

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA



**“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: SU RELACIÓN CON LA
PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE LOS ADOLESCENTES, Y EL
DESARROLLO DE CONDUCTAS DE RIESGO EN SALUD”**

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar al
Licenciado en Enfermería

ELIAS H. FUENTEALBA GUTIERREZ
VALDIVIA – CHILE
2007

Profesor patrocinante:

Nombre : Beate Messing
Profesión : Enfermera
Grados : Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

Profesor Informante:

- 1) Nombre : Srta. Cecilia Molina
Profesión : Enfermera - Matrona
Grados : Magíster en Enfermería, mención medico Quirúrgica

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :
- 2) -Nombre : Dra. Regina Barra
-Profesión : Médico Cirujano, Especialista en Salud Familiar y Comunitaria
-Grados :

-Instituto : Salud Publica
-Facultad : Medicina
-Firma :

DEDICATORIA

Primero que todo quisiera agradecerle a Dios por permitirme realizar mis sueños, tener una hermosa familia que me apoya en cada uno de mis pequeños grandes pasos, por tenerlos a mi lado y poder disfrutar de ellos. Gracias Dios por tener a mi lado a una hermosa mujer, que sin su apoyo incondicional habría claudicado en los momentos más difíciles.

Por último quisiera dedicar este trabajo a cada una de las personas que han depositado su confianza en mí, a todas aquellas que he conocido durante mi vida social y comparten sus sueños y esperanza con las mías, fortaleciendo mi espíritu de servicio y vocación social.

INDICE

Pág.

RESUMEN

SUMMARY

1. INTRODUCCIÓN:

Presentación del problema y motivos
que sustentan el trabajo.....1-2

2. MARCO TEÓRICO:

2.1 La adolescencia y el desarrollo de conductas
de riesgo en salud.....3-14

2.2 Autoconcepto y la autoestima.....14-18

2.3 Funcionamiento familiar.....18-23

2.4 Doroty Johnson; Modelo de sistemas conductuales.....23-24

3. OBJETIVOS:

3.1 General I y específicos.....25

3.2 General II y específicos.....25-26

4. MATERIAL Y MÉTODO:

4.1 Tipo de investigación.....27

4.2 Población de estudio.....27

4.3 Lugar de desarrollo.....27

5. MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	28-29
6. MÉTODO PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADO.....	30
7. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	31-32
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS:	
8.1 Antecedentes personales y familiares de los estudiantes de octavo año y escuela, Valdivia 2006.....	33-48
8.2 Relación de las características personales de los estudiantes de octavo año con la autoestima, el funcionamiento familiar y las conductas de riesgo en salud, Valdivia 2006.....	49-56
8.3 Relación de las características personales de los estudiantes de octavo año y el nivel de autoestima.....	57-61
9. DISCUSIÓN.....	62-66
10. CONCLUSIONES.....	67-68
11. BIBLIOGRAFÍA.....	69-71
12. Anexo I: Consentimiento informado.....	73
13. Anexo II: cuestionario.....	74-81

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
I. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO AÑO Y ESCUELA, VALDIVIA 2006.	
GRÁFICO N° 1. Distribución porcentual de la población estudiantil, sexo y escuela, Valdivia 2006.....	según 33
GRÁFICO N° 2. Distribución porcentual de la población estudiantil, edad y escuela, Valdivia 2006.....	según 34
GRÁFICO N° 3. Distribución porcentual de la población estudiantil, rendimiento académico y escuela, Valdivia 2006.....	según 35
GRÁFICO N° 4. Distribución porcentual de la población estudiantil, estructura familiar y escuela, Valdivia 2006.....	según 36
GRÁFICO N° 5. Distribución porcentual de la población estudiantil, funcionalidad familiar y escuela, Valdivia 2006.....	según 37
GRÁFICO N° 6. Distribución porcentual de la población estudiantil, nivel socioeconómico y escuela, Valdivia 2006.....	según 38
GRÁFICO N° 7. Distribución porcentual de la población estudiantil, según nivel autoestima y escuela, Valdivia 2006.....	39
GRÁFICO N° 8. Distribución porcentual de la población estudiantil, según la conducta de fumar y escuela, Valdivia 2006.....	40
GRÁFICO N° 9. Distribución porcentual de la población estudiantil, según la conducta de fumar semanalmente y escuela, Valdivia 2006.....	41
GRÁFICO N° 10. Distribución porcentual de la población estudiantil, según la conducta de consumir alcohol y escuela, Valdivia 2006.....	42
GRÁFICO N° 11. Distribución porcentual de la población estudiantil, que se han embriagado alguna vez y escuela, Valdivia 2006.....	43

GRÁFICO N° 12. Distribución porcentual de la población estudiantil, que han consumido algún tipo de droga ilícita y escuela, Valdivia 2006.....	44
GRÁFICO N° 13. Distribución porcentual de la población estudiantil, según presencia de actividad sexual y escuela, Valdivia 2006.....	45
GRÁFICO N° 14. Distribución porcentual de la población estudiantil, según protección al momento de tener una relación sexual y escuela, Valdivia 2006.....	46
GRÁFICO N° 15. Distribución porcentual de la población estudiantil, según realización de algún tipo de deporte y escuela, Valdivia 2006	47
GRÁFICO N° 16. Distribución porcentual de la población estudiantil, según actividad física al menos dos veces por semana y escuela, Valdivia 2006.....	48

INDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Pág.

II. RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO AÑO CON LA AUTOESTIMA, EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN SALUD, VALDIVIA 2006.

GRÁFICO N° 1. Distribución porcentual, según nivel de autoestima que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y el tipo de funcionalidad familiar al cual pertenecen. Valdivia 2006.....	49
GRÁFICO N° 2. Distribución porcentual, según el tipo de funcionalidad familiar que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber fumado cigarrillos alguna vez. Valdivia 2006.....	50
GRÁFICO N° 3. Distribución porcentual, según el tipo de funcionalidad familiar que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber consumido algún tipo de bebida alcohólica. Valdivia 2006.....	52
TABLA N° 4. Distribución numérica y porcentual, según el tipo de funcionalidad familiar que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber consumido algún tipo de droga ilícita. Valdivia 2006.....	53

GRÁFICO N° 5. Distribución porcentual, según el tipo de funcionalidad familiar que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber tenido alguna vez relaciones sexuales. Valdivia 2006.....54

TABLA N° 6. Distribución numérica y porcentual, según el tipo de funcionalidad familiar que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de realizar algún tipo de deporte. Valdivia 2006.....55

TABLA N° 7. Distribución numérica y porcentual, según el tipo de funcionalidad familiar que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de realizar actividad física al menos dos veces por semana. Valdivia 2006.....56

III. RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO AÑO Y EL NIVEL DE AUTOESTIMA.

GRÁFICO N° 1. Distribución numérica y porcentual, según el nivel de autoestima que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber fumado cigarrillos alguna vez. Valdivia 2006.....57

TABLA N° 2. Distribución numérica y porcentual, según el nivel de autoestima que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber consumido algún tipo de bebida alcohólica. Valdivia 2006.....58

TABLA N° 3. Distribución numérica y porcentual, según el nivel de autoestima que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber consumido algún tipo de droga ilícita. Valdivia 2006.....59

GRÁFICO N° 4. Distribución numérica y porcentual, según el nivel de autoestima que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber tenido alguna vez relaciones sexuales. Valdivia 2006.....60

GRÁFICO N° 5. Distribución numérica y porcentual, según el nivel de autoestima que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de realizar actividad física al menos dos veces por semana. Valdivia 2006.....61

RESUMEN

Durante el último tiempo, el funcionamiento familiar ha cobrado importancia debido a la nueva visión que tienen los profesionales de la salud y las nuevas políticas de promoción y prevención en los centros de salud familiar. La nueva forma de intervenir en los problemas de salud pública se basan en el concepto de que el ser humano es un sistema complejo individual que se interrelaciona e interactúa con un sistema mayor que es su familia y la comunidad.

Para poder mejorar la calidad de nuestro actuar de Enfermería debemos contextualizar los conocimientos de nuestra población, principalmente el sistema de la familia, para de esta forma, poder comprender cómo se desarrollan las conductas de riesgo en salud, causantes de tantos trastornos psico-orgánicos. Para esto se llevó a cabo esta investigación, que trata de averiguar si el funcionamiento familiar guarda relación con la percepción de seguridad de los adolescentes y el desarrollo de las conductas de riesgo en salud.

Para detectar el desarrollo precoz de las conductas de riesgo en salud se creó una encuesta autoadministrada (Mi Familia y Yo) que fue aplicada a 76 estudiantes que cursaban el octavo año básico durante el 2006 de la Escuela N° 1 y 28 estudiantes de la Escuela Carlos Brándago, conformando un universo de 104 adolescentes.

Se trabajó con establecimientos educacionales de similares características para obtener una muestra semihomogénea. De la población en estudio se puede concluir que la mayoría de los estudiantes son de sexo masculino, que tienen más de trece años, en su mayoría tiene un nivel socioeconómico medio y su rendimiento académico es regular o bueno. El nivel de autoestima de adolescentes fluctúa entre medio alto y medio bajo.

La mayoría de las familias de los adolescentes posee una estructura de tipo completa, destacando significativamente aquellas con una estructura incompleta o extensa, además se debe destacar que la mayoría de ellas tiene riesgo en su funcionalidad familiar.

Los datos obtenidos y las pruebas estadísticas aplicadas sugieren que el funcionamiento familiar de los estudiantes de octavo año de los establecimientos educacionales estudiados, se asocia al consumo de alcohol, la presencia de relaciones sexuales y el nivel de autoestima. Por otro lado podemos decir que el nivel de autoestima se relaciona al consumo de cigarrillos y la realización de actividad física.

Los datos obtenidos y resultados obtenidos reafirman algunas teorías acerca del funcionamiento familiar de autores como Olson y resultados de investigaciones previas como la realizada en Chile por Hidalgo 1999, además la presente investigación es herramienta que puede ser utilizada como referencia en la creación de programas de intervención en salud familiar - escolar, y ser la base de futuras investigaciones.

SUMMARY

For some time, family functioning has gained importance because of the new vision sustained by health professionals and new family health center policies on health promotion and prevention. The new way of intervention on public health problems are based on the concept that the human being is a complex individual system that interacts with greater systems, such as his family and the community.

In order to improve the quality of nursing intervention, we must contextualize the knowledge about our people, mainly the family system, so we can understand how health risk behaviors, which cause so many psicorganic disorders, are developed. To achieve this goal this research was carried out, which seeks to determine if family functioning is related to the self-esteem, safety perception and the development of health risk behaviors of teenagers.

To detect the early development of health risk behaviors, a self-applied survey was created (My family and I), which was applied to 76 students who enrolled in the eighth year during 2006 at School N° 1 and 28 students at the “Carlos Brándago” School, forming a universe of 104 adolescents.

We worked with schools with similar characteristics to obtain a semi-homogenous sample. Mayor outcomes show a majority of male students, which are more than thirteen years old, mostly middle class and their academic performance is good or regular. The level of self-esteem of adolescents varies between medium high and medium low.

Most of the adolescents have a complete structure family type, however there is a remarkable group with a family structure significantly incomplete or extensive. It also significant that most of them have a family with their functionality at risk.

The statistical analysis of the data obtained suggest that the family functioning of the eighth-grade students at both of the studied schools, were associated with alcohol consumption, the presence of sexual activity and the level of self-esteem. On the other hand we can say that the level of self-esteem is related to cigarette smoking and sedentary habits.

The outcomes confirm some theories about the family functioning of authors as Olson and results of previous research in Chile, Hidalgo (1999). This research is a tool that can be used as reference in creating intervention programs in health family health at school, and form the basis for future research.

1. INTRODUCCIÓN

La atención en salud ha sufrido grandes transformaciones funcionales, conceptuales y estructurales a lo largo de la historia, debido a la necesidad de adaptarse a las demandas en salud de la sociedad moderna. Es así como con la aplicación del nuevo modelo de atención biopsicosocial en la atención primaria se ha desarrollado una nueva disciplina, la “Salud Familiar” que tiene sus cimientos en el modelo biopsicosocial e incorpora a la familia dentro del proceso de atención.

La salud familiar en los centros de atención primaria ha transformado la forma de realizar la promoción y prevención en salud, abordando los problemas transdisciplinarios desde una nueva perspectiva que se origina de la concepción de que el ser humano es un individuo integral y espiritual que proviene de una familia y se relaciona con otros seres humanos que conforman su comunidad y que son parte de la sociedad.

La familia es el núcleo de la sociedad y el sostén de cada individuo y sin duda forma parte esencial del desarrollo de las conductas humanas y en el desarrollo de su personalidad hasta lograr su propia identidad durante la adolescencia. Es aquí donde la familia juega un rol primordial ya que las características y funciones familiares son un factor protector o condicionante del desarrollo de conductas de riesgo en salud.

Según el INE (Instituto Nacional de Estadística Chile) el 44.8 % de los adolescentes entre 15 – 19 años de edad ha fumado durante el último mes y un 20 % lo hace de forma regular, un 15 % de ellos consume grasas saturadas todos los días, un 73 % no realiza actividad física fuera de su horario de trabajo o escolar durante al menos 30 minutos. Según el CENSO 2002, un 12.3 % de los jóvenes declara tener hijos y de los datos se desprende que los jóvenes tienen una iniciación sexual temprana (enseñanza básica), además se puede decir que a través del índice de bebedor problema (EBBA) el 19.9 % de los adolescentes son bebedores problemas. Por otro lado los padres, según el INE, en Chile dedican un promedio de 2.13 horas promedio a compartir con su familia. Es así como estos factores pueden condicionar o facilitar la aparición de enfermedades psicorgánicas como lo demuestran la investigación realizada por la Pontificia Universidad Católica de Chile “Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar”. (Weinreich y Hidalgo, 2004.)

Desde que nacemos la familia se convierte en un factor que influye positiva o negativamente en el desarrollo de nuestras conductas y de nuestra personalidad, es así como el siguiente estudio pretende investigar la asociación del funcionamiento familiar con la percepción de seguridad de los adolescentes a través del autoconcepto y el desarrollo de conductas de riesgo en salud.

La salud familiar en nuestro país es un área en desarrollo, por lo cual esta investigación tiene como propósito ser motivación y base de futuras investigaciones respecto al tema, determinar si los resultados de otros estudios, como los mencionados anteriormente, se aplican en la comunidad valdiviana, y transformarse en herramienta de trabajo de los profesionales de la salud, para conocer mejor a nuestra población y utilizar de mejor manera los recursos materiales, tecnológicos y humanos, y de esta forma orientar la atención hacia la resolución de la causa de los problemas de la salud pública.

2. MARCO TEORICO

2.1 LA ADOLESCENCIA Y EL DESARROLLO DE CONDUCTAS DE RIESGO EN SALUD:

La OMS define la *adolescencia* “es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años”. Paralelamente con ésta, tenemos también la *juventud* que comprende el período entre 15 y 24 años de edad, es una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere.

Krauskopf (1995) define a la adolescencia como el período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanza su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.

La adolescencia está ligada a los cambios económicos, culturales, al desarrollo industrial, educacional y al papel de la mujer, ya que estos factores son los que determinan sus procesos psicosociales, por lo cual pueden generar crisis y conflictos, debido a que es en esta etapa donde se generan los grandes cambios y transformaciones biopsicosociales que determinan la independencia personal.

El periodo de transición entre la niñez y la adolescencia es la pubertad período en el cual comienzan a elevarse los senos en las mujeres y hace su aparición el pelo público pigmentado en los varones. El comienzo de la maduración sexual va acompañado de una aceleración brusca del crecimiento, tanto de altura como de peso, seguido del resto de las características sexuales primarias y secundarias, que dura unos 2 años. Posteriormente comienzan los cambios físicos y hormonales propios de la adolescencia, el impulso sexual y el desarrollo cognitivo.

La etapa que precede a la adolescencia es la pubertad que corresponde al período de los cambios biológicos, hormonales, corporales, fisiológicos, para dar paso a los cambios psicológicos, emocionales, cognitivos, conductuales, propios de la adolescencia. (Gesell, A. 1960).

La pubertad comienza en las niñas con la menarquía (aprox. 12 o 13 años) y los varones, con la primera polución (aprox. 14 años) Ambos límites dependen de factores ambientales. Actualmente en Chile se está produciendo un fenómeno en el cual este proceso se ha adelantado en la edad promedio, originando la pubertad precoz. Esto implica la aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años en la niña y antes de los 9 en el niño.

Durante esta etapa junto con los cambios fisiológicos, emocionales y sexuales también ocurren los cambios psicosociales que son sumamente trascendentes en sus vidas. La etapa de obstinación comienza a desaparecer para dar comienzo a la etapa de reflexión e introversión activa la cual está sujeta a las variables individuales y socioculturales de la persona, dando origen al “YO”.

El descubrimiento del yo comienza tempranamente con la edad obstinación en la que describe su yo activo, el cual da paso a su yo práctico a medida que su conciencia superior es influenciada por un adulto que lo reprime o lo alaba.

En la niñez tardía aparece una actitud crítica que se fija en apariencias corporales, así como en la comparación con otros y las consecuencias de sus actos en el medio, mientras en la pubertad se mira a sí mismo, observa sus pensamientos, sus sentimientos, sus estados de ánimo, es así como descubre su yo psíquico. (Bascuñan M. L. y Col. 2004)

A medida que comienza a vivenciar y a interesarse en su mundo interior, para descubrir lo que lo diferencia del mundo exterior, experiencia fundamental de la individuación, comienza a descubrir el YO psíquico. Aparece actitud reflexiva y crítica respecto de la vida psíquica de los otros, comienza a comprender los comportamientos de los otros a partir de sus motivaciones psíquicas, su carácter, sus sentimientos, reflexiona sobre sí mismo y se autocrítica. Lentamente comienza a comprenderse a sí mismo. Los pensamientos giran en torno a la individualidad, no puede prescindir de sí mismo. Todo lo juzga desde sí mismo. Esto lo hace diferente del niño, que aunque también es egocéntrico, es básicamente objetivo, y se centra en el objeto, no en sí mismo, sino que desde sí mismo, desde este momento el niño se convierte en adolescente.

Según el autor Eduard Spranger (1921) el desarrollo del ser humano está influenciado por complejos espirituales supraindividuales, que se reflejan en complejos mayores externos a él, y son los factores internos los que determinan la dirección final de su evolución y el sentido de ésta. Así, se puede considerar a la adolescencia como una fase de evolución que se halla entre la niñez y la vida adulta.

El adolescente no vive su vida como estados evolutivos: las etapas que está viviendo tienen para él un carácter definitivo. Por eso siente que se comprende a sí mismo completamente, sin considerar el sentido evolutivo de sus crisis y evoluciones, una vez que se da cuenta de que esto ha pasado, es aquí cuando termina la adolescencia.

La nueva organización psíquica del adolescente se caracteriza por 3 puntos esenciales: (Bascañan M.L. y Col, 2004)

- El descubrimiento del "Yo": Es la vivencia de la individuación o individualidad. Este descubrimiento del "yo" alude a la reflexión, que le permite conocerse a sí mismo, que le permite comprenderse sí mismo, las cosas que le suceden y que lo rodean a partir de sus propias experiencias, y allí surge el deseo de querer ser comprendido.
- Formación paulatina de un plan de vida: Este aspecto define la dirección que toma la vida interior. Siente que puede colaborar con la vida y ser un aporte. También aquí puede surgir un sentimiento de inferioridad, dada la desconsideración del medio.
- El ingreso dentro de las diferentes esferas de la vida: Sólo en la adolescencia se hace posible una colaboración tan activa con la cultura, puesto que el niño se conducía frente a los bienes de la cultura sólo de manera receptiva, a lo sumo, imitativa.

Los jóvenes en su constante crecimiento, antes de pasar a la vida de la adulta y encontrar un nuevo equilibrio, deben primero cumplir con las tareas básicas de la adolescencia, indispensable para poder insertarse en la sociedad.

Búsqueda de la identidad: Para Erikson (1974) la identidad es "la experiencia interna de mismidad, de ser nosotros mismos en forma coherente y continua, a pesar de los cambios internos y externos que enfrentamos en nuestra vida". Muy similar es la definición de Fernández Moujan (1974) para quien: "La lucha por la identidad es reconstruir la realidad del

mundo interno y los vínculos con el mundo externo con el fin único de ser uno mismo en el espacio y en el tiempo en relación con los demás y con el propio cuerpo”.

Ambos autores coinciden en el carácter subjetivo de este proceso, para el cual se toman en cuenta diversos procesos que le dan características individuales y formas de expresión a cada persona, entre ellos: conformaciones intrapsíquicas de la personalidad, la elaboración por el cuerpo y el rol infantil, el desprendimiento de las figuras parentales y lo que éstos representaban, factores de género y antecedentes culturales. Estos elementos se conjugan en este momento específico para ofrecer un nuevo sentido de orientación a la vida del y la adolescente. (Andrade F.y Sánchez J., 2000)

Aceptación de los cambios del cuerpo de niño, al cuerpo de adulto: Según Knobel (1984) es uno de los duelos fundamentales que ocurre en el período adolescente ya que el duelo por el cuerpo infantil perdido, transforma al adolescente en un espectador frágil de lo que ocurre en su propio organismo, durante este período de transición los jóvenes son muy susceptibles al medio que los rodea.

Los cambios que sufren los adolescentes ejercen un profundo efecto en ellos debido a la preocupación continua sobre cómo me veo y cómo me ve el mundo. Lo difícil para ellos es conciliar el cómo se ve y el cómo se quiere ver, que surge como producto del análisis de las expectativas propias y las impuestas socialmente.

Autonomía de la dependencia del adulto: Durante el período de la niñez se crean estrechos vínculos de dependencia con los adultos que los rodean, especialmente con las figuras paternas. Esta dependencia es tanto de tipo material, económica y educativa, como relacional (amistades, grupos sociales) y afectiva (aceptación, autoestima, pertenencia).

Sin embargo, durante la adolescencia aunque con más dificultad para unos que para otros, la independencia que se logra no impide que se mantenga el círculo en el que se movía el adolescente cuando era niño, sólo que ahora requiera horizontes más amplios que le permitan expresar sus nuevas y mayores capacidades.

Elaboración de la identidad sexual: Según Coleman (1994) el sexo de las personas incluso aun antes de nacer, su comportamiento será determinado por la cultura en la cual se está inserto, ya que los individuos desde jóvenes aprenden por medio de la socialización, qué comportamientos resultan aceptables y cuáles no para cada uno de los sexos, formando desde esta base su estilo de vida.

Respecto a la identidad sexual, puede considerarse que representa el grado en que un individuo cree haberse ajustado al papel sexual preestablecido. Se refiere a la medida en que una persona siente que su comportamiento personal concuerda o se ajusta a la respectiva cultura, que determinan el comportamiento masculino o femenino de acuerdo con los estándares que operan en general en la sociedad.

Elaboración del proyecto de vida: según Krauskopf (1995) consiste en la necesidad de reconocer sus propias fortalezas y potencialidades y utilizarlas para cubrir sus necesidades de la mejor forma posible dependiendo de sus dominios, esto se transforma en su proyecto de vida, lo que hace que él y la adolescente se aboquen, con profunda intensidad en su realización, aunque no siempre todas las implicaciones consiste en lo que hacen, sino también en una búsqueda de sentimientos, valores y actitudes que lo reflejan en un ahora proyectado hacia el futuro.

Podría decirse que el proyecto de vida se orienta en tres sentidos: consigo mismo, con los demás y con el mundo. Resume las aspiraciones y metas que nos trazamos y que le dan sentido a la existencia. A su vez, guarda relación y puede coincidir con las expectativas familiares y culturales.

Relaciones de pareja en la adolescencia: Junto al despertar sexual de la y del adolescente, comienza a darse un interés especial por el sexo opuesto, el cual inicialmente se presenta de forma tímida y pausada, pero que es vivido con gran intensidad. Esta marcada atracción por miembros del sexo opuesto se halla circunscrita dentro de la conformación de la identidad sexual, al permitirle paulatinamente ensayar roles específicos dependiendo del género, mujer u hombre, y que contribuye a confirmar su identidad.

Según Murillo (1996), las relaciones de pareja entre adolescentes tienden a ser inestables y poco duraderas, y son más bien un “estar juntos” durante algún tiempo, que funcionan como ensayos de rol sexual preparatorias para una vida de pareja adulta.

Matrimonio: El matrimonio es considerado la institución social a través de la cual la sociedad institucionaliza la unión de un hombre y una mujer, y les garantiza la estabilidad socio-legal y la consolidación de la familia nuclear.

