



**Universidad de Concepción
Facultad de Enfermería
Dirección de Postgrado-Magíster en
Enfermería**

**ESTILOS DE VIDA DE ADOLESCENTES DE ESTABLECIMIENTOS
EDUCACIONALES PÚBLICOS DE LA REGIÓN DEL BIO-BIO Y
FACTORES RELACIONADOS.**



Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción para optar al grado académico de Magister en Enfermería.

POR: NOEMÍ FRESIA CAMPOS VALENZUELA

PROFESORA GUÍA: DRA. MARITZA ANA BEATRIZ ESPINOZA VENEGAS

abril 2021
Concepción, Chile



© 2021 Noemí Fresia Campos Valenzuela
Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a Dios que en su infinita misericordia cada día renueva mis fuerzas y me abrió las puertas para poder estudiar este Magister, a pesar de las circunstancias difíciles de estos tiempos.

También a mi hermosa familia por su apoyo, ánimo, amor y paciencia para conmigo y que nunca dudaron de mis capacidades.

Agradezco también a mi docente guía de Tesis Maritza Espinoza que estuvo animándome en todo el proceso, haciéndome entender que rendirme no era una opción.



También agradecer al profesor Luengo, por sus aportes entregados en la sección estadística.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	iii
TABLA DE CONTENIDOS.....	iv
INDICE DE TABLAS.....	vii
INDICE DE ILUSTRACIONES.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
I. FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO.....	1
I.1. Justificación.....	3
I.1.1. Relevancia social.....	3
I.1.2. Relevancia disciplinar.....	4
II. MARCO REFERENCIAL.....	6
II.1. Marco conceptual.....	6
II.1.1. Estilos de vida.....	6
II.1.1.1. Estilos de vida relacionado con la salud de los adolescentes en Chile.....	8
II.1.1.1.1. Consumo de alcohol y drogas.....	8
II.1.1.1.2. Alimentación y actividad física.....	9
II.1.1.1.3. Sexualidad.....	10
II.1.1.1.4. Salud mental.....	12
II.1.1.1.5. Accidentes.....	14

II.1.2. Descripción de la adolescencia.....	15
II.1.2.1. Características del desarrollo y crecimiento de la adolescencia según sus fases.....	16
II.2. Marco teórico.....	24
II.2.1. Teoría Ecológica de los sistemas.....	24
II.2.2. Modelo de Promoción de Salud (MPS).....	27
II.3. Marco empírico.....	31
III. OBJETIVOS.....	54
III.1. Objetivo General.....	54
III.2. Objetivos Específicos.....	54
III.3. Variables.....	54
IV. METODOLOGIA.....	57
IV.1. Tipo de estudio y diseño.....	57
IV.2. Criterios de elegibilidad.....	59
IV.3. Procedimiento y/o técnicas de recolección de información.....	59
IV.4. Procesamiento y análisis de los datos.....	66
IV.5. Aspectos éticos involucrados.....	67
V. RESULTADOS.....	71
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	100
VII. CONCLUSIONES.....	111
VIII. IMPLICANCIAS DEL ESTUDIO.....	113
IX. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	114

X. GLOSARIO.....	115
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	117
XII. ANEXOS.....	130
Anexo 1: Definición de variables.....	130
Anexo 2: Instrumento recolector de datos.....	136
Anexo 3: Solicitud de autorización de la Dirección de Educación Municipal de Concepción y de cada Director de Establecimiento Educacional.....	142
Anexo 4: Cartas de apoyo del DAEM y directores de establecimientos.....	150
Anexo 5: Aprobación proyecto versión anterior por diferentes Comités Éticos.....	158
Anexo 6: Solicitud y respuesta cambio de temática del proyecto de tesis a Comité de Magíster.....	161
Anexo 7: Permiso Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción a estudio de fuente secundaria.....	163
Anexo 8: Aprobación de nuevo proyecto de tesis por parte del Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción.....	165
Anexo 9: Consentimiento informado para apoderados con pupilos menores a 18 años.....	167
Anexo 10: Consentimiento informado en adolescentes mayores de 18 años.....	169
Anexo11: Asentimiento informado.....	171

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Conjugación booleana utilizada en la búsqueda de artículos relacionados a la temática.....	32
Tabla 2: Distribución de la muestra de adolescentes según comuna y tipo de establecimiento educacional.....	58
Tabla 3: Categorías de la escala que mide los estilos de vida en los adolescentes.....	63
Tabla 4: Estadísticos descriptivos según edad de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489)	71
Tabla 5: Estadísticos descriptivos de factores personales biológicos según fase de la adolescencia segregada por sexo de adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489).....	72
Tabla 6: Estadísticos descriptivos de factores personales biológicos según sexo de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489).....	73
Tabla 7: Estadísticos descriptivos de factores personales psicológicos según percepción de salud general segregada por sexo según el promedio de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=82).....	73
Tabla 8: Estadísticos descriptivos de factores personales psicológicos según percepción de salud general segregada por sexo según el porcentaje de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas	

de la región del Bio-Bio (n=82).....74

Tabla 9: Estadísticos descriptivos de factores personales psicológicos según consideración de tener condición médica (discapacidad, enfermedad o problema médico crónico) de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489).....75

Tabla 10: Estadísticos descriptivos de factores personales socioculturales según tipo de establecimiento educacional de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489).....75

Tabla 11: Descripción de factores personales socioculturales según curso de adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489).....76

Tabla 12: Descripción de factores personales socioculturales según comuna de adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489).....76

Tabla 13: Descripción de factores personales socioculturales según Índice de Vulnerabilidad Escolar (IVE) de adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489).....77

Tabla 14: Descripción de factores personales socioculturales según zona de estudio de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489).....78

Tabla 15: Descripción del nivel de Apoyo social en los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del

Bio-Bio (n=81).....	79
Tabla 16: Estadísticos descriptivos de puntuación global de la escala Estilo de vida de los adolescentes que estudian en los establecimientos públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio.....	80
Tabla 17: Estadístico descriptivo de cada una de las dimensiones que componen los estilos de vida de los adolescentes que estudian en los establecimientos públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio.....	82
Tabla 18: Puntaje promedio de cada una de las dimensiones que componen los estilos de vida de los adolescentes que estudian en los establecimientos públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio.....	83
Tabla 19: Análisis correlacional entre Apoyo social y los estilos de vida de los adolescentes.....	83
Tabla 20: Análisis correlacional entre Apoyo social y cada una de las dimensiones que componen los estilos de vida de los adolescentes.....	84
Tabla 21: Análisis correlacional entre Edad y los estilos de vida de los adolescentes.....	86
Tabla 22: Análisis correlacional entre Edad y cada una de las dimensiones que componen los estilos de vida de los adolescentes.....	86
Tabla 23: Diferencias de puntajes promedios de estilos de vida entre las fases de la adolescencia.....	88
Tabla 24: Diferencias de puntaje promedio de los estilos de vida y de cada una de las dimensiones que componen los estilos de vida entre los Sexos.....	88
Tabla 25: Análisis correlacional entre Percepción de Salud y el puntaje global de estilos de vida.....	90
Tabla 26: Correlación entre la Percepción general de salud y cada una de las dimensiones que componen el estilo de vida en los adolescentes.....	90
Tabla 27: Diferencias de puntaje promedios de estilos de vida entre declarar	

presentar o no una condición médica.....	92
Tabla 28: Diferencias de puntajes promedios de estilos de vida entre los establecimientos educacionales.....	93
Tabla 29: Diferencia de puntajes promedios de estilos de vida entre tipos de establecimientos: Municipales y Particulares subvencionados.....	94
Tabla 30: Diferencias de puntajes promedios de estilos de vida entre Comunas.....	94
Tabla 31: Correlación entre IVE y el puntaje global de los estilos de vida en los adolescentes.....	95
Tabla 32: Diferencias de puntajes promedios de estilos de vida entre Zona donde estudian los adolescentes.....	95
Tabla 33: Correlación entre el Curso de los adolescentes y el puntaje global de estilos de vida.....	96
Tabla 34: Análisis de correlación de curso y su relación con las dimensiones que componen los estilos de vida de los adolescentes.....	96
Tabla 35: Resumen del modelo de regresión lineal múltiple que incluyó las variables independientes relacionadas significativamente con la variable dependiente.....	98

INDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 1: Teoría Ecológica de Bronfenbrenner en el adolescente.....	26
Figura 2: Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.....	29
Figura 3: Modelo integrativo Teórico-Conceptual.....	31
Gráfico 1: Histograma de curva de normalidad para escala Estilo de vida en una muestra de adolescentes que estudian en los establecimientos públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio (n=489).....	81



RESUMEN

Los estilos de vida se generan y consolidan en la adolescencia y pueden ser condicionados por distintos factores. **Objetivo:** Identificar los estilos de vida de adolescentes de algunos establecimientos educacionales públicos de la región del Bio-Bio y su relación con factores personales y del microsistema. **Método:** Estudio cuantitativo, transversal en 489 adolescentes de 7 establecimientos educacionales. El cuestionario incluyó los instrumentos: estilo de vida “FANTASTICO” adaptado culturalmente a población adolescente; la escala KIDSCREEN de Percepción de Salud General y las variables Percepción de Apoyo social y biosocioculturales. **Resultados:** Solo el 10% obtuvo puntajes muy buenos de estilo de vida. Los hombres presentaron mejores puntajes de estilos de vida, así como en las dimensiones de actividad física, bienestar mental y alimentación. Se observó asociación directa y estadísticamente significativa con Percepción de Salud y Apoyo social y una asociación inversa con el año académico cursado y la edad de los/las adolescentes. **Conclusiones:** Un bajo porcentaje de adolescentes presentó estilos de vida saludable. Los hombres y adolescentes de menor edad presentan mejores estilos de vida; el mayor apoyo social y la percepción de salud son factores que influyen favorablemente en los estilos de vida. Recomendaciones: Los comportamientos poco saludables evidenciados conlleva a los y las adolescentes a mayor vulnerabilidad en salud. Utilizar métodos de pesquisa rápidos y sencillos en establecimientos educacionales permitiría intervenciones en el microsistema, así como en los factores personales del/la adolescente más eficaces de promoción, prevención, pesquisa, y derivación oportuna a equipos de salud especializados.

Palabras claves: Estilo de vida; adolescentes; promoción de la salud; factores de riesgo.

ABSTRACT

Lifestyles are generated and consolidated in adolescence that can be conditioned by different factors. **Objective:** To identify the lifestyles of adolescents in some public educational establishments in the Bio-Bio region and their relationship with personal and microsystem factors. **Method:** quantitative, cross-sectional study in 489 adolescents from 7 educational establishments. The questionnaire included the instruments: "FANTASTIC" lifestyle, culturally adapted to an adolescent population; the KIDSCREEN scale of Perception of General Health and the variables Perception of social and bio-socio-cultural Support. **Results:** Only 10% obtained very good lifestyle scores. Men have better scores in lifestyle, as well as in the dimensions of physical activity, mental well-being and diet. It is directly and statistically significant related to Perception of Health and Social Support and an inverse association with the academic year studied and the age of the adolescents. **Conclusions:** A low percentage of adolescents presented healthy lifestyles. Men and adolescents have better lifestyles; the greater social support and perception of health are factors that favorably influence lifestyles. **Recommendations:** The unhealthy behaviors leads adolescents to greater health vulnerability. Using quick and simple research methods in educational establishments would allow interventions in the microsystem, as well as in the adolescent's most effective personal factors of promotion, prevention, investigation, and timely referral to specialized health teams.

Keywords: Lifestyle; Adolescents; Health promotion; Risk factors.

I. FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO

Estilos de vida es definido como una forma de vida basado en la interacción de las condiciones de vida y los patrones de conductas individuales, los cuales son determinados por factores socioculturales y características personales. La niñez y la adolescencia son consideradas las etapas decisivas para la adquisición y consolidación de los estilos de vida (1), por lo que cobra especial relevancia su atención desde la prevención y promoción de la salud.

La adolescencia es definida por la OMS como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre los 10 y 19 años (2). Es una de las etapas transicionales más importantes en la vida de una persona, y es caracterizado por un ritmo acelerado de crecimiento físico y desarrollo cognitivo, social, emocional y moral (1). Todo este proceso está condicionado por diferentes factores que son prácticamente de tipo universal. No obstante, puede existir cierta variabilidad en la duración y las características propias de este periodo, que, a su vez dependerían de la cultura y del contexto socioeconómico.

Los factores que influyen en el desarrollo de los adolescentes descritos de forma más específica lo constituyen los modelos sociales y los entornos donde se desenvuelven, especialmente la familia, los amigos y la comunidad que los rodea (escuela, servicios de salud, trabajo) ya que son elementos de los cuales los adolescentes dependen para adquirir una serie de comportamientos importantes, que constituyen los estilos de vida que se mantendrán lo más probable para el resto de su vida (2).

La influencia más próxima y relevante es la familia, que contribuye principalmente en el desarrollo humano integral del adolescente. Es, además, un

factor protector de la salud, al actuar como contención y contrarrestar conductas de riesgo, siempre que, la familia fomente un ambiente afectivo, estable, de confianza y buena comunicación entre sus miembros (3).

Los amigos son otro factor importante e influyente en los comportamientos de los adolescentes, dependiendo de la dinámica de relación, pueden ser un factor protector o de riesgo. Son el medio más influyente en las primeras etapas de la adolescencia, ya que los adolescentes tienden a depender e imitar las conductas de sus pares (3-4).

Los establecimientos educacionales también son un factor relevante en el desarrollo y adquisición de estilos de vida del adolescente, debido a que éste pasa una parte importante de su tiempo conviviendo en este entorno, relacionándose con sus pares, profesores y otras personas de la comunidad escolar. Además, es un medio donde intervienen programas de salud, promocionando estilos de vida saludables en los estudiantes o previniendo factores de riesgos específicos.

Los estilos de vida poco saludables se consideran un riesgo para la salud y generalmente, son iniciados en la adolescencia, lo que lleva a altas prevalencias de enfermedades crónicas en la edad adulta, entre ellas problemas cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, cáncer, junto con, trastornos de salud mental y enfermedades de transmisión sexual (3).

Los principales estilos de vida poco saludables presentes en adolescentes chilenos son la baja de actividad física reflejada en altas cifras de sedentarismo (73% es considerado sedentario). Deficiente alimentación, dado que, solo el 14,4% consume los requerimientos necesarios de 5 porciones diarias de frutas y verduras (5); actividad sexual sin protección (26,8%) (6); y temprano y riesgoso consumo de alcohol y drogas antes de los 14 años (7). Estos últimos

comportamientos están relacionados a su vez, con las primeras causas de muerte en adolescentes y que son totalmente evitables, como son los accidentes, homicidios y suicidios (3).

La evidencia señala que los adolescentes que presentan falta de vínculo familiar, mala comunicación, ausencia de adulto significativo, baja autoestima, pertenencia a un grupo con conductas de riesgo o algo más personal, como es la incapacidad de evaluar las consecuencias de sus conductas y la impulsividad de sus actos, puede incidir negativamente en los estilos de vida de los adolescentes (3).

De lo anteriormente mencionado surgen las siguientes interrogantes:

¿Cómo son los estilos de vida de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos algunas comunas de la Región del Bio-Bio, 2019? ¿Qué factores personales y del microsistema se relacionan con los estilos de vida de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la Región del Bio- Bio, 2019?

I.1. Justificación.

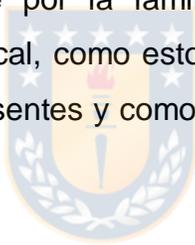
I.1.1. Relevancia social.

Se reconoce la necesidad de hacer este estudio dado que, los estilos de vida en relación con la salud de los adolescentes, como se mencionó anteriormente, no muestran cifras favorables. Por otra parte, cada establecimiento educacional, desconoce las cifras locales de estilos de vida de sus estudiantes, y dado que permanentemente están realizando esfuerzos de promoción de salud, es relevante que se establezcan diagnósticos locales. Este estudio podría contribuir a establecer información sobre los estilos de vida de los adolescentes y los

factores relacionados a éstos, para así plantear aspectos que pudieran transformarse en áreas prioritarias de promoción, prevención y pesquisa, junto a su derivación oportuna a equipos de salud especializados.

Si bien, existe información epidemiológica sobre los estilos de vida de la población adolescente, ésta, es muy general dado que no permite visibilizar la realidad local por cada establecimiento educacional. Por lo cual, este estudio aportaría información de la realidad local de los problemas específicos que presenta una comunidad escolar.

Según la evidencia también, se reconoce que los estilos de vida son influenciados principalmente por la familia, los amigos (3), por lo que se justificaría indagar a nivel local, como estos factores que pueden ser de riesgo como protectores, están presentes y como se relacionan con los estilos de vida de los adolescentes.



I.1.2. Relevancia disciplinar.

En cuanto a la relevancia disciplinar, se observa en el marco de la gestión del cuidado, que Enfermería, es responsable de realizar acciones de promoción, prevención y restauración de la salud en los adolescentes, además de gestionar, planificar, organizar los cuidados (8). Por lo mismo, Enfermería, cumple un rol esencial en la atención de la salud integral del adolescente tanto individualmente como por su trabajo dentro del equipo multidisciplinario. Los resultados de las acciones en salud en los adolescentes que desarrolla enfermería y el equipo en su conjunto son un eslabón necesario, que permite orientar o dar nuevas directrices en la provisión de intervenciones que contribuyan a mejorar los estilos de vida de los adolescentes.

Por lo anteriormente expuesto, esta investigación tiene el objetivo de

describir los estilos de vida de los adolescentes de colegios públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio e identificar qué factores personales o del microsistema se relacionan con los estilos de vida.



II. MARCO REFERENCIAL.

II.1. Marco conceptual

Los conceptos que serán definidos para la fundamentación de esta investigación son: estilos de vida, estilo de vida relacionado con salud, adolescencia, moralidad en el adolescente y las tareas del desarrollo del adolescente. Así también, se hace una descripción epidemiológica de los estilos de vida de los adolescentes y como estos pueden afectar la salud de los adolescentes.

II.1.1. Estilos de vida.

Es un concepto multidimensional que abarca aspectos biológicos, psicológicos, culturales y filosóficos, en la forma de vida a nivel personal y social.



Este concepto se origina a finales del siglo XIX y fue desarrollado por los filósofos y sociólogos Karl Marx y Max Weber. Marx entiende el estilo de vida como producto de condiciones socioeconómicas en las que viven las personas; en cambio Weber refiere que el estilo de vida en parte está influenciado por los factores socioeconómicos, pero simultáneamente, los estilos de vida que adoptan los individuos determinan o intervienen en el estrato social (9).

En el siglo XX Alfred Adler, desde la perspectiva de la psicología individual, refiere que las características individuales de cada persona (el todo de ella), influyen en sus estilos de vida, por ende, no es algo determinado por algo externo, sino que es la persona la que elige que estilo de vida llevar a lo largo de su existencia, como un patrón único de conductas (9).

Desde el punto de vista de la psicología social, existen dos posturas de lo que es el concepto estilo de vida: Desde la mirada de la psicología cognitiva, el estilo de vida se relaciona a las pautas y hábitos de conductas que son cotidianas y éstas afectan a la salud de las personas, las cuales pueden ser modificadas por voluntad propia del individuo, esto posterior al análisis que éste haya hecho ante la enfermedad, la salud o el análisis del costo-beneficio al realizar determinada conducta. En cambio, desde la postura de las teorías de representaciones sociales, los estilos de vida son influenciados por el contexto ideológico cultural, por lo que la cultura, los medios de comunicación y las normas morales, son condicionantes de determinados estilos de vida (9).

Desde el punto de vista de la salud, Lalonde en 1974(10) postula que el nivel de salud estaría influido por cuatro grandes grupos de determinantes, de los cuales el más influyente es el estilo de vida. Esto último, correspondería a las decisiones que las personas optan como conducta, teniendo efecto en su salud y sobre las cuales más o menos tienen el control. Si los estilos de vida son negativos, crea riesgos para la salud, y si estos riesgos se transforman en enfermedad, quiere decir que los estilos de vida de esa persona contribuyeron a que la enfermedad surgiera (11). En cambio, los estilos de vida saludables tienen un efecto positivo en el bienestar físico, mental y social de la persona. Ejemplos de estilos de vida saludable son: la realización de actividad física, alimentación saludable, relaciones sexuales responsables y seguras, evitar el consumo de alcohol, drogas y cigarrillos (12).

La adolescencia es una etapa crucial para la adquisición y hacer modificaciones en los estilos de vida, debido a los retos y cambios en su desarrollo. Según Elliot, considera que los estilos de vida en la adolescencia, condiciona gran parte de los estilos de vida adultos. Además, considera que la adolescencia es la etapa más adecuada para prevenir estilos de vida poco

saludables y modificarlos antes que se establezcan como forma de vida más habitual (13).

II.1.1.1. Estilos de vida relacionados con la salud de los adolescentes en Chile:

Las pautas y hábitos de conductas que son cotidianas en los adolescentes y que afectarían su salud, en forma inmediata o a futuro, se describen a continuación. Esto mismo, permite reconocer las áreas o dimensiones que presentan mayores riesgos para la salud, que serían abordados en este estudio como variable de medición de los estilos de vida en adolescentes.

II.1.1.1.1. Consumo de alcohol y drogas

El efecto del consumo de alcohol y drogas en la salud está ampliamente fundamentado, según la evidencia científica. Uno de los efectos importantes e inmediatos en la etapa de la adolescencia es el efecto en las funciones cerebrales y cognitivas. El cerebro del adolescente está en proceso de maduración, por lo cual, el consumo de alcohol y drogas puede afectar tanto a corto como a largo plazo su desarrollo y comportamiento, con consecuencias negativas en su rendimiento escolar, falta de planificación de actividades futuras, baja motivación, problemas de afectividad y control emocional (14).

Según la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) 2013 realizada en estudiantes adolescentes entre 12 y 18 años, describe que el 53% consume bebidas alcohólicas antes de los 14 años, valor que aumenta a mayor nivel de curso escolar. La principal fuente para conseguir alcohol son los amigos. Las mujeres presentan un porcentaje mayor de consumo que los hombres en este grupo etario. Como consecuencia del consumo de alcohol, el 8,9% de los estudiantes han presentado ausentismo escolar, problemas con amigos, familia,

o se han involucrado en peleas (7).

En un estudio más actualizado realizado por la Encuesta Nacional de Salud 2016- 2017, en adolescentes de 15 a 19 años, describe que el 12,2% tiene un consumo riesgoso de alcohol, siendo mayor en hombres con un 17,8% y 6,8% en mujeres (5).

Con respecto al consumo de drogas, el 38,5% a consumido por primera vez antes de los 14 años, siendo el porcentaje mayor en los hombres con un 42% en comparación con las mujeres con un 34,5%; según el tipo de droga, el 25,4% ha consumido marihuana alguna vez en su vida y el 4,8% a consumido anfetaminas o metanfetaminas, y ésta aumenta según el avance del grado escolar (7).

En cuanto al consumo de cigarrillos, el 35,2% de los estudiantes han consumido por primera vez entre los 12 y 13 años, siendo mayor su consumo en mujeres con un 38,9% (7). Siguiendo la misma tendencia, según la encuesta mundial de tabaquismo realizado el 2016 en 5 regiones del país (Arica y Parinacota, Tarapacá, Valparaíso, Metropolitana y Biobío), son las mujeres las que tienen mayor consumo de tabaco, en las diferentes regiones estudiadas (14). Según los datos proporcionados por SENDA en el 2014 la prevalencia del consumo de tabaco se da en mayor porcentaje en el nivel socioeconómico bajo (7).

II.1.1.1.2. Alimentación y actividad física

La alimentación saludable es un factor protector de salud que favorece la prevención de enfermedades crónicas. La alimentación recomendable para un adolescente, según la OMS es de: 5 porciones de frutas o verduras; 3-4 porciones de hidratos de carbono; 1 porción de proteína; 3 lácteos al día, 6-8 vasos de agua

al día (15).

Encuestas sobre hábitos de alimentación en adolescentes revelan cifras poco saludables como los resultados de EMSE 2013, que muestran que solo el 26,3% de los adolescentes consume lo requerido en porciones de frutas y verduras, siendo levemente más alto en los hombres (28,6%), así también, el consumo de bebidas gaseosas que señala que es un 65,3% (7).

Otra encuesta más actualizada en salud (ENS 2016-2017) obtuvo resultados menos saludables que los anteriores, describiendo que sólo el 14,4% consumía verduras y frutas requeridas (5).

La actividad física es otro comportamiento, que es altamente recomendable para un estilo de vida saludable, dado que previene enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, mejora la composición ósea, ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el porcentaje de grasa corporal (16).

La recomendación según la OMS de actividad física para la población de adolescentes es de una hora al día, todos los días de la semana y de intensidad moderada a vigorosa, alternándolo con actividades que fortalezcan los huesos y los músculos tres veces a la semana (16).

Los informes nacionales revelan que la actividad física en los adolescentes en general es baja, ya que solo un 26,1%, realiza actividad física 60 minutos al día, 5 o más días a la semana, de los cuales hay una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, con un 34% y 18,3% respectivamente (7).

II.1.1.1.3. Sexualidad

La sexualidad es una dimensión de desarrollo relevante en el periodo de la adolescencia, dado que los cambios físicos, psicológicos y sociales determinan el grado de bienestar en torno a la sexualidad del/la adolescente.

Los/las adolescentes deben adaptarse a cambios sexuales, emocionales, establecer una identidad personal, construir lazos fuera de la familia y tomar decisiones en el ejercicio de la sexualidad. Para el desarrollo de una sexualidad saludable es necesario el vínculo significativo con el padre y/o madre o un adulto referente en el cual tengan la confianza y puedan recurrir en el caso que le surjan dudas o requieran ayuda con respecto de su sexualidad, así también, deben conocer los cambios que le suceden, métodos anticonceptivos, conductas protectoras, así como el derecho que tienen a acceder a la orientación en salud sexual y reproductiva con profesionales de la salud (17).

Según los resultados de la Octava Encuesta Nacional de Juventud realizado el año 2015, la edad promedio de iniciación sexual de los adolescentes es de 15,47 años. El 69% de los adolescentes declara que su inicio sexual fue antes de los 18 años. Según sexo, los hombres presentan edad de inicio sexual de 16,36 años y las mujeres de 16,84 años (18). El nivel socioeconómico (NSE) bajo, presenta edad promedio más temprana (16,38 años) de iniciación sexual que el nivel socioeconómico alto (17,11 años) (18).

De acuerdo a las diferentes regiones del país, la edad de inicio sexual es estadísticamente menor en las regiones de Atacama y Coquimbo, con edad de 16,21 y 16,15 respectivamente; en cambio la edad de inicio estadísticamente mayor, la presentan las regiones del Biobío, O'Higgins y la Araucanía (17,11; 17,01 y 16,94 respectivamente) (18).

De aquellos adolescentes entre 15 y 19 años ya iniciados sexualmente, el

11,5% ha tenido 3 parejas sexuales o más en los últimos doce meses, cifra que aumenta a medida que aumenta la edad (18).

En una Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) realizada entre el 2015-2016, se obtuvo que el 26,8% de los/las adolescentes de 15 a 19 años no usaba condón al momento del coito. Lo anterior, refleja una conducta de riesgo, que lo/la expone a enfermedades infecciosas sexuales o embarazos no deseados a temprana edad (6).

En la Encuesta Nacional de la Juventud 2015, se muestra que no existe una diferencia significativa en el uso de condón según el nivel socioeconómico, pero sí, en el uso de anticonceptivos orales, siendo mayor en las/los adolescentes de nivel socioeconómico más alto (18).

De acuerdo a las notificaciones por VIH para el año 2015, el grupo de adolescentes entre 10 a 14 años, tuvo una tasa de 0,1 por 100.000 habitantes, y el grupo de 15 a 19 años tuvo una tasa de 6,0 por 100.000 habitantes (19).

II.1.1.1.4. Salud mental

La salud mental es otra dimensión relevante para el desarrollo del adolescente, ya estados de bienestar mental favorecería estilos de vida saludables. Los adolescentes con buena salud mental presentan mejores capacidades sociales, mayor aptitud para resolver problemas y seguridad en sí mismos, lo que a su vez previene problemas de salud mental y evita comportamientos arriesgados y violentos, que conlleva una mejora en su estilo y calidad de vida (20).

Los factores que pueden influir en la salud mental de los/las adolescentes,

están asociados con el tipo de relación con sus progenitores, la autoestima, aprendizaje en el manejo del estrés y las relaciones interpersonales con los pares.

Estudios descriptivos de prevalencia de problemas de salud mental estiman que el 16,5% de los adolescentes entre 12 y 18 años presenta algún trastorno mental. Los más frecuentes son los trastornos disruptivos, ansiosos y afectivos (19).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Juventud 2015, indican que el 3% de los adolescentes entre 15 a 19 años han tenido pensamientos suicidas (18). Según el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) 2015, la tasa de suicidio en edades de 10 a 14 años fue de 1,7 por 100.000 habitantes en ambos sexos; en adolescentes de 15 a 19 años la tasa fue de 8,1; cifras que presentan una disminución con respecto a años anteriores (19).

Según la Encuesta Nacional de Salud realizada en el 2009-2010, la prevalencia de sintomatología depresiva entre individuos de 15 a 24 años es del 14%, siendo más altas en mujeres (5). En la Encuesta Nacional de Juventud 2015, determinó que los factores predictores que aumentan la probabilidad de sintomatología depresiva en este grupo etario son: el vivir en zonas urbanas, haber sido víctima de violencia física y haber sufrido acoso cibernético en los últimos 12 meses (18).

Con respecto al ambiente escolar, el 22% de los/las adolescentes entre 15 a 19 años refieren sentirse discriminados por sus compañeros; el 17,3% de los/las adolescentes han sufrido violencia física, siendo mayor en hombres; en cambio las mujeres declaran mayor violencia de tipo psicológica (18).

Por otra parte, un estudio chileno evidenció que solo el 35% de los adolescentes declara sentirse descansado y con ánimo por las mañanas (21). Asociado a esto, el 85% de los adolescentes pasa más de 2 horas diarias frente a las pantallas de televisión u otra pantalla electrónica.

El aumento del uso de tecnología ha dado pie para malas prácticas, como lo es el acoso cibernético o el ciberbullying, donde el 12% de los jóvenes han declarado experimentar algún tipo de acoso por este medio (18).

Otro aspecto relevante en la salud mental de los/las adolescentes es la baja aceptación que tienen por su cuerpo. En un estudio descriptivo realizado entre el 2014-2015 en la localidad de San Felipe en Chile, dio como resultado que el 20,8 % de los adolescentes entre quinto y séptimo básico no estaba conforme con su peso y el 14,9% no estaba conforme con su apariencia física (22). En este mismo sentido, otro estudio destaca que sólo el 40% se siente bonita. Las de menor edad son las más conformes con su apariencia. El 47% siente presión por verse bonitas y en general se ven presionadas por sí mismas. Lo más preocupante es que el 36% prefiere dejar de realizar una actividad por no sentirse conforme con su apariencia (23).

Accidentes.

Según el Instituto Nacional de Estadística 2015, el 55,1% de los adolescentes mueren por causas externas, siendo mayor la mortalidad en los hombres con un 74%. Las principales causas externas que ocasionan mortalidad, de acuerdo a los datos entregados por el DEIS 2015, corresponden en primer lugar, los accidentes de transporte (29,8%), seguido por las lesiones autoinfligidas intencionalmente (28,1%) y en tercer lugar las agresiones (19,3%) (19).

Todos los comportamientos de riesgo que presentan los adolescentes chilenos, descritos anteriormente, reflejan los estilos de vida de éstos. Para la medición de los estilos de vida es necesario, por lo tanto, un instrumento que abarque todas estas dimensiones de estilo de vida en salud.

Además, estas cifras evidencian que los estilos de vida de los adolescentes chilenos son poco saludables, por ende, es necesario mejorar las actividades de prevención y promoción en este grupo etario, para ayudar a que no aumente la prevalencia de enfermedades crónicas a futuro, y además que éstas no se hagan presentes a temprana edad.

II. 1.2. Descripción de la adolescencia.

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que se da después de la infancia y antes de la etapa adulta, entre la edad de 10 a 19 años según la OMS (4) (24-25). Se divide en tres fases con rangos de edades no homogéneas, a causa de la variabilidad en características individuales, biológicas, emocionales y culturales de cada adolescente. Sin embargo, la OMS la clasifica en: adolescencia temprana, que comprende la edad de 10 a 13 años; adolescencia media, que es de los 14 a 16 años y la adolescencia tardía que va desde los 17 hasta los 19 años (24-25). Dependiendo de estas fases, del sexo y del entorno que rodea al adolescente se diferencian el grado de madurez y desarrollo de las áreas física, psicológica-emocional, social e intelectual del adolescente (4).

Es importante que los adolescentes desarrollen la capacidad de autocuidado realizando actividades que fomenten su seguridad y de esta forma prevenir accidentes que pongan en riesgo la salud de ellos mismos y de las personas de su entorno.

