

# Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo

Gerardo HUITRÓN-BRAVO,  
Edgar DENOVA-GUTIÉRREZ,  
Elizabeth HALLEY-CASTILLO,  
Sylvia SANTANDER-RIGOLLET,  
Mariana BÓRQUEZ-PUGA,  
Luis ZAPATA-PÉREZ,  
Bernardo HUINCA,  
Tamara G. ZUBAREW y  
Luis VILLARROEL-DEL-PINO

*Universidad Autónoma del Estado de México/  
Universidad de Ciencias de la Educación/  
Pontificia Universidad Católica de Chile*

## *Resumen*

Los adolescentes son una población cuya morbilidad y mortalidad se relacionan estrechamente con determinados factores y conductas de riesgo. Por otro lado, la familia y los estilos de vida saludables son factores que se relacionan con una disminución de las conductas de riesgo en este grupo de edad. El objetivo de este ensayo es determinar las principales conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos. Se realizó un estudio transversal, utilizando datos de 1 568 adolescentes entre 10 y 21 años de edad, de los cuales 815 fueron chilenos de la ciudad de Santiago y 753 fueron mexicanos de la ciudad de Toluca, todos estudiantes activos de sus colegios. La información de interés se recabó utilizando un cuestionario auto-aplicado. Los resultados apuntan a que en los adolescentes chilenos y mexicanos la prevalencia de consumo de sustancias lícitas fue la siguientes: tabaco (57.5 y 38.7 por ciento); alcohol (64.3 y 54.1 por ciento) respectivamente. Encontramos que el tipo de familia que predomina es la biparental, siendo mayor esta forma de estructura en las familias de adolescentes mexicanos (78.9 por ciento) que en los chilenos (55.5 por ciento). Además, se observó que el riesgo de tener relaciones sexuales a edades tempranas es 1.7 veces mayor en adolescentes provenientes de familias disfuncionales. Con base en estos hallazgos concluimos que existe una alta prevalencia de factores y conductas de riesgo en adolescentes chilenos y mexicanos. Nuestros datos sugieren, que los adolescentes que provienen de familias percibidas como disfuncionales, tienen una mayor probabilidad de desarrollar ciertas conductas de riesgo como por ejemplo el consumo de sustancias lícitas e inicio temprano de la actividad sexual.

*Palabras clave:* adolescentes, Chile, México, conductas de riesgo.

## INTRODUCCIÓN

**D**urante las últimas décadas, los procesos de transición demográfica y epidemiológica que han experimentado diversos países han sido asociados a cambios en el perfil de morbilidad y mortalidad de los adolescentes (Blum, 2004). Estudios indican que la mayoría de los problemas de salud de este grupo de edad son consecuencia de conductas de riesgo (ejemplo: abuso de sustancias lícitas e ilícitas, sedentarismo, malos hábitos de alimentación, inicio temprano de la actividad sexual, etc.), que traen como resultado enfermedades metabólicas, enfermedades de transmisión sexual, accidentes de tránsito, depresión y suicidio (Blum, 2004; Florenzano, 2005).

Las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y con funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Además, es dentro del grupo familiar en donde se aprenden los valores y se transmite la cultura, la cual será filtrada y orientada por cada sistema. La ubicación geográfica de este sistema familiar (rural o urbano) determina también ciertas características de la organización y los roles que en ella se dan. Toda familia nuclear o extendida se relaciona con otros sistemas con los que debe interactuar, que afectan su dinámica en forma negativa o positiva. En este sentido consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno, e influido por una variedad de sistemas externos relacionados (Viner y Haines, 2006). El modelo estructural se define como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”, estas pautas establecen como, cuando, y con quien cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de los sus miembros. La estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de cada individuo (Santelices *et al.*, 2006; Pi Osoria y Cobián Mena, 2009).

Por otro lado, la disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno de sus subsistemas se altera por cambio en los roles de sus integrantes (Pi Osoria y Cobián Mena, 2009).

Dentro de la familia, madres y padres juegan un papel importante en el crecimiento y desarrollo de los niños (Child Trends, 2002). En el hogar, tanto el número como el tipo de padres (por ejemplo: biológicos, adoptivos) tienen un efecto importante sobre el comportamiento de sus hijos. Por otra parte, familias mono parentales en comparación con familias bi parentales presentan en algunos casos características diferenciales (ingreso, educación) que originan efectos negativos en muchas áreas tales como la salud, aprendizaje, problemas conductuales, problemas psicológicos, etc. (Florenzano, 2005; Brown, 2004; The Urban Institute, 2006). Se ha observado, que aquellos niños que no viven con sus padres biológicos o que viven dentro de una familia mono parental muestran menor control de sus emociones (Manning y Lamb, 2003; Child Trends, 2002).