El desarrollo de los adolescentes es una constante búsqueda de un crecimiento físico-psíquico equilibrado que lo lleva a encontrarse consigo mismo, para poder desarrollar sus habilidades para poder cumplir con los roles y tareas, que espera la sociedad que cumpla al ser adulto.

Jean Piaget (1936) define “desarrollo del adolescente como un progresivo equilibrio, un perpetuo pasar de un estado de menor equilibrio a uno de equilibrio superior y más estable, a causa de una necesidad”. Este paso de equilibrio se basa en desarrollo de acciones a través de la experiencia, manipulación, experimentación e interacción con el medio que lo rodea, siendo un desarrollo espiral y no lineal, esto quiere decir que el equilibrio creciente de las estructuras cognitivas, es dinámico y adaptativo.

Toda acción (movimiento, pensamiento, afecto) responde a una necesidad (pregunta, interés) y toda necesidad es la manifestación de un desequilibrio.

Por lo tanto, el crecimiento del adolescente es una readaptación de sus conductas de un equilibrio momentáneamente roto que no sólo intenta restablecer el equilibrio, sino que avanza a un equilibrio cada vez más estable. En este proceso de equilibramiento pueden distinguirse dos aspectos complementarios: Estructuras variables (son formas de organización de la actividad mental que marcan las diferencias de un nivel de desarrollo a otro) y un modo de funcionamiento invariable (un modo de operar que es el mismo siempre) Estas invariantes funcionales son la organización y la adaptación.

Los adolescentes en su constante búsqueda de un equilibrio, exploran y experimentan diversos factores y situaciones individuales y sociales, las cuales le entregarán la experiencia y herramientas necesarias para enfrentar los diversos desafíos que le enfrente la vida una vez adulto. En esta búsqueda de un equilibrio los adolescentes están expuestos a riesgos, que pueden producir un hecho indeseado que los afecte individual o grupalmente. También podemos nombrar la vulnerabilidad familiar o individual, que potencia la probabilidad de que se produzca un hecho que cause un daño o que se desarrollen conductas de riesgo para la salud del adolescente.

Existen por lo menos dos tipos de factores: factores de riesgo y factores protectores, un primer grupo que podríamos llamar de amplio espectro indican la probabilidad mayor de desarrollar varios daños o conductas de riesgo y los específicos que condicionan el desarrollo de conductas específicas, y los factores protectores de amplio espectro son protectores de varios daños o conductas de riesgo (favorecen el no acontecer).

Factores protectores de amplio espectro: (Burak, 1999)

- a) Familia contenedora con buena comunicación interpersonal.
- b) Alta autoestima.
- c) Proyecto de vida elaborada, fuertemente internalizado.
- d) Locus de control interno bien establecido.
- e) Permanece en el sistema educativo formal.

- f) Alto nivel de resiliencia.
- g) Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funciones de la familia.
- h) Políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la niñez y la adolescencia con acciones específicas que permiten la salud integral, el desarrollo y el bienestar social.
- i) Desarrollo de medio ambiente saludable y seguro para ambos sexos.
- j) Promoción del autocuidado en los dos sexos en relación con la salud reproductiva.
- k) Sentido de pertenencia familiar y social.
- l) Posibilidades de elaborar proyectos de vida asequibles en congruencia con la escala de valores sociales morales apropiados.
- m) Promoción de mecanismos que permitan la identificación y refuerzo de las defensas endógenas frente a situaciones traumáticas y de estrés (Resiliencia) conociendo la capacidad de recuperación ante condiciones adversas que poseen los niños y adolescentes.

Factores de riesgo de amplio espectro:

- a) Familia con pobres vínculos entre sus miembros.
- b) Familias disfuncionales
- c) Violencia intrafamiliar.
- d) Autoestima baja.
- e) Pertenece a un grupo con conductas de riesgo.
- f) Deserción escolar.
- g) Proyecto de vida débil
- h) Locus de control externo
- i) Bajo nivel de resiliencia.
- j) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.
- k) Desigualdad de oportunidades

Existe otro grupo de factores protectores y de riesgo o conductas de riesgo que son específicos para un daño.

Factores protectores específicos:

- a) No tiene relaciones sexuales
- b) Usa cinturón de seguridad
- c) No fuma
- d) No toma alcohol
- e) No consume drogas

Factores o conductas de riesgo específicos:

- a) Depresión
- b) Embarazo
- c) Obesidad
- d) Consumo de alcohol y drogas
- e) Deserción escolar
- f) Accidentes

Existen factores protectores o de riesgo indicativos de una conducta positiva o negativa que mediatizan el daño, como por ejemplo el pertenecer a un grupo de amigos que consumen alcohol, puede inducir a tener un accidente de tránsito. También existen conductas de riesgo que pueden conducir a un daño inmediato como lo es el tener relaciones sexuales sin condón, puede originar un embarazo no deseado. En cambio existen otras que conducen (o pueden conducir) a daños a largo plazo como el cáncer de pulmón por fumar.

Todas las conductas de riesgo mencionadas anteriormente no tienen una misma valoración social en las diferentes culturas y períodos históricos, debido a que dependiendo de la cultura en la cual se vive esta conducta de riesgo tendrá diferente nivel de vulnerabilidad.

Los factores de riesgo influyen directamente en el desarrollo de conductas de riesgo las cuales a su vez están condicionados por variables dependientes (salud mental, violencia, conducta suicida) e independientes, las que podemos clasificar en variables individuales (déficit intelectual, impulsividad, aventurismo, trastorno de personalidad), familiares (baja escolaridad de los padres, violencia intrafamiliar), y social (pobreza, acceso a armas y drogas, discriminación, falta de oportunidades).

La trascendencia del estudio de las conductas de riesgo en salud en los adolescentes se debe a que forman parte de los estilos de vida de cada uno de ellos, y determinan o son factores de riesgo del desarrollo de actividades poco saludables que conllevan al desarrollo de enfermedades crónicas respiratorias o cardiovasculares, que son una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad en nuestro país. Por otra parte podemos mencionar el embarazo adolescente que constituye unos de los problemas de salud pública con más repercusiones sociales. Otra de las razones por la cual es relevante realizar estos estudios, es que durante la adolescencia se adquieren muchos de los hábitos que conforman el estilo de vida relacionado con la salud y una vez aprendidos son difíciles de modificar.

Respecto al desarrollo de las conductas relacionadas con la salud, podemos decir que muchas de ellas se originan o se pierden durante la adolescencia y que son fruto de una experimentación de diferentes conductas realizadas en la búsqueda de su identidad y la

autoexploración y exploración de los demás, como puede ser el consumo de sustancias ilícitas que pueden comprometer seriamente la salud del adolescente o el inicio de las relaciones sexuales. Estas conductas pueden ser fomentadas o reforzadas por sus pares o familiares, transformándose de esta forma en parte de la vida diaria del adolescente.

El desarrollo de las conductas de riesgo en salud está íntimamente relacionado con los estilos de vida saludable ya que las conductas humanas forman parte de su estilo de vida y condicionan su estado de salud y se caracterizan porque son observables, constituyen hábitos, es decir, son recurrentes a lo largo del tiempo, y poseen consecuencias para la salud (Elliot, 1993).

Algunos filósofos asocian el desarrollo de los estilos de vida a factores sociales, como son el status, ingreso familiar, nivel educacional. Sin embargo, en la noción de estilo de vida proporcionada por los autores de esta época, los determinantes no son únicamente de carácter socioeconómico, sino que también hacen referencia a factores individuales. Es así como uno de los grandes filósofos y sociólogo del siglo XIX Max Weber (1895) destaca la importancia de las elecciones individuales, además de las condiciones sociales como determinantes del estilo de vida.

La OMS define el estilo de vida “como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por los factores socioculturales y las características personales” (WHO, 1986).

Las conductas humanas están relacionadas positiva o negativamente entre ellas y pueden potenciar las conductas de riesgo en salud en los adolescentes, esto queda reflejado en varias investigaciones que determinan la relación entre las conductas de riesgo en salud y estilos de vida de vida saludable, y concluyen que las conductas que suponen un riesgo para la salud suelen estar positivamente relacionadas. Entre las conductas de riesgo y las conductas beneficiosas no aparece una relación negativa clara, únicamente en aquellos países con tradición en programas de educación para la salud, la relación negativa entre ambas dimensiones es más clara (Aaro et al., 1995).

Existen muchas teorías y modelos, que desde una perspectiva psicológica social o de salud describen los procesos implicados en la adquisición y el desarrollo de las conductas que constituyen el estilo de vida de los adolescentes y los valores y normas relacionados con dichos estilos de vida.

Estos modelos y teorías han contribuido en gran medida a un mayor conocimiento por parte de las personas del área de la salud en relación a cómo los jóvenes realizan sus conductas de salud y cómo los factores extrínsecos pueden proporcionar el cambio conductual (Marteau, 1989; Rutter, Quine y Chesham, 1993). De entre las teorías y modelos se pueden mencionar las teorías clásicas de la socialización como:

La Teoría Ecológica del Desarrollo de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1987): describe las condiciones estructurales que rodean al proceso de socialización. Organiza los contextos y sistemas que afectan al proceso de socialización de los estilos de vida en cuatro niveles: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Estos sistemas describen los niveles de relación del individuo con el medio ambiente que lo rodea y cómo estos ejercen un efecto en las conductas personales desde un nivel íntimo personal hasta un macro sistema social. Mendoza (1990) basándose en esta teoría reafirma que los estilos de vida de las personas están condicionados por las características personales, familiares, culturales, sociales y geográficas.

El Interaccionismo Simbólico de George Herbert Mead (1934): describe la conducta desde la comprensión básica de los procesos de socialización y de cómo una persona adquiere el estilo de vida saludable (Wold, 1989). Según Mead, los estilos de vida y el comportamiento humano de los individuos son adquiridos a partir de la visión que el propio individuo tiene de las personas que lo rodean, así las personas crean una imagen de ellos en relación a su entorno y generan sus conductas en relación a las acciones que observan de los demás.

La Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977): defiende que los procesos de imitación y modelado sirven de base para entender la socialización del estilo de vida. De esta forma las acciones de cada individuo estarían condicionados por los modelos conductuales de las personas que lo rodean y sería durante la niñez y la adolescencia el período en el cual estos modelos conductuales influirían en el desarrollo de un estilo de vida personal.

Todas estas teorías afirman y describen la gran influencia de los factores personales, familiares y sociales en el desarrollo de las conductas y estilos de vida de las personas. Sin duda estos factores durante la adolescencia debido a sus interacciones, influyen con mayor intensidad en el desarrollo conductas de riesgo en salud y generan un impacto más profundo y duradero en los adolescentes, ya que en la búsqueda de su identidad éstos están más expuestos a estos factores.

Existe otra línea de modelos y teorías que describen el desarrollo de las conductas de las personas basándose en factores cognitivos individuales, estas teorías corresponden a los modelos sociocognitivos de los cuales se destacan:

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) de Ajzen y Fishbein (1980): postula que las acciones de las personas están determinadas por las nociones cognitivas originadas a partir de las normas socioculturales y el propio razonamiento de las conductas, es así como la persona evalúa si esas acciones tendrán un efecto positivo o negativo en su persona, generando una actitud y una postura hacia la ejecución de esa determinada conducta.

La Teoría de la Autoeficacia de Bandura (1982, 1986, 1997): postula que las acciones de las personas están determinadas por dos nociones subjetivas, la creencia de que la realización de determinada conducta tendrá un efecto positivo en su persona y la creencia de que posee la capacidad de realizar y llevar a cabo dicha conducta.

Estas teorías y modelos describen la influencia de las percepciones personales y subjetividades de las personas al momento de desarrollar sus conductas y estilos de vida. Ya que la percepción personal se traduce en el autoconcepto y la percepción de seguridad personal, podemos decir que estos factores son determinantes en el desarrollo de conductas promotoras o de riesgo en salud en los adolescentes. Sin duda que durante la adolescencia temprana (10 – 14 años) existen una serie de factores físicos, cognitivos y sociales que influyen en la autoestima de los adolescentes, por lo cual constituye un período crítico en el cual se pueden desarrollar conductas de riesgo en salud.

Existe una teoría que no pertenece a ningún modelo de las antes descritas, pero que incorpora algunos de los elementos de ellas y las interrelaciona, también incorpora otros elementos de otras teorías como el aprendizaje, cognitivos, relaciones interpersonales e intrapersonales, siendo una de las teorías más contemporáneas.

La Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977; Jessor, 1992): postula que las conductas personales vienen determinadas por las características biológicas y genéticas de cada individuo, al igual que las características del ambiente social, las características del ambiente percibido, la personalidad y otras conductas relacionadas que practique el adolescente, serían éstos los factores que estarían asociados a el desarrollo de las conductas y estilo de vida de los adolescentes.

Al analizar las teorías y modelos acerca del desarrollo de las conductas humanas y estilos de vida en salud podemos decir que el conjunto de ellas reafirman que las conductas de los adolescentes se encuentran condicionadas por factores tanto personales, como sociales y

familiares, y que el desarrollo de conductas de riesgo en salud se encuentran asociadas a estos factores, como lo demuestran investigaciones acerca del autoconcepto y el desarrollo de las conductas de riesgo o las investigaciones de Weinreich y Hidalgo (2004.) que estudian la influencia de la función familiar o estructura familiar de los adolescentes en el desarrollo de estas conductas.

2.2 AUTOCONCEPTO Y LA AUTOESTIMA:

El autoconcepto y la autoestima ponen de manifiesto las características personales y psicológicas de los adolescentes que marcan los procesos de diferenciación en el desarrollo de la identidad y determinan sus habilidades personales para integrarse a la sociedad. Estas características se forman de los atributos de las relaciones interpersonales con sus pares. (Damon y Hart, 1988)

Wylie (1961) definió el autoconcepto como la conciencia directa. Una de las tesis fundamentales de esta teoría es que la conducta se ve influenciada no sólo por el pasado y por las experiencias presentes, sino además por los significados personales que cada individuo atribuye a su percepción de esas experiencias. Ese mundo personal privado del individuo es el que más influye sobre su conducta. De este modo, el comportamiento es más que una mera función de lo que nos sucede desde el exterior y es también una consecuencia de cómo creemos que somos (Lewin 1936).

Al momento de referirnos al autoconcepto o la autoestima existen una variedad de autores que lo definen de distinta forma, no llegando a un acuerdo entre ellos, si bien el autoconcepto y la autoestima no significan lo mismo, sí se encuentran relacionados entre ellos. Según Harter (1990) la distinción entre autoconcepto y autoestima podría situarse en un continuo de generalidad, donde la autoestima constituye una percepción más general y los dominios del autoconcepto son percepciones más específicas (Harter, 1990).

Epstein (1981) describe que el autoconcepto es una realidad compleja, integrada por diversos autoconceptos más concretos, como el físico, social, emocional y académico, que a su vez es una realidad dinámica que se modifica con la experiencia y se desarrolla a partir de las experiencias sociales, especialmente con las personas significativas. Por lo cual el autoconcepto es la clave para la comprensión de los pensamientos, sentimientos y conductas o comportamientos de las personas.

El autoconcepto se refiere a la percepción que una persona tiene de sí misma, hace referencia a nuestra propia descripción y favorece el sentido de la propia identidad. El autoconcepto influye en nuestra vida, en la salud y en nuestro equilibrio psíquico. Un adolescente que se siente sin confianza en sí mismo, sin la sensación de quererse y de ser querido, no podrá lograr un nivel de desarrollo integral adecuado, lo que lo convierte en un ser vulnerable a desarrollar conductas de riesgo en salud.

Para C. Rogers (1950), el autoconcepto está compuesto de aquellas percepciones y valores conscientes de “mí” o “yo”, algunas de las cuales son un resultado de la propia valoración por parte del organismo de sus experiencias, y en algunos casos fueron introducidas o tomadas de otros individuos significativos o importantes.

En nuestro autoconcepto intervienen varios componentes que están interrelacionados entre sí: la variación de uno, afecta a los otros (por ejemplo, si pienso que soy torpe, me siento mal, por tanto hago actividades negativas y no soluciono el problema).

- Nivel cognitivo - intelectual: constituye las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información exterior. Basamos nuestro auto concepto en experiencias pasadas, creencias y convencimiento sobre nuestra persona.
- Nivel emocional afectivo: es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales. Implica un sentimiento de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros.
- Nivel conductual: es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente. (Ortiz, 2006)

El desarrollo del autoconcepto evoluciona desde autodescripciones muy concretas, sobre el exterior conductual y social de uno en la niñez (McGuire, 1981). El desarrollo cognitivo del individuo proporcionará las bases de los cambios normativos que suceden en las autopercepciones con la edad. Estos cambios van acompañados de procesos sociales tales como la comparación con otros, la variación en la cantidad de contextos en los que se desenvuelve el sujeto y las expectativas cambiantes del entorno. (Harter, 1999).

Clemes (1994) define a la autoestima como parte efectiva del autoconcepto, opina que es el punto de partida para el desarrollo positivo de las relaciones humanas, del aprendizaje, de la creatividad y de la responsabilidad personal. Es el "aglutinante" que liga la

personalidad del hombre y conforma una estructura positiva, homogénea y eficaz. Siempre será la autoestima la que determine hasta qué punto podrá el hombre utilizar sus recursos personales y las posibilidades con las que ha nacido, sea cual fuere la etapa de desarrollo en que se encuentre.

Los rasgos distintivos de una persona con alta autoestima son:

- a) Estar orgulloso de sus logros.
- b) Actuar con independencia.
- c) Asumir responsabilidades.
- d) Aceptar las frustraciones.
- e) Estar siempre dispuesto a la acción.
- f) Afrontar nuevos retos.
- g) Sentirse capaz de influir en otros.
- h) Mostrar amplitud de emociones y sentimientos.

Por el contrario, una persona con baja autoestima:

- a) Evitará situaciones que le provoquen ansiedad.
- b) Despreciará sus dotes naturales.
- c) No tendrá una idea clara de sus posibilidades.
- d) Sentirá que los demás no le valoran.
- e) Echará la culpa de todo lo que le ocurre a los demás.
- f) Se dejará influir por los demás con demasiada facilidad.
- g) Se pondrá a la defensiva y se frustrará fácilmente.
- h) Tendrá estrechez y rigidez de emociones y sentimientos.
- i) Se sentirá impotente.

(Romero M. y Col. 2006)

La autoestima por estar influenciada y compuesta de diversos factores subjetivos que constantemente están cambiando, el nivel de autoestima no es constante, aún cuando exista una tendencia general, también se dan altibajos.

La autoestima nos permite obtener mayor satisfacción y creernos mejor, configurar la auto y heteroimagen y ser coherentes con nosotros mismos, aunque cambien las circunstancias.

La autoestima, como componente afectivo del autoconcepto, es uno de los factores más importantes, de los que rigen el comportamiento humano y ésta se desarrolla y evoluciona a lo largo del ciclo vital individual, destacando las siguientes etapas:

- a) Génesis y consolidación del yo (¿superación complejo de Edipo?...).
- b) Pubertad (preadolescencia).
- c) Emancipación total (en la actualidad, especialmente la económica...).
- d) Crisis de los "40" (contraste de capacidades).
- e) Jubilación (baja del mundo laboral).
- f) Imposibilidad de autonomía (sala de espera de la muerte...).

En el desarrollo del autoconcepto podemos destacar la influencia de la familia ya que juega un rol relevante al transmitir los más importantes valores que llevarán al niño a formar, a raíz de éstos, su personalidad y su nivel de autoestima. Debido a que la autoestima en la niñez se construye de las percepciones de nuestro ambiente, los padres se convierten en los espejos en donde el niño se mira y se ve a sí mismo, es decir, que los padres le devuelven al niño una imagen, y es esa imagen la que guiará al sujeto en el resto de su vida, formando su autoconcepto (Maggio, 2006)

De las conceptualizaciones descritas se desprende que la autoestima está relacionada con el nivel de seguridad personal de los adolescentes y que el nivel de autoestima es uno de los factores predisponentes en el desarrollo de las conductas de riesgo en salud, al igual que los factores sociales y familiares influyen en el desarrollo de la autoestima y por consiguiente en la percepción de seguridad personal de los adolescentes.

Se han descrito ciertos factores que pueden determinar el Autoconcepto, como son, la actitud o motivación, el esquema corporal, las aptitudes y valoración externa, los cuales juegan un rol importante en el desarrollo de la autoestima durante la adolescencia, lo que además puede influir en la formación de conductas de riesgo en salud (Ortiz, 2006).

La autoestima corresponde al sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tenemos de nosotros mismos no es algo heredado, sino aprendido de nuestro alrededor, mediante la valoración que hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros. La importancia de la autoestima radica en que nos impulsa a actuar, a seguir adelante y nos motiva para perseguir nuestros objetivos. Una elevada autoestima, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de la persona para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que un bajo nivel de autoestima enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso. La autoestima es importante porque nuestra manera de percibirnos y valorarnos moldea nuestras vidas.

En las familias que se forman y desarrollan con una autoestima sana, la forma de funcionamiento de sus miembros tiene características particulares. La comunicación es abierta, por lo que está permitido expresar los sentimientos directamente, la interacción se basa en el amor más que en el poder, por lo que emociones como la rabia, la tristeza o el miedo, tienen cabida y son respetadas siempre que se expresen adecuadamente con la intención de encontrar soluciones. (Yagosesky, 2006).

2.3 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.

La familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobre todo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. Ella desempeña un rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos, y donde se profundizan los lazos de solidaridad. Es también en su interior donde se construyen los límites entre las generaciones y son observados los valores culturales (Ferrari y Kaloustian, 1997)

Como se ha mencionado anteriormente la familia es el espacio donde las personas tienen sus primeras vivencias, adquieren experiencia y desarrollan sus valores que posteriormente llevan al individuo a desarrollar su identidad y posterior socialización, por lo cual podemos decir que la familia es para el individuo el contexto donde se dan las condiciones para su desarrollo favorable y sano de su personalidad, o bien por el contrario el foco principal de sus trastornos emocionales.

Un funcionamiento familiar saludable, es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados entre los que podemos citar los siguientes:

- Satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y condición del proceso de socialización de sus miembros.

- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva de continente para las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- Establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (educar para la convivencia social).
- Crear condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual.

Estas funciones pueden sintetizarse en cuatro principales: (Zaldívar P. 2007)

1. Función biosocial.
2. Función económica.
3. Función cultural y afectiva.
4. Función educativa.

Estas funciones se encuentran en constante cambio en la familia dependiendo la etapa del ciclo vital en el cual esta se encuentre, y que marca el rumbo evolutivo en las cuales estas funciones se desarrollan. Dentro de las etapas del ciclo vital familiar se destacan:

1. Formación o constitución.
2. Expansión o extensión (nacimiento de los hijos y las distintas etapas y tareas de atención a los mismos: preescolar, escolar, adolescente, etc.).
3. Contracción (los hijos constituyen su propia familia, nido vacío, etc.).
4. Disolución (muerte de uno de los cónyuges). (Zaldívar P. 2007)

La manera en que la familia aborda las distintas etapas del ciclo vital, los eventos o tareas de desarrollo que se presentan en cada una de ellas, condicionaran el desarrollo de mayores o menores recursos y mecanismos de afrontamiento, lo que puede provocar estados transitorios de crisis, con un mayor o menor riesgo de surgimiento de trastornos biopsicosociales en uno o más de sus miembros.

Un funcionamiento familiar saludable, implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, nos referimos al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí, y en relación con el grupo en su conjunto. Entre las cualidades que se destacan de un buen funcionamiento familiar son; la adaptabilidad o flexibilidad, la cohesión, el clima emocional, la comunicación efectiva, el buen afrontamiento y resolución de problemas.

Una familia que cumple adecuadamente sus funciones de protección y cuidado, fomenta el desarrollo de competencias en sus miembros, lo que contribuye a prevenir o enfrentar las problemáticas de salud (Hortwitz, 1986).

La funcionalidad familiar está íntimamente relacionada al proceso de salud enfermedad de sus miembros, y a pesar de que aún no existe suficiente convergencia sobre la conceptualización y caracterización del funcionamiento familiar, la mayor parte de las investigaciones apuntan a evidenciar que la familia se convierte en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos, desde un punto de vista biopsicosocial. De este modo, la disfuncionalidad familiar estaría relacionada con la emergencia de trastornos de salud física y mental, lo que se observa a manera de ejemplo en la influencia que ejercen las relaciones conflictivas entre los padres sobre las conductas de riesgo de sus hijos (Valdés, Serrano & Florenzano, 1994).

