funcionamiento Familiar por grupo de estudio.	66
Tabla N°11: Distribución de categorización de resultados de instrumento FF SIL por grupo de estudio.	67
Tabla N°12: Resultados finales del ajuste del modelo de regresión logística sobre los datos de consumo de drogas en población adolescente.	68
Tabla N°13: Regresión Logística Binaria entre variable Cohesión familiar y Consumo de drogas	71
Tabla N°14: Regresión Logística Binaria entre variable Armonía Familiar y Consumo de drogas	72
Tabla N°15: Regresión Logística Binaria entre Variable Comunicación familiar y Consumo de drogas	73
Tabla N°16: Regresión Logística Binaria entre Variable Tiempo Libre y Consumo de drogas	74
Tabla N°17: Regresión Logística Binaria entre Variable Sexo y Consumo de drogas	75
Tabla N°18: Regresión Logística Binaria entre Variable Edad y Consumo de drogas	76
Tabla N°19: Regresión Logística Binaria entre Variable Familia Nuclear y Consumo de drogas	77
Tabla N°20: Ecuación de regresión del modelo óptimo final sobre los datos de consumo de drogas en población adolescente.	78

## ANEXOS

N° y Título de tabla	N° de Página
Tabla N°21: Alfa de Cronbach <i>CEVJUR</i>	102
Tabla N°22: Alfa de Cronbach TSBI	102
Tabla N°23: Alfa de Cronbach FF SIL	102
Tabla N°24 :Alfa de Cronbach Instrumento Recolección de datos	102
Tabla N°25: Análisis descriptivo respecto a los motivos para el desarrollo de ejercicio o actividad física.	105
Tabla N°26: Análisis descriptivo respecto a las causas para NO realizar ejercicio y actividad física.	106
Tabla N°27: Análisis descriptivo respecto a las prácticas de ejercicio y actividad física.	107
Tabla N°28: Análisis descriptivo en relación a la existencia/ ausencia de recursos frente al ejercicio y actividad física.	108
Tabla N°29: Análisis descriptivo respecto a las causas para realizar actividades del uso del Tiempo Libre.	109
Tabla N°30: Análisis descriptivo respecto a las causas para NO realizar actividades del uso del Tiempo Libre.	110
Tabla N°31: Análisis descriptivo respecto a las prácticas del uso del Tiempo Libre.	111
Tabla N°32: Análisis descriptivo en relación a la existencia/ ausencia de recursos frente la dimensión Tiempo Libre.	112
Tabla N°33: Análisis descriptivo en relación a las causas de una alimentación saludable.	113
Tabla N°34: Análisis descriptivo en relación a las causas de una alimentación No saludable.	114
Tabla N°35: Análisis descriptivo en relación a prácticas de alimentación en los adolescentes.	115
Tabla N°36: Análisis descriptivo en relación a la existencia/ ausencia de recursos frente la dimensión Alimentación.	116
Tabla N°37: Análisis descriptivo en relación a los motivos asociados al consumo de alcohol.	117
Tabla N°38: Análisis descriptivo en relación a los motivos asociados al consumo de tabaco.	118
Tabla N°39: Análisis descriptivo en relación a los motivos asociados al consumo de drogas ilegales.	119
Tabla N°40: Análisis descriptivo en relación a los motivos para evitar el consumo de alcohol.	120
Tabla N°41: Análisis descriptivo en relación a los motivos para evitar el consumo de tabaco.	121
Tabla N°42: Análisis descriptivo en relación a los motivos para evitar el consumo de drogas ilegales.	122
Tabla N°43: Análisis descriptivo respecto a prácticas del consumo de tabaco, alcohol y drogas.	123

Tabla N°44: Análisis descriptivo en relación a la existencia/ ausencia de recursos frente la dimensión consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas.	124
Tabla N°45: Análisis descriptivo por grupo de estudio en relación a causas para presentar conductas saludables frente a la dimensión Sueño.	126
Tabla N°46: Análisis descriptivo en relación a causas para NO dormir el tiempo que se requiere.	127
Tabla N°47: Análisis descriptivo en relación a prácticas de sueño.	128
Tabla N°48: Análisis descriptivo en relación a la existencia/ ausencia de recursos frente la dimensión Sueño.	129
Tabla N°49: Análisis descriptivo en relación las principales causas para relacionarse con otras personas.	130
Tabla N°50: Análisis descriptivo en relación a las causas para NO relacionarse con otras personas.	130
Tabla N°51: Análisis descriptivo en relación a las formas como los adolescentes se relacionan con otras personas.	131
Tabla N°52: Análisis descriptivo en relación a la existencia/ ausencia de recursos frente la dimensión Relaciones Interpersonales.	132
Tabla N°53: Análisis descriptivo en relación a las causas para NO buscar soluciones frente a una situación difícil o problemática.	133
Tabla N°54: Análisis descriptivo en relación a las causas para buscar soluciones frente a una situación difícil o problemática.	134
Tabla N°55: Análisis descriptivo en relación al abordaje de situaciones difíciles o problemáticas.	135
Tabla N°56: Análisis descriptivo en relación a la existencia/ ausencia de recursos frente la dimensión Afrontamiento.	136

## RESUMEN

---

Esta investigación busca identificar factores predictores del consumo de drogas en población adolescente, a través de la medición de 90 adolescentes pertenecientes a 3 establecimientos educacionales de enseñanza media de la comuna de Talcahuano, mediante la aplicación de un instrumento de recolección de datos compuesto por el CEVJUR para la medición de estilos de vida en jóvenes, el Inventario de Comportamiento Social de Texas (TSBI) para la medición del autoestima y el FF-SIL para la medición de funcionamiento familiar.

Entre los principales resultados, se observa que, controlando la variable inadecuada cohesión familiar, el cambio en un punto de la variable Sexo Masculino, implica un aumento en 9.649 en las chances de que el adolescente presente un consumo de drogas. Por otro lado, controlando la variable Sexo Masculino, los adolescentes que presentan una inadecuada cohesión familiar presentan un 4.168 de chances de presentar un consumo de drogas. Por tanto, aquellos estudiantes que son hombres y adicionalmente presentan una inadecuada cohesión al interior de la familia, tienen elevadas probabilidades de consumo de drogas al interior del grupo estudiado

Palabras Claves: adolescentes, drogas, predictores.

## ABSTRACT

---

This research seeks to identify predictors of drug use in adolescent, through the measurement of a group of 90 adolescent belonging to three secondary schools of Talcahuano, through the application of a data collection instrument, composed of CEVJUR, which measures lifestyle in young people, The Texas Social Behavior Inventory (TSBI) for the measurement of self-esteem, and FF-SIL for the measurement of family functioning.

The main results indicate that controlling the variable “family cohesion”, the change of a one point in the variable “ male sex”, implies an increase of 9.649 the chances that adolescent will use drugs. On the other hand controlling the variable “male sex”, the adolescents who present a bad family cohesion have a 4.168 the chances of will use drugs. Therefore, those male students who also have bad family cohesion, have high possibilities of using drugs, according to the study group.

Keywords: Adolescents, drugs, predictors.



## INTRODUCCION

---

La adolescencia es una etapa en que los y las adolescentes están expuestos a nuevos ambientes, a desafíos emocionales, sociales y en que el sentimiento de ser invulnerables, omnipotencia y la influencia de pares es muy fuerte. Hallazgos recientes en la investigación en neurociencias, muestran que el proceso de desarrollo neurológico en el transcurso de la adolescencia se acompaña de una mayor vulnerabilidad frente a diversos factores, entre otros, el consumo de alcohol y otras drogas (Lerner & Steinberg, 2009).

En Chile, la realidad del uso de drogas en adolescentes merece preocupación. Según el Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (2014), se produjo una disminución del uso diario de tabaco entre escolares, confirmando la tendencia a la baja observada en los últimos estudios publicados, las cifras descienden desde un 16.8% en el año 2011a un 7.3% en el año 2013. Respecto al consumo de alcohol según sexo, la prevalencia en el último mes para varones fue de 34.6% en el 2011 y 35.6% en el 2013. Para mujeres, la prevalencia en el último mes fue de un 34,9% en el 2011 y de un 35.7% en el 2013. La tasa de incidencia anual del consumo de Marihuana muestra un aumento significativo, por segundo año consecutivo, pasando de 10.5% en 2011 a 18.6% en 2013 y la prevalencia en el consumo de cocaína (clorhidrato) se mantiene estable para este indicador en torno al 3% (SENDA, 2012)

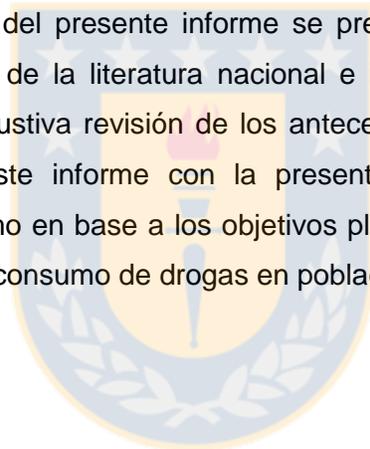
En América Latina, según el Primer estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados para población de 15 a 64 años, Chile es el país con mayor prevalencia de consumo de marihuana y alcohol; y el segundo en prevalencia de consumo de cocaína (MINSAL, 2013). De acuerdo al Informe mundial sobre drogas 2010, Chile presenta la mayor prevalencia de consumo de cocaína en estudiantes entre 15 y 16 años de América del Sur (Nations, 2010).

Sin duda, el consumo de drogas implica riesgos para la salud que pueden generar consecuencias diversas mucho antes de que se desarrolle la adicción, por lo que es relevante anticiparse a dichas conductas y establecer los procedimientos necesarios de cuidado y protección.

Es por lo anterior, que esta investigación busca responder a la pregunta de investigación ¿Cuáles son los predictores asociados a consumo riesgoso de drogas en adolescentes que cursan enseñanza media en la comuna de Talcahuano? Sin duda conocer estos predictores nos permitirá generar estrategias de intervención eficaz y eficiente en la materia, además, de constituir un importante aporte al conocimiento científico.

Se desarrolló una investigación de tipo descriptivo – correlacional, transversal y no experimental, en base a análisis de regresión logística. Los instrumentos utilizados fueron CEVJUR-R para la medición de los estilos de vida en adolescentes, el Inventario de Comportamiento Social de Texas (TSBI) para la medición del nivel de autoestima y el FF-SIL para la medición del funcionamiento familiar.

En el desarrollo del presente informe se presentarán en primera instancia todos los antecedentes de la literatura nacional e internacional al respecto, para continuar con una exhaustiva revisión de los antecedentes teóricos y empíricos al respecto, finalizando este informe con la presentación de los resultados y la discusión de estos mismo en base a los objetivos planteados, dando cuenta de los mejores predictores del consumo de drogas en población adolescente.



# CAPITULO I



## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

El fenómeno de la droga es un problema que se arrastra desde siempre en las sociedades, indistintamente en la cual estemos insertos, donde en las últimas décadas ha experimentado un aumento considerable sin dejar indiferente a nadie, impactando negativamente tanto a la persona adicta como a la familia de la cual éste proviene, además del entorno en el cual se desarrolla.

El concepto de droga puede ser entendido como toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa, etc) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, de cambiar el comportamiento del sujeto, además de poseer la capacidad de generar dependencia y tolerancia en quienes la consumen (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Esto incluye sustancias cuya producción y comercialización son ilegales (como la marihuana, cocaína, pasta base, entre otras), al igual que sustancias legales de consumo habitual como el alcohol o el tabaco y fármacos de prescripción médica, que pueden ser objeto de un uso abusivo.

Para entender el fenómeno de las drogas se deben tener en cuenta distintos elementos intervinientes que actúan en conjunto, y que pueden variar según los diversos momentos históricos y culturales. Los elementos centrales a considerar son: sustancia, sujeto y contexto, a partir de los cuales se puede alcanzar una visión comprensiva (CONACE 2005).

En nuestra sociedad resulta bastante frecuente un cierto grado de experimentación con el alcohol y el tabaco a partir de la adolescencia. La mayoría de los sujetos, después de un breve periodo de experimentación, adoptan un patrón de consumo socialmente aceptado y no llegan a tener mayores problemas con este. Sin embargo, existe un número de adolescentes, que por distintas razones, progresan hacia patrones de consumo perjudiciales que incrementan sus posibilidades de llegar a sufrir problemas con estas u otras sustancias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1965) considera a la adolescencia como el periodo de la vida comprendido entre los 10 y 19 años. Expresa además

como prioridad la preocupación por los adolescentes y por entrenar al personal de salud para aumentar sus conocimientos con respecto al tema, ya que difieren en la filosofía y psicología de los niños y adultos.

Esta etapa fue considerada por largo tiempo como etapa de tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor preocupación. A partir del siglo XX con la evolución del mundo moderno y tecnológico, esta etapa ha ido adquiriendo cada vez más importancia; involucra mayor número de años en la vida del individuo y el porcentaje de la población que se encuentra en este grupo es también importante. (Prandi, 1992)

Dina Krauskopf (2000) desde la perspectiva de las tareas evolutivas, plantea tres sub etapas en el desarrollo adolescente, de acuerdo al foco central de la preocupación del adolescente: a) etapa temprana, 10-13 años, en donde la preocupación está centrada en el ámbito físico y emocional, b) etapa media, 14 a 16 , la preocupación está focalizada en la afirmación personal, c) etapa social y final, 17 a 19 años, la preocupación está centrada en la relación social.

La adolescencia es la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de un individuo, alcanzando así la edad adulta y culminando con su incorporación en forma plena a la sociedad (Dina Krauskopf, 2000).

Clark (2004) y Winters (1999) afirman que los adolescentes poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias en relación a los adultos, además, señalan que el uso de drogas en este grupo etario se encuentra altamente influido por las conductas de quienes conforman su contexto familiar y grupo de pares (Clark, 2004). Una vez iniciado el consumo, y a veces sin pasar por un abuso, los adolescentes pueden escalar una rápida progresión a la dependencia. Más aún, el síndrome de dependencia a sustancias posee características clínicas diferentes entre adolescentes y adultos.

Estudios en relación al abuso y la dependencia al alcohol en grandes muestras de población general adolescente han evidenciado que: el síndrome de abstinencia a alcohol es raro en este grupo etario; la tolerancia tiene baja especificidad para el diagnóstico de la dependencia; los problemas de salud físicos asociados al uso de sustancias no son tan frecuentes como en los adultos dependientes al alcohol; el abandono de las actividades habituales para utilizar

alcohol puede no estar presente en adolescentes dependientes (Fulkerson et al., 1999; Harrison et al., 1998). Este perfil de la dependencia en adolescentes podría llevar a una débil consideración de la gravedad del problema, tanto por parte de los propios jóvenes, como por su familia y el sistema de salud (CONACE, 2008).

Es por lo anterior, que considerando las características del desarrollo de los adolescentes y sus problemáticas biopsicosociales estos requieren de una respuesta diferente por parte de los equipos profesionales, quienes deben ajustar el trabajo a las necesidades individuales de esta población particular y sus familias.

En Chile, la realidad del uso de drogas en adolescentes merece preocupación. Según el Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar año 2014, si bien se produjo una disminución del uso diario de tabaco entre escolares, confirmando la tendencia a la baja observada en los últimos estudios publicados, las cifras descienden desde un 16.8% en el año 2011 a un 7.3% en el año 2013. Respecto al consumo de alcohol según sexo, la prevalencia en el último mes para varones fue de 34.6% en el 2011 y 35.6% en el 2013. Para mujeres, la prevalencia en el último mes fue de un 34,9% en el 2011 y de un 35.7% en el 2013. La tasa de incidencia anual del consumo de Marihuana muestra un aumento significativo, por segundo año consecutivo, pasando de 10.5% en 2011 a 18.6% en 2013, estas cifras tienen relación con la disminución en la percepción de riesgo ante el uso de marihuana de manera experimental, la que disminuye de un 46,8% en 2012 a un 34,4% en 2014; respecto de la exposición a oferta directa, en el último año fue de 18,6% (15,2% en 2012) y finalmente la prevalencia en el consumo de cocaína (clorhidrato) se mantiene estable para este indicador en torno al 3%, además se muestra que la mayor prevalencia de consumo de cocaína se encuentra en el estrato socioeconómico bajo. (SENDA, 2012)

En América Latina, según el Primer estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados para población de 15 a 64 años, Chile es el país con mayor prevalencia de consumo de marihuana y alcohol; y el segundo en prevalencia de consumo de cocaína (MINSAL, 2013). De acuerdo al Informe mundial sobre drogas 2010, Chile presenta la mayor prevalencia de consumo de cocaína en estudiantes entre 15 y 16 años de América del Sur (Nations, 2010).

Actualmente en nuestro país es el Servicio Nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol (SENDA), la entidad responsable de

elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por estas sustancias. Este servicio se encuentra radicado en el Ministerio del Interior y Seguridad Ciudadana. A través de la creación de la Estrategia Nacional sobre reducción de la Demanda de Drogas 2015-2025, SENDA agrupa, una serie de iniciativas, programas y acciones a desarrollar asociadas a este fenómeno. Sus líneas de acción están dirigidas a la prevención a través del programa Chile Previene, y al tratamiento, rehabilitación e integración social a través del programa Chile Recupera. Respecto al programa Chile Previene, la política vigente focaliza sus acciones en espacios laborales, espacios educacionales y espacios comunitarios. Esta nueva estrategia menciona que el uso y abuso de drogas debe ser incluido dentro del enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, el que señala que la exposición y vulnerabilidad de los individuos frente a riesgos de salud depende también de la posición social que se tenga.

Los Determinantes Sociales, se comprenden como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (OMS, 2005).

Las investigaciones realizadas durante las últimas dos décadas han tratado de determinar cómo comienza y cómo progresa el abuso de las drogas. Hay muchos factores que pueden aumentar el riesgo de una persona para el abuso de drogas. Los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo.

Los factores de riesgo pueden influenciar el abuso de drogas de varias maneras. Mientras más son los riesgos a los que está expuesto un niño, mayor es la probabilidad de que el niño abuse de las drogas. Algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del desarrollo, como la presión de los compañeros durante los años de la adolescencia; al igual que algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener un impacto mayor en reducir los riesgos durante los primeros años de la niñez.

Las intervenciones preventivas pueden proporcionar las habilidades y el apoyo para mejorar los niveles de los factores de protección de los jóvenes en alto riesgo y prevenir que progresen al abuso de drogas.

La CEPAL define la prevención del consumo de drogas y alcohol como el “conjunto de procesos que promueven el desarrollo integral de las personas, sus familias y la comunidad, anticipándose a la aparición del problema o trabajando con y desde el problema, evitando la conducta de consumo, fortaleciendo factores protectores y disminuyendo factores de riesgo” (CEPAL, 2001)

El trabajo en prevención del consumo de drogas y alcohol con adolescentes supone la consideración de ciertos aspectos fundamentales que ayuden a promover una mejor comprensión y acercamiento hacia la construcción del mundo de los usuarios. En lo particular, en esta investigación se profundizará en los siguientes factores: Estilos de Vida, Autoestima y Funcionamiento Familiar.

En relación a los Estilos de Vida, Nora Donoso (2000), señala que es considerado un Determinante Social de tipo Intermediario, que influye y es influido por otros determinantes de igual categoría o de tipo estructural, posible de ser intervenidos. Así queda manifestado en la Carta de Ottawa (1986), donde señala el “desarrollo de aptitudes personales” como una de las estrategias para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud. Por otra parte, la OMS, señala que, para enseñar a ejercer mayor control sobre la salud, es necesario actuar sobre las pautas habituales del hacer de las personas, sobre sus hábitos y costumbres, reflejados en lo que se denominan sus Estilos de Vida.

Si bien el Estilo de Vida no es una característica de un grupo humano en particular, sino que adopta particularidades según sea la edad que tenga la persona que lo desarrolla. Al respecto, y tras la mirada de Estilos de Vida Saludables y No Saludables, entre todos los grupos poblacionales, el de los Jóvenes, es donde existe una suerte de experimentación de Estilos de Vidas, que impactarán positiva o negativamente en la conformación de sus identidades y proyectos de vida. (González, 2008).

De acuerdo a la 8° Encuesta Nacional de la Juventud (2015), los/as jóvenes están presentando conductas de riesgo dañinas para su salud, por lo cual se hace conveniente estudiar a este grupo etáreo pues como lo señala Rodríguez y Agulló (1998) están expuestos a más estímulos, información y grupos de pares con distintas tendencias en cuanto a hábitos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para que los adolescentes cuenten con un desarrollo saludable, lo primero que necesitan es haber tenido una infancia saludable; lo segundo, contar con ambientes seguros que los apoyen y brinden oportunidades (a través de la familia, los grupos de pares e instituciones sociales y gubernamentales); lo tercero, acceso a información y oportunidades para desarrollar una amplia gama de actividades prácticas, vocacionales y de vida; y por último tener acceso con equidad a una amplia gama de servicios: educación, salud, empleo, justicia, y bienestar (OMS, 2001). Todos estos derechos se enmarcan en la Convención de los Derechos del Niño, de la cual Chile es parte, y que establece los derechos básicos de niños, niñas y adolescentes.

Respecto a la familia esta es sin lugar a dudas el pilar fundamental de la sociedad. Es en la familia donde los individuos crecen y absorben aquellas herramientas que permiten su desarrollo hacia el mundo exterior, ya que, es la familia quien en primera instancia nos brinda aquellas necesidades primarias como: vestuario, salud, educación, etc., las cuales evolucionan con el tiempo, también es la familia, en segundo lugar es la encargada de comenzar el proceso de socialización, el cual es influyente en el comportamiento futuro de las personas. El grupo familiar en estricto rigor debiese constituir aquel núcleo que proporcione afecto, protección, acogida, ternura y seguridad, configurándose como un factor protector para las personas cuando se entregan valores, creencias, y conductas adecuadas para su crecimiento a nivel personal como social, lo anterior es directamente proporcional, ya que está comprobado que los jóvenes con mejor relación familiar son menos proclives al consumo de drogas o en su defecto esta desciende considerablemente.

Debido a la directa y cercana relación que existe entre drogadicción y familia, se considera pertinente establecer las implicancias que esta tiene sobre la drogadicción como problemática que afecta la salud mental y social de las personas.

En relación, a la autoestima alude a la valoración que la persona hace de sí misma, de modo que, por un lado, el adolescente puede tener una imagen general de sí mismo favorable o desfavorable, y por otro lado, puesto que se socializa en diversos contextos como el familiar, el escolar o el social, también desarrollará una imagen de sí mismo específica en cada uno de ellos (Estévez, Martínez-Ferrer y Musitu, 2006). La autoestima, por tanto, refleja una valoración general o global de

uno mismo, así como también valoraciones específicas procedentes de contextos específicos (Cava y Musitu, 2003). El tener una autoestima saludable es considerado como un factor protector en la vida y es indispensable en la adolescencia, ya que el tener una autoestima baja, puede convertirse en factor de riesgo para iniciar el abuso de sustancias.

Algunos de los estudios existentes sobre la materia nos señalan el uso de las distintas drogas, tanto legales como ilegales, se da en relación a un sin-número de variables: las relacionadas al sujeto y al proceso en el cuál este se encuentra inserto, la familia, el grupo de pares, el colegio y los contextos de ocio y tiempo libre. Todas estas variables deben ser abordadas y manejadas por los equipos que trabajan con adolescentes, entendiendo que muchas de estas variables, van a ser iniciadoras, gatilladoras o mantenedoras de consumos. Es fundamental, la mirada preventiva a estos usos y/o abusos de las distintas drogas, entendiendo que la mayoría de los adolescentes en Chile no consume y que todo consumo no necesariamente constituye un consumo problemático, pero si todo consumo en un adolescente constituye un Consumo de Riesgo (Alejandro Maturana H (2011) "Consumo de Alcohol y Drogas en Adolescentes").

De igual forma, estudios que investigan los factores asociados al consumo juvenil de alcohol a través de una revisión desde la perspectiva ecológica, en la cual, se integran las variables psicológicas, relacionales y socioculturales, el consumo de alcohol es analizado como parte integrante de la cultura juvenil, despojando la explicación de contenidos patologistas o moralistas, y aproximándonos a la concepción de que el consumo de alcohol es un medio que utiliza el adolescente para lograr su ajuste en una sociedad que se caracteriza por la complejidad. Algunas de las conclusiones señalan: que la autoestima social y el consumo de alcohol es diferente en la adolescencia temprana de 12 a 14 años y en la adolescencia media de 15 a 17 años: en la adolescencia temprana ambas variables no muestran relación significativa, mientras que en la adolescencia media la autoestima social actúa como predictor del consumo de alcohol. Respecto al contexto familiar la percepción de ausencia de afecto y aceptación representa un factor crítico que favorece el consumo de alcohol cuando el hijo es adolescente (Buelga y Musitu, 2006; Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003). Las estrategias parentales reprobadoras, escasamente afectivas y poco respetuosas con el hijo

aparecen más frecuentemente entre los adolescentes que consumen alcohol de manera abusiva; pero también un estilo educativo caracterizado por la reducción significativa del control parental, actúa como factor de riesgo (Martínez-Álvarez, Fuertes, Ramos y Hernández-Martín, 2003). (Javier Pons y Sofía Buelga en su estudio titulado “Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica”)

Sin duda, el aumento progresivo del consumo de drogas y alcohol en adolescentes, se transforman en un escollo a superar por parte de las instituciones y los equipos ligados a la intervención de esta problemática. Encontrar los factores que nos permitan predecir el inicio y mantenimiento del abuso de sustancias en adolescentes, representaría un avance en torno a las intervenciones preventivas y, a la larga, disminuiría el gasto público asociado a este trastorno.

Según lo señalado anteriormente, se considera relevante analizar factores predictores asociados al consumo riesgoso de drogas en adolescentes, con el objetivo de contar con información científica que nos permita entregar una respuesta efectiva e integral asociada a las características y necesidades particulares de esta población.

**Pregunta de investigación:**

¿Cuáles son los predictores asociados a consumo riesgoso de drogas en adolescentes que cursan enseñanza media en la comuna de Talcahuano?

## 2. Marcos de Estudio



## 2.1 MARCO TEORICO

---

La adolescencia constituye el periodo de transición de la niñez a la edad adulta y quedaría enmarcado en la segunda década de la vida. Esta transición implica cambios físicos, cognitivos y sociales que la convierten en un periodo crítico para el desarrollo del individuo y una etapa de experimentación con diferentes conductas. A menudo las conductas de riesgo para la salud no son percibidas por los adolescentes como un problema ya que los hábitos que suelen iniciarse en la adolescencia tienen consecuencias para la salud que, normalmente, sólo son visibles posteriormente a medio y largo plazo- (Pastor, Balaguer y García-Merita, 1998).

Es por lo anterior, que la presente investigación se fundamenta en los siguientes modelos: Teoría Ecológica de Desarrollo Humano de Urie Bronfenbrenner. Teoría de Sistemas del biólogo austriaco Ludwig von Bertalanffy y Enfoque Ciclo Vital.