Por lo antes mencionado, modificaciones en la estructura familiar, entre las cuales destaca el aumento de los hogares mono parentales debido a un incremento en el número de mujeres que han ingresado a la fuerza laboral, vuelven más vulnerables a los adolescentes. Lo anterior es relevante porque se ha demostrado que la disfunción familiar es un factor que se asocia a mayor prevalencia de problemas de salud mental en adolescentes, alteración del rendimiento académico, mayor deserción escolar y aumento de la violencia (Blum, 2004; Florenzano, 2005; Viner y Haines, 2006; Santelices *et al.*, 2006; Blum y Halcón, 2003; Santelices y Pedreros, 2004; Santander, 2007). Por otro lado, lo antes mencionado cobra particular importancia dado que la adolescencia es un período de transición en el cual se concreta un hito del desarrollo que es la consolidación de la identidad, en el área personal, sexual, vocacional, económica y la independencia de la familia; este logro de identidad, será la base para el desarrollo integral del individuo por el resto de su vida (Santelices y Luissi, 2003; Topolski y Patrick, 2001). En el presente estudio se propuso determinar y comparar las conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Sujetos de estudio**

Se realizó un estudio transversal entre Octubre del 2005 y Junio del 2006, en mil adolescentes de 10-21 años de la ciudad de Santiago de Chile y mil adolescentes mexicanos de la ciudad de Toluca, todos estudiantes activos de los colegios evaluados. La selección de las escuelas participantes fue realizada por conveniencia para ambos casos. Todos aquellos sujetos que no tuvieran información demográfica y que no hubiesen contestado completamente el cuestionario autoaplicado fueron excluidos del análisis (185 en Santiago, Chile y 247, en Toluca, México, respectivamente). Por tanto, la muestra incluida en el análisis final fue de 815 adolescentes chilenos y 753 adolescentes mexicanos.

La participación de los adolescentes en el estudio fue voluntaria, previa firma de consentimiento informado. Los comités de ética e investigación de las instituciones participantes en el estudio revisaron y aprobaron el protocolo de investigación.

### **Instrumento de evaluación**

Se utilizó el cuestionario Escala de Conductas de Riesgo en Adolescentes (ECRA), auto-aplicado y confidencial, adaptado del cuestionario “Adolescent Health Survey” (Viner y Haines, 2006) y validado en Chile (Blum, 1997). Se obtuvieron datos de variables demográficas, situación escolar y laboral de los padres, situación económica, constitución y funcionamiento familiar, existencia de redes de apoyo, antecedentes familiares de hábitos alimentarios y salud. Por otro lado se evaluaron algunas conductas de riesgo (ejemplo: conducta sexual de riesgo, consumo de sustancias lícitas e ilícitas, inactividad física, hábitos de alimentación), y problemas de salud relacionados con la esfera emocional. Al cuestionario se agregó la encuesta “¿Cómo es tu familia?” desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Blum y Halcón, 2003). Para fines de nuestro estudio, el cuestionario sólo se aplicó en adolescentes lo cual permitió explorar su estructura familiar así como la percepción acerca de diversas dimensiones de la vida familiar, tales como funcionamiento, comunicación, cohesión y dinámica familiar, entre otras. El cuestionario autoaplicado tuvo una tasa de respuesta de 85 por ciento en los adolescentes chilenos y mientras que para los adolescentes mexicanos esta fue de 80 por ciento.

## **Análisis estadístico**

Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables de interés. Se calcularon prevalencias de aquellas variables que tuvieran una distribución categórica (consumo de sustancias, síntomas emocionales, actividad sexual de riesgo, actividad física, hábitos de alimentación, etc.). Posteriormente, se midió la relación entre la percepción de disfunción familiar (definida operacionalmente a partir de la percepción de los estudiantes en función de ausencia de comunicación y/o cohesión entre los miembros de la familia, ausencia de tiempo para compartir en familia, ausencia de recursos o fuentes de apoyo ante la presencia de dificultades y una mala organización familiar) y las variables dependientes mediante la prueba chi-cuadrada ( $\chi^2$ ). La magnitud de la asociación se expresó en términos de Razones de Momios (RM), e intervalos de confianza a 95 por ciento (IC 95 por ciento). Se consideró significativo todos aquellos valores de  $p < 0.05$ . El procesamiento de los datos y el análisis estadístico fue realizado utilizando el software STATA 9.0 (Stata statistical software 9.0, Stata Corporation Collage Station, TX. USA).