Unas de las consecuencias negativas del mal manejo de las acciones de

seguridad, son los accidentes, a continuación, se menciona unos reportes sobre accidentes de adolescentes en Chile.

II.1.2.1. Características del desarrollo y crecimiento de la adolescencia según sus fases.

a. Fase de Adolescencia temprana

a.1. Dimensión física e imagen corporal:

En general la velocidad de crecimiento aumenta, por lo que hay una desarmonía y preocupación por los cambios físicos, creando inseguridad en su imagen corporal (24- 26), mayor pudor, por lo que buscan privacidad (24-25). Manifiestan intensificación de los impulsos sexuales (4).

En las mujeres chilenas aparece el botón mamario (telarquia) en promedio a la edad de 10,5 años; a los 6 meses después, aparece el vello pubiano (pubarquia); la aparición de vello axilar ocurre entre los 12,3 y los 12,8 años. La menarquia se produce a los 12,8 años aproximadamente, aunque ésta puede variar dependiendo de factores como el clima, alimentación, presencia de alguna enfermedad crónica o desnutrición. Al final de la adolescencia temprana el desarrollo mamario puede llegar a crecer hasta el Tanner IV (26).

En los hombres hay un aumento testicular ligero; a los 12,5 años aproximadamente, hay crecimiento peneano, y al mismo tiempo comienza la pubarquia (26).

a.2. Dimensión psicológica y emocional:

En la adolescencia temprana se observa el egocentrismo, creyendo que todo solamente le pasa a él/ella. El cerebro esta aún inmaduro, dado que el lóbulo frontal, presenta escasa materia blanca (ayuda a conectar distintas partes del cerebro, a través de fibras nerviosas) (27). Al tener el lóbulo frontal poco desarrollado, sus acciones son derivadas de la impulsividad y escaso control sobre su conducta y emociones que provoca fluctuaciones en el ánimo y en el humor (4) (24-25).

a.3. Dimensión social:

En cuanto al desarrollo del ámbito social, los/las adolescentes, tienden a querer independizarse, compartiendo en mayor proporción de tiempo con sus amistades, sobre todo los/las de su mismo sexo, dejando de lado a su familia, ya que pierden el interés de las actividades familiares. Lo que trae consecuencias negativas en las relaciones interpersonales familiares, porque hay una mayor rebeldía contra los que cumplen la función de autoridad dentro de la familia (4) (24-25).

a.4. Dimensión intelectual:

Debido al poco desarrollo del lóbulo frontal cerebral, los pensamientos son infantiles caracterizándose por ser concretos, sin embargo, es en esta etapa donde comienzan los pensamientos a ser un poco más hipotéticos deductivos. Sus metas vocacionales son más idealizadas, que los adolescentes mayores (24-25).

b. Fase de Adolescencia media

b.1. Dimensión física e imagen corporal:

En general hay mayor aceptación corporal, pero de igual manera se preocupan en verse físicamente atractivos/as; aparecen las dudas en cuanto a su orientación sexual; predomina la exploración y la concreción de sus impulsos sexuales, por lo que tienden a experimentar diversas conductas sexuales (4) (24-25).

En las mujeres hay una regulación de los ciclos menstruales entre los 13,7 – 14,2 años, el desarrollo mamario y pubiano puede llegar al Tanner V a los 14,0 a 14,5 años aproximadamente, a los 15 años las adolescentes alcanzan el 99% de lo que será su talla adulta, creciendo en promedio 22-25 cm (26).

En cuanto a los hombres aparece la espermarquia aproximadamente a los 13,5 años, el vello facial aparece a los 14,9 años y masa muscular en los hombres (26).

b.2. Dimensión psicológica y emocional:

En el ámbito psicológico tienen más desarrollado el sistema cerebral socioemocional que el sistema cognitivo, a causa de esto y por su impulsividad, los lleva a tener conductas de riesgo en forma consciente (tener relaciones sexuales sin protección, caer en la drogadicción, etc.), sobre todo si es para recibir la aprobación de sus amistades; sus emociones están más expuestas, por lo cual son hipersensibles y se preocupan de lo que los demás piensen de ellos (4) (24-25).

b.3. Dimensión social:

En el desarrollo social, sus pares son los principales influyentes en sus conductas, las que pueden ser positivas como negativas; se identifican con los

valores de su grupo de amigos; hay una mayor independencia de la familia, por lo que se generan conflictos con la familia y distanciamiento afectivo; además se presentan las primeras relaciones de pareja (4) (24-25).

b.4. Dimensión intelectual:

Su desarrollo cognitivo los lleva a ser más críticos sobre sí mismo, sobre su familia y sobre la sociedad, pero en condiciones de estrés el pensamiento revierte al nivel concreto; creen tener la razón en todo, por lo que piensan que las decisiones que ellos tomen son las mejores, teniendo la errada idea de ser invulnerables (4) (24-25).

c. Fase de Adolescencia tardía

c.1. Dimensión física e imagen corporal:

En general con respecto al desarrollo sexual, hay aceptación de los cambios corporales y de su orientación sexual. Se inician las relaciones sexuales y en sus relaciones de pareja generalmente hay mayor estabilidad, ya que hay una menor búsqueda de experimentación (4) (24-25).

A los 17 años los hombres alcanzan el 99% de la que será su talla en la etapa adulta creciendo unos 25-28 cm (26), hay un desarrollo puberal completo.

c.2. Dimensión psicológica y emocional:

En la adolescencia tardía es más concreto el logro de la autonomía y de la identidad propia, para así adquirir responsabilidades en la etapa adulta. Si en este proceso no tiene el apoyo familiar y de sus pares, pueden aparecer trastornos emocionales y depresión. En el desarrollo psicológico la toma de

decisiones se establece en límites realistas, dado que hay mayor control de los impulsos y una mayor capacidad para comprometerse; además en esta etapa el adolescente crea su propia escala de valores (4) (25-26).

c.3. Dimensión social:

En el desarrollo social hay una disminución de la influencia de las amistades acercándose más a la familia, para buscar ayuda y consejo en ciertas circunstancias; hay una mayor dedicación a las relaciones de pareja (4) (24-25).

c.4. Dimensión intelectual:

En cuanto al desarrollo cognitivo se establece el pensamiento abstracto, alcanzando el pensamiento hipotético-deductivo, por lo tanto, predicen las consecuencias de sus conductas y tienen la capacidad de resolver problemas; tienen metas vocacionales realizables; el desarrollo del lóbulo frontal cerebral está completo, por ende, hay un mayor control de impulsos (4) (24-25).

Desarrollo moral de Kohlberg.

Dado que el desarrollo moral en la adolescencia es variable según el individuo, no se puede clasificar de acuerdo a las tres etapas de ésta. Kohlberg describe tres niveles de razonamiento moral que son afectados por los principios de justicia, estos son:

Moral preconvencional: Generalmente se da en personas de 4 a 10 años, donde su razonamiento moral para realizar una conducta obedece reglas externas y del modo de cómo éstas le afectan (28). Esta se divide en dos subetapas:

- Orientación hacia el castigo y la obediencia: En esta subetapa el

individuo piensa en las consecuencias inmediatas de sus acciones, donde su percepción del bien y el mal depende de las propias vivencias que éste experimenta, y de las recompensas o castigo que éste recibe por parte de las personas que perciben como figura de autoridad, por ende, delega toda responsabilidad moral a ellos (28).

- Orientación hacia el individualismo o al interés propio: En esta fase el individuo no se identifica con valores colectivos, por lo cual se genera egocentrismo e individualismo, y se enfoca en defender sus ideas. Por otro lado, igual se pueden generar acuerdos, solo si se recibe algo a cambio (28).

Moral convencional: También conocida como moralidad de la conformidad a los roles convencionales, este nivel de razonamiento se alcanza normalmente después de los 10 años de edad, donde las personas internalizan los estándares morales de personas que asumen el rol de autoridad, con el propósito de mantener un orden social. Existen personas que se estancan en este nivel, incluso cuando ya pasan a ser adultas (28). Se subdivide en dos fases:

- Orientación hacia el consenso o relaciones interpersonales: La moral gira en torno a ser aceptado por un grupo, por lo cual el individuo encuentra correcto aquello que ayuda o agrada a los demás (28).
- Orientación hacia la autoridad: En esta fase el individuo se centra en cumplir las normas y reglas sociales, relacionándolo con el hacer el bien; por lo tanto, el no cumplimiento de éstas se relaciona con hacer lo malo (28).

Moralidad postconvencional o moralidad de los principios morales

autónomos: este nivel se logra en algunos casos en la adolescencia temprana o al comienzo de la adultez, y es cuando las personas hacen sus propios juicios al presentarse conflictos morales sociales, basándose en los principios del bien, la igualdad y la justicia (28). Se subdivide en dos fases:

- Orientación hacia el contrato social: En esta fase el individuo piensa que los criterios morales son creados por la sociedad, lo entienden como algo variable, llegando a juzgar si éstas son aceptables o no, y si requieren de alguna modificación, cuando son disfuncionales (28).
- Orientación hacia los principios universales: En esta fase el individuo crea sus propios principios éticos, de acuerdo a las propias creencias de cómo la sociedad debería ser y no a lo que la sociedad le impone. Al mismo tiempo, éste respeta las creencias que puedan tener los demás e intenta darles el trato que quisiera recibir de los demás (28).

Tareas del desarrollo en los adolescentes.

En cada etapa del ser humano, hay tareas que se deben cumplir, para lograr un óptimo desarrollo, por ende, la adolescencia también tiene sus tareas respectivas. De acuerdo a Gaete, 2015 (4), este describe que los adolescentes deberían cumplir con las siguientes tareas para lograr la felicidad:

- 1. Búsqueda de la identidad:** Esta tarea definida por Erikson, consiste en que el individuo busca diferenciarse de las demás personas, incluyendo aquellas que son significativas para el adolescente, logrando como resultado ser seres únicos y con identidad. En el logro de esta tarea intervienen los siguientes elementos: conformidad con su cuerpo, tener propias gamas de valores, propias metas, lograr identidad sexual, tener

reconocimiento de su personalidad, lograr propio pensamiento ideológico. En este proceso de búsqueda, los adolescentes tienden a experimentar continuamente, en consecuencia, cometen errores y pueden caer en la rebeldía. En cambio, al encontrar su identidad logran una armonía y aceptación de sus capacidades y limitaciones (4).

- 2. Logro de autonomía:** En el proceso del logro de esta tarea, el adolescente se trata de independizar de forma progresiva de los padres, en cuanto a lo monetario como también en el ámbito emocional; en consecuencia, el adolescente se verá involucrado emocionalmente en mayor medida con sus amigos y pareja, provocando conflictos entre los padres y el adolescente, ya que éste actúa con rebeldía y poca sumisión ante la autoridad. Para lograr la autonomía el adolescente debe adquirir habilidades para posteriormente desempeñarse en el área laboral y así financiar sus gastos. Si se logra esta tarea, se obtendrá autonomía psicológica (reflexión de sí mismo que tiene la capacidad de tomar decisiones y adquirir responsabilidades) e independencia física (vivir independiente y ganar su propio dinero) (4).
- 3. Competencia emocional y social:** El desarrollo emocional es la capacidad de controlar y manejar las emociones, y el desarrollo social es la capacidad de relacionarse con las personas, generando autonomía, bienestar, otorgando una mirada más allá de las costumbres y normas sociales impuestas desde pequeños, además sirve como una herramienta protectora ante problemas psicológicos (4).
- 4. Habilidades cognitivas:** Según Piaget, los adolescentes pasan de tener un pensamiento concreto hasta tener un pensamiento más abstracto, logrando un razonamiento hipotético-deductivo, por ende éste razonamiento ayuda a la resolución de problemas, ya que a través de éste encuentran una variedad de posibles alternativas para resolverlo, con la consecuencia que trae dicha alternativa; además este

pensamiento los hace ser más crítico con respecto a las ideologías de la sociedad o la de los adultos (4).

Todo lo anteriormente expuesto, permite conocer las características particulares de los/las adolescentes.

Las diferentes acciones en salud desarrolladas en Chile, para los adolescentes, están orientados de acuerdo a las necesidades que se identifican en estas etapas y a los principales factores que influyen en su desarrollo. Es así, que, en nuestro país, es posible identificar diversos programas que intervienen distintas dimensiones ya sea tanto en factores protectores como de riesgos.



II. 2 Marco Teórico.

Los fundamentos teóricos de este estudio son: La Teoría Ecológica de los Sistemas de Bronfenbrenner, el cual permite comprender integralmente el medio donde se desarrolla el adolescente, y la Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender, que permite la explicación más detallada de los factores más intrínsecos asociados a la conducta del adolescente.

Ambas teorías en su conjunto, permitirán la comprensión del foco de estudio, junto con las variables que pueden estar relacionadas con éste.

II. 2.1. Teoría Ecológica de los sistemas

Esta teoría entrega una mirada integral del medio donde se desarrolla el adolescente, y como éste, influye fuertemente en su desarrollo y comportamiento, de modo favorable o desfavorablemente. Permite así, la identificación de factores

de riesgos y factores protectores.

Sus planteamientos ayudan a comprender la interacción de estos factores y las conductas en salud, y de esta forma, orientar la creación de estrategias para abordar de manera integral la salud de los adolescentes (25).

La teoría postula de manera más detallada, que las influencias de los entornos en los cuales se desenvuelve el adolescente, influyen su desarrollo cognitivo, moral y conductual, y en la manera de como este individuo lo percibe. La percepción va a depender de la clase social, del grupo étnico y de la espiritualidad de éste (29).

Hay 4 sistemas o entornos en los que se desenvuelve el adolescente en su proceso de desarrollo según Bronfenbrenner, ya sea en entornos más inmediatos como también la influencia externa de entornos más amplios y sus interconexiones:

1. El entorno más cercano y de mayor influencia para el adolescente es denominado por Bronfenbrenner como **Microsistema**. En las etapas más tempranas de la adolescencia el entorno más influyente son los amigos, a medida que va alcanzando mayor madurez y pasando por la transición hacia la juventud su entorno más influyente será su familia (30).
2. Las interrelaciones que surgen entre dos o más entornos inmediatos donde se desenvuelve el adolescente, es denominado **Mesosistema**. Esto depende del grado en que el adolescente se relaciona con los que le rodean y el valor o significancia que les proporciona, y como éstos se interconectan para ayudar en su desarrollo y en la elección de estilos de vida. Un ejemplo puede ser en cómo se relaciona los amigos que el adolescente elige y su familia para influir en las conductas en que éste

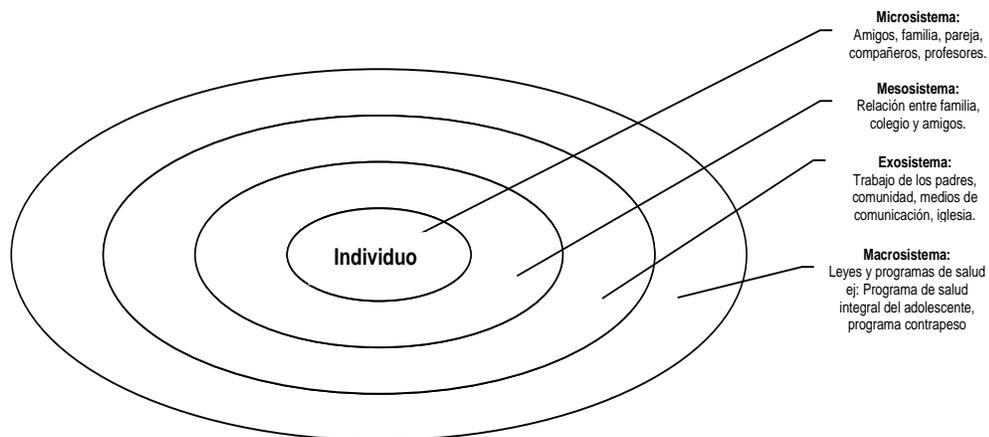
adopta (30).

3. El **Exosistema** corresponde a los entornos en los que el adolescente no participa de forma activa, pero que surgen hechos que afectan de manera indirecta en el desarrollo de éste, por ejemplo, los medios de comunicación, trabajo de los padres (30).

4. El **Macrosistema** es más complejo y más externo al adolescente, aquí involucra los temas políticos, legales, sociales, económico, religiosos y de salud, que son propio de la cultura en que se desenvuelve y que influyen en su crecimiento y desarrollo, además condiciona los estilos de vida de éste. Según el tipo de macrosistema que exista serán el microsistema, mesosistema y exosistema. Un ejemplo de macrosistema son las leyes o programas que involucran el sistema de atención de salud, en el caso de Chile, el programa que aborda a los adolescentes, es el programa de salud integral del adolescente, con los servicios complementarios que otorga éste: control de salud integral, espacios amigables y consejos consultivos (30).

En la figura 1 se representa la Teoría de Bronfenbrenner de acuerdo al adolescente.

Figura 1: Teoría Ecológica de Bronfenbrenner en el adolescente.



Contribución al arte de la teoría. Fuente: Teoría Ecológica de Bronfenbrenner en el adolescente. En: Campos N. Estilos de vida de los adolescentes que estudian en colegios públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio y su relación con factores personales y del microsistema, 2019 [Proyecto de tesis de Magíster].

De este modelo, es posible predecir los factores tanto protectores como de riesgo que podrían estar influenciando en los estilos de vida de los adolescentes, que, según el Modelo Ecológico, es necesario considerar como variables de medición para esta investigación como son los amigos, la familia y la comunidad más próxima donde se desenvuelve.

II. 2.2. Modelo de Promoción de Salud (MPS).

Este modelo permite la explicación de la conducta de promoción de salud o de estilo de vida saludable de los adolescentes, desde una mirada más intrínseca. Los componentes personales que configuran la conducta promotora de salud son principalmente primero: las características y experiencias individuales, y segundo: las cogniciones y afectos específicos de la conducta (31).

Características y experiencias individuales:

Corresponde a las características propias y experiencias en conductas que ha tenido hasta ahora el adolescente. Con respecto a las conductas previas, en estas influye la frecuencia en que el adolescente las ha realizado, además de la etapa de adolescencia en que este se encuentra, ya que en las etapas más tempranas el adolescente tiende a actuar con mayor impulsividad, por lo cual es menos capaz de comprometerse con una conducta que pueda ser beneficiosa para su salud. También influye los factores personales del adolescente, que pueden ser los factores biológicos, psicológicos y los factores socioculturales en los cuales se desenvuelve, que pueden ser predictivos de cierta conducta, de acuerdo con la consideración que se tiene de las metas al realizar determinada conducta (31).



Cogniciones y afectos específicos de la conducta:

Son aspectos que pueden ser modificados y depende de la percepción que el adolescente tiene de los beneficios que conlleva el realizar una determinada conducta de salud. Algunos factores que pueden interferir en su realización son las barreras reales o imaginadas por él, donde su propia inmadurez para tomar decisiones puede convertirse en una de ellas. Otro factor importante es la reflexión interna que tiene el adolescente en la capacidad personal de ejecutar una conducta promotora de salud.

Afecto relacionado con la actividad: Son sentimientos subjetivos que pueden ser positivos o negativos, los cuales influyen en la autoeficacia percibida por el adolescente, para realizar una determinada conducta, entre más positivo sea el sentimiento subjetivo mayor será el sentimiento de eficacia. Al aumentar los sentimientos de eficacia de a poco va a aumentar el afecto positivo.

Influencias personales: Incluyen las normas (expectativas de las personas más

importantes), apoyo social (dan apoyo instrumental y emocional) y modelación (aprendizaje indirecto que es dado por la observación de los demás, que realizan una actividad determinada de forma comprometida). Las fuentes primarias de influencias interpersonales son: la familia y los cuidadores de salud.

Influencias situacionales: Son las percepciones o cogniciones personales de contextos o situaciones determinadas que pueden facilitar o impedir conductas promotoras de salud (31).

Resultado conductual (influenciada por el compromiso del actor de la conducta):

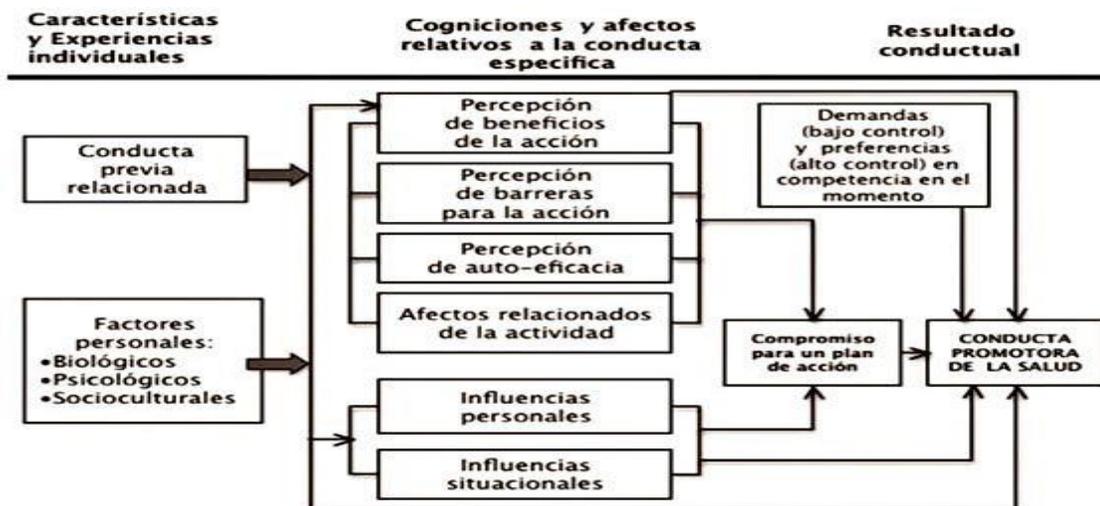
Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas: Las demandas contrapuestas son las conductas alternativas en las cuales los individuos tienen poco control por la existencia de contingencia en el entorno, en cambio las preferencias contrapuestas son conductas alternativas donde el individuo tiene un alto control.

Compromiso con un plan de acción: Intención puesta en práctica basado en planes estratégicos para realizar una conducta de salud.

Conductas promotoras de salud: Al concretar conductas de salud lleva a que los adolescentes tengan resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, cumplimiento personal y una vida productiva (31).

El modelo de promoción en salud de Nola Pender está representado en la Figura 2, en donde se encuentran los principales conceptos.

Figura 2: Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996. En: Cid PH, Merino JE, Stiepovich JB (32).

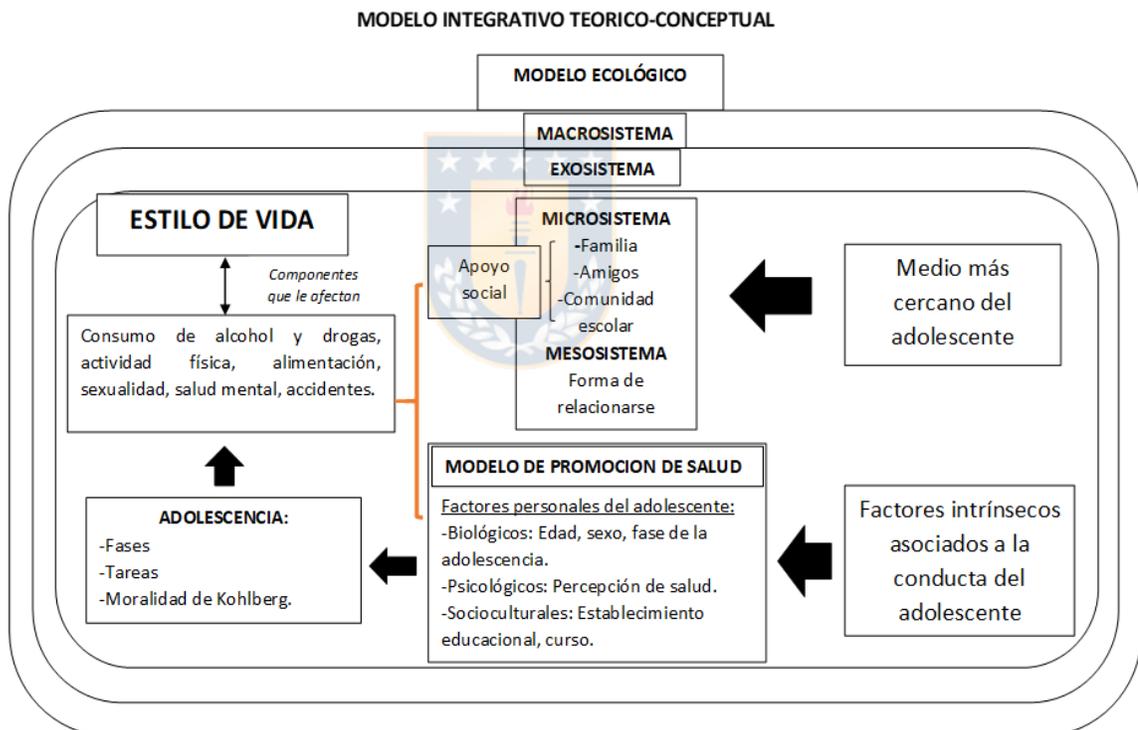
De este modelo se desprenden variables o factores especialmente internos o propios del adolescente, que tienen que ver con características individuales y cogniciones, así como sus experiencias, que condicionan los comportamientos relacionados a estilos de vida. Es una guía, por lo tanto, de las variables que debe contener la etapa empírica de la investigación.

Se reconoce, de este modelo el desarrollo de una escala que mide los estilos de vida de las personas en general, y que ha sido ampliamente utilizada (33-35). Posteriormente, de esta misma escala, derivó una escala creada por Chen, et al (36) y que fue adaptada para adolescentes chilenos de temprana edad (37). Si bien, este instrumento describe buenas características psicométricas, excluye ciertos comportamientos relevantes en la edad de la adolescencia como sexualidad, uso de la tecnología, consumo de alcohol y drogas, y seguridad.

Como se mencionó anteriormente ambas teorías orientan la explicación de los factores o variables que intervienen en la conducta de estilo de vida saludable.

Es necesario integrar ambas teorías, dado el aporte complementario de cada una de ellas. La Teoría Ecológica de los sistemas de Bronfenbrenner, lo hace desde una comprensión integral, y desde el medio donde se desarrolla el adolescente, en cambio la Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender, entrega una explicación desde factores más intrínsecos asociados a la conducta de adolescente (figura 3).

Figura 3: Modelo integrativo Teórico-Conceptual.



En: Campos N. Estilos de vida de los adolescentes que estudian en colegios públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio y su relación con factores personales y del microsistema, 2019 [Proyecto de tesis de Magíster].

II. 3. Marco Empírico.

Con la finalidad de sustentar empíricamente los factores que se relacionan con los estilos de vida de los adolescentes, se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Web of Science (WOS), Biblioteca virtual en Salud (BVS), PubMed y SciELO. Los descriptores utilizados fueron: “adolescent”, “life style”, “sociological factors”, “social support”, “sex”, “age distribution” usando el booleano “AND”.

Los criterios de inclusión para la búsqueda fueron:

- Artículos que sean entre los años 2015-2020.
- Artículos que estén disponibles en formato completo.
- Artículos que estén disponibles en idioma: inglés, español y portugués.
- Artículos que no se encuentren repetidos.

La **Tabla N° 1**, se muestra un resumen de la búsqueda, con respecto a los descriptores utilizados en cada base de datos en que se realizó la revisión bibliográfica.

Tabla n°1. Conjugación booleana utilizada en la búsqueda de artículos relacionados a la temática.

Conjugación booleana	PubMed	BVS	WOS	SciELO
Adolescent <i>And</i> life style <i>And</i> sociological factors <i>And</i> social support <i>And</i> sex <i>And</i> age distribution	1 Articulos	0 Articulos	0 Articulos	0 Articulos

Adolescent <i>And</i> life style <i>And</i> sociological factors <i>And</i> social support	0 Artículos	1 Artículos	0 Artículos	0 Artículos
Adolescent <i>And</i> life style	17 Artículos	30 Artículos	19 Artículos	4 Artículos

El universo de artículos encontrados fue de 19.158, de los cuales solo se seleccionaron artículos de acuerdo con los criterios de inclusión y los que respondían a la temática de factores que se relacionen con los estilos de vida de los adolescentes.

Los resultados arrojaron 72 artículos que respondían a la temática anteriormente nombrada. Se descontaron 34 artículos repetidos, quedando un total de 38 artículos.



La mayoría de las investigaciones relacionaban dos o más conductas de estilos de vidas entre sí, además de otros factores personales del adolescente y/o de su entorno.

-Estudios de estilos de vida relacionados entre sí.

Se seleccionaron 20 artículos que abordaron la temática de estilos de vida, medida por diferentes tipos de escalas generales sobre estilos de vida o escalas que mide algún aspecto del estilo de vida como ejercicio, nutrición, actividad física u otro. De los distintos países en que se desarrollaron estas investigaciones en adolescentes, se encontró solo un estudio a nivel nacional que abordó la temática de estilos de vida y factores asociados (22). En Chile, la variable estilos de vida fue medida por medio de la escala de vida promotor de

salud adaptada para adolescentes y consideró factores relacionados con el apoyo social de los padres o tutor, factores personales biológicos del adolescente, y otras conductas en salud. Los resultados demostraron que siete conductas de los padres e hijos estuvieron asociadas significativamente, en los dominios de nutrición, actividad física y manejo del estrés. En cuanto a los factores personales del adolescente, se evidenciaron diferencias significativas relacionadas con el sexo. Las mujeres manifestaron comer más frecuentemente fibras y mejor percepción de salud, y menos síntomas de hiperactividad-desatención. Los hombres manifestaron desayunar todos los días y menos de problemas de conducta. Por otra parte, el estirarse diariamente, se asoció a estar más conforme con la apariencia física, tener mayor sentido de membresía escolar y buenas habilidades sociales. Hacer ejercicio vigoroso, se asoció con tener una mejor percepción de salud y mayor sentido de adherencia escolar (22).

Los siguientes cinco artículos muestran resultados sobre estilos de vida referidos sólo a la dimensión de nutrición y actividad física. El primero corresponde a un estudio australiano (38), realizado en una muestra de 2538 adolescentes de 13 a 14 años de 19 escuelas públicas por medio de un cuestionario en línea, que asoció estilos de vida referidos a la nutrición, actividad física, tiempo en pantalla con variables personales como sexo, estado socioeconómico y nivel escolar. Los resultados demostraron que los estudiantes que asisten a las escuelas con un ICSEA (Índice de ventaja socioeducativa comunitaria) alto tenían más probabilidades en desayunar diariamente y no beber bebidas endulzadas con azúcar diariamente, en comparación con los estudiantes que asisten a escuelas con ICSEA bajo. Al comparar por sexo, los hombres tenían más probabilidades que las mujeres de cumplir con las recomendaciones para desayunar, ingesta de vegetales, actividad física moderada a vigorosa y tiempo de pantalla. Pero tenían menos probabilidades de cumplir con las recomendaciones con respecto a la ingesta de bebidas

endulzadas con azúcar.

En cambio, Sánchez-Oliva D, et al (2018) (39), en una muestra de n:1263 niños y adolescentes españoles (625 mujeres) de 8 a 18 años, se estudió la asociación existente entre grupos de edad (8-11 años; 12-15 años; 16-18 años) con las variables ya nombradas anteriormente, adicionando el porcentaje de grasa corporal. Resultando que niños mostraron puntuaciones significativamente más bajas en tiempo en pantalla y sedentarismo total en comparación con los adolescentes más jóvenes y mayores, mientras que los adolescentes más jóvenes (12-15 años) mostraron puntuaciones más bajas en comparación con adolescentes mayores (16-18 años). Los niños (8-11 años) informaron puntajes significativamente mayores en actividad física moderada a vigorosa que los adolescentes más jóvenes (12-15 años) y mayores. El tiempo de pantalla fue asociado negativamente con la adherencia a la dieta mediterránea en los 3 grupos de edad. La actividad física moderada a vigorosa se asoció negativamente con el tiempo sedentario y porcentaje de grasa corporal en todos los grupos de edad, y el tiempo sedentario también se asoció positivamente con el porcentaje de grasa corporal en el grupo de niños.

Por otro lado, Mera R, et al (2017) (40), estudiaron calidad de dieta mediterránea (Cuestionario KIDMED) y actividad física (IPAQ-A), y su posible asociación con factores sociodemográficos en n: 630 adolescentes de 12 -17 años, estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de Cangas (Pontevedra). Sus resultados demostraron que los hombres obtuvieron una mayor realización de actividad física estadísticamente significaba que las mujeres en las edades de 14 y 15 años y la puntuación del PAQ-A disminuyó con la edad ($p < 0,001$). En general, la actividad física moderada, es mayor significativamente en hombres adolescentes ($p < 0,001$). En relación con la calidad de dieta mediterránea, hubo una relación lineal entre la puntuación del KIDMED y la puntuación media del IPAQ-A ($p < 0,001$).

