

# VARIABLES FAMILIARES, NIVEL SOCIOECONÓMICO Y APOYO SOCIAL ASOCIADAS A COMPORTAMIENTOS DE RIESGO EN SALUD EN ADOLESCENTES CHILENOS

Variables associated with health risk behaviors in Chilean adolescents

Electra González <sup>1</sup>  
Daniela González <sup>2</sup>  
Temistocles Molina <sup>3</sup>  
Paulina Larrondo <sup>4</sup>

## RESUMEN

---

**Antecedentes:** Numerosos estudios sugieren que existen variables familiares, socioeconómicas y de apoyo social que están asociadas a comportamientos de riesgo en salud en adolescentes, conocer estas variables es de suma importancia para una mejor comprensión de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia y así focalizar mejor las intervenciones a nivel de los profesionales de salud.

**Objetivo:** Determinar que variables familiares, nivel de apoyo social y nivel socioeconómico se asocian a comportamientos de riesgo en salud en adolescentes usuarios de un sistema público de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile.

**Material y Método:** Estudio transversal y analítico. Se evaluó con diversos instrumentos a 2,461 adolescentes de ambos sexos que solicitaron atención en un centro de salud sexual y reproductiva durante el período 2005-2012.

**Resultados:** Las variables familiares asociadas a comportamientos de riesgo en salud tales como inicio sexual antes de los 15 años, tener más parejas sexuales, consumo de tabaco, alcohol y drogas fueron: no vivir con ambos padres, relación regular o mala con padres, mala comunicación, disfunción familiar, supervisión por otras figuras adultas. Apoyo social escaso se asoció a inicio sexual antes de los 15 años, consumo de tabaco, alcohol y drogas. El nivel socioeconómico no mostró asociación a comportamientos de riesgo en salud en adolescentes.

**Palabras clave:** *Adolescentes, comportamientos de riesgo en salud, variables familiares, nivel socioeconómico, apoyo social.*

## ABSTRACT

---

**Background:** Numerous studies suggest that there are family, socioeconomic and social support variables that are associated with health risk behaviors in adolescents, knowing these variables is of the utmost importance for a better understanding of sexual and reproductive health in adolescence and thus focus better interventions at the level of health professionals.

**Objective:** To determine which family variables, level of social support and socioeconomic level are

---

Recibido el 03 de diciembre de 2018. Aceptado el 27 de junio de 2019.

1 Asistente Social. Master in Population Research. Prof. Asociada. Centro de Medicina y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Correspondencia a: [evgonzalez@med.uchile.cl](mailto:evgonzalez@med.uchile.cl)

2 Trabajadora Social. Magister en Género y Cultura con mención en Humanidades. Centro de Medicina y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

3 Bioestadístico. Magister en Bioestadística. Centro de Medicina y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

4 Psicóloga. Magister en Intervención Psicojurídica y Forense. Centro de Medicina y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

associated with risk behaviors in health in adolescent users of a public system of sexual and reproductive health in Santiago, Chile.

**Material and Method:** Cross-sectional and analytical study. A total of 2,461 adolescents of both sexes were evaluated with different instruments who requested care at a sexual and reproductive health center during 2005-2012.

**Results:** Family variables associated with risk behavior in health such as sexual debut before age 15, having more sexual partners, smoking, alcohol and drugs, were: not living with both parents, regular or bad relationship with parents, family dysfunction, and supervision by other adult figures. Scarce social support was associated with sexual initiation before age 15, tobacco, alcohol and drug use. The socioeconomic level showed no association to health risk behavior in adolescents.