## **Resultados**

Del total de adolescentes estudiados, en Chile son varones 50.6 por ciento, mientras que en la muestra mexicana son varones 51.9 por ciento. La edad promedio del grupo evaluado en Chile es de 15.5 años y en México de 14.9 años.

La tabla 1 resume las prevalencias de consumo de sustancias lícitas e ilícitas, según el género. Dentro de las sustancias lícitas, las prevalencias de consumo más altas corresponden a tabaco (57.5 y 38.7 por ciento para Chile y México respectivamente), seguida por la ingesta de alcohol (64.3 y 54.1 por ciento).

Adicionalmente, el análisis de consumo de sustancias ilícitas muestra que la utilización de marihuana es de 24.1 por ciento en los adolescentes chilenos y de 4.8 por ciento en los mexicanos. Al comparar la proporción del consumo de sustancias lícitas entre ambos países se observaron diferencias significativas ( $P < 0.001$ ); de igual forma, se observaron diferencias estadísticamente significativas para el consumo de sustancias ilícitas (marihuana y cocaína especialmente), encontrándose un mayor consumo en la muestra de adolescentes chilenos ( $p < 0.001$ ).

En la tabla 2, se presentan las prevalencias de presencia de síntomas emocionales. Los adolescentes chilenos y mexicanos refieren haberse sentido todo el tiempo triste en el último mes en 12.9 y 4.7 por ciento, respectivamente. 6.2 por ciento de los adolescentes chilenos y 3.6 por ciento de adolescentes mexicanos se siente extremadamente desesperados, descorazonados.

Tabla 1. Consumo de sustancias lícitas e ilícitas en una muestra de adolescentes de Chile y México (en porcentaje)

	Nunca he consumido		Alguna vez he consumido	
	México	Chile	México	Chile
Cigarrillos	61.7	42.5	38.7	57.5
Bebidas fuertes	45.9	35.7	54.1	64.3
Marihuana	95.2	75.9	4.8	24.1
Inhalantes	97.5	98.1	2.5	1.9
Cocaína	97.3	95.0	2.7	5.0
Tranquilizantes	96.9	87.3	3.1	12.7

Fuente: elaboración de los autores.

Tabla 2. Características emocionales experimentadas durante el último mes en una muestra de adolescentes de Chile y México (en porcentaje)

	México	Chile
Mal humor	1.2	7.4
Todo el tiempo triste	4.7	13
Extremadamente triste	3.6	6.1
Todo el tiempo aburrido	9.6	19.5
Todo el tiempo ansioso, preocupado o molesto	5.7	13.5
Alguna vez ataque de nervios	18.4	26.3
Extremadamente nervioso	3.6	6.9
No controla conducta	10.9	17.2
Control de salud mental	7.8	28.2
Emocionalmente estable	45.7	29.2

Fuente: elaboración de los autores.

En la tabla 3 se muestra la asociación entre el funcionamiento familiar y el riesgo de consumir alguna sustancia lícita o ilícita. Los datos sugieren que los adolescentes chilenos integrantes de hogares percibidos como disfuncionales tienen 1.8 veces más riesgo de consumir marihuana y 2.2 veces más riesgo de consumir tranquilizantes. Mientras que, los adolescentes mexicanos tienen 1.8 y 1.7 veces más riesgo de consumo de tabaco y alcohol en ambos casos cuando fueron comparados con sujetos que perciben su hogar como funcional.

Tabla 3. Razón de momios (RM) del consumo de sustancia lícitas e ilícitas según el funcionamiento familiar en adolescentes de Chile y México

	Satisfacción familiar							
	Chile				México			
	Adecuada		Inadecuada		Adecuada		Inadecuada	
	RM	IC (95%)	P	RM	IC (95%)	P		
Tabaco	1.00	1.5 (1.03-2.07)	0.03	1.00	1.8 (1.18-2.26)	0.01		
Alcohol	1.00	1.3 (0.89-1.89)	ns	1.00	1.7 (1.16-2.62)	0.01		
Marihuana	1.00	1.8 (1.17-2.66)	< 0.01	1.00	1.5 (0.64-3.52)	ns		
Tranquilizantes	1.00	2.2 (1.26-3.86)	<0.01	1.00	1.5 (0.91-2.40)	ns		
Cocaína	1.00	2.2 (0.92-5.66)	ns	1.00	1.2 (0.39-3.59)	ns		

Fuente: elaboración de los autores.