Otro estudio en España de Bibiloni Mdel M, et al (2016) (41), abordaron la nutrición y actividad física (IPAQ-A), estudiando su asociación con sexo, edad e ingresos familiares, en n: 1988 adolescentes de 12-17 años de Islas Baleares. Los resultados evidenciaron al comparar por sexo, los adolescentes hombres eran más activos que las adolescentes mujeres; y por edad, los adolescentes más jóvenes fueron más activos que los adolescentes mayores; según ingresos económicos, el bajo ingreso de los padres se asoció con la inactividad física; al asociar entre dimensiones de estilos de vida, el tiempo en pantalla (incluyendo TV, Internet o dispositivos celulares de mano) fue inversamente asociado con la práctica de actividad física. En cambio, el consumo de leche entera, jugos de frutas, bebidas de frutas, y bebidas energéticas son más altas entre los adolescentes y las adolescentes activas físicamente.

Seis estudios, abordaron aspectos de salud mental y otras dimensiones de estilos de vida. Olfert MD, et al (2019) (42), indagaron sobre nutrición (NCI FV Fat), actividad física (IPAQ), calidad de sueño (PSQI) y estrés (PSS), en relación al sexo. La muestra estuvo conformada por n:1132 adolescentes de primer año de universidad, predominantemente de 18 años. En nutrición, las mujeres tuvieron una menor ingesta de frutas y verduras y una menor ingesta de grasas ajustadas por energía que los hombres. En actividad física, la media de IPAQ min / semana, fue estadísticamente mayor para los hombres que para las mujeres. En calidad del sueño, los hombres tuvieron un puntaje PSQI medio estadísticamente más bajo que las mujeres. Por último, en estrés, la puntuación media de estrés para los hombres fue significativamente menor que para las mujeres.

Rodrigues T, et al (2018) (43), al igual que el estudio anterior, indagaron sobre la calidad del sueño (FANTÁSTICO), además de la actividad física

(YRBSS), nutrición (FANTÁSTICO) y su asociación con factores sociodemográficos, en n:1110 adolescentes de entre 14 y 19 años de la ciudad de São José / SC, Brasil. Los resultados muestran que las adolescentes mujeres tenían mayor probabilidad de tener menor calidad de sueño y bajo estado físico aeróbico. En cambio, los adolescentes hombres, que tenían mayor exposición a la pantalla y menor percepción negativa de la calidad del sueño.

Palomino-Devia C, et al (2018) (44), en n: 1.253 adolescentes colombianos, entre los 10 y los 20 años, estudiaron la relación entre niveles de actividad física (IPAQ), calidad de vida relacionada con la salud (SF-12 versión en español), autoconcepto físico (CAF), índice de masa corporal y sexo. Los resultados muestran que las mujeres son más sedentarias ($p=0,029$) y presentan mayor índice de masa corporal ($p= 0,000$). En cambio, los hombres muestran valores más altos en autoconcepto para la condición física ($p<0,05$). Asu vez, obtuvieron puntajes más altos en la salud general, el rol emocional, la salud mental y la vitalidad ($p<0,05$). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al autoconcepto de apariencia, fuerza y autoestima entre grupos de sexo ($p>0,05$).

Por otro lado, Novak D, et al (2017) (45), en n: 6501 adolescentes de entre 14 y 19 años de tres países europeos: Croacia, Lituania y Serbia, analizaron la asociación entre salud autoevaluada con variables sociodemográficas, actividad física (IPAQ versión corta) y angustia psicológica (Cuestionario de Kessler). Resultando que la salud autoevaluada se asoció significativamente con: tener mayor edad, ser hombre, tener un mayor nivel de capital social familiar, vecinal y escolar, participar en actividades físicas moderadas a vigorosas con mayor frecuencia y tener un bajo nivel de angustia psicológica.

En cambio, Knox E, et al (2017) (46), estudiaron la asociación entre

actividad física (IPAQ-C) y adherencia a la dieta mediterránea (KIDMED) con autoestima (Escala de autoestima de Rosenberg) y calidad de vida relacionada con salud (KIDSCREEN-27), en n: 456 adolescentes, de 11-14 años que asistían a cinco escuelas de Granada, España. Los resultados indican que hay una asociación significativa entre la adherencia a la dieta mediterránea, autoconcepto físico, relaciones familiares, apoyo a la autonomía ($p < 0.05$) y con la percepción del entorno escolar ($p < 0.001$). En el caso de la de la autoestima, ésta se asoció con la percepción del entorno escolar ($p < 0.05$) y el autoconcepto psicológico ($p < 0,001$). Con respecto a la actividad física, ésta se relacionó con las relaciones familiares, el apoyo a la autonomía, las relaciones sociales y la presión de grupo ($p < 0.001$). Aquellas variables que actuaron como mediadores entre la relación de actividad física y la autoestima, fueron el autoconcepto físico, autoconcepto psicológico y percepción del entorno escolar.

Por otro lado, hubo un estudio en donde las variables sociodemográficas no estuvieron relacionadas con dimensiones del estilo de vida, en este caso, Brito MFSF, et al (2019) (47), en una muestra de n:819 adolescentes con edad de 15-18 años de escuelas públicas de Minas Gerais, en donde se analizaron la relación existente entre estilos de vida (FANTÁSTICO), síntomas depresivos (Inventario de depresión de Beck), adicción a internet (IAT) y factores sociodemográficos. Los resultados asociaron estilo de vida con autopercepción de la calidad de vida ($p = 0,005$), síntomas depresivos ($p < 0,001$), y adicción a Internet ($p = 0,007$).

Se encontraron tres investigaciones concernientes a estilos de vida específicamente con el consumo de alcohol y drogas. La primera, De Paula R, et al (2017) (48), analizó variables como: de omitir el desayuno, consumo de alcohol, tabaco, actividad física, factores personales biológicos (edad, sexo), factores personales socioculturales e IMC, en n: 1.716 adolescentes brasileños de 10-17 años. Los resultados similares según sexo muestran que los hombres

adolescentes que omiten el desayuno se relacionan significativamente con no desayunar con los padres, tener clases en la mañana, al igual que las mujeres, sin embargo, en el hombre resultó correlacionado además con la obesidad. En las mujeres adolescentes, se relacionó además con consumir alcohol. Posteriormente al hacer un ajuste por edad y nivel socioeconómico, el consumo de alcohol no se relacionó con omitir el desayuno en las mujeres.

En relación con lo mismo, el segundo estudio de Larm P, et al (2018) (49), se realizó en una muestra de n: 2872 adolescentes de 15-16 años de Suecia. En este se evaluó la asociación entre el consumo de alcohol con relaciones interpersonales, características escolares, factores y comportamientos de estilos de vida entre el 2004 y 2012. Los resultados evidenciaron que, tanto en 2004 como en 2012, los no bebedores se caracterizaron por una supervisión parental más estricta, dificultades para obtener nuevos amigos, una proporción mayor que disfrutaba de la escuela, menos absentismo escolar, mayor participación escolar, menos usuarios de cannabis / marihuana y fumadores diarios y menores puntajes de comportamiento antisocial. Además, en el 2004 también se caracterizaron por puntuaciones más bajas en síntomas psicósomáticos y menos síntomas depresivos, pero no en el 2012. Al comparar por sexo, el porcentaje de hombres que no bebía alcohol, pero si consumía marihuana aumentó significativamente entre el 2004 al 2012. En las mujeres también aumentó el porcentaje de aquellas que no consumían alcohol.

Por otro lado, el tercer estudio de Moral-García JE, et al (2020) (50), analizaron la asociación de las variables del estudio anterior, agregando la realización de actividad física y como variable principal el apoyo parental, en una muestra de n: 1100 adolescentes de 12-16 años de España. Sus resultados mostraron que los adolescentes con poco apoyo parental ($p < 0.001$) tienen más aburrimiento, menos diversión, peor rendimiento académico y mayor consumo

de alcohol. Al diferenciar por sexo ($p < 0.001$), las adolescentes mujeres experimentan más aburrimiento, menos diversión, menos práctica de actividad física y mayor rendimiento académico que los adolescentes hombres. Al diferenciar por edad ($p < 0.01$), los adolescentes de mayor edad (de 15 a 16 años) experimentan más aburrimiento, menos diversión, menos práctica de actividad física, menor rendimiento académico y mayor consumo de alcohol que los adolescentes de menor edad (12 a 14 años).

Otros tres estudios, que analizaron comportamientos de riesgo asociados a estilos de vida, corresponden a Smorti M, et al (2019) (51), que estudiaron la asociación de sexo con factores de estilos de vida y comportamientos de riesgo. En este estudio fue realizado en una muestra de $n: 11.527$ adolescentes de 13 a 21 años de escuelas secundarias de Italia, los resultados proporcionaron que las mujeres adolescentes presentan más riesgo de uso excesivo y disfuncional del internet ($< 0,001$). El porcentaje de mujeres fumadoras es significativamente mayor que los hombres ($< 0,001$). Los hombres adolescentes usan más a menudo preservativo que las mujeres ($< 0,001$) y que beben en exceso y con mayor frecuencia que las mujeres.

En la misma línea, Klein M, et al (2015) (52), estudió las conductas de riesgo relacionadas a factores interpersonales, factores sociales y factores culturales, en una muestra de $n: 898$ adolescentes de 12-18 años de Holanda. En el análisis univariado, los adolescentes tempranos y medios que consumían alcohol se asociaron de forma inversa con normas descriptivas de amigos, autocontrol y control parental. En cuanto al grupo de adolescentes de edad temprana y media, que practicaban actos de delincuencia, se asoció inversamente con autocontrol, el monitoreo parental, normas descriptivas de amigos, relación con el padre y con la madre, la amabilidad y la conciencia. Asu vez, en los adolescentes mayores, el consumir alcohol se asoció inversamente

con monitoreo parental, orientación de valor hedónico, amabilidad y normas descriptivas de amigos. Los adolescentes con comportamientos más saludables se asociaron significativamente con normas descriptivas de amigos y padres, y con un alto o medio nivel educativo. Los que realizaban actos de delincuencia se asociaron inversamente con normas descriptivas de amigos, control parental, autocontrol y amabilidad.

Por otro lado, Teh CH (2019) (53), estudiaron la relación entre comportamientos de riesgo observado y esperado, con diferencias de sexo, en n:2538 adolescentes de 16- 17 años, de 20 escuelas rurales y urbanas de Malasia. Los resultados proporcionaron que la relación O / E (razón de prevalencia observada a esperada) de fumar, el consumo de alcohol y comportamiento sedentario/ y fumar, consumo de alcohol, comportamiento sedentario y bajo consumo de fruta y vegetales fue más fuerte en los hombres adolescentes. En las mujeres fue más fuerte la relación O / E de fumar, consumo de alcohol e inactividad física/ y fumar, consumo de alcohol, inactividad física y sedentario. Pero, se encontró que las adolescentes eran significativamente más propensas a tener un estilo de vida agrupado de comportamientos de riesgo que los adolescentes.

Otros estudios que analizaron los estilos de vida y factores relacionados fueron, Guerrero H, et al (2020) (54), que lo abordó en forma global con el instrumento FANTÁSTICO e indagó su asociación con factores biológicos (sexo y edad) y sociales, en n: 427 adolescentes colombianos de cinco instituciones públicas, de edades entre 10 y 15 años. Los resultados indicaron que las mujeres presentaron estilo de vida más bajo, especialmente en las edades entre los 13 y 15 años. A su vez, se encontró diferencias muy significativas ($p= 0,002$) por rango de edad e institución educativa, en las dimensiones nutrición, familiares y amigos, es decir, existió una relación muy significativa, entre ambos rangos de

edad (10-12 y 13-15 años) con un alto puntaje en la dimensión de familiares y amigos en ambos establecimientos educacionales. En cambio, existe una asociación muy significativa entre ambos rangos de edad, puntaje adecuado en la dimensión de nutrición y el establecimiento de Golfo de Morrosquillo, y una relación muy significativa entre ambos rangos de edad con un bajo puntaje en la dimensión de nutrición y el establecimiento educacional de Sabanas.

Más completo fue el estudio, de Lima-Serrano M, et al (2018) (55) que analizaron la relación existente entre estilos de vida con el instrumento HBSC (Estudio sobre las conductas saludables de jóvenes escolarizados), calidad de vida medido con Kidscreen, factores biológicos (sexo) y socioculturales (ruralidad, urbanidad, relaciones sociales), en n: 256 de 12 -17 años de adolescentes españoles de dos colegios rurales y dos colegios urbanos. En el análisis se observó que ser mujer, tener enfermedad o discapacidad, tener sobrepeso, presentar disfunción familiar, y consumir tabaco y alcohol, se asociaron a una menor calidad de vida. Por otro lado, en el análisis multivariado, reveló que el funcionamiento familiar fue el factor que más se asoció con las dimensiones de calidad de vida y el Índice general de calidad de vida, seguido por el sexo, la actividad física y la enfermedad/discapacidad. El hábitat rural se relaciona estadísticamente con el Índice general de calidad de vida y calidad de vida escolar.

-Actividad física

Siete investigaciones abordaron la actividad física y factores asociados. De éstos, dos estudios hicieron comparaciones entre países. Bann D, et al (2019) (56), hizo comparaciones en países de Europa y el Mediterráneo oriental, en una muestra de n: 347.935 adolescentes de 15-16 años, siendo en los países de Europa en que los adolescentes realizaban mayor actividad física. Además,

estudiaron la relación existente entre la actividad física, el sexo y estatus socioeconómico. Los resultados demuestran que los adolescentes hombres realizan mayor actividad física que las mujeres, en cambio, los adolescentes que pertenecen a familias con mayores ingresos realizan mayor actividad física vigorosa que aquellos que pertenecen a familia de menores ingresos.

Por otro lado, Fromel K, et al (2018) (57), estudiaron la relación que existe entre la actividad física, el país y el sexo, en una muestra de n: 1846 adolescentes de entre 15-17 años que viven en la República Checa y Polonia. Sus resultados evidenciaron una mayor práctica de actividad física por parte de los adolescentes de Polonia en comparación con los checos. Al comparar la actividad física por sexo, los adolescentes hombres realizan mayor actividad física vigorosa y moderada que las mujeres; las adolescentes mujeres checas realizan mayor actividad de caminata que los hombres, pero no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres polacas en cuanto a la actividad de caminata.

Mielke GI, et al (2018) (58) y Nascente FM, et al (2016) (59), abordaron factores asociados al estilo de vida sedentario. El primero realizó su estudio en una muestra de n: 5.249 adolescentes, que asistieron a los seguimientos de 11, 15 y 18 años. Utilizando un cuestionario propio y medidas de acelerometría, sus resultados demostraron que la educación materna superior y el mayor ingreso familiar se asociaron positivamente con más tiempo de pantalla cuando los participantes tenían 11 y 15 años. A los 18 años, solo la educación materna se asoció positivamente con el tiempo frente a la pantalla. El ingreso familiar se asoció positivamente con el tiempo jugando videojuegos solo cuando los adolescentes tenían 11 años. En cambio, el segundo estudio, fue en una muestra de n: 862 adolescentes de 14-18 años de escuelas públicas y privadas de Brasil. Para medir estilo de vida sedentario utilizaron el IPAQ-A versión corta, y

estudiaron si esta variable se asociaba a variables independientes, tales como, los factores sociodemográficos, el consumo de alcohol, consumo de tabaco, IMC, circunferencia de cintura y presión arterial, resultando que solo el ser mujer se relacionó significativamente con el estilo de vida sedentario.

Grao-cruces A, et al (2016) (60) y Langlois J, et al (2017) (61), en sus investigaciones estudiaron principalmente a la familia como apoyo social para la práctica de actividad física en los adolescentes. En el primer estudio, analizaron la asociación de la práctica de actividad física (IPAQ-A) de los adolescentes en relación con el apoyo percibido de padres y amigos (Cuestionario de apoyo social), en una muestra de n:352 adolescentes españoles de 12-16 años. En el caso de las adolescentes mujeres, el practicar actividad física moderada y vigorosa estaba asociada significativamente con el apoyo de los padres y amigos, en cambio, en los hombres, solo en la práctica de actividad física vigorosa existía esa asociación significativa. En la investigación de Langlois, et al (2017) (61), además de los factores familiares, también estudiaron si existía asociación con factores de la escuela y factores socioeconómicos. La muestra que participó en este estudio fue de n:2523 adolescentes franceses entre 14-18 años. Los resultados evidencian que los adolescentes hombres realizan mayor actividad física moderada y vigorosa semanal que las mujeres. En las mujeres, la actividad física vigorosa estaba asociada al nivel de actividad física parental percibida, el tiempo sentada estaba asociada al tipo de escuela y nivel de estudio. Participar en el deporte estaba asociado con nivel de ingreso familiar y nivel de actividad física parental percibido. La participación deportiva aumentó para las adolescentes de familias de altos ingresos ($p = 0,0441$) y aquellas cuyos padres tuvo un alto nivel de actividad física ($p = 0,0002$). En cambio, en los hombres, la actividad vigorosa estaba asociada la clase social y profesional del cabeza de familia, nivel de ingresos familiares y paternidad percibida. El tiempo sentado no se asoció significativamente a ningún factor y la participación en el

deporte estuvo asociada con el nivel de ingreso familiar, área de residencia y nivel de actividad física parental percibida. La práctica del deporte se incrementó en hombres de altos ingresos familiar ($p = 0,0092$) y aquellos cuyos padres tenían un alto nivel de actividad física ($p = 0,0162$) y en aquellos que viven en zonas rurales ($p = 0,0002$).

Krist L, et al (2017) (62), estudiaron la relación que podría existir entre la actividad física y el tiempo en pantalla con el estado socioeconómico individual y del vecindario. Los participantes de este estudio fueron n: 2586 adolescentes de 12 a 13 años (séptimo grado), de escuelas secundarias y escuelas integradas secundarias de Alemania. Los resultados demostraron que los adolescentes hombres cumplieron en mayor proporción que las adolescentes mujeres los criterios recomendados por la OMS en actividad física ($p < 0,001$). En cuanto a la asociación existente entre actividad física, tiempo en pantalla y estado socioeconómico individual y del vecindario, los resultados mencionan que el nivel socioeconómico individual y del vecindario más bajo se asoció con mayor tiempo en pantalla. El nivel socioeconómico bajo del vecindario y no individual se asocia con una mayor actividad física. En cambio, después de considerar el tipo de escuela y vecindario escolar, las asociaciones del estado socioeconómico se atenuaron y se convirtieron insignificante para la relación entre estado socioeconómico del vecindario, actividad física y tiempo en pantalla.

En conclusión, según los estudios, los adolescentes hombres realizan mayor actividad física moderada y vigorosa, en cambio las adolescentes mujeres están más asociadas con la actividad de caminata o un estilo de vida sedentario, pero hay factores que podrían ayudar a que éstas practiquen actividad física con mayor intensidad, y uno de ellos podría ser el apoyo social de padres y amigos.

Otros factores relevantes son la práctica de actividad física de los padres,

en nivel socioeconómico en algunos casos personal o familiar, pero cuando es a nivel vecinal según Krist L, et al (2017) (62), esta relación pierde significancia.

-Bienestar mental.

En total hubo 7 estudios que abordaron el bienestar mental en las temáticas de afrontamiento ante sucesos de estrés, la satisfacción con la vida, la autoestima y el sueño.

Guadarrama R, et al (2018) (63) y Coppari N, et al (2019) (64), estudiaron la capacidad de afrontamiento en los adolescentes y factores relacionados. En la primera investigación hicieron un análisis de la asociación del afrontamiento (utilizando la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis. La muestra que participó en este estudio fue n: 635 adolescentes de 15-16 años de escuelas públicas de México. Los resultados demostraron que el “afrontamiento con apoyo de otros” mostró que tanto hombres como mujeres tienden a buscar ayuda en otros para solucionar sus problemas; los hombres marcaron diferencia estadística en acción social, buscar apoyo profesional, buscar diversiones relajantes, distracción física, y búsqueda de apoyo en otros, como estrategias para resolver los problemas.

En cambio, Coppari N, et al (2019) (64), en comparación con el estudio anterior, incluyeron otros factores sociodemográficos que relacionó con el afrontamiento. La muestra estuvo conformada por n: 1188 adolescentes paraguayos y n: 1090 adolescentes mexicanos de 13 a 18 años; los resultados evidenciaron que las mujeres usan más estrategias de afrontamiento, muchas relacionadas con la búsqueda de apoyo social, los adolescentes tempranos paraguayos y mexicanos tienden a presentar menos estrategias productivas. Las estrategias que implican búsqueda de apoyo social y apoyo espiritual propias del

afrontamiento con referencia a otros, son las de mayor uso en paraguayos, sobre todo en las mujeres adolescentes de mayor edad. Los adolescentes mexicanos de mayor edad tienden a utilizar más estrategias productivas de afrontamiento que los paraguayos.

Por otro lado, tres fueron los estudios que indagaron satisfacción con la vida en adolescentes. Pérez- Fuentes M, et al (2019) (65), estudió las practicas parentales relacionadas con la satisfacción con la vida y la autoestima, en una muestra de n: 742 adolescentes, de edades entre 13-19 de escuelas públicas de Almeria. Sus resultados demostraron que la satisfacción con la vida y la autoestima estaban asociadas positivamente ($<0,001$). La autoestima se correlacionó positivamente con las prácticas parentales de afecto y comunicación, promoción de autonomía, auto-divulgación y humor. Sin embargo, se correlacionó negativamente con el control psicológico. La satisfacción con la vida no se asoció con las prácticas parentales.

El otro estudio de Mónaco E, et al (66), en el mismo año, investigaron las competencias emocionales (ESCQ-21), apego con los padres (IPPA) y su asociación con quejas somáticas (SCL), estrés (PSS-4), satisfacción con la vida (SWLS) y afectividad (SPANE), en n: 1276 adolescentes españoles entre 12 y 15 años. Resultando que el puntaje total de la dimensión de confianza del apego a los padres está significativa y positivamente relacionado con las competencias emocionales del adolescente; todas las dimensiones del apego parental (confianza, comunicación, alienación) están relacionadas favorablemente con la satisfacción con la vida, y al contrario, con las quejas somáticas, estrés y afecto negativo.

Por último, Zaborskis A, et al (2018) (67), estudió la asociación de la satisfacción con la vida (escale de Cantril) y el nivel socioeconómico familiar

(FAS), en una muestra de n: 192.718 adolescentes de 11, 13 y 15 años de 41 países. Los resultados arrojaron que los adolescentes de familias con mayores ingresos estaban asociados significativamente con una mayor satisfacción con la vida. En cuanto a la diferencia entre país y sexo de adolescentes de Israel, Italia e Irlanda, resultó que el efecto de desigualdad social en satisfacción con la vida fue significativamente mayor para las adolescentes mujeres, mientras que, entre los adolescentes de Noruega, la República de Moldova y la República Checa (en 20 países en total), la desigualdad social en la satisfacción con la vida fue significativamente mayor entre los hombres.

Ren Z, et al (2019) (68), estudiaron la posible relación entre síntomas depresivos (CSSSDS) con las relaciones familiares y eventos negativos de la vida (ASLEC), en una muestra de n: 3081 adolescentes chinos de 11-16 años. Demostraron a través de los resultados obtenidos que las relaciones entre padres e hijos y los eventos negativos de la vida se correlacionaron con síntomas depresivos; en el efecto de las relaciones entre padres y adolescentes depresivos, los síntomas estuvieron parcialmente mediados por eventos negativos de la vida.

Kolh M, et al (2016) (69), estudiaron los hábitos y características del sueño, aspecto relevante para el manejo del estrés, analizando las características del sueño y las posibles asociaciones con factores sociodemográficos, categoría puberal y conductas en salud. La muestra estuvo conformada por n: 115 adolescentes en la fase I (autoinformado) y n: 69 adolescentes en la fase II (actigrafía). Los resultados demostraron que todas las variables estudiadas no se asociaron significativamente con ningún parámetro de duración del sueño autoinformado o estimado por actigrafía

-Consumo de alcohol y drogas.

Hubo tres estudios que abordaban esta temática, la investigación de Šumskas L, et al (2017) (70), estaba relacionado con el consumo de bebidas alcohólicas y la de Redondo-Figuero CG, et al (2017) (71), estaba relacionado con el consumo de tabaco.

Šumskas L, et al (2017) (70), analizó las posibles asociaciones del consumo de alcohol con las características de la familia y factores sociodemográficos de n: 3715 adolescentes lituanos de 13 y 15 años. El análisis univariable mostró que el consumo semanal de bebidas alcohólicas entre adolescentes que vivían en una familia era asociado significativamente con: baja satisfacción en relaciones familiares; mala calidad de comunicación en la familia; baja supervisión de sus padres; bajo apoyo emocional de la madre; bajo apoyo de los padres relacionado con la escuela. En cambio, en los análisis multivariados mostró que el consumo semanal de alcohol estaba asociado con: bajo control de la madre, estilo de crianza autoritaria y represiva del padre, estilo de crianza permisivo-negligente de la madre.

Sin embargo, Redondo-Figuero CG, et al (2017) (71), estudió la posible relación existente entre el consumo de tabaco con otras conductas de estilo de vida (Actividad física, sueño, alimentación e imagen corporal) y factores sociodemográficos en n: 1112 adolescentes españoles de 10 y 17 años, estudiantes de 16 centros de enseñanzas públicas. Hubo varios resultados: la proporción de hombres que ha consumido tabaco es ligeramente mayor que las mujeres, pero sin diferencias estadísticas; el fumar está asociado con el consumo de tabaco por parte del padre ($p < 0,001$); conforme los adolescentes tienen más edad, es más probable que hayan fumado alguna vez. La prevalencia aumenta conforme aumenta el nivel de estudios, la edad de inicio del hábito tabáquico es más precoz en los hombres que en las mujeres $p = 0,033$; los hombres fumadores tienen una menor capacidad pulmonar que los no

fumadores al realizar prueba de course-avette ($p = 0,024$); en la semana los adolescentes fumadores duermen estadísticamente menos que los no fumadores ($p < 0,001$); los adolescentes que fuman tienen menor puntaje significativamente en la satisfacción con la imagen corporal que los no fumadores ($p < 0,001$), siendo mayor en las mujeres ($p < 0,001$) que en los hombres ($p = 0,013$); el consumo de alimentos saludables, actúa como factor protector contra el consumo de tabaco, en cambio el consumo de comida chatarra está asociado positivamente con el consumo de tabaco y por último, conforme el hábitat está más urbanizado mayor es la prevalencia del tabaquismo ($p = 0,014$).

-Sexualidad.

Burke L, et al (2018) (72), estudiaron la asociación existente entre la edad de inicio sexual, factores sociodemográficos y factores de estilo de vida en 879 adolescentes de 15-17 años, sexualmente activos. Se obtuvo que los factores sociodemográficos y de estilo de vida fueron los predictores más fuertes de la edad de iniciación sexual entre las mujeres adolescentes que hombres; Para las mujeres la edad de iniciación sexual estuvo relacionada significativamente con el consumo de alcohol / borrachera y el consumo de alimentos poco saludables; y en los hombres fue el apoyo familiar y número amigos.

En cambio, Yimer B, et al (2019) (73), en una muestra de 406 adolescentes de 14 y 19 años de Etiopía, analizaron la relación de la paternidad percibida y autoinformada con participación en conductas de riesgo sexual entre adolescentes, encontrando que los adolescentes que percibieron el conocimiento deficiente de sus padres tenían tres veces probabilidades de participar en comportamientos de riesgo sexual. Los padres de adolescentes con alta calidad en sus relaciones y forma autoritaria de crianza se asociaron con menores probabilidades de participar en conductas sexuales de riesgo en

adolescentes.

-Instrumentos que miden estilos de vida en el adolescente.

La búsqueda realizada sobre instrumentos que miden estilos de vida en los adolescentes, considerando los modelos teóricos de este estudio, destaca principalmente: la Escala de Promoción de la Salud del Adolescente (AHPS). Este instrumento es derivado del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Fue creado por Chen et al, 2003 (36), el cual fue aplicado en adolescentes de temprana edad chilenos, para medir sus propiedades psicométricas (37), como resultado se obtuvieron 32 ítems (alfa de Cronbach de 0,95) y 6 dimensiones originales fueron significativas, entre ellas están: las conductas de nutrición, responsabilidad en salud, apoyo social, apreciación de la vida, manejo del estrés y conducta de ejercicio. Cada ítem tiene puntajes de 1 a 5 puntos, donde 1= nunca y 5= siempre, entre mayor sea el resultado de la sumatoria de los puntajes, será mejor el estilo de vida del adolescente. La desventaja de esta escala es que no mide conductas relacionadas a la sexualidad, consumo de drogas y alcohol, uso de tecnología y seguridad.

Otra escala utilizada en adolescentes es el Adolescent Lifestyle Profile (ALP), del cual una de las autoras es Nola Pender (33). Esta escala mide los comportamientos de promoción de salud en la adolescencia temprana, media y tardía, sus dimensiones son: Responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, perspectiva positiva de vida, relaciones interpersonales, manejo del estrés y salud espiritual. Tiene 44 ítems, los puntajes de cada ítem son de 1=nunca a 4=siempre, entre mayor sea el puntaje total, mejor serán las conductas de estilo de vida que promueven la salud. Actualmente no existe una versión validada en Chile, pero ha sido utilizada en adolescentes portugueses y de Turquía (34) (35). Al igual que la escala anterior, la desventaja de ésta, es

que no incluye conductas relacionadas a la sexualidad, consumo de drogas y alcohol, uso de tecnología y seguridad.

Existe otro instrumento utilizado en adolescentes, con buenas propiedades psicométricas, pero que ha sido desarrollado en la cultura catalana, el cual es el VISA TEEN, este tiene 5 dimensiones: dieta, actividad física, abuso de sustancias, higiene y uso racional de la tecnología, donde las últimas dos dimensiones mencionadas, no están en todas las escalas que miden estilos de vida en los adolescentes. Su desventaja es que no mide otros aspectos importantes en el adolescente, como la sexualidad, los aspectos emocionales y los aspectos interpersonales de éste (74).

Existen otras escalas que miden aspectos o dimensiones específicas en los adolescentes chilenos como el AUDIT (75) y CRAFFT (76), el primero es un instrumento validado y confiable en la población chilena, para la detección e identificación del consumo perjudicial de alcohol, la mayoría de las veces es utilizado en el examen de medicina preventiva, y que incluye a población adolescente mayores de 15 años (75). El segundo detecta el consumo y conductas de riesgo relacionados al alcohol y drogas. Es una escala que está validada y es utilizada en Chile en el Control de salud integral del adolescente y en otros espacios donde se le otorga atención de salud a éste (76).

Así mismo existe un cuestionario específico para medir el nivel de actividad física en adolescentes de temprana edad hasta la edad tardía de la adolescencia, el cual está validado (77) y se ha medido su confiabilidad en adolescentes chilenos (78).

Se ha considerado que el instrumento más apropiado, que mide estilo de vida en adolescentes, es uno, desarrollado recientemente en Chile, llamado

FANTÁSTICO adaptado para adolescentes (79). Este integra diferentes aspectos o dimensiones como la: actividad física, nutrición, consumo de alcohol y drogas, sexualidad, así también incorpora componentes de los modelos teóricos de esta investigación, como la influencia de relaciones interpersonales de la familia y amigos, autoestima, acciones de seguridad y manejo de estrés.



III. OBJETIVOS.

III. 1 Objetivo General:

Identificar los estilos de vida de los adolescentes de establecimientos públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio y su relación con factores personales y del microsistema.

III.2. Objetivos Específicos:

Describir los factores personales y del microsistema de los adolescentes que estudian en los de establecimientos públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio.

Describir el puntaje de Estilo de vida y de cada una de las dimensiones que componen los estilos de vida de los adolescentes que estudian en los establecimientos públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio.

Identificar las variables independientes (microsistema y factores personales biológicos, psicológicos y sociales) que se relacionan con los estilos de vida de los adolescentes.

El presente estudio desarrollará los objetivos descritos en base a los datos recolectados en el estudio de “Adaptación Cultural y Validación de la Escala de Estilo de Vida en Adolescentes de la Región del Bío-Bío, 2019”.

III.3. Variables.

A. Variable dependiente: Estilo de vida

La variable dependiente, Estilo de Vida, se compone de 8 dimensiones que corresponde a factores y comportamientos que intervienen en la salud y bienestar de los adolescentes. Estos son:

1. **Actividad física:** condición física, tiempo de sedentarismo, actividad.
2. **Nutrición:** comidas por días, consumo de agua, tipo de comidas
3. **Sexualidad:** control de salud, conocimiento
4. **Consumo de alcohol y drogas:** consumo y frecuencia
5. **Relaciones afectivas:** confianza, calidad, pertenencia
6. **Acciones de seguridad:** respeto de normas, evitar riesgos
7. **Bienestar mental:** estrés, horas de sueño, ocio, manejo, aceptación, estado de ánimo.
8. **Satisfacción escolar:** convivencia escolar, rendimiento escolar

B. Variables independientes:

De la teoría ecológica de los sistemas de Bronfenbrenner y del Modelo de promoción en Salud de Pender, así como de la evidencia empírica, se desprenden variables que se relacionarían con los estilos de vida de los adolescentes, éstos son definidos de forma nominal y operacional en el anexo 1 y a continuación son nombrados:

❖ Microsistema o influencias personales.