Los factores protectores son aquellos que reducen las probabilidades de tener consecuencias negativas para la salud y motivan a la persona al logro de las tareas de cada etapa de su desarrollo (Valdés et al., 1994) y los factores de riesgo corresponden al conjunto de variables que preceden a la aparición de un trastorno o evento negativo en la población, por tanto, está asociado a la probabilidad de morbilidad o mortalidad futuras (Valdés et al., 1994).

En algunos artículos como el de Florenzano (1998), se menciona la existencia de factores del funcionamiento familiar que se transforman en condiciones de riesgo o protección para la salud de los miembros de una familia. La influencia de estos factores se puede apreciar particularmente en los estudios de adolescentes, como lo sugieren las investigaciones de la división de Ciencias Médicas del área oriente de la Universidad de Chile que apuntan a mostrar una correlación alta entre disfuncionalidad familiar y la aparición de conductas de riesgo en el adolescente.

Existen algunas teorías acerca del funcionamiento familiar, que describen las interrelaciones y los procesos del funcionamiento familiar, que pueden explicar cómo las familias disfuncionales se convierten en factores de riesgo para que los adolescentes desarrollen conductas que atentan contra su salud.

La Teoría General de Sistemas: describe a la familia como la organización social primaria que se caracteriza por las relaciones interpersonales y que es un subsistema del sistema social. Lo que permite a los miembros de la familia vincularse con otros sistemas sociales en la determinación de sus roles y valores que son entregados por la familia.

La familia es un sistema que tiene características de totalidad y equifinalidad compuesta por seres vivos, donde cada ser vivo es un sistema por sí solo, y que la familia es más que la suma de ellos como individuos, los cuales se encuentran interrelacionados por complejos procesos y organizaciones. Por lo cual cualquier hecho que afecte a uno de los miembros puede afectar a toda la familia y viceversa. En este sentido consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno e influenciado por una variedad de sistemas externos (Nichols & Everett, 1986).

La Teoría Estructural del Funcionamiento Familiar: postula que la familia como sistema, tiene una estructura que está dada por los miembros que la componen y las partes de interacción recurrentes. La estructura le da la forma a la organización, constituyendo los arreglos de los componentes internos y su regulación con el ecosistema. (Hidalgo, C. 1999)

Minuchin (1977) define la estructura familiar como el conjunto invisible de las demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Las dimensiones centrales de la estructura familiar son las normas que guían a la familia, los roles y expectativas de rol de cada miembro, los límites, los alineamientos y la jerarquización de poder. En las familias con aglutinaciones o desligamiento, su estructura familiar se ve alterada, creando áreas de posibles disfuncionalidades o patologías de sus miembros.

La Teoría Interaccional de la Comunicación: postula que el sistema familiar está definido por las pautas de interacción entre sus elementos, los cuales conforman un sistema de relaciones en donde la conducta de uno de ellos afecta a todos y cada uno de sus miembros y que el vínculo de estas manifestaciones observables de la relación es la comunicación.

Cuando una de las acciones del proceso de la comunicación se encuentra alterada y mantenida en el tiempo, se producen disfuncionalidades comunicacionales, las relaciones se deterioran y generan disfunciones familiares.

La Teoría del Desarrollo Evolutivo: postula que el ciclo de la vida familiar está íntimamente ligado a las consideraciones de la familia como un todo que genera sus propias dinámicas relacionales, que cambian en su forma y función a lo largo de su ciclo vital y que transita a lo largo del tiempo en secuencias relativamente ordenadas, universales y predecibles. (Falicov, 1991).

El ciclo de la familia plantea etapas de desarrollo que pueden ser entendidas en términos de desarrollo individual de los miembros de la familia y de la familia como un todo (Constatine, 1986). Cada individuo ocupa un rol y se enmarca dentro de cierta cultura y valores y tiene que lograr ciertas tareas de los desarrollos tanto individuales como familiares y sociales, en un momento dado. El éxito en el logro de ellas lleva al logro de las demandas posteriores, y el fracaso produce infelicidad, rechazo social y problemas con las subsecuentes tareas. (Hidalgo, C. 1999)

El Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares: postula que el sistema familiar se basa en dos dimensiones centrales de la vida familiar: cohesión y adaptabilidad. Olson (1979) identifica 4 niveles de cohesión familiar que se encuentran en un continuo balance que van desde un bajo nivel de cohesión (desligada) hasta una cohesión extrema (aglutinada), lo mismo hace con la adaptabilidad identificando 4 niveles de adaptabilidad, los niveles óptimos se denominan flexibles y estructurado mientras los extremos negativos están representados por los niveles rígidos y caóticos.

Olson, Sprenkle y Russell (1979) relacionan las dimensiones de adaptabilidad a los conceptos de morfoestasis y morfogénesis de la teoría general de sistemas. Las familias como sistema sociocultural, es un sistema viable en la medida que se adapte a su medio. Los mecanismos de retroalimentación negativa (morfoestasis) y de retroalimentación positiva (morfogénesis) proveen el balance necesario para la adaptación de los sistemas. Las familias funcionales mantienen un balance de estos dos procesos, mientras que las disfuncionales muestran una tendencia excesiva a la estabilidad o el cambio. (Hidalgo C., 1999)

Estas teorías describen el sistema familiar, su estructura, los procesos y dinámicas de las relaciones familiares, demostrando teóricamente que el funcionamiento familiar puede influir positiva o negativamente en los patrones de comportamiento y personalidad de los individuos, transformándose así uno de los temas más estudiados durante el último tiempo.

Debido a las distintas definiciones de familia que existen y las diferentes formas de describir sus factores, en la presente investigación, para fines prácticos en la aplicación e interpretación de los resultados y unificación de criterios, nos referiremos a familia como un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por sangre, por matrimonio, por adopción, o por relación estable de más de un año. Para la comprensión de los estudiantes de octavo año básico, “*Familia* son las personas con quienes comparte la vivienda en este momento de su vida y con quienes tiene una relación de sangre, de adopción o de convivencia estable, siendo el uno de los hijos de la familia”. (Hernández C. y Col, 1996)

También estableceremos que la estructura familiar la componen los miembros de la familia organizados en subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él. Esta estructura familiar la clasificaremos de la siguiente manera:

Completa: Si en su familia el estudiante viven con el padre y la madre, y estos a su vez son esposos, el padre y la madre son los progenitores biológicos de todos los hijos.

Incompleta: Si en su familia el estudiante vive sólo con el padre o la madre independiente si es hijo biológico o no.

Extensa: Si en su familia el estudiante convive con personas de varias generaciones, es decir, padres, madres, abuelos, tíos u otros adultos, independientemente si el estudiante es hijo biológico o no de sus padres.

Mixta: Si en su familia el estudiante vive con su madre y la pareja de la madre, o con el padre y la pareja del padre, y que el esposo/a es el padre/ la madre biológico/a de algunos o de ninguno de los hijos de la familia. (Hernández C. y Col, 1996)

2.4 DOROTY JOHNSON MODELO DE SISTEMAS CONDUCTUALES:

Doroty Johnson publicó su Modelo de sistemas conductuales en 1968, promoviendo así el funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad. Desarrolló su modelo basándose en la psicología, sociología y etnología, disciplinas de la antropología y psicología, adaptándola de forma especial a la teoría general de sistemas, basándose en que el individuo está conformado por subsistemas conductuales interactivos e interdependientes, relacionados entre sí y que funcionan como un todo integrado. También se basó en la teoría del entorno de Florence Nightingale que refiere que la enfermería está designada a ayudar a las personas a encontrar y desarrollar la forma de prevenir o recuperarse de una enfermedad o lesión.

Según Johnson las personas son un sistema conductual, conformado por siete subsistemas (Dependencia, Alimentación, Eliminación, Sexual, Agresividad, Realización y Afiliación) donde cada subsistema tiene objetivos estructurales como: meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta, y objetivos funcionales como: protección de las

influencias dañinas, nutrición y estimulación para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento. Estos objetivos tratan de mantener al individuo en un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad y problemas de salud producto del estrés y tensión de dicha interacción.

Dentro de este modelo la enfermería es una fuerza externa reguladora e intermediadora que actúa en la relación del individuo y el medio ambiente, cuando el comportamiento constituye una amenaza para la salud biopsicosocial o enfermedad, para así restablecer y preservar la organización e integración adecuada del comportamiento del paciente en un óptimo nivel de equilibrio.

Según este modelo los estudiantes de octavo básico de ambos establecimientos son un sistema abierto de comportamientos interrelacionados con el medio, que están buscando constantemente un equilibrio estable mediante como se van adaptando a la sociedad.

Las conductas de riesgo y comportamientos que atentan contra la salud de los estudiantes se pueden abordar en la práctica bajo este modelo de atención, debido a que trabaja con los individuos como un sistema integral, abordando los problemas de salud según los subsistemas afectados, como no trata los problemas específicos, es una herramienta útil para tratar y prevenir las alteraciones conductuales en los jóvenes producto de la relación del individuo y el medio, de forma individual como colectiva. Pero como no contempla la parte fisiobiológica de las personas y no formula diagnósticos de enfermería, para entregar una atención holística y de calidad debemos complementar nuestro proceso de intervención con otro modelo de enfermería como el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy ya que prescribe y analiza las relaciones de los individuos con el medio y las acciones que estos realizan para adaptarse a éste. Debido a que su modelo incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación, adquiere el carácter de una teoría científica que aplica el método científico en los cinco elementos que la componen (paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades).

El objetivo del modelo de Sor Callista Roy es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación.

Con la complementación de estos dos modelos de enfermería podemos enfrentar los problemas conductuales de los estudiantes de forma holística e integral, tratando a los alumnos en todos los aspectos biopsicosociales, realizando un plan de atención primaria directa en la escuela como en su hogar o comunidad, previniendo así las conductas de riesgo para la salud y fortaleciendo las conductas saludables, que están interrelacionadas con los problemas de salud pública que aquejan a nuestra sociedad.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General I:

Determinar algunas características personales y familiares de los estudiantes de 8° año básico de los establecimientos Carlos Brándago y Escuela N° 1 de Valdivia.

Objetivos Específicos:

- a) Identificar a los estudiantes del grupo estudio según sexo, y rendimiento académico.
- b) Identificar a los estudiantes del grupo estudio según estructura familiar.
- c) Determinar el tipo de funcionalidad familiar de los estudiantes del grupo estudio, basada en la percepción de las interacciones familiares, cohesión, adaptabilidad y afrontamiento familiar a los problemas por parte de los estudiantes.
- d) Determinar el nivel socioeconómico de los estudiantes del grupo estudio.

3.2 Objetivo General II:

Determinar si el funcionamiento familiar de los estudiantes de 8° año básico se asocia a su percepción de autoestima y al desarrollo de conductas de riesgo en salud.

Objetivo Específicos:

- a) Determinar el nivel de seguridad personal, según la autoestima que tienen los estudiantes del grupo estudio.
- b) Determinar en el grupo estudio la prevalencia de conductas de riesgo en salud: consumo de cigarrillo, alcohol, drogas, relaciones sexuales y actividad física.

- c) Relacionar la funcionalidad familiar y el nivel de seguridad personal, según la autoestima de los estudiantes del grupo estudio.
- d) Determinar la asociación existente entre la funcionalidad familiar y la prevalencia de conductas de riesgo en salud: consumo de cigarrillo, alcohol, drogas, relaciones sexuales y actividad física.
- e) Determinar la asociación existente entre la seguridad personal, según el nivel de autoestima de los estudiantes, y la prevalencia de conductas de riesgo en salud: consumo de cigarrillo, alcohol, drogas, relaciones sexuales y actividad física.

4. MATERIAL Y METODO

4.1 TIPO DE ESTUDIO:

El estudio que se realizó es una investigación tipo cuantitativa descriptiva comparativa transversal, debido a que se describirán algunas características personales y familiares de los adolescentes de los establecimientos Carlos Brándago y Escuela N° 1, las cuales se relacionarán con la autoestima y las conductas de riesgo de los estudiantes, y se compararan ambos establecimientos entre sí.

4.2 POBLACION DE ESTUDIO:

Con el fin de detectar el desarrollo precoz de las conductas de riesgo en los adolescentes, se trabajó con estudiantes de 8° año básico. Para no excluir a los adolescentes en los cuales exista asociación de las variables en estudio se trabajó con los cursos completos.

Se incluyeron en este estudio sólo a los estudiantes de octavo año que quisieron, bajo el consentimiento informado, contestar la encuesta autoadministrada, previamente aplicada a algunos estudiantes de Enfermería para comprobar que las preguntas fueran comprendidas.

Se encuestaron a 28 estudiantes pertenecientes a los octavos años A y B del establecimiento Carlos Brándago y 76 estudiantes pertenecientes a los octavos años A y B del establecimiento Escuela N° 1, constituyendo un universo de 104 personas.

4.3 LUGAR DE DESARROLLO:

La investigación se realizó en los estudiantes que se encontraban cursando el 8° año básico durante el 2006 en los establecimientos educacionales municipales Carlos Brándago, y Escuela N° 1 pertenecientes a la ciudad de Valdivia.

5. METODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El método que se utilizó para saber si el funcionamiento familiar influye en la percepción de seguridad personal y el desarrollo de conductas de riesgo en salud en los estudiantes de 8° año básico consistió en tres grandes pasos que se describen a continuación:

1. Determinar el funcionamiento familiar en función de su adaptabilidad y vulnerabilidad biopsicosocial mediante la aplicación del Test de funcionamiento familiar *Cómo es Tú Familia*. (Hernández A., 1996.)
2. Para determinar el nivel de seguridad personal, se evaluó la autoestima de los adolescentes a través de la Escala de Autoestima de Coersmith, validada en Chile por Brikmann Validez y Garcés (1999) para adultos, y por Brinkmann, Segure y Solar (1989) para adolescentes y niños. Esto basado en la concepción de que la autoestima refleja la seguridad personal, por lo cual una persona con autoestima alta y positiva tendrá un nivel alto de seguridad personal.
3. Determinar la prevalencia de conductas de riesgo en salud mediante la aplicación de una encuesta, creada por el investigador, que evaluó el consumo de cigarrillo, alcohol, droga, actividad física y sexual de los estudiantes.

Para fines prácticos del estudio se elaboró un instrumento autoadministrado el cual se llama *Mi Familia y Yo*, que se encuentra en el anexo N° 1, consta de seis ítems y reúne diversas preguntas de las encuestas antes mencionadas, los cuales se describen a continuación:

Ítem N° 1: corresponde a los antecedentes personales; sexo, rendimiento escolar, las cuales se clasificaron mediante preguntas estructuradas.

Ítem N° 2: corresponde a la estructura familiar, para lo cual se extrajeron las preguntas del test *Tu familia* de la OPS, destinadas a clasificar el tipo de familia.

Ítem N° 3: corresponde la encuesta elaborada por el INTA (instituto de nutrición y tecnología de alimentos) que sirve para medir el nivel socioeconómico, de la cual se extrajeron

8 preguntas de las 13 del documento original, ya que las preguntas omitidas no se aplican a la población estudio.

Ítem N° 4: corresponde a la Escala de Autoestima de Coersmith, que sirve para medir el nivel de autoestima de las personas. Para su clasificación se utilizó la escala de Baremo.

Ítem N° 5: corresponde a la encuesta del test Como es Tu Familia de la OPS (Organización Panamericana de la Salud), que sirve para determinar el funcionamiento familiar, de la cual se extrajeron las preguntas estructuradas relacionadas a la percepción de las interacciones familiares, cohesión, adaptabilidad y afrontamiento familiar. Las preguntas extraídas del test corresponden a los factores; tipo de relación y estilo de afrontamiento de problemas.

Cada uno de estos factores se evalúan mediante preguntas estructuradas donde el encuestado selecciona la respuesta que más lo representa. Cada respuesta tiene un valor predeterminado la cual arroja un puntaje que clasifica a la familia de la siguiente forma: Familias de alto riesgo biopsicosocial, Familias de riesgo biopsicosocial y familias de no riesgo biopsicosocial.

Ítem N° 6: corresponde a las conductas de riesgo en salud. Mediante una serie de preguntas estructuradas en donde el encuestado selecciona la respuesta que más lo representa se determina la prevalencia del consumo de alcohol, cigarrillo, drogas, relaciones sexuales y actividad física.

El instrumento fue autoadministrado para mantener la confidencialidad y el anonimato, siendo los estudiantes previamente informados de los alcances de la investigación y firmado el consentimiento informado, todo esto bajo la supervisión del encuestador, las encuestas están identificadas con un número correlativo, nombre y firma del estudiante. Los datos obtenidos son confidenciales y utilizados sólo para los fines estadísticos de la investigación.

6. METODO DE ANALISIS DE DATOS

Los datos obtenidos de la recolección de información se tabularon y analizaron mediante la utilización de los sistemas computacionales Microsoft Excel 2003 y EPI INFO 2002.

La presentación de los resultados se realizó mediante gráficos, que muestran los datos de las variables por separado, y tablas que presentan la asociación de las variables en estudio.

Para determinar la asociación y relación que existe entre la funcionalidad familiar, el nivel de autoestima y las conductas de riesgo en salud, se aplicó la prueba Chi cuadrado que determinará estadísticamente si las variables son dependientes o independientes entre sí.

7. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN NOMINALES	DEFINICIÓN OPERACIONALES
Sexo	Condición orgánica que define a cada ser humano, definiendo a cada persona, influyendo en su comportamiento biopsicosocial, además es crucial en la reproducción y perpetuación de la especie.	a) Masculino b) Femenino
Rendimiento escolar	Nivel de conocimiento expresado en una nota numérica que obtiene un alumno como resultado de una evaluación que mide el producto del proceso enseñanza aprendizaje en el que participa, y que se puede clasificar cuantitativamente de acuerdo a sus calificaciones.	a) 6.0 – 7.0 Buena b) 4.5 – 5.9 Regular c) < 4.5 Mala
Estructura familiar	La componen los miembros de la familia organizados en subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él.	a) Completa b) Incompleta c) Extensa d) Mixta
Nivel socioeconómico	Status económico al cual se pertenece y se encuentra socialmente determinado, según los ingresos que percibe la familia del adolescente y otros factores culturales de la familia.	a) Alto 8 b) Medio alto 9 - 11 c) Medio 12 – 22 d) Medio bajo 23 – 35 e) Bajo 36 – 48
Autoestima	La autoestima es la concepción afectiva que tenemos sobre nuestra propia persona partiendo de nuestro conocimiento del propio autoconcepto es decir saber quiénes somos, cuánto nos queremos y cuánto nos valoramos.	a) Alta 22 – 25 b) Media alta 17 - 21 c) Media 15 - 16 d) Media baja 10 - 14 e) Baja 0 – 9

Funcionalidad familiar	El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, permitiendo la interacción con otros sistemas.	a) Alto riesgo biopsicosocial b) Riesgo biopsicosocial c) No riesgo biopsicosocial
Consumo de cigarrillos	Acción de fumar cigarrillos	a) Si b) No
Consumo semanal de de cigarrillo	Requisito de consumir cigarrillos semanalmente	a) Si b) No c) No corresponde
Consumo de alcohol	Acción de beber alcohol	a) Si b) No
Embriagarse	Perder el dominio de sí por beber alcohol en exceso	a) Si b) No c) No corresponde
Consumo de drogas ilícitas	Acción de consumir drogas	a) Si b) No
Consumo mensual de drogas ilícitas	Requisito de consumir drogas mensualmente	a) Si b) No c) No corresponde
Relaciones sexuales	Realizar un acto sexual con coito en búsqueda de placer	a) Si b) No
Relaciones sexuales con protección	Uso de condón u otro método anticonceptivo al momento del acto sexual	a) Si b) No c) No corresponde
Realización de algún deporte	Práctica un deporte en particular	a) Si b) No
Realización de actividad física dos veces por semana	Cantidad de veces que realizan alguna actividad física durante la semana	a) Si b) No

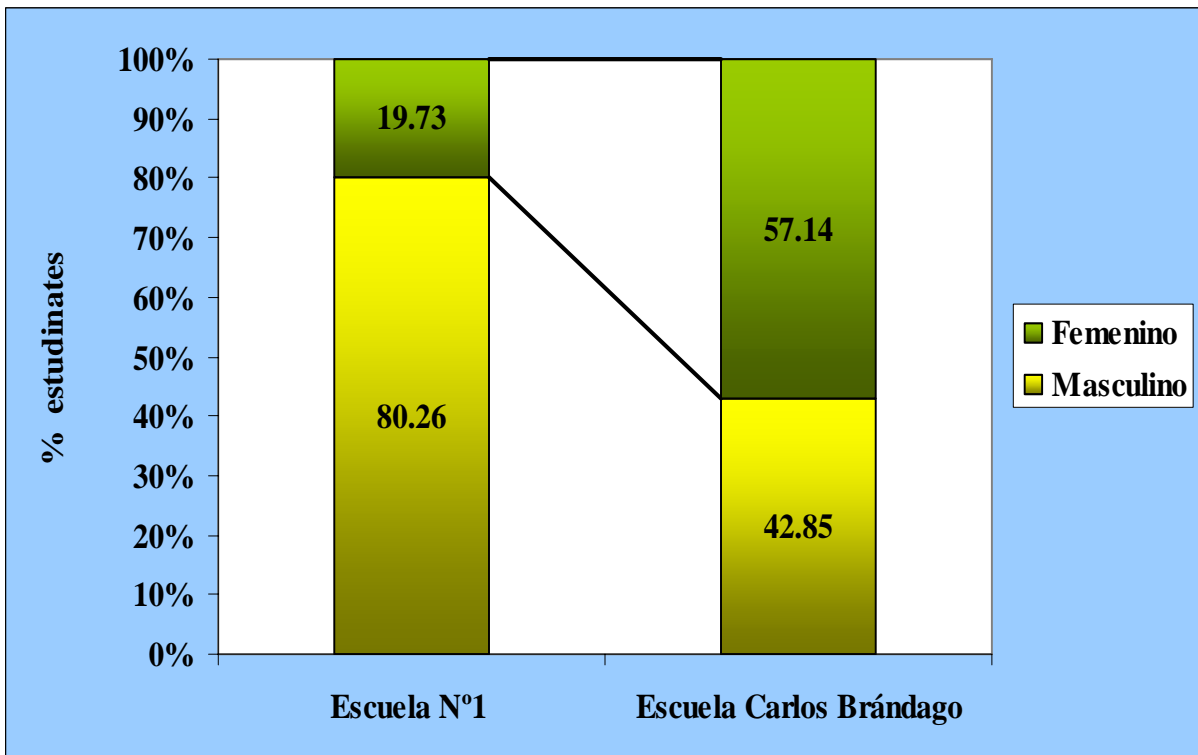
8. ANALISIS DE RESULTADOS

Los siguientes resultados corresponden a los datos proporcionados por los 76 estudiantes de 8° año Escuela N° 1, y 28 estudiantes 8° año Escuela Carlos Brándago.

En el presente análisis se describen las características y situación actual de los estudiantes.