Al relacionar el funcionamiento familiar con las variables emocionales se encontró que los adolescentes chilenos tiene 2.4 veces mas riesgo de estar desesperados y/o tristes cuando provienen de familias disfuncionales. A su vez, los adolescentes mexicanos tienen 1.5 veces más riesgo de estar desesperados y/o tristes (tabla 4).

Tabla 4. Razón de momios (RM) de presencia de síntomas emocionales, según el funcionamiento familiar en adolescentes de Chile y México

	Satisfacción familiar							
	Chile				México			
	Adecuada		Inadecuada		Adecuada		Inadecuada	
	RM	IC (95%)	P	RM	IC (95%)	P		
Inestabilidad	1.00	1.9 (1.3-2.7)	<0.001	1.00	1.1 (0.9-1.3)	ns		
Desesperado	1.00	2.4 (1.6-3.8)	<0.001	1.00	1.5 (1.0-2.2)	0.04		
Autocontrol	1.00	2.3 (1.4-3.7)	<0.001	1.00	1.2 (0.7-2.0)	ns		
Tristeza	1.00	2.4 (1.3-4.2)	<0.01	1.00	1.5 (0.7-3.2)	ns		
Ansiedad	1.00	2.0 (1.2-3.4)	<0.01	1.00	1.5 (0.8-3.0)	ns		

Fuente: elaboración de los autores.

El funcionamiento familiar evaluado a través de variables como comunicación de la madre y del padre con sus hijos fue mejor en la muestra de adolescentes mexicanos cuando se compararon con la muestra de adolescentes chilenos ( $P < 0.001$ ). De los adolescentes chilenos y mexicanos 48.4 y 33.2 por ciento, respectivamente refirieron que su padre nunca o casi nunca dedica tiempo para conversar con ellos. Además, 58.2 por ciento de los adolescentes chilenos y 40.4 por ciento de los adolescentes mexicanos refiere que nunca o casi nunca es fácil expresar sus sentimientos a su padre (datos no mostrados en tabla).

En ambos grupos de adolescentes fue mejor la comunicación con la madre que con el padre, y existe mejor funcionamiento familiar relacionado con la madre en los adolescentes mexicanos comparados con los adolescentes chilenos. En ambas muestras la madre dedica casi siempre tiempo para hablar con sus hijos 28.9 por ciento en la muestra chilena y 37.9 en

los adolescentes mexicanos. Como parte del funcionamiento familiar, encontramos que en las familias chilenas el padre ejerce el rol de padre en 64.7 por ciento, en tanto que en México esto ocurre en 81.1 por ciento, lo mismo ocurre con la madre que ejerce el rol de madre en 88.1 y 95.1 por ciento, respectivamente.

En cuanto al inicio de la actividad sexual observamos que 14.9 por ciento de los adolescentes mexicanos y 43.5 por ciento de los chilenos declaran haber tenido relaciones sexuales a edades tempranas, siendo en el caso de Chile significativamente mayor en hombres que en mujeres ( $P < 0.002$ ) (datos no mostrados en tablas). Los adolescentes chilenos que perciben sus hogares como disfuncionales tienen 1.7 veces más riesgo de iniciar su actividad sexual a edades tempranas en comparación con aquellos adolescentes que perciben su hogar como funcional. En los adolescentes mexicanos no se observó esta relación (tabla 5).

Tabla 5. Razón de momios (RM) del inicio temprano de la actividad sexual según el funcionamiento familiar en adolescentes de Chile y México

	Satisfacción familiar								
	Chile			México					
	Adecuada	Inadecuada		Adecuada		Inadecuada		Inadecuada	
RM	RM	IC (95%)	P	RM	RM	IC (95%)	P	P	
Inicio temprano de la actividad sexual	1.00	1.7	(1.2-2.4)	<0.001	1.00	1.8	(1.2-2.7)	0.004	

Fuente: elaboración de los autores.

## DISCUSIÓN

En estas últimas décadas se han producido cambios socioculturales demográficos y económicos que han tenido influencia en la estructura y funcionamiento familiar, lo cual se ha visto asociado con modificaciones en los patrones de morbi-mortalidad de los adolescentes. En la actualidad múltiples conductas de riesgo de los adolescentes se han asociado a una serie de problemas de salud pública (Florenzano, 2005).