### **2.1.1. Teoría Ecológica del Desarrollo Humano**

La presente teoría se define como “el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos dichos entornos” (Bronfenbrenner, 1987).

La teoría ecológica de Bronfenbrenner, permite explicar la relación existente entre determinados factores (sociales, económicos, culturales, políticos, etc.) y el consumo riesgoso de drogas adoptado por un adolescente, no sólo limitándose a observar, describir o analizar a la persona y su ambiente que lo rodea, como una mera descripción de elementos y características, sino que como el resultado de la interacción (bidireccional) entre ambos; en donde, en un nivel más interno, está el entorno inmediato que contiene a la persona en desarrollo, como por ejemplo: su casa., en un segundo nivel se encuentran las relaciones entre los entornos, las que se convierten en interconexiones decisivas para el desarrollo y

finalmente, en un tercer nivel, el desarrollo de la persona se ve afectado por hechos que ocurren en entornos en los que la persona ni siquiera está presente.

El ambiente ecológico se concibe, como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente (interrelacionadas). Dichas estructuras se denominan: Microsistema, Mesosistema, Exosistema y Macrosistemas. El autor plantea que la disposición que presenten tales estructuras en una sociedad, depende de un cierto “plan” para organizar los entornos”. La estructura de los entornos puede modificarse o cambiar y producir cambios en la conducta y desarrollo de la persona. La forma en que Bronfenbrenner concibe el ambiente, difiere de otros planteamientos, no sólo en el alcance que éste tiene, sino que también en su contenido y estructura. En cuanto al contenido, la importancia radica en que, para la conducta y el desarrollo, el ambiente es el resultado del significado que cada persona le da a sus entornos, es su propia percepción según su medio social y su experiencia. Y en cuanto a su estructura, los ambientes son analizados en términos de sistemas. Respecto a los entornos, se considera que la capacidad de cada uno de ellos de ser eficaz como contexto para el desarrollo, dependerá de la existencia y la naturaleza de las interconexiones sociales entre los entornos, lo que incluye: la participación conjunta, la comunicación y la existencia de información en cada entorno respecto al otro. Para determinar qué factores influyen en el consumo de drogas en adolescentes, la cantidad de ellos, el entorno en que se ubican, las relaciones que se establecen entre ellos y la forma de influencia que alcanzan, es necesario identificarlos según la estructura del ambiente ecológico en que se ubiquen. Al respecto, el Microsistema es la estructura más interna del ambiente ecológico. El microsistema es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales (los tres elementos del microsistema) que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares. Este entorno, es el lugar más cercano a la persona, caracterizado por la posibilidad de relaciones cara a cara. Respecto a los tres elementos del microsistema, se señala a las actividades como “las tareas o las operaciones en las que la persona participa o ve participar a los demás”, al rol como “al conjunto de conductas y expectativas que se asocian con una posición en la sociedad” y a las relaciones interpersonales como “las interconexiones que se perciben entre las personas que participan en el ambiente, no tanto en función de

los sentimientos interpersonales, sino más bien de las relaciones de las distintas partes entre sí, como miembros de un grupo que realizan actividades comunes, complementarias o relativamente independientes” (Bronfenbrenner, 1987).

Al momento de conocer el microsistema de los adolescentes, es relevante identificar sus actividades, los roles asumidos, sus relaciones y el significado que otorgan a dichos elementos, frente al consumo de drogas.

El Mesosistema es la estructura del ambiente ecológico que contiene al microsistema y comprende a las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente. Es un sistema de microsistemas. En este nivel, es importante poder establecer, cómo los microsistemas en los que se mueve el adolescente influyen uno en otro y determinan, en alguna medida, en el consumo de drogas.

El Exosistema es la estructura del ambiente ecológico que contiene a las dos anteriores, se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno. Para el caso del estudio en cuestión, puede ser la familia o amigos del adolescente, entre otros.

El Macrosistema es la última y externa estructura del ambiente ecológico, que contiene a las tres anteriores y que se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro – meso – exo), que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura que, en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias.

En esta estructura tiene relevancia las creencias e ideas que como sociedad se configura, en este caso, respecto al consumo de drogas.

### **2.1.2 Teoría de Sistemas, Ludwig Von Bertalanffy**

El enfoque sistémico, se sustenta en la *Teoría General de Sistemas*, el cual es sumamente válido e importante en la comprensión y abordaje de la familia. A la luz de esta concepción, es considerada el principal de los sistemas humanos, donde se cumple el desarrollo del individuo a través de funciones que hasta el momento han sido intransferibles adecuadamente a otras instituciones. La Teoría General de Sistemas surgió con los trabajos del biólogo alemán Ludwig Von Bertalanffy, publicados entre 1950 y 1968. Ésta no busca solucionar problemas ni proponer soluciones prácticas, pero si producir teorías y formulaciones conceptuales que puedan crear condiciones de aplicación en la realidad empírica. Esta teoría se fundamenta en tres premisas básicas las cuales abordaremos a continuación:

1. Los sistemas existen dentro de sistemas. Las moléculas existen dentro de células, las células dentro de tejidos, los tejidos dentro de órganos, los órganos dentro de un organismo y así sucesivamente. Considerando que el individuo se encuentra inserto en un sistema mayor, entendemos que al enfrentar el consumo de drogas cada adolescente se encuentra dentro de otros sistemas, como lo son el familiar o uno mayor como el suprasistema en donde se presentan las diferentes redes con las cuales interactúa.
2. Los sistemas son abiertos. Esta premisa es consecuencia de la anterior. Cada sistema que se examine, excepto el menor o el mayor, recibe y descarga algo en los otros sistemas, generalmente en los contiguos. Los sistemas abiertos se caracterizan por ser un proceso de intercambio infinito con su ambiente, constituido por los demás sistemas. Por ello cada adolescente es considerado un sistema abierto, en constante intercambio con el ambiente y los sistemas que lo componen, así identificaremos los sistemas con los cuales interactúa un adolescente frente al consumo de drogas.
3. Las funciones de un sistema dependen de su estructura para los sistemas biológicos y mecánicos. Esta afirmación es intuitiva. Los tejidos musculares, por ejemplo, se contraen porque están constituidos por una estructura celular que permite contracciones para funcionar.

Cada individuo es diferente a otro, y por lo tanto presenta diferente estructura como sistema; esta diferencia es la que abordaremos al caracterizar a cada adolescente.

Cada sistema familiar se encuentra compuesto por subsistemas; en éstos cada individuo posee distintos niveles de poder y aprende habilidades diferenciadas, asegurando el cumplimiento de las variadas funciones del sistema total.

Cabe destacar que los límites entre el sistema y los subsistemas deben ser claros y permeables, para que sus transacciones sean adecuadas. Se deben considerar los límites del ego, que tienen relación con las diferencias individuales, los límites generacionales y los límites entre la familia y la comunidad.

Todo sistema familiar posee además una serie de principios sistémicos para explicar su funcionamiento, como lo son: *la totalidad* que se refiere a la *no sumatividad*, es decir, que todo constituye más que la suma de sus partes, la *homeostasis*, la cual permite al sistema mantener un estado de equilibrio a través del tiempo, *la comunicación*, que se refiere a la forma que interactúan los sistemas, la *causalidad circular*, la cual señala que el concepto de totalidad debe considerar el origen de un problema, no linealmente, si no como un proceso circular, sin principio ni fin, *los objetivos*, que reconoce la tendencia de los sistemas familiares por mantenerse vivos, aun cuando la estructura familiar sea disfuncional.

El sistema familiar es más que sólo la suma de sus partes individuales. Por lo tanto, la familia como sistema será vitalmente afectada por cada unidad que lo compone. Tan integral es esta relación entre las partes y el sistema total, que, si un individuo o subsistema familiar flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se ve afectada. A la inversa, si el sistema familiar no está funcionando adecuadamente, los síntomas de esta disfunción pueden desplazarse hacia uno de los miembros.

### **2.1.3 Enfoque Ciclo Vital y Consumo de Drogas**

El ciclo vital pone énfasis en el desarrollo progresivo de capacidades, distinguiendo como el individuo en sus distintas etapas desarrolla formas de interacción con su entorno en función del crecimiento y complejización creciente. El ciclo vital implica un crecimiento, que hace referencia al número y tamaño de las células que componen el organismo, y como este adquiere un desarrollo, que pone atención en las funciones que se van desplegando. Se trata de un proceso dinámico y recíproco entre crecimiento y desarrollo que también depende de las condiciones ambientales en las que interactúa el niño, niña o adolescente.

Este enfoque permite orientar las políticas públicas en función de las potencialidades y riesgos específicos que enfrentan los niños/as y adolescentes durante las distintas etapas de su crecimiento y desarrollo. Su énfasis de intervención sanitaria se sitúa en los obstáculos del crecimiento y desarrollo de las personas, así como en los riesgos de padecer enfermedades o alteraciones en fases posteriores de la vida, junto con la potencialización de sus capacidades acordes a sus respectivas etapas. En este sentido, el ciclo vital constituye una mirada muy apropiada para comprender lo esperable por etapas y sus riesgos asociados, por ejemplo, la aparición de conductas oposicionistas en dos etapas del ciclo vital, con sus expresiones particulares, pero de gran importancia para la estructuración de la voluntad (2-3 años; adolescencia).

El consumo de drogas constituye un factor que, dependiendo de la etapa vital en la que se presenta, va restringiendo en mayor o menor medida el potencial de los niños/as y adolescentes en sus distintos ámbitos de desarrollo, exponiéndolos a situaciones tales como; dificultad para completar sus estudios, desarrollar vínculos sociales positivos, generar redes de apoyo, aprender a manejar las emociones y a enfrentar conflictos, evaluar situaciones de riesgo y anticipar respuestas apropiadas. Así también, el consumo de drogas puede afectar los procesos de desarrollo de la autonomía incluso desencadenar problemas psiquiátricos, lo cual tiene un correlato fisiológico.

Esta conciencia sobre los desafíos particulares de cada etapa del ciclo vital (riesgo o potencialidad) ordena la construcción de estrategias y metodologías apropiadas de prevención, priorizando experiencias estrechamente relacionadas

con las herramientas y recursos, personales o contextuales, con los que cuenta la persona en un momento en particular.

Finalmente, cabe destacar, que los tres modelos anteriormente planteados son la base para el diseño de la presente investigación, que tiene como objetivo *Identificar predictores asociados a consumo riesgoso de drogas en adolescentes que cursan enseñanza media en la comuna de Talcahuano.*



## 2.2 MARCO CONCEPTUAL

---

El término adolescencia aparece por primera vez en el siglo XV, derivado de la palabra latina *adolescere*, que significa crecer o desarrollarse. Sin embargo, mucho antes Platón y Aristóteles ya habían propuesto demarcaciones del ciclo vital similares a las que actualmente consideran los modelos que describen el desarrollo en la etapa juvenil (Lerner & Steinberg 2009).

La Organización Mundial de la Salud (2011) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años y en la cual “se producen importantes cambios, que pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y el desarrollo o de lo contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud”

La adolescencia se caracteriza por cambios físicos y fisiológicos acelerados como los que tienen lugar en la pubertad, siendo además un periodo en que se hace evidente la interdependencia de la biología y el contexto. Además, los cambios que tienen lugar en distintas áreas como habilidades cognitivas, relaciones sociales y motivaciones, permiten a los adolescentes influir activamente en su propio desarrollo a través de la influencia recíproca entre dichas habilidades adquiridas y los contextos ecológicos donde se desenvuelven (Lerner & Steinberg, 2009).

El inicio de la transición biológica que representa la pubertad es citado como el indicador más claro del inicio de la adolescencia. Ésta consiste en una serie de cambios hormonales y del crecimiento físico que resultan centrales en la transición de la niñez a la adultez. La pubertad supone una serie de cambios neuroendocrinos, caracterizados por la activación de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), y elevación en la secreción de gonadotropina y esteroides sexuales, que conducen a la maduración sexual y el crecimiento físico acelerado (Susman & Dorn, 2009).

Para distintos autores el desarrollo emocional en la adolescencia implica como tareas principales establecer un sentido de identidad realista y coherente en el contexto de las relaciones con otros, aprender a afrontar el estrés y manejar las emociones (APA, 2002). Con respecto al establecimiento de la identidad este proceso se ha considerado tradicionalmente como la tarea central de la

adolescencia. Pese a que se acepte que puede comenzar antes y concluir en etapas posteriores del ciclo vital, se propone que se trataría de un proceso clave durante la adolescencia, ya que es durante este periodo cuando los adolescentes cuentan con los recursos cognitivos para reflexionar respecto a quiénes son y qué los hace únicos (APA, 2002). De acuerdo con Erikson el problema central de la adolescencia corresponde a la identidad frente a la confusión. Para este autor la formación de la identidad exige reflexionar en cuáles son los rasgos, habilidades e intereses de la persona, examinar las opciones de vida disponibles en la cultura y comprometerse tras probar distintas opciones. Los aspectos principales en los que se forma la identidad serían de acuerdo con Erikson el amor o relaciones personales, el trabajo y la ideología. La confusión de la identidad ocurriría cuando los adolescentes no logran comprometerse en estos ámbitos al término de esta etapa (Arnett, 2008). La formación de la identidad según este autor depende de distintos procesos. En primer lugar, son relevantes las identificaciones con figuras significativas durante la niñez, las que son evaluadas durante la adolescencia pasando algunas de ellas a asimilarse al yo. En segundo lugar, la exploración de distintas opciones posibles de vida que en algunos casos pueden conducir a la moratoria psicosocial donde los jóvenes posponen las responsabilidades adultas mientras se prueban los yo posibles (Arnett, 2008).

El desarrollo cognitivo proporciona las bases para otros aspectos del desarrollo incluyendo áreas tales como las relaciones familiares, relaciones con los pares desempeño escolar y expresión de conductas de riesgo en la adolescencia (Arnett, 2008). Durante la adolescencia ocurren cambios importantes en la forma en que los jóvenes, piensan y resuelven problemas, así como también en procesos tales como memoria y atención y procesos cognitivos de orden superior como toma de decisiones, y adquisición de conocimiento. Comparados con los niños los adolescentes piensan en forma más avanzada y eficiente, y en general en forma más compleja (Steinberg, 2005).

Durante la adolescencia los individuos logran desarrollar un pensamiento de tipo hipotético, que les permite pensar más allá del aquí y ahora y contrastar sus observaciones con lo que es posible más allá de la realidad que enfrenten en un determinado momento (Steinberg, 2005). Las nuevas habilidades permiten a los adolescentes reflexionar respecto a conceptos abstractos y comprender múltiples

aspectos de una situación o ideas como se refleja en la capacidad para utilizar el sarcasmo o las metáforas (Arnett, 2008). Además, la mejora en la capacidad para manejar el pensamiento abstracto permite la aplicación de este pensamiento más avanzado a asuntos sociales e ideológicos, lo que queda en evidencia en el interés mostrado por los adolescentes por temas como relaciones interpersonales, política, filosofía o religión (Steinberg, 2005).

Otra área que caracteriza el funcionamiento cognitivo de los adolescentes es la capacidad para pensar sobre sus propios procesos de pensamiento o metacognición (Steinberg, 2005). Como resultado de lo anterior los adolescentes pueden mostrar mayor capacidad de introspección y autoconciencia. Este aumento de las habilidades metacognitivas puede conducir a los adolescentes a desarrollar un tipo de egocentrismo o intensa preocupación por sí mismos que impacta en otras áreas.

De acuerdo con Steinberg (2005) el pensamiento de los adolescentes tiende a ser multidimensional, lo que les permite describirse a sí mismos y a los otros en formas más diferenciadas y complejas, y observar los problemas desde distintas perspectivas. Estas habilidades permiten a los adolescentes establecer relaciones interpersonales más sofisticadas y complejas como se refleja en la importancia que adquieren los pares durante este periodo.

Otro cambio relevante del pensamiento adolescente es la tendencia a ver las cosas en términos relativos más que absolutos. Al igual que otros cambios cognitivos antes mencionados, esto tiene efecto en las interacciones sociales ya que los adolescentes pueden llegar a ser más cuestionadores de los planteamientos de los adultos.

Sin duda, la adolescencia es una etapa en que los y las adolescentes están expuestos a nuevos ambientes, a desafíos emocionales, sociales y en que el sentimiento de ser invulnerables, omnipotencia y la influencia de pares es muy fuerte. Hallazgos recientes en la investigación en neurociencias, muestran que el proceso de desarrollo neurológico en el transcurso de la adolescencia se acompaña de una mayor vulnerabilidad frente a diversos factores, entre otros, el consumo de alcohol y otras drogas. En efecto, la edad del primer consumo está inversamente correlacionada con la incidencia de trastornos por consumo de sustancias. Por lo tanto, el consumo de alcohol y otras drogas es un importante factor de riesgo para el

desarrollo integral del adolescente. El consumo de alcohol y otras drogas implica riesgos para la salud que pueden generar consecuencias diversas mucho antes de que se desarrolle la adicción, por lo que es relevante anticiparse a dichas conductas y establecer los procedimientos necesarios de cuidado y protección. Es necesario destacar que los adolescentes parecen ser particularmente susceptibles a las conductas de riesgo, siendo el consumo de sustancias una de ellas, la que a su vez los expone a otros riesgos en tanto les impide tomar decisiones apropiadas; sin embargo, también se reconoce la adolescencia como una etapa de oportunidad para el cambio y mantenimiento de conductas positivas de autocuidado. Por ello, es crucial aprovechar toda instancia de atención del adolescente para fortalecer los factores y conductas protectores e identificar precozmente los factores y conductas de riesgo, con objeto de poder intervenir en forma oportuna.

La Organización Mundial de la Salud (2015) señala que el consumo nocivo de alcohol en adolescentes debe ser considerado como un problema de salud pública, ya que es causa fundamental de traumatismos, en específico de los causados por accidentes de tránsito, violencia y muertes prematuras. Así mismo, el consumo de otras drogas se asocia a mayor frecuencia de traumatismos intencionales y no intencionales, pérdidas económicas, sufrimiento y empobrecimiento familiar y social, delitos, sexo inseguro y otras circunstancias que afectan a terceros y a la sociedad en general (Babor T.2010).

En nuestro país, según el Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar año 2014, En Chile, la realidad del uso de drogas en adolescentes merece preocupación. Según el Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar año 2014, si bien se produjo una disminución del uso diario de tabaco entre escolares, confirmando la tendencia a la baja observada en los últimos estudios publicados, las cifras descienden desde un 16.8% en el año 2011 a un 7.3% en el año 2013. Respecto al consumo de alcohol según sexo, la prevalencia en el último mes para varones fue de 34.6% en el 2011 y 35.6% en el 2013. Para mujeres, la prevalencia en el último mes fue de un 34,9% en el 2011 y de un 35.7% en el 2013. La tasa de incidencia anual del consumo de Marihuana muestra un aumento significativo, por segundo año consecutivo, pasando de 10.5% en 2011 a 18.6% en 2013, estas cifras tienen relación con la disminución en la percepción de riesgo ante el uso de marihuana de manera experimental, la que disminuye de un 46,8% en

2012 a un 34,4% en 2014; respecto de la exposición a oferta directa, en el último año fue de 18,6% (15,2% en 2012) y finalmente la prevalencia en el consumo de cocaína (clorhidrato) se mantiene estable para este indicador en torno al 3%, además se muestra que la mayor prevalencia de consumo de cocaína se encuentra en el estrato socioeconómico bajo. (SENDA, 2012)

Estudios señalan que el cerebro se mantiene en un estado de desarrollo activo, guiado por la experiencia, desde el período prenatal hasta la niñez y la adolescencia. Por este motivo, durante estos períodos de desarrollo, es intrínsecamente más vulnerable, que un cerebro maduro a los efectos adversos a largo plazo de las agresiones químicas o ambientales, como la exposición a alcohol y otras drogas (Squeglia LM, Jacobus J, Tapert SF,2009). En este contexto, se reconoce que, a esta edad, el consumo puede provocar anomalías en las mediciones de funcionamiento del cerebro, vinculadas a cambios en la neurocognición en el tiempo (anomalías en el volumen de las estructuras del cerebro y la activación de las tareas cognitivas (Squeglia LM, Jacobus J, Tapert SF,2009). Otros efectos del abuso/consumo de sustancias en los adolescentes incluyen retraso en el desarrollo de funciones ejecutivas tales como criterio, sentencia, la planificación y la realización de tareas, cumplimiento de metas y las respuestas emocionales exageradas e inmaduras a las situaciones (Volkow ND,2014).

Otro aspecto de gran relevancia dice relación con la edad de inicio del consumo de sustancias; a más temprana edad, mayores riesgos. La evidencia señala que la edad del primer consumo está inversamente relacionada con incidencia de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias (Steinberg,2005)

Aun cuando existe un amplio grupo de jóvenes que no presenta la conducta, el consumo de alcohol y otras drogas es relativamente común y socialmente aceptada entre los y las adolescentes. En este sentido, el uso de drogas legales (alcohol y tabaco) y los mensajes de No riesgo o No daño o de libertad de consumo en los y las adolescentes, generan mensajes ambiguos, pocos claros, que pueden incluso estimular el consumo de algunas sustancias y/o disminuir la percepción de riesgo y por consiguiente pueden aumentar el consumo de éstas (Volkow ND,2014).

C. Arbex (2002) realiza una descripción del perfil de los adolescentes que presentan la conducta de consumo, que en la actualidad sigue vigente y se caracteriza por:

- a) Sujetos que se inician en el consumo de drogas a edades tempranas.
- b) Adolescentes más o menos estructurados que realizan alguna actividad normalizada (estudian o trabajan).
- c) Conviven y dependen de su familia.
- d) Realizan un uso social de las sustancias.
- e) Consumo íntimamente ligado a sus contextos de ocio, a su manera de divertirse y al grupo.
- f) Consumo centrado en el fin de semana que busca acompañar y ampliar sus actividades recreativas en este período de tiempo (más vitalidad y/o con mayores alteraciones perceptivas), para una vez pasado este espacio de tiempo, retornar a sus actividades rutinarias entre semana, a sus estudios y/o a su trabajo.
- g) Mayoría de policonsumidores; consumo simultáneo de varias drogas, pero sobre todo de alcohol, cannabis, y/o estimulantes.
- h) Con poca percepción de riesgo de las sustancias que toman (sobre todo del alcohol y del cannabis). Tampoco se percibe riesgo por un consumo ocasional de otros tipos de drogas: pastillas, ácidos, cocaína. Aunque perciben ciertos riesgos en estas últimas, algunos están dispuestos a asumirlos, porque en su particular balanza “riesgos/beneficios”, los beneficios que esperan, superan los costes que su consumo les puede deparar.
- i) Percepción de control al tratarse de un uso centrado en el fin de semana y no diario. Piensan que esta pauta de consumo no genera dependencia y la percepción de otro tipo de riesgos es muy baja.
- j) Percepción del uso de drogas como masivo y algo muy extendido en su generación (todos los chicos/as toman algo cuando salen los fines de semana), lo cual autojustifica su propio consumo.

Cabe destacar, que es importante insistir en que hay grandes variaciones individuales y culturales, por lo que no habría un perfil único, teniendo los y las adolescentes diferentes formas de aproximarse a los usos de alcohol y otras drogas (Arbex C.2002)

Mientras más son los riesgos a los que está expuesto un/a adolescente, y mayor sea la probabilidad de acceso a sustancias, mayor es la probabilidad de que inicie el consumo de estas, lo instale entre sus conductas habituales y luego abuse de las mismas. Algunos de los factores de riesgo pueden ser más poderosos que otros durante ciertas etapas del ciclo vital, como la presión de los compañeros/ pares durante los años de la adolescencia; al igual que algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre sus figuras de apego durante los primeros años de la niñez que pueden tener un impacto mayor en reducir los riesgos futuro (National.2010)).

Para efectos de la investigación profundizaremos en los factores predictores asociados al consumo de drogas, los cuales abordaremos a continuación:

- a) La crianza es un proceso dinámico y complejo que incluye, por un lado, la obligación de los padres de cubrir las necesidades básicas del niño, tanto físicas como afectivas y psicosociales, y por otro, facilitarle pautas de aprendizaje y ciertas condiciones de estímulo que favorezcan un desarrollo biopsicosocial saludable. Desde la perspectiva ecológica se sostiene que el comportamiento parental está determinado por varios factores, como los individuales (características de la personalidad de los padres o de los hijos), evolutivos, familiares, sociales y contextuales. El conjunto de estos factores desencadenaría algunos comportamientos y actitudes concretos que marcan un estilo educativo propio.

Los modelos de crianza entendidos como la forma de inculcar disciplina, hábitos o valores, no se desarrollan de forma unilateral en los padres, sino que se dan en un marco de relaciones, donde los padres reciben mensajes verbales y no verbales de sus hijos y con ello modulan sus estilos de crianza. Padres e hijos reciben la retroalimentación (feedback) bidireccional que irá configurando su estilo educativo. Las características personales de los padres y de los hijos (saludables o con patologías) influirán sobre los propios

modelos de crianza que se desarrollen en el entorno familiar. Las relaciones entre padres e hijos se han mantenido como uno de los temas más relevantes para quienes estudian la etapa de la adolescencia (Steinberg, 2001). Uno de los temas que permite visualizar los cambios en las relaciones entre padres e hijos en la adolescencia es el del conflicto y separación. Las discusiones, conflicto y desacuerdo familiar en relación con asuntos cotidianos pueden estar presentes, especialmente al inicio de la adolescencia. (Collins & Laursen, 2004, citados en Smetana, et al, 2006).

El conflicto en la adolescencia temprana sería una perturbación normativa y temporal, funcional a la transformación en las relaciones familiares. El conflicto moderado está asociado a un mejor nivel de ajuste que el conflicto frecuente o la ausencia de conflicto (Adams & Laursen 2001, citados en Smetana, et al., 2006), y no influiría en la calidad de las posteriores relaciones padres-hijos. Los conflictos a nivel familiar tienen mayor frecuencia durante la adolescencia temprana para luego declinar, mientras la intensidad de los conflictos se incrementa entre la adolescencia temprana y media, especialmente en las díadas madre-hija (Smetana et al., 2006).

Diversos investigadores han considerado a las familias disfuncionales o desorganizadas como un fuerte factor de riesgo, generador de individuos con problemas comportamentales o de adaptación. Al respecto, Estévez, Musitu y Herrero (2005) sostiene que las familias desorganizadas lo son porque rompen con la función socializadora de los hijos. Esta condición las predispone a la incorporación de estilos de vida y comportamientos desadaptativos, ya que de hecho dificultan la tarea de los padres en la educación de los hijos, entorpecen y sabotean la labor de la escuela como transmisor de conocimiento y, además, permiten, con su ausencia de control, que los hijos se asocien con amigos que suelen tener valores antisociales.

De igual forma, se ha determinado que la familia es una de las variables más importantes en la etiología y mantenimiento del abuso de drogas. Las relaciones entre el uso y abuso de drogas y la dinámica del funcionamiento familiar ha sido objeto de numerosas investigaciones.