8.1 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO AÑO Y ESCUELA, VALDIVIA 2006

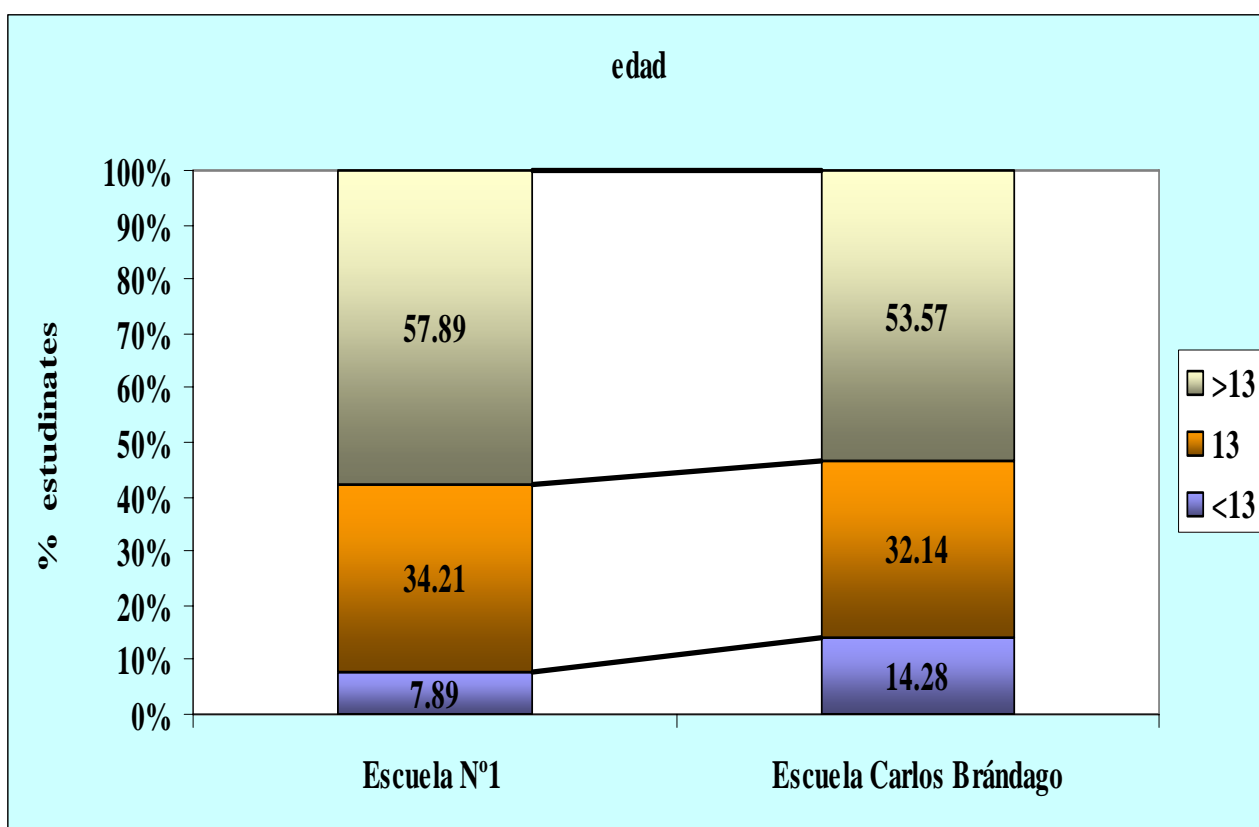
GRÁFICO N° 1. Distribución porcentual de la población estudiantil, según sexo y escuela, Valdivia 2006



Fuente: “Funcionamiento familiar: su relación con la percepción de seguridad de los adolescentes y el desarrollo de conductas de riesgo en salud”.

Como se observa en el gráfico N° 1 en la Escuela N° 1 destaca significativamente, que los estudiantes en su mayoría son de sexo masculino, con un índice de masculinidad de 406,6. Por lo que podemos decir que por cada 100 estudiantes de sexo femenino existen 406,6 hombres. Por otro parte en la Escuela Carlos Brándago no existe una diferencia tan significativa entre ambos sexos como en la Escuela N° 1, siendo la mayoría de los estudiantes encuestados de sexo femenino, correspondiente al 57 %, con un índice de masculinidad de 75.

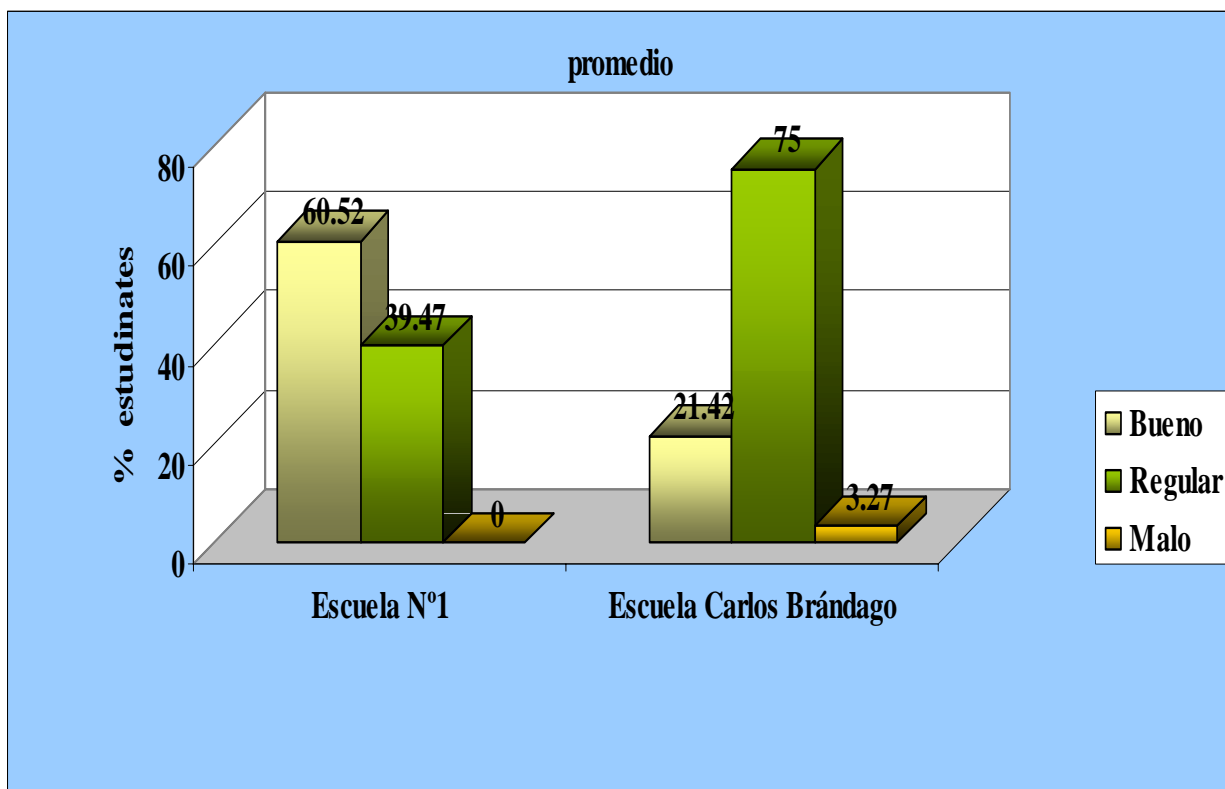
GRÁFICO N° 2. Distribución porcentual de la población estudiantil, según edad y escuela, Valdivia 2006



Fuente: Ídem.

Se puede observar en el gráfico N° 2 que se destacan, mayoritariamente por sobre los demás, los estudiantes de octavo año que tienen trece o más, lo que sugiere que la mayoría de los estudiantes tanto de la Escuela N° 1 y Carlos Brándago cursa octavo año acorde a su edad. Cabe destacar que existe un sesgo en los estudiantes repitentes que tienen más de trece años. También existe una proporción importante de estudiantes menores de 13, lo que indica que entraron a la escuela a edades inferiores a 6 años, lo que puede influir en su rendimiento.

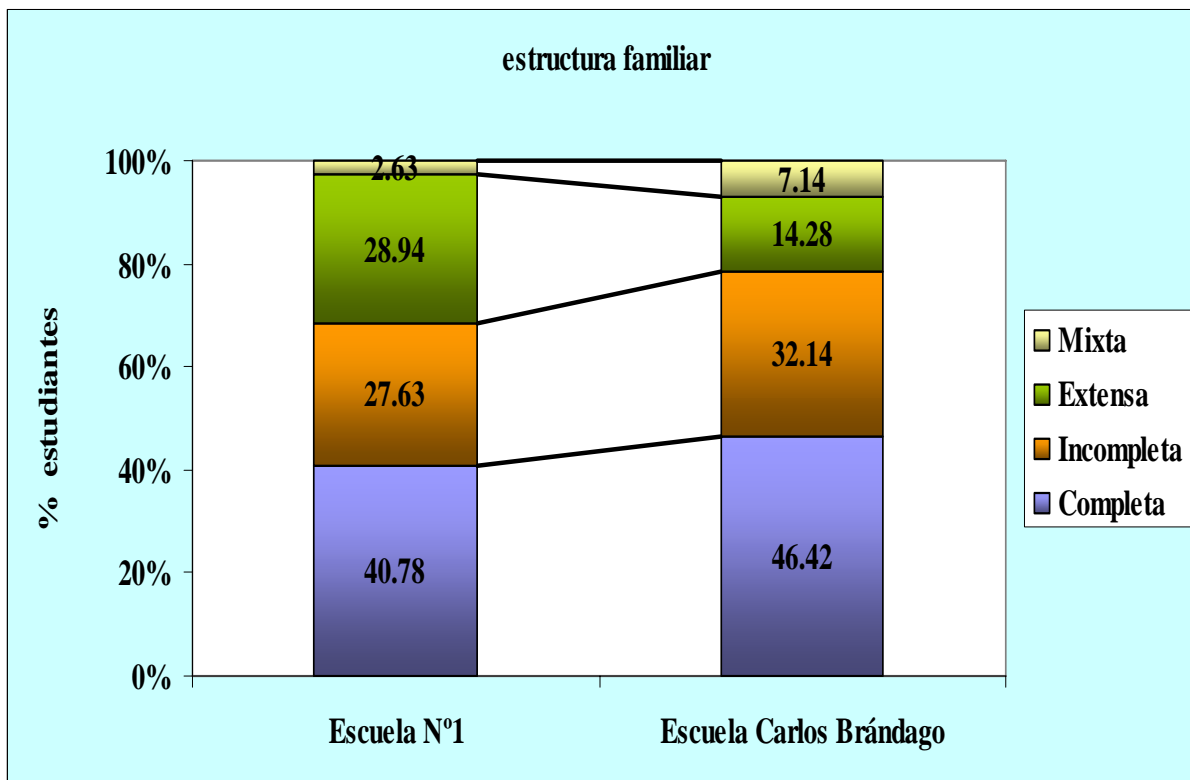
GRÁFICO N° 3. Distribución porcentual de la población estudiantil, según rendimiento académico y escuela, Valdivia 2006



Fuente: Ídem.

En el gráfico N° 3 La mayoría de los estudiantes de octavo año de la Escuela N° 1 poseen un promedio de notas bueno (sobre 6.0), y nadie tiene un promedio malo, lo que refleja un buen rendimiento académico de los estudiantes, mientras tanto que en la Escuela Carlos Brándago los estudiantes de octavo año difieren de sus pares de la Escuela N° 1, ya que su gran mayoría, correspondiente al 75% tiene un promedio regular (4.5 – 5.9), que si bien es satisfactorio, refleja un bajo nivel académico.

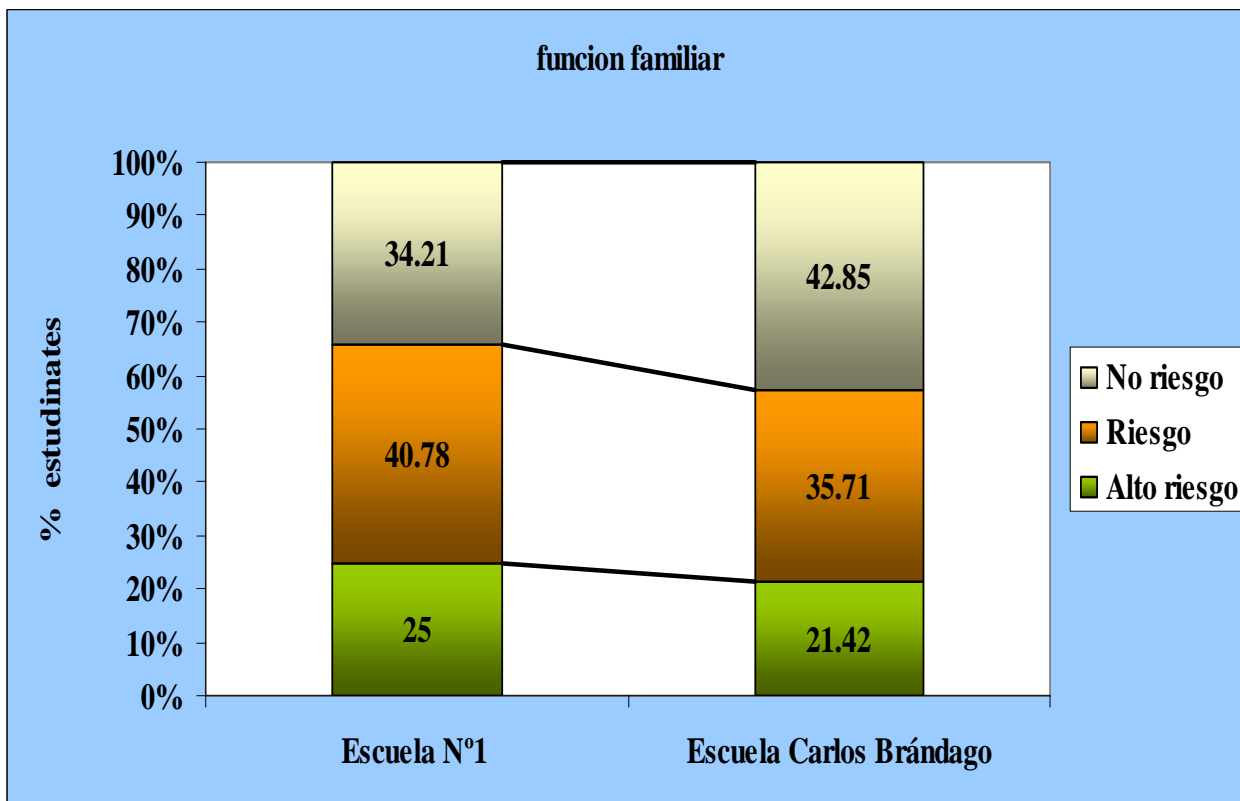
GRÁFICO N° 4. Distribución porcentual de la población estudiantil, según estructura familiar y escuela, Valdivia 2006



Fuente: Ídem.

Se puede observar en el gráfico N° 4 que la mayoría de los estudiantes de octavo año en ambas Escuelas poseen una estructura familiar de tipo completa, pero también destacan significativamente altas los estudiantes con una estructura familiar de tipo extensa e incompleta, correspondiente aproximadamente a un tercio del universo total en la Escuela Carlos Brándago, y si sumamos las familias de tipo extensa e incompleta en la Escuela N° 1 corresponden a más de la mitad de su universo total. Según otras investigaciones estas estructuras familiares son características de familias disfuncionales o de alto riesgo de vulnerabilidad biopsicosocial.

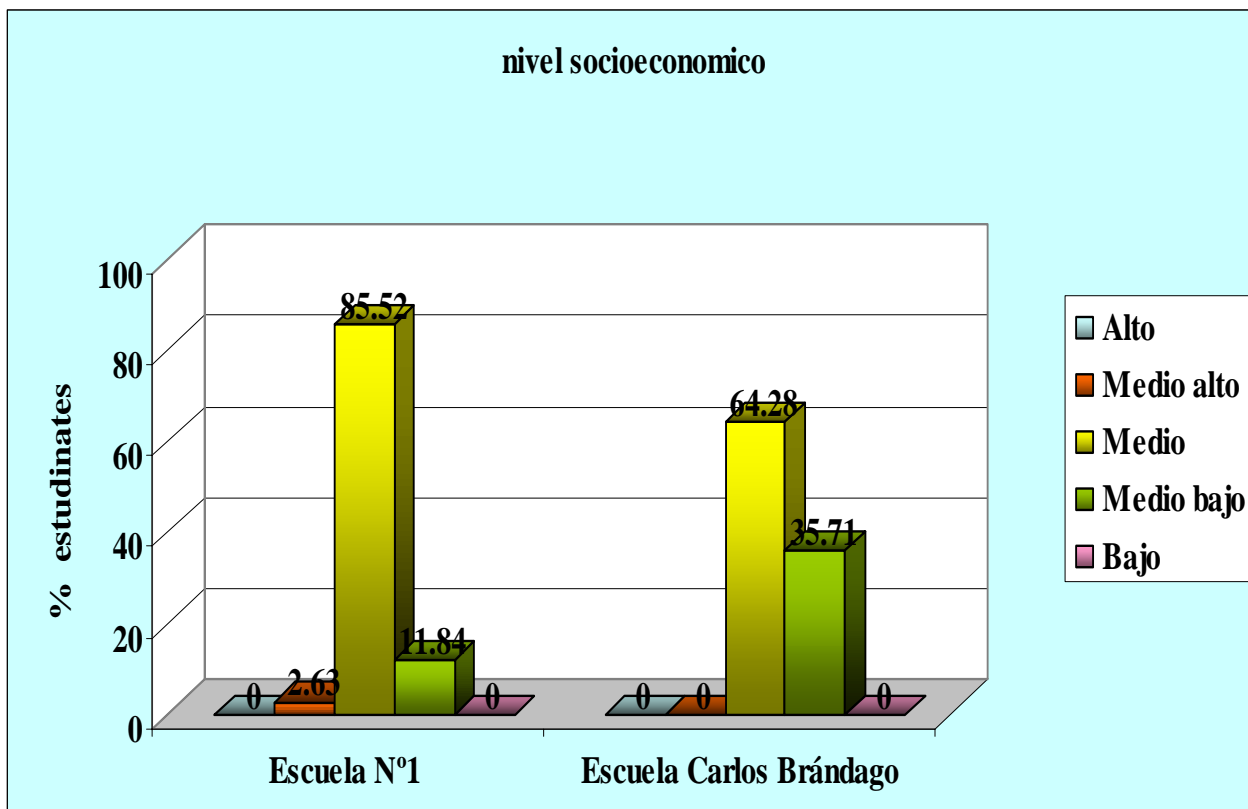
GRÁFICO N° 5. Distribución porcentual de la población estudiantil, según funcionalidad familiar y escuela, Valdivia 2006



Fuente: Ídem.

Como se puede apreciar en el gráfico N° 5 la gran mayoría; de los estudiantes de octavo año básico de la Escuela N° 1, equivalentes al 66 % provienen de familias con riesgo de vulnerabilidad biopsicosocial y de ellos aproximadamente un tercio posee alto riesgo biopsicosocial. Algo similar se aprecia en la Escuela Carlos Brándago ya que de los estudiantes encuestados un 57,13 % de ellos poseen familias de funcionalidad de riesgo o alto riesgo biopsicosocial. Cabe destacar que en ambas escuelas los estudiantes de familias de alto riesgo de vulnerabilidad biopsicosocial equivalen aproximadamente a una cuarta parte de la población total.

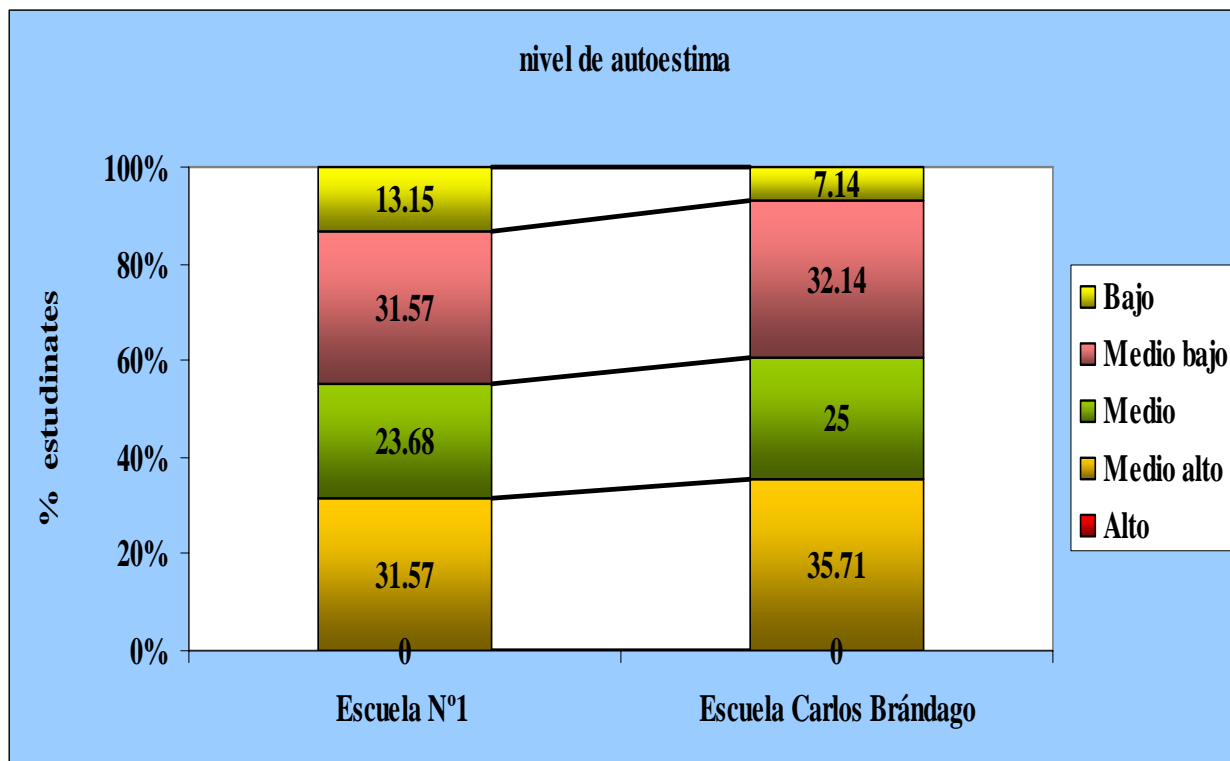
GRÁFICO N° 6. Distribución porcentual de la población estudiantil, según nivel socioeconómico y escuela, Valdivia 2006



Fuente: Ídem.

Se puede observar en el gráfico N° 6 que a diferencia de la Escuela N° 1, donde casi la totalidad de sus estudiantes (85%) pertenece a un nivel socioeconómico medio, en la Escuela Carlos Brándago destaca significativamente (36%) la cantidad de estudiantes que tienen un nivel socioeconómico medio bajo, correspondiente a un tercio de su población.

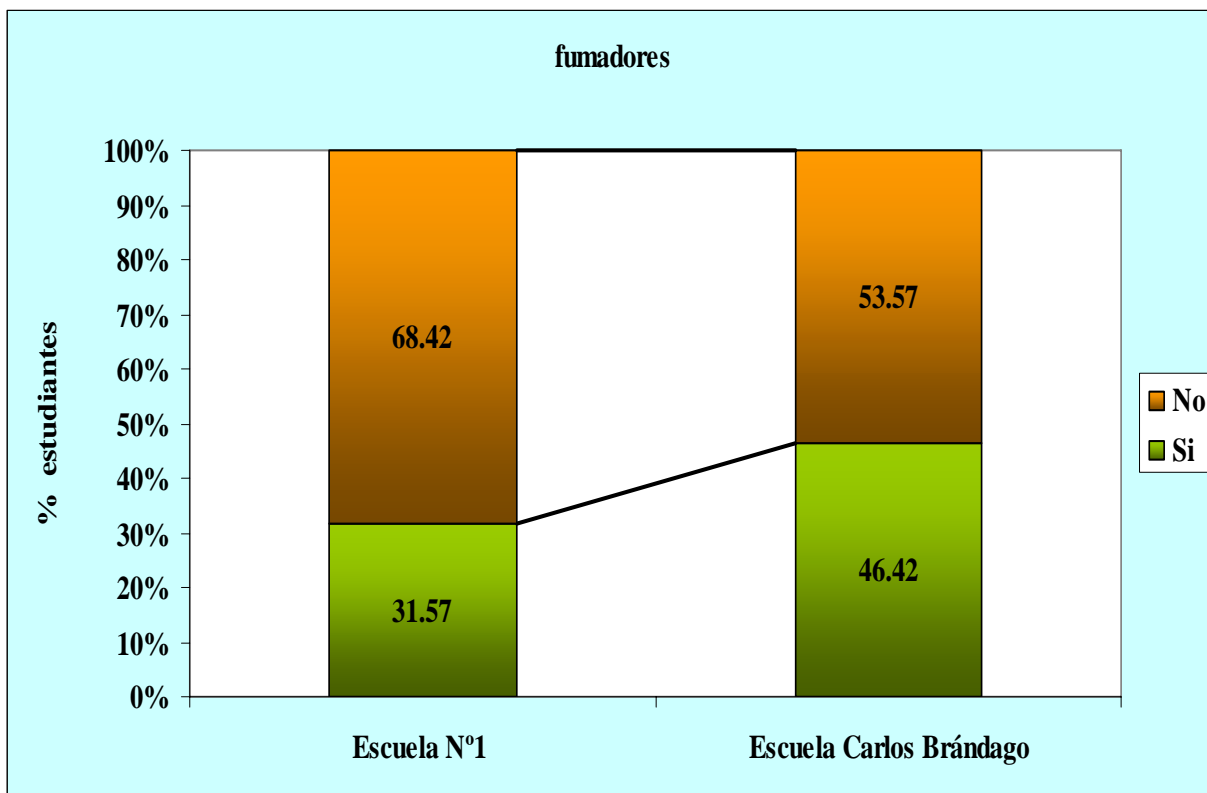
GRÁFICO N° 7. Distribución porcentual de la población estudiantil, según nivel autoestima y escuela, Valdivia 2006



Fuente: Ídem.