Nuestros datos sugieren que el funcionamiento familiar tanto en adolescentes chilenos como mexicanos es un determinante importante para la presencia de múltiples conductas de riesgo. Esto quizá por la falta de conocimiento de los padres de las actividades de los hijos, ausencia o falta de definición de reglas en la casa, ausencia de rituales familiares y de actividades conjuntas. Es probable que la progresiva integración de la mujer al mundo laboral, se asocie con un cambio al interior de la familia que dificulte la disponibilidad emotiva y física para sus hijos e interfiera en la

comunicación con ellos. Además, la posible disminución de la participación de los padres y/o madres en el proceso educativo de los adolescentes y la menor disponibilidad de tiempo de las madres de familia es probablemente un factor que dificulta la comunicación y conexión adecuada con los hijos. Tal como lo describe Blum (Blum *et al.*, 2002), la disponibilidad de tiempo de los padres hacia sus hijos, la presencia de rituales familiares y las actividades compartidas son factores protectores para la adquisición de conductas de riesgo en este grupo de edad. Otros autores han observado que un adecuado vínculo familiar disminuye significativamente la posibilidad de las conductas de riesgo en el adolescente (Viner y Haines, 2006; Blum, 2003; Borowski, 2001; Friedman, 2006). Lo antes mencionado puede explicar porqué los adolescentes mexicanos, cuyas familias presentan un mejor funcionamiento tienen menor prevalencia de conductas de riesgo comparándose con los adolescentes chilenos.

Numerosas investigaciones muestran que el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes chilenos y mexicanos ha aumentado y es cada vez mayor a edades más tempranas (Viner y Haines 2006; Conace, 2005; Fernández *et al.*, 2006; Scal *et al.*, 2003; Goodman y Huang, 2002). Lo cual se corresponde con los hallazgos en nuestro estudio, donde se observó que el tabaco y el alcohol son las dos sustancias que más se consumen.

Nuestros datos reflejan que los adolescentes chilenos y mexicanos que perciben como disfuncionales a sus familias tienen mayor riesgo de consumir tabaco, marihuana y tranquilizantes. Es importante resaltar la influencia de los padres como modelos de consumo de estas sustancias; ya que encontramos que los hijos de padres y/o madres que consumen tabaco, alcohol u otras sustancias tienen un mayor riesgo de consumirlas también. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Blum quien menciona que el ambiente familiar y los padres como modelo a seguir son vitales para adquirir conductas menos riesgosas (habilidades interpersonales, mejor tolerancia al estrés, y responsabilidad entre otros (Blum *et al.*, 2002; Guidelines for adolescent Preventive Services, 2002).

Otro factor que nos debe ocupar es la conducta sexual; se encontró que aquellos adolescentes que perciben sus familias como disfuncionales han tenido relaciones sexuales más tempranamente (50 por ciento hombres y 40 por ciento en mujeres), este hallazgo es importante ya que a esta edad los adolescentes aun no han completado el proceso de conformación de identidad personal, no están psicológicamente maduros para establecer una relación de pareja estable y no están capacitados para afrontar las conse-

cuencias de su actividad sexual temprana (embarazo, infecciones de transmisión sexual y sociales).

Se encontró una serie de síntomas en adolescentes chilenos y mexicanos, que pueden evolucionar hacia un cuadro depresivo. De ellos la ansiedad y la tristeza se observaron con mayor prevalencia en los sujetos que perciben su familia como disfuncional, siendo mayor la prevalencia en mujeres.

Es necesario interpretar con cautela los resultados obtenidos en este estudio, dado el efecto del diseño, ya que no podemos inferir de manera directa una asociación causal con estudios de tipo transversal.

Podemos concluir que existe alta prevalencia de conductas de riesgo como consumo de alcohol, drogas y actividad sexual precoz en adolescentes chilenos y mexicanos. Existen diferencias significativas en las conductas de riesgo entre ambos grupos encontrándose que éstas son más frecuentes en los adolescentes chilenos. El análisis del funcionamiento familiar en la muestra de ambos países refleja una mejor percepción de funcionamiento de las familias de los adolescentes mexicanos.