**Keywords:** *Adolescents, health risk behaviors, family variables, socioeconomic level, social support*

## ANTECEDENTES

La adolescencia es definida como un período de transición entre la niñez y la edad adulta, en la que el individuo debe enfrentar un gran número de cambios y desafíos evolutivos. En esta etapa se enfrenta a la definición de su identidad (Erikson, 1963), a la consolidación de cambios cognitivos como el pensamiento abstracto (Inhelder, 1972)) como al desarrollo de un sistema de valores propios (Kohlberg, 1973), pero al mismo tiempo el adolescente quiere lograr una mayor independencia de la familia y una mayor incorporación al grupo de pares (Sullivan, 1953). Ésta es también una etapa en que aumenta el número de conflictos con los padres y hay mayor involucramiento en conductas de riesgo como un inicio precoz de la actividad sexual, embarazo no planificado, infecciones de transmisión sexual, consumo de alcohol, drogas, deserción escolar, entre otros (Álvarez, 1986).

Los individuos pertenecemos, vivimos y nos desarrollamos dentro de un grupo primario que es la familia. Cuando ésta es funcional puede promover el desarrollo integral de sus miembros, cuando es disfuncional puede ser considerada como factor de riesgo, al promover la aparición de sentimientos de insatisfacción o infelicidad como también de enfermedades en sus miembros. Al respecto, se espera que las familias cumplan funciones sociales significativas que se consideran esenciales para el funcionamiento de las sociedades: reproducción, la de regulación sexual, la de mantención

y cuidado físico de sus miembros, la de apoyo emocional o función afectiva, y la de socialización de los hijos (Aylwin, 2002).

La familia como grupo social debe cumplir sus funciones básicas y es este uno de los indicadores que mas frecuentemente se utilizan para valorar su funcionamiento, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas (materiales, emocionales, afectivas) de sus miembros, actuando como sistema de apoyo. Sin embargo no existe un criterio único de indicadores que midan el funcionamiento familiar. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros (Álvarez, 1986; Horwitz, 1990; Muzzo, 1987).

Se define como funcional una familia que mantiene los límites claros de manera tal que no limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover el desarrollo de todos sus miembros, que exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos, que las tareas y roles asignados a cada miembro estén claros y sean aceptados por todos. Que mantenga una distancia generacional que puede darse horizontal y/o vertical (en la relación de pareja y/o en la relación padres-hijos/as) que sea capaz de adaptarse a los cambios (Herrera, 1997), y al mismo tiempo enfrentar situaciones de crisis, que se consideran como aquellas instancias en las que se pone a prueba el fortalecimiento de sus vínculos para hacer frente a los obstáculos que experimentan cada uno de sus miembros (Aylwin, 2002).

Desde una perspectiva sistémica, las familias se encuentran sometidas a diversos procesos de cambios y transformaciones a lo largo del ciclo vital, cuya incidencia se observa tanto en el desarrollo de sus miembros, como también en la dinámica relacional presente en el grupo familiar, la comunicación entre sus integrantes, la calidad del vínculo, y el desarrollo de una función normativa por parte de las figuras de crianza hacia los/as hijos/as.

La dinámica de las relaciones que se establecen con los/as hijos/as adolescentes tiene que ver con los cambios biológicos, emocionales y cognitivos que ocurren a nivel intrapersonal tanto en el niño o niña que llega a la adolescencia como en los padres. También se relacionan con los patrones de comunicación y distanciamiento emocional que ocurre ya que las estructuras afectivo-cognitivas del adolescente y de sus padres son sub-sistemas que interactúan y se auto organizan en

interacciones diádicas (Lewis, 1995, Lewis, 1997). Además, estos procesos tanto los intrapersonales como los interpersonales tienen lugar en un contexto socio-cultural dado.

Tradicionalmente se ha atribuido a los conflictos entre padres/madres e hijos/as durante la adolescencia a los cambios experimentados por cada uno de sus miembros (Gould, 1978, Levenson, 1978). En un estudio llevado a cabo en Chile el año 2007 en relación a la influencia de la familia frente a la ocurrencia de factores de riesgo en el periodo de la adolescencia, se releva que la percepción de disfuncionalidad de sus grupos familiares por parte de los/as adolescentes, es un factor que explicaría situaciones como el consumo de drogas y alcohol e inicio de la actividad sexual temprana. Lo anterior, implica que la intervención en salud deba contemplar a la familia desde una perspectiva de acogida (Santander, 2008). Un estudio similar específicamente en relación a la conducta sexual en adolescentes, llevado a cabo en Colombia el año 2006, relevó la importancia del apego con los padres, como un factor relevante para retardar el inicio de la actividad sexual (Andrade, 2006).