Si bien se observa en el gráfico N° 7 que no existe una tendencia que predomine por sobre las demás, destaca significativamente en los estudiantes de la Escuela N° 1 que poseen un nivel de autoestima medio bajo (31%). También cabe destacar que un 13 % de los estudiantes posee un autoestima bajo y que ninguno de ellos tiene un autoestima alto. Se observa una situación similar en la Escuela Carlos Brándago ya que la segunda mayoría de estudiantes se encuentra concentrada en aquellos estudiantes con una autoestima medio bajo (32 %).

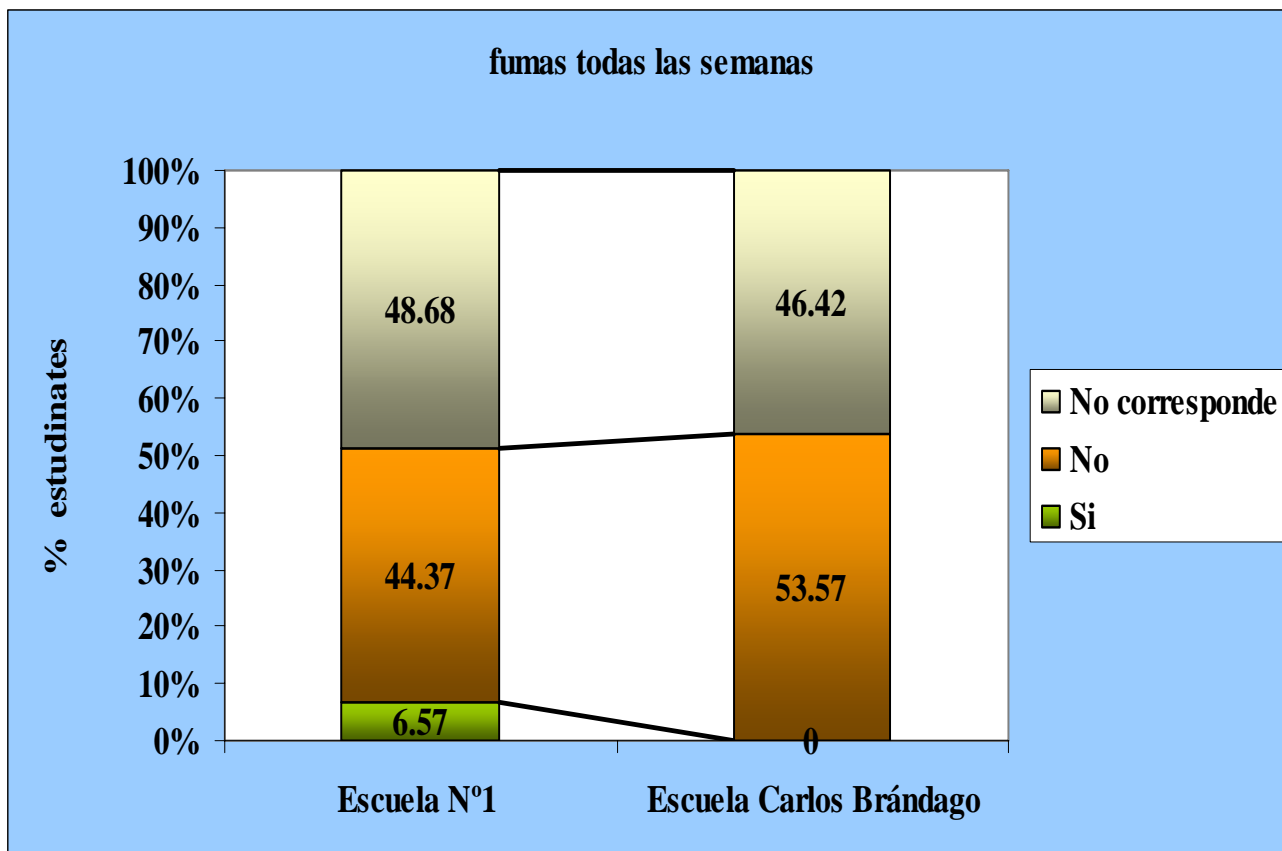
GRÁFICO N° 8. Distribución porcentual de la población estudiantil, según la conducta de fumar y escuela, Valdivia 2006



Fuente: Ídem.

En el gráfico N° 8 se observa que de los estudiantes de octavo año de la Escuela N° 1, un 32 % ha fumado cigarrillos alguna vez, correspondiente aproximadamente a un tercio de su población total, por otra parte en los estudiantes de octavo año de la Escuela Carlos Brándago la tendencia de estudiantes que ha fumado alguna vez cigarrillos es mayor que en la Escuela N° 1, correspondientes a casi la mitad de su población total.

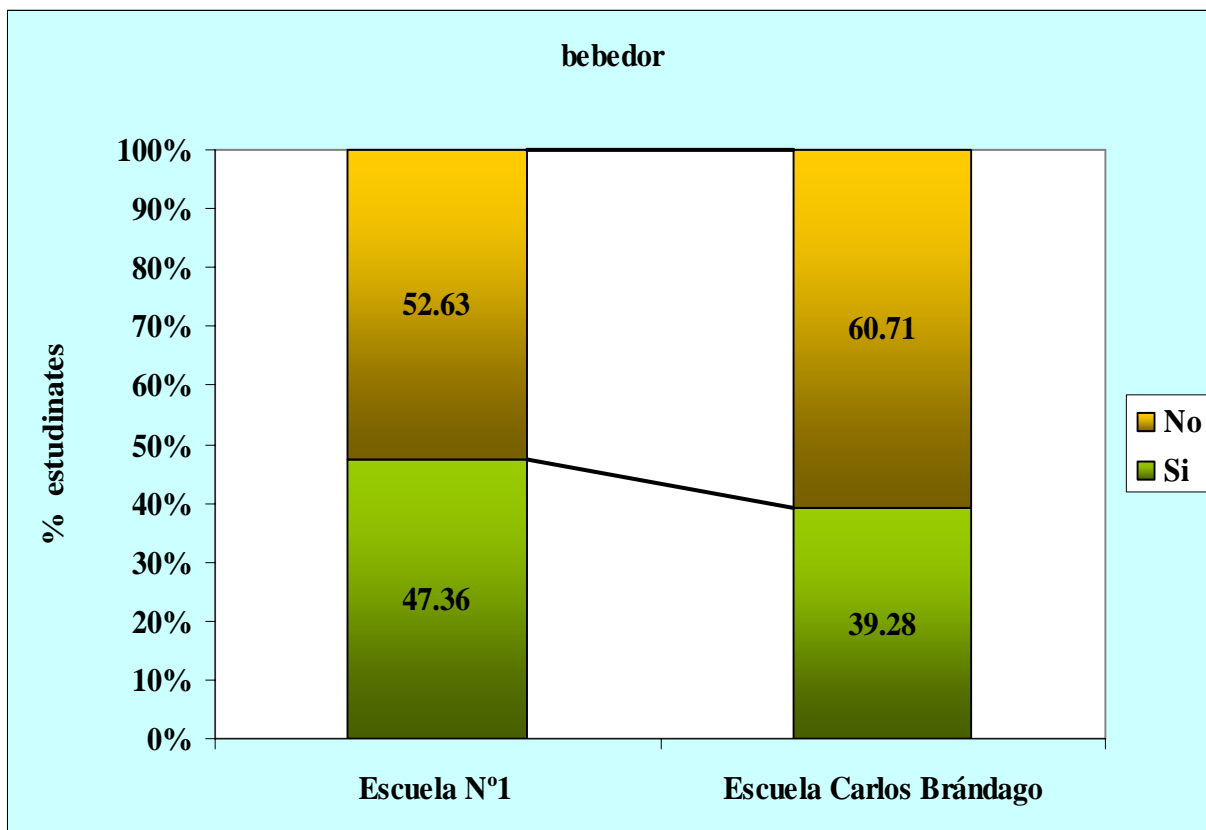
GRÁFICO N° 9. Distribución porcentual de la población estudiantil, según la conducta de fumar semanalmente y escuela, Valdivia 2006



Fuente: Ídem.

Se puede observar en el gráfico N° 9 que el 7% de los estudiantes de octavo año de la Escuela N° 1 fuman semanalmente, siendo este porcentaje mucho menor a la cantidad de estudiantes que han fumado alguna vez, esto sugiere que el 7% de los estudiantes fuma habitualmente, situación que no se observa en la Escuela Carlos Brándago ya que ninguno de sus estudiantes refiere fumar semanalmente, a pesar que casi la mitad de ellos refiere si haber fumado alguna vez, contrario a lo observado en la Escuela N° 1.

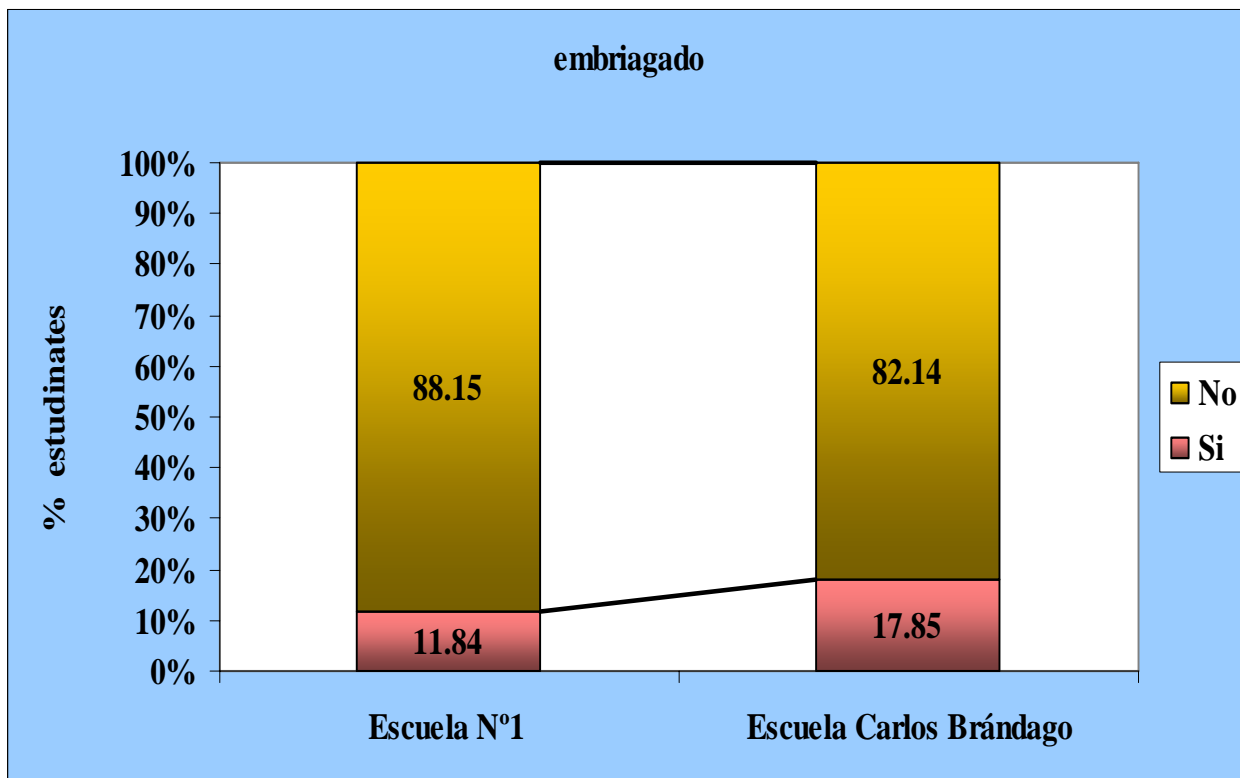
GRÁFICO N° 10. Distribución porcentual de la población estudiantil, según la conducta de consumir alcohol y escuela, Valdivia 2006



Fuente: Ídem.

En el gráfico N° 10 destaca el porcentaje (47%) de los estudiantes de octavo año de la Escuela N° 1 que han bebido alguna vez algún tipo de bebida alcohólica, ya que prácticamente la mitad de ellos ha bebido alcohol alguna vez. Por otra parte en la Escuela Carlos Brándago si bien el porcentaje (39,28%) de estudiantes de octavo año que ha consumido alcohol alguna vez es inferior a lo presentado en la Escuela N° 1, la tendencia sigue siendo alta ya que podemos decir que de cada diez estudiantes 4,3 han consumido alcohol alguna vez.

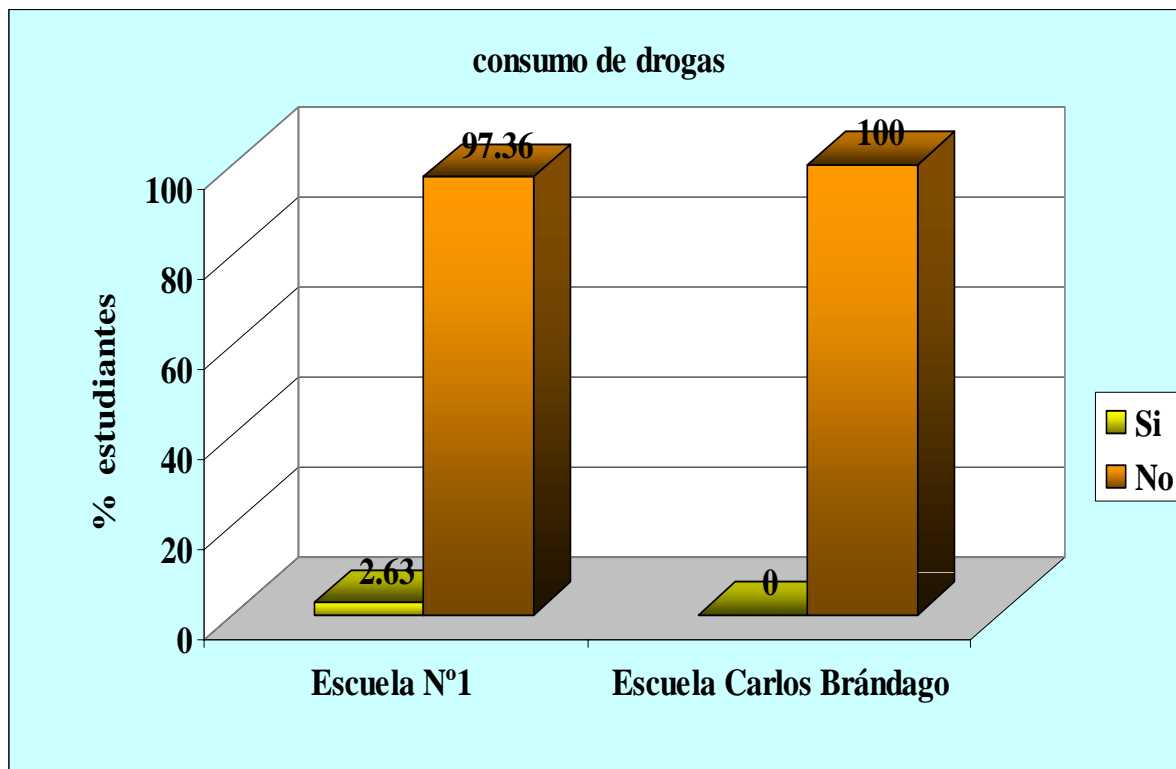
GRÁFICO N° 11. Distribución porcentual de la población estudiantil, que se han embriagado alguna vez y escuela, Valdivia 2006



Fuente: Ídem.

Como se puede observar en el gráfico N° 11, el porcentaje de los estudiantes de octavo año de la Escuela N° 1 que refiere haberse embriagado alguna vez, equivalen a un cuarto de la población estudiantil que ha probado alcohol. Esta situación se acentúa en la Escuela Carlos Brándago ya que del universo total de estudiantes de octavo año encuestados un 18 % de ellos refiere haberse embriagado alguna vez. Si bien el porcentaje de estudiantes que ha bebido alcohol alguna vez es menor a lo reflejado en la Escuela N° 1, el número de estudiantes que se ha embriagado alguna vez es mucho mayor. Esto quiere decir que casi la mitad (41,9%) de los que han tomado alguna vez se embriagan alguna vez.

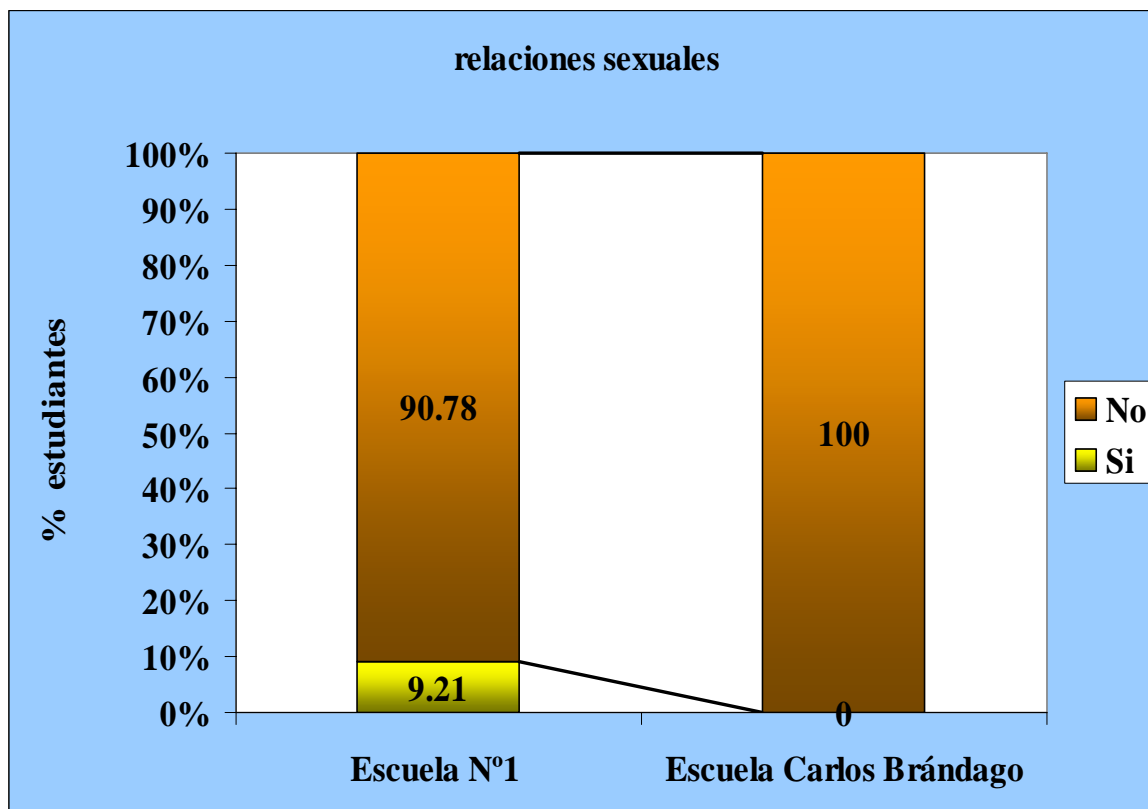
GRÁFICO N° 12. Distribución porcentual de la población estudiantil, que han consumido algún tipo de droga ilícita y escuela, Valdivia 2006



Fuente: Ídem.

Se observa en el gráfico N° 12 que del total de estudiantes de octavo año encuestado de la Escuela N° 1 un 3% refiere haber consumido algún tipo de droga ilícita alguna vez. Si bien un 3% es bajo, encontrar conductas de riesgo en salud de este tipo es preocupante. Cabe destacar que del universo total ninguno de los estudiantes refiere consumir algún tipo de droga ilícita una vez al mes, por lo que podemos decir que no es una conducta frecuente en este establecimiento, a su vez los estudiantes de octavo año de la Escuela Carlos Brándago ninguno de ellos reconoce haber consumido algún tipo de droga ilícita como lo muestra el gráfico, por lo cual se desprende que ninguno de ellos consume algún tipo de droga esporádica o mensualmente.

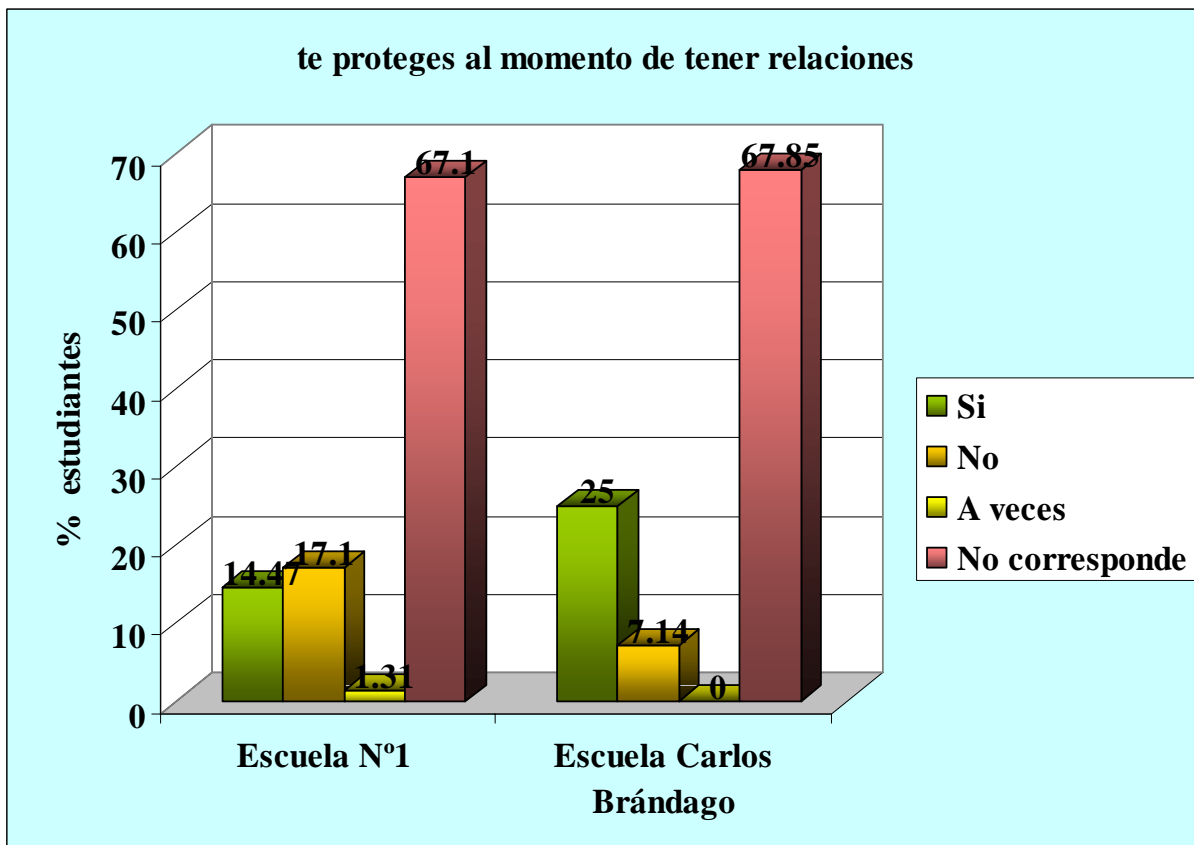
GRÁFICO N° 13. Distribución porcentual de la población estudiantil, según presencia de actividad sexual y escuela, Valdivia 2006



Fuente: Ídem.

Como se puede observar en el gráfico N° 13 de entre todos los estudiantes de octavo año encuestados en la Escuela N° 1 aproximadamente uno de cada diez de ellos reconoce haber tenido relaciones sexuales, lo que confirma la presencia de este factor de riesgo en los estudiantes. Por otra parte en la Escuela Carlos Brándago se destaca que de todo el universo de estudiantes de octavo año encuestado ninguno reconoce haber tenido alguna vez relaciones sexuales, por lo que podemos decir que en estos estudiantes esta condición no representa un factor de riesgo. Como ninguno de los estudiantes de la Escuela Carlos Brándago ha tenido relaciones sexuales alguna vez, la condición de protegerse al momento del coito no guardaría relación.