Finalmente, es necesario fortalecer el vínculo familiar, pues es un factor importante en la adquisición de conductas de protección. La familia que debe verse apoyada por las instituciones sociales y resaltar el papel educativo y formador en el crecimiento y desarrollo sano de todos sus integrantes (Santelices *et al.*, 2006; Jessor, 1991]. Este estudio enfatiza la necesidad inminente de implementar programas y políticas de salud y educación dirigidas a profesionales de salud y educación y a la comunidad en general, orientadas al refuerzo de la comunicación y fortalecimiento de la familia.

## BIBLIOGRAFÍA

ANDERSON MOORE, Kristin, Susan M. JEKIELEK, and Carol EMIG, 2002 *Marriage from a child's perspective: how does family structure affect children, and what can we do about it?*, en *Child Trends* <http://www.childtrends.org/Files/MarriageRB602.pdf>.

BLUM, R. *et al.*, 2002, "Vulnerability, risk and protections", en *Journal of Adolescent Health*, 315.

BLUM, R. 1997, "Estudio longitudinal sobre salud adolescente. Reducing the risk: connections that make a difference in the life of youth", Adolescence Health Program, en *JAMA*. University of Minnesota.

BLUM, R. y L. HALCÓN, 2003, "Adolescent health in the Caribbean: risk and protective factors", en *Am J Public Health* 93.

- BLUM, R., 2004, "The health of young people in a global context", en *J Adolesc Health* 35.
- BOROWSKI, I, M. Ireland y M. RESNICK, 2001, "Adolescent suicide attempts: risks and protectors", en *Pediatrics*, 107 (3).
- BROWN, Susan, 2004, "Family structure and child well-being: the significance of parental cohabitation", en *Journal of Marriage and the Family*, 66 (2).
- CHILD TRENDS, 2002, *Charting parenthood: a statistical portrait of fathers and mothers in America*, en <http://www.childtrends.org/files/ParenthoodRpt2002.pdf> Washington, D.C.
- CONACE, 2005, *Sexto estudio nacional de drogas en población escolar de Chile, octavo a cuarto medio*, Gobierno de Chile.
- FERNÁNDEZ, O, J. RIVERA y T. SHAMAH, 2006, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*, Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México.
- FLORENZANO, R. 2005, "Conductas de riesgo adolescentes y factores protectores", en *El adolescente y sus conductas de riesgo*, Ediciones Universidad Católica de Chile.
- FRIEDMAN, R., 2006, "Uncovering an epidemic-screening for mental illness in teens", en *N Engl J Med*, 355.
- GADOMSKI, Anne, BS SHANNON, Margaret YOUNG y Lawrence S. WISSOW, 2003, "Guidelines for adolescent preventive services. The GAPS in practice", en *ARCH pediatría Adolesc*, 157.
- GOODMAN E. y B. HUANG, 2002, "Socioeconomic status, depressive symptoms, and adolescent substances use", en *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 156.
- JESSOR, R. 1991, "Risk behavior in adolescence; a psychosocial framework for understanding and action", en *Journal of adolescent Health* 12.
- MANNING, Wendy, D, KATHLEEN, y A. LAMB, 2003, "Adolescent well-being in cohabiting, married, and single-parent families", en *Journal of Marriage and the Family* 65(4).
- Pi OSORIA, AM y A. COBIÁN MENA, 2009, "Componentes de la función afectiva familiar: una nueva visión de sus dimensiones e interrelaciones", artículo en línea en *MEDISAN*, 13(6).
- SANTANDER, R. Sylvia, 2007, *Salud y rendimiento académico: factores y conductas de riesgo en adolescentes de Pedagogía*, Colección DIUMCE, núm. 8, Universidad Metropolitana de Ciencias de la educación.
- Santelices, L. y V. LUISSI, 2003, "Estudio de percepciones de profesores acerca de variables afectivas, sociales y académicas en hijos de padres separados", en *Boletín de Investigación Educativa*, 18.
- SANTELICES, L, y MA. PEDREROS, 2004, "Representaciones cognitivas de padres y estudiantes universitarios acerca de la familia y sus funciones educativas", en *Revista Paideia*, 36.
- SANTELICES, L, T. ZUBAREW y RS. SANTANDER, 2006, "Igualdad de oportunidades, funcionamiento familiar y conductas de riesgo en estudiantes de pedagogía", en *Boletín de Investigación Educativa*, 21,1.

SCAL, P., M. IRELAND y I. BOROWSKI, 2003, "Tabaquismo en adolescentes americanos", en *J. Community Health*, 28.