Algunos estudios, como los de Herman y McHale (1993) y Otero, Mirón y Luengo, (1989) y Latimer et al. (2000) han confirmado la relación entre el consumo de drogas en los hijos y un ambiente familiar conflictivo y hostil. Se sostiene que la

crianza de niños de familias con alto nivel de conflicto es un poderoso factor de riesgo para el desarrollo e internalización de comportamientos desadaptativos, Bragado, Bersabé y Carrasco (1999).

Carvalho et al. (1995) exploraron la relación entre las relaciones familiares y el consumo de drogas a través de un análisis multivariado con 16,378 estudiantes de secundaria en Brasil. Se exploraron datos objetivos sobre las familias y las percepciones de los escolares sobre las mismas. Los hallazgos sugieren que la ocurrencia de la violencia en casa es el principal factor implicado en el uso de alcohol y otras drogas entre los adolescentes. El estado conyugal de los padres no constituyó por sí mismo un fuerte factor relacionado al uso de sustancias e incluso no se vio una relación estadísticamente significativa con el uso frecuente de alcohol. En general, los factores subjetivos intrafamiliares (las percepciones que los individuos tenían sobre sus familias) tuvieron mayor impacto en el uso de alcohol y otras drogas de los adolescentes, en comparación a condiciones familiares objetivas, como el estado civil de los padres. Los autores sugieren que la calidad de las relaciones familiares conforma un determinante de mayor importancia que la situación formal de la familia.

- b) Referente a los estilos de vida de los adolescentes, este concepto ha sido utilizado por diferentes áreas del conocimiento como la psicología, sociología, publicidad, salud y otros más. Según Vargas (2009) es importante comprender el sentido inherente de su concepción en otras dimensiones de la vida, por ejemplo, en el ámbito social, cultural y económico, ya que el estilo de vida de las personas tiene repercusiones en su calidad de vida, en las demás personas y en el entorno en que se desarrollan.

El glosario de Promoción de la Salud (O.M.S., 1999) define estilo de vida de una persona como aquel "compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones".

Cabe destacar, que la Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020, incluye la meta de reducir la discapacidad asociada a trastornos mentales, entre otros, aquellos debidos al consumo de sustancias e identifica como una de sus herramientas para alcanzarla, el ingreso a tratamiento de adolescentes con trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas. Por otra parte, el foco estratégico general en la población adolescente, incorpora objetivos en detección e intervención de factores de riesgo, entre los cuales aparece el consumo de alcohol y otras drogas.

Lo anterior, debido a que, si bien puede existir un compromiso del estado general de salud, los adolescentes abusadores y dependientes presentan menor acumulación de problemas médicos que los adultos portadores del mismo diagnóstico (Clark, 2004; Mack and Frances, 2003). Este hecho, al igual que la ausencia de otros problemas graves fácilmente identificables y que son típicos de los adultos dependientes (cesantía, separación conyugal, pérdidas económicas, etc.) podría incidir en una menor motivación al cambio por parte de los jóvenes. En otras palabras, por estar en los comienzos del proceso adictivo, los adolescentes tienden a ver más las ventajas que las desventajas del consumo (Monti et al., 2001). No obstante, lo anterior, el consumo perjudicial o la dependencia en adolescentes pueden afectar el logro de una serie de tareas propias de esta etapa del desarrollo, las que de no cumplirse pueden significar una merma en el desempeño psicosocial posterior de la persona (Monti et al., 2001).

- c) Respecto al Autoestima, el logro de un sentido de identidad personal constituye una de las principales tareas del desarrollo en esta etapa. De acuerdo con algunos autores la identidad incluiría dos conceptos. En primer lugar, encontramos el autoconcepto, que se refiere al conjunto de creencias que se tiene sobre uno mismo. Incluye creencias de los atributos propios como roles, metas, intereses, valores y creencias (APA, 2002). Heatherton y Wyland (2003) plantean que incluye además aspectos abstractos tales como raza, preferencias y características y otros más concretos que constituyen descripciones personales tales como estatura y peso. En segundo lugar, el concepto de autoestima que implica la evaluación global del sí mismo que expresa un juicio personal de desaprobación o valor personal (Zimmerman,

Copeland, Shope & Dielman, 1997). La autoestima es una actitud hacia el sí mismo y se relaciona con las creencias respecto a las propias habilidades, relaciones sociales y futuro (Heatheron & Wyland, 2003).

Las conceptualizaciones han distinguido entre autoestima global y autoestima específica. La autoestima global se refiere a la evaluación del sí mismo como un todo, mientras que la autoestima específica se refiere a la evaluación de determinados aspectos del sí mismo (APA, 2002). El rol de la autoestima en el desarrollo adolescente ha sido documentado por distintos autores (Zimmerman, et al., 1997). La baja autoestima se ha asociado a depresión, delincuencia, uso de drogas y malos resultados académicos. Por el contrario, el desarrollo de un sentido positivo de valor personal puede representar un factor protector de distintas conductas problema.

En resumen, sin duda el patrón de uso y dependencia a sustancias es distinto entre adolescentes y adultos siendo la adolescencia es la edad en que más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y la dependencia a sustancias (Compton et al. 2005). Además, los adolescentes poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias que los adultos. Su uso en este grupo etario se encuentra altamente influido por las conductas de quienes conforman su contexto familiar (especialmente los padres) y sus pares (Clark, 2004). Una vez iniciado el consumo, y a veces sin pasar por un abuso, los adolescentes pueden escalar una rápida progresión a la dependencia (Clark, 2004; Winters, 1999). Más aún, el síndrome de dependencia a sustancias posee características clínicas diferentes entre adolescentes y adultos. Estudios que investigan el abuso y la dependencia al alcohol en grandes muestras de población general adolescente (Fulkerson et al., 1999; Harrison et al., 1998) han evidenciado que: el síndrome de abstinencia a alcohol es raro en este grupo etario; la tolerancia tiene baja especificidad para el diagnóstico de la dependencia; los problemas de salud físicos asociados al uso de sustancias no son tan frecuentes como en los adultos dependientes al alcohol; el abandono de las actividades habituales para utilizar alcohol puede no estar presente en adolescentes dependientes. Este perfil de la dependencia en adolescentes podría llevar a una débil consideración de la gravedad del problema, tanto por parte de los propios jóvenes, como por su familia y el sistema de salud.

Finalmente, cabe destacar, que es fundamental señalar que la aproximación a la intervención en adolescentes parte de la base de reconocer que el ser humano transita por diversas etapas de un ciclo vital, claramente definidas, en las que se desarrollan diversos aspectos físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Por lo tanto, dentro de este proceso los adolescentes tienen necesidades y demandas específicas en diversos ámbitos.



## 2.3 MARCO EMPIRICO

---

Alejandro Maturana H (2011) en su estudio titulado “Consumo de Alcohol y Drogas en Adolescentes” señala que el uso y/o abuso de nicotina, alcohol y drogas ilegales es una conducta que está siendo cada vez más frecuente en la población adolescente, sobre todo en la asociación a otras conductas de riesgo, tales como violencia, actividad sexual no planificada, deserción escolar, conducción de vehículos en forma imprudente, entre otras. Es así como, el uso de las distintas drogas, tanto legales como ilegales, se da en relación a un sin-número de variables: las relacionadas al sujeto y al proceso en el cuál este se encuentra inserto, la familia, el grupo de pares, el colegio y los contextos de ocio y tiempo libre. Todas estas variables deben ser abordadas y manejadas por los equipos que trabajan con adolescentes, entendiendo que muchas de estas variables, van a ser iniciadoras, gatilladoras o mantenedoras de consumos. Es fundamental, la mirada preventiva a estos usos y/o abusos de las distintas drogas, entendiendo que la mayoría de los adolescentes en Chile no consume y que todo consumo no necesariamente constituye un consumo problemático, pero si todo consumo en un adolescente constituye un Consumo de Riesgo.

Javier Pons y Sofía Buelga en su estudio titulado “ Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica” analizan los factores asociados al consumo juvenil de alcohol a través de una revisión desde la perspectiva ecológica, en la cual, se integran las variables psicológicas, relacionales y socioculturales, donde el consumo de alcohol es analizado como parte integrante de la cultura juvenil, despojando la explicación de contenidos patologistas o moralistas, y aproximándonos a la concepción de que el consumo de alcohol es un medio que utiliza el adolescente para lograr su ajuste en una sociedad que se caracteriza por la complejidad. Algunas de las conclusiones señalan: que la autoestima social y el consumo de alcohol es diferente en la adolescencia temprana de 12 a 14 años y en la adolescencia media de 15 a 17 años: en la adolescencia temprana ambas variables no muestran relación significativa, mientras que en la adolescencia media la autoestima social actúa como

predicador del consumo de alcohol. Respecto al contexto familiar la percepción de ausencia de afecto y aceptación representa un factor crítico que favorece el consumo de alcohol cuando el hijo es adolescente (Buelga y Musitu, 2006; Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003). Las estrategias parentales reprobadoras, escasamente afectivas y poco respetuosas con el hijo aparecen más frecuentemente entre los adolescentes que consumen alcohol de manera abusiva; pero también un estilo educativo caracterizado por la reducción significativa del control parental, actúa como factor de riesgo (Martínez-Álvarez, Fuertes, Ramos y Hernández-Martín, 2003).

Las autoras Arántzazu Rodríguez, Sonia Ruiz de Azúa y Alfredo Goñi realizaron en el año 2004 un estudio sobre autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia cuyo objetivo fue identificar las eventuales relaciones que puedan producirse entre las respuestas al Cuestionario de Autoconcepto Físico y a la Escala de Bienestar Psicológico, y distintas variables como: salud subjetiva, consumo de alcohol y de tabaco, actividad física, etc., las cuales permiten definir un determinado estilo de vida de los/as adolescentes. La muestra de este estudio estuvo conformada por 539 estudiantes con edades comprendidas entre los 12 a 23 años. 181 estudiaban en tres centros de San Sebastián (un centro de Educación Secundaria y dos Facultades Universitarias) y 358 en cinco centros de Vitoria- Gasteiz (cuatro centros de Educación Secundaria y una Escuela Universitaria). Los resultados de este estudio son los siguientes: manifiestan un autoconcepto físico más elevado quienes practican deporte con regularidad, el autoconcepto decrece del grupo que mejor cree alimentarse al que peor quedando en una situación intermedia quienes creen que su alimentación es igual de sana que la de los demás. Una vida poco saludable conlleva una percepción negativa, mientras que el autoconcepto positivo va de la mano de los hábitos sanos.

Un estudio realizado en Chile en la región del Maule el año 2012, llamado "Estilo de vida y jóvenes universitarios y su relación con factores personales, familiares y sociales" de Ana María Yáñez Corbalán, cuyo objetivo es conocer y describir los Estilos de Vida adoptados por Jóvenes Universitarios de la Universidad de la Región del Maule y su relación con Factores Personales (demográficos y autoestima), Académicos, Familiares y Sociales. Su muestra estuvo constituida por 350 hombres y mujeres, jóvenes estudiantes, de todas las carreras de pregrado,

activas de la Universidad seleccionada. Sus principales resultados fueron: Los y las jóvenes del estudio, en total el 63%, reconoce que “nunca” o “pocas veces” a la semana, realizan algún ejercicio o práctica física durante al menos 30 minutos, tres veces a la semana, lo que los aleja de lo mínimo estipulado por la OMS, como tiempo necesario para la realización de ejercicio físico; por cuanto, las prácticas de Actividad Física, en ambos grupos de jóvenes, resultan ser No Saludables. El consumo de alimentos no saludables o perjudiciales para la salud, característica que se visualiza cuando el 25% de la población en estudio, incluidos 2009 y 2011, asumen que la mayoría de los días consumen frituras, golosinas, “comida rápida y bebidas artificiales. Frente al Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales (tercer componente de Estilos de Vida), la población juvenil del estudio resulta con un promedio general de la dimensión de 7,12 (DS=2,39) con un estilo de vida que se ubica dentro de los hábitos considerados como Saludables, dado que su promedio está por debajo de los 14 puntos, que es el límite de lo calificado como saludable para esta dimensión. Resalta que sobre un 80%, no presenta consumo drogas ilegales, el 67% no consume tabaco y un 33% señala no tener consumo de alcohol. La capacidad de hacer frente de manera sana a las situaciones conflictivas o problemáticas, es lo que evidencia la dimensión Afrontamiento, el 93% de los jóvenes, de ambos años, cuyas puntuaciones se encuentran bajo la puntuación máxima de 20 puntos de lo considerado saludable; siendo el promedio general de la dimensión de 14,54 31(DS=3,16).En conclusión, para la mayoría de los Jóvenes de la Universidad en estudio, sus Estilos de Vida son Saludables; pero con una riesgosa cercanía a lo considerado no saludable; debiendo trabajar aquellas conductas que pudieran llevar a un cambio en dichos estilos de vida.

Patricia Cid-Monckton y Luiz Jorge Pedrão en el año 2011 desarrollaron el estudio denominado “Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. Se trata de un estudio transversal, cuantitativo, cuyo objetivo fue verificar los factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes, considerando los patrones de interacción que se desarrollan en la familia, sus grados de adaptabilidad y vulnerabilidad. Participaron del estudio 80 adolescentes de género femenino, del 1º al 4º año de la Enseñanza Media, que respondieron a un cuestionario. Se establecieron los factores de riesgo y protección de mayor relevancia que estarían

influyendo en esta situación, tales como, patrones de interacción, grado de adaptabilidad, modo de afrontamiento de los problemas, recursos de la familia y valores. Los factores de mayor riesgo fueron el modo de enfrentar los problemas, y dentro de estos, la falta de apoyo religioso y la búsqueda de apoyo profesional, conjuntamente con las dificultades de comunicación intrafamiliares. Los de menor riesgo fueron los valores, como el esfuerzo personal. Los resultados obtenidos resaltan que el enfermero debe asumir como parte de su rol las intervenciones psicosociales, especialmente en la población escolar, ya que así estarían actuando como agentes de prevención del consumo de drogas.

Delcy Cáceres, Isabel Salazar, María Varela y José Tovar de la Pontificia Universidad Javeriana, CAL en su estudio denominado “Consumo de Drogas en Jóvenes Universitarios y su Relación de Riesgo y Protección con los Factores Psicosociales”. Esta fue una investigación descriptiva y no experimental que identificó el consumo de drogas legales e ilegales y los factores psicosociales de riesgo y de protección relacionados con el consumo. La muestra fue de 763 universitarios de Cali, Colombia. Se diseñó y validó un cuestionario que identifica el consumo de cuatro drogas ilegales, dos legales y 13 factores psicosociales. En la muestra seleccionada se encontró asociación significativa global entre los factores psicosociales y psicológicos evaluados y el consumo de todas las drogas ilegales y legales y, de manera independiente, con algunas variables que conforman los factores psicológicos y sociales. Los factores sociales globales, se relacionaron significativamente con el consumo de tabaco, marihuana, éxtasis y opiáceos, pero no con el alcohol y la cocaína. De igual forma, la presente investigación encontró que el alcohol es la droga legal y la marihuana la ilegal más consumida entre los jóvenes.

Carvalho et al. (1995) exploraron la relación entre las relaciones familiares y el consumo de drogas a través de un análisis multivariado con 16,378 estudiantes de secundaria en Brasil. Se exploraron datos objetivos sobre las familias y las percepciones de los escolares sobre las mismas. Los hallazgos sugieren que la ocurrencia de la violencia en casa es el principal factor implicado en el uso de alcohol y otras drogas entre los adolescentes. El estado conyugal de los padres no constituyó por sí mismo un fuerte factor relacionado al uso de sustancias e incluso no se vio una relación estadísticamente significativa con el uso frecuente de alcohol.

En general, los factores subjetivos intrafamiliares (las percepciones que los individuos tenían sobre sus familias) tuvieron mayor impacto en el uso de alcohol y otras drogas de los adolescentes, en comparación a condiciones familiares objetivas, como el estado civil de los padres. Los autores sugieren que la calidad de las relaciones familiares conforma un determinante de mayor importancia que la situación formal de la familia.

Finalmente el estudio denominado “Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud” cuyos autores son Patricia Cid H, José Manuel Merino E, Jasna Stieповich B., donde el objetivo principal era analizar el estilo de vida que promueven la salud ( HLP ) en una comunidad de Concepción e identificar los factores personales que pueden ser predictores de tal estilo de vida, se realiza con personas inscritas en el registro del servicio de salud de la comuna constituyéndose una muestra de 360 sujetos de ambos sexos, de 15 a 64 años. Sus principales resultados de esta investigación fueron: Cuando se compara el sexo y EVPS se encuentra que: las mujeres tenían un estilo de vida más promotor de salud que los hombres. El promedio de EVPS en mujeres fue de 134,5 puntos y los hombres tuvieron en promedio siete puntos menos, diferencia estadísticamente significativa al seis por diez mil. La edad de las personas también resultó un predictor significativo de su EVPS: existió una relación positiva entre la edad y el puntaje EVPS total, esto es, a mayor edad puntajes más altos en la escala EVPS. Las personas menores de 35 años obtuvieron 129,2 puntos, las de 35 a 55 tuvieron en cambio casi cuatro puntos más, mientras que las mayores de 55 alcanzaron el puntaje más alto con una diferencia de más de seis puntos. La diferencia de puntaje de EVPS fue significativa al tres por cien. Al relacionar acceso a salud con EVPS, resultaron diferencias estadísticamente significativas en los promedios obtenidos, observándose que las personas con acceso a salud obtuvieron una media de 133,2 puntos, en tanto las personas sin acceso obtuvieron un promedio de 119,4 en la escala, esto es, catorce puntos menos. La autoestima resultó ser un importante predictor del EVPS. Su efecto fue, positivo: a medida que aumenta la autoestima, más alto es el nivel de EVPS. El efecto detectado indica que la autoestima explica el 13,2% de la variación total de la variable dependiente EVPS. En términos de la ecuación de regresión, la escala EVPS expresa un aumento de 1,6 puntos por cada unidad de aumento en autoestima. Estos hallazgos

sugieren que las personas deben asumir un rol más activo en el desarrollo y mantención de conductas saludables, particularmente considerando el informe de la OMS, en que se demuestra que las enfermedades no transmisibles (asociadas a estilo de vida) fueron responsables de 60% de las muertes y de 43% de la carga de enfermedad global. Las variables sociodemográficas observadas en este estudio (sexo y edad), así como las socioeconómicas (acceso a salud y ocupación), no son susceptibles de modificar por intervención, pero son útiles para identificar y prestar mayor atención a personas que se encuentran en las categorías más vulnerables, por ejemplo: adultos jóvenes, obreros y sin acceso a salud.

Si bien existen variadas investigaciones que abordan la temática del consumo de drogas, los factores predictores del consumo drogas en población adolescente han sido insuficientemente atendidos, por lo cual, es fundamental desarrollar investigaciones que contribuyan a la generación de conocimiento científico respecto a esta temática, de manera, de mejorar las intervenciones sobre este tema.





## CAPITULO II

### **3. Objetivos de Estudio**



### 3.1 OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

---

#### **Objetivo General:**

Identificar predictores asociados a consumo riesgoso de drogas en adolescentes que cursan enseñanza media en la comuna de Talcahuano

#### **Objetivo Específicos:**

- Describir a la población de estudio de acuerdo a variables sociodemográficas y familiares en función de grupos de riesgo.
- Comparar los estilos de vida presentes en adolescentes que cursan enseñanza media en la comuna de Talcahuano en función de grupos de riesgo.
- Identificar la existencia de asociaciones entre el consumo de drogas y características personales, características familiares, y estilos de vida en adolescentes que cursan enseñanza media en la comuna de Talcahuano a través de variables significativas.
- Identificar mejores predictores en adolescentes que cursan enseñanza media en la comuna de Talcahuano.

#### **Hipótesis**

- Los estilos de vida de los jóvenes de enseñanza media influyen en el nivel de consumo de alcohol y drogas que estos presentan.
- Las características familiares, personales y comunitarias influyen en el estilo de vida y nivel de consumo de los jóvenes de enseñanza media de la comuna de Talcahuano.



## 4. Metodología



#### **4.1 Tipo de Estudio:**

Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo – correlacional y de corte transversal.

#### **4.2 Unidad de Análisis/Observación:**

La unidad de análisis corresponde a los factores Predictores en adolescentes que cursan enseñanza media en la comuna de Talcahuano y su consumo riesgoso de drogas y la unidad de observación corresponde a adolescentes que cursan la enseñanza media de la comuna de Talcahuano.

#### **Criterio de Inclusión de la unidad de observación.**

- Hombres y mujeres entre 14 y 18 años de edad.
- Jóvenes que se encuentren matriculados en Liceos Industrial A-23, Liceo Técnico C-25, Liceo B-22 pertenecientes a la comuna de Talcahuano.

#### **Criterios de Exclusión de la unidad de observación.**

- Hombre y mujeres mayores de 18 años

#### **4.3 Delimitación espacial**

La investigación tiene una cobertura espacial de carácter comunal, al considerar a la totalidad de los establecimientos municipales de enseñanza media de la comuna de Talcahuano que cuentan con el Programa Actuar a Tiempo de SENDA.

#### **4.4 Población de estudio:**

La población de estudio corresponde a adolescentes que cursan su enseñanza media en Liceo Industrial A -23, Liceo Técnico C-25 y Liceo Comercial B-22 de la comuna de Talcahuano y que fueron tamizados para la implementación del Programa Actuar A Tiempo de SENDA los cuales ascienden a 90..

Con el objetivo de categorizar la población de estudio según grupo “consumo” y “no consumo y de poder realizar análisis comparativo de cada una de las variables de la investigación, se aplicará la Guía para la detección del consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes (DEP-ADO) (Molina,2009)

Este instrumento fue desarrollado por el centro Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives Québec (RISQ) (Germain et al., 2007), adaptado y validado para Chile por Molina (2009).Consiste en una pauta de entrevista

estructurada que indaga el patrón de consumo de sustancias de un adolescente, arrojando puntajes en tres factores: (a) consumo de alcohol y marihuana, (b) consumo de otras drogas y (c) consecuencias del consumo. Posee un alto valor clínico al entregar puntajes de corte para tres categorías en formato de “semáforo”: consumo exploratorio “verde”, consumo moderado “amarillo” y consumo problemático “rojo”. En sus cualidades psicométricas, el estudio original (Germain et al., 2007) reporta validez predictiva con sensibilidad 0.84 y especificidad 0.91; confiabilidad test-retest de 0.94 y consistencia interna entre 0.66 y 0.84 para los diferentes factores, en la adaptación chilena se observó un Alfa de Cronbach 0.72 para la escala total. Datos actuales revelan elevados índices de validez externa al correlacionar el puntaje total con los valores obtenidos para los factores de Alcohol y Drogas ( $r = 0.38$ ;  $p < 0.001$  y  $r = 0.43$ ;  $p < 0.001$ ) del CESMA (Alarcón et al., 2011); de Drogadicción del IRNC ( $r = 0.74$ ;  $p < 0.001$ ); y de Alcohol y Drogas de la FER-R ( $r = 0.74$ ;  $p < 0.001$ ).

Tras la aplicación de este instrumento la población de estudio quedó compuesto de la siguiente manera:

- ✓ Todos aquellos adolescentes que obtuvieron puntaje 0 tras la aplicación del instrumento DEP-ADO se integraron al grupo “No Consumo”
- ✓ Todos aquellos adolescentes que tras la aplicación del instrumento DEP ADO por el puntaje obtenido quedaron clasificados en consumo exploratorio “verde” y consumo moderado “amarillo” se integraron al grupo “Consumo”.
- ✓ Cabe destacar, no se identificaron estudiantes que presentaran consumo problemático “rojo”.

Configurándose de esta manera dos grupos de estudio identificados como “consumo” y grupo “no consumo”, los cuales se detallan a continuación:

<b>Tabla N°1: Distribución de Grupos</b>			
<b>Establecimiento Educativo</b>	<b>No consumo</b>	<b>Consumo</b>	<b>Total</b>
Liceo Industrial A -23	15	15	30
Liceo Comercial B-22	15	15	30
Liceo Técnico C-25	15	15	30
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>90</b>

Fuente: Elaboración Propia

#### **4.5 Fuentes y técnicas de recolección de datos:**

La fuente de información es directa ya que se obtuvo de los propios adolescentes de enseñanza media de la comuna de Talcahuano. Y como técnica de recolección de datos se utilizó un cuestionario autoadministrado, el cual, fue construido por la investigadora.

#### **4.6 Identificación y definición de variables**

##### **1-Variable Dependiente:** Consumo Problemático de Drogas y Alcohol

**Definición Nominal:** Se refiere al uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial, para la persona que consume o su entorno, esto es problemas de salud (incluidos los signos y síntomas de dependencia), problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones, entre otros (SENDA).

**Definición Operacional:** Por medio de la aplicación de la *Guía para la detección del consumo problemático de alcohol y drogas en adolescentes (DEP-ADO)*. El presente instrumento fue desarrollado por el centro Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives Québec (RISQ).

## 2-VARIABLES INDEPENDIENTES:

### A) Estilos de Vida

Definición Nominal: conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general el vivir de un individuo o grupo"(Sánchez Bañuelos, 1996; Casimiro, 1999. Citados en López, 2009).

Definición Operacional: Por medio de la aplicación del cuestionario de "Estilos de vida en Jóvenes Universitarios" (CEVJU-R) diseñado por Salazar, Varela, Lema, Tamayo, y Duarte (2009).

Definición real: -Dimensiones

#### 1-Dimensión: Actividad Física

**Definición Nominal:** La OMS define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía.

#### 2-Dimensión: Tiempo Libre

**Definición Nominal:** Tiempo del cual se dispone con mayor autonomía para un uso personal. (OPS, 2017). Este se considera como uno de los factores que favorece y promueve el desarrollo integral de las personas, permitiéndole así, mejorar su calidad de vida formando así la identidad social en el caso especial de los jóvenes; "se revela como factor específico para propiciar y facilitar el desarrollo integral de cada persona, pudiendo ser un recurso para incrementar la calidad de vida, el equilibrio mental, así como la expansión cultural idónea para la formación de la identidad social, especialmente en el caso de las y los adolescentes y jóvenes" (Monteagudo 2004. p,9).

#### 3-Dimensión: Alimentación

**Definición Nominal:** Los hábitos alimenticios saludables son aquellos que se aprenden a lo largo de la vida, esto quiere decir que se mantienen, pero pueden cambiar según el estilo de vida; es importante tener en cuenta que la cantidad de alimentos, muchas veces no reemplaza la calidad de estos debido a que no tienen

los complementos vitamínicos que deben tener una dieta equilibrada que incluya alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas (Castañeda, Rocha y Ramos, 2008).