Apoyo social

❖ Factores personales Biológico:

Edad.

Fase de la adolescencia.

Sexo.

❖ **Factores personales Psicológicos:**

Percepción de salud (Escala KIDSCREEN)

Condición problema de salud.

❖ **Factores personales Socioculturales:**

Establecimiento educacional: tipo subvencionado o municipal, comuna y zona de estudio.

Curso: grado, IVE (Índice de Vulnerabilidad Educacional).



IV. METODOLOGÍA.

IV. 1. Tipo de estudio y diseño.

Estudio de enfoque cuantitativo, observacional, transversal, de alcance correlacional (80).

La descripción que se hace de la metodología se basa en el estudio primario que se hizo para adaptar y validar la escala de estilo de vida en adolescentes denominada FANTASTICO (79), que contempla el desarrollo de los objetivos inmerso en este estudio.

Unidad de análisis: La unidad de análisis estuvo conformada por el adolescente que estudia en el establecimiento educacional público de algunas comunas de la Región del Bio- Bio.

Población y/o universo: El universo estuvo constituido por 203.572 (81) adolescentes que estudian en los establecimientos educacionales públicos de las comunas de la Región del Bio-Bio.

Diseño muestral: se consideró la participación de todos los establecimientos educacionales públicos de la Región del Bio-Bio cuyos directivos accedieron a participar del estudio. En una segunda etapa: se incluyó a todos los adolescentes cuyos apoderados aceptaron participar en el estudio y se encontraban presentes en el momento de aplicación de los instrumentos.

Tipo de muestreo: no probabilístico, por conveniencia.

Muestra: Los participantes correspondieron a 489 adolescentes de 10 a 19 años, estudiantes de 5° de enseñanza básica a 4° medio, pertenecientes a 7 establecimientos municipales y subvencionados de la región del Bio-Bío, durante el año 2019 (Tabla N° 2).

Tabla N° 2. Distribución de la muestra de adolescentes según comuna y tipo de establecimiento educacional.

		N°
Tipo de Establecimiento educacional	Subvencionado	1
	Municipal	6
Comuna de ubicación establecimiento educacional	San Pedro de la Paz	1
	Talcahuano	1
	Los Ángeles	1
	Concepción	3
	Contulmo	1
Establecimiento	Colegio Adventista de Talcahuano	
	Colegio República del Ecuador	
	Colegio Gran Bretaña.	
	Liceo Polivalente Nahuelbuta.	
	Liceo Técnico Profesional Juanita Fernández Solar.	
	Escuela Miguel José Zañartu Santa María	
	Colegio Técnico Profesional Los Acacios	

Fuente: Datos obtenidos de “Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío”

-Pérdidas: Se debió excluir a (n=6) 0,9 % de los adolescentes por contestar de manera incompleta los instrumentos; (n=18) 2,6% de los adolescentes rechazaron responder; (n=208) 30,6% de los adolescentes estaban inasistentes en el momento de la aplicación y (n=2) 0,3% de los adolescentes eran mayor de 19 años.

IV.2 Criterios de elegibilidad.

- **Criterios de inclusión:**

Edad entre 10 a 19 años inclusive.

Consentimiento informado firmado como aceptado por parte del apoderado de adolescente menor de 18 años.

Asentimiento informado firmado aceptado por el adolescente si es menor de 18 años.

Consentimiento informado firmado aceptado por el adolescente para el mayor de 18 años.

Adolescente que asista como alumno regular en un establecimiento educacional público.

- **Criterios de Exclusión:**

Adolescentes con déficit cognitivo y/o con alteraciones no corregidas de los órganos de los sentidos, que impidan el diligenciamiento del instrumento, que sean informados por el docente coordinador del establecimiento.

IV.3 Procedimiento y/o técnicas de recolección de información.

Procedimiento de recolección de datos.

El período de recolección de la información abarcó desde junio a septiembre 2019

y siguió los siguientes procedimientos:

Primero, se solicitaron las autorizaciones a la Dirección de Administración Educativa Municipal, y a los directores de cada establecimiento de educación pública.

El director del establecimiento asignó a un profesor encargado de salud para coordinar las fechas de reuniones de apoderados y posteriormente la aplicación en los respectivos cursos.

En reunión de apoderados se les informó a todos/as los objetivos del estudio y procedimientos de éste, luego se les permitió aclarar dudas del estudio y se les invitó a decidir por medio de su firma en el consentimiento informado escrito.

Aquellos apoderados o tutores que dieron su consentimiento se les entregó una copia a éstos. El consentimiento favorable permitió acceder al pupilo/a, independiente que el/la adolescente también tendría derecho a decidir si aceptaba o rechazaba su participación.

Aquellos apoderados inasistentes, se les hizo llegar posteriormente los consentimientos a través del profesor encargado del colegio de acuerdo con la lista disponible.

Después, se coordinó con el profesor encargado de salud o similar del colegio, el lugar y horario disponible en el establecimiento, generalmente fue en el horario de orientación o religión. Dado que la asistencia de los adolescentes no fue completa el día de la aplicación del instrumento, se debió repasar cada curso posteriormente, en más de una ocasión, siempre contando el permiso previo del profesor encargado. La invitación a los/las adolescentes fue durante una clase,

donde primero se le explicó a todo el curso los objetivos y procedimientos, se aclararon las dudas y posteriormente, ellos/ellas pudieron decidir su participación por medio del asentimiento o consentimiento escrito según correspondía.

Los estudiantes respondieron el instrumento de modo auto aplicado y supervisado por la investigadora y colaboradores/as.

Se resguardaron en todo momento la privacidad y confidencialidad de sus respuestas.

Después de completar el instrumento, cada estudiante calculó su puntaje de estilo de vida y conoció en forma privada el aspecto que necesitaba mejorar.

Luego la investigadora responsable del estudio proporcionó a todo el curso recomendaciones del MINSAL (82) para mejorar su estilo de vida.

Esta recomendación se hizo a través de unas metodologías psicoeducativas apoyada con presentación en power point y/o trípticos.

Al finalizar el período de aplicación del instrumento de cada colegio, se le entregó al director del establecimiento, un informe general de los resultados de los estilos de vida de los adolescentes que participaron del estudio.

Equipo de trabajo

El equipo de trabajo estuvo conformado por la investigadora responsable de la investigación, una estudiante de magíster de la presente investigación y alumnos de Enfermería de la Universidad de Concepción previamente capacitados e informados del proceso de aplicación de las escalas y de los principios éticos a resguardar.

Instrumento recolector de datos:

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento (Anexo 2) que consta de dos partes, 1°. Escala de Estilo de vida en los adolescentes; 2° Factores personales y del Microsistema.

1°. Escala de Estilo de vida para adolescentes (FANTÁSTICO para adolescentes). Esta escala está dividida en 10 secciones que conforman el acrónimo FANTÁSTICO que significa: F=Familia; A= Actividad física; N= Nutrición y conducta alimentaria; T= Tóxicos y alcohol; A= Amigos; S= Sueño, Estrés; T= Tipo de personalidad y satisfacción escolar; I= Imagen interior; C= Control de salud y sexualidad; O= Orden. Estas secciones presentan en total 34 ítems que se agrupan en 8 dimensiones teóricas que corresponden a:

1. **Actividad física:** que describen la condición física, tiempo de sedentarismo, actividad; y se mide en los ítems N° 5, 6 y 7.
2. **Nutrición:** que describe las comidas por días, consumo de agua, tipo de comidas; se mide en los ítems N° 8, 9, 10, 11 y 12.
3. **Sexualidad:** que describe con preguntas sobre el control de salud, conocimiento; se mide en los ítems N° 29, 30, 31, 32.
4. **Consumo de alcohol y drogas:** que describe el consumo y frecuencia; se mide en los ítems N° 13, 14, 15 y 16.
5. **Relaciones afectivas:** que describe el grado de confianza, calidad, pertenencia; se mide en los ítems N° 1, 2, 3, 4, 17, 18 y 19.
6. **Acciones de seguridad:** que describe el respeto de normas, evitar riesgos; se mide en los ítems N° 33 y 34.
7. **Bienestar mental:** que describe las horas de sueño, ocio, manejo; Imagen interior: aceptación, estado de ánimo que se mide con los ítems N° 20, 21 y 22, 23, 26, 27 y 28 respectivamente.

8. Satisfacción escolar: que describe convivencia escolar, rendimiento escolar. Se miden con los ítems N° 24 y 25.

Cada ítem presenta respuestas tipo Likert, de puntaje de 0-2 puntos por ítem, donde “0” corresponde a lo menos saludable o ausencia de conducta saludable; 1= medianamente saludable; 2=lo más saludable. El puntaje total de la escala se obtiene al sumar todos los ítems y que posteriormente se multiplica por dos. El puntaje total es de 136 puntos. A mayor sea el puntaje mejor es el estilo de vida. (Anexo 2).

La escala contempla 5 categorías, representada en la tabla N°3:

Tabla N°3. Categorías de la escala que mide los estilos de vida en los adolescentes.



PUNTAJE	CATEGORIA
68	Excelente
60-67	Muy bueno
52-59	Bueno
44-51	Regular
34-43	Necesita mejorar
33	Muy bajo

Adaptación Validez y Confiabilidad de la escala Estilo de vida:

La escala está basada en el instrumento FANTÁSTICO, versión validada en población adulta chilena (83). De esta escala derivó la versión adaptada del instrumento estilos de vida para adolescentes (FANTASTICO para adolescentes). La adaptación de esta nueva escala versión adolescentes, se

hizo por medio del método Delphi, el cual constó de 3 fases: Preliminar, Exploratoria y Final. En la etapa preliminar los investigadores principales del estudio seleccionaron 17 expertos con experiencia en el área de la adolescencia; en la fase exploratoria, se hizo una valoración cualitativa y cuantitativa de los ítems e imágenes. De este análisis se realizaron sugerencias, que conllevaron a cambios en todas las imágenes de la escala, en la redacción de los ítems y las alternativas de respuestas, y además la incorporación de dos ítems. En la fase final los investigadores principales analizaron todos los cambios, derivando de esto la versión nueva de la escala de estilos de vida de los adolescentes.

Posteriormente se realizó una validación de la escala, a través comprobación de la validez de criterio y pruebas de fiabilidad.

Validez de criterio. La escala presenta buenos antecedentes psicométricos de validez de criterio convergente al correlacionar significativamente ($r = 0,666$; $p > 0,000$) con la escala Estilo de vida Promotora de Salud (37) y escala KIDSCREEN-10 (85) ($r = 0,679$ $p > 0,000$). Asu vez correlacionó negativamente con la escala de CRAFFT (76). Pruebas de fiabilidad: La confiabilidad de alfa de Cronbach de la escala fue de 0,828. A su vez, en general, la confiabilidad disminuyó si se eliminaba un ítem. La correlación ítem- escala fue aceptable, excepto en los ítems, que tienen que ver con el control de salud y la sexualidad (79). Dada la importancia que poseen los ítems de sexualidad y la realización de control de salud de los adolescentes, se consideró que estos ítems aportan al constructo de Estilo de Vida de los adolescentes y por lo tanto es necesario que se incluyan en la escala.

2° Para la medición de Factores personales y del Microsistema, se utilizó una parte de preguntas elaboradas por la autora y otras basadas en dos escalas que miden percepción de salud y apoyo social respectivamente.

-Las preguntas elaboradas por la autora consultan: edad, sexo, curso, establecimiento educacional y percepción de salud.

-La medición de la percepción de salud se realizó con el cuestionario KIDSCREEN- 10, que evalúa la percepción que un individuo tiene sobre su propio estado de salud, en relación con su salud mental y física. Contiene 10 preguntas con respuestas cuyos puntajes son de 1 a 5 puntos por ítems, anexa a éstas, existe una pregunta adicional, sobre la percepción de salud general del individuo (85). Esta escala presenta buenos antecedentes de validación y confiabilidad en población adolescente chilena (86).

-La medición del apoyo social se realizó con la dimensión de apoyo social de la Escala de Conductas Promotoras de Salud del Adolescente (37). La dimensión o subescala de apoyo social está conformada por 4 ítems tiene puntaje de 1 a 5 puntos, representa la frecuencia de los comportamientos informados (1 = nunca, 2 = a veces, 3 = la mitad de las veces, 4 = a menudo y 5 = siempre). La suma total de la subdimensión apoyo social entrega un puntaje total que indica que a mayor puntaje mejor es el apoyo social. La escala posee además otras dimensiones que no serán utilizadas en este estudio. La escala en su totalidad presenta buenos antecedentes de validación y confiabilidad en población adolescente chilena (37).

Prueba piloto:

Con la finalidad de evaluar tiempo y el nivel de comprensión de las preguntas de las diferentes escalas contenidas en el instrumento, se realizó una prueba piloto en una muestra de 37 adolescentes previo su consentimiento/asentimiento informado, respectivamente. Se resguardó la representatividad por edad y tipo de colegio. Se evaluó tiempo que demoraron en contestar la escala y la

comprensión de ésta, a través de preguntas como: - ¿Comprendió todas las palabras?; ¿Qué tan clara es fue comprensión de las preguntas?; ¿Sabe lo que se le pide?; ¿Tiene alguna pregunta al respecto?; ¿Cómo podría ser el texto más claro?; ¿Alguna pregunta le hizo sentir incómodo/a?; ¿Le resultó atractivo el diseño del cuestionario?. También se midió prueba de confiabilidad Alfa de Cronbach. Una vez evaluadas y analizadas las observaciones producto de la prueba piloto, se incorporaron modificaciones menores a la escala (85)

IV.4. Procesamiento y análisis de los datos.

Los datos fueron procesados en el software estadístico SPSS versión 22 para Windows.

-En el primer objetivo se realizó un análisis descriptivo de los factores personales (biológicos, psicológicos, socioculturales) y del microsistema de los adolescentes. Las variables cualitativas se presentan en tablas de frecuencias, proporciones y gráficos, Las variables cuantitativas se presentarán con medidas de resumen (de tendencia central y de dispersión). Para comparar medias se utilizó prueba t para muestras independientes.

-Para abordar el segundo objetivo se analizaron las secciones de la escala FANTÁSTICO a través de frecuencias relativas. Las puntuaciones de la escala fueron analizadas como variable cuantitativa con medidas de resumen (de tendencia central y de dispersión).

-Para el tercer objetivo se realizó análisis multivariable a través de regresión lineal múltiple con variable dependiente Estilo de Vida, previa verificación de supuestos (por ejemplo, normalidad de los residuos, homogeneidad de varianza, no colinealidad). En caso de no cumplirse alguno de los supuestos se utilizó el

modelo lineal generalizado (problemas con normalidad de los residuos) o regresión Ridge (problemas de colinealidad). El análisis se complementó con el método Lasso (Least Absolute Shrinkage and Selection Operator), que combina un modelo de regresión con un procedimiento de contracción de algunos parámetros hacia cero y selección de variables, imponiendo una restricción o una penalización sobre los coeficientes de regresión. Para todos los contrastes se consideró probabilidad de error I del 5%. Los análisis se realizaron con el software SPSS-24 y con el paquete Lars de R.

IV.5 Aspectos éticos involucrados.

Esta investigación consideró resguardar los aspectos éticos y legales nacionales e internacionales. Estos son analizados a la luz de los requisitos éticos esenciales planteados por Ezequiel Emmanuel (87), los cuales se exponen a continuación.

Asociación colaborativa: esta investigación contempló la solicitud de autorización de la Dirección de Educación Municipal de Concepción y de cada Director de Establecimiento Educacional (Anexo 3). Con la respuesta confirmatoria se accedió a aplicar el instrumento en los diferentes establecimientos educacionales (Anexo 4). Los resultados de la medición de Estilo de vida en los adolescentes de los diferentes establecimientos educacionales, fueron entregados a cada establecimiento educacional respectivo. Esto permitió tener un diagnóstico local de los estilos de vida de los adolescentes.

Valor social y científico: Este estudio contribuye a realizar un diagnóstico local por establecimiento educacional de los estilos de vida de los adolescentes, junto determinar los posibles factores relacionados con éstos. Los resultados pueden

servir de base para evaluar sus acciones de promoción de salud y planificar futuras intervenciones que puedan estar basadas a los estilos de vida descritos en el estudio.

Validez científica: Esta investigación está basada en la metodología de investigación científica, orientada por un marco teórico y empírico. Por razones de la pandemia por COVID-19, se utilizó una fuente secundaria de datos. Se cauteló posteriormente en una segunda versión del proyecto, el resguardo de los procedimientos metodológicos confiables y pertinentes de acuerdo a la base de datos utilizada. La segunda versión presentó modificaciones en el título, objetivos y procedimientos metodológicos que fueron aprobados por el comité de postgrado y comité ético científico.

Selección equitativa de los sujetos: si bien se realizó un muestreo por conveniencia, la investigadora responsable y colaboradora resguardaron la posibilidad de la máxima participación de todos los establecimientos educacionales, por medio de la invitación a los respectivos directores en reiteradas ocasiones, hasta esperar su respuesta que podía ser favorable o de rechazo. Para resguardar la participación de todos los adolescentes se solicitó primero la autorización a los apoderados y cuyos apoderados que aceptaron que su hijo/a participara. Se invitó posteriormente a los/las correspondientes adolescentes. Se agendaron varias visitas a los establecimientos educacionales para repasar aquellos adolescentes que habían quedado excluidos por inasistencia en la primera visita de aplicación.

Razón riesgo/beneficio favorable: Este estudio advirtió de un riesgo mínimo derivado de algunas preguntas confidenciales y sensibles. La investigadora previó el manejo inmediato y derivación oportuna al equipo psicosocial del establecimiento, en el caso de conocer información que requiera una evaluación

y tratamiento especializado. El beneficio directo fue la promoción de estilos de vida saludables, que se realizó posterior a la aplicación de los instrumentos. La promoción de salud se realizó por el equipo investigador. Esta investigación también reviste beneficios a largo plazo no directos, dado que la evidencia podría orientar a los directivos de los establecimientos educacionales, profesionales de enfermería y equipo de salud a implementar intervenciones de promoción y prevención.

Evaluación independiente: El proyecto en su primera versión (antes de la pandemia por COVID-19), fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción y por Comité de ética, bioética y bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción(Anexo 5).

Considerando el contexto de Pandemia por Covid-19, en abril 2020, se solicitó al Comité de Magister (Anexo 6), permiso para adecuar los objetivos del proyecto y desarrollarlo en base a una fuente de datos secundarias derivada del proyecto de “Adaptación y validación de la escala en adolescentes de la región del Bio-Bio”. Posterior a ello, se solicitó la evaluación Comité Ético Científico (CEC) del Servicio de Salud de Concepción (Anexo 7).

La nueva versión adaptada se sometió a evaluación por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción. Se informó, además, sobre las modificaciones al Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción y al Comité de ética, bioética y bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción. Una vez que, la nueva versión fue aprobada por el CEC del Servicio de Salud Concepción, se informó a los respectivos CEC de la Facultad de Enfermería y Comité de ética, bioética y bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y

Desarrollo de la Universidad de Concepción.

Consentimiento informado: se le solicitó consentimiento informado (Anexo 8) a cada uno de los apoderados de los participantes del estudio y a los adolescentes mayores de 18 años (Anexo 9). Además, se solicitó el asentimiento informado de forma individual, a los adolescentes menores de 18 años que quieran participar de forma libre y voluntaria de la investigación (Anexo 10). Se garantizó confidencialidad de todos los datos obtenidos, para cumplir con la ley 19.628 y respetar el principio de autonomía (ley 20.584 art. 14).

Respeto a los sujetos inscritos: Se respetó la participación libre y voluntaria, aun cuando los padres o los que tienen responsabilidad legal sobre ellos, hayan dado su consentimiento. Además, se respetó la decisión del adolescente de retirarse del estudio en cualquier momento. Por otro lado, se resguardó la confidencialidad de la información entregada por parte del adolescente. Se dio información con respecto a los derechos de los adolescentes, sobre costos, beneficios y posibles riesgos del estudio, además de resolver sus dudas.

Por otra parte, los investigadores entregaron los resultados del estudio a cada establecimiento educacional, resguardando el anonimato de los participantes.

V. RESULTADOS

Los resultados corresponden a una fuente secundaria de datos (79) de una muestra de 489 adolescentes que fue obtenida por conveniencia, en 7 establecimientos educacionales municipales y subvencionados de 4 comunas de la región del Bio-Bio, que aceptaron participar y cuyos estudiantes respondieron completamente el instrumento estilo de vida.

Para las otras variables de estudio se obtuvo el siguiente número de participación:

- Percepción de Salud General respondieron 82 adolescentes.
- Percepción de nivel de Apoyo Social respondieron 83 adolescentes.

Los resultados son presentados de acuerdo con los tres objetivos planteados en esta investigación, son los siguientes:

1. Análisis descriptivo de los factores personales (biológicos, psicológicos, socioculturales) y del microsistema de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio.

Estos resultados corresponden al primer objetivo de investigación que se describen a continuación en forma detallada:

- 1.a) Factores personales biológicos: corresponde a las variables de edad, etapa de la adolescencia y sexo.

Tabla N°4. Estadísticos descriptivos según edad de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del

Bio-Bio (n=489).

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	489	10	19	14,40	2,12
N válido (por lista)	489				

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: el promedio de edad de la muestra de estudio de adolescentes fue de 14,4 (DS 2,1).

Tabla N°5. Estadísticos descriptivos de factores personales biológicos según fase de la adolescencia segregada por sexo de adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489).

Sexo		Fase de la adolescencia			Total
		Adolescencia temprana	Adolescencia media	Adolescencia tardía	
Hombre	Recuento	84	98	51	233
	%	36,1%	42,1%	21,9%	100,0%
Mujer	Recuento	91	127	38	256
	%	35,5%	49,6%	14,8%	100,0%
Total	Recuento	175	225	89	489
	%	35,8%	46,0%	18,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: La mayor parte de los adolescentes de ambos sexos estaban en la adolescencia media, siendo 42,1% en hombres y 49,6% en mujeres.

Tabla N°6. Estadísticos descriptivos de factores personales biológicos según sexo de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489).

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Hombre	233	47,6	47,6
Mujer	256	52,4	52,4
Total	489	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: la muestra de adolescentes estuvo constituida por un porcentaje levemente mayor de mujeres (52,4%).

1.b) Factores personales psicológicos según Percepción de salud general. Esta variable fue medida en 82 adolescentes de la muestra total.

Tabla N° 7. Estadísticos descriptivos de factores personales psicológicos según percepción de salud general segregada por sexo según el promedio de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=82).

Percepción de salud general*						
Sexo	Media	Mediana	N	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Hombre	3,95	4,00	37	,91	Regular	Excelente
Mujer	2,84	3,00	45	1,12	Mala	Excelente
Total	3,34	3,00	82	1,16	Mala	Excelente

*Escala Likert 1 a 5 , mayor puntaje indica mejor percepción de salud general .1: Mala; 2: Regular; 3: Buena; 4: Muy buena; 5: Excelente

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019

Análisis: el promedio de adolescentes participantes del estudio percibe que tiene buena de salud general ($X=3,34$; $DS=1,16$). Los hombres perciben en promedio mayor salud general ($X=3,95$; $DS=0,91$), que las mujeres ($X=2,84$; $DS=1,12$).

Tabla N°8. Estadísticos descriptivos de factores personales psicológicos según percepción de salud general segregada por sexo según el porcentaje de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio- Bio (n=82).

Sexo		Percepción de salud general					Total
		Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente	
Hombre	Recuento	0	2	10	13	12	37
	%	0,0%	5,4%	27,0%	35,1%	32,4%	100,0%
Mujer	Recuento	5	12	17	7	4	45
	%	11,1%	26,7%	37,8%	15,6%	8,9%	100,0%
Total	Recuento	5	14	27	20	16	82
	%	6,1%	17,1%	32,9%	24,4%	19,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: el mayor porcentaje de hombres considera tener una muy buena a excelente percepción de salud general (67,5%), además, ninguno de ellos considera tener una mala percepción de salud general. En cambio, el mayor porcentaje de las mujeres considera tener una buena percepción de salud general (37,8%), siendo muy bajo el porcentaje de las mujeres que considera tener entre muy buena a excelente percepción de salud general (24,5%). El

11,1% de las mujeres perciben que tienen mala salud general.

Tabla N° 9. Estadísticos descriptivos de factores personales psicológicos según consideración de tener condición médica (discapacidad, enfermedad o problema médico crónico) de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489).

Tiene alguna condición médica	Frecuencia	Porcentaje
No	425	86,9
Sí	64	13,1
Total	489	100,0

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: la mayoría de los adolescentes consideran no tener una condición médica al momento de participar en el estudio (86,9%).

1.c) Factores personales socioculturales según tipo de establecimiento educacional, curso, comuna, IVE y zona de estudio de los adolescentes.

Tabla N° 10. Estadísticos descriptivos de factores personales socioculturales según tipo de establecimiento educacional de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489).

Tipo de establecimiento educacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Municipal	407	83,2	83,2

Particular subvencionado	82	16,8	16,8
Total	489	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: el mayor porcentaje de los adolescentes participantes de este estudio, estudiaban en establecimientos educacionales municipales (83,2%).

Tabla N° 11. Descripción de factores personales socioculturales según curso de adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489).

Curso	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Quinto	27	5,5	5,5
Sexto	29	5,9	5,9
Séptimo	59	12,1	12,1
Octavo	111	22,7	22,7
Primero medio	114	23,3	23,3
Segundo medio	36	7,4	7,4
Tercero medio	56	11,5	11,5
Cuarto medio	57	11,7	11,7
Total	489	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: El mayor porcentaje de adolescentes que participaron de este estudio, se concentran en los cursos de Octavo básico (22,7%) y Primero medio (23,3%).

Tabla N° 12. Descripción de factores personales socioculturales según comuna de adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas

comunas de la región del Bio-Bio (n=489).

Comuna	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Concepción	247	50,5	50,5
Talcahuano	82	16,8	16,8
San Pedro de la Paz	36	7,4	7,4
Contulmo	50	10,2	10,2
Los Ángeles	74	15,1	15,1
Total	489	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: el mayor porcentaje de los adolescentes pertenecen a la comuna de Concepción (50,5%), en cambio, el menor porcentaje de adolescentes son de la comuna de San Pedro de la Paz (7,4%).

Tabla N°13. Descripción de factores personales socioculturales según Índice de Vulnerabilidad Escolar (IVE) de adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489).

IVE*		Frecuencia	Porcentaje
Válido	87	82	16,8
	89	82	16,8
	92	94	19,2
	92	50	10,2
	93	37	7,6
	97	72	14,7
	97	72	14,7

	Total	489	100,0
--	-------	-----	-------

*IVE= Es el Índice de Vulnerabilidad Escolar (IVE) calculado anualmente por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), que oscila entre 0% y 100%, en que el mayor porcentaje implica índice de vulnerabilidad más elevado.

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: Si bien todos los participantes adolescentes presentan alto IVE, catalogado de primera prioridad, se observan diferencias entre establecimientos de hasta 10 puntos porcentuales.

Tabla n°14. Descripción de factores personales socioculturales según zona de estudio de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=489).



Zona de estudio de los adolescentes				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Urbana	439	89,8	89,8
	Rural	50	10,2	10,2
	Total	489	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: Hubo un mayor porcentaje de adolescentes que estudiaban en la zona urbana (89,8%), en comparación de aquellos que estudiaban en la zona rural (10,2%).

1.d) Factores del Microsistema según apoyo social. Esta variable fue medida en 81 adolescentes de la muestra total del estudio.

Tabla N°15. Descripción del nivel de Apoyo social en los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Bio-Bio (n=81).

	Suma Apoyo social	Puntaje promedio Apoyo social *	Expreso mi punto de vista y comparto mis sentimientos con otros	Hablo de mis preocupaciones con otras personas	Hablo de mis problemas con otros	Me preocupo por los demás
Válido	80	80	81	81	80	81
Perdidos	409	409	408	408	409	408
Media	12,0	3,0	2,8	2,8	2,5	3,8
Mediana	12	3	3	3	2	4
Desv. Desviación	3,5	0,8	1,1	1,2	1,1	1,1
Mínimo	5	1,2	1	1	1	1
Máximo	20	5	5	5	5	5

*Escala Likert 1 a 5 , mayor puntaje indica mejor apoyo social. 1: Nunca; 2: A veces; 3: La mitad de las veces; 4: A menudo; 5: Siempre.

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: Hubo mayor puntaje de respuesta promedio de "a menudo" fue "me preocupo por los demás" ($X=3,8$; $DS=1,1$). Donde hubo un puntaje menor en la pregunta "hablo de mis problemas con otros", cuya respuesta promedio fue "a veces" ($X=2,5$; $DS=1,1$).

2. Análisis descriptivo de la puntuación global de la escala Estilo de vida y cada una de las dimensiones que componen los estilos de vida de los adolescentes que estudian en los establecimientos públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio.

2.a) Análisis descriptivo de puntuación global de la escala Estilo de vida de los adolescentes que estudian en los establecimientos públicos de algunas comunas

de la Región del Bio-Bio.

Tabla N°16. Estadísticos descriptivos de puntuación global de la escala Estilo de vida de los adolescentes que estudian en los establecimientos públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio.

Puntuación global Escala Estilo de vida*		
N	Válido	489
	Perdidos	0
Media		51,0
Mediana		51,0
Desviación estándar		7,6
Asimetría		-,4
Curtosis		,2
Mínimo		23,0
Máximo		68,0
Percentil	5	38
	10	41
	20	45
	30	47
	40	49
	50	51
	60	53
	70	55
	80	58
	90	61

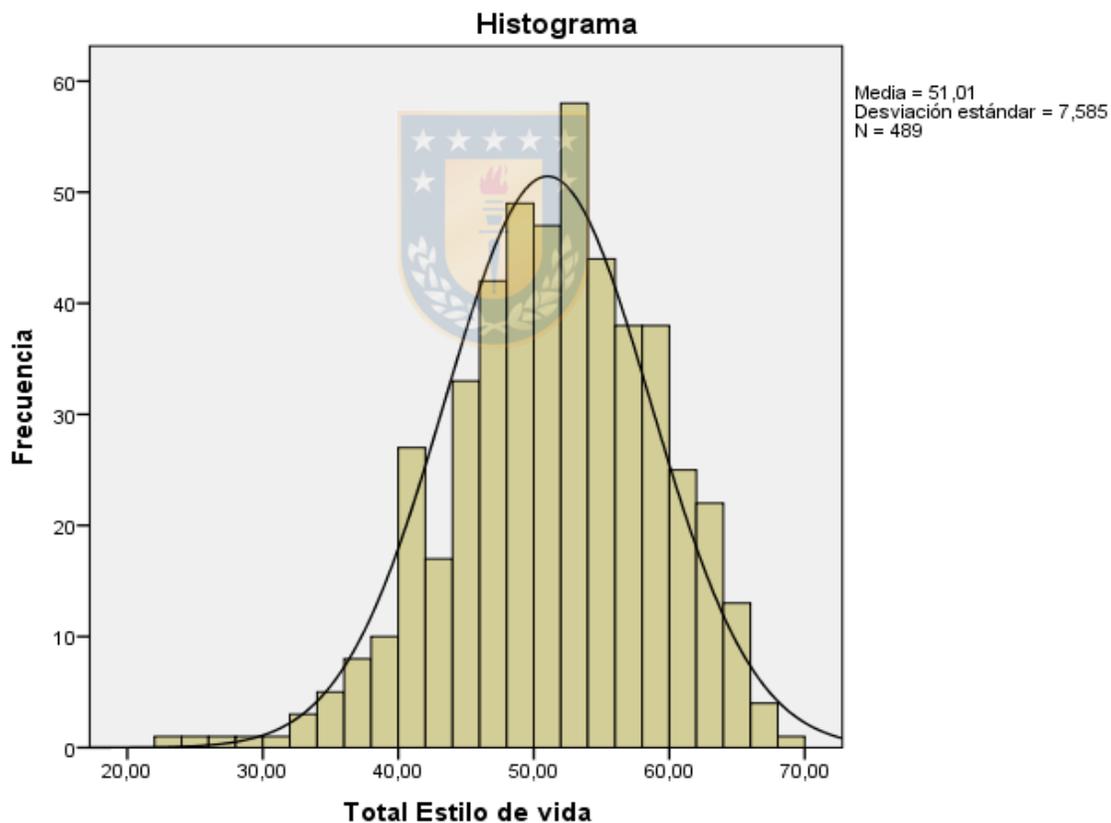
*Escala estilo de vida: puntaje mínimo 0; puntaje máximo 68

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: El puntaje promedio global de Estilo de vida de la muestra fue de 51 puntos ($DS=7,6$). La mediana resultó con la misma puntuación. Los resultados

evidencian que el 10 % de los adolescentes de esta muestra obtuvo puntajes mayores o iguales a 61 puntos.