THE URBAN INSTITUTE, 2006, *Parents and children facing a world of risk: next steps towards a working families agenda*, en [http://www.urban.org/UploadedPDF/311288\\_parents\\_and\\_children.pdf](http://www.urban.org/UploadedPDF/311288_parents_and_children.pdf).

TOPOLSKI, T., y D. PATRICK, 2001, "Quality of life and health-risk behaviors among adolescents", en *J. Adolesc Health*, 29.

VINER, R. y M. HAINES, 2006, "Variations in associations of health risk behaviors among ethnic minority early adolescents", en *J. Adolesc Health*, 28.

ZUBAREW, T., M. ROMERO, y F. POBLETE, 2003, *Adolescencia. Promoción, prevención y atención de salud*, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile.

### *Gabriel Gerardo Huitrón Bravo*

Es médico cirujano por la Universidad Autónoma del Estado de México. Hizo estudios de maestría en investigación clínica. Es profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México; al mismo tiempo se desempeña como Coordinador del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la misma universidad. Entre otros, ha publicado los artículos científicos en colaboración con Eneida Camarillo Romero, Ma. Victoria Domínguez García, Araceli Amaya Chávez, Gerardo Huitrón Bravo, Abraham Majluf Cruz, 2010, "Dificultades en la clasificación del síndrome metabólico. El ejemplo de los adolescentes en México", vol. 52/6 noviembre-diciembre; Ponce M. Flores, J. Mudgal, G. Huitrón, E. Hally, K. Gallegos Carrillo y J. Salmerón, 2010, "Mexican the association between type of confidant and depressive symptomology in a sample of Mexican youth", en *Salud mental*, 33; E. Denova Gutiérrez, S. Castañón, J. Talavera, K. Gallego Carrillo, M. Flores, D. Dosamantes Carrasco, W. Willett y J. Salmerón, 2010, "Dietary patterns are associated with metabolic syndrome in an urban Mexican population.", en *Nutr.* 140(10).

### *Edgar Denova Gutiérrez*

Licenciado en Nutrición por la Universidad Autónoma del Estado de México. Estudió la Maestría en Ciencias de la Salud y el Doctorado en Ciencia en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Actualmente es Docente en la Licenciatura en Nutrición en la Universidad Latinoamericana (ULA). Cuernavaca, Morelos. Entre sus publicaciones más recientes destacan: E. Denova Gutiérrez, S. Castañón, J.O. Talavera, K. Gallegos Carrillo, M. Flores, D. Dosamantes Carrasco, W.C. Willett, J. Salmerón, 2010, "Dietary patterns are associated with metabolic syndrome in an urban Mexi-

can population”, en *J. Nutr.* 140(10); D. Dosamantes Carrasco, P. Méndez Hernández, E. Denova-Gutiérrez, M. Lamure, L. Morales, J.O. Talavera, P. Espinosa y J. Salmerón, 2011, “Scale for assessing the quality of Mexican adults’ mealtime habits”, en *Salud Pública Méx.* 53(2); E. Denova Gutiérrez, S. Castañón, J.O. Talavera, M. Flores, N. Macías, S. Rodríguez Ramírez, Y.N. Flores y J. Salmerón, 2011, “Dietary patterns are associated with different indexes of adiposity and obesity in an urban Mexican population”, en *J Nutr.* 141(5).

Correo electrónico: edenova03@yahoo.com.mx, edenovag@uaemex.mx

*Sylvia Fabiola Santander Rigollet*

Licenciada en Medicina, Médica Cirujana por la Universidad de Chile. Magíster en Psicología de la Adolescencia por la Universidad del Desarrollo. Candidata al Doctorado de Educación por la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Ha ocupado diversos cargos institucionales. Actualmente es Encargada Nacional del Programa de Adolescentes y jóvenes. Ministerio de Salud, Chile. Desarrolla las siguientes líneas de Investigación en la Universidad Metropolitana de Ciencias de la educación en colaboración con otras universidades: Familia como factor protector de la salud mental en Universitarios. Actividad física como factor protector de la salud de jóvenes universitarios. Estudio de factores de riesgo en población escolar. Perfil de ingreso de alumnos Universitarios. Estudios sobre calidad de vida de los profesores chilenos. Estudio sobre calidad de vida de los médicos de la región metropolitana. Estudio sobre masculinidades. Investigación educativa. Calidad de vida de los profesores de la región metropolitana. Entre sus publicaciones recientes destacan: 2008, Sylvia Santander, Tamara Zubarew, Lucía Santelices, Pamela Argollo, Jaime Cerda y Mariana Bórquez, “Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares Chilenos”, en *Revista Médica de Chile*, vol. 136; Sylvia Santander R, Jorge Sánchez C; Luis Zapata P. Sebastián Sánchez S. 2010, “La salud de los médicos de la Región Metropolitana”, en *Cuadernos Médico Sociales*, Colegio Médico de Chile, vol. 50 núm. 3; 2010, Sylvia Santander, Jorge Sánchez, Luis Zapata y Sebastián Sánchez, “Aspectos de la vida familiar de los médicos de Santiago de Chile”, en *Cuadernos Médico Sociales*. Colegio Médico de Chile, vol. 50 núm. 4.