**4-Dimensión:**Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales

**Definición Nominal:** Se refiere al uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial, para la persona que consume o su entorno, esto es problemas de salud (incluidos los signos y síntomas de dependencia), problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones, entre otros. (SENDA, 2017)

**5-Dimensión:**Sueño

**Definición Nominal:** El sueño es un estado (o conducta compleja), diferente de la vigilia, con la que está íntimamente relacionado, aunque ambos expresen distintos tipos de actividad cerebral. Los dos estados se integran en un conjunto funcional denominado ciclo vigilia-sueño, cuya aparición rítmica es circadiana y resultado de la interacción de diferentes áreas a nivel del troncoencéfalo, diencéfalo y corteza cerebral.

**6-Dimensión:** Habilidades Interpersonales

**Definición Nominal:** Son un repertorio de comportamientos que adquiere una persona para interactuar y relacionarse con sus iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria. Según Novoa, Barreto, y Silva (2012), el ser humano es esencialmente un sujeto social que vive y se desarrolla en un proceso de aprendizaje exterior determinado por el entorno en que interactúa.

**7-Dimensión:**Afrontamiento

**Definición Nominal:** Según Lazarus y Folkman (1984) definen "aqueellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente, cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo"

**8-Dimensión:** Estado Emocional Percibido

**Definición Nominal:** Se entiende como una relación entre el estado emocional y el bienestar, este permite tener un grado de equilibrio emocional para afrontar situaciones o emociones negativas (Zeidner, Matthews y Roberts, 2009). E

### **B) Autoestima**

Definición Nominal: Concepción unidimensional del auto-concepto según la cual las personas construyen una visión global de sí mismas, haciendo alusión además a la aceptación social percibida cuando las personas se comparan con los demás en general y no sólo con los pares. (Helmreich, Stapp y Erwin, 1974).

Definición Operacional: TSBI (Inventario de Comportamiento Social de Texas), desarrollado por Helmreich, Stapp y Erwin en 1974.

### **C) Funcionamiento Familiar**

Definición Nominal: Cambio que se producen en las familia superando el incómodo debate sobre normalidad y anormalidad (Smilkstein, et al).

Definición Operacional: Por medio de la aplicación del APGAR Familiar diseñado por Smilkstein.

### **D) Variables Sociodemográficas y Familiares ( Variable Independiente Secundaria):**

Definición Nominal: Otras Variables consideradas con el fin de caracterizar a la población e indagar asociaciones: Sociodemográficas: Sexo, Edad, Nivel Educativo. / Familiares: Tipo de familia, entre otros.

Definición Operacional: Por Medio de Preguntas Elaboradas por la tesista.

#### 4.7 Instrumento de recolección de datos:

El instrumento de recolección de datos se encuentra compuesto por 4 partes (Anexo N°1):

- a) Una primera parte, que dice relación con la medición de características sociodemográficas y familiares. (Sexo, Edad, Nivel Educativo, Tipo de Familia, entre otros). Para esto, la tesista utilizara una fuente de información directa (preguntas desarrolladas por la investigadora).
- b) Una segunda parte, considera la medición de estilos de vida, a través del cuestionario de *“Estilos de vida en Jóvenes Universitarios” (CEVJU-R)* diseñado por Salazar, Varela, Lema, Tamayo, y Duarte (2009). Este instrumento fue validado el año 2009 por el grupo de investigadores mencionados, de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia, en su estudio denominado *“Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios”*. El CEVJU-R constó de dos etapas: la primera versión (CEVJU-I) en el cual se logró la fiabilidad y validez de constructo. Mientras que la segunda versión CEVJU-II contempló un nuevo análisis de los ítems y de la estructura interna del cuestionario, en conjunto con el juicio clínico, lo cual favoreció la validez de constructo y de contenido. De este modo, la versión definitiva, el CEVJUR, quedó constituida por ocho dimensiones, con niveles moderados de consistencia interna, que explican el 39,62% de la varianza total, y específicamente, las conductas de salud son evaluadas por un total de 40 ítems de los 68 que incluye el cuestionario completo.

Las formas de respuesta varían para cada tipo de pregunta. Así, para las conductas la escala de respuesta es tipo Likert, mientras que para los recursos es de múltiple opción de respuesta y para las motivaciones es de única opción de respuesta.

Dicho instrumento contiene 8 dimensiones: alimentación, actividad física, sueño, tiempo libre, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, afrontamiento, relaciones interpersonales y estado emocional, con un total de 68 preguntas, cuyas opciones de respuesta en algunos casos son siempre; frecuentemente; algunas veces y nunca.

Los puntajes para cada dimensión se explicitan en la tabla expuesta a continuación. Las categorías de calificación de Estilos de Vida en relación a las prácticas habituales, se dividen en: Saludables y no saludables, las cuales se establecen en torno a la frecuencia de las practicas realizadas por los/as estudiantes. También, el instrumento midió las motivaciones fundamentales de los estudiantes que los llevan a realizar o no, las actividades mencionadas en las dimensiones señaladas anteriormente, además de su satisfacción y los recursos para la ejecución de cada una de ellas. Cabe señalar que las puntuaciones son para cada dimensión y no existe una puntuación total.

En tabla N°2 se presenta la puntuación y categorización de cada dimensión del instrumento:

**Tabla N°2: Dimensiones CEVJU-R**

Dimensión	Posibles puntuaciones	Punto medio
Actividad física	3 a 12	7,5
Tiempo libre	3 a 12	7,5
Alimentación	7 a 28	17,5
Consumo de alcohol, cigarros y drogas ilegales	5 a 23	14
Sueño	3 a 12	7,5
Habilidades interpersonales	5 a 20	12,5
Afrontamiento	8 a 32	20
Estado emocional percibido	6 a 24	15

Fuente: Estilos de vida y jóvenes universitarios. Su relación con factores personales, familiares y sociales. Ana Yáñez (2012)

Los puntos medios de cada dimensión determinan la calificación de la dimensión, es decir, si la puntuación obtenida es superior al punto medio, refleja prácticas No Saludables, mientras que la puntuación que sea inferior a dicho punto, evidencia prácticas Saludables.

Valor Alfa de Cronbach: ,799 (Anexo N°2)

- c)** Una tercera parte, que dice relación con la medición del Autoestima a través del Inventario de Comportamiento Social de Texas (TSBI), desarrollado por Helmreich, Stapp y Erwin en 1974. El instrumento contiene 32 ítems seleccionados de una fuente en la base de análisis de factores e ítems. Cabe destacar, que posterior a la creación de la escala original Helmreich y Stapp (1974) estudiaron la escala para la creación de dos formularios paralelos de 16 ítems cada uno. La división anterior se fundamenta en el deseo de una rápida administración y de estudios enfocados en el cambio de autoestima, por tanto, existen dos formas del TSBI la forma A y B, ambos con 16 preguntas y 5 elecciones de respuestas:

- no es una característica mía en lo absoluto.
- no mucho.
- a veces.
- la mayoría de las veces.
- una característica muy propia.

Valor Alfa de Cronbach: ,723 (Anexo N°2)

- d)** Una cuarta parte, considera la medición de funcionamiento familiar, a través del EI FF-SIL instrumento que fue construido y validado por De la Cuesta Freijomil Dolores, Pérez González Esther, Louro Bernal Isabel en el año 1994 para medir percepción del Funcionamiento Familiar.

Este instrumento consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar: Cohesión: ítems 1 y 8, Armonía: ítems 2 y 13, Comunicación: ítems 5 y 11, Adaptabilidad: ítems 6 y 10, Afectividad: ítems 4 y 14, Roles: ítems 3 y 9 y Permeabilidad: ítems 7 y 12.

El FF-SIL es un cuestionario autoadministrado de 14 preguntas cerradas, que mediante una escala de 0 a 70 puntos evalúa la percepción de funcionamiento familiar. Cada una de las catorce preguntas del cuestionario

FF-SIL, tiene cinco posibilidades de respuesta: Casi Siempre: 5 puntos, Muchas Veces: 4 puntos, A veces: 3 puntos, Pocas Veces: 2 puntos, Casi Nunca: 1 punto.

Finalmente se obtiene un índice final de 0 a 70:

- ✓ Familia Funcional: 70 - 57 ptos.
- ✓ Familia Moderadamente Funcional: 56 - 34 ptos
- ✓ Familia Disfuncional: 42 - 28 ptos.
- ✓ Familia Severamente Disfuncional: 27 - 14 ptos

Valor Alfa de Cronbach: ,924(Anexo N°2)

El Valor Alfa de Cronbach obtenido del instrumento de recolección de datos en el presente estudio es de ,754 (Anexo N°2)

#### **4.8 Trabajo de Campo:**

- a) Para iniciar el trabajo de campo se solicitó la autorización de los establecimientos educacionales para la implementación de la investigación.
- b) Al momento de contar con la autorización y para iniciar el trabajo de campo, se visitó a cada uno de los directores de los establecimientos educacionales para coordinar la implementación en terreno del instrumento.
- c) Durante la fase de aplicación de éste se les explico a los participantes los objetivos de la investigación, se aseguró confidencialidad y uso responsable de la información proporcionada. La jornada de aplicación del instrumento fue de responsabilidad de la investigadora en cada uno de los establecimientos educacionales.
- d) Finalizada la etapa de recolección de datos, el investigador procedió a realizar la transcripción fidedigna de lo informado, con el propósito de dar inicio a la fase de análisis de la información recabada y el posterior desarrollo de conclusiones.

#### 4.9 Análisis de datos:

El análisis fue realizado utilizando el **SAS**, a través del cual, en primera instancia se ejecutó un **análisis descriptivo univariado y bivariado** para la caracterización de los jóvenes ( Características Sociodemográficas y Familiares ) a través de porcentajes y frecuencia acumulada, además, se buscara establecer diferencias entre el nivel de consumo problemático de drogas y alcohol con respecto a estilos de vida, funcionamiento familias, entre otros y un **análisis de regresión logística** para determinar los factores predictores del consumo de drogas y alcohol.

#### 4.10 Aspectos Éticos

- a) Se solicito la autorización a los establecimientos educacionales para la ejecución de la investigación conforme a los procedimientos estipulados institucionalmente para ello.
- b) Posterior a ello, se elaboró y aplico un consentimiento informado (Anexo N°3) a los —padres de los adolescentes que formaron parte de la investigación. De igual forma, se aplicó Asentimiento Informado a los estudiantes participantes en el estudio. (Anexo N°4)



## 5. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

---

En la realización del análisis estadístico de los datos recopilados en la presente investigación se ha empleado el programa Statiscal Analysys System (SAS).

Para una mayor comprensión de estos, el análisis se ha ordenado de la siguiente manera:

1.- Análisis descriptivo Univariado y Bivariado

2.- Análisis Multivariado



## 5.1 Análisis Descriptivo Univariado y Bivariado

### Características descriptivas sociodemográficas y familiares por grupo de estudio.

**Tabla N° 3:** Distribución de las variables *Sexo* y *Edad* por grupo de estudio.

Características	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>Sexo</b>						
Femenino	4	8,9	20	44,4	24	26,7
Masculino	41	91,1	25	55,6	66	73,3
<b>Edad</b>						
14-15 Años	14	31,1	21	46,7	35	38,9
16 -18 Años	31	68,9	24	53,3	55	61.1

Fuente: Elaboración Propia

En relación a la variable sexo, se observa que del total de adolescentes encuestados en el grupo “consumo” un 91.1% son hombres, mientras que solo un 8.9% mujeres.

La misma situación se puede apreciar en el grupo “no consumo”, donde el grupo constituido por hombres predomina con un 55,6% frente a un 44,4% de mujeres.

En términos de rangos de edad, tanto en el grupo de “consumo” y “no consumo” en población adolescente, se puede observar que prácticamente dos tercios de los entrevistados se encuentra entre los 16 y 18 años (61,1%) y en el rango de 14-15 años se encuentra un 38,9% de los adolescentes.

Es decir, desde la perspectiva de las tareas evolutivas, los adolescentes estudiados se encuentran en su mayoría (61.1%) en un proceso de transición entre la Adolescencia media que se caracteriza por una preocupación por la afirmación personal-social y la Adolescencia Final que se relaciona con la preocupación por la relación social.

Sin duda el patrón de uso y dependencia a sustancias es distinto entre adolescentes y adultos siendo la adolescencia la edad en que más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y la dependencia a sustancias (Compton et al. 2005). Además, los adolescentes poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias que los adultos.

Es relevante considerar la etapa evolutiva en que se encuentra el adolescente puesto que de esta forma permite comprender que se encuentra en un momento vital en el que está reconstruyendo su relación consigo mismo, con el mundo y con la sociedad. Esta consideración, permitiría diseñar y poner en práctica un trabajo preventivo eficaz y eficiente destinado a la población de estudio.



**Tabla N°4:** Distribución de las variables N° de integrantes y Tipo de Familia por grupo de estudio.

Características	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>Integrantes Núcleo Familiar</b>						
2-3 Integrantes	16	35,6	9	20,0	25	27,8
4-5 Integrantes	18	40,0	27	60,0	45	50,0
6 o más Integrantes	11	24,4	9	20,0	20	22,2
<b>Tipo de Familia</b>						
Nuclear	19	42,2	30	66,7	49	54,4
Monoparental	15	33,3	9	20,0	24	26,7
Extendida	11	24,4	6	13,3	17	18,9

Fuente: Elaboración Propia

En relación a la variable integrantes del grupo familiar, un 50,0% de los adolescentes componen familias con 4 a 5 integrantes seguidos por un 27,8% con 2 a 3 integrantes. En menor medida se presenta con un 22,2% 6 o más integrantes.

Referente al tipo de familia, la mayor cantidad de adolescentes en ambos grupos pertenece a una familia nuclear con 42,2% (“consumo”) y un 66,1% (“no consumo”) respectivamente. En segundo lugar se encuentra la familia monoparental 33,3% y un 20,0% para grupo “consumo” y “no consumo” respectivamente.

En la población total predominan las familias nucleares con un 54,4%.

**Tabla N°5:** Distribución de la variable *Escolaridad de los Padres* por grupo de estudio.

	Consumo (n=43)		No Consumo (n=45)		Total (n=88)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>Escolaridad Padre</b>						
Básica Incompleta	5	11,6	4	8,9	9	10,2
Básica Completa	2	4,7	7	15,6	9	10,2
Ens. Media Incompleta	8	18,6	7	15,6	15	17,0
Ens. Media Completa	17	39,5	13	28,9	30	34,1
Técnico de Ens. Media Incompleta			1	2,2	1	1,1
Técnico de Ens. Media Completa	5	11,6	2	4,4	7	8,0
Técnico Superior Completa	4	9,3	2	4,4	6	6,8
Universitaria Incompleta	1	2,3	3	6,7	4	4,5
Universitaria Completa	1	2,3	5	11,1	6	6,8
Post Grado			1	2,2	1	1,1
<b>Escolaridad Madre</b>		(n=44)		(n=44)		(n=88)
Básica Incompleta	6	13,6	4	9,1	10	11,4
Básica Completa	5	11,4	7	15,9	12	13,6
Ens. Media Incompleta	8	18,2	7	15,9	15	17,0
Ens. Media Completa	17	38,6	10	22,7	27	30,7
Técnico de Ens. Media Incompleta	1	2,3			1	1,1
Técnico de Ens. Media Completa	3	6,8	5	11,4	8	9,1
Técnico Superior Completa	1	2,3	3	6,8	4	4,5
Universitaria Incompleta	2	4,5	6	13,6	8	9,1
Universitaria Completa	1	2,3	2	4,5	3	3,4

Fuente: Elaboración Propia

En el caso del grupo “consumo” la mayor cantidad de padres posee enseñanza media completa con un 39.5% en el caso del padre y un 38.6 en el caso de la madre; le sigue con 18.2%(madre) y un 18.6% (padre) la enseñanza media incompleta.

Referente al grupo “no consumo”, en el caso del padre la mayor cantidad con un 28.9% posee enseñanza media completa; le sigue con un 15.6% la enseñanza media incompleta y enseñanza básica completa respectivamente. Respecto a la escolaridad de la madre un 22.7% posee enseñanza media completa.

Cabe destacar, que este un indicador que arroja luces importantes respecto al nivel cultural de las familias, ya que, se constituye como un factor que puede facilitar el desarrollo de sus miembros. Sumado a lo anterior, la escolaridad de los

padres y nivel cultural de las familias son especialmente relevante al momento de realizar las campañas de prevención en salud y educación, pues se considera que una población informada estará más capacitada frente a la problemática de consumo de drogas (Johannes Vera Von Barga, 2011).

**Tabla N°6:** Distribución de variable *Actividad Ocupacional Padres* por grupo de estudio.

	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>Actividad Madre</b>						
Dependiente	17	39,5	15	36,59	32	38,1
Independiente	6	14,0	3	7,317	9	10,7
Dueña de Casa	20	46,5	23	56,1	43	51,2
<b>Actividad Padre</b>						
Dependiente	25	73,5	25	69,4	50	71,4
Independiente	8	23,5	10	27,8	18	25,7
Cesante	1	2,9	1	2,8	2	2,9

Fuente: Elaboración Propia

Respecto a la ocupación, en el caso de la actividad del padre en ambos grupos la mayor cantidad son trabajadores dependientes con un 73.5% para grupo “consumo” y un 69.4% “no consumo” respectivamente; le sigue con un 23.5% y un 27.8% los trabajadores independientes.

En relación a la actividad de la madre la mayor cantidad con un 46.5% (consumo) y un 56.1% (no consumo) son dueñas de casa; le sigue con un 39.5%(consumo) y un 36.5% (no consumo) las trabajadoras dependientes.

Al analizar la ocupación de los padres y luego de la revisión de literatura, se puede mencionar que este es un indicador que permite estratificar a las familias y por tanto conocer sus patrones de consumo e ingresos familiares, lo cual da indicios del posible acceso de los jóvenes a factores de riesgo de consumo, lo anterior ya que existe la “premisa popular” de que existe mayor prevalencia en consumo de drogas en aquellas familias que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad económica y social que aquellas que presentan mayor estabilidad económica.

**Tabla N°7:** Distribución de la variable Religión por grupo de estudio.

¿Profesa alguna religión?	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Si	25	55,6	28	62,2	53	58,9
No	20	44,4	17	37,8	37	41,1
<b>Religión</b>						
Evangélica	18	72,0	19	67,86	37	69,8
Católica	6	24,0	7	25,0	13	24,5
Testigo de Jehová			2	7,14	2	3,8
Mormona	1	4,0			1	1,9

Fuente: Elaboración Propia

En relación a la variable Religión, se observa que del total de adolescentes encuestados un 58.9% manifiesta profesar una religión frente a un 41.1% que no posee.

Al profundizar con los encuestados cual es la religión específica que profesan en el caso del grupo consumo predomina con un 72,0% la evangélica seguida por la católica con un 24,0%. Situación similar se presenta en el grupo no consumo en el cual la religión evangélica posee un 67,8% y la católica con un 25,0%.

Al hacer el análisis para la población total las tendencias son similares para ambos grupos, siendo la mayor prevalencia la religión evangélica, seguida por una diferencia de al menos el 24% la religión católica. Para ambos grupos existe un porcentaje superior al 37.6% que indica no profesar religión.

Cabe destacar, que las iglesias pueden tener influencia social en los comportamientos de los adolescentes, ya que facilitan la transmisión de normas morales, la supervisión de conductas, el aprendizaje de habilidades y la integración social (Smith, 2003a; Bartkowski y Xu, 2007), constituyéndose así como un factor protector para evitar el consumo de drogas en población adolescente.

## 2. Descripción de variables predictoras en la población de estudio

**Tabla N°8:** Distribución de cuestionario de “Estilos de vida en Jóvenes Universitarios” (CEVJU-R) para la medición de *Estilos de Vida* por grupo de estudio.

	No Consumo (n=45)		Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>Actividad Física</b>						
No saludable	20	44,4	25	55,6	45	50,0
Saludable	25	55,6	20	44,4	45	50,0
<b>Tiempo Libre</b>						
No saludable	18	40,0	29	64,4	47	52,2
Saludable	27	60,0	16	35,6	43	47,8
<b>Alimentación</b>						
No saludable	22	48,9	27	60,0	49	54,4
Saludable	23	51,1	18	40,0	41	45,6
<b>Consumo Alcohol y Drogas</b>						
No saludable	15	33,3	43	95,6	58	64,4
Saludable	30	66,7	2	4,4	32	35,6
<b>Sueño</b>						
No saludable	19	42,2	23	51,1	42	46,7
Saludable	26	57,8	22	48,9	48	53,3
<b>Relaciones Interpersonales</b>						
No saludable	19	42,2	25	55,6	44	48,9
Saludable	26	57,8	20	44,4	46	51,1
<b>Afrontamiento</b>						
No saludable	16	35,6	23	51,1	39	43,3
Saludable	29	64,4	22	48,9	51	56,7
<b>Estado Emocional</b>						
No saludable	26	57,8	22	48,9	48	53,3
Saludable	19	42,2	23	51,1	42	46,7

Fuente: Elaboración Propia

La tabla anterior presenta las respuestas de la aplicación del instrumento CEVJU-R para medir los estilos de vida en población adolescente a través de 8 dimensiones.

Respecto a la dimensión *Actividad física*, se observa que no existen grandes diferencias entre los grupos estudios, donde un 50% de la totalidad de los adolescentes presentan conductas saludables y el 50% restantes no saludables. Respecto a las causas para realizar actividad física predomina con un 31.1%

beneficiar su salud seguido por un 30.0% mejorar su figura. (Tabla N° 25, Anexo N°5) y la principal causa para no realizar actividad física con un 57.8% es la Pereza (Tabla N° 26, Anexo N°5). Una de las dificultades que informan los adolescentes estudiados para el desarrollo de Actividad física se relaciona con no contar con implementos deportivos (60,0%), no poseer dinero (76,7%), Conocimiento de la realización adecuada de las prácticas (75,6%) y Espacios y oferta de actividades físicas y deportivas (87.8%). (Tabla N°28, Anexo N°5)

Respecto a la dimensión *Tiempo Libre*, el grupo “no consumo” presenta con un 60,0% conductas saludables frente a un 40,0% que son no saludable. Por el contrario, el grupo consumo la mayor cantidad de adolescentes presenta con un 64,4% conductas no saludables. La principal causa que informan los adolescentes estudiados para la no utilización adecuada del tiempo libre con un 42,2% es que no saben qué hacer con su tiempo libre y no le parecen interesantes las actividades programadas con un 22.2% (Tabla N°30, Anexo N°5). Se plantean como dificultades la falta de Espacios y oferta de actividades de uso del tiempo libre en el colegio (78.9%) y Espacios y oferta de actividades de uso del tiempo libre en la comuna (83.3%). (Tabla N°32, Anexo N°5)

Respecto a la dimensión *Alimentación*, en el grupo “no consumo” predomina 51.1% conductas saludables frente a un 40.0% del grupo consumo. Por el contrario, en grupo “consumo” predomina 60.0% las conductas no saludables frente a un 40.0% del grupo “no consumo”. En relación a la existencia/ ausencia de recursos frente la dimensión Alimentación, en ambos grupos estudiados predomina la inexistencia de Disponibilidad de alimentos saludables en el colegio (57.8%), seguido por la inexistencia de Espacios adecuados y suficientes para comer en el colegio (57.8%) y la falta de dinero para comprar alimentos saludables (46.7%). (Tabla N°36, Anexo N°5).

Respecto a la dimensión *consumo de alcohol y drogas* el grupo “no consumo” presenta en un 66.7% conductas saludables frente a un 33.3% que son no saludable. Por el contrario, el grupo “consumo” la mayor cantidad de adolescentes presenta en un 95.6% conductas no saludables. En este mismo grupo, el principal motivo para el consumo de alcohol y drogas, indicado por los adolescentes del estudio es la experimentación de sensaciones nuevas (16.75), seguido por el querer ser más sociable con un 10.0%. (Tabla N°39, Anexo N°5)

Respecto a la dimensión *Sueño* el grupo “no consumo” presenta en un 57.8% conductas saludables frente a un 42.2% que presenta conductas no saludable. Por el contrario, en el grupo “consumo” la mayor cantidad de adolescentes presenta conductas no saludables (51.1%). El principal motivo para no tener prácticas saludables asociados a la dimensión Sueño se refiere al desarrollo de actividades por la noche como chatear, ver un programa, leer, hacer ejercicios con un 42.2% .(Tabla N°46, Anexo N°8). La mayor dificultad indicada fue la inexistencia de estrategias para controlar los pensamientos y emociones que podrían interferir con su sueño con un 76.7% (Tabla N°47, Anexo N°5)

Respecto a la dimensión *Relaciones Interpersonales*, el grupo “no consumo” presenta en un 57.8% conductas saludables frente a un 42.2% que son no saludable. Por el contrario, el grupo “consumo” la mayor cantidad de adolescentes presenta con un 55.6% conductas no saludables. A pesar de lo anterior, al analizar la población total predominan la conducta saludable con un 51.1% y los adolescentes estudiados manifiestan con 58.9% estar satisfecho con su forma de relacionarse y no piensan que sean problemáticas (Tabla N°51, Anexo N°5)

Respecto a la dimensión *Afrontamiento* el grupo “no consumo” presenta en un 64.4% conductas saludables frente a un 35.6% que presenta conductas no saludable. Por el contrario, el grupo “consumo” la mayor cantidad de adolescentes presenta conductas no saludables (51.1%). Se destaca un 45.6% que plantea que el principal motivo para buscar soluciones a una situación difícil o problemática es no sentir que los problemas dominan su vida. Un 58.9% está satisfecho con su forma de enfrentar las dificultades y no piensa que sea problemática (Tabla N°51, Anexo N°5)

Respecto a la dimensión *Estado Emocional*, a diferencia de las 6 dimensiones anteriormente analizadas el grupo “consumo” presenta en un 51.1% conductas saludables frente a un 48.9% que presenta conductas no saludable. Por el contrario, en grupo “no consumo” la mayor cantidad de adolescentes presenta conductas no saludables (57.8%).

Finalmente, y de acuerdo al análisis realizado se puede inferir que los adolescentes que no consumen poseen un estilo de vida más saludable que aquellos adolescentes que presentan consumo. Lo cual queda reflejado en 6 de las 7 dimensiones estudiadas.

**Tabla N°9:** Distribución de Inventario de Comportamiento Social de Texas (TSBI) para la medición de *Autoestima* por grupo de estudio.

<b>Nivel Autoestima</b>	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Baja	23	51,1	19	42,2	42	46,7
Alta	22	48,9	26	57,8	48	53,3

Fuente: Elaboración Propia

La tabla anterior presenta las respuestas de la aplicación del Inventario Social de Texas (TSBI) para la medición del Autoestima en la población adolescente estudiada.

Al analizar, la información recolectada se observan diferencias en los grupos de estudio. En el caso del grupo “consumo” el mayor porcentaje de los adolescentes poseen un Autoestima Baja (51.1%). Para el grupo “no consumo” la mayor prevalencia se ubica en autoestima alta (57.8%).