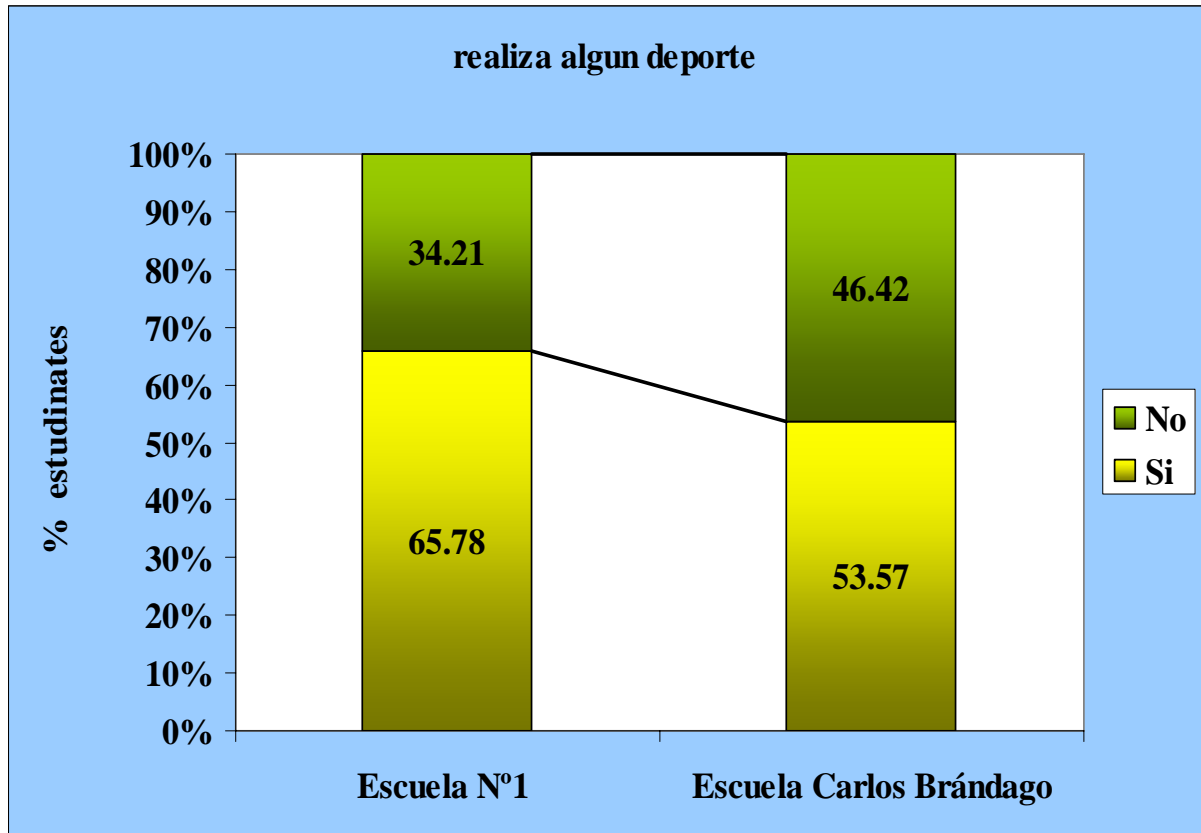
GRÁFICO N° 14. Distribución porcentual de la población estudiantil, según protección al momento de tener una relación sexual y escuela, Valdivia 2006



Fuente: Ídem.

En el gráfico N° 14 si bien de todos los estudiantes de octavo año encuestados en la Escuela N° 1 un 17 % refiere que no se protege al momento de tener relaciones sexuales, y un 14 % refiere si hacerlo, los resultados no reflejan lo esperado según lo observado en el gráfico N° 13, ya que existe una incongruencia entre las respuestas a las preguntas; “has tenido alguna vez relaciones sexuales” y “siempre te proteges al momento de tener alguna relación sexual”, lo que podría sugerir que la población de estudiantes que ha tenido relaciones sexuales es mayor a lo observado en el gráfico anterior o que contestaron en función de la intención si es que tuvieran relaciones sexuales en algún momento. La misma situación se observa en la Escuela Carlos Brándago ya que si bien ninguno de los estudiantes encuestados refiere haber tenido relaciones sexuales, un 25 % refiere protegerse al momento del coito y un 7 % refiere no hacerlo.

GRÁFICO N° 15. Distribución porcentual de la población estudiantil, según realización de algún tipo de deporte y escuela, Valdivia 2006

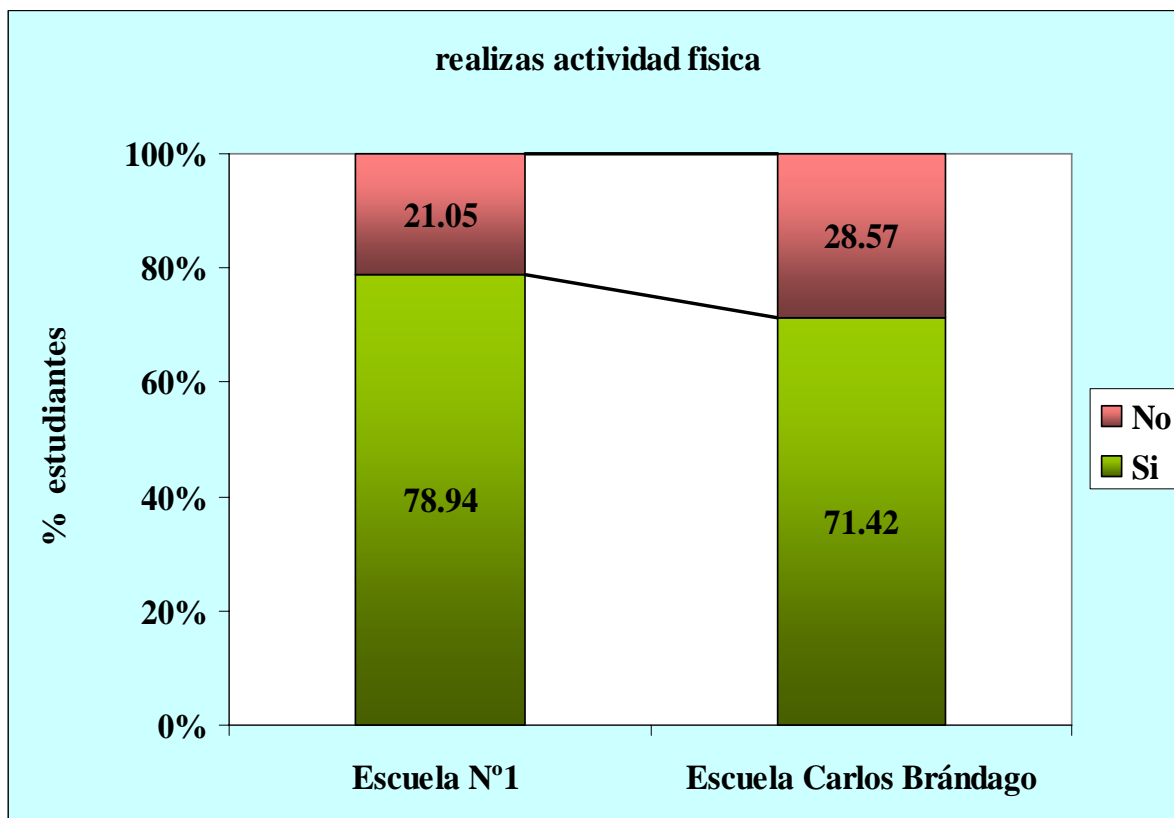


Fuente: Ídem.

Se destaca en el gráfico N° 15 que la gran mayoría (66%) de los estudiantes de octavo año de la Escuela N° 1 encuestados realiza algún deporte, por lo cual podemos decir que aproximadamente siete de cada diez estudiantes no es sedentario ya que practica algún deporte.

A diferencia de la Escuela N° 1 entre los estudiantes de octavo año de la Escuela Carlos Brándago no existe una gran diferencia entre los estudiantes que realizan algún deporte y los que no lo hacen que corresponden al 46% del universo, lo que sugiere que el índice sedentario es mayor en la Escuela Carlos Brándago.

GRÁFICO N° 16. Distribución porcentual de la población estudiantil, según actividad física al menos dos veces por semana y escuela, Valdivia 2006



Fuente: Ídem.

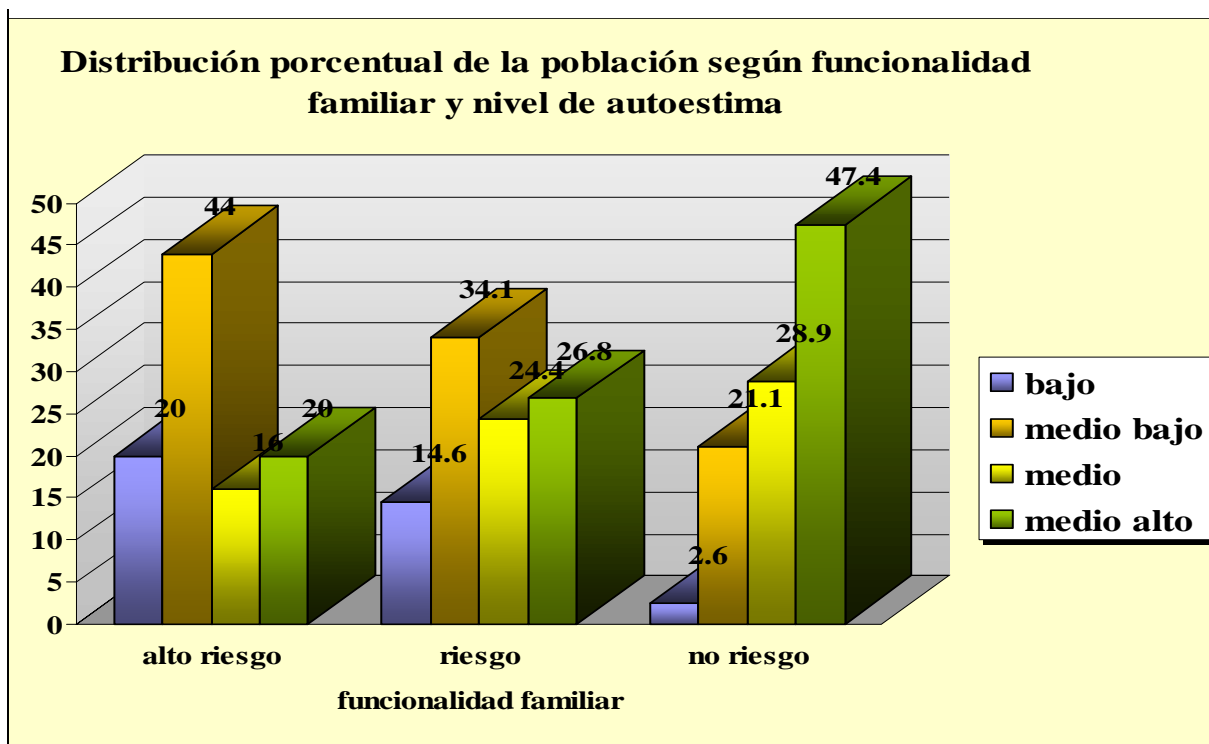
Como se observa en el gráfico N° 16 destaca significativamente que la gran mayoría (79%) de los estudiantes de octavo año de la Escuela N° 1 realiza actividad física al menos dos veces por semana, reafirmando la condición protectora de este factor observado en gráfico anterior. Por otra parte en la Escuela Carlos Brándago si bien el porcentaje (71%) de los estudiantes que realizan actividad física al menos dos veces por semana es mucho mayor a los que realizan algún tipo de deporte (54%), destaca alta la proporción de estudiantes que no realiza actividad física, por lo que podríamos decir que más de un cuarto del total de estudiantes podría ser sedentario.

8.2 RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO AÑO CON AUTOESTIMA, EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN SALUD, VALDIVIA 2006.

Para poder determinar relación existente entre las características personales y familiares de los estudiantes de octavo año con el funcionamiento familiar, se aplicó la prueba de Chi cuadrado.

Debido a la baja frecuencia de estudiantes que poseen conductas de riesgo en salud, para poder relacionarlo con el funcionamiento familiar, se reunieron todos los estudiantes en una sola matriz.

GRÁFICO N° 1. Distribución porcentual, según nivel de autoestima que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y el tipo de funcionalidad familiar al cual pertenecen. Valdivia 2006.

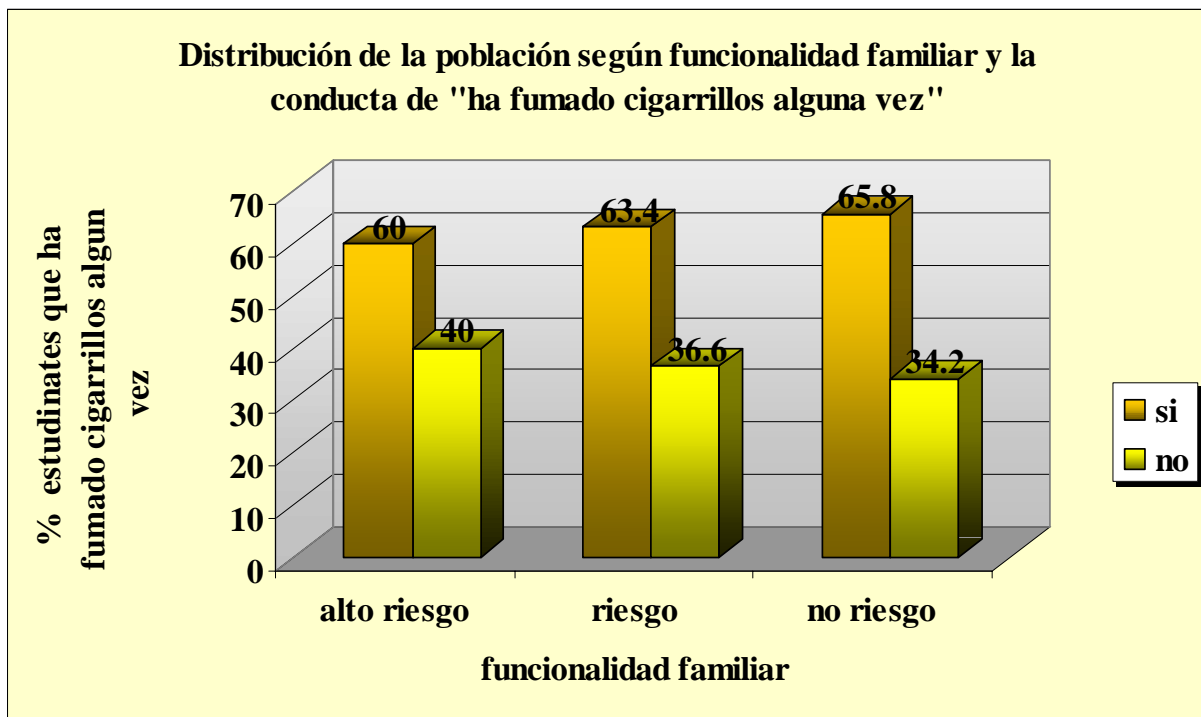


Fuente: Ídem.

Chi cuadrado	Ggl	Probabilidad
12,3531	2	0,0545

Como se puede observar en el gráfico N° 1, la tendencia de los estudiantes con nivel de autoestima medio bajo provienen de familias de riesgo o alto riesgo de vulnerabilidad biopsicosocial, lo que quiere decir que el nivel de autoestima de los estudiantes evidenció la tendencia a ser inversamente proporcional al riesgo de vulnerabilidad biopsicosocial, esta misma tendencia es sugerida por la prueba Chi cuadrado a pesar de que frecuencia de estudiantes en algunas variables es baja.

GRÁFICO N° 2. Distribución porcentual, según el tipo de funcionalidad familiar que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber fumado cigarrillos alguna vez. Valdivia 2006.



Fuente: Ídem.

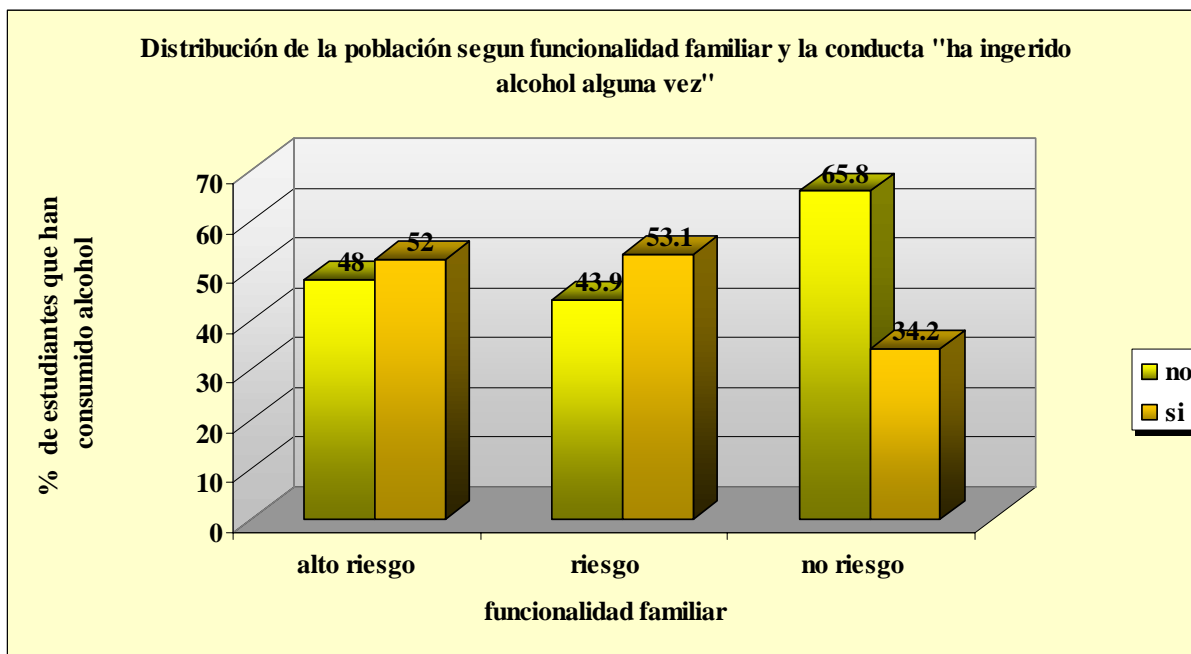
Chi cuadrado	gl	Probabilidad
0,2180	2	0,8967

Como podemos observar en el gráfico N° 2 no existen diferencias significativas entre los estudiantes sin riesgo y los con riesgo biopsicosocial en cuanto a la conducta de “haber fumado cigarrillos alguna vez”. Cabe destacar que si bien la condición protectora de no fumar es mayor en los estudiantes provenientes de familias con riesgo biopsicosocial, el análisis de la prueba de Chi cuadrado revela que no existe relación entre estas variables en estudio, por lo que podemos decir que fumar cigarrillos en los estudiantes de octavo año es independiente de su funcionalidad familiar.

Esta tendencia se repite, al igual que en el gráfico presentado, al relacionar la condición de fumar cigarrillos semanalmente y la funcionalidad familiar, evidenciando que no existen grandes diferencias entre los estudiantes con familias sin riesgo y los estudiantes de familias de riesgo biopsicosocial con la conducta de fumar cigarrillos.

Cabe destacar que si bien los estudiantes que han fumado alguna vez y los que fuman semanalmente es un poco mayor en aquellos que poseen familias sin riesgo de vulnerabilidad biopsicosocial, la prueba de Chi cuadrado sugiere que no existe relación entre la funcionalidad familiar y fumar cigarrillos.

GRÁFICO N° 3. Distribución porcentual, según el tipo de funcionalidad familiar que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber consumido algún tipo de bebida alcohólica. Valdivia 2006.



Fuente: Ídem.

Chi cuadrado	gl	Probabilidad
4,1067	2	0,1283

Como podemos observar en el gráfico N° 3, destacando la clara tendencia de que las familias en riesgo biopsicosocial tienen una mayor proporción de hijos que han tomado alcohol alguna vez, alrededor de la mitad vs. aproximadamente un tercio, si bien la prueba chi cuadrado no confirma asociación.

Al relacionar la funcionalidad familiar y los estudiantes que se han embriagado alguna vez, a pesar de que el mayor porcentaje de los estudiantes que se han embriagado es mayor en las familias de riesgo biopsicosocial, no existen diferencias significativas entre los estudiantes de familias sin riesgo y riesgo de vulnerabilidad biopsicosocial.

TABLA N° 4. Distribución numérica y porcentual, según el tipo de funcionalidad familiar que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber consumido algún tipo de droga ilícita. Valdivia 2006.

HAS CONSUMIDO ALGÚN TIPO DE DROGA ILÍCITA			
Funcionalidad familiar	no	si	TOTAL
alto riesgo	24	1	25
% Fila	96,0	4,0	100,0
% Columna	23,5	50,0	24,0
no riesgo	37	1	38
% Fila	97,4	2,6	100,0
% Columna	36,3	50,0	36,5
riesgo	41	0	41
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	40,2	0,0	39,4
TOTAL	102	2	104
% Fila	98,1	1,9	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

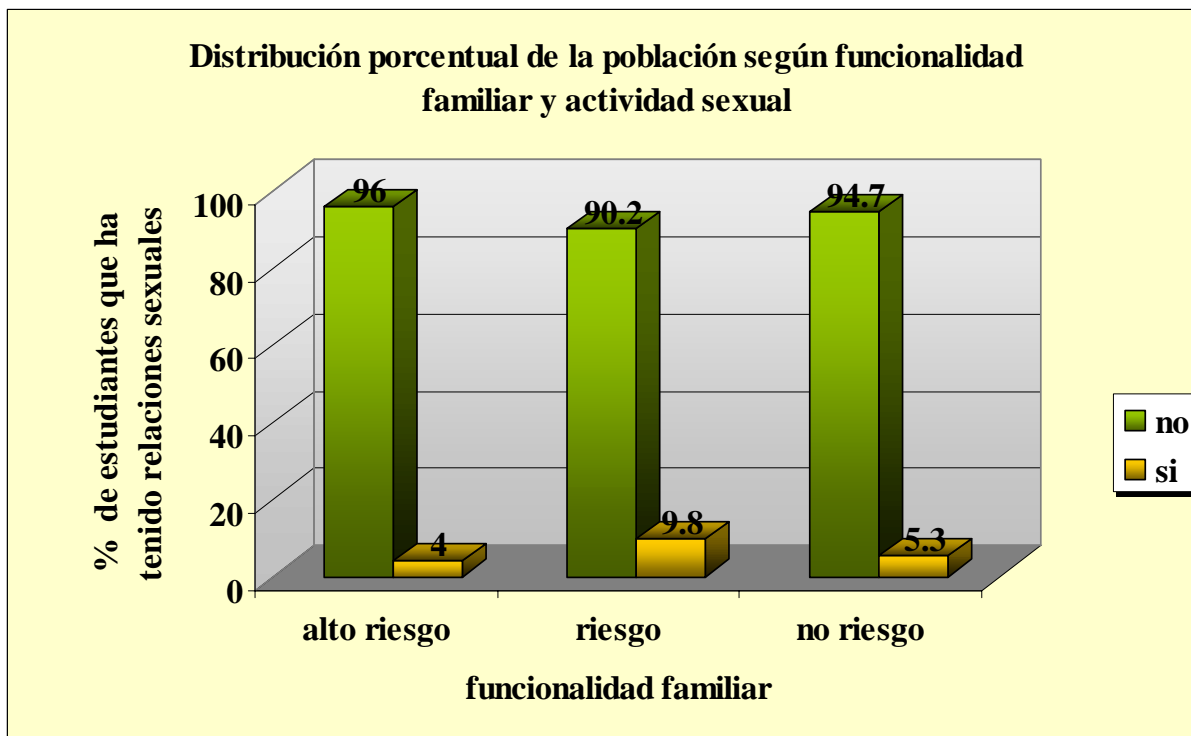
Chi cuadrado	gl	Probabilidad
1,4768	2	0,4779

Como se puede observar en la tabla N° 4, no existe una diferencia significativa entre los estudiantes que no han consumido drogas y pertenecen a una familia de sin riesgo y los estudiantes que tienen una familia de riesgo biopsicosocial.

Si bien el encontrar dos estudiantes que afirman haber consumido algún tipo de droga ilícita a su edad llama la atención, debido a la baja frecuencia, los resultados son poco significativos estadísticamente. Además podemos mencionar que no existe ningún estudiante que consuma algún tipo de droga ilícita mensualmente, por lo cual no se puede analizar si el funcionamiento familiar tiene relación con el consumo de drogas.

La prueba Chi cuadrado no se puede aplicar debido a la baja frecuencia en algunas de las variables relacionadas en estudio.

GRÁFICO N° 5. Distribución porcentual, según el tipo de funcionalidad familiar que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber tenido alguna vez relaciones sexuales. Valdivia 2006.



Fuente: Ídem.

Chi cuadrado	gl	Probabilidad
1,0251	2	0,5990

Como se puede observar en el gráfico N° 5 las familias que tienen riesgo o alto riesgo en su funcionalidad tienen la mayor proporción de estudiantes con actividad sexual, alcanzando un 9,8 % en las familias de riesgo, mientras que en las familias sin riesgo solo alcanza un 5,3 %.