La evidencia muestra la importancia de la supervisión parental para el ajuste adolescente, enfatizando que el grado de control y la forma de ejercerlo son aspectos importantes que pueden tener un efecto moderador. Así, cuando el control es excesivo, o se ejerce de una manera muy coercitiva, imponiendo límites muy restrictivos, puede generar un comportamiento disruptivo y una actitud opositora. (Steinberg, 2002). Diversos estudios muestran que los hijos/as de padres democráticos presentan niveles más altos de autoestima y de desarrollo moral, manifiestan un mayor interés hacia la escuela, un mejor rendimiento académico y una mayor motivación (Fergusson, 1990; Foz, 1980), consumen sustancias como alcohol o drogas con menor frecuencia, son menos permeables ante la presión negativa del grupo de pares y presentan menos problemas conductuales (Elsner, 1997; Borrine, 1991).

Numerosas investigaciones han encontrado una amplia variedad de factores de riesgo en el contexto familiar y una fuerte asociación entre inicio precoz de la actividad sexual de los y las adolescentes y variables familiares tales como, crianza con ambos padres, tamaño de la familia, (el número de hijos puede determinar cuanto tiempo disponible tienen los padres para monitorear las actividades de sus hijos) comunicación familiar, comportamiento sexual parental, control parental, religiosidad

parental, escolaridad de los padres, disolución parental, dificultades socioeconómicas. Adolescentes criados por ambos padres, padres con alta religiosidad se asocia a la postergación en el inicio de la actividad sexual tanto en hombres como en mujeres (Newcomer, 1987; Mueller, 1999).

La ausencia de una de las figuras de crianza debido a separación o abandono puede disminuir la calidad de la relación padre-madre-hijo/a y sobre todo el nivel de influencia y control parental, lo cual podría incidir en una actividad sexual precoz de los/as hijos/as. A mayor escolaridad de los padres disminuye el riesgo de que sus hijos e hijas adolescentes sean activos sexualmente a menor edad o se comprometan en otros comportamientos de riesgo (Forste, 1988; Miller, 1988).

Otro factor considerado en este estudio fue el nivel socioeconómico: En contraste a los adultos y niños, la mayoría de los estudios han encontrado poca variación por nivel socioeconómico en mortalidad y morbilidad en adolescentes. Incluso hay estudios que concluyen que la adolescencia se caracteriza, a diferencia de otras etapas del curso de vida, más por la ausencia que la presencia de diferencias socioeconómicas en salud (Tuinstra, 1998). Sin embargo, existen diferencias en los comportamientos de riesgo en salud, los cuales tienen efectos adversos a lo largo de la vida del individuo. Pero la evidencia acerca de la relación entre nivel socioeconómico y factores de riesgo en la adolescencia, es con frecuencia, inconsistente o contradictorio (Santelli, 2000)). Algunos estudios sostienen que comportamientos como fumar, beber, uso de drogas y sedentarismo es más frecuente en adolescentes de nivel socioeconómico bajo (Gauffin, 2013). En contraste con esto, otros autores plantean que los adolescentes de nivel socioeconómico alto reportan más consumo de tabaco, de alcohol y uso de drogas que los adolescentes de nivel socioeconómico bajo (Hanson, 2007). Otros estudios muestran que el nivel socioeconómico tiene poca o ninguna relación con estos comportamientos de riesgo (Donato, 1995). Recientes estudios apoyan la idea de que la acumulación de comportamientos de riesgo en salud se asocia a nivel socioeconómico, tanto para adultos como para adolescentes (Lowry, 1996). Finalmente otros autores plantean que el uso de métodos anticonceptivos es menor a menor nivel socioeconómico y el consumo de tabaco, y alcohol es mayor a mayor nivel socioeconómico (Gutiérrez, 2016). Por lo que los estudios que incorporan la variable socioeconómica no son concluyentes en cuanto a recurrencia de comportamientos de riesgo en el periodo de la adolescencia.