Esta dimensión juega un rol fundamental considerando que las primeras motivaciones que aparecen ligadas al consumo de sustancias en la adolescencia son, en primer lugar, la curiosidad y, luego, la búsqueda de placer. Los adolescentes que continúan con el consumo indicarían otra gran motivación como lo es la de “soporte artificial”, es decir, adolescentes que no encuentran en su vida personal o relacional, en sus actividades cotidianas o en sus reflexiones propias, los medios para satisfacer sus necesidades emocionales o manejar su ansiedad y solo lo hacen mediante a una sustancia ajena a su organismo, que les aportaría los espacios y los recursos necesarios que no encontrarían en sus vidas a través de sus medios naturales. Actualmente, la mayoría de los especialistas concuerda que el uso de drogas puede tener una significación común: proteger un yo demasiado frágil, enfrentado a sentimientos ansiosos o depresivos demasiados intensos (Arbex, 2002)

De esta forma, queda de manifiesto que el tener una autoestima saludable es considerado como un factor protector en la vida y es indispensable en la adolescencia, ya que el tener una autoestima baja, puede convertirse en factor de riesgo para iniciar el abuso de sustancias.

**Tabla N°10:** Distribución de instrumento FF-SIL para medir *Funcionamiento Familiar* por grupo de estudio.

	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>Cohesión</b>						
Disfuncional	17	37,8	7	15,6	24	26,7
Funcional	28	62,2	38	84,4	66	73,3
<b>Armonía</b>						
Disfuncional	23	51,1	12	26,7	35	38,9
Funcional	22	48,9	33	73,3	55	61,1
<b>Comunicación</b>						
Disfuncional	20	44,4	10	22,2	30	33,3
Funcional	25	55,6	35	77,8	60	66,7
<b>Adaptabilidad</b>						
Disfuncional	20	44,4	13	28,9	33	36,7
Funcional	25	55,6	32	71,1	57	63,3
<b>Afectividad</b>						
Disfuncional	17	37,8	8	17,8	25	27,8
Funcional	28	62,2	37	82,2	65	72,2
<b>Roles</b>						
Disfuncional	20	44,4	16	35,6	36	40,0
Funcional	25	55,6	29	64,4	54	60,0
<b>Permeabilidad</b>						
Disfuncional	26	57,8	20	44,4	46	51,1
Funcional	19	42,2	25	55,6	44	48,9

Fuente: Elaboración Propia

En relación a las 7 dimensiones que componen el instrumento de medición de funcionamiento familiar FF-SIL, se observa que aquellos adolescentes que no presentan consumo de drogas se distribuyen de manera homogénea, entre familias disfuncionales y funcional.

En el grupo “consumo” se presenta diferencias significativas, donde la mayor cantidad de familias de los adolescentes se clasifica como disfuncional, frente a las categorías estudiadas.

**Tabla N°11:** Distribución de *categorización de resultados* de instrumento FF SIL por grupo de estudio.

<b>F. Familiar</b>	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Familia Severamente Disfuncional	1	2,2			1	1,1
Familia Disfuncional	13	28,9	9	20,0	22	24,4
Familia Moderadamente Funcional	20	44,4	18	40,0	38	42,2
Familia Funcional	11	24,4	18	40,0	29	32,2

Fuente: Elaboración Propia

Tras la aplicación del instrumento FF SIL, el cual consideró el análisis de 7 dimensiones (Cohesión, Armonía, Comunicación, adaptabilidad, roles, afectividad y permeabilidad) se observan diferencias en los grupos de estudio. En el caso del grupo “consumo” si bien el mayor porcentaje se concentra en familias moderadamente funcional con un 44,4%, le sigue con 28,9% la familia disfuncional; a diferencia del grupo no consumo en este caso con un 2,2% se observa familias severamente disfuncionales.

Respecto del grupo “no consumo”, predominan las familias funcionales y moderadamente funcionales con un 40,0% cada una.

Cabe destacar, que el uso de sustancias en este grupo etario se encuentra altamente influido por las conductas de quienes conforman su contexto familiar (especialmente los padres) y sus pares (Clark, 2004). Una vez iniciado el consumo, y a veces sin pasar por un abuso, los adolescentes pueden escalar una rápida progresión a la dependencia (Clark, 2004; Winters, 1999). Es por lo anterior, que se vuelve fundamental potenciar a la familia como factor protector frente el consumo de drogas en población adolescente.

## 5.2 Análisis Multivariado

### Regresión Logística Binaria

**Tabla N°12:** Resultados finales del ajuste del modelo de regresión logística sobre los datos de consumo de drogas en población adolescente.

<b>Modelos</b>	<b>SS Total</b>	<b>SS Modelo</b>	<b>GL</b>	<b>R2</b>	<b>P</b>
<b>NULO</b>	<b>124.766</b>				
<b>UN PREDICTOR</b>					
Actividad Física	123.653	1	1,1134	0.2913	
Relaciones Interpersonales	123.161	1	1,6056	0.2051	
afrontamiento	122.539	1	2,2271	0.1356	
Estado Emocional	124.051	1	0,7153	0.3977	
Cohesión	118.949	1	5,8175	0.0159	
Armonía	119.035	1	5,7313	0,0167	
comunicación	119.694	1	5,0725	0,0243	
Adaptabilidad	122.408	1	2,3580	0,1246	
Roles	124.025	1	0,7419	0,389	
Funcionamiento Familiar	123.297	1	1,4692	0,2255	
Nivel Autoestima	124.051	1	0,7153	0,3977	
Tiempo Libre	119.323	1	5,4440	0,0196	
Alimentación	123.644	1	1,1224	0,2894	
Sueño	124.051	1	0,7153	0,3977	
Sexo	109.205	1	15,5618	<.0001	
Edad	122.464	1	2,3028	0.1291	
Familia Nuclear	119.288	1	5,4782	0,0193	
Familia Monoparental	122.704	1	2,0622	0,1510	
Familia Extendida	122.931	1	1,8353	0,1755	
<b>DOS PREDICTORES</b>					
Sexo+armonía	102.646	2	22,1203	<.0001	
Sexo+cohesión	102.626	2	22,1400	<.0001	
Sexo+tiempo libre	106.573	2	18,1939	0.0001	
SexoD+familia Nuclear	105.448	2	19,3187	<.0001	
SexoD+comunicación	103.018	2	21,7487	<.0001	
SexoD+Edad	106.262	2	18,5049	<.0001	

### **TRES PREDICTORES**

Sexo+cohesión+armonía	99.934	3	24,8328	<.0001
Sexo+cohesión+tiempo libre	100.410	3	24,3563	<.0001
Sexo+cohesión+familianuclear	99.532	3	25,2341	<.0001
Sexo+cohesión+comunicación	100.099	3	24,6675	<.0001
Sexo+cohesión+edad	100.604	3	24,1624	<.0001

### **CUATRO PREDICTORES**

Sexo+cohesión+familianuclear+armonía	96.869	4	27,8976	<.0001
Sexo+cohesión+familianuclear+tiempolibre	96.599	4	28,1680	<.0001
Sexo+cohesión+familianuclear+comunicación	97.230	4	27,5369	<.0001
Sexo+cohesión+familianuclear+edad	98.112	4	26,6546	<.0001

Fuente: Elaboración Propia / n=90

La Tabla N° 12, presenta la modelización multivariada de regresión logística binaria para los predictores que se han seleccionado a fin de verificar cuáles tienen efectos significativos que expliquen la relación con la variable dependiente. En primera instancia se construyen las variables dummies correspondiente para todas las variables categóricas.

Posteriormente, se construye el modelo nulo, ejecutando una regresión de la variable dependiente “Consumo de drogas” (consumo), sin ningún predictor, modelo que proporciona la variación total de la variable dependiente, en este caso, un valor de SS Total equivalente a 124.766 puntos.

Luego se construyen los modelos de regresión univariada, para 19 variables predictoras, midiendo su efecto sobre la variable dependiente. Utilizando la prueba de significación “R<sup>2</sup>” y la prueba “P”. De acuerdo a lo anterior, las variables con efectos significativos son las siguientes: Sexo masculino explicando un 15,56 del modelo y con una significación de P:<.0001, la Inadecuada Cohesión familiar que explica en un 5,82 del modelo y con una significación de P: 0.0159, la Inadecuada Armonía familiar explicando en un 5,73% del modelo y con una significación de P: 0.0167, la Ausencia familia nuclear explicando en un 5,48 del modelo y con una significación de P: 0.0193, el Tiempo libre no saludable explicando un 5,44 del modelo y con una significación de P: 0.0196, la Inadecuada comunicación familiar explicando un 5,0 del modelo y con una significación de P: 0.0243 y Edad explicando un 2,3 del modelo y con una significación de P: 0.1291.

Entre los predictores individuales el que entrega mayor porcentaje de explicación es Sexo masculino, resultando ser altamente significativa con un valor en la prueba de significación de  $P < .0001$ .

El proceso continúa construyendo modelos bivariados, (agregando predictores a la variable Sexo Masculino, el mejor predictor en el análisis univariado). Entre los modelos observados, el que explica significativamente porcentajes de variación de la variable dependiente, corresponde al Sexo masculino más la variable inadecuada cohesión familiar que explican un 22,14% del modelo total y con una significación  $P < .0001$ .

De esta forma se puede concluir que el modelo óptimo de determinantes del consumo de drogas en este estudio, resultó ser el modelo de dos variables, ya que ninguno de los modelos de tres y cuatro predictores resultó importante: no existen otras variables en el estudio que contribuyan a explicar mayor variación de la variable dependiente.



A continuación, se presenta el análisis de regresión logística univariado, para verificar el nivel de significación de la variable independiente sobre la dependiente, con el objetivo de profundizar los resultados anteriormente analizados.

**Tabla N°13:** Regresión Logística Binaria entre variable Cohesión familiar y Consumo de drogas

<b>Modelos</b>	<b>SS Total</b>	<b>SS Modelo</b>	<b>GL</b>	<b>R2</b>	<b>P</b>
NULO	124.766				
Cohesión		118.949	1	5,8175	0.0159
<b>Análisis del estimador de máxima verosimilitud</b>					
Parámetro	DF	Estimador	Error estándar	Chi-Cuadrado de Wald	Pr>ChiSq
Intercept	1	-0,3054	0,2491	1,5034	0,2201
Cohesión	1	1,1927	0,5135	5,3942	0,0202
<b>Estimadores de coeficientes de disparidad</b>					
Efecto		Estimador del Punto	Límites de confianza al 95% de Wald		
Cohesión		3.296	1.205	9.018	

Fuente: Elaboración Propia / n=90

La Variable inadecuada cohesión familiar explica un 5,8175 del modelo con una significación de P: 0.0159.

En relación al estimador de coeficientes de disparidad, se observa que controlando la variable consumo, el cambio en un punto de la variable inadecuada cohesión familiar, implica un aumento en 3.296 en las chances de que el adolescente presente un consumo de drogas.

**Tabla N°14:** Regresión Logística Binaria entre variable Armonía Familiar y Consumo de drogas

<b>Modelos</b>	<b>SS Total</b>	<b>SS Modelo</b>	<b>GL</b>	<b>R2</b>	<b>P</b>
NULO	124.766				
armonía		119.035	1	5,7313	0,0167
<b>Análisis del estimador de máxima verosimilitud</b>					
Parámetro	DF	Estimador	Error estándar	Chi-Cuadrado de Wald	Pr>ChiSq
Intercept	1	-0,4055	0,2752	2,1701	0,1407
armonía	1	1,056	0,4501	5,5048	0,019
<b>Estimadores de coeficientes de disparidad</b>					
Efecto	Estimador del Punto		Límites de confianza al 95% de Wald		
armonía	2.875		1.190		6.946

Fuente: Elaboración Propia / n=90

La Variable inadecuada armonía familiar explica un 5,7313 del modelo y con una significación de P: 0.0167.

En relación al estimador de coeficientes de disparidad, se observa que controlando la variable consumo, el cambio en un punto de la variable inadecuada armonía familiar, implica un aumento en 2.875 en las chances de que el adolescente presente un consumo de drogas.

**Tabla N°15:** Regresión Logística Binaria entre Variable Comunicación familiar y Consumo de drogas

<b>Modelos</b>	<b>SS Total</b>	<b>SS Modelo</b>	<b>GL</b>	<b>R2</b>	<b>P</b>
NULO	124.766				
comunicación		119.694	1	5,0725	0,0243
<b>Análisis del estimador de máxima verosimilitud</b>					
Parámetro	DF	Estimador	Error estándar	Chi-Cuadrado de Wald	Pr>ChiSq
Intercept	1	-0,3365	0,2619	1,651	0,1988
comunicación	1	1,0295	0,4675	4,8493	0,0277
<b>Estimadores de coeficientes de disparidad</b>					
Efecto		Estimador del Punto		Límites de confianza al 95% de Wald	
comunicación		2.800		1.120	6.999

Fuente: Elaboración Propia / n=90

La variable inadecuada comunicación familiar explica un 5,0725 del modelo y con una significación de P: 0.0243.

En relación al estimador de coeficientes de disparidad, se observa que controlando la variable consumo, el cambio en un punto de la variable inadecuada comunicación familiar, implica un aumento en 2.800 en las chances de que el adolescente presente un consumo de drogas.

**Tabla N°16:** Regresión Logística Binaria entre Variable Tiempo Libre y Consumo de drogas

Modelos	SS Total	SS Modelo	GL	R2	P
NULO	124.766				
T.Libre		119.323	1	5,444	0,0196
Análisis del estimador de máxima verosimilitud					
Parámetro	DF	Estimador	Error estándar	Chi-Cuadrado de Wald	Pr>ChiSq
Intercept	1	0,5232	0,3155	2,7505	0,0972
T.Libre	1	-1,0001	0.4354	5,2765	0,0216
Estimadores de coeficientes de disparidad					
Efecto	Estimador del Punto		Límites de confianza al 95% de Wald		
T.Libre	0.368		0.157		0.863

Fuente: Elaboración Propia / n=90

La variable tiempo libre inadecuado uso del tiempo libre explica un 5.444 del modelo y con una significación de P: 0.0196.

En relación al estimador de coeficientes de disparidad, se observa que controlando la variable consumo, el cambio en un punto de la variable inadecuada uso del tiempo libre, implica un aumento en 0.368 en las chances de que el adolescente presente un consumo de drogas.

**Tabla N°17:** Regresión Logística Binaria entre Variable Sexo y Consumo de drogas

Modelos	SS Total	SS Modelo	GL	R2	P
NULO	124.766				
Sexo		109.205	1	15,5618	<.0001
Análisis del estimador de máxima verosimilitud					
Parámetro	DF	Estimador	Error estándar	Chi-Cuadrado de Wald	Pr>ChiSq
Intercept	1	-1,6093	0,5477	8,6335	0,0033
Sexo	1	2,104	0,6036	12,1493	0,0005
Estimadores de coeficientes de disparidad					
Efecto		Estimador del Punto	Límites de confianza al 95% de Wald		
Sexo		8.199	2.512	26.764	

Fuente: Elaboración Propia / n=90

La variable Sexo masculino explica un 15,5618 del modelo y con una significación de P: <.0001.

En relación al estimador de coeficientes de disparidad, se observa que controlando la variable consumo, el cambio en un punto de la variable sexo masculino, implica un aumento en 8.199 en las chances de que el adolescente presente un consumo de drogas.

**Tabla N°18:** Regresión Logística Binaria entre Variable Edad y Consumo de drogas

<b>Modelos</b>	<b>SS Total</b>	<b>SS Modelo</b>	<b>GL</b>	<b>R2</b>	<b>P</b>
NULO	124.766				
Edad		122.464	1	2,3028	0.1291
<b>Análisis del estimador de máxima verosimilitud</b>					
<b>Parámetro</b>	<b>DF</b>	<b>Estimador</b>	<b>Error estándar</b>	<b>Chi-Cuadrado de Wald</b>	<b>Pr&gt;ChiSq</b>
Intercept	1	-0,4055	0,345	1,381	0,2399
Edad	1	0,6614	0,4393	2,2669	0,1322
<b>Estimadores de coeficientes de disparidad</b>					
<b>Efecto</b>	<b>Estimador del Punto</b>		<b>Límites de confianza al 95% de Wald</b>		
Edad		1.937	0.819	4.583	

Fuente: Elaboración Propia / n=90

La variable Edad, explica un 2,3028 del modelo y con una significación de P: 0.1291.

En relación al estimador de coeficientes de disparidad, se observa que controlando la variable consumo, el cambio en un punto de la variable edad (16 a 18 años), implica un aumento en 1.937 en las chances de que el adolescente presente un consumo de drogas.

**Tabla N°19:** Regresión Logística Binaria entre Variable Familia Nuclear y Consumo de drogas

<b>Modelos</b>	<b>SS Total</b>	<b>SS Modelo</b>	<b>GL</b>	<b>R2</b>	<b>P</b>
NULO	124.766				
F.Nuclear		119.288	1	5,4782	0,0193
<b>Análisis del estimador de máxima verosimilitud</b>					
Parámetro	DF	Estimador	Error estándar	Chi-Cuadrado de Wald	Pr>ChiSq
Intercept	1	0,55	0,3242	2,8777	0,0898
F.Nuclear	1	-1,0068	0,4371	5,3042	0,0213
<b>Estimadores de coeficientes de disparidad</b>					
Efecto	Estimador del Punto		Límites de confianza al 95% de Wald		
F.Nuclear	0.365		0.155		0.861

Fuente: Elaboración Propia / n=90

La variable Ausencia familia nuclear, explica un 5,4782 del modelo y con una significación de P: 0.0193.

En relación al estimador de coeficientes de disparidad, se observa que controlando la variable consumo, el cambio en un punto de la variable ausencia de familia nuclear, implica un aumento en 0.365 en las chances de que el adolescente presente un consumo de drogas.

**Tabla N°20:** Ecuación de regresión del modelo óptimo final sobre los datos de consumo de drogas en población adolescente.

Modelos	SS Total	SS Modelo	GL	R2	P
NULO	124.766				
Sexo+cohesión		102.626	2	22,1400	<.0001
Análisis del estimador de máxima verosimilitud					
Parámetro	DF	Estimador	Error estándar	Chi-Cuadrado de Wald	Pr>ChiSq
Intercept	1	-2,0971	0,6238	11,3019	0,0008
Sexo	1	2,2668	0,6448	12,3575	0,0004
cohesión	1	1,4273	0,5933	5,7883	0,0161
Estimadores de coeficientes de disparidad					
Efecto		Estimador del Punto		Límites de confianza al 95% de Wald	
Sexo		9.649		2.726	34.147
Cohesión		4.168		1.303	13.331

Fuente: Elaboración Propia

Las Variables *Sexo+cohesión* explican un 22,1400 del modelo y con una significación de  $P:<.0001$ .

En relación al estimador de coeficientes de disparidad, se observa que controlando la inadecuada cohesión familiar el cambio en un punto de la variable Sexo Masculino, implica un aumento en 9.649 en las chances de que el adolescente presente un consumo de drogas. Por otro lado, controlando la variable Sexo Masculino, los adolescentes que presentan una inadecuada cohesión familiar presentan un 4.168 de chances de presentar un consumo de drogas.

Esto significa que aquellos estudiantes que son hombres y adicionalmente presentan una inadecuada cohesión al interior de la familia, tienen elevadas probabilidades de alcanzar el consumo de drogas al interior del grupo estudiado. Cabe destacar, que considerando que las variables tienen un coeficiente positivo y un estimador de coeficientes de disparidad mayor a uno, nos hace pensar que cualquier incremento en los niveles de ambas variables tendrá un efecto significativo sobre la variable dependiente Consumo.

## 6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

---

La adolescencia constituye el periodo de transición de la niñez a la edad adulta y quedaría enmarcado en la segunda década de la vida. Esta transición implica cambios físicos, cognitivos y sociales que la convierten en un periodo crítico para el desarrollo del individuo y una etapa de experimentación con diferentes conductas. A menudo las conductas de riesgo para la salud no son percibidas por los adolescentes como un problema ya que los hábitos que suelen iniciarse en la adolescencia tienen consecuencias para la salud que, normalmente, sólo son visibles posteriormente a medio y largo plazo- (Pastor, Balaguer y García-Merita, 1998).

La presente investigación, tuvo por objetivo *identificar predictores asociados a consumo riesgoso de drogas en adolescentes que cursan enseñanza media en la comuna de Talcahuano*. Los sujetos de estudio fueron 90 adolescentes que contaban con los criterios de inclusión de la investigación.

A continuación, se dan a conocer las respuestas a los objetivos de investigación propuestos, de acuerdo a los resultados expuestos en la sección anterior y conforme a lo que indica la literatura nacional e internacional al respecto.

1-El primer objetivo de esta investigación fue *describir la población de estudio de acuerdo a variables sociodemográficas y familiares en función de grupos de riesgo*. En relación a la variable sexo, se observa que del total de adolescentes encuestados en el grupo “consumo” un 91.1% son hombres, mientras que solo un 8.9% mujeres. La misma situación se puede apreciar en el grupo “no consumo”, donde el grupo constituido por hombres predomina con un 55,6% frente a un 44,4% de mujeres. En términos de rangos de edad, tanto en el grupo “consumo” y “no consumo” en población adolescente, se puede observar que prácticamente dos tercios de los entrevistados se encuentra entre los 16 y 18 años (61,1%) y en el rango de 14-15 años se encuentra un 38,9% de los adolescentes. Es decir, desde la perspectiva de las tareas evolutivas (Dina Krauskopf 2000), los adolescentes estudiados se encuentran en su mayoría (61.1%) en un proceso de transición entre la adolescencia media que se caracteriza por una preocupación por la afirmación personal-social y la Adolescencia Final que se relaciona con la preocupación por la

relación social. Referente al tipo de familia al que pertenecen los adolescentes, se observa que en la población total predominan las familias nucleares con un 54,4%. En relación a la variable Religión, se observa que del total de adolescentes encuestados un 58.9% manifiesta profesar una religión frente a un 41.1% que no posee. Al profundizar con los encuestados cual es la religión específica que profesan en el caso del grupo consumo predomina con un 72,0% la evangélica seguida por la católica con un 24,0%. Situación similar se presenta en el grupo no consumo en el cual la religión evangélica posee un 67,8% y la católica con un 25,0%. Finalmente, la población total no manifiesta mayores diferencias por grupo frente a la religión que profesar predominando con un 69.8% la religión evangélica.

2- En relación al segundo objetivo es *comparar los estilos de vida presentes en adolescentes que cursan enseñanza media en la comuna de Talcahuano*. Lo anterior, a través de la medición del instrumento CEVJU-R para medir los estilos de vida en población adolescente a través de 8 dimensiones se obtuvieron como resultados principales:

Respecto a la dimensión *Actividad física*, se observa que no existen diferencias significativas entre los grupos estudios, donde un 50% de la totalidad de los adolescentes presentan conductas saludables y el 50% restantes no saludables. Respecto a las causas para realizar actividad física los adolescentes expresaron que el motivo es por el beneficio que conlleva para su salud (31%) (Tabla N° 25, Anexo N°8) y argumentan que la principal causa para no realizar actividad física es la pereza representando el 57.8% de la población del estudio (Tabla N° 26, Anexo N°5). Asimismo, una de las dificultades que informan los adolescentes estudiados para el desarrollo de actividad física se relaciona con no tener los espacios ni oferta de actividades físicas y deportivas (87.8%). (Tabla N°28, Anexo N°5). Cabe destacar que en nuestro país se implementa el Programa de Promoción de salud, cuyo propósito es contribuir al desarrollo de políticas públicas de nivel nacional, regional y comunal que construyan oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos y estilos de vida saludables. Para ello se han priorizado tres espacios donde se implementan las acciones de promoción: las escuelas, lugares de trabajo y comunas (MINSAL,2016).

Respecto a la dimensión *Tiempo Libre*, el grupo no consumo presenta un 60,0% de conductas saludables, respecto de la utilización del tiempo libre de los adolescentes. Por el contrario en el grupo consumo la mayor cantidad de adolescentes presenta con un 64,4% conductas no saludables, donde la principal causa que informan los adolescentes estudiados para la no utilización adecuada del tiempo libre es que no saben qué hacer con el (42,2%) (Tabla N°30, Anexo N°5). Las dificultades que se manifiestan en la investigación por parte de los adolescentes para la utilización de su tiempo es la falta de espacios y oferta de actividades de uso del tiempo libre en la comuna representando el 83.3% de los casos. (Tabla N°32, Anexo N°5)

Respecto a la dimensión *Alimentación*, en el grupo no consumo predomina 51.1% conductas saludables. Por el contrario, en grupo consumo predomina 60.0% las conductas no saludables. En relación a la existencia/ ausencia de recursos frente la dimensión Alimentación, en los adolescentes estudiados predomina la inexistencia de Disponibilidad de alimentos saludables en el colegio (57.8%) (Tabla N°36, Anexo N°5). Sustentando los resultados y de acuerdo a la Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (2014) los niveles socioeconómicos más bajos y el área rural presentan mayor sobrepeso y obesidad, son los sectores que presentan una mayor proporción de alimentación poco saludable. El 5% de la población nacional se alimenta de manera saludable, el 95% restante requiere cambios en su alimentación.

Respecto a la dimensión *consumo de alcohol y drogas* el grupo no consumo presenta con un 66.7% conductas saludables, mientras que en el grupo consumo la mayor cantidad de adolescentes presenta con un 95.6% conductas no saludables. Lo anterior, se sustenta en que el principal motivo para el consumo alcohol y drogas de acuerdo a lo informado por los adolescentes es “experimentar sensaciones nuevas” representando el 16.7% de los casos analizados. (Tabla N°39, Anexo N°5). La séptima Encuesta Nacional de la Juventud (2015), presenta un diagnóstico de la realidad juvenil del país, indica en sus resultados que el 64% de los jóvenes chilenos ha consumido drogas, sean estas lícitas o ilícitas, durante el último año. El 68% ha consumido drogas legales, el 18% drogas ilegales, mientras que el 28% de los jóvenes señala no haber consumido drogas de ningún tipo en los últimos 12 meses.

Respecto a la dimensión *Sueño* el grupo no consumo presenta un 57.8% de conductas saludables, en oposición al grupo consumo donde la mayor cantidad de adolescentes declara realizar conductas no saludables (51%). El principal motivo para no tener practicas saludables que expresan los adolescentes se encuentran asociados con el desarrollo de actividades por la noche como: chatear, ver un programa, leer y hacer ejercicios (Tabla N°46, Anexo N°5). Casimiro (2000) citado en López (2009) menciona que la modificación de un factor macrosocial pudo ser la aparición de la televisión o el actual bombardeo informático, que conlleva a una variación significativa del estilo de vida, provocando cambios en la forma de realizar acciones. Finalmente, señala que estas conductas, a veces, están más influidas por los medios de comunicación que por decisiones libres e individuales.