Si bien la prueba de Chi cuadrado no se puede aplicar debido a que la frecuencia de estudiantes que han tenido relaciones sexuales es baja, el gráfico muestra una tendencia de encontrar más estudiantes que han tenido relaciones sexuales en las familias de riesgo de vulnerabilidad biopsicosocial.

Como existe un sesgo significativo entre las preguntas: “has tenido alguna vez relaciones sexuales” y “siempre te proteges al momento de tener una relación sexual”, esta última no se puede relacionar con el funcionamiento familiar ya que sus resultados podrían conducir a una conclusión errónea.

TABLA N° 6. Distribución numérica y porcentual, según el tipo de funcionalidad familiar que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de realizar algún tipo de deporte. Valdivia 2006.

REALIZAS ALGÚN TIPO DE DEPORTE			
Funcionalidad familiar	no	si	TOTAL
alto riesgo	10	15	25
% Fila	40,0	60,0	100,0
% Columna	24,4	23,8	24,0
no riesgo	13	25	38
% Fila	34,2	65,8	100,0
% Columna	31,7	39,7	36,5
riesgo	18	23	41
% Fila	43,9	56,1	100,0
% Columna	43,9	36,5	39,4
TOTAL	41	63	104
% Fila	39,4	60,6	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Chi cuadrado	gl	Probabilidad
,7803	2	0,6770

Podemos observar en la tabla N° 6 que no existen diferencias significativas entre las familias sin riesgo y los que poseen un funcionamiento familiar de riesgo biopsicosocial, con respecto de la realización de algún deporte de sus hijos, destaca que de entre todos los estudiantes que no realizan algún tipo de deporte la mayoría (83,9%) pertenecen a familias de riesgo o alto riesgo en su funcionamiento familiar.

La prueba de Chi cuadrado determina que no existe asociación entre el funcionamiento familiar y la realización de algún deporte. Por lo que podemos decir que son independientes una de la otra.

TABLA N° 7. Distribución numérica y porcentual, según el tipo de funcionalidad familiar que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de realizar actividad física al menos dos veces por semana. Valdivia 2006.

REALIZAS ACTIVIDAD FÍSICA AL MENOS DOS VECES POR SEMANA			
Funcionalidad familiar	no	si	TOTAL
alto riesgo	7	18	25
% Fila	28,0	72,0	100,0
% Columna	28,0	22,8	24,0
no riesgo	6	32	38
% Fila	15,8	84,2	100,0
% Columna	24,0	40,5	36,5
riesgo	12	29	41
% Fila	29,3	70,7	100,0
% Columna	48,0	36,7	39,4
TOTAL	25	79	104
% Fila	24,0	76,0	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

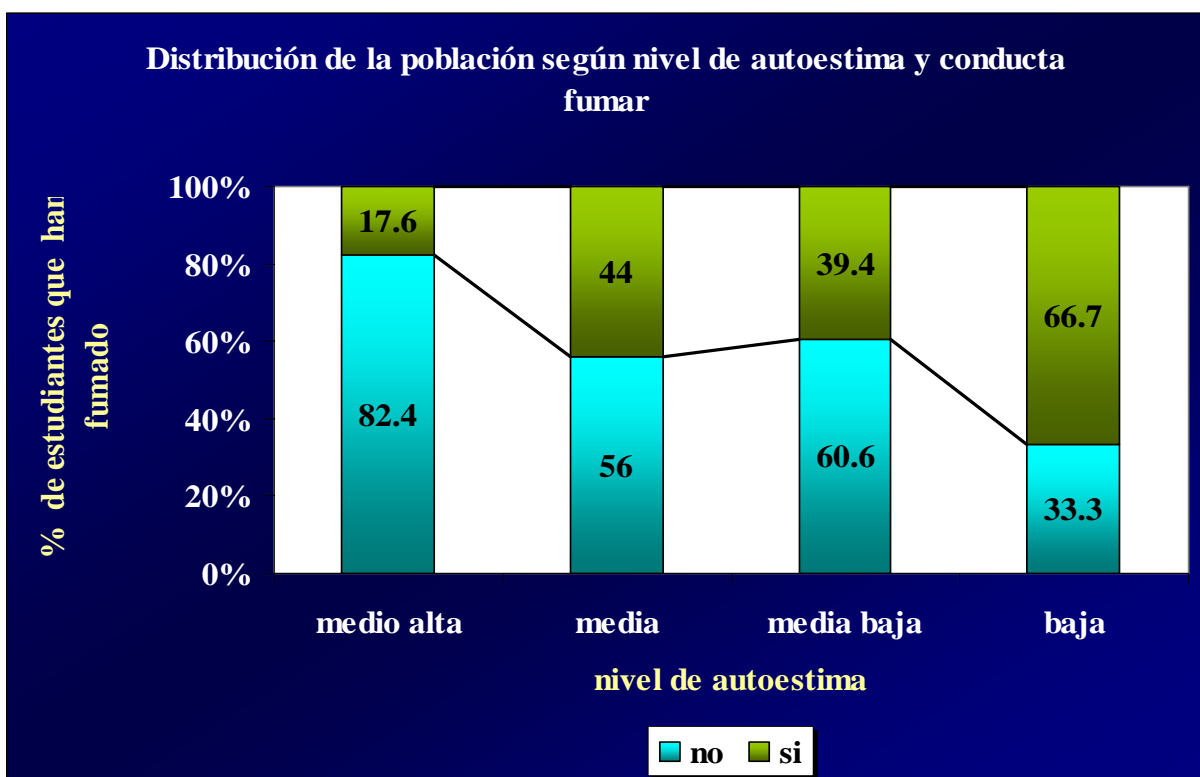
Chi cuadrado	gl	Probabilidad
2,2451	2	0,3255

En la tabla N° 7 se observa que de todos los estudiantes que no realizan actividad física al menos dos veces por semana, la mayor proporción (76%) pertenecen a familias de riesgo o alto riesgo biopsicosocial.

Si bien los datos sugieren una tendencia de que la mayoría de los estudiantes con familias de riesgo o alto riesgo en su funcionalidad familiar son sedentarios, la prueba de Chi cuadrado demuestra que no existe asociación entre estas dos variables en estudio y que son independientes una de la otra.

8.3 RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LOS ESTUDIANTES DE OCTAVO AÑO Y EL NIVEL DE AUTOESTIMA.

GRÁFICO N° 1. Distribución porcentual, según el nivel de autoestima que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber fumado cigarrillos alguna vez. Valdivia 2006.



Fuente: Ídem.

Chi cuadrado	gl	Probabilidad
10,6467	3	0,0138

Como podemos observar en el gráfico N° 1, en los estudiantes con un nivel de autoestima medio alto la proporción de estudiantes que no fuma (82,4%) es mucho mayor a la presentada en los estudiantes con un nivel de autoestima medio bajo o bajo, en los que el 66,9% sí ha fumado cigarrillos alguna vez.

Según la prueba de Chi cuadrado evidencia que existe asociación entre las dos variables, por lo que podemos decir que la probabilidad de encontrar a un estudiante que fume es inversamente proporcional al nivel de autoestima, ya que el hecho de tener una autoestima bajo y fumar cigarrillos están asociados.

TABLA N° 2. Distribución numérica y porcentual, según el nivel de autoestima que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber consumido algún tipo de bebida alcohólica. Valdivia 2006.

HAS CONSUMIDO ALGÚN TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA			
Nivel de autoestima	No	Si	TOTAL
bajo	6	6	12
% Fila	50,0	50,0	100,0
% Columna	10,9	12,2	11,5
medio	15	10	25
% Fila	60,0	40,0	100,0
% Columna	27,3	20,4	24,0
medio alto	22	12	34
% Fila	64,7	35,3	100,0
% Columna	40,0	24,5	32,7
medio bajo	12	21	33
% Fila	36,4	63,6	100,0
% Columna	21,8	42,9	31,7
TOTAL	55	49	104
% Fila	52,9	47,1	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Chi cuadrado	gl	Probabilidad
6,0698	3	0,1083

Se observa en la tabla N° 2 que casi dos tercios de los estudiantes (64,7%) con un nivel de autoestima medio alto nunca han bebido alguna bebida alcohólica, por el contrario entre la mitad y dos tercios de los estudiantes que poseen un nivel de autoestima bajo o medio bajo si lo han hecho. Sin embargo aunque el número de estudiantes que ha consumido alcohol alguna vez es alto, según la prueba de Chi cuadrado no tiene relación con el nivel de autoestima, situación similar ocurre en los estudiantes y la conducta de embriagarse, por lo que podemos decir que el nivel de autoestima personal no está asociado al consumo de alcohol.

TABLA N° 3. Distribución numérica y porcentual, según el nivel de autoestima que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber consumido algún tipo de droga ilícita. Valdivia 2006.

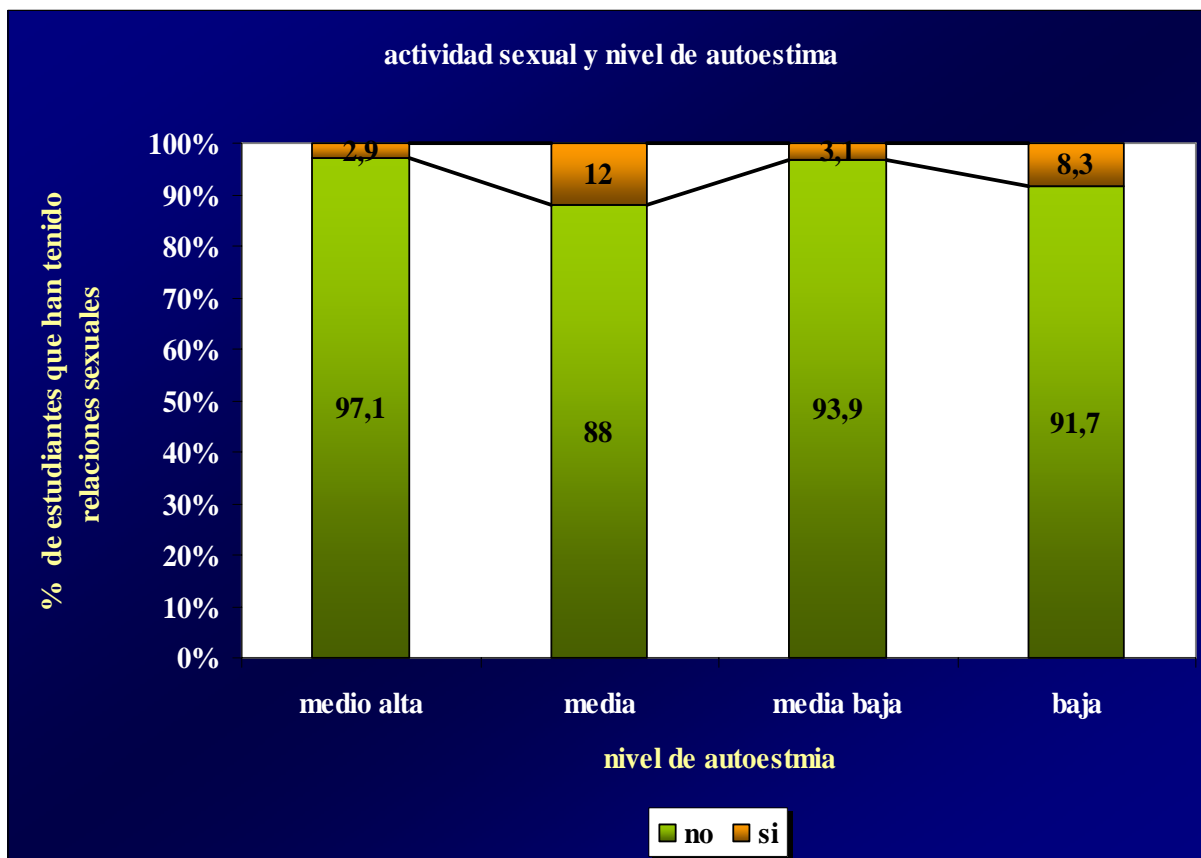
HAS CONSUMIDO ALGÚN TIPO DE DROGA ILÍCITA			
Nivel de autoestima	No	Si	TOTAL
bajo	11	1	12
% Fila	91,7	8,3	100,0
% Columna	10,8	50,0	11,5
medio	25	0	25
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	24,5	0,0	24,0
medio alto	33	1	34
% Fila	97,1	2,9	100,0
% Columna	32,4	50,0	32,7
medio bajo	33	0	33
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	32,4	0,0	31,7
TOTAL	102	2	104
% Fila	98,1	1,9	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Chi cuadrado	gl	Probabilidad
3,9385	3	0,2682

Podemos observar en la tabla N° 3 que no existen grandes diferencias entre los estudiantes que no han consumido algún tipo de droga ilícita según su nivel de autoestima, tampoco se establece una tendencia significativa entre los estudiantes que si lo han hecho. Cabe destacar que los estudiantes con baja autoestima que han consumido algún tipo de droga ilícita tienen proporción de consumo es mayor (8,3% vs 2,9%).

Si bien dos estudiantes del universo total de encuestados si lo han hecho, no representan una frecuencia significativa como para relacionarla con la autoestima, por lo cual la prueba de Chi cuadrado no se puede aplicar. Para determinar si la autoestima y el consumo de drogas ilícitas se relacionan habría que profundizar en futuras investigaciones.

GRÁFICO N° 4. Distribución porcentual, según el nivel de autoestima que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de haber tenido alguna vez relaciones sexuales. Valdivia 2006.

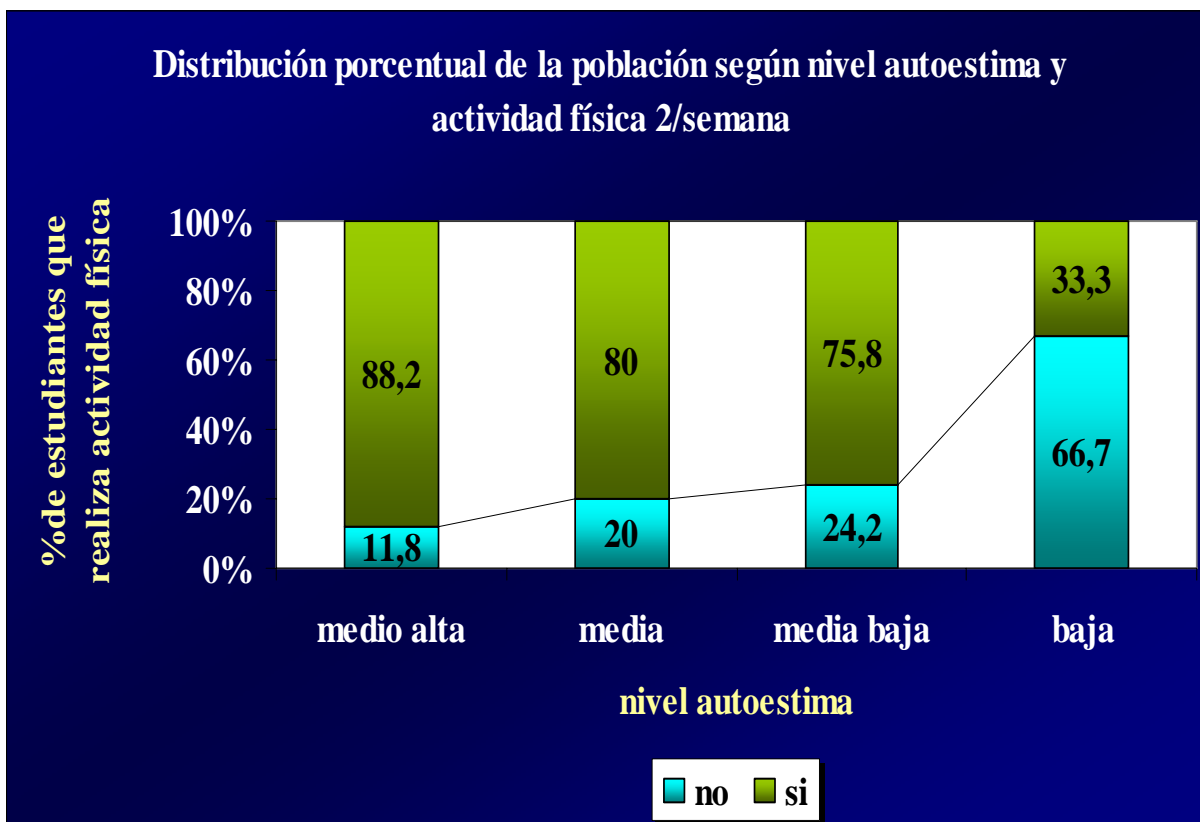


Chi cuadrado	gl	Probabilidad
1,9562	3	0,5816

Podemos observar en el gráfico N° 4 que no existen grandes diferencias entre el nivel de autoestima de los estudiantes y la conducta de “haber tenido relaciones sexuales”.

A pesar de encontrar un grupo de estudiantes que afirma haber tenido relaciones sexuales, la baja frecuencia reconocida por los estudiantes no permite relacionar este comportamiento sexual con el nivel de autoestima, por lo cual la prueba de Chi cuadrado no se puede aplicar.

GRÁFICO N° 5. Distribución porcentual, según el nivel de autoestima que presentan los estudiantes de 8° año básico de ambas escuelas, y la condición de realizar actividad física al menos dos veces por semana. Valdivia 2006.



Chi cuadrado	gl	Probabilidad
14,9710	3	0,0018

En el gráfico N° 5, de todos los estudiantes que no realizan actividad física al menos dos veces por semana, un 90.9% poseen un autoestima medio bajo o bajo, y por otro lado destaca que de entre todos los estudiantes con un nivel de autoestima medio alto el 88,2 si realiza actividad física dos veces por semana.

La prueba Chi cuadrado revela que existe asociación entre estas dos variables en estudio, por lo que sugiere que los estudiantes con baja autoestima realizan menos actividad física que una persona con un autoestima alto, ya que el realizar actividad física está asociado al nivel de autoestima personal y puede condicionar a esta misma o viceversa.

9. DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos, se desprende que en la población de estudio existen ciertas diferencias entre las escuelas en cuanto a las características personales y familiares, a pesar que los estudiantes de octavo año pertenecen a establecimientos educacionales municipales semejantes. Se requeriría mayor investigación para establecer la influencia de los colegios sobre estas variables.

Respecto a la funcionalidad familiar en los estudiantes de octavo año, podemos decir que existe una diferencia menor entre ambos establecimientos, ya que en la Escuela N° 1 el 65,78 % de sus estudiantes tienen una funcionalidad familiar de riesgo o alto riesgo, mientras que en la Escuela Carlos Brándago esta proporción es de 57,13 %. Cabe destacar que uno de cada 4 a 5 estudiantes de ambas escuelas están en alto riesgo de vulnerabilidad biopsicosocial según su funcionalidad familiar.

Hay poca diferencia entre ambos establecimientos en relación al nivel de autoestima de sus estudiantes, correspondiendo las dos mayores proporciones a aquellos estudiantes con un nivel de autoestima medio alto y medio bajo, con muy poca diferencia entre ellos. Cabe destacar que no se encontró a ningún estudiante con autoestima alta y existe un grupo de estudiantes con baja autoestima llegando a ser 13% en la Escuela N° 1, lo que sugiere que en general predomina una tendencia de tener un nivel de autoestima medio bajo.

Podemos destacar que los estudiantes de la Escuela N° 1 son en su mayoría (80%) de sexo masculino, mientras que los estudiantes de la Escuela Carlos Brandado en su mayoría (57%) son mujeres. Según investigaciones, Hidalgo 1999, las familias de riesgo en su funcionalidad familiar se caracterizan por tener mayor número de mujeres entre sus integrantes.

En relación a la edad podemos decir que no existen diferencias significativas entre los estudiantes de ambos establecimientos, siendo más de la mitad de ellos mayores de trece años.

En relación al rendimiento académico de los estudiantes podemos decir que existe una gran diferencia en relación al rendimiento académico, ya que el 61% de los estudiantes de la Escuela N° 1 tienen un promedio de notas sobre 6.0, mientras que los estudiantes de la Escuela Carlos Brándago 75% de ellos tienen un promedio entre 4.5 – 5.9. Cabe destacar que también un 4% posee un promedio menor o igual a 4.5, condición que no se observa en los

estudiantes de la Escuela N° 1, considerando que las características de ambos establecimientos educacionales son similares.

En relación a la estructura familiar existen investigaciones que la asocian al funcionamiento familiar, como la realizada por Hidalgo C. (1999), que refiere que las familias disfuncionales generalmente son familias reconstituidas o uniparentales, al igual que muchas de ellas poseen una estructura familiar incompleta o extensa. En relación a esto podemos mencionar que los estudiantes de ambos establecimientos poseen características similares en relación a la estructura familiar, siendo en su mayoría familias de tipo completa, cabe destacar la alta proporción de estudiantes con familias incompletas, 32% Escuela Carlos Brándago y 28% Escuela N° 1, al igual que el 29% de estudiantes con familias extensas de la Escuela N° 1 y un 14% de la Escuela Carlos Brándago.

Respecto al nivel socioeconómico la literatura describe que la pobreza es un factor de riesgo para funcionalidad familiar, y según investigaciones como la realizada por Florenzano 1998, refiere que la mayoría de las familias de riesgo en su funcionalidad familiar poseen características de un nivel socioeconómico bajo. En relación a esto podemos mencionar que si bien la mayoría de los estudiantes de ambos establecimientos tienen un nivel socioeconómico medio, llegando a un 85% en la Escuela N° 1, existe un grupo de estudiantes con un nivel socioeconómico medio bajo, llegando a un 35% en la Escuela Carlos Brándago, que al analizar sus encuestas por separado la mayoría de sus familias presenta un riesgo o alto riesgo de vulnerabilidad biopsicosocial.

En relación a las conductas de riesgo en salud, en ambos establecimientos destaca significativamente la cantidad de estudiantes que ha fumado cigarrillos alguna vez, siendo un 32% de los estudiantes en la Escuela N° 1 y un 46% en la Escuela Carlos Brándago. Cabe destacar que si bien la cantidad de estudiantes que han fumado cigarrillos es menor en la Escuela N° 1, son los únicos que lo realizan semanalmente, siendo este grupo el más vulnerable, según la literatura, a padecer de enfermedades cardiorrespiratorias a futuro.

Según el INE (Instituto Nacional de Estadística) el consumo de alcohol en los jóvenes es cada vez más precoz, lo que se correlaciona con los datos obtenidos en ambos establecimientos, ya que el 47% de los estudiantes de la Escuela N° 1 y un 39,28% en la Escuela Carlos Brándago refieren haber consumido alcohol alguna vez. La cantidad de estudiantes que se han embriagado destaca significativamente en ambos establecimientos, considerando que son estudiantes de octavo básico, alcanzando un 41,9% en la población total de bebedores.

En la Escuela Carlos Brándago ningún estudiante de octavo básico reconoce haber consumido algún tipo de droga ilícita, mientras que en la Escuela N° 1 si bien la gran mayoría

de sus estudiantes no reconoce haber consumido drogas ilícitas alguna vez, existe un 3% que si lo ha hecho. No se puede especificar qué tipo de droga han consumido debido a que omitieron esa pregunta. Cabe destacar que ninguno de ellos lo hace mensualmente.

Según el CONACE Chile el consumo de drogas en el 2002 es similar en colegios municipales como privados, también refiere que la prevalencia de consumo de drogas ilícitas aumenta conforme la edad y el curso; la prevalencia de drogas ilícitas asciende de 6% en octavo básico a un 12% en primero medio y luego a un 24% en cuarto medio. Según esta misma organización, las drogas más consumidas son en primer lugar la marihuana, seguidas de cocaína y pasta base, por lo que se puede inferir que los estudiantes de este estudio contestaron con un sesgo de deseabilidad social. En la presente investigación no se pudo determinar fidedignamente el consumo de drogas en los estudiantes, a lo mejor por falta de confidencialidad, pero el 3% identificado según el CONACE Chile podría haber consumido marihuana.

En relación a la conducta sexual de los estudiantes podemos decir que en la Escuela Carlos Brándago ninguno de sus estudiantes ha tenido relaciones sexuales, mientras que en la Escuela N° 1 la prevalencia es de un 9%, proporción que es menor que la señalada en el CENSO 2002, en que un 12.3% de las jóvenes entre 13 y 19 años declara tener hijos, y que la gran mayoría de ellas posee un bajo estrato social y nivel educacional.

Existe un sesgo importante en la pregunta relacionada con la protección al momento de tener relaciones sexuales, debido a que las repuestas no se correlacionan con la pregunta anterior, “has tenido alguna vez relaciones sexuales”, por lo que pierden credibilidad estadística.