El apoyo social se define como el conjunto de apoyos de tipo emocional, material, información o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social y esta red social estaría conformada por familiares, amigos, vecinos y miembros de organizaciones sociales (Fuligni, 1993; Orcasita, 2010). Otra definición plantea que el apoyo social puede ser entendido como el intercambio de recursos que se produce al relacionarse una persona con otra en el que un individuo es percibido como proveedor y otro como receptor. Esta red de apoyo social muy importante para todo individuo a lo largo de su vida. Las relaciones familiares proporcionan un aprendizaje en habilidades sociales y en las relaciones con otros que facilitan o dificultan las relaciones con los pares (Aron, 1995). En el caso de los y las adolescentes cuando las relaciones familiares no se observan como espacios de contención y apoyo, las relaciones con sus pares reemplazan simbólicamente esta labor lo que intensifica sus vínculos en este periodo (Fuligni, 1993). Se considera que el sentimiento de ser apreciado por otras personas y de pertenecer a una red social puede tener efecto en el bienestar y la salud, ya sea directamente o a través de procesos psicológicos. El apoyo social puede ser muy importante en momentos de estrés, influyendo tanto en la valoración como en el afrontamiento de las situaciones estresantes que viven los individuos (Barra, 2006). La gran mayoría de la influencia del apoyo social sobre la salud proviene más de estudios en adultos, pero aunque hay pocos estudios en adolescentes, las relaciones encontradas tienden a ser más bien bajas e incluso inexistentes en esta población (San Martín, 2013).

En Chile es escasa la información que explore la asociación entre las variables familiares, de apoyo social y nivel socioeconómico y los comportamientos de riesgo en salud en adolescentes con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva.

El objetivo del presente estudio fue determinar que variables familiares, nivel de apoyo social y nivel socioeconómico se asocian a comportamientos de riesgo en salud en adolescentes usuarios de un sistema público de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile.

## **SUJETOS Y MÉTODO**

Diseño del estudio transversal y analítico que analizó la asociación entre variables familiares seleccionadas, nivel socioeconómico y apoyo social y comportamientos de riesgo en adolescentes de ambos sexos.

La población del estudio estuvo constituida

por adolescentes de ambos sexos, entre 10 y 19 años, que consultaron en CEMERA, entre los años 2005 y 2012. CEMERA es el más antiguo e importante centro de atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes en el país, situado en la Región Metropolitana, que atiende en forma confidencial y cuyo objetivo principal es prevenir el primer embarazo. A los/as adolescentes se les aplicó una encuesta de registro de antecedentes relacionado con las características sociodemográficas, historia familiar, escolar, antecedentes de la historia de vida al ingreso al centro. A partir de la información obtenida se creó desde una base de datos para propósitos de investigación por la investigadora principal. A los/as adolescentes se les solicitó permiso explícito para utilizar los antecedentes registrados en la entrevista estructurada para fines de investigación, asegurando el resguardo de la confidencialidad y anonimatos de los datos. No se condicionó su atención a la aceptación o rechazo de este permiso. Lo anterior fue formalizado mediante firma de un formulario de consentimiento informado diseñado para estos efectos. Se tuvo en cuenta la normativa legal vigente chilena que regula la protección de datos de carácter personal. También se respetó los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki (WMA, 2013).

### **Instrumentos**

*Cuestionario APGAR Familiar de Smilkstein* validado en Chile el cual evalúa la percepción del miembro de la familia examinando su satisfacción con las relaciones familiares y que consiste de 5 preguntas con tres posibles alternativas, puntajes 0 a 6=disfuncional, 7 a 10, normo funcional) (Maddaleno, 1986).

*Escala de Graffar modificada* validada en Chile, la cual está compuesta por tres ítems: nivel de escolaridad del jefe de hogar, actividad del mismo y vivienda y que clasifica a los individuos como pertenecientes a los niveles socioeconómicos alto, medio, medio-bajo y bajo (Álvarez, 1985).