Respecto a la dimensión *Relaciones Interpersonales*, el grupo no consumo representa un 57.8% de conductas saludables, mientras que en el grupo consumo los adolescentes declaran un 55.6% practicar conductas no saludables. A pesar de lo anterior, al analizar la población existe una tendencia positiva asociadas a las conducta saludables respecto a las relaciones interpersonales de los adolescentes presentes en la investigación (51.1%). (Tabla N°51, Anexo N°5). Dando sustento a los resultados y según la postura cognoscitiva social, el funcionamiento humano se explica en términos de un modelo de reciprocidad trídica en el que la conducta, los factores personales cognoscitivos y de otra clase, así como los acontecimientos del entorno son determinantes que interactúan unos con otros. (Bandura, 1986, p.18 citado en Schunk, 1997)

Respecto a la dimensión *Afrontamiento* el grupo no consumo presenta un 64.4% conductas saludables. Por el contrario en el grupo consumo la mayor cantidad de adolescentes expresa con un 51.1% realizar conductas no saludables. De igual modo existe un 58.9% de los adolescentes que se encuentra satisfecho con su forma de enfrentar las dificultades/situaciones y no piensa que sea problemática (Tabla N°51, Anexo N°5). La OMS (1999), señala que las pautas de conducta se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones.

Respecto a la dimensión *Estado Emocional*, a diferencia de las 6 dimensiones anteriores el grupo consumo presenta un 51.1% de conductas saludables, en oposición a el grupo no consumo que representa la mayor cantidad de adolescentes correspondiendo a un 57.8% conductas no saludables declaradas por los adolescentes. Según Nora Donoso (2000), los estilos de vida, son considerados un determinante social manifestado en la carta de Ottawa (1986), que el “desarrollo de aptitudes personales” como una de las estrategias para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

Finalmente, y de acuerdo al análisis realizado se puede inferir que los adolescentes que no consumen poseen un estilo de vida más saludable que aquellos adolescentes que presentan consumo. Lo cual queda reflejado en 6 de las 7 dimensiones estudiadas (Tabla N°8).

De acuerdo a lo planteado a la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano, se visualiza que los Estilos de Vida de los jóvenes del estudio, son el resultado de la interconexión con sus diferentes entornos, que influyen de diferente manera e intensidad. Todas las estructuras del ambiente ecológico (Micro-Meso-Exo y Macro) en mayor o menor medida, se ven representadas en las variables estudiadas, y por lo cual, es posible señalar que cada entorno será más o menos eficaz en permitir un desarrollo Saludable del adolescente, en la medida que se consideren sus características (interconexiones y la naturaleza de los entornos). En este sentido, es necesario señalar, que en el estudio existe baja interconexión de ambientes del Exosistema, reflejado en una escasa participación en la comunidad, actividades extra-académicas, entre otras. Es importante considerar ampliar la oferta de participación juvenil, en actividades relacionadas con sus propios intereses y que surjan como resultado de una escucha activa de sus necesidades de participación.

En relación a la medición del nivel de autoestima, al analizar la información recolectada se observan diferencias en los grupos de estudio, en el caso del grupo de consumo el mayor porcentaje de los adolescentes poseen un Autoestima Baja con un 51.1% frente a un 48,9% que poseen baja Autoestima.

En el caso del grupo de no consumo, la mayor cantidad de adolescentes se concentra con un 57% en el Autoestima alta frente a un 42.2% que poseen baja autoestima.

Los resultados anteriores, coinciden con lo planteado por distintos autores, los cuales señalan que la baja autoestima se ha asociado a depresión, delincuencia, uso de drogas y malos resultados académicos. Por el contrario, el desarrollo de un sentido positivo de valor personal puede representar un factor protector de distintas conductas problema (Zimmerman, et al., 1997).

De esta forma, queda de manifiesto que el tener una autoestima saludable es considerado como un factor protector en la vida y es indispensable en la adolescencia, ya que el tener una autoestima baja, puede convertirse en factor de riesgo para iniciar el abuso de sustancias.

Finalmente, en relación a la medición del Funcionamiento Familiar a través del instrumento FF-SIL, que considera el análisis de 7 dimensiones (Cohesión, Armonía, Comunicación, adaptabilidad, roles, afectividad y permeabilidad) se observan diferencias en los grupos de estudio. En el caso del grupo consumo si bien el mayor porcentaje se concentra en Familias Moderadamente Funcional con un 44,4%, le sigue con 28,9% la familia disfuncional; a diferencia del grupo no consumo en este caso con un 2,2% se observa familias severamente disfuncionales. Respecto del grupo no consumo, predominan las familias funcionales y moderadamente funcionales con un 40,0% cada una.

3) Respecto del tercer objetivo fue *Identificar la existencia de asociaciones entre el consumo de drogas y características personales, características familiares, y estilos de vida en adolescentes que cursan enseñanza media en la comuna de Talcahuano a través de variables significativas.*

Las variables que resultaron significativas en el presente estudio fueron : Inadecuada Armonía familiar explicando un 5,73% del modelo y con una significación de P: 0.0167, Inadecuada Cohesión familiar explicando un 5,82 del modelo y con una significación de P: 0.0159, Inadecuada comunicación familiar explicando un 5,0 del modelo y con una significación de P: 0.0243 y Ausencia familia nuclear explicando un 5,48 del modelo y con una significación de P: 0.0193, sexo masculino explicando un 15,56 del modelo y con una significación de P:<.0001, Tiempo libre no saludable explicando un 5,44 del modelo y con una

significación de P: 0.0196 y edad explicando un 2,3 del modelo y con una significación de P: 0.1291.

Desde la perspectiva de las tareas evolutivas, los adolescentes estudiados se encuentran en su mayoría en un proceso de transición entre la Adolescencia media que se caracteriza por una preocupación por la afirmación personal-social y la Adolescencia Final que se relaciona con la preocupación por la relación social.

El patrón de uso y dependencia a sustancias es distinto entre adolescentes y adultos siendo la adolescencia es la edad en que más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y la dependencia a sustancias (Compton et al. 2005). Además, los adolescentes poseen mayor tendencia al abuso de múltiples sustancias que los adultos.

Considerando el Enfoque de Ciclo Vital, es fundamental tener conciencia sobre los desafíos particulares de cada etapa del ciclo vital (riesgo o potencialidad) ordena la construcción de estrategias y metodologías apropiadas de prevención, priorizando experiencias estrechamente relacionadas con las herramientas y recursos, personales o contextuales, con los que cuenta la persona en un momento en particular

4-El cuarto objetivo fue Identificar mejores predictores en adolescentes que cursan enseñanza media en la comuna de Talcahuano.

Entre los modelos observados, el que explica significativamente los porcentajes de variación de la variable dependiente (modelo optimo), corresponde al Sexo masculino más la variable inadecuada cohesión familiar que explican un 22,14% del modelo total y con una significación  $P < .0001$ . Esto significa que aquellos estudiantes que son hombres y adicionalmente presentan una inadecuada cohesión al interior de la familia, tienen elevadas probabilidades de alcanzar el consumo de drogas al interior del grupo estudiado.

## 7. CONCLUSIONES

---

El consumo de alcohol y otras drogas implica riesgos para la salud que pueden generar consecuencias diversas mucho antes de que se desarrolle la adicción, por lo que es relevante anticiparse a dichas conductas y establecer los procedimientos necesarios de cuidado y protección.

Es necesario destacar que los adolescentes parecen ser particularmente susceptibles a las conductas de riesgo, siendo el consumo de sustancias una de ellas, la que a su vez los expone a otros riesgos en tanto les impide tomar decisiones apropiadas; sin embargo, también se reconoce la adolescencia como una etapa de oportunidad para el cambio y mantenimiento de conductas positivas de autocuidado. Por ello, es crucial aprovechar toda instancia de atención del adolescente para fortalecer los factores y conductas protectores e identificar precozmente los factores y conductas de riesgo, con objeto de poder intervenir en forma oportuna.

Actualmente en nuestro país es el Servicio Nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol (SENDA), la entidad responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por estas sustancias. Este servicio se encuentra radicado en el Ministerio del Interior y Seguridad Ciudadana. A través de la creación de la Estrategia Nacional sobre reducción de la Demanda de Drogas 2015-2025, SENDA agrupa, una serie de iniciativas, programas y acciones a desarrollar asociadas a este fenómeno. Sus líneas de acción están dirigidas a la prevención a través del programa Chile Previene, y al tratamiento, rehabilitación e integración social a través del programa Chile Recupera. Respecto al programa Chile Previene, la política vigente focaliza sus acciones en espacios laborales, espacios educacionales y espacios comunitarios.

A partir de los datos recogidos y considerando que el mejor predictor que explica el consumo de drogas en población adolescente es una Inadecuada Cohesión Familiar y pertenecer al sexo masculino, se sugieren las siguientes líneas de acción a la política en la materia:

*1-Incorporar líneas de intervención preventivas en materia de familia para evitar el consumo de drogas en adolescentes.*

Lo anterior, considerando que la familia es el lugar donde los niños/niños aprenden las normas, los valores, las formas de comportarse y de relacionarse con el mundo, aprenden a quererse y a cuidarse. Es por ello que esta constituye uno de los principales agentes preventivos para evitar el consumo de drogas. Cada familia tiene un estilo particular de relacionarse, de aprender, de comunicarse, de resolver sus conflictos. Sin embargo, toda familia por disímil que sea, puede mejorar su funcionamiento.

Carvalho et al. (1995) exploraron la relación entre las relaciones familiares y el consumo de drogas a través de un análisis multivariado con 16,378 estudiantes de secundaria en Brasil. Se exploraron datos objetivos sobre las familias y las percepciones de los escolares sobre las mismas. Los hallazgos sugieren que la ocurrencia de la violencia en casa es el principal factor implicado en el uso de alcohol y otras drogas entre los adolescentes. El estado conyugal de los padres no constituyó por sí mismo un fuerte factor relacionado al uso de sustancias e incluso no se vio una relación estadísticamente significativa con el uso frecuente de alcohol. En general, los factores subjetivos intrafamiliares (las percepciones que los individuos tenían sobre sus familias) tuvieron mayor impacto en el uso de alcohol y otras drogas de los adolescentes, en comparación a condiciones familiares objetivas, como el estado civil de los padres. Los autores sugieren que la calidad de las relaciones familiares conforma un determinante de mayor importancia que la situación formal de la familia.

Por lo anterior, se requiere de un abordaje de la problemática del consumo de drogas en adolescentes desde un enfoque sistémico, el cual es sumamente válido e importante en la comprensión y abordaje de la familia. A la luz de esta concepción, es considerada el principal de los sistemas humanos, donde se cumple el desarrollo del individuo a través de funciones que hasta el momento han sido intransferibles adecuadamente a otras instituciones.

Desde el ámbito de las políticas sociales existen grandes falencias asociadas a la nula concepción integral del término familia como grupo social básico, ni de los requerimientos de bienestar de la unidad y de sus integrantes, razón por la cual, las acciones ejecutadas por el gobierno de turno se basan en el desarrollo de programa

asistenciales, de emergencia, desarticulados y con bajo impacto social, no satisfaciendo así las necesidades latentes en la población.

Es por tanto, de vital importancia la creación de una política de familia integral que permita dar respuesta a los requerimientos de la población mejorando así la eficiencia del gasto social.

Considerando que si se controlan las variables se producen un cambio de las posibilidades de que un adolescente varón presente un consumo de drogas. Es que se sugiere *Incorporar una perspectiva de género en las intervenciones preventivas en consumo de drogas en población adolescente*. Cabe destacar, que esta debe ir más de un asunto de paridad y de acceso igualitario. En relación a las temáticas vinculadas al consumo de drogas, la perspectiva de género revela las motivaciones latentes en el inicio del consumo y mantenimiento de las situaciones de abuso de sustancias por parte de hombres y mujeres, ya que existen múltiples factores que incrementan el riesgo o la probabilidad de que una persona inicie el consumo de diferentes drogas, de que reitere el mismo, o de que acabe abusando o dependiendo de ellas. Muchos de estos factores son comunes a hombres y mujeres (Sánchez, 2009). A pesar de lo anterior, y considerando los resultados obtenidos en la presente investigación se requieren del desarrollo de estrategias preventivas dirigido a la población masculina, dado que presentan mayor vulnerabilidad frente al consumo de drogas.

Cabe destacar, que las creencias y conductas relacionadas con la salud, como otras prácticas sociales en que se implican mujeres y hombres, son un medio para demostrar femineidades y masculinidades: los hombres son más proclives a adoptar creencias y conductas que aumentan sus riesgos, y menos proclives a adoptar conductas vinculadas a la salud y la longevidad (Gómez, 2002). Además, muchas prácticas de autocuidado se consideran culturalmente femeninas, ya que son las mujeres quienes acuden más veces a las consultas médicas y están más informadas sobre sus enfermedades que los hombres.

Se requiere *Incorporar el enfoque del ciclo vital en las intervenciones preventivas para evitar el consumo de drogas en población adolescente*: Es relevante hacer visible la etapa de la adolescencia, la que ha sido históricamente postergada entre la niñez y la adultez. La especificidad de esta etapa y, a la vez, las características propias de los sujetos que la viven, exigen plantear una mirada y un

abordaje diferente a la acostumbrada perspectiva adultocéntrica. El ciclo vital, es un proceso continuo de cambios y cada una de las etapas por las que transcurre establece una diferencia en el desarrollo de la persona y en el sentido que motiva el consumo, por tanto, el trabajo del equipo profesional que aborda la temática debe considerar estas condiciones específicas.

Es fundamental, al momento de diseñar estrategias en la elaboración de la política pública, considerar la participación de los adolescentes, haciendo efectiva su capacidad de incidencia e influencia en los temas y problemas que afectan sus derechos, trayectorias vitales y bienestar social, cultural o económico. Invita a la co-construcción de soluciones pertinentes a sus necesidades de desarrollo y bienestar en un marco de Derechos.

Finalmente, *Incorporar el contexto cultural como enfoque para evitar el consumo de drogas en población adolescente*. Lo anterior, debido a que el contexto donde se desenvuelve el adolescente enmarca la forma cómo se deberá intervenir, ya que las determinaciones y las formas de vivir en cada lugar van a condicionar las expresiones del ser. En este sentido, es necesario atender a los significados que puedan presentar distintas conductas de riesgo, como el consumo de drogas en los adolescentes, ya que podría suceder en algunos sectores el consumo y tráfico fuesen significados como algo favorablemente valorado. Esta perspectiva se basa en la idea de que el desarrollo de los individuos no se da en forma aislada del contexto (Bronfenbrenner,1987), es decir, cuando los adolescentes manifiestan comportamientos de riesgo, estos no se podrían entender al margen de las características del contexto en que se manifiestan. Esto se debe a que en el curso de su vida los adolescentes viven y se relacionan con una compleja red de sistemas sociales relacionados, como lo son la familia, el grupo de pares y otras instituciones que influyen de manera directa o indirecta en su desarrollo, por lo que se puede afirmar que las características de estos sistemas pueden convertirse tanto en factores protectores como de riesgos.

Por otra parte, es relevante también incorporar un *enfoque de reducción de daños*, el cual tiene como principal objetivo, reducir o modificar las consecuencias en lugar de la conducta de consumir, y es un complemento a las intervenciones de prevención y tratamiento. Se enfoca en cambiar la manera en que los individuos usan drogas y el medio ambiente en donde consumen, partiendo de la idea de que

en algunos grupos de personas el consumo de sustancias psicoactivas continuará a pesar de los esfuerzos preventivos y terapéuticos. Además, de *Incorporar mecanismos de evaluación* que permitan hacer un debido monitoreo del problema de las drogas y también fomentar el financiamiento de investigación en el área para abordar el problema de manera más eficaz.

Sin lugar a dudas, en nuestro país el consumo de drogas en población adolescente merece preocupación, es por lo anterior, que a través de los presentes resultados se busca contribuir con información científica que nos permita entregar una respuesta efectiva e integral asociada a las características y necesidades particulares de esta población.

Finalmente, y considerando la complejidad y multicausalidad de las problemáticas asociadas al consumo de sustancias, resulta indispensable generar estrategias sinérgicas y complementarias, asegurando el bienestar y fortaleciendo la calidad de vida de cada uno de los adolescentes.



## 8. BIBLIOGRAFIA

---

1. Arnett, J. J. (2008). Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural. México: Pearson.
2. Arbex C. Guía de intervención (2002). Menores y consumos de drogas. Madrid: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales.
3. American Psychological Association, Developing adolescents (2002). A reference for professionals, Washington, DC: Autor. Descargado el 15 de octubre de 2010 desde <http://www.apa.org/pi/families/resources/develop.pdf>.
4. Babor T. (2010): Drug Policy and the Public Good. OUP Oxford; 352 p.
5. Bronfenbrenner, U. (1987) "La Ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados" Ediciones Paidós. Cornell University
6. Cirac, B. G. (2011). Factores de Adherencia al tratamiento en pacientes dependientes de Cannabis. Universitat Internacional de Catalunya.
7. Colaboradores, P. M. (2009). La Adherencia en psicoterapia. Cuad.Psiquiatr. Comunitaria Vol. 9, Nº 1.
8. Carvalho, V., Pinsky, I., de Souza e Silva R, y Carlini-Cotrim, B. (1995). Drug and alcohol use and family characteristics: A study among Brazilian high-school students. *Addiction*, 90, 65-72. doi: 10.1046/j.1360-0443.1995.9016510.x
9. CONACE. (2008). Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas para población infantoadolescente y sus especificidades, Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Chile. Obtenido de [www.bibliodrogas.cl/biblioteca/digitales/ninos\\_ninas\\_adolesc.pdf](http://www.bibliodrogas.cl/biblioteca/digitales/ninos_ninas_adolesc.pdf)
10. Committee on Substance Abuse (2011). Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians. *PEDIATRICS*; 128(5):e1330–40.

11. Donoso, N. (2000) La Promoción de la Salud en el marco de la Reforma. Extraído el 25 de agosto de 2011. [http://www.magpoliticassociales.cl/documentos/n\\_donoso.pdf](http://www.magpoliticassociales.cl/documentos/n_donoso.pdf)
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 (4): 81-89. Recuperado de la base de datos Redalyc, (ISSN 0185-3325). <http://redalyc.org/articulo.oa?id=58242809>.
13. González, S. (2008) Individuación y Juventud: Proyectos de Vida y Derechos Subjetivos. *Revista Observatorio de Juventud de INJUV*, Año 5(20), 27-35.
14. Herman, M.A., y McHale, S.M. (1993). Coping with parental negativity: Links with parental warmth and child adjustment. *Journal Appl. Develop. Psychol.*, 14, 121-36. doi: 10.1016/0193-3973(93)90027-S
15. Heatherton T.F., & Wyland C.L. (2003). Assessing self-esteem. En: S.J. Lopez, & C.R. Snyder, (Eds.). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. (pp. 219–233). Washington, DC: American Psychological Association.
16. Krauskopf, D. (2000). *La construcción de políticas de juventud en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
17. Maturana, Alejandro, (2011). Consumo de Alcohol y Drogas en Adolescentes en Valdivia, y Condeza: "Psiquiatría del Adolescente". Capítulo 16. Editorial Mediterraneo. Santiago, Chile. 2006.
18. Ministerio de Salud (2011). *Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes*. Chile.
19. Mora Mardones, O., Chamblás García, I., & Peña Ovalle, I. (2004). *Orientación acerca del Proceso de Investigación: Exposición de sus principales etapas*, Universidad de Concepción, Dirección de Docencia. Concepción.
20. Moreno, Kena (1999). *Centros de Integración Juvenil Como proteger a tus hijos contra las drogas*. México: CIJ.

21. Naciones Unidas, O. C. (s.f.). Abuso de drogas: Tratamiento y Rehabilitación, Guía Práctica de Planificación y Aplicación. Obtenido de [https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide\\_S.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf) , con fecha 10 de octubre del 2017.
22. Nations, U. (2010). Informe Mundial Sobre Las Drogas. United Nations. Recuperado el 20 de agosto de 2015, de [https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2010/World\\_Drug\\_Report\\_2010\\_lo-res.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf)
23. Otero, J., Mirón, L., y Luengo, A. (1989). Influence of family and peer group on the use of drugs by adolescents. *International Journal of Addiction*, 24 (11), 1065- 1082.
24. Organización Mundial de la Salud (1986) Carta de Ottawa para la promoción de la salud obtenido de: [http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=12&lang=es](http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_content&view=article&id=5:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=12&lang=es), con fecha 10 de octubre del 2017.
25. OMS. (Enero 2003). Adherencia a Tratamiento a largo Plazo: Pruebas para la acción. Obtenido de Organización Panamericana de Salud: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=18722&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid), con fecha 06 de octubre del 2017.
26. OMS | Riesgos para la salud de los jóvenes [Internet]. WHO. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>, con fecha 06 de octubre del 2017.
27. Orueta R, T. P.-C. (2008). Actualización en medicina de familia. Semergen.
28. Rodríguez, J. y Agulló, E. (1999) Estilos de Vida, Cultura, Ocio y Tiempo Libre de estudiantes universitarios. *Psicothema*, 11 (2), 247-259. Extraído en 20 de septiembre de 2010, en: [www.psicothema.com/pdf/204.pdf](http://www.psicothema.com/pdf/204.pdf)
29. SENDA. (2012). Decimo estudio de población escolar chile. Recuperado el 20 de agosto del 2015, de [http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/2012\\_Decimo\\_EstudioNacional.pdf](http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/2012_Decimo_EstudioNacional.pdf)
30. SENDA(2015). Orientaciones técnicas programa de prevención selectiva e indicada Actuar a Tiempo.

31. Smetana, J. G., Campione-Barr, N., & Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology*, 57, 255–284.
32. Squeglia LM, Jacobus J, Tapert SF (2009). The Influence of Substance Use on Adolescent Brain Development. *Clin EEG Neurosci Off J EEG Clin Neurosci Soc ENCS*. 40(1):31–8.
33. Steinberg, L. (2005). Adolescence. En K. Krapp & J Wilson (Eds.). *The Gale encyclopedia of children's health. Infancy Through Adolescence* (pp.32-36). Detroit: Thompson Gale
34. Steinberg L., & Morris, A.S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83–110.
35. Susman, E. J., & Dorn, L. D. (2009). Puberty: Its role in development. En R. Lerner, y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3ª Edición). Volumen I: Individual bases of adolescent development (pp. 116-151). Hoboken, NJ: Wiley
36. Vasters GP, P. S. (2011). Uso de Drogas por Adolescentes: Sus Percepciones sobre adhesión y el abandono del tratamiento especializado. *Revista Latinoamericana-Am Enfermagem* (Internet), extraída el 20 de agosto del 2015.
37. Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>, con fecha 05 de septiembre del 2017.
38. Prandi, F. (1992). Una Visión Integral del adolescente y su salud. *Bol Ped*.
39. Vargas, S. (2009). “Los estilos de vida en la salud” Universidad de Costa Rica.
40. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SRB (2014). Adverse Health Effects of Marijuana Use. *N Engl J Med.*; 370(23):2219–27.
41. Wallston, K. S. (1994). Form C of the MHLC scales: a condition – specific measure of locus of control. *Journal of Personality*, 63, 534-553.
42. Zimmerman, M.A., Copeland, L.A., Shope, J.T., & Dielman, T.E. (1997). A longitudinal study of self-esteem: Implications for adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 117–141.

## 9. ANEXOS



## 9.1 ANEXO N°1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS SOCIALES

Folio

ENCUESTA BR  MR

Junto con saludar, queremos distraer su atención por unos minutos para solicitar su colaboración y responder algunas preguntas relacionadas con su Estilo de Vida. Sus respuestas son de gran importancia para efectos de conocer diversos aspectos relacionados con la salud de la población y que permitan proyectar acciones desde los distintos ámbitos de las profesiones e instituciones que trabajan con personas. Sus respuestas son de carácter confidencial y no involucran identificación personal en este instrumento en ningún momento, sin embargo, se requiere que Ud. autorice formalmente para que le apliquen esta Encuesta Desde ya agradezco su valiosa colaboración

### I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FAMILIARES

Sexo	Femenino	1	Edad (en años cumplidos):		Usted es padre o madre	Sí	1	No	2
	Masculino	2		Nº de Hijos			No	2	

El N° de integrantes de mi familia es de  personas (inclusive el o la estudiante) Estado Civil

y está compuesta por

Señale con una X la escolaridad de sus padres:

PADRE				MADRE			
Sin estudios	0			Sin estudios	0		
Básica Incompleta	1			Básica Incompleta	1		
Básica Completa	2			Básica Completa	2		
Enseñanza Media Incompleta	3			Enseñanza Media Incompleta	3		
Enseñanza Media Completa	4			Enseñanza Media Completa	4		
Técnico de Enseñanza Media Incompleta	5			Técnico de Enseñanza Media Incompleta	5		
Técnico de Enseñanza Media Completa	6			Técnico de Enseñanza Media Completa	6		
Técnico Superior Incompleta	7			Técnico Superior Incompleta	7		
Técnico Superior Completa	8			Técnico Superior Completa	8		
Universitaria Incompleta	9			Universitaria Incompleta	9		
Universitaria Completa	10			Universitaria Completa	10		
Post Grado	11			Post Grado	11		

Señale qué actividad realiza su madre:

Señale qué actividad realiza su padre:

¿Profesa alguna religión?	Sí	1	No	2	¿Cuál?	
---------------------------	----	---	----	---	--------	--

### II. ESTILOS DE VIDA EN JÓVENES

#### A. ACTIVIDAD FÍSICA

1. En relación a su actividad cotidiana. Usted deberá marcar con una X la respuesta que más se ajuste a su realidad.

SIEMPRE 1    FRECUENTEMENTE 2    POCAS VECES 3    NUNCA 4

1. Caminar o andar en bicicleta en lugar de utilizar otro medio de transporte si debe desplazarse a un lugar cercano	1	2	3	4
2. Practicar algún deporte con fines competitivos	1	2	3	4
3. Hacer algún ejercicio o una práctica corporal durante al menos 30 minutos tres veces a la semana	1	2	3	4

2. El principal motivo para **hacer** algún ejercicio o actividad física es (seleccione **una sola opción**)

1.- Mejorar su figura	1
2.- Relacionarse con amigos o nuevas personas	2
3.- Mejorar el estado de ánimo	3
4.- Beneficiar su salud	4
5.- Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos	5
6.- Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos cercanos	6
7.- Otro. ¿Cuál?	7

3. El principal motivo para **NO hacer** (o **dejar de hacer**) ejercicio y actividad física es (seleccione **una sola opción**)

1.- Temor a hacer el ridículo	1
2.- Implica mucho esfuerzo y se cansa fácil	2
3.- Pereza	3
4.- Insistencia de amigos, pareja o familia para no hacerlo	4
5.- Las personas cercanas a usted lo han criticado por hacer ejercicio o actividad física	5
6.- Otro. ¿Cuál?	6

1

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DIRECCIÓN DE POSTGRADO FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS SOCIALES



4. Respecto a sus prácticas de ejercicio y actividad física considera que (seleccione **una sola opción**):

- 1.- Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas
- 2.- Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará
- 3.- Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo
- 4.- Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende
- 5.- Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos

1
2
3
4
5

5. Si quiere realizar algún ejercicio o actividad física ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede seleccionar **varias opciones**):

- 1.- Implementos deportivos (ropa, zapatos, máquinas, elementos de seguridad, balones, etc.) necesarios
- 2.- Dinero
- 3.- Tiempo para realizarlo
- 4.- Personas con quien realizarlo en caso de querer compañía
- 5.- Habilidades (coordinación, agilidad, equilibrio, etc.) y cualidades físicas (fuerza, resistencia y flexibilidad)
- 6.- Buen estado de salud
- 7.- Conocimiento de la realización adecuada de las prácticas
- 8.- Espacios y oferta de actividades físicas y deportivas en la Universidad

1
2
3
4
5
6
7
8
9

9.-Otro. ¿Cuál?