Gráfico 1. Histograma de curva de normalidad para escala Estilo de vida en una muestra de adolescentes que estudian en los establecimientos públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio (n=489).



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: La distribución de los datos graficados en el histograma presentan una curva que se asemeja a la normalidad, con una leve asimetría negativa (-0,4).

2.b) Análisis descriptivo de cada una de las dimensiones que componen los estilos de vida de los adolescentes que estudian en los establecimientos públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio.

Tabla N°17: Estadístico descriptivo de cada una de las dimensiones que componen los estilos de vida de los adolescentes que estudian en los establecimientos públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio.

Estadísticos	Dimensión Actividad Física*	Dimensión Nutrición*	Dimensión Sexualidad *	Dimensión Consumo Alcohol y Drogas*	Dimensión Relaciones Afectivas*	Dimensión Acciones de seguridad*	Dimensión Bienestar Mental*	Dimensión Satisfacción Escolar*
Válido	489	489	489	489	489	489	489	489
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	1,36	1,23	1,55	1,87	1,66	1,63	1,34	1,43
Mediana	1,33	1,20	1,50	2,00	1,71	1,50	1,43	1,50
D. E.*	,44	,31	,40	,28	,31	,41	,41	,46
Asimetría	-,47	-,09	-,92	-3,20	-1,08	-,93	-,47	-,72
Curtosis	-,21	-,40	,49	13,11	1,04	,37	-,07	,45
Mínimo	,00	,40	,00	,00	,43	,00	,00	,00
Máximo	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00

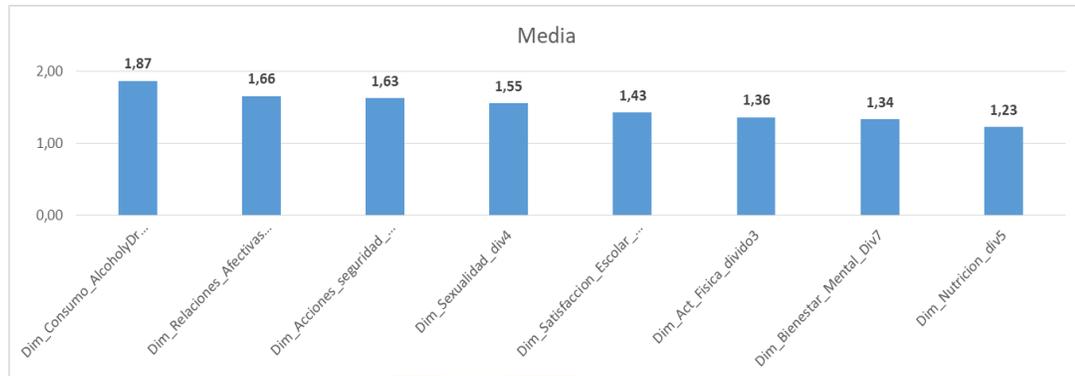
*D.E.Desviación estándar.

*Rango de puntaje 0 mínimo; 2 máximo y equivale a mejor estilo de vida

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: La dimensión que obtuvo un puntaje promedio más alto, es decir mejor estilo de vida, fue la dimensión *consumo de alcohol y drogas* ($X=1,87$; $DS=,28$). También la dimensión de *relaciones afectivas* ($X=1,66$; $DS=,31$). Las dos dimensiones con puntajes promedio más bajo, son la dimensión *nutrición* ($X=1,23$; $DS=,31$) y la dimensión de *bienestar mental* ($X=1,34$; $DS=0,41$).

Tabla N°18. Puntaje promedio de cada una de las dimensiones que componen los estilos de vida de los adolescentes que estudian en los establecimientos públicos de algunas comunas de la Región del Bio-Bio.



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: La dimensión que obtuvo puntaje promedio más alto de estilo de vida fue la de *consumo de Alcohol y drogas*. En cambio, la dimensión donde se obtuvo un puntaje promedio menor fue la dimensión de *Nutrición*, lo cual indica una alimentación menos saludable.

3.- Análisis inferencial de las variables independientes (microsistema y factores personales biológicos, psicológicos y sociales) que se relacionan con los Estilos de vida de los adolescentes.

3.a) Análisis correlacional de factores del microsistema: Apoyo social con los estilos de vida de los adolescentes.

Tabla N° 19. Análisis correlacional entre Apoyo social y los estilos de vida de

los adolescentes.

	Apoyo social
Total Estilo de vida	
Correlación de Pearson	,401**
Sig. (bilateral)	0,000
N	80

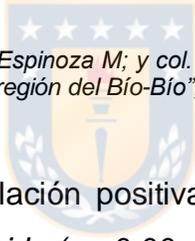
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

c. No se puede calcular porque, como mínimo, una de las variables es constante.

Fuente: *Elaboración*

propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.



Análisis: Existe una correlación positiva moderada entre *apoyo social* y el puntaje global de *estilo de vida* ($p= 0,00$; $r=,40$).

Tabla N° 20. Análisis correlacional entre Apoyo social y cada una de las dimensiones que componen los estilos de vida de los adolescentes.

Correlaciones Ro Spearman		Apoyo social
Dimensión Actividad Física	Coefficiente de correlación	,286 ^c
	Sig. (bilateral)	0,010
Dimensión Nutrición	Coefficiente de correlación	,225 ^c

	Sig. (bilateral)	0,045
Dimensión Sexualidad	Coeficiente de correlación	0,028
	Sig. (bilateral)	0,808
Dimensión Consumo Alcohol y Drogas	Coeficiente de correlación	-0,007
	Sig. (bilateral)	0,949
Dimensión Relaciones Afectivas	Coeficiente de correlación	,480**
	Sig. (bilateral)	0,000
Dimensión Acciones Seguridad	Coeficiente de correlación	0,046
	Sig. (bilateral)	0,682
Dimensión Bienestar Mental	Coeficiente de correlación	,387**
	Sig. (bilateral)	0,000
Dimensión Satisfacción Escolar	Coeficiente de correlación	0,129
	Sig. (bilateral)	0,254

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: La dimensión que presentó correlación positiva moderada fue la de Relaciones afectivas ($p=0,00$; $ro=,48$).

Se evidenció baja correlación positiva en las dimensiones de Actividad física ($p=0,01$; $ro=,28$), Nutrición ($p=0,04$; $ro=,22$), Bienestar mental ($p=0,00$; $ro=,38$). Las dimensiones que no evidenciaron correlaciones significativas fueron: Sexualidad, Consumo de alcohol y drogas, Acciones de seguridad y

Satisfacción escolar.

3.b) Análisis correlacional de factores personales biológicos: Edad, Fase de la adolescencia y sexo con los estilos de vida de los adolescentes.

Tabla N°21. Análisis correlacional entre Edad y los estilos de vida de los adolescentes.

Correlación entre edad y los estilos de vida de los adolescentes		
Edad	Correlación de Pearson	-,112 [*]
	Sig. (bilateral)	,013
	N	489

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: Existe correlación negativa baja entre la edad y los estilos de vida de los adolescentes ($p=0,01$; $r=-,11$).

Tabla N° 22. Análisis correlacional entre Edad y cada una de las dimensiones que componen los estilos de vida de los adolescentes.

Correlaciones Ro Spearman		Edad
Dimensión Actividad Física	Coefficiente de correlación	-,16 ^{**}
	Sig. (bilateral)	0,00
Dimensión Nutrición	Coefficiente de correlación	-,12 ^{**}
	Sig. (bilateral)	0,00

Dimensión Sexualidad	Coeficiente de correlación	,22**
	Sig. (bilateral)	0,00
Dimensión Consumo Alcohol y Drogas	Coeficiente de correlación	-,37**
	Sig. (bilateral)	0,00
Dimensión Relaciones Afectivas	Coeficiente de correlación	-0,03
	Sig. (bilateral)	0,39
Dimensión Acciones de Seguridad	Coeficiente de correlación	-,18**
	Sig. (bilateral)	0,00
Dimensión Bienestar Mental	Coeficiente de correlación	-0,08
	Sig. (bilateral)	0,06
Dimensión Satisfacción Escolar	Coeficiente de correlación	-0,06
	Sig. (bilateral)	0,14

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: Las dimensiones que presentaron correlaciones positivas moderadas con la edad fueron la dimensión Consumo alcohol y drogas ($p=0,00$; $ro=-,37$). Se evidenció baja correlación positiva en la dimensión de sexualidad ($p=0,00$; $ro=,22$),

Se observó baja correlación negativa en las dimensiones de Nutrición ($p=0,00$; $ro=-,12$), y Acciones de seguridad ($p=0,00$; $ro=-,18$) y Actividad física se relacionó de forma negativa con la edad de los adolescentes ($p=0,00$; $ro=-,16$). No se evidenció correlaciones significativas en las dimensiones Relaciones

afectivas ($p=0,39$; $ro=-,03$); Bienestar mental ($p=0,06$; $ro=-,08$); Satisfacción escolar ($p=0,14$; $ro=-,06$)

Tabla N°23. Diferencias de puntajes promedios de estilos de vida entre las fases de la adolescencia.

Fase de las adolescencias	N	Puntaje Promedio global de estilos de vida
Adolescente tardío	89	49,76
Adolescente medio	225	50,83
Adolescente temprano	175	51,88
Sig.		,051

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 140,222.

b. Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

ANOVA					
Puntaje Global de estilos de vida					
Fase de la adolescencia	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	277,81	2	138,91	2,42	,08
Dentro de grupos	27798,10	486	57,19		
Total	28075,92	488			

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: La categoría de adolescentes más jóvenes presentan puntajes promedio más altos en los estilos de vida, sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,08$).

Tabla N° 24. Diferencias de puntaje promedio de los estilos de vida y de cada una de las dimensiones que componen los estilos de vida entre los Sexos.

Sexo		Total	Dimensión	Dimensión	Dimensión	Dimensión	Dimensión	Dimensión	Dimensión	Dimensión
		Estilo	Actividad	Nutrición	Sexualidad	Consumo	Relaciones	Acciones	Bienestar	Satisfacción
		de	física			Alcohol	Afectivas	de	Mental	Escolar
		vida				Y Drogas		seguridad		
Hombre	Media	52,88	1,48	1,30	1,56	1,85	1,70	1,64	1,46	1,45
	N	233,00	233,00	233,00	233,00	233,00	233,00	233,00	233,00	233,00
	D.E	6,94	,41	,31	,41	,32	,28	,41	,34	,47
	Mínimo	33,00	,33	,40	,25	,00	,43	,00	,29	,00
	Máximo	68,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Mujer	Media	49,31	1,26	1,16	1,55	1,89	1,62	1,61	1,22	1,41
	N	256,00	256,00	256,00	256,00	256,00	256,00	256,00	256,00	256,00
	D.E	7,76	,44	,29	,40	,25	,34	,40	,43	,45
	Mínimo	23,00	,00	,40	,00	,00	,57	,50	,00	,00
	Máximo	67,00	2,00	1,80	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Prueba t´ Student		p = 0,00	p = 0,00	p= 0,00	p=0,87	p = 0,47	P=0,01	P= 0,38	p=0,00	p= 0,38

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: Los hombres presentaron puntajes promedios significativamente más altos ($p=0,00$).

Con respecto a las diferencias de medias de cada una de las dimensiones, los resultados mostraron significancia estadística en las dimensiones de actividad física ($p=0,00$), Nutrición ($p=0,00$), Relaciones afectivas ($p=0,01$) y Bienestar mental ($p=0,00$).

No se evidenció diferencias estadísticamente de puntajes promedio en las

dimensiones: Sexualidad ($p=0,87$); Consumo alcohol y drogas ($p=0,47$), Acciones de seguridad ($p=0,38$) y Satisfacción escolar ($p=0,38$).

3.c) Análisis correlacional de factores personales psicológicos: Percepción de salud, condición de salud con los estilos de vida de los adolescentes.

Tabla N°25. Análisis correlacional entre Percepción de Salud y el puntaje global de Estilos de vida.

Total Estilo de vida	Percepción de Salud General
Correlación de Pearson	,64**
Sig. (bilateral)	0,00
N	82

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

c. No se puede calcular porque, como mínimo, una de las variables es constant

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: Existe una relación altamente significativa y positiva entre Percepción de salud general y el puntaje global de estilos de vida en los adolescentes ($p=0,00$; $r=,64$).

Tabla N° 26. Correlación entre la Percepción general de salud y las dimensiones que componen el estilo de vida en los adolescentes.

Correlaciones Ro Spearman		Percepción de Salud General
Dimensión Actividad Física	Coeficiente de correlación	,40**
	Sig. (bilateral)	0,00
Dimensión Nutrición	Coeficiente de correlación	,38**
	Sig. (bilateral)	0,00
Dimensión Sexualidad	Coeficiente de correlación	0,08
	Sig. (bilateral)	0,45
Dimensión Consumo Alcohol y Drogas	Coeficiente de correlación	0,15
	Sig. (bilateral)	0,15
Dimensión Relaciones Afectivas	Coeficiente de correlación	,41**
	Sig. (bilateral)	0,00
Dimensión Acciones de Seguridad	Coeficiente de correlación	,29**
	Sig. (bilateral)	0,00
Dimensión Bienestar Mental	Coeficiente de correlación	,65**
	Sig. (bilateral)	0,00
Dimensión Satisfacción Escolar	Coeficiente de correlación	,41**
	Sig. (bilateral)	0,00

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: Las dimensiones que presentaron una correlación positiva moderada fueron: Bienestar mental ($p=0,00$; $ro=,65$); Actividad física ($p=0,00$; $ro=,40$); Relaciones afectivas ($p=0,00$; $ro=,41$); Satisfacción escolar ($p=0,00$; $ro=,41$),

Las dimensiones que resultaron con correlación positiva baja fueron: Nutrición ($p=0,00$; $ro=,38$) y Acciones de seguridad ($p=0,00$; $ro=,29$).

No se evidenció diferencias estadísticamente de puntajes promedio en las dimensiones: Sexualidad ($p=0,45$; $ro=0,08$); Consumo alcohol y drogas ($p=0,15$; $ro=0,15$).

Tabla N° 27. Diferencias de puntaje promedios de estilos de vida entre declarar presentar o no una condición médica.

Estadísticas de grupo						
	Condición médica	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	Sig. (bilateral)
Suma de los ítems	No	425	51,24	7,25	,35	,14
	Si	64	49,45	9,39	1,17	

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: Los/las adolescentes que no declaran presentar una condición crónica de salud presentan mejores puntajes promedio de estilos de vida, sin embargo, estas diferencias de medias no son estadísticamente significativas ($p=0,14$).

d) Análisis correlacional de Factores personales Socioculturales:

-Establecimiento educacional: tipo subvencionado o municipal, comuna, IVE, urbano rural.

-Curso.

Tabla N° 28. Diferencias de puntajes promedios de estilos de vida entre los establecimientos educacionales.

Puntaje global de estilos de vida				
Colegio	Media	N	Desviación estándar	Sig.
CADET	52,36	82	8,13	,19
Colegio República del Ecuador	51,11	72	7,20	
Liceo Polivalente Nahuelbuta	52,48	49	5,93	
Liceo Técnico profesional Juanita Fernández Solar	49,69	73	7,12	
Escuela Miguel José Zañartu Santa María	51,51	37	6,95	
Colegio Gran Bretaña	50,75	95	7,89	
Colegio Los Acacios	49,91	81	8,36	
Total	51,01	489	7,58	

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: Existe diferencias de puntajes promedios de estilos de vida entre los establecimientos educacionales. Los establecimientos con puntajes promedios de estilos de vida más altos son el CADET y el Liceo Polivalente Nahuelbuta, en cambio, los establecimientos que obtuvieron puntajes promedios más bajos e incluso bajo la media de la muestra, fueron el Liceo Técnico profesional Juanita Fernández Solar y el Colegio Los Acacios, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,19$).

Tabla N° 29. Diferencia de puntajes promedios de estilos de vida entre tipos de establecimientos: Municipales y Particulares subvencionados.

Correlación entre tipo de establecimiento y puntaje global estilo de vida de los adolescentes					
Tipo de establecimiento educacional	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	Sig.(bilateral)
Municipal	389	50,75	7,51	,38	,18
Particular subvencionado	77	52,02	8,13	,92	

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: Existe diferencias de puntajes promedios de estilos de vida entre los establecimientos educacionales, siendo mayor el puntaje promedio en el colegio particular subvencionado, pero estas diferencias de medias no son estadísticamente significativas ($p=,18$).

Tabla N°30. Diferencias de puntajes promedios de estilos de vida entre Comunas

Correlación entre Comuna y el puntaje global de estilo de vida en adolescentes				
Comuna	Media	N	Desviación estándar	Sig.
Concepción	50,61	234	7,95	,15
Talcahuano	52,02	77	8,13	
San Pedro de la Paz	51,32	34	6,86	
Contulmo	52,62	50	5,94	
Los Ángeles	49,61	71	7,16	
Total	50,96	466	7,62	

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: Los puntajes promedios más altos de estilos de vida fueron en las

comunas de Talcahuano y Contulmo. Las comunas con puntajes promedios más bajo son en las comunas de Los Ángeles y Concepción, sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,15$).

Tabla N° 31. Correlación entre IVE y el puntaje global de los estilos de vida en los adolescentes.

		IVE
Puntaje global Estilos de vida	Correlación de Pearson	-,06
	Sig. (bilateral)	,16
	N	489

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: A mayor el Índice de Vulnerabilidad Escolar, menor es el puntaje promedio de estilo de vida de los adolescentes. Sin embargo, no existe una relación estadísticamente significativa ($p=0,16$).

Tabla N°32. Diferencias de puntajes promedios de estilos de vida entre Zona donde estudian los adolescentes.

	Zona	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	Sig.
Puntaje global de estilos de vida	Urbana	416	50,76	7,78	,38	,04
	Rural	50	52,62	5,94	,84	

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: Existe una diferencia de medias significativa del puntaje global de estilos de vida entre zonas ($p=,04$), siendo mayor el puntaje en la zona rural.

Tabla N°33. Correlación entre el Curso de los adolescentes y el puntaje global de estilos de vida.

Total Estilo de vida	Curso
Correlación de Pearson	-,10 [*]
Sig. (bilateral)	0,02
N	489

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

c. No se puede calcular porque, como mínimo, una de las variables es cons

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: Existe una correlación negativa baja entre el curso y el puntaje global de estilo de vida ($r=-,10$; $p=0,02$), es decir, entre mayor sea el nivel de curso en que estudian los adolescentes, menor es el puntaje global de estilos de vida.

Tabla N°34. Análisis de correlación de curso y su relación con las dimensiones que componen los estilos de vida de los adolescentes.

Correlaciones Ro Spearman		Curso***
Dimensión Actividad Física	Coefficiente de correlación	-,16 ^{**}
	Sig. (bilateral)	0,00
Dimensión	Coefficiente	-,14 ^{**}

Nutrición	de correlación	
	Sig. (bilateral)	0,00
Dimensión Sexualidad	Coefficiente de correlación	,22**
	Sig. (bilateral)	0,00
Dimensión Consumo Alcohol y Drogas	Coefficiente de correlación	-,33**
	Sig. (bilateral)	0,00
Dimensión Relaciones Afectivas	Coefficiente de correlación	-0,03
	Sig. (bilateral)	0,39
Dimensión Acciones de Seguridad	Coefficiente de correlación	-,15**
	Sig. (bilateral)	0,00
Dimensión Bienestar Mental	Coefficiente de correlación	-,09*
	Sig. (bilateral)	0,02
Dimensión Satisfacción Escolar	Coefficiente de correlación	-0,04
	Sig. (bilateral)	0,37

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

*** Edad N:489; Apoyo social N:80; Percepción de salud N: 82; Curso N: 489.

Fuente: *Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.*

Análisis: Las dimensiones que presentaron una leve correlación negativa fueron: Actividad Física ($p=0,00$; $r_o=-,16$), Nutrición ($p=0,00$; $r_o=-,14$), Consumo alcohol y drogas ($p=0,00$; $r_o=-,33$), Acciones de seguridad ($p=0,00$; $r_o=-,15$) y Bienestar mental ($p=0,02$; $r_o=-,09$).

La única dimensión con correlación positiva baja fue la Sexualidad ($p=0,00$; $r_o=,22$).

No se evidenció diferencias estadísticamente de puntajes promedio en las

siguientes dimensiones: Relaciones afectivas ($p=0,39$; $ro=-,03$), Satisfacción escolar ($p=0,37$; $ro=-,04$).

3.b) Análisis Multivariado.

Modelo de regresión:

El trabajo realizado para el objetivo anterior permitió establecer las relaciones significativas de la variable dependiente Estilo de vida con las variables independientes microsistema y factores personales biológicos, psicológicos y sociales. Tomando en cuenta lo anterior, es decir las variables independientes que resultaron relacionadas significativamente con la variable dependiente y para establecer la influencia sobre el Estilo de vida, se realizó diferentes ajustes en los modelos de regresión lineal múltiple, que evaluó la importancia relativa de cada variable. En la tabla N°35 se presenta el Modelo que resultó con mayor importancia para la variable Estilo de vida.

Tabla N°35. Resumen del modelo de regresión lineal múltiple que incluyó las variables independientes relacionadas significativamente con la variable dependiente.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Desv. Error	Beta		
1	(Constante)	66,76	6,60		10,10	,00
	Sexo Femenino	-3,88	1,57	-,23	-2,46	,01
	Edad	-1,49	,35	-,38	-4,18	,00

	Apoyo social	3,45	,89	,36	3,86	,00
--	---------------------	------	-----	-----	------	-----

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del estudio Espinoza M; y col. "Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", 2019.

Análisis: La tabla muestra los coeficientes de regresión estandarizados que permiten valorar la importancia relativa de cada variable independiente dentro de la ecuación. Al realizar el análisis multivariado, las mujeres tienden a tener casi 4 puntos menos que los hombres en estilo de vida al igual que el análisis bivariado. En cuanto a la edad, por cada año que aumenta el estilo de vida tiende a disminuir en 1,5 puntos. Por otro lado, el apoyo social a medida que aumenta, el estilo de vida lo hace en 3,5 puntos.



VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

El presente estudio indagó los estilos de vida en una muestra de 489 adolescentes de establecimientos educacionales públicos de 5° básico a 4° de enseñanza media de la región del Biobío. La edad promedio de los/las adolescentes fue de 14,4 años, mayoritariamente en la fase media de la adolescencia de los cuales 52 % correspondió a mujeres.

Los resultados globales de estilos de vida revelan que los/las adolescentes presentan puntajes promedio dentro de la categoría buena y sólo un 10% presenta un nivel de estilo de vida catalogado como muy bueno. Sin embargo, esta puntuación promedio es sólo una aproximación general, dado que no revela comportamientos específicos o particulares que pudieran estar enmascarados en los puntajes globales.

En comparación con estudios que utilizaron similares instrumentos que miden estilos de vida en establecimientos públicos (47, 57), se evidencia uno realizado en Brasil, en edades de 15 a 18 años ($X = 16.7$) y 54% de mujeres. Éste, utilizó el cuestionario Estilo de vida Fantástico, obteniendo resultados muy semejantes a este estudio, al evidenciar, que sólo el 10,6% de los adolescentes presentaron excelentes puntajes promedio de los estilos de vida. Otro estudio realizado en Colombia (54), en adolescentes más jóvenes (10 a 15 años; promedio de 13,1 años), y sexo 50%. Sus resultados mostraron que el 22,5% de los adolescentes obtuvieron puntajes altos de estilos de vida. Los mejores resultados evidenciados en este último estudio son esperables en grupos de adolescentes más jóvenes, dado que a medida que incrementan la edad, éstos aumentan la exploración por conductas nuevas y a veces menos saludables (88). Esto es coincidente también, con el presente estudio, que arrojó mejores

resultados de estilos de vida en el grupo más joven de adolescentes.

En relación con las dimensiones que componen el instrumento estilo de vida, se evidencia que la dimensión referente al consumo de alcohol y drogas, relaciones afectivas y de seguridad, obtuvieron mejores puntajes y las dimensiones con puntajes más bajos fueron nutrición, bienestar mental y actividad física.

A su vez, se confirman asociaciones significativas con algunas variables personales y el microsistema. Las variables personales que se asociaron significativamente con los estilos de vida fueron la edad, sexo y percepción de salud general; así también, variables socioculturales, como la zona donde estudian y nivel de curso de los adolescentes. Estos hallazgos son coincidentes con los planteamientos de la teoría Ecológica de los sistemas, que describe que los entornos más cercanos al adolescente, denominado microsistema, son los que influyen mayormente sus conductas, moldeando a su vez, el desarrollo cognitivo y moral de éstos (30). Así mismo, los factores intrínsecos descritos en el Modelo Promotor de salud (31), utilizado en esta investigación, también confirman que los factores personales del adolescente en conjunto con las influencias situacionales, influyen en el resultado conductual del adolescente.

En este mismo sentido, la percepción de mayor apoyo social se relacionó con mejores puntajes en los estilos de vida; que se explica desde la teoría de promoción de salud de Nola Pender (31), quién menciona, que son las influencias personales, las que aportan el apoyo instrumental y emocional para realizar una determinada conducta en salud, en el caso del/la adolescente, corresponde a los más cercanos, que son la familia, los amigos y los agentes de la comunidad escolar. Estudios que evidencian resultados similares (22, 52),

describen asociaciones significativas de comportamientos más saludables, con prácticas de crianza efectivas por parte de los padres, así también, la influencia positiva de los amigos.

Así mismo, se observó en este estudio que los adolescentes que percibieron mayor apoyo social también manifestaron tener mejores puntajes en las dimensiones de actividad física, actitudes de comportamientos nutricionales, relaciones afectivas con familia y amigos y mejor percepción de bienestar mental. Lo anterior, no sólo es coincidente con las teorías fundamentadas para guiar este estudio (30,31), sino también, es evidenciado en varias investigaciones, como la realizada en Chile (22), donde se describe un estudio realizado en adolescentes tempranos, que concluye que efectivamente, el apoyo social proporcionado principalmente por los padres, además de un mejor manejo del estrés, genera los mismos comportamientos saludables evidenciados en este estudio.

En cuanto a estudios internacionales, se observa, en el estudio, de Knox E, et al (46), que detalla factores del apoyo social como, el tener buenas relaciones familiares y sociales, apoyo a la autonomía y la presión del grupo a hacer mayor actividad física, influyen mejores resultados en comportamientos y actitudes de actividad física. Grao-cruces et al (60) en su estudio, describe lo mismo, pero además especifica, que el tipo de actividad física que realizan los /las adolescentes depende si es hombre o mujer.

Estos resultados confirman, la importancia de la influencia del núcleo más íntimo o cercano (apoyo social o microsistema), en la práctica de actividad física en los/las adolescentes, por lo mismo las intervenciones de promoción de actividad física no solo deben estar enfocadas en los/as adolescentes, sino

también en el medio donde se desenvuelven. Se reconoce que la práctica de actividad física es un factor determinante en la prevención de enfermedades crónicas que hoy día, impactan fuertemente a la población adulta y que pueden ser prevenible desde la promoción de estilos de vida saludable.

Los resultados de esta investigación también evidencian que el mayor apoyo social se correlaciona con un mejor bienestar mental. Estos resultados, se confirman en varios estudios (64,65,66) como el de Coppari et al (64) donde se evidencia que los adolescentes que tienen mayor apoyo social presentan mejores estrategias de afrontamiento frente al estrés. Así mismo, Pérez-Fuentes et al (65) evidencian que las practicas parentales de afecto y comunicación se asocian con el bienestar mental, la autoestima y la satisfacción con la vida. En este mismo sentido (66), el apoyo social descrito también como apego parental, resulta relacionada significativa y positivamente con áreas de confianza, comunicación y alienación, con la satisfacción con la vida en los/las adolescentes del estudio.

En este mismo sentido, la evidencia (49, 50, 52, 70) demuestra que estas conductas relacionadas entre el apoyo social y bienestar emocional, actuarían como protectoras frente al consumo de alcohol y drogas, aunque, los resultados de la presente investigación demostraron una relación, esta no fue significativa.

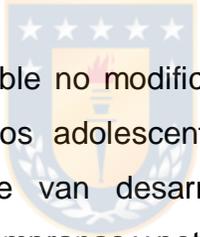
Lo anteriormente descrito, sugiere que el apoyo social más determinante para el bienestar mental del/la adolescente, es la familia y en especial los padres. Esto ocurre, aunque existan diferencias propias en el desarrollo del/la adolescente respecto a la relación con ellos, y que es caracterizado por distanciamiento social sobre todo en las dos primeras fases de la adolescencia.

Con respecto a las variables personales biológicas y su relación con el estilo de vida, la edad, se evidencia como una variable predictora negativa en los/las adolescentes de esta investigación. Esto indica que mientras mayor es la edad, los comportamientos de vida saludable son menos frecuentes. Estos hallazgos, son esperables dado que los/as adolescentes a medida que van creciendo van experimentando nuevos comportamientos, modelados como se explicó anteriormente, por el medio y que pueden ser favorables para su salud o de riesgo (2-4).

En este mismo sentido, el análisis por dimensión se observa que la edad se relaciona significativa con dimensiones que componen los estilos de vida como la actividad física, el consumo alcohol y drogas, nutrición, sexualidad y seguridad.

La relación de la edad con la actividad física se evidenció inversa, lo que significa que, a menor edad de los adolescentes, mayor es el puntaje en la dimensión de actividad física en los adolescentes. Estos resultados son concordantes con los informes del SIMCE de educación física nacional (89), que revela que los adolescentes año a año van disminuyendo su rendimiento físico en las diferentes pruebas de resistencia y fuerza muscular. Estos resultados nacionales, son evidenciados también en varios estudios internacionales, como en Mera (40), que obtuvo puntajes igualmente más bajos en los adolescentes mayores, por medio del instrumento IPAQ-A.). De igual forma, se obtienen los mismos resultados en otro estudio español (41). A la evidencia anterior, Moral-García, et al (50), concluyen que los adolescentes de mayor edad, además de evidenciar menor actividad física, realizan menos actividades de diversión y mayor aburrimiento.

La edad presentó una relación negativa y significativa el consumo de alcohol y drogas. Estos resultados indican que los adolescentes de mayor edad, presentan mayores conductas de consumo de alcohol y drogas. Estos resultados son coincidentes con informes nacionales sobre el consumo de alcohol y drogas (7), que señalan que estos comportamientos comienzan a aumentar desde la adolescencia media (16,6%) y es máxima en este grupo de edad al llegar a la adolescencia tardía (51,4%). Lo mismo, es evidenciado en estudios internacionales (50), que señalan que los adolescentes de mayor edad, igualmente declaran mayor consumo de alcohol. Lo mismo ocurre en lo referente al consumo de tabaco (71), aunque se observa que es más tardío en las mujeres.



La edad es una variable no modificable determinante de los estilos de vida, y conociendo que los adolescentes pueden adquirir conductas no saludables a medida que van desarrollarse, es importante considerar intervenciones en edades tempranas y potenciar factores protectores del medio en la promoción de estilos de vida saludable.

En cuanto al análisis por sexo, se observó en este estudio una diferencia de media significativa de los estilos de vida de los adolescentes. Los hombres presentaron un mayor puntaje promedio significativo en comparación con las mujeres. Esto es coincidente con el estudio de Guerrero et al (54), donde las mujeres obtuvieron un puntaje predominante bajo en estilo de vida, en cambio, en los hombres fue adecuado.

El análisis por sexo en las dimensiones que componen los estilos de vida, evidenció diferencias de medias significativas en actividad física, nutrición, relaciones afectivas y bienestar mental.

Se evidencia en este estudio que los hombres declaran mayor actividad física, y es coincidente como se dijo anteriormente, con varios informes nacionales como el SIMCE de educación física nacional (89), donde se describe que los hombres practican más tiempo y mayor intensidad la actividad física que las mujeres. Asimismo, la encuesta mundial de salud escolar del 2017(90), que muestra que un 21,8% de los hombres adolescentes chilenos realizan al menos 60 minutos diarios, en cambio, sólo un 7,7% de las mujeres lo practica. Los estudios internacionales se observan coincidentes con los resultados descritos, como en Moral-García et al (50), pero además describe que los hombres experimentan además menos aburrimiento y mayor diversión que las mujeres. Otro estudio, realizado por Palomino-Devia et al (44), en adolescentes colombianos evaluaron el nivel de sedentarismo, siendo las mujeres las que obtuvieron un puntaje más alto que los hombres. Mera et al (40), en España también obtuvo que los hombres realizan actividad física significativamente mayor que las mujeres. En estudios realizados en adolescentes australianos por Shrewsbury et al (38), y adolescentes de Polonia y República Checa por Fromel et al (57), confirman que los hombres obtienen mayor puntaje en actividad física moderada y vigorosa.