*Cuestionario de Apoyo Social abreviado de Sarason* que consiste de 6 ítems y proporciona dos indicadores para obtener una puntuación total en apoyo social percibido, el número de personas que el sujeto percibe como proveedores de apoyo y la satisfacción sentida con este apoyo (Sarason, 1987).

### **VARIABLES DE ESTUDIO**

*Variables socio demográficas:* sexo, edad a la entrevista, ocupación; escolaridad (curso actual); rendimiento escolar (medido por promedio de

notas del último año aprobado), repitencia de año escolar (fracaso o deserción); proyectos académicos futuros, participación social (medido como pertenencia a alguna organización social ya sea deportiva, religiosa, artística u otra), afiliación religiosa (con cual religión se identifica).

Las variables de respuesta correspondiente a “*comportamientos de riesgo sexual*” fueron: inicio de actividad sexual antes de los 15 años (sí/no); número de parejas sexuales (una pareja/dos y más); actividad sexual no protegida (sí/no).

Las variables de respuestas correspondientes a “*comportamientos de riesgo en salud*” fueron: Consumo de tabaco diario (sí/no); consumo de alcohol mensual (sí/no); consumo de drogas a lo menos 1 vez al año (sí/no) (Senda, 2016).

Las variables de exposición fueron: *Variables familiares*: tamaño familia (número de hijos); figura de crianza (ambos padres, solo la madre, otros); vive actualmente con ambos padres (sí, no); edad del padre, edad de la madre; escolaridad del padre (años de escolaridad cursados); escolaridad de la madre (años de escolaridad cursados); ocupación del padre (profesional/empresario, trabajador calificado, trabajador no calificado), ocupación de la madre (trabaja fuera del hogar, dueña de casa), involucramiento parental en los permisos (ambos padres, solo padre, solo madre, otro); calidad relación con padres (definida por autoreporte como buena, regular, mala); comunicación familiar (definida por autoreporte como buena, regular, mala).

El *Funcionamiento familiar* fue medido usando el cuestionario APGAR Familiar de Smilkstein.

El *nivel socioeconómico* fue medido usando la *escala de Graffar modificada* y el apoyo social fue medido usando el cuestionario de Apoyo Social abreviado de Sarason.

Las variables de control fue edad a la entrevista en años cumplidos y sexo.

### Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la información para caracterizar la muestra. Se evaluó la asociación entre: variables familiares seleccionadas, funcionamiento familiar, nivel socioeconómico y apoyo social versus variables de comportamientos de riesgo de salud y comportamiento de riesgo sexual, través del cálculo de OR ajustado por edad y sexo mediante el ajuste de una serie de modelos de regresión logística múltiple (Hosmer, 2000).

Los datos del estudio fueron analizados

utilizando el software estadístico STATA v12.0 (StataCorp LP, Texas, USA).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

## RESULTADOS

Los resultados corresponden a 2,461 adolescentes, de los cuales el 7,2% son hombres y el 92,8% son mujeres. El 97,6% son estudiantes. El promedio de edad fue 15,8 años (IC95%: 15,8 - 15,9). El promedio de años de escolaridad fue de 10,3 (IC95%: 10,2 - 10,3). De acuerdo al APGAR Familiar el 61,8% del total calificó a su familia como funcional y el 38,2% la calificó de disfuncional. El nivel socioeconómico de acuerdo a la escala de Graffar fue calificado como alto en un 4,7%, medio en un 56,6% y bajo en un 38,7%. (Tabla 1).