**B. TIEMPO LIBRE** (Aquel que se dedica al esparcimiento, al descanso, a la diversión, a las actividades culturales, sociales o artísticas).

1. En **una semana habitual**, con qué frecuencia usted:

TODOS LOS DÍAS  LA MAYORÍA DE LOS DÍAS  ALGUNOS DÍAS  NINGÚN DÍA

1. Realiza alguna actividad para descansar y relajarse (ver televisión, dormir, escuchar música, meditar, etc.)
2. Comparte tiempo o actividades con la familia, amigos o pareja.

1	2	3	4
1	2	3	4

2. En **un mes habitual**, con qué frecuencia usted:

TODAS LAS SEMANAS  LA MAYORÍA DE LAS SEMANAS  ALGUNAS SEMANAS  NINGUNA SEMANA

1. Realiza alguna actividad de diversión o entretenimiento, cultural o artística (ir a centros comerciales, ir a cine, tocar un instrumento, etc.)

1	2	3	4
---	---	---	---

3. El **principal motivo para realizar** actividades de uso del tiempo libre (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión) es (seleccione **una sola opción**):

1. Sentirse mejor
2. Relacionarse con otras personas
3. Cambiar la rutina académica y laboral
4. Olvidar los problemas o las preocupaciones
5. Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos
6. Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos
7. Otro. ¿Cuál?

1
2
3
4
5
6
7

4. El **principal motivo para NO realizar (o dejar de realizar)** actividades de uso del tiempo libre (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión) es (seleccione **una sola opción**):

1. No sabe cómo ocupar el tiempo libre
2. No le parecen interesantes las actividades programadas
3. Prefiere seguir estudiando
4. No le interesa este tipo de actividades
5. Las personas cercanas a usted lo han criticado por realizar este tipo de actividades
6. Otro. ¿Cuál?

1
2
3
4
5
6

5. Respecto al tiempo que dedica a las actividades culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión, considera que:

1. Está satisfecho con él y no piensa que sea problemático
2. Podría mejorar, pero no sabe si lo hará
3. Podría mejorar en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo
4. Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende
5. Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos

1
2
3
4
5

6. Si quiere realizar actividades de uso de tiempo libre (culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión) ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede seleccionar **varias opciones**)

1. Recursos materiales o dinero
2. Tiempo para realizarlas
3. Personas con quien realizarlas en caso de querer compañía
4. Espacios y oferta de actividades de uso del tiempo libre en el colegio
5. Espacios y oferta de actividades de uso del tiempo libre en la comuna
6. Otro. ¿Cuál?

1
2
3
4
5
6



### C. ALIMENTACIÓN

1. En relación a su alimentación marque con una X la opción que más se ajusta a su realidad:

NINGÚN DÍA  1 ALGUNOS DÍAS  2 LA MAYORÍA DE LOS DÍAS  3 TODOS LOS DÍAS  4

1. Consume comidas rápidas, fritos, golosinas o dulces
2. Consume gaseosas o bebidas artificiales
3. Desayuna, almuerza y come en horarios habituales
4. Omite alguna de las comidas principales (desayuno, almuerzo y comida)
5. Deja de comer, aunque tenga hambre
6. Come en exceso, aunque no tenga hambre
7. Vomita o toma laxante después de comer en exceso

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

2. El principal motivo para alimentarse adecuadamente es (seleccione una sola opción):

1. Mantener su figura
2. Bajar de peso
3. Mejorar su rendimiento (físico y mental)
4. Mantener la salud
5. Verse mejor
6. Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos
7. Hace parte del estilo de vida de la pareja o amigos cercanos
8. Otro. ¿Cuál?

1
2
3
4
5
6
7
8

3. El principal motivo para NO alimentarse adecuadamente (o dejar de hacerlo) es (seleccione una sola opción):

1. Conservar o mejorar su figura
2. No le gusta restringirse en lo que come
3. No puede controlarse en lo que come
4. No piensa en las consecuencias negativas de una mala alimentación
5. Las personas cercanas a usted lo han criticado por sus hábitos de alimentación saludables
6. Otro. ¿Cuál?

1
2
3
4
5
6

4. Respecto a sus prácticas de alimentación considera que (seleccione una sola opción):

1. Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas
2. Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará
3. Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo
4. Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende
5. Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos

1
2
3
4
5

5. Si quiere alimentarse de forma adecuada ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede seleccionar varias opciones)

1. Dinero para comprar alimentos saludables
2. Tiempo suficiente para sus 3 comidas principales
3. Disponibilidad de alimentos saludables en el colegio
4. Espacios adecuados y suficientes para comer en el colegio
5. Conocimiento para elegir alimentos saludables
6. Disponibilidad de alimentos saludables en su casa
7. Otro. ¿Cuál?

1
2
3
4
5
6
7

D. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS ILEGALES (marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, LSD, hongos, otros alucinógenos, etc.)

1. Señale cuál de las siguientes afirmaciones describía mejor su consumo de alcohol antes de incorporarse al programa A Tiempo. (Seleccione una sola opción):

1. Tomo bebidas alcohólicas varias veces en el día
2. Tomo bebidas alcohólicas una vez al día
3. Tomo bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana
4. Tomo bebidas alcohólicas de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
5. No tomo bebidas alcohólicas

5
4
3
2
1

2. Señale cuál de las siguientes afirmaciones describía mejor su consumo de tabaco antes de incorporarse al programa A Tiempo. (Seleccione una sola opción):

1. Fumo varias veces en el día
2. Fumo una vez al día
3. Fumo por lo menos una vez a la semana
4. Fumo de vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
5. No Fumo

5
4
3
2
1



**D. SUEÑO**

1. Señale la frecuencia con la que realiza las siguientes actividades en **una semana habitual**:

NINGÚN DÍA  1 ALGUNOS DÍAS  2 LA MAYORÍA DE LOS DÍAS  3 TODOS LOS DÍAS  4

1. Tener una hora habitual para acostarse y levantarse
2. Despertarse en la madrugada y tener dificultad para dormirse nuevamente
3. Despertarse varias veces en la noche

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

2. El principal motivo para **dormir** el tiempo que necesita es (seleccione **una sola opción**):

1. Descansar
2. Tener un buen rendimiento físico y/o mental
3. Evitar amanecer irritable
4. Hace parte del estilo de vida de sus padres o hermanos
5. Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos
6. Otro. ¿Cuál?

1
2
3
4
5
6

3. El principal motivo para **NO dormir** el tiempo que necesita (o dejar de hacerlo) es (seleccione **una sola opción**):

1. Tiene mucha carga académica o laboral
2. Tiene responsabilidades distintas al estudio o al trabajo que le impiden dormir el tiempo que necesita (hijos, un familiar enfermo, arreglo del hogar, etc.)
3. Sus amigos o pareja lo incitan a realizar actividades de noche que interrumpen sus horarios de sueño
4. Tiene muchas preocupaciones y asuntos en qué pensar
5. Le gusta hacer actividades por la noche (chatear, ver un programa, leer, hacer ejercicios, etc.)
6. Alguien o algo suele despertarlo
7. Las personas cercanas a Ud. lo han criticado por dormir más del tiempo que necesita
8. Otro. ¿Cuál?

1
2
3
4
5
6
7
8

4. Respecto a sus prácticas de sueño considera que (seleccione **una sola opción**):

1. Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas
2. Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará
3. Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo
4. Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende
5. Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos

1
2
3
4
5

5. Si quiere dormir adecuadamente ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede seleccionar **varias opciones**)

1. Lugar cómodo y agradable para dormir (sin ruidos, sin exceso de luz, colchón adecuado, temperatura adecuada, etc.)
2. Dinero necesario para adecuar el lugar en el que duerme (cambiar el colchón o la almohada cuando se daña, cubrir las ventanas con cortinas o persianas, etc.)
3. Tiempo para dormir lo que necesita
4. Conocimiento sobre las condiciones necesarias para tener un sueño óptimo (temperatura, ruido, iluminación, etc.)
5. Estrategias para controlar los pensamientos y emociones que podrían interferir con su sueño
6. Otro. ¿Cuál?

1
2
3
4
5
6

**E. RELACIONES INTERPERSONALES**

1. Respecto a sus relaciones sociales en general usted:

A TODAS LAS PERSONAS  1 A LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS  2 A ALGUNAS PERSONAS  3 A NINGUNA PERSONA  4

1. Expresa de manera adecuada su disgusto o desacuerdo
2. Expresa sus opiniones adecuadamente
3. Escucha y respeta la opinión de otras personas
4. Expresa a personas cercanas el afecto mediante palabras o contacto físico (caricias, besos, abrazos, etc.)
5. Acepte las expresiones de afecto de los demás

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

2. El principal motivo para **relacionarse** con otras personas es (seleccione **una sola opción**):

1. Estar acompañado
2. Dar o recibir afecto y apoyo
3. Pertenecer a un grupo
4. Divertirse
5. Otro. ¿Cuál?

1
2
3
4
5

3. El principal motivo para **NO relacionarse** con otras personas es (seleccione **una sola opción**):

1. Prefiere estar solo
2. Temor a que lo rechacen
3. La gente lo rechaza
4. No le interesa establecer relaciones
5. Las personas cercanas a usted lo han criticado por su forma de relacionarse con los demás
6. Otro. ¿Cuál?

1
2
3
4
5
6

5

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DIRECCIÓN DE POSTGRADO FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS SOCIALES



4

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DIRECCIÓN DE POSTGRADO FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS SOCIALES



4. Respecto a la forma como se relaciona con otras personas, considera que (seleccione una sola opción):

- 1. Está satisfecho con su forma de relacionarse y no piensa que sea problemática 1
- 2. Podría cambiarla, pero no sabe si lo hará 2
- 3. Podría cambiarla en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo 3
- 4. Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende 4
- 5. Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos 5

5. ¿Si quisiera establecer y mantener una relación interpersonal, con cuáles de los siguientes recursos contaría? (puede seleccionar varias opciones)

- 1. Tiempo para relacionarse con otras personas por motivos distintos al estudio o al trabajo 1
- 2. Dinero para realizar actividades en las que se relacione con otras personas 2
- 3. Habilidades para relacionarse con otras personas 3
- 4. Otro. ¿Cuál?  4

#### F. AFRONTAMIENTO

1. Señale la frecuencia con la que usted

SIEMPRE  1 FRECUENTEMENTE  2 POCAS VECES  3 NUNCA  4

- 1. Reacciona adecuadamente ante la expresión de molestia de otras personas 1 2 3 4
- 2. Admite ante los demás cuando se equivoca 1 2 3 4
- 3. Dice "no" cuando le hacen peticiones que considera poco razonables 1 2 3 4

2. Señale la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos dos (2) meses, cuando se enfrenta a una situación difícil o problemática:

SIEMPRE  1 FRECUENTEMENTE  2 POCAS VECES  3 NUNCA  4

- 1. Se esfuerza por comprender en qué consiste antes de intentar solucionarla 1 2 3 4
- 2. Evalúa si puede hacer algo para cambiarla 1 2 3 4
- 3. Busca ayuda o apoyo por parte de otras personas 1 2 3 4
- 4. La resuelve si ésta tiene solución 1 2 3 4
- 5. Acepta y se ajusta a aquellas situaciones que considera que usted no puede cambiar 1 2 3 4

3. El principal motivo para NO buscar soluciones a una situación difícil o problemática es (seleccione una sola opción):

- 1. Considera que no está en sus manos solucionarlo 1
- 2. Prefiere no pensar en los problemas 2
- 3. Prefiere no enfrentar las consecuencias de resolver el problema 3
- 4. Las personas cercanas a usted lo han criticado por su forma de enfrentar los problemas 4
- 5. Otro. ¿Cuál?  5

4. El principal motivo para buscar soluciones a una situación difícil o problemática es (seleccione una sola opción):

- 1. No sentir que los problemas dominan su vida 1
- 2. Disminuir el malestar que ocasionan los problemas 2
- 3. Evitar que los problemas interfieran en su rutina 3
- 4. La búsqueda de soluciones ante los problemas hace parte del estilo de vida de sus padres y/o hermanos 4
- 5. La búsqueda de soluciones ante los problemas hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos 5
- 6. Otro. ¿Cuál?  6

5. Respecto a la forma como generalmente enfrenta las situaciones difíciles o problemáticas, considera que (seleccione una sola opción):

- 1. Está satisfecho con su forma de enfrentarlas y no piensa que sea problemática 1
- 2. Podría cambiarla, pero no sabe si lo hará 2
- 3. Podría cambiarla en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo 3
- 4. Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende 4
- 5. Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos 5

6. Si tiene que enfrentar situaciones difíciles o problemáticas, ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede seleccionar varias opciones)

- 1. Recursos materiales y económicos 1
- 2. Personas que pueden apoyarlo 2
- 3. Ayuda profesional si la necesita 3
- 4. Habilidades para solucionar problemas 4
- 5. Otro. ¿Cuál?  5



**G. ESTADO EMOCIONAL**

1. En los últimos dos meses, con qué frecuencia ha sentido:

NUNCA  1 POCAS VECES  2 FRECUENTEMENTE  3 SIEMPRE  4

1. Tristeza, decaimiento o aburrimiento
2. Enojo, ira u hostilidad
3. Alegría o felicidad
4. Soledad
5. Optimismo o esperanza
6. Angustia, estrés o nerviosismo

1	2	2	4
1	2	2	4
1	2	2	4
1	2	2	4
1	2	2	4
1	2	2	4

**III. AUTOESTIMA**

1. A continuación, se presenta una escala en la cual se exponen características relacionadas con su vida, donde se pide a usted marcar con X de acuerdo a la existencia de esta en usted, en el cual 1 es poca importancia y 5 mucha importancia. Las respuestas registradas deben reflejar su realidad.

NO ES UNA CARACTERÍSTICA MÍA EN LO ABSOLUTO  1 NO MUCHO  2 A VECES  3 LA MAYORÍA DE LAS VECES  4 UNA CARACTERÍSTICA MUY PROPIA  5

1. Me describiría a mí mismo como alguien sin habilidades sociales
2. Frecuentemente encuentro difícil defender mi punto de vista cuando confronto las opiniones de otros
3. Me describiría a mí mismo como alguien con una "fuerte" personalidad.
4. Cuando trabajo algún comité, me gusta hacerme cargo de las cosas
5. Usualmente espero tener éxito en las cosas que hago
6. Me siento cómodo acercándome a alguien con una figura de autoridad sobre mí
7. Disfruto estar con otras personas y buscar frecuentemente encuentros sociales.
8. Me siento confiado de mi comportamiento social.
9. Siento que puedo acercarme confiadamente y lidiar con cualquier persona que conozca
10. Me describiría a mí mismo como alguien feliz
11. Disfruto estar frente a una gran audiencia.
12. Cuando conozco a un extraño/a, suelo pensar que es mejor que yo.
13. Es difícil para mí, empezar una conversación con extraños.
14. La gente parece acudir a mí cuando debe tomarse una decisión.
15. Me siento seguro en situaciones sociales.
16. Me gusta ejercer mi influencia sobre otros(as).

0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4

**IV. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

1. A continuación, se presenta una escala en la cual se exponen situaciones relacionadas con la vida en familia, donde se pide a usted marcar con X de acuerdo a la importancia asignada por su familia. Las respuestas registradas deben reflejar su realidad.

CASI NUNCA  1 POCAS VECES  2 A VECES  3 MUCHAS VECES  4 CASI SIEMPRE  5

- 1-En conjunto se toman decisiones para cosas importantes en la familia
- 2-En mi casa predomina la armonía
- 3-En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades
- 4-Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana
- 5-Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa
- 6-Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos
- 7-Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles
- 8-Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan
- 9-Se distribuyen las tareas de forma de que nadie esté sobrecargado
- 10-Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones
- 11-Podemos conversar diversos temas sin temor
- 12-Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas
- 13-Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar
- 14-Nos demostramos el cariño que nos tenemos

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!



## 9.2 ANEXO N°2: VALOR ALFA DE CRONBACH

**Tabla N°21:** Alfa de Cronbach CEVJU-R

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,799	40

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N°22:** Alfa de Cronbach TSBI

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,723	16

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N°23:** Alfa de Cronbach FF-SIL

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,924	14

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N°24:** Alfa de Cronbach Instrumento Recolección de datos

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,754	136

Fuente: Elaboración Propia

### 9.3 ANEXO N°3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Carolina Andrea Rivera Andrades, Trabajadora Social, estudiantes de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales, Universidad de Concepción, RUT 16.765.050-3.**

Título de la Investigación:

**“Factores Predictores y Drogodependencias en población Adolescente”**

Se le ha solicitado a mi hijo o pupilo participar en la presente investigación que tiene como objetivo generar información de interés científico y académico respecto a los estilos de vida y consumo de drogas en población adolescente. Si acepta participar se le hará entrega de un cuestionario auto administrado QUE SU HIJO O PUPILO DEBERÁ CONTESTAR. ESTE CUESTIONARIO PODRÍA TOMARLE 45 minutos PARA RESPONDER.

Al otorgar mi consentimiento entiendo que:

- Los beneficios que se obtendrán de este estudio es información que permitirá formular recomendaciones orientadas a mejorar la política existente.

-No hay riesgos en participar en la investigación

-Cualquier pregunta que yo requiera realizar en relación con su participación en este estudio puede llamar a Doña Carolina Rivera Andrades, Responsable de la investigación, Número teléfono celular: 82432103.

-Mi participación es **VOLUNTARIA**, es decir, podré retirarme de esta investigación en cualquier momento sin dar razones ni tampoco sin que ello me perjudique.

-Mi participación es **NO REMUNERADA**

- Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias o publicados, pero mi nombre e identidad no será revelado y los datos proporcionados permanecerán en forma confidencial.

Declaro que:

Después de haber recibido y comprendido toda la información de este documento y haber podido aclarar mis dudas, otorgo mi consentimiento para ser entrevistado.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

#### 9.4 ANEXO N°4: ASENTIMIENTO INFORMADO

**Carolina Andrea Rivera Andrades, Trabajadora Social, estudiantes de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales, Universidad de Concepción, RUT 16.765.050-3.**

Título de la Investigación: **“Factores Predictores y Drogodependencias en población Adolescente”**

Se me ha solicitado participar en la presente investigación que tiene como objetivo generar información de interés científico y académico respecto a los factores a los estilos de vida y consumo de drogas en población adolescente. Si acepta participar se le hará entrega de un cuestionario auto administrado QUE UD. DEBERÁ CONTESTAR. ESTE CUESTIONARIO PODRÍA TOMARLE 45 minutos PARA RESPONDER. Al otorgar mi consentimiento entiendo que:

- Los beneficios que se obtendrán de este estudio es información que permitirá formular recomendaciones orientadas a mejorar la política existente.

-No hay riesgos en participar en la investigación

-Cualquier pregunta que yo requiera realizar en relación con su participación en este estudio puede llamar a Doña Carolina Rivera Andrades, Responsable de la investigación, Número teléfono celular: 82432103.

-Mi participación es **VOLUNTARIA**, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

-Mi participación es **NO REMUNERADA**

- Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias o publicados, pero mi nombre e identidad no será revelado y los datos proporcionados permanecerán en forma confidencial.

Declaro que:

Después de haber recibido y comprendido toda la información de este documento y haber podido aclarar mis dudas, otorgo mi consentimiento para ser entrevistado.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## 9.5 ANEXO N°5: ANALISIS COMPLEMENTARIOS

A continuación, se presentan los resultados de preguntas complementarias obtenidos tras la medición del cuestionario de “Estilos de vida en Jóvenes Universitarios” (CEVJU-R) diseñado por Salazar, Varela, Lema, Tamayo, y Duarte (2009). Cabe destacar, que estos resultados nos permiten profundizar los resultados obtenidos tras la medición de las dimensiones contenidas en el presente instrumento.

### DIMENSION ACTIVIDAD FISICA

**Tabla N°25:** Análisis descriptivo respecto a los motivos para el desarrollo de ejercicio o actividad física.

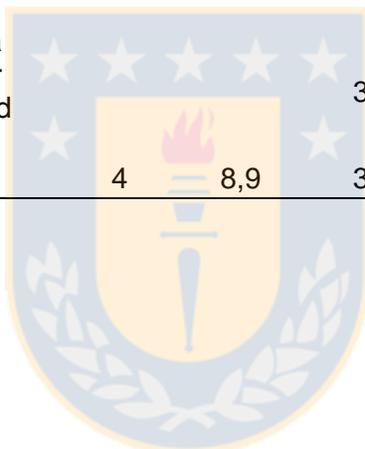
El principal motivo para hacer algún ejercicio o actividad física	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Mejorar su figura	16	35,6	11	24,4	27	30,0
Relacionarse con amigos o nuevas personas	11	24,4	1	2,2	12	13,3
Mejorar el estado de ánimo	7	15,6	5	11,1	12	13,3
Beneficiar su salud	8	17,8	20	44,4	28	31,1
Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos cercanos	2	4,4	1	2,2	3	3,3
Otro. ¿Cuál?	1	2,2	7	15,6	8	8,9

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N°26:** Análisis descriptivo respecto a las causas para NO realizar ejercicio y actividad física

El principal motivo para NO hacer (o dejar de hacer) ejercicio y actividad física es	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Temor a hacer el ridículo	11	24,4	5	11,1	16	17,8
Implica mucho esfuerzo y se cansa fácil	4	8,9	7	15,6	11	12,2
Pereza	26	57,8	26	57,8	52	57,8
Insistencia de amigos, pareja o familia para no hacerlo			1	2,2	1	1,1
Las personas cercanas a usted lo han criticado por hacer ejercicio o actividad física			3	6,7	3	3,3
Otro. ¿Cuál?	4	8,9	3	6,7	7	7,8

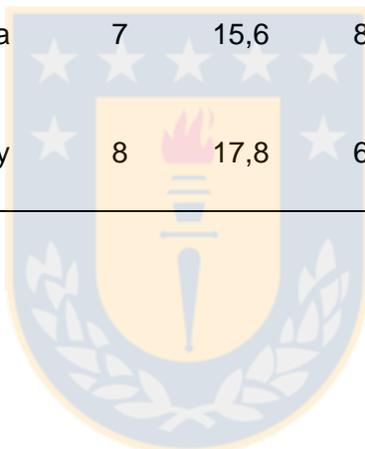
Fuente: Elaboración Propia



**Tabla N°27:** Análisis descriptivo respecto a las prácticas de ejercicio y actividad física.

<b>Respecto a sus prácticas de ejercicio y actividad física considera que</b>	<b>Consumo (n=45)</b>		<b>No Consumo (n=45)</b>		<b>Total (n=90)</b>	
	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas	16	35,6	12	26,7	28	31,1
Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará	11	24,4	11	24,4	22	24,4
Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo	3	6,7	8	17,8	11	12,2
Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende	7	15,6	8	17,8	15	16,7
Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos	8	17,8	6	13,3	14	15,6

Fuente: Elaboración Propia



**Tabla N°28:** Análisis descriptivo en relación a la existencia/ ausencia de recursos frente al ejercicio y actividad física.