Correo electrónico: Silvia.santander@gmail.com

*Tamara Zubarew Gurtchin*

Médica Cirujana y Pediatra por la Universidad de Chile. Estudió la Maestría en Salud Pública en la George Washington University. Es profesora de Pediatría en la Pontificia Universidad Católica de Chile y Directora Médica del Centro Médico Irarrázaval. Recientemente ha publicado: 2008, S. Santander, T. Zubarew, L. Santelices, P. Argollo, J. Cerda, M. Borquez, “Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos”, en *Rev. Med. Chile*; 136; 2008, T. Zubarew, “Diploma de educación a distancia: desarrollo y salud integral del adolescente”, en *Ars Médica: Revista de Estudios Médicos Humanísticos*, vol 15. núm. 15; 2009, T. Zubarew, L. Santelices, S. Santander, “La importancia de la familia en la salud mental de jóvenes universitarios”, en *La familia en el siglo XXI*. Investigaciones Académicas UC.

*Mariana Bórquez Puga*

Es Magister en Psicología del Adolescente, mención Psico-Educación del Adolescente por la Universidad del Desarrollo. Actualmente se desempeña en la Dirección Ejecutiva de la Consultora MYRE – Medición y Resultados Educativos. Asimismo práctica la docencia en la Universidad de Los Andes. Colaboradora en Proyecto de Investigación inter universitario: *Familia como factor protector de la salud mental*, UMCE/PUC de la Facultad de Educación, y “La actividad física como factor protector”, en el proyecto *Educación es Salud: diseño e implementación proyecto RED UPRA*.  
Correo electrónico: mariana.borquez@myreeducacion.com

*Luis Antonio Villarroel del Pino*

Graduado en Estadística por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Obtuvo los grados de Magister en Estadística y de Doctor en Estadística por la misma universidad. Labora en el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ha publicado, entre otros artículos: 2008, Luis Villarroel; Ricardo Rabagliati; M. Elvira Balcells; Lorena Karzulovic; Carlos Pérez: “Tuberculosis en individuos con infección por VIH en Chile: estudio de prevalencia e impacto sobre mortalidad”, en *Rev Méd Chile*, 136; 2009, Luis Villarroel, Guillermo Marshall en Anna Barón, en “Cluster Analysis using Multivariate Mixed Effects Models”, en *Stat. in Med.*; 28.  
Correo electrónico: lv@med.puc.cl

*Bernardo Huinca Barriga*

Titulado de Pedagogía en Educación Física, Deportes y Recreación por la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, UMCE. Magíster en Educación en Salud y Bienestar Humano. Programa de Postgrado de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, UMCE. En los últimos años se ha destacado impartiendo docencia en el Depto. de Educación General Básica de la UMCE, a cargo de las cátedras de Educación Física y de Didáctica de la Educación Física. Ha participado como coinvestigador en los estudios: *Desarrollo de herramientas sencillas para determinar la condición física de las personas*, Carlos Saavedra y Eric Díaz, 2005. INTA, Universidad de Chile. *Actividad física: conducta protectora para la salud en jóvenes universitarios*, Sylvia Santander Rigolett. Dirección de investigación, UMCE 2005. *Diagnóstico de condición física, hábitos de actividad física y alimentación, en jóvenes estudiantes de las carreras de educación. Implementación de un modelo de intervención continua, teórico-práctico de promoción de hábitos saludables*, Sylvia Santander Rigolett. Dirección de investigación, UMCE 2006.  
Correo electrónico: [bhuinca@yahoo.es](mailto:bhuinca@yahoo.es)

Este artículo fue recibido el 2 de septiembre de 2010 y aprobado el 15 de diciembre de 2011.