### Asociación entre variables familiares seleccionadas y comportamientos de riesgo sexual.

El riesgo de iniciar actividad sexual antes de los 15 años se incrementa 2,16 veces cuando el adolescente vive con otros (OR: 3,16; IC95%: 1,33 - 7,51), un 39% cuando la relación con los padres es regular (OR: 1,39; IC95%: 1,09 - 1,78), un 50% cuando la relación con los padres es mala (OR: 1,50; IC95%: 1,00 - 2,24), un 37% cuando la comunicación familiar es mala (OR: 1,37; IC95%: 1,01 - 1,88), un 86% cuando la supervisión en los permisos es de otros (OR: 1,86; IC95%: 1,22 - 2,83), un 43% cuando existe antecedente de paternidad adolescente del padre (OR: 1,43; IC95%: 1,04 - 1,97), y es factor protector mayor edad del padre (OR: 0,98; IC95%: 0,96 - 0,99).

El riesgo de iniciar actividad sexual no protegida se incrementa 1,39 veces cuando el adolescente vive con otros (OR: 2,39; IC95%: 1,12 - 5,08) y es factor protector cuando el adolescente vive solo con la madre (OR: 0,71; IC95%: 0,57 - 0,88), un 33% cuando la relación con los padres es regular (OR: 1,33; IC95%: 1,09 - 1,62), y un 51% cuando la educación del padre es básica (OR: 1,51; IC95%: 1,02 - 2,21).

El riesgo de tener más parejas sexuales se incrementa un 41% cuando el adolescente vive solo con la madre (OR: 1,41; IC95%: 1,13 - 1,77), un 62% cuando la relación con los padres es regular (OR: 1,62; IC95%: 1,31 - 2,01), un 65% cuando es mala (OR: 1,65; IC95%: 1,17 - 2,32), un

**Tabla 1.** Distribución porcentual de las características socio demográficas de los y las adolescentes del estudio

Variables	N	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	178	7,23
Mujer	2283	92,77
<b>Edad</b>		
Promedio	15,83	
IC95%	(15,77- 15,88)	
Mediana	16	
<b>Escolaridad</b>		
Promedio	10,25	
IC95%	(10,18 – 10,31)	
Mediana	10	
<b>Actividad</b>		
Estudia	2402	97,64
No estudia	58	2,36
<b>Rendimiento escolar</b>		
Promedio	5,45	
IC95%	(5,43 – 5,48)	
Mediana	5,5	
<b>Aspiraciones académicas</b>		
Alcanzar estudios universitarios	1529	63,16
Alcanzar estudios nivel técnico	226	9,33
Solo terminar enseñanza media	666	27,51
<b>Participación social</b>		
Si participa	1108	45,75
No participa	1314	54,25
<b>Afiliación religiosa</b>		
Católica	1365	56,38
Otra religión	461	19,04
Sin afiliación religiosa	595	24,58
<b>Actividad sexual</b>		
	N°	%
Inicio	1938	81,02
No inicio	454	18,98
<b>Edad inicio actividad sexual</b>		
Promedio	15,11	
IC95%	(15,05 – 15,17)	
Mediana	15	
<b>Nivel socioeconómico</b>		
Alto	108	4,71
Medio	1298	56,61
Bajo	887	38,68
<b>Apoyo social (N° personas disponibles)</b>		
Elevado	362	15,8
Medio	1673	73,02
Escaso	256	11,17
<b>Grado de satisfacción con apoyo</b>		
Muy satisfecho	896	40,38
Satisfecho	1191	59,67
Poco satisfecho	132	5,95
<b>Funcionamiento familiar</b>		
Funcional	1511	61,8
Disfuncional	933	38,2

35% cuando la comunicación familiar es regular (OR: 1,35; IC95%: 1,08 – 1,70) y un 58% cuando es mala; (OR: 1,58; IC95%: 1,21 – 2,06), un 50% cuando la escolaridad de la madre es enseñanza media (OR: 1,50; IC95%: 1,03 – 2,20), un 38% cuando la supervisión de los permisos es solo de la madre (OR: 1,38; IC95%: 1,09 – 1,74), un 97% cuando es de otros (OR: 1,97; IC95%: 1,40 – 2,78), un 35% cuando existe antecedente de paternidad adolescente del padre (OR: 1,35; IC95%: 1,02 – 1,78), es factor protector cuando la actividad de la madre es dueña de casa (OR: 0,77; IC95%: 0,62 – 0,96). Tabla 2.