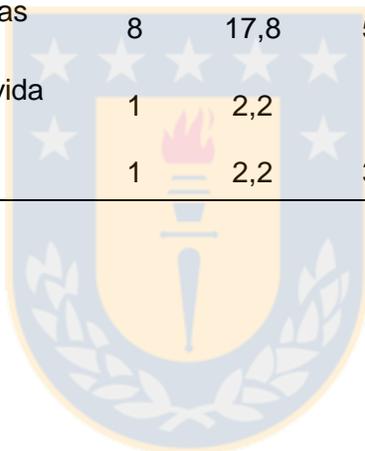
	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>Implementos deportivos</b>						
No	31	68,9	23	51,1	54	60,0
Si	14	31,1	22	48,9	36	40,0
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Dinero</b>						
No	38	84,4	31	68,9	69	76,7
Si	7	15,6	14	31,1	21	23,3
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Tiempo para realizarlo</b>						
No	20	44,4	13	28,9	33	36,7
Si	25	55,6	32	71,1	57	63,3
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Personas con quien realizarlo en caso de querer compañía</b>						
No	32	71,1	22	48,9	54	60,0
Si	13	28,9	23	51,1	36	40,0
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Habilidades</b>						
No	36	80,0	18	40,0	54	60,0
Si	9	20,0	27	60,0	36	40,0
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Buen estado de salud</b>						
No	28	62,2	19	42,2	47	52,2
Si	17	37,8	26	57,8	43	47,8
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Conocimiento de la realización adecuada de las prácticas</b>						
No	38	84,4	30	66,7	68	75,6
Si	7	15,6	15	33,3	22	24,4
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Espacios y oferta de actividades físicas y deportivas</b>						
No	41	91,1	38	84,4	79	87,8
Si	4	8,9	7	15,6	11	12,2
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Otro</b>						
No	44	97,8	43	95,6	87	96,7
Si	1	2,2	2	4,4	3	3,3
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0

## DIMENSION TIEMPO LIBRE

**Tabla N°29:** Análisis descriptivo respecto a las causas para realizar actividades del uso del Tiempo Libre.

El principal motivo para realizar actividades de uso del tiempo libre	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Sentirse mejor	18	40,0	24	53,3	42	46,7
Relacionarse con otras personas	7	15,6	7	15,6	14	15,6
Cambiar la rutina académica y laboral	10	22,2	6	13,3	16	17,8
Olvidar los problemas o las preocupaciones	8	17,8	5	11,1	13	14,4
Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos	1	2,2			1	1,1
Otro. ¿Cuál?	1	2,2	3	6,7	4	4,4

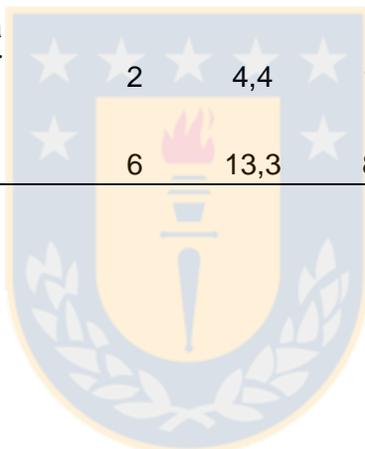
Fuente: Elaboración Propia



**Tabla N°30:** Análisis descriptivo respecto a las causas para NO realizar actividades del uso del Tiempo Libre.

<b>El principal motivo para NO realizar (o dejar de realizar) actividades de uso del tiempo libre</b>	<b>Consumo (n=45)</b>		<b>No Consumo (n=45)</b>		<b>Total (n=90)</b>	
	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
No sabe cómo ocupar el tiempo libre	17	37,8	21	46,7	38	42,2
No le parecen interesantes las actividades programadas	12	26,7	8	17,8	20	22,2
Prefiere seguir estudiando	1	2,2	2	4,4	3	3,3
No le interesa este tipo de actividades	7	15,6	5	11,1	12	13,3
Las personas cercanas a usted lo han criticado por realizar este tipo de actividades	2	4,4	1	2,2	3	3,3
Otro. ¿Cuál?	6	13,3	8	17,8	14	15,6

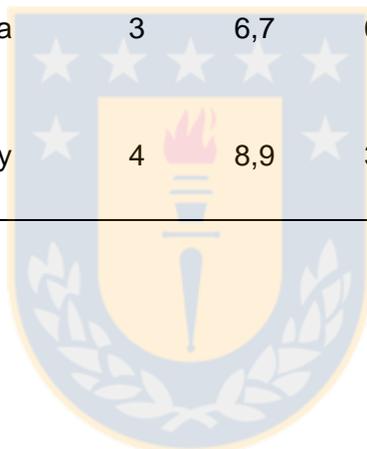
Fuente: Elaboración Propia



**Tabla N°31:** Análisis descriptivo respecto a las prácticas del uso del Tiempo Libre.

<b>Respecto al tiempo que dedica a las actividades culturales, sociales, artísticas, de descanso o de diversión, considera que:</b>	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Está satisfecho con él y no piensa que sea problemático	23	51,1	18	40,0	41	45,6
Podría mejorar, pero no sabe si lo hará	14	31,1	12	26,7	26	28,9
Podría mejorar en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo	1	2,2	6	13,3	7	7,8
Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende	3	6,7	6	13,3	9	10,0
Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos	4	8,9	3	6,7	7	7,8

Fuente: Elaboración Propia



**Tabla N°32:** Análisis descriptivo en relación a la existencia/ ausencia de recursos frente la dimensión Tiempo Libre.

	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>Recursos materiales o dinero</b>						
No	34	75,6	24	53,3	58	64,4
Si	11	24,4	21	46,7	32	35,6
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Tiempo para realizarlas</b>						
No	16	35,6	7	15,6	23	25,6
Si	29	64,4	38	84,4	67	74,4
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Personas con quien realizarlas en caso de querer compañía</b>						
No	30	66,7	18	40,0	48	53,3
Si	15	33,3	27	60,0	42	46,7
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Espacios y oferta de actividades de uso del tiempo libre en el colegio</b>						
No	41	91,1	30	66,7	71	78,9
Si	4	8,9	15	33,3	19	21,1
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Espacios y oferta de actividades de uso del tiempo libre en la comuna</b>						
No	43	95,6	32	71,1	75	83,3
Si	2	4,4	13	28,9	15	16,7
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Otro</b>						
No	42	93,3	41	91,1	83	92,2
Si	3	6,7	4	8,8	7	7,7
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0

Fuente: Elaboración Propia

## DIMENSION ALIMENTACION

**Tabla N°33:** Análisis descriptivo en relación a las causas de una alimentación saludable.

<b>El principal motivo para alimentarse adecuadamente es</b>	<b>Consumo (n=45)</b>		<b>No Consumo (n=45)</b>		<b>Total (n=90)</b>	
	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Mantener su figura	8	17,8	4	8,9	12	13,3
Bajar de peso	6	13,3	7	15,6	13	14,4
Mejorar su rendimiento (físico y mental)	12	26,7	12	26,7	24	26,7
Mantener la salud	14	31,1	20	44,4	34	37,8
Verse mejor	4	8,9	1	2,2	5	5,6
Otro.	1	2,2	1	2,2	2	2,2

Fuente: Elaboración Propia



**Tabla N°34:** Análisis descriptivo en relación a las causas de una alimentación No saludable.

El principal motivo para NO alimentarse adecuadamente es	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Conservar o mejorar su figura	10	22,2	2	4,4	12	13,3
No le gusta restringirse en lo que come	19	42,2	21	46,7	40	44,4
No puede controlarse en lo que come	4	8,9	6	13,3	10	11,1
No piensa en las consecuencias negativas de una mala alimentación	10	22,2	8	17,8	18	20,0
Las personas cercanas a usted lo han criticado por sus hábitos de alimentación saludables			3	6,7	3	3,3
Otro.	2	4,4	5	11,1	7	7,8

Fuente: Elaboración Propia



**Tabla N°35:** Análisis descriptivo en relación a prácticas de alimentación en los adolescentes.

<b>Respecto a sus prácticas de alimentación considera que:</b>	<b>Consumo (n=45)</b>		<b>No Consumo (n=45)</b>		<b>Total (n=90)</b>	
	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas	26	57,8	16	35,6	42	46,7
Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas	13	28,9	12	26,7	25	27,8
Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo	0	0	8	17,8	8	8,9
Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende	2	4,4	8	17,8	10	11,1
Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos	4	8,9	1	2,2	5	5,6

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N°36:** Análisis descriptivo en relación a la existencia/ ausencia de recursos frente la dimensión Alimentación.

Dinero para comprar alimentos saludables	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=45)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
No	31	68,9	21	46,7	52	46,7
Si	14	31,1	24	53,3	38	53,3
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Tiempo suficiente para sus 3 comidas principales</b>						
No	30	66,7	17	37,8	47	37,8
Si	15	33,3	28	62,2	43	62,2
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Disponibilidad de alimentos saludables en el colegio</b>						
No	39	86,7	26	57,8	65	57,8
Si	6	13,3	19	42,2	25	42,2
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Espacios adecuados y suficientes para comer en el colegio</b>						
No	40	88,9	26	57,8	66	57,8
Si	5	11,1	19	42,2	24	42,2
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Conocimiento para elegir alimentos saludables</b>						
No	30	66,7	17	37,8	47	37,8
Si	15	33,3	28	62,2	43	62,2
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Disponibilidad de alimentos saludables en su casa</b>						
No	36	80,0	14	31,1	50	31,1
Si	9	20,0	31	68,9	40	68,9
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Otro</b>						
No	42	93,3	43	95,6	85	95,6
Si	3	6,6	2	4,4	5	4,4
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0

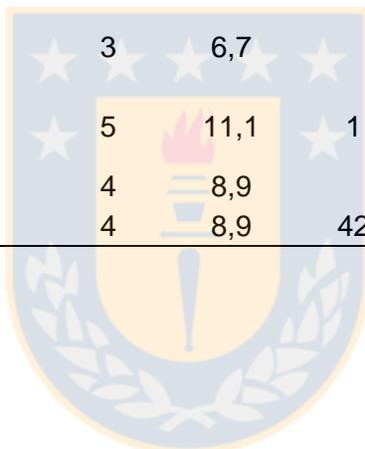
Fuente: Elaboración Propia

## DIMENSION CONSUMO DE DROGAS

**Tabla N°37:** Análisis descriptivo en relación a los motivos asociados al consumo de alcohol.

Seleccione el principal motivo por el cual Ud. consumía alcohol	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Sentirse mejor	5	11,1			5	5,6
Ser más sociable	9	20,0			9	10,0
Experimentar nuevas sensaciones	14	31,1	1	2,2	15	16,7
Olvidarse de los problemas	1	2,2	1	2,2	2	2,2
Disminuir la tensión, ansiedad o el estrés	3	6,7			3	3,3
Insistencia de amigos, pareja o familia	5	11,1	1	2,2	6	6,7
Otro	4	8,9			4	4,4
No consumo	4	8,9	42	93,3	46	51,1

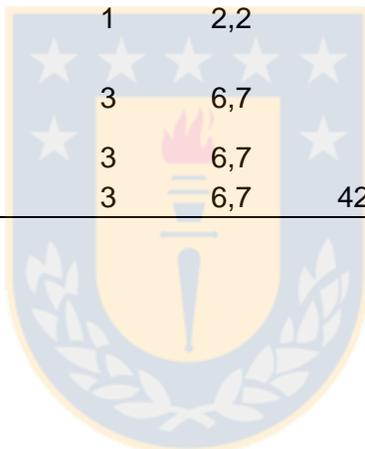
Fuente: Elaboración Propia



**Tabla N°38:** Análisis descriptivo en relación a los motivos asociados al consumo de tabaco.

Seleccione el principal motivo por el cual Ud. consumía tabaco	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Sentirse mejor	4	8,9			4	4,4
Ser más sociable	17	37,8			17	18,9
Experimentar nuevas sensaciones	9	20,0	1	2,2	10	11,1
Olvidarse de los problemas	1	2,2	1	2,2	2	2,2
Disminuir la tensión, ansiedad o el estrés	4	8,9	1	2,2	5	5,6
Insistencia de amigos, pareja o familia	1	2,2			1	1,1
Es común en los lugares que frecuenta	3	6,7			3	3,3
Otro	3	6,7				3,3
No consumo	3	6,7	42	93,3	45	50,0

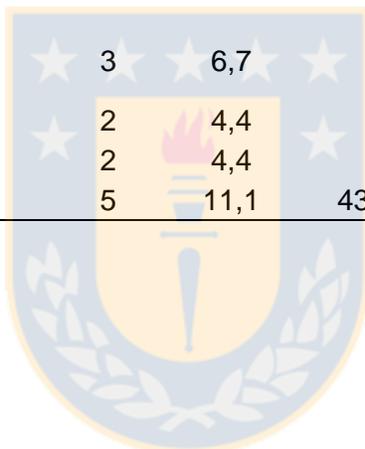
Fuente: Elaboración Propia



**Tabla N°39:** Análisis descriptivo en relación a los motivos asociados al consumo de drogas ilegales.

Seleccione el principal motivo por el cual Ud. consumía drogas ilegales	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Sentirse mejor	6	13,3			6	6,7
Ser más sociable	1	2,2			1	1,1
Experimentar nuevas sensaciones	15	33,3	2	4,4	17	18,9
Olvidarse de los problemas	2	4,4			2	2,2
Disminuir la tensión, ansiedad o el estrés	9	20,0			9	10,0
Es común en los lugares que frecuenta	3	6,7			3	3,3
Ser aceptado	2	4,4			2	2,2
Otro	2	4,4			2	2,2
No consumo	5	11,1	43	95,6	48	53,3

Fuente: Elaboración Propia



**Tabla N°40:** Análisis descriptivo en relación a los motivos para evitar el consumo de alcohol.

<b>Seleccione el principal motivo para evitar el consumo de alcohol</b>	<b>Consumo (n=45)</b>		<b>No Consumo (n=45)</b>		<b>Total (n=90)</b>	
	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
No lo/a necesita para divertirse	12	26,7	1	2,2	13	14,4
No lo/a necesita para sentirse mejor	6	13,3			6	6,7
Le disgusta su sabor, olor o efecto	1	2,2			1	1,1
Trae consecuencias negativas (en la salud, las relaciones con los demás, en el Desempeño académico, etc.)	1	2,2	4	8,9	5	5,6
Las personas cercanas a usted lo han criticado por consumir	6	13,3			6	6,7
Las personas cercanas a usted no consumen	9	20,0			9	10,0
Le disgusta el comportamiento de los otros cuando están bajo su efecto	4	8,9	1	2,2	5	5,6
Otro.	1	2,2			1	1,1
No consume	5	11,1	39	86,7	44	48,9

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N°41:** Análisis descriptivo en relación a los motivos para evitar el consumo de tabaco.

<b>Seleccione el principal motivo para evitar el consumo de tabaco</b>	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
No lo/a necesita para divertirse	9	20,0	1	2,2	10	11,1
No lo/a necesita para sentirse mejor	7	15,6			7	7,8
Le disgusta su sabor, olor o efecto	1	2,2	1	2,2	2	2,2
Trae consecuencias negativas (en la salud, las relaciones con los demás, en el Desempeño académico, etc.)	2	4,4	2	4,4	4	4,4
Las personas cercanas a usted lo han criticado por consumir	10	22,2	1	2,2	11	12,2
Las personas cercanas a usted no consumen	3	6,7			3	3,3
Le disgusta el comportamiento de los otros cuando están bajo su efecto	9	20,0			9	10,0
<b>No consume</b>	<b>4</b>	<b>8,9</b>	<b>40</b>	<b>88,9</b>	<b>44</b>	<b>48,9</b>

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N°42:** Análisis descriptivo en relación a los motivos para evitar el consumo de drogas ilegales.

<b>Seleccione el principal motivo para evitar el consumo de drogas ilegales</b>	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
No lo/a necesita para divertirse	12	26,7			12	13,3
No lo/a necesita para sentirse mejor	3	6,7			3	3,3
Le disgusta su sabor, olor o efecto	2	4,4	2	4,4	4	4,4
Trae consecuencias negativas (en la salud, las relaciones con los demás, en el Desempeño académico, etc.)	2	4,4	1	2,2	3	3,3
Las personas cercanas a usted lo han criticado por consumir	9	20,0			9	10,0
Las personas cercanas a usted no consumen	3	6,7			3	3,3
Le disgusta el comportamiento de los otros cuando están bajo su efecto	7	15,6			7	7,8
Otro.	1	2,2			1	1,1
No consume	6	13,3	42	93,3	48	53,3

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N°43:** Análisis descriptivo respecto a prácticas del consumo de tabaco, alcohol y drogas.

<b>Respecto a sus prácticas de consumo de alcohol, tabaco, drogas, considera:</b>	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sea problemáticas	18	40,0	3	6,7	21	23,3
Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará	12	26,7	2	4,4	14	15,6
Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo	1	2,2	1	2,2	2	2,2
Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende	2	4,4			2	2,2
Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos	5	11,1	2	4,4	7	7,8
No consumo	7	15,6	37	82,2	44	48,9

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N°44:** Análisis descriptivo en relación a la existencia/ ausencia de recursos frente la dimensión consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas.

	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>Dinero para comprarlos</b>						
No	32	71,1	42	93,3	74	82,2
Si	13	28,9	3	6,7	16	17,8
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Habilidad para negarse a consumir, aunque otras personas insistan</b>						
No	31	68,9	39	86,7	70	77,8
Si	14	31,1	6	13,3	20	22,2
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Conocimiento de sitios donde vendan drogas ilegales</b>						
No	32	71,1	43	95,6	75	83,3
Si	13	28,9	2	4,4	15	16,7
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Venta de alcohol en el colegio</b>						
No	45	100,0	44	97,8	89	98,9
Si	0	0	1	2,2	1	1,1
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Venta de cigarrillos en el colegio</b>						
No	40	88,9	45	100,0	85	94,4
Si	5	11,1			5	5,6
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Venta de drogas ilegales en el colegio</b>						
No	42	93,3	44	97,8	86	95,6
Si	3	6,7	1	2,2	4	4,4
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Existencia de sitios cercanos al colegio donde vendan alcohol, cigarrillo o drogas</b>						
No	36	80,0	42	93,3	78	86,7
Si	9	20,0	3	6,7	12	13,3
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Sitios que frecuente en los cuales vendan alcohol, cigarrillos o drogas ilegales</b>						
No	37	82,2	44	97,8	81	90,0
Si	8	17,8	1	2,2	9	10,0
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Otro</b>						
No	42	93,3	45	100,0	87	96,7
Si	3	6,7			3	3,3

Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<hr/>						
No Consumo						
No	41	91,1	5	11,1	46	51,1
Si	4	8,9	40	88,9	44	48,9
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0

Fuente: Elaboración Propia

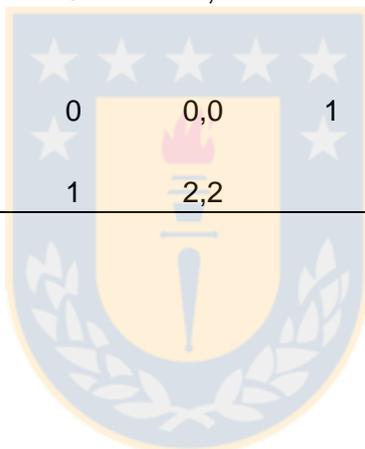


## DIMENSION SUEÑO

**Tabla N°45:** Análisis descriptivo por grupo de estudio en relación a causas para presentar conductas saludables frente a la dimensión Sueño.

El principal motivo para dormir el tiempo que necesita es	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=45)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Descansar	34	75,6	32	71,1	66	73,3
Tener un buen rendimiento físico y/o mental	5	11,1	8	17,8	13	14,4
Tener un buen rendimiento físico y/o mental	5	11,1	4	8,9	9	10,0
Hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos	0	0,0	1	2,2	1	1,1
Otro	1	2,2			1	1,1

Fuente: Elaboración Propia



**Tabla N°46:** Análisis descriptivo en relación a causas para NO dormir el tiempo que se requiere.

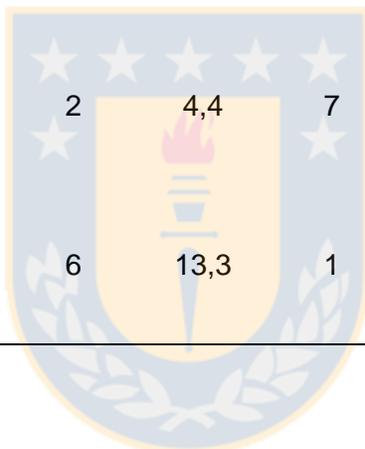
El principal motivo para NO dormir el tiempo que necesita	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Tiene mucha carga académica o laboral	5	11,1	7	15,6	12	13,3
Tiene responsabilidades distintas al estudio o al trabajo que le impiden dormir el tiempo que necesita	2	4,4	2	4,4	4	4,4
Sus amigos o pareja lo incitan a realizar actividades de noche que interrumpen sus horarios de sueño	3	6,7			3	3,3
Tiene muchas preocupaciones y asuntos en qué pensar	7	15,6	5	11,1	12	13,3
Le gusta hacer actividades por la noche (chatear, ver un programa, leer, hacer ejercicios, etc.)	20	44,4	18	40,0	38	42,2
Alguien o algo suele despertarlo	3	6,7	4	8,9	7	7,8
Las personas cercanas a Ud. lo han criticado por dormir más del tiempo que necesita	4	8,9			4	4,4
Otro.	1	2,2	9	20,0	10	11,1

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N°47:** Análisis descriptivo en relación a prácticas de sueño.

<b>Respecto a sus prácticas de sueño considera que</b>	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Está satisfecho con sus prácticas y no piensa que sean problemáticas	23	51,1	16	35,6	39	43,3
Podría cambiarlas, pero no sabe si lo hará	11	24,4	13	28,9	24	26,7
Podría cambiarlas en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo	3	6,7	8	17,8	11	12,2
Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende	2	4,4	7	15,6	9	10,0
Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos	6	13,3	1	2,2	7	7,8

Fuente: Elaboración Propia



**Tabla N°48:** Análisis descriptivo en relación a la existencia/ ausencia de recursos frente la dimensión Sueño.

Lugar cómodo y agradable para dormir	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
No	10	22,2	9	20,0	19	21,1
Si	35	77,8	36	80,0	71	78,9
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Dinero necesario para adecuar el lugar en el que duerme</b>						
No	41	91,1	32	71,1	73	81,1
Si	4	8,9	13	28,9	17	18,9
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Tiempo para dormir lo que necesita</b>						
No	25	55,6	18	40,0	43	47,8
Si	20	44,4	27	60,0	47	52,2
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Conocimiento sobre las condiciones necesarias para tener un sueño óptimo</b>						
No	43	95,6	23	51,1	66	73,3
Si	2	4,4	22	48,9	24	26,7
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
<b>Estrategias para controlar los pensamientos y emociones que podrían interferir con su sueño</b>						
No	40	88,9	29	64,4	69	76,7
Si	5	11,1	16	35,6	21	23,3
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0

Fuente: Elaboración Propia

## DIMENSION RELACIONES INTERPERSONALES

**Tabla N°49:** Análisis descriptivo en relación las principales causas para relacionarse con otras personas.

El principal motivo para relacionarse con otras personas es	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Estar acompañado	10	22,2	5	11,1	15	16,7
Dar o recibir afecto y apoyo	10	22,2	10	22,2	20	22,2
Pertenecer a un grupo	3	6,7	3	6,7	6	6,7
Divertirse	22	48,9	26	57,8	48	53,3
Otro.			1	2,2	1	1,1

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N°50:** Análisis descriptivo en relación a las causas para NO relacionarse con otras personas.

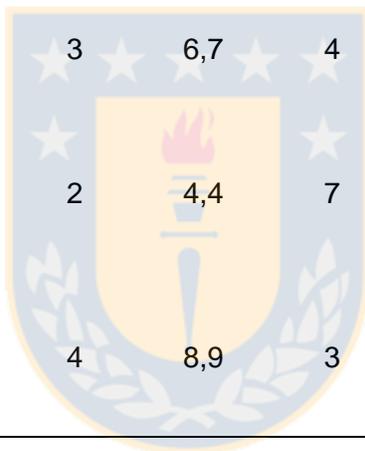
El principal motivo para NO relacionarse con otras personas es	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Prefiere estar solo	7	15,6	23	51,1	30	33,3
Temor a que lo rechacen	10	22,2	7	15,6	17	18,9
La gente lo rechaza			1	2,2	1	2,2
No le interesa establecer relaciones	19	42,2	5	11,1	24	26,7
Las personas cercanas a usted lo han criticado por su forma de relacionarse con los demás	2	4,4	2	4,4	4	4,4
Otro.	7	15,6	7	15,6	14	15,6

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N°51:** Análisis descriptivo en relación a las formas como los adolescentes se relacionan con otras personas.

<b>Respecto a la forma como se relaciona con otras personas, considera que</b>	<b>Consumo (n=45)</b>		<b>No Consumo (n=45)</b>		<b>Total (n=90)</b>	
	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Está satisfecho con su forma de relacionarse y no piensa que sea problemática	27	60,0	26	57,8	53	58,9
Podría cambiarla, pero no sabe si lo hará	9	20,0	5	11,1	14	15,6
Podría cambiarla en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo	3	6,7	4	8,9	7	7,8
Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende	2	4,4	7	15,6	9	10,0
Está satisfecho con los cambios que ha logrado y piensa mantenerlos	4	8,9	3	6,7	7	7,8

Fuente: Elaboración Propia



**Tabla N°52:** Análisis descriptivo en relación a la existencia/ ausencia de recursos frente la dimensión Relaciones Interpersonales.

Tiempo para relacionarse con otras personas por motivos distintos al estudio	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
No	11	24,4	16	35,6	27	30,0
Si	34	75,6	29	64,4	63	70,0
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
Dinero para realizar actividades en las que se relacione con otras personas						
No	33	73,3	26	57,8	59	65,6
Si	12	26,7	19	42,2	31	34,4
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
Habilidades para relacionarse con otras personas						
No	28	62,2	18	40,0	46	51,1
Si	17	37,8	27	60,0	44	48,9
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
Otro						
No	44	97,8	45	100,0	89	98,9
Si	1	2,2			1	1,1
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0

Fuente: Elaboración Propia

## DIMENSION AFRONTAMIENTO

**Tabla N°53:** Análisis descriptivo en relación a las causas para NO buscar soluciones frente a una situación difícil o problemática.

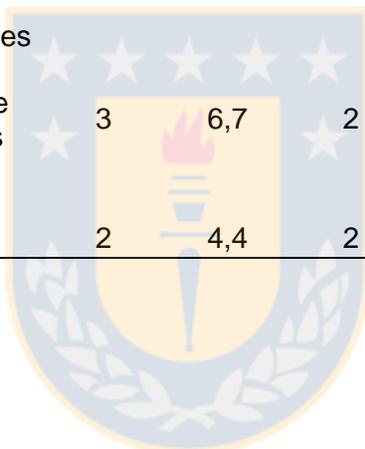
El principal motivo para NO buscar soluciones a una situación difícil o problemática es	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Considera que no está en sus manos solucionarlo	15	33,3	14	31,1	29	32,2
Prefiere no pensar en los problemas	20	44,4	22	48,9	42	46,7
Prefiere no enfrentar las consecuencias de resolver el problema	6	13,3	5	11,1	11	12,2
Las personas cercanas a usted lo han criticado por su forma de enfrentar los problemas	4	8,9	1	2,2	5	5,6
Otro			3	6,7	3	6,7

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N°54:** Análisis descriptivo en relación a las causas para buscar soluciones frente a una situación difícil o problemática.

<b>El principal motivo para buscar soluciones a una situación difícil o problemática es</b>	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
No sentir que los problemas dominan su vida	19	42,2	22	48,9	41	45,6
Disminuir el malestar que ocasionan los problemas	17	37,8	6	13,3	23	25,6
Evitar que los problemas interfieran en su rutina	4	8,9	13	28,9	17	18,9
La búsqueda de soluciones ante los problemas hace parte del estilo de vida de sus padres y/o hermanos	3	6,7	2	4,4	5	5,6
Otro.	2	4,4	2	4,4	4	4,4

Fuente: Elaboración Propia



**Tabla N°55:** Análisis descriptivo en relación al abordaje de situaciones difíciles o problemáticas.

<b>Respecto a la forma como generalmente enfrenta las situaciones difíciles o problemáticas, considera que</b>	<b>Consumo (n=45)</b>		<b>No Consumo (n=45)</b>		<b>Total (n=90)</b>	
	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Está satisfecho con su forma de enfrentarlas y no piensa que sea problemática	25	55,6	28	62,2	53	58,9
Podría cambiarla, pero no sabe si lo hará	12	26,7	7	15,6	19	21,1
Podría cambiarla en poco tiempo y ya tiene un plan para lograrlo	1	2,2	5	11,1	6	6,7
Ya ha hecho algunos cambios, pero aún le falta lograr lo que pretende	2	4,4	4	8,9	6	6,7
La búsqueda de soluciones ante los problemas hace parte del estilo de vida de su pareja o amigos	5	11,1	1	2,2	6	6,7

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla N°56:** Análisis descriptivo en relación a la existencia/ ausencia de recursos frente la dimensión Afrontamiento.

Recursos materiales y económicos	Consumo (n=45)		No Consumo (n=45)		Total (n=90)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
No	39	86,7	30	66,7	69	76,7
Si	6	13,3	15	33,3	21	23,3
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
Personas que pueden apoyarlo						
No	12	26,7	11	24,4	23	25,6
Si	33	73,3	34	75,6	67	74,4
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
Ayuda profesional si la necesita						
No	39	86,7	35	77,8	74	82,2
Si	6	13,3	10	22,2	16	17,8
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
Habilidades para solucionar problemas						
No	30	66,7	18	40,0	48	53,3
Si	15	33,3	27	60,0	42	46,7
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0
Otro						
No	42	93,3	45	100,0	87	96,7
Si	3	6,7	0	0	3	3,3
Total	45	100,0	45	100,0	90	100,0

Fuente: Elaboración Propia