En relación a la actividad física de los estudiantes es similar entre ambos establecimientos educacionales, ya que la gran mayoría de los estudiantes practica algún deporte o realiza actividad física dos veces por semana, encontrándose una prevalencia de un 79% en la Escuela N° 1 y un 71% en la Escuela Carlos Brándago de estudiantes que realizan actividad física al menos dos veces por semana.

El análisis de las encuestas por separado los datos observados en relación a la funcionalidad familiar y el nivel socioeconómico se correlacionan con lo descrito por Hidalgo (1999), que describen que las familias de riesgo en su funcionalidad familiar poseen un nivel socioeconómico medio bajo o bajo, transformando la condición de pobreza en un factor de riesgo biopsicosocial.

La mayoría de los estudiantes que tienen un nivel de autoestima medio alto provienen de familias sanas en su funcionalidad familiar, mientras que aquellos que presentan una autoestima baja o medio baja poseen familias de riesgo biopsicosocial, si bien esta diferencia por poco alcanza significación estadística ($p=0,0545$) sugiere una tendencia debido a que en las familias sanas existe mayor presencia de estudiantes de autoestima medio alta.

En cuanto a las conductas de riesgo en salud y su relación con la funcionalidad familiar no existen diferencias significativas entre las familias de riesgo y no riesgo biopsicosocial y el consumo de cigarrillos.

La gran mayoría de los estudiantes que han consumido alcohol alguna vez poseen una familia de riesgo o alto riesgo en su funcionalidad familiar, y la prevalecía de estudiantes que se han embriagado alguna vez es el doble en las familias de riesgo biopsicosocial que la encontrada en las familias sanas. Estas cifras se correlacionan con las estadísticas del CONACE que muestran que el consumo de alcohol ha crecido de forma lineal exponencial desde 1994 y que la aparición del hábito es cada vez más precoz.

En relación a la prevalencia del consumo de drogas ilícitas por parte de los estudiantes no se encontraron grandes diferencias entre las familias sanas y las familias de riesgo en su funcionalidad familiar, ya que solo dos del total de estudiantes han consumido drogas y uno de ellos tiene una familia sana.

La mayoría de los estudiantes que ha tenido relaciones sexuales (57.1%) proviene de familias de riesgo y un 14.3% previenen de familias de alto riesgo en su funcionalidad familiar. Lo que sugiere que la funcionalidad familiar puede ser un factor causal en los estudiantes que se relaciona con las conductas sexuales que ellos practican. Estos datos se correlacionan con lo descrito en la literatura, que refiere que la familia juega un rol crucial en el desarrollo de la sexualidad del adolescente.

Respecto a la realización de algún deporte por parte de los estudiantes no existen diferencias significativas entre aquellos que tienen una familia funcional y aquellos que poseen una familia de riesgo en su funcionalidad familiar. Por otra parte se debe destacar que el 59,5% de los estudiantes de familias de riesgo y alto riesgo en su funcionalidad familiar no realizan actividad física al menos dos veces a la semana.

En relación al nivel de autoestima de los estudiantes podemos decir que estadísticamente ($p<0,05$) está relacionado con el consumo de cigarrillos y el sedentarismo. Estas conductas se transforman en factores de riesgo en salud y se asocian a enfermedades cardiorrespiratorias, sedentarismo y la obesidad, descrito en la literatura y corroborados por las

investigaciones del MINSAL 2000. Sin embargo se requiere de profundización en futuras investigaciones al respecto para determinar y corroborar cuál variable condiciona la otra.

En cuanto al nivel de autoestima y su asociación con el consumo de drogas, no se pudo comprobar asociación, porque los estudiantes que reconocieron consumo de drogas fueron muy escasos, por lo que también se requiere de profundización en las investigaciones para determinar si igualmente se asocian estas dos variables.

También sería muy interesante, en futuras investigaciones, la triangulación entre autoestima, funcionalidad familiar y los comportamientos de riesgo en salud.

10. CONCLUSIONES

En Chile las investigaciones en el área de la salud familiar son recientes y escasas aún, de las cuales se destacan algunas investigaciones antes mencionadas que estudian la relación del funcionamiento familiar con el autoconcepto o el consumo de alcohol y drogas por separado, pero no existen estudios que interrelacionen estas tres variables en la misma investigación, que sin duda son temas relevantes en salud pública y que originan problemas transdisciplinarios difíciles de intervenir y por lo cual se hace necesaria su investigación.

Los resultados obtenidos en esta investigación entregan información respecto al perfil personal y familiar de los estudiantes de octavo año de las Escuelas N° 1 y Carlos Brándago de la promoción 2006, que será de utilidad tanto para estudiantes y profesionales de Enfermería, como para otros profesionales del área de la salud, para ampliar y profundizar el campo de la investigación relacionados con la salud familiar. Estas investigaciones para incentivar a estudiantes y profesionales de Enfermería a realizar investigaciones afines, ser utilizados como una herramienta de trabajo por los Enfermeros para mejorar los programas de intervención en salud familiar en los centros de salud y comunitarios, fomentar la promoción de hábitos de vida saludable y prevención de conductas de riesgo en los establecimientos educacionales.

Por medio de los resultados obtenidos podemos analizar y comprender de mejor manera cómo los fenómenos familiares afectan a los adolescentes, pudiendo así orientar y dirigir de mejor manera la atención de Enfermería y obtener mejores resultados.

Respecto a las características personales de los adolescentes, podemos concluir que la mayoría de los estudiantes son de sexo masculino. La gran mayoría tiene más de trece años, poseen un nivel socioeconómico medio y la cantidad de estudiantes con promedio bueno es similar a los que tienen un promedio regular, siendo solo una pequeña parte aquellos que tienen un promedio bajo 4.5. El porcentaje de estudiantes con un nivel de autoestima medio alto y medio bajo es similar en ambos establecimientos y aproximadamente un 12% del total estudiantes posee un nivel de autoestima bajo. Cabe destacar que ningún estudiante tiene un nivel de autoestima alto.

En relación a las características familiares, podemos concluir que la mayoría de los estudiantes tiene una estructura familiar completa, pero que destacan significativamente aquellos que poseen una familia con una estructura incompleta o extensa. Respecto a la funcionalidad familiar podemos concluir que, si bien en la Escuela Carlos Brándago existen

más familias funcionales, del universo total de estudiantes la mayoría tiene una familia de riesgo o de alto riesgo en su funcionalidad familiar.

Respecto a las conductas de riesgo en salud podemos concluir que de todos los estudiantes encuestados en ambos establecimientos aproximadamente un 36% ha fumado cigarrillos alguna vez y un 46% ha consumo algún tipo de bebida alcohólica, transformando a estas dos conductas de riesgo en las más prevalentes.

De los estudiantes que han fumado alguna vez, solo un pequeño porcentaje de ellos lo realiza semanalmente, todos ellos pertenecientes a la Escuela N °1. Respecto a los estudiantes que se han embriagado alguna vez, corresponden aproximadamente al 41,9% del total de los estudiantes que han consumido alcohol.

Sólo un pequeño porcentaje de los estudiantes refiere haber tenido relaciones sexuales o haber consumido algún tipo de droga ilícita, y nadie de ellos afirma consumir drogas mensualmente, lo que sugiere que existen respuestas condicionadas socialmente por parte de los estudiantes, ya que las estadísticas del CONACE revela que el consumo de drogas e los establecimientos educacionales de enseñanza básica a aumentado, especialmente en los establecimientos municipales. Cabe destacar que no se puede concluir si los estudiantes que han tenido relaciones sexuales se protegen o qué tipo de droga es la que han consumido.

En relación a la actividad física, podemos concluir que la gran mayoría de los estudiantes practica algún deporte o realiza actividad física al menos dos veces por semana.

Respecto a la funcionalidad familiar de los estudiantes según los datos y pruebas estadísticas aplicadas sugieren que podría existir una asociación con el nivel de autoestima, y las conductas de riesgo consumo de alcohol y relaciones sexuales.

En relación al nivel de autoestima de los estudiantes según los datos y pruebas estadísticas aplicadas podemos concluir que se relaciona y asocia en forma inversamente proporcional con la conducta de riesgo en salud de fumar y en forma directamente proporcional con la realización de actividad física.

Para finalizar podemos decir que si bien en la investigación realizada no todas las conductas de riesgo en salud se relacionan con el funcionamiento familiar y el nivel de autoestima de los estudiantes, se comprobó que las conductas de riesgo con mayor prevalencia dentro de la población juvenil están asociadas o a lo menos existe cierta relación entre ellas y la funcionalidad familiar y el nivel de autoestima del adolescente.

11. BIBLIOGRAFIA

Eia K. 1997 Intervención familiar: una guía práctica para los profesionales de la salud. Ilustraciones Bernard Canavan.

Fuentealba S. 2005 Autoconcepto y su relación con la percepción de seguridad de los estudiantes sobre sus habilidades y destrezas en procedimientos básicos en salud. Ediciones Universidad Austral de Chile.

Gilbert J. 1997 Introducción a la sociología. Ediciones LOM

Hidalgo C., 1999. Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Ediciones Universidad Católica de Chile.

Marín F. 2005 Introducción a Epi Info 2004. Ediciones Universidad Católica de Chile.

Marín F. 2003 Tablas estadísticas. Ediciones Universidad Católica de Chile.

Marín F. 2003 Presentación de resultados por medio de gráficos. Ediciones Universidad Católica de Chile.

Potter Perry, 1996 Fundamentos de enfermería: teoría y práctica. Editorial Mosby doyma.

Raile M. y Col., 2005 Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial Elsevier España.

Calvo J. 2005 Panorama general del proceso de investigación. Ediciones Universidad Católica de Chile.

Referencias electrónicas:

Aguirre M. 2004 Patología del Adolescente desde la Perspectiva del Pediatra. En línea: <http://www.Medwave.com>. (Visitado en Abril, 2007).

Alsinet C., Pérez R. y Agulló M. 2003 Adolescentes y Percepciones del riesgo. Revista de Estudios sobre Juventud. En línea: <http://www.imjuventud.gob.mx> (Visitado en Septiembre, 2006).

Andrade F. y Sánchez J., 2000 Adolescentes embarazadas casadas: un análisis de las tareas básicas de la adolescencia. En línea: [http:// www.Binasss.sa.cr](http://www.Binasss.sa.cr) (Visitado en Abril, 2007).

Bascuñan M. L. y Col. 2004. Pubertad y adolescencia. En línea: [http:// www.med.uchile.cl](http://www.med.uchile.cl) (Visitado en Abril, 2007).

Burak S. 1999 Protección, riesgo y vulnerabilidad. En línea: <http://www.scielo.cl> (Visitado en Abril, 2007).

Consejería de Salud y Servicios Sociales, Dirección General de Servicios Sociales, 2003. Programa de trabajo social y apoyo a la Dinámica y estructura familiar, La intervención familiar en los servicios sociales comunitarios. En línea: [http:// www.larioja.org/servicios_sociales](http://www.larioja.org/servicios_sociales) (Visitado en Septiembre, 2006).

Departamento de Epidemiología & Departamento de Promoción de la Salud. 2001 Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. En línea: <http://www.minsal.cl>. (Visitado en Septiembre, 2006).

Familia y Empresa Consultores ©, S.C. 2002. “La Formación de la Autoestima en Niños y Adolescentes”. En línea: [http:// www.fec.com.mx](http://www.fec.com.mx) (Visitado en Septiembre, 2006).

Hernández A., 1996. Familia y Adolescencia: Indicadores de salud, W. K. Kellogg Foundation. Organización Panamericana de la Salud. En línea: <http://www.paho.org> (Visitado en Septiembre, 2006).

Maggio E. 2006. Autoestima. En línea: <http://www.angelfire.com> (Visitado en Septiembre, 2006)

Moreno Y. 2004. Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana. Departamento de psicobiología y psicología social, Universidad de Valencia. En línea: [http:// www.tdx.cesca.es](http://www.tdx.cesca.es) (Visitado en Septiembre, 2006).

Ortiz R. 2006. Qué es la autoestima. En línea: <http://www.acropolix.com>. (Visitado en Septiembre, 2006).

Romero M. y Col. 2006 La autoestima, © Ministerio de Educación y Ciencia. En línea: [http:// www.cnice.mec.es](http://www.cnice.mec.es) (Visitado en Septiembre, 2006).

Ugarte R. 2001. La familia como factores de riesgo y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes. En línea: [http:// www.venumperu.com](http://www.venumperu.com) (Visitado en Abril, 2007).

Weinreich M., Hidalgo C. 2004. Artículo: Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar. Pontificia Universidad Católica de Chile. En línea: [http:// www.scielo.cl](http://www.scielo.cl) (Visitado en Septiembre, 2006).

Yagoesky R. 2006. La Autoestima. En línea: <http://www.monografias.com> (Visitado en Septiembre, 2006).

Zaldívar Pérez D. 2006 Funcionamiento familiar saludable. En línea: <http://www.Sld.cu> (Visitado en Abril, 2007).

Zubarew T. 2006 Sexualidad del adolescente. En línea: <http://www.escuela.med.puc.cl>. (Visitado en Abril, 2007).

ANEXOS

Consentimiento informado

Objetivo general:

Toda información recolectada y analizada es de carácter completamente confidencial y sólo formaran parte de esta investigación, la cual pretende estudiar el funcionamiento familiar y su asociación a la seguridad personal y algunas conductas de los adolescentes desde una perspectiva de salud familiar.

Este estudio es realizado por el Sr. Elías Fuentealba, Enfermero egresado de la UACH, para optar a la licenciatura en Enfermería, y que pretende formar parte de las futuras investigaciones de los profesionales de la salud para intervenir en forma oportuna y eficiente en los problemas de salud publica que aquejan a nuestras familias y adolescentes, y que pueden generar consecuencias negativas en la salud, de esta forma orientar los recursos y esfuerzos en el área de la salud, en proporcionar una atención biopsicosocial, que integre tanto al individuo como a la familia.

Yo _____ acepto formar parte de este estudio, para lo cual facilitare mi colaboración y participación en la entrega de información de las encuestas pertenecientes a este estudio, colaborando en el desarrollo de las investigaciones en Salud Familiar.

Firma _____

Encuesta “MI Familia y YO”

Esta encuesta estructurada es totalmente confidencial, por lo cual no es necesario que des tu nombre.

ÍTEM N° 1: ANTECEDENTES PERSONALES

1. **¿Cuál es tu sexo?** *(Por favor coloca una X en el espacio a la izquierda de la alternativa que corresponde a tu respuesta.)*

Masculino

Femenino

2. **¿Cuántos años tienes actualmente?** *(Por favor coloca una X en el espacio a la izquierda de la alternativa que corresponde a tu respuesta.)*

<13

13

>13

3. **¿EnCuál de estos rangos se encuentra tu promedio general?** *(Por favor coloca una X en el espacio a la izquierda de la alternativa que corresponde a tu respuesta.)*

Entre 6.0 – 7.0

Entre 4.5 – 5.9

Menor o igual 4.4

ÍTEM N° 2: ESTRUCTURA FAMILIAR

4. **¿Cuántas personas viven con tu familia (comen y duermen en la misma casa) incluyéndote?** *(Por favor coloca una X en el espacio a la izquierda de la alternativa que corresponde a tu respuesta.)*

Dos (2)

Tres (3)

Cuatro (4)

Cinco (5)

Seis (6) o más

5. ¿Con Quién vives? (A continuación coloca una X en el espacio que corresponda a cada alternativa.)

Sí	No	
_____	_____	Mi madre
_____	_____	Mi padre
_____	_____	Pareja de mi padre (conviviente, compañera estable)
_____	_____	Pareja de mi madre (conviviente, compañero estable)
_____	_____	Uno o más de mis abuelos
_____	_____	Uno o más de mis tíos
_____	_____	Otro(s) adulto(s)

6. ¿Cuántos hermanos son en tu familia, incluyéndote? (Cuenta los hermanos(as) que tienen relación de sangre, de adopción o matrimonio.) (Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)

_____ Soy único(a)
_____ Hay dos (2) hijos
_____ Hay tres (3) hijos
_____ Hay cuatro (4) hijos
_____ Hay cinco (5) hijos
_____ Hay seis (6) hijos o más

7. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos? (Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)

_____ Soy el único hijo en mi familia (no tengo hermanos)
_____ Soy el mayor de mis hermanos
_____ Estoy entre el mayor y el menor
_____ Soy el menor de mis hermanos

8. ¿Cuál es el estado civil de tus padres? (Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)

_____ Soltero
_____ Casado
_____ Separado
_____ Divorciado
_____ Conviviente

ÍTEM Nº 3: ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICO

9. Número de personas que viven en la casa.(comen y duermen)_____

10. Escolaridad del jefe de hogar. (persona que mantiene el hogar). *(Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)*

- _____Analfabeto
- _____Básica incompleta.
- _____Básica completa/media incompleta.
- _____Media completa o técnica
- _____Universitaria incompleta.
- _____Universitaria completa.

11. Actividad del jefe de hogar. *(Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)*

- _____Cesante
- _____Ingresos inestables (pololos)
- _____Obrero no calificado o empleada doméstica
- _____Pensionado, jubilado, obrero calificado, pequeña empresa, oficinista o similar
- _____Otro, especificar_____

12. El sitio donde vive tu familia, la ocupan en calidad de: *(Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)*

- _____Allegado.
- _____Toma de sitio no saneado.
- _____Usufructuario, préstamo.
- _____Arrendatario.
- _____Pagando dividendo u otra deuda de la vivienda.
- _____Dueño.

13. El tipo de casa es de: *(Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)*

- _____Madera con una pieza.
- _____Madera con tres piezas, conventillos.
- _____Casa o departamento con más de tres piezas (población homogénea)
- _____Casa autoconstrucción.

14. ¿En tu casa duermen dos personas juntas que no sean pareja? *(Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)*

- _____Sí.
- _____No.

15. ¿El agua que usa para cocinar la tiene en el lugar de la cocina? (Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)

____ Sí.
 ____ No

16. Tu familia dispone de: (marque una o más según corresponda en tu hogar familiar) (Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)

____ TV.
 ____ Equipo modular.
 ____ Refrigerador.
 ____ Lavadora automática.
 ____ Computador.
 ____ Auto.

ÍTEM N° 4: ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOERSMITH

Señale a continuación, marcando con una X en el cuadro que corresponda a su respuesta, cuáles de estas frases "Te describen" con cierta aproximación, y cuáles "no tienen nada que ver contigo". Contesta a **todas las preguntas**.

	Me describe aproximadamente	Nada tiene que ver conmigo o muy poco.
1. Más de una vez he deseado ser otra persona.	—	—
2. Me cuesta mucho hablar ante un grupo.	—	—
3. Hay muchas cosas en mí mismo que cambiaría si pudiera.	—	—
4. Tomar decisiones no es algo que me cueste.	—	—
5. Conmigo se divierte uno mucho.	—	—
6. En casa me enfado a menudo.	—	—
7. Me cuesta mucho acostumbrarme a algo nuevo.	—	—
8. Soy una persona popular entre la gente de mi edad.	—	—
9. Mi familia espera demasiado de mí.	—	—
10. En casa se respetan bastante mis sentimientos.	—	—
11. Suelo ceder con bastante facilidad.	—	—
12. No es nada fácil ser yo.	—	—
13. En mi vida todo está muy confuso.	—	—

14. La gente suele complementar mis ideas.	—	—
15 No tengo muy buena opinión de mi mismo.	—	—
16. Hay muchas ocasiones en las que me gustaría dejar mi casa.	—	—
17. A menudo me siento harto del trabajo que realizo.	—	—
18. Soy más feo que el común de los mortales.	—	—
19. Si tengo algo que decir, normalmente lo digo.	—	—
20. Mi familia me comprende.	—	—
21. Casi todo el mundo que conozco cae mejor que yo a los demás.	—	—
22. Me siento presionado por mi familia.	—	—
23. Cuando hago algo, frecuentemente me desanimo.	—	—
24. Las cosas no suelen preocuparme mucho.	—	—
25. No soy una persona muy de confiar.	—	—

ÍTEM N° 5: FUNCIONALIDAD FAMILIAR

1. En mi familia sabemos muy bien quién manda. (Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)

- Totalmente falso
 Casi falso
 Ni falso ni cierto
 Casi cierto
 Totalmente cierto

2. ¿Quién manda en tu familia? (Por favor coloca una X en el espacio que corresponda a tu respuesta.)

- Mi madre
 Mi padre
 Ambos
 Pareja de mi padre (conviviente, compañera)
 Pareja de mi madre (conviviente, compañero)
 Otra persona (por ejemplo, un abuelo o hermano mayor)
 Nadie
 No sé
 Todos

3. ¿Cómo es tu familia? (Piensa cómo es tu familia actualmente. Encierra con un círculo el número que corresponda a tu respuesta en cada caso.)

En Nuestra Familia	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
a. Nos gusta pasar juntos el tiempo libre	1	2	3	4	5
b. Cada uno de nosotros expresa fácilmente lo que desea	1	2	3	4	5
c. Nos pedimos ayuda unos a otros	1	2	3	4	5
d. Las ideas de los hijos son tenidas en cuenta en la solución de los problemas	1	2	3	4	5
e. Cuando surgen problemas, nosotros nos unimos para afrontarlos	1	2	3	4	5
f. Nos turnamos las tareas y responsabilidades de la casa	1	2	3	4	5
Tus Parientes	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
g. La familia comparte con parientes cercanos los eventos importantes (cumpleaños, fiestas, etc.)	1	2	3	4	5
h. Estoy satisfecho con la relación con mis parientes	1	2	3	4	5

4. ¿Cómo es tu relación con tu madre? (Encierra con un círculo el número que corresponda a tu respuesta.)

	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre	No se aplica
a. Estoy satisfecho con la forma como conversamos	1	2	3	4	5	9
b. Me es fácil expresarle todos mis sentimientos	1	2	3	4	5	9
c. Ella puede saber cómo me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	1	2	3	4	5	9
d. Si yo estuviera en dificultades, podría comentárselo	1	2	3	4	5	9

6. Lee las siguientes actividades e identifica si se realizan o no en tu familia (Por favor encierra en un círculo el número que corresponda a tu respuesta.)

	Totalmente falso	Casi falso	Ni falso ni cierto	Casi cierto	Totalmente cierto
a. El padre dedica algún tiempo, cada día, para hablar con los hijos	1	2	3	4	5
b. La madre dedica algún tiempo, cada día, para hablar con los hijos	1	2	3	4	5
c. La familia completa comparte alguna comida cada día	1	2	3	4	5
d. Todos nosotros tomamos, cada noche, un tiempo para conversar o compartir alguna actividad	1	2	3	4	5
e. Hacemos algo como familia por lo menos una vez por semana	1	2	3	4	5

7. ¿Cómo afronta tu familia sus problemas o dificultades? (Por favor encierra con un círculo el número que corresponda a tu respuesta en cada caso.)

	Nunca	Muy rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
a. Buscando consejo o ayuda en los amigos	1	2	3	4	5
b. Buscando consejo o ayuda de personas que han tenido problemas parecidos	1	2	3	4	5
c. Buscando consejo o ayuda de un sacerdote, un religioso o un pastor	1	2	3	4	5
d. Buscando consejo o ayuda de profesionales (abogado, médicos, etc.)	1	2	3	4	5
e. Buscando consejo o ayuda en los programas que existen en nuestra comunidad para atender a las personas que tengan esas dificultades	1	2	3	4	5
f. Confiando en que nosotros podremos manejar solos nuestros problemas	1	2	3	4	5
g. Definiendo los problemas en forma optimista, de modo que no nos sintamos demasiado desanimados	1	2	3	4	5
h. Buscando nuevas formas de afrontar los problemas	1	2	3	4	5

ÍTEM N° 6: CONDUCTAS DE RIESGO EN SALUD (por favor, al costado izquierdo marca con una X la alternativa que represente tu respuesta).

1. ¿Has fumado cigarrillos alguna vez?

Si No

2. ¿Fumas todas las semanas?

Si
 No
 No corresponde

3. ¿Has consumido algún tipo de bebida alcohólica? (vino, cerveza, pisco, ron, etc.)

Si No

4. Te has embriagado alguna vez

Si No

5. ¿Has consumido algún tipo de droga ilícita? (marihuana, cocaína, éxtasis, etc.)

No Si

¿Cuál? _____

6. ¿Consumes drogas al menos una vez al mes?

Si
 No
 No corresponde

7. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales?

Si No

8. ¿Te proteges al momento de tener alguna relación sexual?

Si No
 A veces No corresponde

9. ¿Realizas algún tipo de deporte?

Si No

10. ¿Realizas actividad física al menos 2 veces por semana?

Si No

¡¡GRACIAS!!