#### Asociación entre variables familiares y otros comportamientos de riesgo.

El riesgo de consumir tabaco se incrementa un 44% cuando el adolescente vive con madre y padrastro (OR: 1,44; IC95%: 1,04 – 1,97), un 36% cuando la relación con los padres es regular (OR: 1,36; IC95%: 1,13 – 1,63), 1,28 veces cuando es mala (OR: 2,28; IC95%: 1,62 – 3,20), un 64% cuando la comunicación familiar es mala (OR: 1,64; IC95%: 1,28 – 2,10), un 64% cuando la supervisión de los permisos es solo del padre (OR: 1,64; IC95%: 1,18 – 2,28), un 45% cuando es de otros (OR: 1,45; IC95%: 1,05 – 2,00).

El riesgo de consumir alcohol se incrementa un 39% cuando la relación con los padres es mala (OR: 1,39; IC95%: 1,002 – 1,94), un 29% cuando la comunicación familiar es regular (OR: 1,29; IC95%: 1,04 – 1,58), y un 42% cuando la comunicación familiar es mala (OR: 1,42; IC95%: 1,11 – 1,84).

El riesgo de consumir droga se incrementa un 60% cuando la figura de crianza es otros (OR: 1,60; IC95%: 1,11 – 2,29), un 47% cuando la relación con los padres es regular (OR: 1,47; IC95%: 1,21 – 1,77), un 90% cuando es mala (OR: 1,90; IC95%: 1,39 – 2,61), un 57% cuando la comunicación familiar es regular (OR: 1,57; IC95%: 1,28 – 1,93), 1,04 veces cuando es mala (OR: 2,04; IC95%: 1,60 – 2,61), un 63% cuando la supervisión de los permisos es de otros (OR: 1,63; IC95%: 1,19 – 2,23) y es factor protector cuando la actividad de la madre es dueña de casa (OR: 0,80; IC95%: 0,66 – 0,97). Tabla 3.

#### Asociación entre Disfunción familiar y comportamientos de riesgo sexual.

El inicio de actividad sexual antes de los 15 años: no mostró diferencias

El riesgo de iniciar actividad sexual no protegida se incrementa un 49% cuando el funcionamiento familiar es disfuncional (OR: 1,49; IC

**Tabla 2.** Regresión logística múltiple entre variables familiares seleccionadas y variables de comportamiento de riesgo sexual (n = 2,461)