Por otra parte, en este estudio, los hombres también obtuvieron mejores respuestas en la dimensión nutrición. Estos resultados son coincidentes con informes nacionales como el EMSE del 2013, que describe que los hombres comen un 28,6% las frutas y verduras recomendadas en mayor porcentaje que las mujeres que alcanzan un 23,7% (7). Estudios internacionales evidencian de modo similar (42), donde muestra que las mujeres tuvieron una menor ingesta de frutas, verduras y grasas ajustada por energía que los hombres. Otro estudio, realizado por Shrewsbury et al (38), los hombres obtuvieron mayor cumplimiento que las mujeres en las recomendaciones de desayunar e ingesta

de vegetales, en cambio, fue menor en los hombres, el cumplimiento con las recomendaciones de ingesta de bebidas endulzadas con azúcar, Con respecto a esto las estadísticas nacionales (90), señalan que los hombres adolescentes tienen un mayor consumo de bebidas azucaradas (71,2%) en comparación con las mujeres (64.4%).

El análisis de la dimensión de bienestar mental, los hombres presentan mejores resultados. Al igual que el presente estudio, Olfert et al (42), se obtuvo que los hombres presentan menor en estrés y por lo tanto mejor bienestar mental en comparación con las mujeres. Además, este mismo estudio abordó la calidad del sueño, lo cual conlleva un mejor bienestar mental, obteniéndose como resultado que los hombres tienen mejor calidad de sueño que las mujeres, por ende, mejor bienestar mental. Otro estudio realizado por Palomino- Devia et al (44), en adolescentes colombianos entre 10-20 años, los adolescentes hombres obtuvieron puntajes estadísticamente significativos más altos en salud mental, en el rol emocional y en vitalidad. Otro aspecto importante para el bienestar mental, es el participar en actividades recreativas, dado que, es una manera de distraer la mente y disminuir el grado de estrés que conlleva las responsabilidades o vivencias en la etapa de adolescencia. En el estudio de Moral-Garcia et al (50), las mujeres experimentaron más aburrimiento y menos diversión al comparar con los hombres. Otra investigación realizada por Coppari et al (64), estudió los factores sociodemográficos relacionado con el afrontamiento, los resultados demostraron que las mujeres usan más estrategias de afrontamiento, muchas relacionadas con la búsqueda de apoyo social.

Con respecto a la variable independiente percepción de salud general, esta tuvo una relación significativa con las dimensiones de actividad física,

nutrición, relaciones afectivas, acciones de seguridad, bienestar mental y satisfacción escolar.

Los/las adolescentes que manifestaron tener mejor percepción de salud general presentaron mayores niveles de actividad física. Son numerosas las revisiones científicas (95,96,97) sobre sus beneficios fisiológicos, cognitiva, psicológica, social. Los beneficios en la salud fisiológica conllevan formación ósea consistente, la prevención en riesgos cardiovasculares, enfermedades crónicas, obesidad, cáncer; en la salud mental: la ansiedad, depresión y disminución del estrés; mejora en las capacidades cognitivas, habilidades sociales, autoconcepto y resiliencia. Por lo tanto, la práctica del deporte y la actividad física como hábito saludable puede favorecer intervenciones en salud en diferentes dimensiones (98).

Estudios nacionales (99) que indagaron las mismas variables evidencian que la percepción de su salud autoevaluada se relacionó significativamente con participar en actividades físicas principalmente moderadas a vigorosas. Al igual que el estudio de Gaete et al (22), que concluye que el realizar actividad física especialmente vigorosa relacionó con una mejor percepción de salud.

Por otra parte, se observaron variables que no resultaron relacionadas significativamente con los estilos de vida como la fase de la adolescencia. Sin embargo, cuando la variable edad, es considerada operacionalmente como numérica, los resultados fueron predictivos de los estilos de vida en los/las adolescentes. Esto indicaría que las fases de la adolescencia son una categorización que obedece a las características biológicas y psicosociales, pero no necesariamente se relaciona con los estilos de vida. Estudios evidencian con respecto a las fases de la adolescencia, que presentan relación

significativa (54) en los rangos de edad entre 10-12 años y 13-15 años. Al igual que Sánchez- Oliva et al (39), en adolescentes españoles, muestra diferencias por categorías en cuanto a la actividad física vigorosa que fue mayor en niños y adolescentes entre 8 y 11 años, en comparación con los adolescentes de 12-15 años y los adolescentes de 16-18 años.

Otra variable que no resultó relacionada significativamente con los estilos de vida fue el presentar condición crónica. Solo un 13% de los/las adolescentes que declararon esta condición. Las enfermedades crónicas no son condiciones frecuentes en los/las adolescentes y probablemente son otros los factores que influyen más frecuentemente en los estilos de vida de los adolescentes. No obstante, es conveniente estudiar a los adolescentes que particularmente presentan alguna enfermedad crónica.

Las variables relacionadas con características socioculturales como el tipo de establecimiento educacional, la comuna y el Índice de Vulnerabilidad Escolar, no resultaron con diferencias significativas en los estilos de vida en los/las adolescentes. Estos resultados deben interpretarse con la consideración que no se pudo acceder a un muestreo con mayor variabilidad social, dado que este estudio se limitó sólo a establecimientos públicos y subvencionados. Las condiciones sociales del contexto (denominado “Estallido social”) limitaron ampliar las muestras a colegios privados.

Estudios (41), que abordan los ingresos familiares o el estatus socioeconómico relacionados con alguna conducta en salud, se observa que aquellos adolescentes que tienen padres con bajos ingresos económicos, se asocia con mayor inactividad física. Del mismo modo se observa en el estudio de Bann et al (56); los adolescentes que pertenecen a familias con mayores

ingresos, realizan mayor actividad física vigorosa en comparación con aquellos que pertenecen a familias de menores ingresos. La investigación de Langlois et al (61), además de asociar la práctica de actividad física relacionada a un alto ingreso familiar, se adiciona la participación parental percibida en la realización de actividad física y el vivir en zona rural. Otro estudio de Krist et al (62), sus resultados mencionan que el nivel socioeconómico del vecindario más bajo se asocia con un mayor tiempo en pantalla. Otra investigación realizada por Zaborskis et al (67), estudió la relación del ingreso familiar con un aspecto del bienestar mental, más específicamente, la satisfacción con la vida, resultando que los adolescentes de familias con mayores ingresos estaban asociados significativamente a una mayor satisfacción con la vida.



VII. CONCLUSIONES

En el presente estudio solo el 10% de los adolescentes obtuvieron puntajes superiores a 61, lo que corresponden a mejores estilos de vida. Los hombres obtuvieron puntajes mayores, al igual que los/las adolescentes de edad temprana (10 a 14 años).

Las/los adolescentes obtuvieron mayores puntajes de estilo de vida en las dimensiones de consumo de alcohol y drogas, relaciones afectivas y acciones de seguridad, en cambio, las dimensiones con puntajes más bajos fueron las dimensiones de alimentación, bienestar mental y actividad física.

Los factores que resultaron relacionados significativamente con los estilos de vida fueron los personales biológicos: sexo y edad. Los hombres en general presentan mejor estilo de vida que las mujeres, además éstos tienen mejores puntajes en las dimensiones de actividad física, nutrición, relaciones afectivas y bienestar mental.

Se observa una relación inversa entre la edad y los puntajes de estilos de vida.

El factor psicológico percepción de salud general se relacionó positiva y significativamente con los estilos de vida de los/las adolescentes.

De los factores personales socioculturales, el pertenecer a la zona rural se asoció con mejores estilos de vida. El curso se asoció de modo inverso con los puntajes de estilo de vida.

De las variables del microsistema, el apoyo social se evidenció relación positiva y significativa con los estilos de vida.

Los factores predictores, según los análisis de regresión lineal múltiple, evidencian que ser mujer predice a tener cuatros puntos menos que los hombres en estilo de vida. De acuerdo con la edad, por cada año que aumenta la edad de los/las adolescentes, el estilo de vida disminuye aproximadamente 1,5 puntos. En relación con el apoyo social, a medida que éste aumenta, el estilo de vida lo hace también en 3,5 puntos.



VIII. IMPLICANCIAS DEL ESTUDIO

A partir de los resultados del presente estudio se pueden crear recomendaciones para los establecimientos educacionales, además, servirá para realizar futuros estudios que sigan la misma línea investigativa, ampliándola a establecimientos que también puedan ser privados, además, estudios sobre intervenciones que ayuden a mejorar los estilos de vida de los adolescentes.

Se recomienda utilizar el instrumento que mide los estilos de vida en adolescentes que estudian en establecimientos educacionales, para realizar diagnósticos locales, y posteriormente hacer partícipes a los agentes que trabajan en los establecimientos educacionales a generar intervenciones que ayuden a mejorar los estilos de vida de sus estudiantes, de acuerdo a cada realidad local, dado que, son los lugares donde pasan la mayor parte del tiempo, además, las intervenciones deben incluir a los familiares y amigos, ya que conforman una de las variables que más se relacionan con los estilos de vida de los adolescentes.

IX.LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Los resultados de este estudio deben analizarse tomando en cuenta las limitaciones presentadas y que se describen a continuación:

-La muestra fue por conveniencia y no probabilística, porque fue tomada sólo en algunas comunas de la región del Biobío. Lo anterior, expone al estudio a la no representatividad de la población adolescente de la región y del país, por lo tanto, a la restricción de generalización de los resultados.

-La muestra sólo abordó adolescentes de colegios municipalizados o particulares subvencionados. Faltó considerar colegios particulares. Por lo mismo, la muestra no representa los diferentes niveles socioeconómicos. Esta limitación se debió al contexto social del “Estallido social” en el momento de obtención de datos que precipitó el cierre de la fase de obtención de la muestra, quedando limitada el segmento de colegios particulares.

-Se obtuvo muestras parciales y reducidas de las variables *apoyo social* y *percepción de salud general*. Esto se debió a que se utilizó una fuente secundaria de datos de la investigación que validó la escala estilo de vida para adolescentes.

-Considerar que la investigación se basó en datos recolectados por medio de un cuestionario de autoinforme, por lo que estos hallazgos deben analizarse a la luz de esta posible limitación. Las desventajas de este tipo de informe, tiene que ver con posibles sesgos en las respuestas o la tendencia a responder de acuerdo con la deseabilidad social.

-Solo hubo un colegio rural en la muestra del estudio, por lo cual no se hace representativa la diferenciación entre puntaje de estilos de vida según zona de estudio.

X.GLOSARIO

APS: Atención primaria en Salud

BVS: Biblioteca Virtual de Salud.

COSAM: Centro Comunitario de Salud Mental.

DAEM: Departamento de educación Municipal.

DEIS: Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

EAG: Escala de autoestima general.

EMSE: Encuesta mundial de salud escolar.

EMTJ: Encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes.

ENCAVI: Encuesta calidad y vida.

ENS: Encuesta Nacional de Salud.

ENT: Enfermedades no transmisibles.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

IMC: Índice Masa Corporal.

IVE: Índice de vulnerabilidad escolar.

JUNAEB: Junta nacional de auxilio escolar y becas.

MINSAL: Ministerio de Salud.

MPS: Modelo de promoción de la salud.

NSE: Nivel socioeconómico.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización no gubernamental.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PLANEA: Plan Andino de prevención del embarazo adolescente.

PSIA: Programa de salud integral del adolescente.

REMSAA: Reunión de Ministros de Salud del Área Andina.

SENDA: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

SEREMIS: Secretarías Regionales Ministeriales.

SEP: Subvención Escolar Preferencial

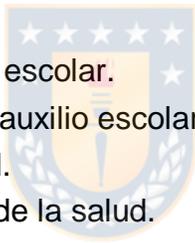
SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

SIMCE: Sistema de medición de Calidad de la Educación.

SINAE: Sistema nacional de asignación con equidad

VD: Variable dependiente.

VI: Variable independiente.



VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

VPH: Virus del papiloma humano.

WOS: Web of Sciense.



XI.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Campo-Ternera L, Herazo-Beltrán Y, García-Puello F, Suarez-Villa M, Méndez O, Vásquez-De la Hoz F. Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2017; 33 (3): 419-428.
2. OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Desarrollo de la adolescencia [Internet]. [consultado 25 Junio 2018]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
3. Páramo MA. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. Ter Psicol. 2011; 29 (1): 85-95.
4. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev chil pediatr. 2015; 86 (6): 436-443.
5. MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Primeros resultados [Internet]. Santiago: MINSAL; noviembre 2017 [consultado 1 Jun 2018]. Disponible en: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
6. MINSAL. Encuesta de calidad de vida y salud (ENCAVI) 2015-2016 [Internet]. División de planificación sanitaria; febrero 2017 [consultado 5 Nov 2018]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf>
7. MINSAL. Informe de la encuesta mundial de salud escolar 2013 [Internet]. Santiago; Febrero 2016 [consultado 5 Nov 2018]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/EMSE.2013.pdf>

8. Aguayo F, Mella R. Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud. *Cienc enferm.* 2015; 21 (3): 73-85
9. Gómez MA. Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 años [Tesis] [Internet]. Granada: Facultad de Psicología; 2005 [consultado 16 Nov 2018]. Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/15519119.pdf>
10. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians a working document [Internet]. Ottawa; 1981 [consultado 2 Jun 2018]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
11. Vega-Rodríguez P, Álvarez-Aguirre A, Bañuelos-Barrera Y, Reyes-Rocha B, Hernández M. Estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares. *Elsevier.* 2015; 12(4): 182-187.
12. Miranda V, Ayes D. Estilos de vida que practican estudiantes de la escuela universitaria de ciencias de la salud. *Rev Cient Esc Univ Cienc. Salud.* 2016; 2(2): 30-39.
13. Rodríguez J. Hábitos y estilos de vida en la adolescencia y convivencia familiar [Tesis] [Internet]. España: Facultad de Trabajo social; 2017 [consultado 28 Jul 2019]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/6900/Habitos%20y%20%20estilo%20de%20vida%20en%20la%20adolescencia%20y%20convivencia%20familiar.pdf?sequence=1>
14. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE “Consumo perjudicial y Dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años” [Internet]. Santiago; 2013 [consultado 10 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222c0667853b8f8e04001011f016146.p>

df

15. OMS. Alimentación saludable [Internet]; 31 agosto 2018 [consultado 15 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
16. OMS. Actividad física [Internet]; 23 febrero 2018 [consultado 15 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
17. MINSAL. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes [Internet]; 2016 [consultado 10 Jul 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>
18. Ministerio de desarrollo social. Octava encuesta nacional de juventud 2015 [Internet]. INJUV; 2017 [consultado 5 Nov 2018]. Disponible en: http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/Libro_Octava_Encuesta_Nacional_de_Juventud.pdf
19. MINSAL. Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes: nivel especializado de atención abierta y cerrada 2018 [Internet]. Chile; 16 de Noviembre 2018 [consultado 16 Enero 2019]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/Programa-Adolescentes-y-J%C3%B3venes.-Nivel-Especializado-Abierto-y-Cerrado..pdf>
20. OMS. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]; 30 marzo 2018 [consultado 15 Mar 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
21. Mifitbook [Internet]. Chile: Centro de Nutrición Molecular y Enfermedades Crónicas UC; 2012 [citado 25 feb 2019]. Primer Reporte de Resultados Mi Fitbook [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://www.mifitbook.cl/pdf/resultados_mifitbook_dic_2012.pdf

22. Gaete J, Rojas-Barahona CA, Olivares E, Chen MY. Influencia de las conductas promotoras de salud de los padres en la de sus hijos adolescentes Rev Med Chile. 2016; 144: 870-878.
23. GfK [Internet]. Chile: GfK Adimark y Dove; 2016 [citado 4 marz 2019]. La Autoestima en las Jóvenes Chilenas [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: https://www.gfk.com/fileadmin/user_upload/country_one_pager/CL/GfK_Autoestima_en_jovenes_chilenas.pdf
24. MINSAL. Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes: orientaciones generales dirigida a los equipos de Atención Primaria [Internet]. 2011 [consultado 2 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf>
25. Ramírez L, Meneses P, Robledo P, Vega N, D'Angelo C, Millalen C, et al. Servicios de salud integrales, amigables y de calidad para adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva [Internet]. Chile; 2017 [consultado 11 Oct 2018]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/OT-SERVICIOS-AMIGABLES-VERSION-final.pdf
26. Muzzo S. Crecimiento estatural y desarrollo puberal normal y patológico. En: Molina R, Sandoval J, González, editores. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Santiago: Mediterráneo; 2003: p. 50-61.
27. Papalia D, Martorell G. Desarrollo físico y cognoscitivo en la adolescencia. En: Valenzuela F, director/ Rocha M, editora. Desarrollo humano.13ª ed. México: Mc Graw Hill Education; 2015. p.329
28. Papalia D, Martorell G. Desarrollo físico y cognoscitivo en la adolescencia. En: Valenzuela F, director/ Rocha M, editora. Desarrollo humano.13ª ed. México: Mc Graw Hill Education; 2015. p. 343-346.
29. Hayes B, Burdiles P, Narváez P. Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes. Plan de acción 2012-2020 [Internet]. Chile: MINSAL; 2013 [Consultado 1 de Jun 2018]. Disponible en:

<http://www.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>

30. Urie Bronfenbrenner. La ecología del desarrollo humano. 1st.ed. España: Paidós; 1987.
31. Sakraida TJ. Modelo de promoción de la salud. Nola J. Pender. En: Raile M, editores. Modelos y Teorías de Enfermería. 8th. Edición. España: Elsevier; 2015. p. 385-404.
32. Cid P, Merino JM, Stieповich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. Rev. méd. Chile [Internet]. 2006 Dic [citado 2020 Mayo 24] ; 134(12): 1491-1499. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001200001&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001200001>
33. Hendricks C, Murdaugh CL, Pender N. The Adolescent Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. Journal of National Black Nurses' Association: JNBNA. 2006; 17(2):1-5.
34. Sousa P, Gaspar P, Fonseca H, Hendricks C, Murdaugh C. Health promoting behaviors in adolescence: validation of the Portuguese version of the Adolescent Lifestyle Profile. Jornal de Pediatria. 2015; 91(4): 358-365.
35. Ardic Aysun, Esin MN. The Adolescent Lifestyle Profile Scale: Reliability and validity of the Turkish version of the instrument. j nurs res. 2015; 23(1): 33-40
36. Chen MY, Wang EK, Yang RJ, Liou YM: Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. Publ Health Nurs. 2003; 20 (2):104–110.
37. Rojas-Barahona CA, Gaete J, Olivares E, Fořster CA, Chandia E, Mei-Yen Chen MY. Psychometric Evaluation of the Adolescent Health Promotion Scale in Chile: Differences by Socioeconomic Status and Gender. J Nurs Res. 2017; 25(6): 471-480.

38. Shrewsbury VA, Foley BC, Flood VM, Bonnefin A, Hardy LL, Venchiarutti RL, Byth K, et al. School-Level Socioeconomic Status Influences Adolescents' Health-Related Lifestyle Behaviors and Intentions. *J Sch Health*. 2018; 88(8):583-589. Disponible en: doi: 10.1111/josh.1264
39. Sánchez-Oliva D, Grao-Cruces A, Carbonell-Baeza A, Cabanas-Sánchez V, Veiga OL, Castro-Piñero J. Lifestyle Clusters in School-Aged Youth and Longitudinal Associations with Fatness: The UP&DOWN Study. *J Pediatr*. 2018; 203:317-24
40. Mera R, Mera I, Fornos JA, García P, Fernández M, Rodríguez A, et al. Análisis de hábitos nutricionales y actividad física de adolescentes escolarizados. *RIVACANGAS. Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2017; 23(1).
41. Bibiloni Mdel M, Özen AE, Pons A, González-Gross M, Tur JA. Physical Activity and Beverage Consumption among Adolescents. *Nutrients*. 2016; 8(7):389. Disponible en: doi:10.3390/nu8070389
42. Olfert MD, Barr ML, Charlier CC, Greene GW, Zhoun W, Colby SE. Sex Differences in Lifestyle Behaviors among U.S. College Freshmen. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019; 16(3): 482. Disponible en: doi:10.3390/ijerph16030482
43. Rodrigues T, Santos D. Association of sleep quality with sociodemographic factors and lifestyle in adolescents from southern Brazil. *World Journal of Pediatrics*. 2018; 14:383–391. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12519-018-0136-8>
44. Palomino-Devia C, Reyes-Oyola F, Sánchez-Oliver A. Niveles de actividad física, calidad de vida relacionada con la salud, autoconcepto físico e índice de masa corporal: un estudio en escolares colombianos. *Biomédica* 2018; 38:224-31. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3964>
45. Novak D, Štefan L, Emeljanovas A, Mieziene B, Milanović I, Janić SR, et al. Factors associated with good self-rated health in European adolescents: a population-based cross-sectional study. *Int J Public Health*. 2017; 62(9):971- 979.

Disponível em: DOI 10.1007/s00038-017-1015-0

46. Knox E, Muros J. Association of lifestyle behaviours with self-esteem through health-related quality of life in Spanish adolescents. *Eur J Pediatr.* 2017; 176:621–628.
47. Brito MFSF, Pinho L, Brito AB, Messias RB, Pinho S, Oliveira AA, Silva CSO, Volker V, Silveira MF. Fatores associados ao estilo de vida de estudantes do ensino médio de escolas públicas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40: e20180168. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180168>.
48. De Paula R, Muraro A, Melo P, Sousa E, Ferreira M. Skipping breakfast and associated factors among Brazilian adolescents. *Rev. Nutri.* 2017; 30(5), 615-626. <https://dx.doi.org/10.1590/1678-9865201700050000>
49. Larm P, Åslund C, Raninen J, Nilsson KW. Adolescent non-drinkers: Who are they? Social relations, school performance, lifestyle factors and health behaviours. *Drug Alcohol Rev.* 2018 ;37 (1): S67-S75.
50. Moral-García JE, Urchaga-Litago JD, Ramos-Morcillo AJ, Maneiro R. Relationship of Parental Support on Healthy Habits, School Motivations and Academic Performance in Adolescents. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(3): 882.
51. Smorti M, Milone A, Gonzalez J, Vitali G. Adolescent selfie: an Italian Society of Paediatrics survey of the lifestyle of Teenagers. *Italian Journal of Pediatrics.* 2019; 45:62. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0653-7>
52. Klein M, Dusseldorp E, van Nieuwenhuijzen M, Junger M, Paulussen TG, Reijneveld SA. Cultural, social and intrapersonal factors associated with clusters of co-occurring health-related behaviours among adolescents. *Eur J Public Health.* 2015;25(1):31-37.
53. Teh CH, Teh MW, Lim KH, Kee CC, Sumarni MG, Heng PP, et al. Clustering of lifestyle risk behaviours and its determinants among school-going adolescents in a middle-income country: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2019; 19(1):1177

54. Guerrero H, Contreras A. Estilos de vida y características sociodemográficas de adolescentes de cinco instituciones educativas. *Rev. cienc. ciudad.* 2020; 17(1):85-98.
55. Lima-Serrano M, Martínez-Montilla J, Guerra-Martín M, Vargas-Martínez A, Lima-Rodríguez J. Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia. *Gac Sanit.* 2018;32(1):68–71.
56. Bann D, Scholes S, Fluharty M, Shure N. Adolescents' physical activity: cross- national comparisons of levels, distributions and disparities across 52 countries. *Int j behav nutr phy.* 2019; 16:141. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0897-z>
57. Fromel K, Groffik D, Chmelik F, Cocca A, Skalik K. Physical activity of 15–17 years old adolescents in different educational settings: a Polish-Czech study. *Cent Eur J Public Health.* 2018; 26 (2): 137–143.
58. Mielke GI, Brown WJ, Ekelund U, Brage S, Goncalves H, Wehrmeister FC, et al. Socioeconomic position and sedentary behavior in Brazilian adolescents: a life-course approach. *Prev Med.* 2018; 107: 29–35. Disponible en: doi:10.1016/j.ypmed.2017.12.008.
59. Nascente FM, Jardim TV, Peixoto MD, Carneiro C, Mendonça KL, Póvoa TI, et al. Sedentary lifestyle and its associated factors among adolescents from public and private schools of a Brazilian state capital. *BMC Public Health.* 2016;16(1):1177. Disponible en: doi:10.1186/s12889-016-3836-9
60. Grao-Cruces A, Loureiro N, Fernández-Martínez A, Mota J. Influencia de padres y amigos sobre la actividad física de tiempo libre en estudiantes españoles de 12-16 años: diferencias por sexo e intensidad. *Nutr Hosp.* 2016; 33(4):790-793.
61. Langlois J, Omorou AY, Vuillemin A, Briançon S, Lecomte E. Association of socioeconomic, school-related and family factors and physical activity and sedentary behaviour among adolescents: multilevel analysis of the PRALIMAP trial inclusion data. *BMC Public Health.* 2017; 17(1):175.

62. Krist L, Bürger C, Ströbele-Benschop N, Roll S, Lotz F, Rieckmann N, et al. Association of individual and neighbourhood socioeconomic status with physical activity and screen time in seventhgrade boys and girls in Berlin, Germany: a crosssectional study. *BMJ Open* 2017;7:e017974. doi:10.1136/bmjopen-2017- 017974
63. Guadarrama R, Mendoza V, Márquez O, Veytia M, Padilla I. Diferencias en la aplicación de estrategias de afrontamiento adolescente entre alumnos hombres y mujeres del nivel medio superior. *INTERDISCIPLINARIA*.2018;35(1): 205- 216.
64. Coppari N, Barcelata B, Bagnoli L, Codas G, López- Humada H, Martínez- Cañete U. Influencia del sexo, edad y cultura en las estrategias de afrontamiento de adolescentes paraguayos y mexicanos. *Universitas Psychologica*. 2019; 18(1):1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-1.isec>
65. Perez-Fuentes M, Molero M, Gásquez J, Oropesa N, Simón M, Saracostti M. Parenting Practices, Life Satisfaction, and the Role of Self-Esteem in Adolescents. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019; 16: 4045. Disponible en: doi:10.3390/ijerph16204045
66. Mónaco E, Schoeps K, Montoya-Castilla I. Attachment Styles and Well-Being in Adolescents: How Does Emotional Development Affect This Relationship?. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019; 16 (14): 2554. Disponible en: doi:10.3390/ijerph16142554
67. Zaborskis A, Grincaite M. Gender and Age Differences in Social Inequality on Adolescent Life Satisfaction: A Comparative Analysis of Health Behaviour Data from 41 Countries. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018; 15 (7): 1297. Disponible en: doi:10.3390/ijerph15071297
68. Ren Z, Zhou G, Wang Q, Xiong W, Ma J, He M, et al. Associations of family relationships and negative life events with depressive symptoms among Chinese adolescents: A cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2019; 14(7):

- e0219939. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219939>
69. Kohl M, Zemel BS, Compher C, Souders M, Chittams J, Leis A, et al. Characteristics associated with Sleep Duration, Chronotype, and Social jet lag in Adolescents. *J Sch Nurs*. 2016; 32(2): 120–131. Disponible en: doi:10.1177/1059840515603454.
70. Šumskas L, Zaborskis A. Family Social Environment and Parenting Predictors of Alcohol Use among Adolescents in Lithuania. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2017; 14:1037.
71. Redondo-Figuero CG, Hijano JA, Micó C, Amigo T, Noriega MJ, Santamaría A. Comienzo del hábito tabáquico en la adolescencia y factores relacionados. *Bol pediatr* 2017; 57: 20-32.
72. Burke L, Nic Gabhainn S, Kelly C. Socio-Demographic, Health and Lifestyle Factors Influencing Age of Sexual Initiation among Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9):1851. Disponible en: doi: 10.3390/ijerph15091851.
73. Yimer B, Ashebir W. Parenting perspective on the psychosocial correlates of adolescent sexual and reproductive health behavior among high school adolescents in Ethiopia. *Reproductive Health*. 2019; 16:66.
74. Costa-Tutusaus L, Guerra-Balic M. Development and psychometric validation of a scoring questionnaire to assess healthy lifestyles among adolescents in Catalonia. *BMC PublicHealth*. 2016; 16:89.
75. Alvarado ME, Garmendia ML, Acuña G, Santis R, Arteaga O. Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Rev Méd Chile* 2009; 137: 1463-1468.
76. Ministerio de salud. Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el Consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes [Internet]. MINSAL; 2015 [consultado 27 Ene 2019]. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/566/OT->

[Detecci%C3%B3n-IM-y-referencia-drogas-adolescentes.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

77. Gómez-Campos R, Vilcazán É, De Arruda M, Hespagnol JE, Cossio-Bolaños M. Validación de un cuestionario para la valoración de la actividad física en escolares adolescentes. An Fac med. 2012; 73(4):307-13.
78. Gómez-Campos R, De Arruda M, Camargo C, Cossio-Bolaños M. Confiabilidad de un cuestionario que valora la actividad física en adolescentes normopeso y con exceso de peso. Nutr Hosp. 2015; 31 (5):2205-2211.
79. Espinoza M, Celis M, Castro N, Cabrero S, Campos N, Luengo L. Adaptación cultural y validación de escala de Estilo de vida en adolescentes región del BÍO-BIO. 2019. Publicación en proceso.
80. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación [Internet] México: Mc Graw Hill; 2010 [Consultado 1 de Julio 2018]. Disponible en: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
81. INE. Estadísticas de la Región del Bio-Bio: estadísticas de educación [Internet]. Chile; 2017 [Consultado 24 may 2020]. Disponible en: https://regiones.ine.cl/biobio/estadisticas#Estad%C3%ADsticas_de_Educaci%C3%B3n
82. MINSAL. Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes [Internet]. Chile: MINSAL; 2016 [Consultado 23 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-CONTROL-DE-SALUD-INTEGRAL-FINAL.pdf>
83. Lange I, Vio F. Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior [Internet]. Santiago: Andros Limitada; 2006. 51 p. Disponible en: <http://www7.uc.cl/ucsaludable/img/guiaUSal.pdf>
84. KIDSCREEN. Cuestionario KIDSCREEN. Disponible en: <https://www.kidscreen.org/espa%C3%B1ol/cuestionario-kidscreen/>
85. KIDSCREEN. Índice KIDSCREEN-10. Disponible en: <https://www.kidscreen.org/espa%C3%B1ol/cuestionario->

[kidscreen/%C3%ADndice-kidscreen-10/](#)

86. Molina T, Montaña R, González E, Sepúlveda R, Hidalgo-Rasmussen C, Martínez V, et al. Propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos. Rev. méd. Chile. 2014;142 (11): 1415-1421. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001100008&lng=es
87. Rodríguez E. Comités de Evaluación Ética y Científica para la Investigación en Seres Humanos. 2004.
88. Vélez C, Betancurth D. Estilos de vida en adolescentes escolarizados de un municipio colombiano. Rev Cubana Pediatr . 2015; 87(4): 440-448. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000400006&lng=es
89. Agencia de calidad de la educación. Informe de resultados estudio nacional de educación física 8 básico [Internet] [consultado el 21 de enero 2021]. Disponible en: <https://www.24horas.cl/incoming/article2167653.ece/BINARY/Informe%20Nacional%20-%20EducacionFisica2015.pdf>
90. OPS/OMS. Salud de Adolescentes y jóvenes-Perfil de País 2017 Chile [Internet] [Consultado 2 Dic 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/images/profiles/Chile-PAHO%20Adolescents%20and%20Youth%20Health%20Country%20Profile%20V5.0-Spa.pdf>
91. Bastias E, Stiepovich J. Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. Cienc enferm. 2014; 20(2): 93-101.
92. OMS. | La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Internet] [Consultado 16 Abr2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
93. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-

enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Salud colectiva.2007; 3(3): 271-283. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2007.v3n3/271-283/es>

94. MINEDUC. Reconocimiento oficial [Internet]. Chile: Portal de atención ciudadana [Consultado 9 Julio 2018]. Disponible en: <https://www.ayudamineduc.cl/ficha/reconocimiento-oficial-5>
95. Mechada S.. Beneficios de la actividad física para la promoción de la salud. Capítulo 3. Mechada S. En: Actividad física y ejercicio en Salud y Enfermedad. Mechada S.Ed Mediterráneo.2017. Pág. 71.
96. Lebbos A.,Lobedo F. Pediatría, actividad física y salud. Capítulo 16. En: Actividad física y ejercicio en Salud y Enfermedad. Mechada S. Ed Mediterráneo.2017. Pág. 243.
97. Costa P., Cordas T. Trastornos alimentarios. Actividad física y ejercicio. Capítulo 20. En: Actividad física y ejercicio en Salud y Enfermedad. Mechada S. Ed Mediterráneo.2017. Pág. 297.
98. Barbosa, S., Urrea, A. Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. Revista Katharsis, N 25, enero-junio 2018, pp.141-159, Disponible en. <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>.
99. Garcia-Rubio J.,Olivares P, Lopez-Legarrea P., Gomez-Campos R, Cossio-Bolaños M. Merellano-Navarro E. Asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud, el estado nutricional (IMC) y los niveles de actividad física y condición física en adolescentes chilenos. Nutr Hosp. 2015;32:1695-170.

IX. ANEXOS

Anexo 1: Definición de variables.

Variable dependiente del estudio	Definición nominal	Definición operacional	Nivel de medición variable
Estilo de vida	<p>Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta que están determinados por factores socioculturales y características personales (91).</p>	<p>Se medirá con Escala Estilo de vida para adolescentes.</p> <p>El estilo de vida está conformado por 34 preguntas agrupadas en 8 dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actividad física. 2. Nutrición. 3. Sexualidad. 4. Consumo de alcohol y drogas. 5. Relaciones afectivas. 6. Acciones de seguridad. 7. Bienestar 	<p>Cualitativa ordinal. (Los ítems de la escala poseen categorización)</p> <p>Cuantitativa intervalo</p> <p>Dado que la escala tiene un puntaje global se medirá como variable cuantitativa.</p>

		<p>mental.</p> <p>8.Satisfacción escolar Cada ítem tiene respuesta de tipo Likert, donde se asigna un puntaje de 0-2 puntos por ítem: donde</p> <p>0= corresponde a lo peor del comportamiento saludable; 1= medianamente saludable; 2 Siempre saludable.La puntuación máxima es de 136. A mayor puntaje mejor es el estilo de vida (79).</p>	
--	--	---	--

Variable independiente del estudio	Definición nominal	Definición operacional	Nivel de medición de variable
MICROSISTEMA O INFLUENCIAS PERSONALES			
Apoyo social	Es el apoyo emocional e instrumental que se le otorga a un individuo (31)	<p>Se extrajeron 4 preguntas de la Escala de Conductas Promotoras de Salud del Adolescente.</p> <p>Es una escala de tipo Likert, con puntaje de 1-5 puntos por ítem, representando las respuestas: Nunca (1), A veces (2), La mitad de las veces (3), A menudo (4) y Siempre (5).</p> <p>Las preguntas son las siguientes:</p> <p>1.- Expreso mi punto de vista y comparto mis sentimientos con otros.</p>	Variable cualitativa-ordinal.

		<p>2.- Hablo de mis preocupaciones con otras personas.</p> <p>3.- Hablo de mis problemas con otros.</p> <p>4.- Me preocupo por los demás.</p>	
--	--	---	--

FACTORES PERSONALES BIOLOGICOS

Edad.	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el momento de la aplicación del instrumento recolector de datos.	Se medirá en años cumplidos.	Variable cuantitativa discreta
Fases de la adolescencia	Fases en la que se subdivide la adolescencia por rango de edad, en las que acontecen ciertos cambios a nivel físico, psicológico, sexual y social.	<p>-Adolescencia temprana.</p> <p>-Adolescencia media.</p> <p>-Adolescencia tardía.</p>	Variable cualitativa ordinal

Sexo	<p>“Son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer”</p> <p>(92)</p>	<p>-Hombre.</p> <p>-Mujer.</p>	Variable cualitativa nominal-dicotómica
FACTORES PERSONALES PSICOLOGICOS			
Estado de salud percibido	<p>Percepción subjetiva que tiene el individuo sobre su estado de salud general, dependiendo de sus creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona</p> <p>(93).</p>	<p>Mala (1), Regular (2), Buena (3), Muy buena (4) y Excelente (5).</p> <p>¿Tienes alguna discapacidad, enfermedad o problema crónico?</p> <p>Respuesta dicotómica son:</p> <p>Si__ No__</p>	Variable cualitativa-ordinal.

FACTORES PERSONALES SOCIOCULTURALES			
Establecimiento educacional.	Unidad institucional donde se organiza la oferta educativa, cuya autorización y fiscalización a nivel macro es otorgado por el ministerio de educación (94.).	-Colegio Municipal. -Colegio Particular subvencionado. -Urbano. -Rural. -Comuna -IVE	Variable cualitativa nominal-politómica
Curso	Conjunto de estudiantes que sigue simultáneamente un mismo grado de estudios.	Se considerará como una variable numérica. Se medirá a través de una escala politómica con los cursos de quinto básico a cuarto medio.	Variable cuantitativa ordinal.



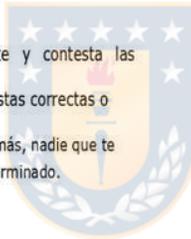
Cuestionario sociodemográfico

N° Folio _____



iHola!

Por favor, lee cada pregunta cuidadosamente y contesta las preguntas de cada cuestionario.
Recuerda: Esto no es un examen. No hay respuestas correctas o incorrectas.
No tienes que mostrar tus respuestas a nadie. Además, nadie que te conoce verá el cuestionario una vez que lo hayas terminado.



I. DATOS PERSONALES

1. ¿Eres hombre o mujer?

Hombre: _____ Mujer: _____

2. ¿En qué curso estás?

3. ¿Qué edad tienes?

4. ¿Como se llama tu colegio?

5. ¿Tienes alguna discapacidad, enfermedad o problema médico crónico?

No _____

Si _____ ¿Cual? _____



Escala KIDSCREEN-10

Nº _____

Acerca de tu salud

Piensa en la última semana...					
	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has sentido bien y en forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Te has sentido lleno/a de energía?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido triste?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Te has sentido solo/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
8. ¿Te has divertido con tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
9. ¿Te ha ido bien en el colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
10. ¿Has podido prestar atención?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

En general, ¿cómo dirías que es tu salud?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

¡Muchas gracias por tu participación!



Escala de conductas promotoras de salud del adolescente

N° _____



Escala de Conductas Promotoras de Salud del Adolescente

Instrucciones

A continuación hay afirmaciones respecto a tu manera de vivir y tus hábitos personales. Marca con una "X" la alternativa que mejor represente tu manera de vida de este año.



1. Como tres comidas diarias	1	2	3	4	5
2. Me preocupo de comer alimentos que contienen poca grasa	1	2	3	4	5
3. Incluyo fibra en mi dieta (por ejemplo, frutas y verduras)	1	2	3	4	5
4. Bebo, al menos, 1.5 Litros de agua al día (o cerca de 6 a 8 tazas)	1	2	3	4	5
5. Cada comida incluye los cinco grupos alimenticios (harinas, lácteos, carnes, frutas y verduras)	1	2	3	4	5
6. Expreso mi punto de vista y comparto mis sentimientos con otros	1	2	3	4	5
7. Me preocupo por los demás	1	2	3	4	5
8. Hablo de mis preocupaciones con otras personas	1	2	3	4	5
9. Hablo de mis problemas con otros	1	2	3	4	5
10. Leo las etiquetas de los productos alimenticios	1	2	3	4	5
11. Cuido mi peso (por ejemplo, no comer en exceso o no comer muy poco)	1	2	3	4	5
12. Hablo acerca de cuestiones de salud con mis profesores, padres o profesionales de la salud	1	2	3	4	5
13. Observo con detención mi cuerpo al menos 1 vez al mes	1	2	3	4	5
14. Leo o veo información sobre la salud (por ejemplo, en Internet o en televisión)	1	2	3	4	5
15. Me esfuerzo por escoger comidas sin preservantes o aditivos artificiales	1	2	3	4	5
16. Trato de quererme a mí mismo(a)	1	2	3	4	5

Anexo 3: Solicitud de autorización de la Dirección de Educación Municipal de Concepción y de cada Director de Establecimiento Educativo

CARTA AL DAEM CONCEPCIÓN



Concepción 11 de Marzo 2019

Sr Jorge Riffo San Martín
Director Dirección de Educación Municipal
Concepción

Estimado Sr. Jorge Riffo:

Junto con saludarle cordialmente, le escribo de acuerdo con la reunión sostenida en enero del presente año, con la finalidad de solicitar formalmente su permiso para acceder a colegios de la comuna de Concepción, para realizar un diagnóstico sobre los Estilos de Vida en Adolescentes de 10 a 19 años.

Este proyecto de investigación cuenta con la Aprobación de Comités de ética de Ética de Investigación, de la Universidad de Concepción y del Servicio de Salud Concepción (se adjunta carta de aprobación de éste último).

Para la aplicación se necesita contar con su aprobación y luego con el/la directora/a del establecimiento, junto con los consentimientos de los padres y/o apoderados y estudiantes.

El tiempo que tomará, será de cuarenta y cinco minutos, donde se aplicará de un cuestionario y se entregarán orientaciones sobre Estilos de vida saludable adolescentes, a los estudiantes que accedan a contestar. Al finalizar entregará un informe estadístico a cada colegio sobre los Estilos de vida saludable.

Para llevar a cabo este proyecto es necesario al menos 800 estudiantes de diferentes índice de vulnerabilidad, por lo que sería de especial valor, diferentes tipos de colegios.

En espera de una favorable acogida, le saluda muy atentamente.

Maritza Espinoza V.
Directora de Proyecto de investigación
Departamento Materno Infantil
mespinoz@udec.cl- Fono cel: +56-991461171

Calle Víctor Lamas No.1135-1137
Fono (56-41) 2661621
Casilla 160 C
e-mail: parriagadas@udec.cl
Concepción, Chile



100 AÑOS
DE
DESARROLLO
LIBRE DEL
ESPIRITU

**Carta a directores de cada
establecimiento**

Colegio Adventista de Talcahuano



Concepción, 04 de Octubre 2018.

Sr. Gerson Venegas Madrigal
Director Colegio Adventista de Talcahuano
P R E S E N T E

REF: Solicita autorización intervención en estilo de vida en
escolares de Quinto a Cuarto medio.

Estimada Sr. Venegas:

Junto con saludar, por medio de la presente vengo a solicitar autorización para realizar una intervención estilos de vida en adolescentes de 10 a 19 años. Esta intervención consiste en aplicar primero una escala que arroja una puntuación sobre estilo de vida, que ellos mismos pueden calcular y obtener. Posterior a esto, se les informa sobre la categoría o nivel de autocuidado del estilo de vida que presentan y reciben información que refuerza o invita a mejorar su estilo de vida, por medio de una guía y orientación sobre el estilo de vida.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,

Maritza Espinoza V.

Directora Proyecto Escala de estilos de vida en adolescentes
Facultad de Enfermería
Universidad de Concepción

Colegio Miguel José Zañartu

San Pedro de la Paz, 9 de octubre 2018.

Sr. Marcos Correa
Director Colegio Miguel José Zañartu
Dirección de Educación Municipal
Municipalidad de San Pedro de la Paz
P R E S E N T E

REF: Solicita autorización aplicación Escala de estilo de vida en escolares de quinto a octavo básico.

Estimado Sr. Correa:

Junto con saludar, por medio de la presente vengo a solicitar autorización para aplicar una escala que consulta sobre los estilos de vida de adolescentes escolares de quinto a octavo básico. Esta escala arroja una puntuación que ellos mismos pueden obtener y posteriormente les orienta sobre la categoría o nivel de autocuidado del estilo de vida que presentan. Junto con ello, reciben información que refuerza o invita a mejorar su mejor estilo de vida. Una vez recogida la información, se entregará un resumen de los antecedentes recabados en este proceso.

Si Ud. lo aprueba:

- Le solicitaré una carta de autorización que se presentará al Comité de ética de investigación del Servicio de Salud Concepción, para obtener la aprobación ética desde el punto de vista de investigación.
- Una vez aprobado por el Comité de ética, se solicitará el permiso escrito a los/las padres/madres o tutores de estudiantes de quinto a octavo básico, y posteriormente el asentimiento de éstos.
- La participación de los adolescentes consistirá en llenar el cuestionario que mide el estilo de vida y posteriormente, según el puntaje, se le entregará una guía y orientación sobre el mejor estilo de vida.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,



Maritza Espinoza V.
Directora Proyecto Escala de estilos de vida em adolescentes
Facultad de Enfermería
Universidad de Concepción

Colegio Gran Bretaña



Concepción, 8 de Abril 2019.

Sra. Sara Ahumada Concha
Directora Colegio Gran Bretaña
Dirección de Educación Municipal
Municipalidad de Concepción
P R E S E N T E

REF: Solicita autorización intervención en estilo de vida en escolares de quinto a cuarto medio.

Estimada Sra. Sara Ahumada:

Junto con saludar, por medio de la presente vengo a solicitar autorización para realizar una intervención estilos de vida en adolescentes de 10 a 19 años. Esta intervención consiste en aplicar primero una escala que arroja una puntuación sobre estilo de vida, que ellos mismos pueden calcular y obtener. Posterior a esto se les informa sobre la categoría o nivel de autocuidado del estilo de vida que presentan y reciben información que refuerza o invita a mejorar su estilo de vida, por medio de una guía y orientación sobre el estilo de vida.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,

Maritza Espinoza V.

Directora Proyecto Escala de estilos de vida en adolescentes

Facultad de Enfermería

Universidad de Concepción

Calle Víctor Lamas No.1135-1137
Fono (56-41) 2661621
Casilla 160 C
e-mail: pamiagadas@udec.cl
Concepción, Chile



100 AÑOS
DE
DESARROLLO
LIBRE DEL
ESPIRITU

Colegio República del Ecuador



Concepción, 13 de Abril 2019.

Sra. Victoria Uribe Allen
Directora Colegio República del Ecuador
P R E S E N T E

REF: Solicita autorización intervención en estilo de vida en escolares de Quinto a Cuarto medio.

Estimada Sra. Victoria Uribe:

Junto con saludar, por medio de la presente vengo a solicitar autorización para realizar una intervención estilos de vida en adolescentes de 10 a 19 años. Esta intervención consiste en aplicar primero una escala que arroja una puntuación sobre estilo de vida, que ellos mismos pueden calcular y obtener. Posterior a esto, se les informa sobre la categoría o nivel de autocuidado del estilo de vida que presentan y reciben información que refuerza o invita a mejorar su estilo de vida, por medio de una guía y orientación sobre el estilo de vida.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maritza Espinoza V.", written over a faint circular watermark of the Universidad de Concepción logo.

Maritza Espinoza V.

Directora Proyecto Escala de estilos de vida en adolescentes
Facultad de Enfermería
Universidad de Concepción

Calle Víctor Lamas No.1135-1137
Fono (56-41) 2661621
Casilla 160 C
e-mail: parragadas@udec.cl
Concepción, Chile



100 AÑOS
DE
DESARROLLO
LIBRE DEL
ESPIRITU

Colegio Técnico Profesional Los Acacios



Concepción, 11 de Junio 2019.

Sr. Eduardo Mosso Chamorro
Rector Colegio Técnico Profesional Los Acacios
P R E S E N T E

REF: Solicita autorización intervención en estilo de vida en
escolares de Quinto a cuarto medio.

Estimado Sr. Eduardo Mosso:

Junto con saludar, por medio de la presente vengo a solicitar autorización para realizar una intervención estilos de vida en adolescentes de 10 a 19 años. Esta intervención consiste en aplicar primero una escala que arroja una puntuación sobre estilo de vida, que ellos mismos pueden calcular y obtener. Posterior a esto, se les informa sobre la categoría o nivel de autocuidado del estilo de vida que presentan y reciben información que refuerza o invita a mejorar su estilo de vida, por medio de una guía y orientación sobre el estilo de vida.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maritza Espinoza V.", written over a faint watermark of the Universidad de Concepción logo.

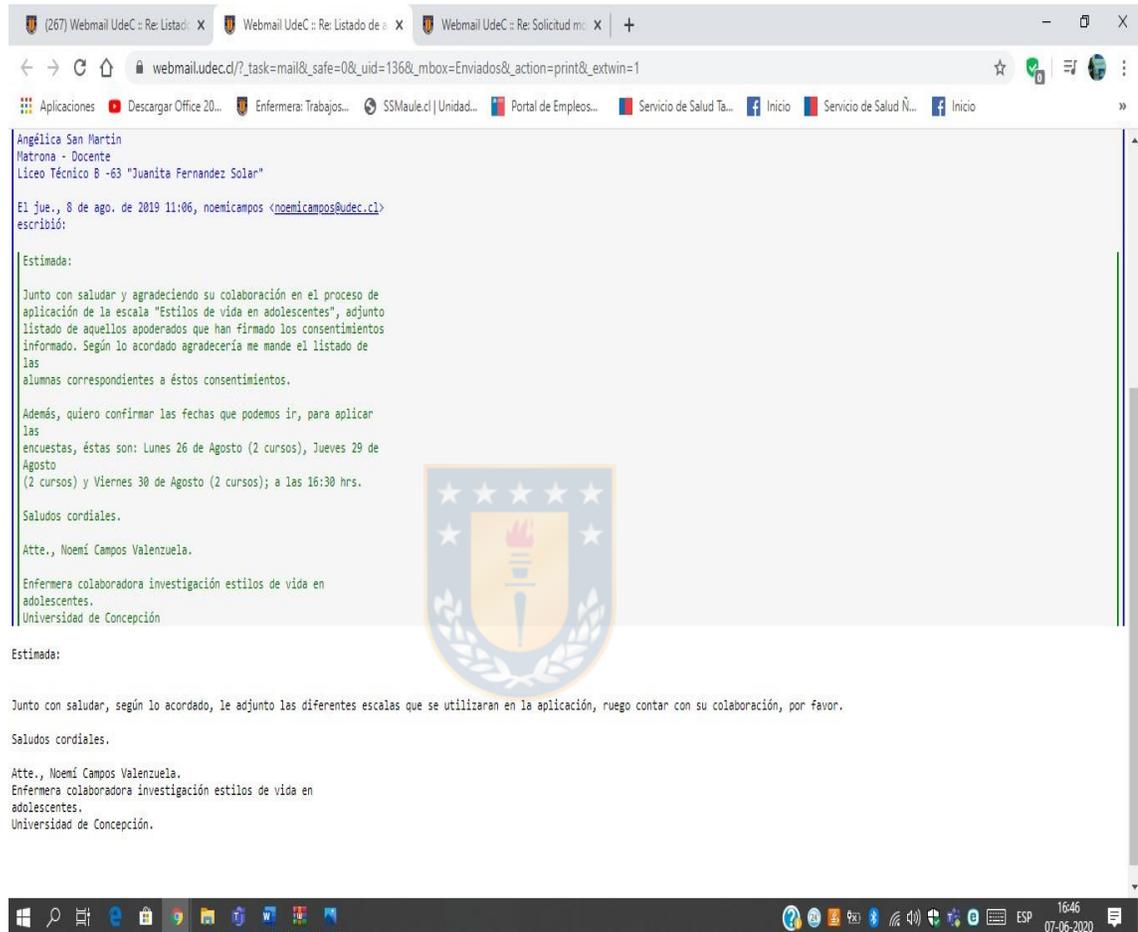
Maritza Espinoza V.

Directora Proyecto Escala de estilos de vida en adolescentes

Facultad de Enfermería

Universidad de Concepción

Liceo Técnico B-63 “Juanita Fernández Solar”



Webmail UdeC :: Re: Listado de ... X Webmail UdeC :: Re: Listado de ... X Webmail UdeC :: Re: Solicitud m... X +

webmail.udec.cl/?_task=mail&_safe=0&_uid=136&_mbox=Enviados&_action=print&_extwin=1

Aplicaciones Descargar Office 20... Enfermera:Trabajos... SSMaule.cl | Unidad... Portal de Empleos... Servicio de Salud Ta... Inicio Servicio de Salud N... Inicio

Angélica San Martín
Matrona - Docente
Liceo Técnico B -63 "Juanita Fernández Solar"

El jue., 8 de ago. de 2019 11:06, noemicampos <noemicampos@udec.cl> escribió:

Estimada:

Junto con saludar y agradeciendo su colaboración en el proceso de aplicación de la escala "Estilos de vida en adolescentes", adjunto listado de aquellos apoderados que han firmado los consentimientos informado. Según lo acordado agradecería me mande el listado de las alumnas correspondientes a éstos consentimientos.

Además, quiero confirmar las fechas que podemos ir, para aplicar las encuestas, éstas son: Lunes 26 de Agosto (2 cursos), Jueves 29 de Agosto (2 cursos) y Viernes 30 de Agosto (2 cursos); a las 16:30 hrs.

Saludos cordiales.

Atte., Noemí Campos Valenzuela.
Enfermera colaboradora investigación estilos de vida en adolescentes.
Universidad de Concepción

Estimada:

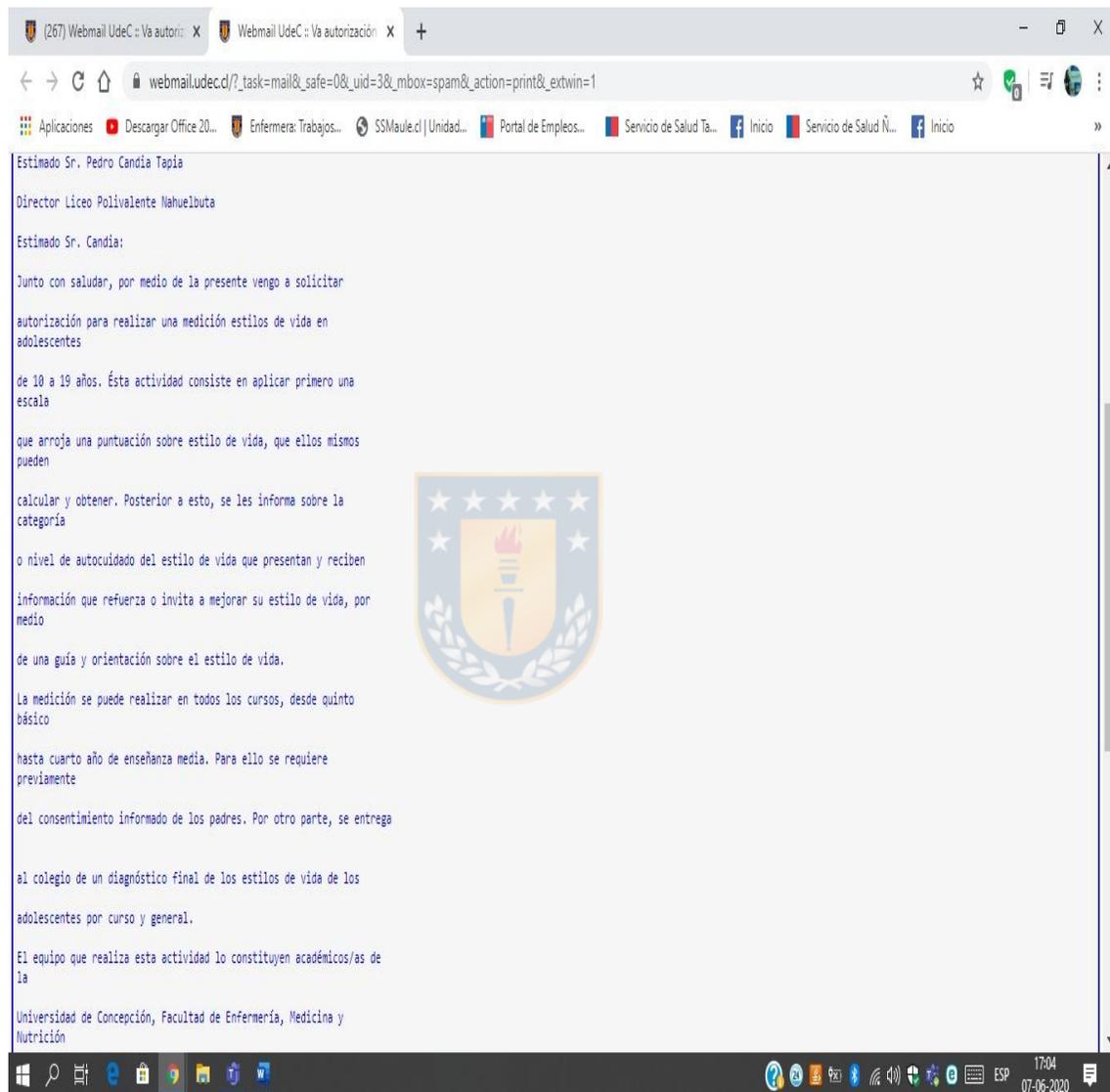
Junto con saludar, según lo acordado, le adjunto las diferentes escalas que se utilizaran en la aplicación, ruego contar con su colaboración, por favor.

Saludos cordiales.

Atte., Noemí Campos Valenzuela.
Enfermera colaboradora investigación estilos de vida en adolescentes.
Universidad de Concepción.



Liceo Polivalente Nahuelbuta



Estimado Sr. Pedro Candia Tapia

Director Liceo Polivalente Nahuelbuta

Estimado Sr. Candia:

Junto con saludar, por medio de la presente vengo a solicitar autorización para realizar una medición estilos de vida en adolescentes de 10 a 19 años. Ésta actividad consiste en aplicar primero una escala que arroja una puntuación sobre estilo de vida, que ellos mismos pueden calcular y obtener. Posterior a esto, se les informa sobre la categoría o nivel de autocuidado del estilo de vida que presentan y reciben información que refuerza o invita a mejorar su estilo de vida, por medio de una guía y orientación sobre el estilo de vida.

La medición se puede realizar en todos los cursos, desde quinto básico hasta cuarto año de enseñanza media. Para ello se requiere previamente del consentimiento informado de los padres. Por otro parte, se entrega al colegio de un diagnóstico final de los estilos de vida de los adolescentes por curso y general.

El equipo que realiza esta actividad lo constituyen académicos/as de la Universidad de Concepción, Facultad de Enfermería, Medicina y Nutrición



Anexo 4: Cartas de apoyo del DAEM, del y directores de establecimientos



CARTA AUTORIZACION

Se autoriza a la **Dra. Maritza Ana Beatriz Espinoza Venegas**, de la facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción a realizar Proyecto de investigación en establecimientos educativos municipales de la Comuna sobre “Estilos de Vida en Adolescentes”.

Esto a manera de promover formas de vida saludable dentro de la población estudiantil, con el compromiso de compartir sus resultados a manera de conocer realidad de nuestros alumnos adolescentes.

Se mantendrá la confidencialidad de la información a manera de resguardar datos personales.



JORGE RIFFO SAN MARTIN
DIRECTOR (E)

**DIRECCION DE ADMINISTRACION DE EDUCACION
MUNICIPAL CONCEPCION**

RSA/rle

CONCEPCION, 26 de marzo de 2019

Colegio Adventista de Talcahuano



COMITE ETICO CIENTIFICO SERVICIO SALUD CONCEPCIÓN

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012.
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 7583/ 08.09.17

CARTA DE RESPALDO DIRECTOR DE COLEGIO PARA LA PRESENTACION DE PROYECTO AL CEC SS CONCEPCIÓN

San Pedro de la Paz 9 de octubre, 2018.

Sr/a Maria Antonia Bidegain
Presidenta Comité Ético Científico
Servicio de Salud Concepción
P R E S E N T E

REF: Carta Apoyo Presentación Protocolo/ Proyecto de Investigación

Estimada Sra:

En mi calidad de Director del Colegio Adventista de Talcahuano, declaro conocer el protocolo/proyecto de investigación titulado: "Adaptación Cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío" y sus documentos anexos, el cual autorizo para que sea presentado a evaluación / aprobación por el CEC por la Dra Maritza Espinoza Venegas.

A este respecto:

- Certifico que Maritza Espinoza V. tiene la experiencia y conocimientos necesarios para ser el Investigador Responsable de este proyecto de investigación.
- Declaro que el Investigador Responsable tiene la competencia suficiente para asumir las tareas inherentes a esta función.
- Certifico que este protocolo/proyecto no contraviene las guías de buenas prácticas vigentes en este colegio.
- Declaro que existe infraestructura y recursos humanos que permiten desarrollar este protocolo/proyecto.
- Para el desarrollo del proyecto se solicitará el permiso a los/las padres/madres o tutores de estudiantes entre 10 a 14 años, y posteriormente el asentimiento de éstos.
- La participación de los adolescentes que den su asentimiento, consistirá en llenar un cuestionario que mide el estilo de vida y posteriormente se refuerza o invita a mejorar su mejor estilo de vida.
- En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho protocolo/proyecto en nuestro Colegio y estoy de acuerdo con que sea presentado al Comité Ético Científico para su revisión/aprobación.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,



GERSON VENEGAS MADRIGAL
DIRECTOR COLEGIO ADVENTISTA DE TALCAHUANO

c.c: Dra. Maritza Espinoza V.

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. **Página 1**
ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GCP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION

Liceo Polivalente Nahuelbuta

Webmail UdeC : Va autorización X +

webmail.udec.cl/?_task=mail&_safe=0&_uid=3&_mbox=spam&_action=print&_extwin=1

Aplicaciones Descargar Office 20... Enfermera: Trabajos... SSMaule.cl | Unidad... Portal de Empleos... Servicio de Salud Ta... Inicio Servicio de Salud N... Inicio

Asunto **Va autorización de Contulmo Medición de Estilos de Vida en el Liceo**

De Maritza Ana Beatriz Espinoza Venegas <mespinoz@udec.cl>

Destinatario noemicampos <noemicampos@udec.cl>

Fecha 2020-06-03 11:54

Webmail

----- Mensaje Original -----

Asunto: Re: Medición de Estilos de Vida en el Liceo

Fecha: 2019-04-15 19:35

De: pedro alejandro candia tapia <profecandia@yahoo.es>

Destinatario: "mespinoz@udec.cl" <mespinoz@udec.cl>

Responder a: "profecandia@yahoo.es" <profecandia@yahoo.es>

Estimada Maritza:

Con mucho agrado acepto la invitación a participar de este estudio. Ruego fijar fechas de visita, para coordinar con las actividades propias de nuestro liceo. Agradecido quedó a su disposición.



Enviado desde Yahoo Mail para Android [1]

El lun., 15 de abr. de 2019 a la(s) 19:19, Maritza Ana Beatriz Espinoza Venegas <mespinoz@udec.cl> escribió:

Estimado Sr. Pedro Candia Tapia

Director Liceo Polivalente Nahuelbuta

Estimado Sr. Candia:

Junto con saludar, por medio de la presente vengo a solicitar autorización para realizar una medición estilos de vida en adolescentes de 10 a 19 años. Ésta actividad consiste en aplicar primero una escala que arroja una puntuación sobre estilo de vida, que ellos mismos pueden

11:15 07-06-2020

Colegio Gran Bretaña

Webmail UdeC: Fwd: Re: Solicit... X Webmail UdeC: Fwd: Re: Solicit... X +

webmail.udec.cl/?_task=mail&_safe=0&_uid=2&_mbox=spam&_action=print&_extwin=1

Aplicaciones Descargar Office 20... Enfermera: Trabajos... SSMaule.cl | Unidad... Portal de Empleos... Servicio de Salud Ta... Inicio Servicio de Salud N... Inicio

Asunto **Fwd: Re: Solicitud de autorización para aplicación de escala en estudiantes adolescentes**

De noemicampos <noemicampos@udec.cl>

Destinatario Maritza Espinoza Venegas <mespinoz@udec.cl>

Fecha 2019-04-09 11:43

Webmail

----- Mensaje Original -----
Asunto: Re: Solicitud de autorización para aplicación de escala en estudiantes adolescentes
Fecha: 2019-04-09 09:04
De: SARA AHUMADA CONCHA <saryzahumada@gmail.com>
Destinatario: noemicampos <noemicampos@udec.cl>

Noemi un saludo cordial, al respecto le comento que no tenemos problemas para que aplique la escala que mide los estilos de vida saludable a nuestros alumnos, para acordar la parte operativa coordine con el departamento de Orientación, cuyo correo es orientacioncb@gmail.com y su número de teléfono directo es 412250190.
Atenta a sus comentarios

Sara Ahumada Concha
Directora Colegio Gran Bretaña
"PIENSA EN QUE DIOS TE HA PUESTO A CREAR EL MUNDO DEL MAÑANA".

GABRIELA MISTRAL

El mar., 9 abr. 2019 a las 9:32, Liceo Gran Bretaña (<granbretana@daemconcepcion.cl>) escribió:

----- Forwarded message -----
De: NOEMICAMPOS <noemicampos@udec.cl>
Date: lun., 8 abr. 2019 a las 20:25
Subject: Solicitud de autorización para aplicación de escala en estudiantes adolescentes
To: <granbretana@daemconcepcion.cl>

Estimada Directora:

Junto con saludar, me presento, mi nombre es Noemí Campos, soy Enfermera, y junto a mi colega Maritza Espinoza, queremos solicitar autorización para aplicar en su colegio una escala que mide los

11:19 07-06-2020

Liceo Técnico B-63 “Juanita Fernández Solar”

Webmail UdeC: Re: Listado de... x Webmail UdeC: Re: Listado de... x +

webmail.udec.cl/?_task=mail&_safe=0&_uid=136&_mbox=Enviados&_action=print&_extwin=1

Aplicaciones Descargar Office 20... Enfermera: Trabajos... SSMaule.cl | Unidad... Portal de Empleo... Servicio de Salud Ta... Inicio Servicio de Salud Ñ... Inicio

Asunto **Re: Listado de apoderados y días de aplicación de la escala.**

De noemicampos <noemicampos@udec.cl>

Destinatario angelica san martin <sanmartin.angelica@gmail.com>

Fecha 2019-08-30 15:11

Webmail

- Índice de Alimentación .pdf (120 KB)
- Cuestionario CRAFFT.pdf (116 KB)
- Cuestionario de actividad física IPAQ_2019 _short.pdf (79 KB)
- EScala promoción salud AHPIS_Chilean version_32items.pdf (445 KB)

El 2019-08-21 20:32, angelica san martin escribió:

Estimada Noemí, la próxima semana será imposible realizar las actividades en el horario propuesto ya que nuestro liceo celebrará su aniversario. Si estariamos en condiciones de realizarla la semana siguiente (primera semana de septiembre) en los horarios propuestos.

Saludos cordiales

Angélica San Martín
Matrona - Docente
Liceo Técnico B -63 "Juanita Fernandez Solar"

El jue., 8 de ago. de 2019 11:06, noemicampos <noemicampos@udec.cl> escribió:

Estimada:

Junto con saludar y agradeciendo su colaboración en el proceso de aplicación de la escala "Estilos de vida en adolescentes", adjunto listado de aquellos apoderados que han firmado los consentimientos informado. Según lo acordado agradecería me mande el listado de las alumnas correspondientes a éstos consentimientos.

Además, quiero confirmar las fechas que podemos ir, para aplicar las encuestas, éstas son: Lunes 26 de Agosto (2 cursos), Jueves 29 de Agosto (2 cursos) y Viernes 30 de Agosto (2 cursos); a las 16:30 hrs.

11:39
07-06-2020

Liceo República del Ecuador

The screenshot shows a web browser window with three tabs. The active tab is titled "Webmail UdeC :: Re: Listado de...". The address bar shows the URL "webmail.udec.cl/?task=mail&safe=0&uid=61&mbox=Enviados&action=print&extwin=1". The browser's taskbar at the bottom includes icons for "Aplicaciones", "Descargar Office 20...", "Enfermera: Trabajos...", "SSMaule.cl | Unidad...", "Portal de Empleos...", "Servicio de Salud Ta...", "Inicio", "Servicio de Salud N...", and another "Inicio".

Asunto Re: Agenda entrevista.

De noemicampos <noemicampos@udec.cl>

Destinatario Liceo República del Ecuador <ecuador@daemconcepcion.cl>

Cc Maritza Espinoza Venegas <mespinoz@udec.cl>

Fecha 2019-04-15 13:24

El 2019-04-15 12:47, Liceo República del Ecuador escribió:

Srta.
Noemí Campos Valenzuela
Presente.

Junto con saludar a usted y dar respuesta a su correo de fecha 13 de abril, le comunico que el día miércoles 17 de abril a las 08:15 horas es posible entrevista sobre el tema planteado.

Atentamente,

Victoria Uribe Allen
Director Colegio R. del Ecuador.



Estimada Directora:

Estaremos junto con mi colega, en el Colegio en el horario que usted señaló.

Gracias por su disposición.

Saludos cordiales.

Atte., EU. Noemí Campos Valenzuela.

The taskbar at the bottom of the screenshot shows the Windows Start button, search icon, task view, and several application icons including Chrome, File Explorer, and Word. The system tray on the right shows the time as 13:29 and the date as 07-06-2020.

Colegio Técnico Profesional Los Acacios

Webmail UdeC :: Solicito inform: X Webmail UdeC :: Solicito inform: X +

webmail.udec.cl/?_task=mail&_safe=1&_uid=510&_mbox=INBOX&_action=print&_extwin=1

Aplicaciones Descargar Office 20... Enfermera: Trabajos... SSMaule.cl | Unidad... Portal de Empleos... Servicio de Salud Ta... Inicio Servicio de Salud N... Inicio

Asunto **Solicito información**

De ACA-Prof- Catalina Romero <c.romero@coemco.cl>

Destinatario <noemicampos@udec.cl>

Fecha 2019-08-06 10:26

Webmail

Noemí, recibimos tu correo solicitando la aplicación de la escala que mide los estilos de vida de los adolescentes. Tenemos algunas dudas, como la cantidad de estudiantes que necesitan. Podríamos reunirnos acá el viernes a las 11.30 horas. Atentamente,

Catalina Romero Chávez
Orientadora E. Media
Colegio Técnico Profesional los Acacios



Colegio Miguel José Zañartu



COMITÉ ETICO CIENTIFICO SERVICIO SALUD CONCEPCIÓN

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012.
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 7583/ 08.09.17

CARTA DE RESPALDO DIRECTOR DE COLEGIO PARA LA PRESENTACION DE PROYECTO AL CEC SS CONCEPCIÓN

San Pedro de la Paz 9 de octubre, 2018.

Sr/a María Antonia Bidegain
Presidenta Comité Ético Científico
Servicio de Salud Concepción
PRESENTE

REF: Carta Apoyo Presentación Protocolo/ Proyecto de Investigación

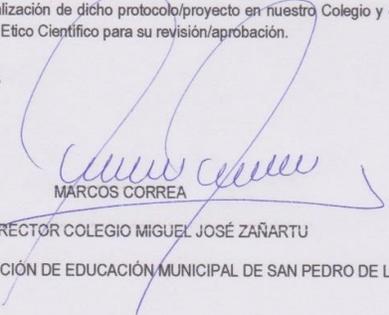
Estimada Sra:

En mi calidad de Director del Colegio Miguel José Zañartu, declaro conocer el protocolo/proyecto de investigación titulado: "Adaptación Cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bio-Bio" y sus documentos anexos, el cual autorizo para que sea presentado a evaluación / aprobación por el CEC por la Dra Maritza Espinoza Venegas.

A este respecto:

- Certifico que Maritza Espinoza V. tiene la experiencia y conocimientos necesarios para ser el Investigador Responsable de este proyecto de investigación.
- Declaro que el Investigador Responsable tiene la competencia suficiente para asumir las tareas inherentes a esta función.
- Certifico que este protocolo/proyecto no contraviene las guías de buenas prácticas vigentes en este colegio.
- Declaro que existe infraestructura y recursos humanos que permiten desarrollar este protocolo/proyecto.
- Para el desarrollo del proyecto se solicitará el permiso a los/las padres/madres o tutores de estudiantes entre 10 a 14 años, y posteriormente el asentimiento de éstos.
- La participación de los adolescentes que den su asentimiento, consistirá en llenar un cuestionario que mide el estilo de vida y posteriormente se refuerza o invita a mejorar su mejor estilo de vida.
- En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho protocolo/proyecto en nuestro Colegio y estoy de acuerdo con que sea presentado al Comité Etico Científico para su revisión/aprobación.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,


MARCOS CORREA

DIRECTOR COLEGIO MIGUEL JOSÉ ZAÑARTU

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE SAN PEDRO DE LA PAZ

c.c: Dra. Maritza Espinoza V.

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. Página 1
ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE
ARMONIZACIÓN(GCP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE
SALUD CONCEPCION

Anexo 5: Aprobación proyecto versión anterior por diferentes Comités Éticos.

Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería



Universidad de Concepción
FACULTAD DE ENFERMERIA



Concepción 29 de Septiembre de 2019

Ref: Resolución N°066-19

Sra.
Noemí Campos V.
Investigadora Principal
Presente.

Estimada Investigadora:

Junto con saludar, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería, integrado por los académicos Luis Luengo M. y Mónica Burgos M. en sesión del día 26 de septiembre del año en curso, analizaron la última versión del proyecto de investigación "Estilos de vida de los adolescentes de colegios públicos de la comuna de Concepción, y su relación con los programas de intervención en salud y otros factores, 2019".

Este Comité ha decidido la aprobación de este proyecto para continuar con las instancias siguientes para su ejecución.

Atentamente,


Mónica Burgos M.
Presidenta CEC
Facultad Enfermería



Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 515 -2019.

Concepción, octubre de 2019.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el protocolo del PROYECTO DE TESIS titulado **“ESTILOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DE COLEGIOS PÚBLICOS DE LA COMUNA DE CONCEPCIÓN, Y SU RELACIÓN CON LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD Y OTROS FACTORES, 2019”** postulado por la Enfermera **SRTA. NOEMÍ CAMPOS VALENZUELA**, en calidad de candidata al grado de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía **DRA. MARITZA ESPINOZA VENEGAS**, docente del Departamento de Fundamentos de Enfermería y Salud Pública de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y procedimientos éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para estudios que involucran personas.

La presente propuesta del Proyecto de Tesis para la obtención del grado de Magíster en Enfermería tiene como objetivo general identificar los estilos de vida de los adolescentes de colegios públicos de la comuna de Concepción y su relación con la participación en los programas de intervención en salud y otros factores, 2019. Para esto, propone ejecutar las actividades descritas en 03 (tres) objetivos específicos. Inicialmente pretende describir los estilos de vida en los adolescentes que estudian en los colegios públicos de la comuna de Concepción y describir las variables de características individuales, del macrosistema, microsistema y factores personales de estos adolescentes. Con los resultados del desarrollo descriptivo, buscará identificar las variables independientes (macrosistema o apoyo social, microsistema o influencias interpersonales, características individuales y factores personales) que más se relacionan significativamente con los estilos de vida de los adolescentes. Todo lo anterior está detallada y rigurosamente descrito en **“IV. METODOLOGÍA”**.

Para este estudio cuantitativo, de corte transversal de alcance correlacional, la participación de cada sujeto seleccionado, estudiante entre 10 a 19 años de edad, inscrito regularmente en establecimiento educacional público de la comuna de Concepción (21 colegios particulares subvencionados y 30 colegios municipales), estará basada en los procesos de consentimiento informado y de asentimiento informado – este último para menores de 18 años, toda vez que sea regularmente aplicado y firmado. Estos procesos serán documentados conforme modelos presentados a este Comité institucional.

Serán excluidos del estudio, adolescentes (estudiantes) con déficit cognitivo y/o con alteraciones no corregidas de los órganos de los sentidos, que impidan la correcta aplicación del instrumento.

La custodia de las informaciones y de los resultados del estudio que se propone, será de cargo de la Investigadora Responsable, la Enfermera Srta. Noemí Campos Valenzuela.

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empredec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



100 AÑOS
DE
DESARROLLO
LIBRE DEL
ESPIRITU



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

La ejecución de este proyecto de tesis presentado a revisión al Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los sujetos participantes en la investigación, garantizando la libertad, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que respaldan la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia de la información obtenida, con estricta observancia de todas las características formales y necesarias para su validez.

Este Comité considera que el proyecto presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos del Niño derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana" y la Ley N° 19.628 "Sobre Protección de la Vida Privada". Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT.

En atención a todo lo anterior y considerando que el proyecto de tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería por la Universidad de Concepción, titulado "ESTILOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DE COLEGIOS PÚBLICOS DE LA COMUNA DE CONCEPCIÓN, Y SU RELACIÓN CON LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD Y OTROS FACTORES, 2019" presentado por la SRTA. NOEMÍ CAMPOS VALENZUELA, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación que involucra a seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.


DRA. MARÍA ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS
PRESIDENTA
COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C - Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



100 AÑOS
DE
DESARROLLO
LIBRE DEL
ESPIRITU

Anexo 6: Solicitud y respuesta cambio de temática del proyecto de tesis a Comité de Magister.



Chillán, 16 de abril 2020

Dra. Patricia Cid Henríquez
Directora del Programa Magíster en Enfermería
Universidad de Concepción

Estimada Dra. Patricia Cid:

Junto con saludar y esperando se encuentre bien, y en respuesta a la resolución del Comité del Programa de Magister sobre mi proyecto titulado ***"Estilos de vida de los adolescentes de colegios públicos de la en comuna de Concepción, y su relación con los programas de intervención en salud y otros factores, 2019"***, puedo agregar que:

-Dada la contingencia sanitaria que imposibilita acceder a la población de estudio de adolescentes que asisten a colegios y que el retornar a la "normalidad en los estilos de vida" para tomar la muestra, se ve cada vez más difícil, es por lo que, se decide en conjunto con mi profesora Guía, el evaluar la factibilidad de trabajar con la base de datos del estudio ***"Adaptación Cultural y Validación de la Escala de Estilo de Vida en Adolescentes de la Región del Bío-Bío"***, del cual formo parte como tesista y he apoyado íntegramente en la recolección y construcción de la base de datos. Este estudio contempla variables me permitirían desarrollar mi tesis, sin embargo:

-Lo anterior significa que mi proyecto deberá modificarse en algunos aspectos y que sólo se podrán resolver parcialmente algunos objetivos del estudio. Estos objetivos fueron expuestos por mi profesora guía al Comité del Programa de Magister.

-También deberé modificar la fuente de la recolección de datos, puesto que, ésta, será obtenida de una fuente secundaria, que corresponde a la base de datos del estudio de adaptación y validación de la escala.

-Entiendo que esta nueva situación de mi proyecto de tesis, como el de mi profesora deberá ser informada a los Comités Ético Científicos que correspondan para resguardar los principios éticos que se requieren en una investigación.

Según lo expuesto quedo atenta a una nueva consideración si es necesario,

Saluda atentamente.

Noemí Campos Valenzuela
Candidata Grado de Magíster
Estudiante Magíster en Enfermería
Universidad de Concepción

Webmail UdeC :: Re: Solicit... x Webmail UdeC :: Re: Solicitud m... x Webmail UdeC :: Solicito inform... x

webmail.udec.cl/?_task=mail&_safe=1&_uid=900&_mbox=INBOX&_action=print&_extwin=1

Aplicaciones Descargar Office 20... Enfermera: Trabajos... SSMaule.cl | Unidad... Portal de Empleos... Servicio de Salud Ta... Inicio Servicio de Salud N... Inicio

Asunto **Re: Solicitud modificación muestra de mi proyecto de tesis**

De Patricia Cid <patcidh@gmail.com>

Destinatario noemicampos <noemicampos@udec.cl>, Maritza Espinoza Venegas <mespinoz@udec.cl>

Cc Andrea Gayoso <agayoso@udec.cl>

Fecha 2020-04-30 14:56

Estimada Noemi

Junto con saludar, comunico a usted que en reunión de hoy jueves 30 de abril el Comité acepta su propuesta de modificación de su proyecto. Recordando a usted, también informar sobre este cambio a la Comisión evaluadora y a los CEC, como lo menciona en su carta.

Éxito en su investigación

Cordiales saludos

El mié., 15 abr. 2020 a las 20:19, noemicampos (<noemicampos@udec.cl>) escribió:

Estimada Directora:

Junto con saludar y esperando que se encuentre bien, adjunto carta dirigida a usted.

Desde ya muchas gracias.

Atte.,

...

EU. Noemí Campos Valenzuela
Candidata Grado Magister en Enfermería
Universidad de Concepción
(56) 941767180



Anexo 7: Permiso Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción a estudio de fuente secundaria.



ACTA DE EVALUACION COMITE ETICO CIENTIFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012.
REACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 7583 /08.09.17

Concepción, 18 de diciembre de 2018

Código CEC Nuevo Proyecto **18-11-99**

EU. Maritza Espinoza V.
Investigador Responsable
Presente

Ref: Adaptación cultural y validación de la escala Estilo de vida en adolescentes de la región del Bío Bío

Estimada Sra. Espinoza

Junto con saludarle, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, con fecha 18 de diciembre de 2018 recepcionó y revisó las enmiendas efectuadas al protocolo de estudio de la referencia, en respuesta a las observaciones planteadas en el acta de este comité de fecha 27 de noviembre de 2018.

CONCLUSION:

Teniendo presente lo adecuado del diseño y la ausencia de objeciones éticas, este Comité considera que no hay impedimentos para la realización de este estudio. Y por lo tanto, con fecha 18 de diciembre de 2018, el Comité aprueba la realización de este estudio bajo su conducción como investigadora responsable y se procede a aprobar y timbrar con esta fecha los siguientes documentos:

- Protocolo del estudio titulado Adaptación cultural y validación de la escala Estilo de vida en adolescentes de la región del Bío Bío. Versión 3.0, Dic. 2018
- Anexos:
 - Cuestionario Fantástico, versión adaptada en población chilena adulta
 - Cuestionario Internacional de actividad física IPAQ
 - Índice Global de alimentación
 - Escala CRAFFT
 - KIDSCREEN-10 Index
 - Cuestionario Fantástico, versión adaptada en población adolescentes
 - Preguntas versión prueba piloto Cuestionario Fantástico, versión Adolescentes.
- Documento de Consentimiento Informado (Adolescente mayor de 18 años). Versión 3.0, Dic. 2018
- Documento de Consentimiento Informado (Padres / Apoderados). Versión 3.0, Dic. 2018
- Documento de Asentimiento Informado. Versión 3.0, Dic. 2018

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. **Página 1**
ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GCP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION



ACTA DE EVALUACION COMITE ETICO CIENTIFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012.
REACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 7583 /08.09.17

Se deja constancia que los abajo firmantes informarán al CEC sobre esta aprobación expedita en la próxima reunión del jueves 20 de diciembre próximo.

Además, este Comité solicita que:

1. El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados en su institución
2. Los reportes de efectos adversos y enmiendas se entreguen al comité en conjunto con una opinión personal del investigador, sobre la relevancia de ellos en el proyecto, los riesgos y la voluntariedad del paciente.
3. Informar a lo menos 1 vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen
4. La validez de esta aprobación es por un año.
5. Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.
6. Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta 15 años cerrado el estudio.
7. En toda futura correspondencia hacer referencia al número de código asignado

Atentamente,


Ing. Ricardo Saldías Cerda
Secretario CEC-SSC

CC: Archivo CEC




Dr. Nélsón Pérez Terán
Presidente (S) CEC-SSC

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. Página 2
ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GCP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION

Anexo 8: Aprobación de nuevo proyecto de tesis por parte del Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción.



ACTA DE REUNIÓN COMITE ETICO CIENTIFICO.

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012.
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 7583 /08.09.17

Concepción, 29 de diciembre de 2020

Código CEC Nuevo Proyecto 20-06-23

Enf. Noemí Campos Valenzuela
Investigadora Responsable,
Presente

Ref: Estilos de vida de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Biobío y su relación con factores personales y del microsistema, 2019

Estimada investigadora

Junto con saludarles, nos permitimos informar a usted, que el Comité ético científico del Servicio de Salud Concepción, en reunión mediante video llamada del 29 de diciembre de 2020, tomó conocimiento y aprobó respuesta a observaciones planteadas por este comité en reunión de fecha 23 de junio de 2020.

Miembros del Comité Ético Científico que participaron en la sesión videollamada del 29 de diciembre de 2020:
Q: 07 / 09

Nombre y apellidos	Profesión/Institución	Cargo CEC
Sylvia Asenjo M.	Médico Pediatra Endocrinóloga/UdeC	Integrante permanente / externa
María A. Bidegain S.	Médico Pediatra Nefrólogo	Integrante permanente / externa
Claudio Bustos	Psicólogo	Integrante permanente / externo
Felipe León M.	Abogado / SSC	Integrante permanente / Abogado
Mónica Zúñiga	Matrona	Integrante permanente / externo
Salvador Cabrera	Químico farmacéutico /HGGB	Integrante permanente / Vice Presidente
Nelson Pérez T	Médico Psiquiatra / HGGB	Integrante permanente / Presidente

Excusas: Ricardo Saldías, MC Fellay Lic. Médica

Documentos recepcionados para revisión:

- Carta conductora a presidente CEC-SSC
- Declaración BPC Investigadora Responsable
- Nueva versión proyecto de investigación

CONCLUSION: Por lo tanto, con fecha 29 de diciembre de 2020, el Comité aprueba las enmiendas realizadas al proyecto y aprueba la ejecución de este, bajo su conducción como investigador responsable. Por lo tanto, se procede a aprobar y timbrar con esta fecha los siguientes documentos:

- Protocolo de estudio "Estilos de vida de los adolescentes de establecimientos educacionales públicos de algunas comunas de la región del Biobío y su relación con factores personales y del microsistema, 2019" Versión 2

Anexos:

- Instrumento recolector de datos "FANTASTICO"
- Cuestionario sociodemográfico
- Escala Kidscreen-10

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. Página 1
ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GCP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION



ACTA DE REUNIÓN COMITE ETICO CIENTIFICO.

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012.
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 7583 /08.09.17

- Escala de conductas promotoras de salud adolescente
- Consentimiento informado para apoderados con pupilos menores a 18 años
- Consentimiento informado en adolescentes mayores de 18 años.
- Asentimiento informado

Además, este Comité solicita que:

1. El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados en su institución.
2. El Investigador responsable debe cumplir con el adecuado manejo de la información, asegurando la no utilización de datos que pueda identificar a los participantes.
3. Las enmiendas, reportes de eventos adversos y desvíos de protocolo se entreguen al comité en conjunto con una opinión personal del investigador, sobre la relevancia de ellos en el proyecto.
4. Informar a lo menos una vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen
5. La validez de esta aprobación es por un año.
6. Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.
7. Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta quince años cerrado el estudio
8. En toda futura correspondencia hacer referencia al número de código asignado
9. Cumplir con la normativa y protocolos de seguridad del establecimiento y/o centro de investigación.

Atentamente,


Ing. Ricardo Saldías Cerda
Secretario CEC-SSC


Dr. Nelson Pérez Terán.
Presidente CEC-SSC

- Archivo CEC

Anexo 9: Consentimiento informado para apoderados con pupilos menores a 18 años



CONSENTIMIENTO INFORMADO (PADRES/ APODERADOS)



N° Folio: _____

Estimado(a) Señor(a):

El presente documento tiene como fin solicitar su consentimiento para la participación de su hijo(a)/ pupilo(a) en la investigación titulada **“Adaptación Cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío”**.

Esta investigación es realizada por profesionales del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción y tendrá como Investigadora Responsable del estudio, a la **Dra. Maritza Espinoza Venegas**.

El objetivo de este estudio es efectuar la adaptación cultural, la validación y prueba de confiabilidad de una escala que mida el estilo de vida en adolescentes chilenos.

Su hijo(a)/ pupilo(a) está invitado(a) a participar de este estudio por ser un adolescente chileno y por estar además, matriculado(a) en un establecimiento educativo en la Región del Bío-Bío (colegios particulares, subvencionados y municipales).

La participación de su hijo(a) / pupilo(a) en este estudio consiste en responder una serie de preguntas de alternativas relacionadas con la temática de investigación, siempre relacionada al estilo de vida del/ de la adolescente en Chile. Para ello, su hijo(a) / pupilo(a) no necesitará salir de su sala de clases, pues la encuesta será aplicada en ese mismo lugar y siempre acompañado de su profesor(a).

Antes de decidir autorizar a que su hijo(a) / pupilo(a) participe o no, debe Ud. conocer y comprender que la colaboración aportará a un beneficio mayor, que es la elaboración y prueba de un cuestionario que evalúa comportamientos de los adolescentes en diferentes aspectos como son la alimentación, ejercicio, consumo de tabaco, aspectos afectivos y de sexualidad, entre otros. Los resultados permitirán su utilización en acciones que beneficien y fomenten conductas saludables en los adolescentes.

Los riesgos identificados a la participación de su hijo(a) / pupilo(a) en el estudio son mínimos y están sólo asociados al resguardo de la información, para lo cual se han tomado medidas de protección. Sin embargo, en el caso que se produjese alguna molestia producto de la intervención, a su hijo(a) / pupilo(a) se le brindará la atención requerida. Para ello, basta informar de inmediato a la Investigadora Responsable.

En todo momento se mantendrá la estricta confidencialidad de la información, a través del resguardo de los datos, es decir, ninguna persona o institución ajena al grupo de investigación conocerán sus datos, los cuales estarán protegidos con un número de folio, sin nombres o apellidos, y serán guardados por la Investigadora Responsable.

Los resultados de la investigación podrán ser utilizados en conferencias y publicaciones científicas, siempre manteniendo el anonimato de su identidad y de las todas las personas e instituciones participantes.

La participación de su hijo(a) / pupilo(a) en este estudio es totalmente libre y voluntaria y tomará un tiempo de 20 minutos. No hay costos ni incentivos económicos por participar en ella. Si decide autorizar la participación

tiene derecho a ser informado(a) del progreso del estudio y de sus resultados finales. Para ello el contacto será con la Investigadora Responsable.

Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirar su hijo(a) / pupilo(a) de la investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, no pierden ningún derecho que le asiste.

Si retira el consentimiento, los datos referentes a su hijo(a) serán eliminados y la información obtenida no será utilizada en este estudio.

Si tiene alguna duda o más preguntas sobre la investigación, o desea saber los avances y resultados de esta, puede comunicarse con la Investigadora Responsable, Dra. Maritza Espinoza Venegas al celular (+56) 9 91461171 o al correo electrónico mespinoz@udec.cl; también puede comunicarse con la Dra. María Antonia Bidegáin, Presidenta del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, al teléfono (41) 272 2745, o con el Dr. José Becerra A., Presidente del Comité de Ética de la Universidad de Concepción, al teléfono (41) 220 4302.

Si acepta que su hijo(a) participe del estudio, rogamos firmar el Acta de Consentimiento que sigue.

ACTA DE CONSENTIMIENTO

Acepto y autorizo que mi hijo(a) participe de manera libre y voluntaria en el estudio "Adaptación Cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío", sobre la base de que he entendido que:

- a) Su participación es libre y voluntaria.
- b) No hay costos ni incentivos económicos para que mi hijo(a) / pupilo(a) participe en esta investigación.
- c) Podré retirar mi hijo(a) / pupilo(a) de este estudio en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones y sin que ello le perjudique de ninguna forma.
- d) La información que mi hijo(a) / pupilo(a) entregue, será confidencial y estará resguardada por la Investigadora Responsable dentro de su oficina ubicada en la Universidad de Concepción en un espacio con llave especialmente adaptado para ello.
- e) Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero la identidad de mi hijo(a) / pupilo(a) no será revelada y sus datos personales permanecerán de forma confidencial, como así también de otros participantes y de las instituciones educativas.
- f) Puedo hacer las preguntas necesarias para estar informado acerca de la participación de mi hijo(a) / pupilo(a) en este estudio.

Este documento se firmará en dos ejemplares, siendo una copia para Usted y otra para la Investigadora Responsable.

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre del Padre/Madre Participante

Firma Apoderado(a)

Nombre de la Investigadora Responsable Firma

Nombre Director(a) o su delegado/ Ministro de F.Firma

CI Padres- Versión 3.0 –Diciembre / 2018



Anexo 10: Consentimiento informado en adolescentes mayores de 18 años.



CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADOLESCENTE MAYOR DE 18 AÑOS)



N° Folio: _____

Estimado(a) Joven:

El presente documento tiene como fin solicitar tu consentimiento de participación en la investigación titulada **"Adaptación Cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío"**.

Esta investigación es realizada por profesionales del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción y tendrá como Investigadora Responsable de este estudio a la **Dra. Maritza Espinoza Venegas**.

El objetivo de este estudio es efectuar la adaptación cultural, la validación y prueba de confiabilidad de una escala que mida el estilo de vida en adolescentes chilenos.

Estás siendo invitado(a) a participar de este estudio por ser un adolescente chileno, con la condición además, de estar matriculado en un establecimiento educativo en la Región del Bío-Bío (colegios particulares, subvencionados y municipales).

Tu participación en este estudio consiste en responder una serie de preguntas de alternativas relacionadas con la temática de investigación, siempre relacionada al estilo de vida del adolescente en Chile, lo que demorará un tiempo de 20 minutos. Para ello no necesitarás salir de tu sala de clases, pues será aplicada en ese mismo lugar y siempre acompañado de tu profesor(a).

Antes de decidir participar o no, debes conocer y comprender que tu colaboración aportará a un beneficio mayor, que es la elaboración y prueba de un cuestionario que evalúa comportamientos de los adolescentes en diferentes aspectos como son la alimentación, ejercicio, consumo de tabaco, aspectos afectivos y de tu sexualidad entre otros. Los resultados permitirán su utilización en acciones que beneficien y fomenten conductas saludables en los adolescentes.

Los riesgos de tu participación en el estudio son mínimos y están sólo asociados al resguardo de la información, para lo cual se han tomado medidas de protección. En el caso que se produjese alguna molestia producto de la intervención, se te brindará la atención requerida. Para ello, basta informar de inmediato a la Investigadora Responsable.

En todo momento se mantendrá la estricta confidencialidad de la información, a través del resguardo de los datos, es decir, ninguna persona o institución ajena al grupo de investigación conocerán los resultados, los cuales estarán protegidos con un número de folio, sin nombres o apellidos, y serán guardados por la Investigadora Responsable.

Los resultados de la investigación podrán ser utilizados en conferencias y publicaciones científicas, siempre manteniendo el anonimato de tu identidad y de las todas las personas e instituciones participantes.

tiene derecho a ser informado(a) del progreso del estudio y de sus resultados finales. Para ello el contacto será con la Investigadora Responsable.

Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirar su hijo(a) / pupilo(a) de la investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, no pierden ningún derecho que le asiste.

Si retira el consentimiento, los datos referentes a su hijo(a) serán eliminados y la información obtenida no será utilizada en este estudio.

Si tiene alguna duda o más preguntas sobre la investigación, o desea saber los avances y resultados de esta., puede comunicarse con la Investigadora Responsable, Dra. Maritza Espinoza Venegas al celular (+56) 9 91461171 o al correo electrónico mespinoz@udec.cl; también puede comunicarse con la Dra. María Antonia Bidegáin, Presidenta del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, al teléfono (41) 272 2745, o con el Dr. José Becerra A., Presidente del Comité de Ética de la Universidad de Concepción, al teléfono (41) 220 4302.

Si acepta que su hijo(a) participe del estudio, rogamos firmar el Acta de Consentimiento que sigue.

ACTA DE CONSENTIMIENTO

Acepto y autorizo que mi hijo(a) participe de manera libre y voluntaria en el estudio “**Adaptación Cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío**”, sobre la base de que he entendido que:

- a) Su participación es libre y voluntaria.
- b) No hay costos ni incentivos económicos para que mi hijo(a) / pupilo(a) participe en esta investigación.
- c) Podré retirar mi hijo(a) / pupilo(a) de este estudio en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones y sin que ello le perjudique de ninguna forma.
- d) La información que mi hijo(a) / pupilo(a) entregue, será confidencial y estará resguardada por la Investigadora Responsable dentro de su oficina ubicada en la Universidad de Concepción en un espacio con llave especialmente adaptado para ello.
- e) Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero la identidad de mi hijo(a) / pupilo(a) no será revelada y sus datos personales permanecerán de forma confidencial, como así también de otros participantes y de las instituciones educativas.
- f) Puedo hacer las preguntas necesarias para estar informado acerca de la participación de mi hijo(a) / pupilo(a) en este estudio.

Este documento se firmará en dos ejemplares, siendo una copia para Usted y otra para la Investigadora Responsable.

Fecha ____/____/____

Nombre del Padre/Madre Participante

Firma Apoderado(a)

Nombre de la Investigadora Responsable Firma

Nombre Director(a) o su delegado/ Ministro de Fe Firma

CI Padres- Versión 3.0 –Diciembre / 2018



Anexo 11: Asentimiento informado



ASENTIMIENTO INFORMADO

N° Folio: _____

Hola,

Mi nombre es **Maritza Espinoza Venegas**, soy enfermera de la Universidad de Concepción y estoy realizando un estudio para conocer el estilo de vida de los/las adolescentes y para ello quiero pedirte que me apoyes.

El título de la propuesta de estudio es **“Adaptación cultural y validación de la escala de estilo de vida en adolescentes de la región del Bío-Bío”**.

Tu participación consistirá en responder varias preguntas sobre tema cultural, lo que demorará alrededor de 20 (veinte) minutos. Todas las respuestas, servirán para construir un cuestionario definitivo que mida los comportamientos en diferentes áreas como por ejemplo, la alimentación, ejercicio y otros hábitos.

Tu participación es decisión tuya, aun cuando tu familia haya dicho que puedes participar, si no quieres hacerlo puedes decir que no.

También quiero que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar, no habrá ningún problema.

Esta información es confidencial, es decir, no le diré a nadie tus respuestas, solo lo sabrán las personas que forman parte de mi equipo de estudio para estudiar los resultados de todas las encuestas.

Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias o publicados, sin que nadie sepa lo que me contaste, ni tu identidad, ni el lugar donde estudias.

Si decides participar y quieres saber de los avances y resultados de este estudio, también te puedes comunicar conmigo.

Si tienes dudas, siempre puedes preguntar, mi número de teléfono es +56 9 91461171 y mi correo electrónico es mespinoz@udec.cl.

Si quieres saber más acerca de este estudio, puedes comunicarte con la Dra. María Antonia Bidegaín, Presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, a través del teléfono (41) 272 2745 o con el Dr. José Becerra A., Presidente del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, a través del teléfono (41) 220 4302.

A continuación, te pido que marques con una “X” en el cuadro de abajo y elijas entre las siguientes opciones.

SI, QUIERO PARTICIPAR

NO QUIERO PARTICIPAR

Fecha _____/_____/_____

Tu nombre: _____

Tú puedes firmar aquí: _____

Mi firma: _____

Este documento se firmará en dos ejemplares, siendo una copia para ti y otra para la Investigadora Responsable.