Variables	Comportamientos de riesgo sexual		
	Inicio act. sexual antes 15 años OR <sup>a</sup> IC95%	Act. Sexual no protegida OR <sup>a</sup> IC95%	Más de 1 pareja sexual OR <sup>a</sup> IC95%
<b>Figura de crianza</b>			
Ambos padres	1	1	1
Solo madre	1,18 (0,89 – 1,56)	0,95 (0,76 – 1,19)	1,17 (0,92 – 1,48)
Otros	1,41 (0,89 – 2,24)	1,20 (0,83 – 1,75)	1,28 (0,86 – 1,90)
<b>Vive con</b>			
Ambos padres	1	1	1
Solo madre	1,28 (0,98 – 1,66)	0,71 (0,57 – 0,88)**	1,41 (1,13 – 1,77)**
Madre/padrastro	1,08 (0,71 – 1,64)	0,86 (0,62 – 1,19)	1,34 (0,95 – 1,89)
Familiares	1,45 (0,91 – 2,29)	0,82 (0,56 – 1,20)	1,33 (0,90 – 1,97)
Otros	3,16 (1,33 – 7,51)**	2,39 (1,12 – 5,08)*	1,88 (0,88 – 4,02)
<b>Numero de hermanos</b>			
1	1	1	1
2	1,45 (0,93 – 2,27)	1,20 (0,84 – 1,72)	0,78 (0,54 – 1,11)
3	1,15 (0,73 – 1,79)	1,35 (0,95 – 1,92)	0,81 (0,57 – 1,16)
4 y +	1,52 (0,97 – 2,38)	1,33 (0,94 – 1,90)	0,75 (0,53 – 1,08)
<b>Relación con padres</b>			
Buena	1	1	1
Regular	1,39 (1,09 – 1,78)**	1,33 (1,09 – 1,62)**	1,62 (1,31 – 2,01)***
Mala	1,50 (1,00 – 2,24)*	1,35 (0,98 – 1,85)	1,65 (1,17 – 2,32)**
<b>Comunicación familiar</b>			
Buena	1	1	1
Regular	1,03 (0,79 – 1,36)	1,09 (0,88 – 1,35)	1,35 (1,08 – 1,70)*
Mala	1,37 (1,01 – 1,88)*	1,25 (0,97 – 1,61)	1,58 (1,21 – 2,06)**
Edad padre	0,98 (0,96 – 0,99)*	1,003 (0,99 – 1,02)	0,996 (0,98 – 1,01)
Edad madre	0,99 (0,97 – 1,01)	1,003(0,99 – 1,02)	1,009 (0,99 – 1,02)
<b>Escolaridad padre</b>			
Superior	1	1	1
Media	0,98 (0,65 – 1,49)	1,17 (0,82 – 1,65)	0,97 (0,68 – 1,38)
Básica	1,02 (0,64 – 1,63)	1,51 (1,02 – 2,21)*	0,97 (0,65 – 1,44)
<b>Escolaridad madre</b>			
Superior	1	1	1
Media	1,02 (0,66 – 1,56)	1,03 (0,73 – 1,45)	1,50 (1,03 – 2,20)*
Básica	1,22 (0,76 – 1,96)	1,36 (0,93 – 1,98)	1,49 (0,98 – 2,27)
<b>Supervisión en los permisos</b>			
Ambos padres	1	1	1
Padre	0,96 (0,62 – 1,47)	0,998 (0,72 – 1,39)	1,09 (0,76 – 1,57)
Madre	1,25 (0,95 – 1,64)	0,92 (0,74 – 1,14)	1,38 (1,09 – 1,74)**
Otros	1,86 (1,22 – 2,83)**	1,07 (0,77 – 1,49)	1,97 (1,40 – 2,78)***
<b>Actividad del padre o figura paterna</b>			
Profesional, empresario	1	1	1
Trabajador calificado	1,35 (0,82 – 2,22)	1,19 (0,79 – 1,78)	1,14 (0,74 – 1,75)
Trabajador no calificado	1,54 (0,88 – 2,70)	1,28 (0,82 – 2,02)	0,995 (0,61 – 1,62)
<b>Actividad de la madre o figura materna</b>			
Trabaja	1	1	1
Dueña de casa	0,92 (0,71 – 1,19)	1,06 (0,86 – 1,30)	0,77 (0,62 – 0,96)*
<b>Antecedente paternidad adolescente padre</b>			
No	1	1	1
Si	1,43 (1,04 – 1,97)*	0,84 (0,64 – 1,10)	1,35 (1,02 – 1,78)*
<b>Antecedente maternidad adolescente madre</b>			
No	1	1	1
Si	1,14 (0,90 – 1,46)	1,03 (0,84 – 1,25)	1,15 (0,94 – 1,42)

OR<sup>a</sup>: Odds ratio ajustado por edad a la entrevista en años cumplidos y sexo; IC: Intervalo de confianza. Inicio de actividad sexual antes de los 15 años (1 = Si, 0 = No). Actividad sexual no protegida (1 = Si, 0 = No). Más de una pareja sexual (1 = Si, 0 = No).

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

**Tabla 3.** Regresión logística múltiple entre variables familiares y variables de comportamiento de riesgo (n = 2,461)

Variables	Comportamientos de riesgo		
	Consumo tabaco OR <sup>a</sup> IC95%	Consumo alcohol OR <sup>a</sup> IC95%	Consumo drogas OR <sup>a</sup> IC95%
<b>Figuras de crianza</b>			
Ambos padres	1	1	1
Solo madre	1,03 (0,83 – 1,27)	1,00 (0,81 – 1,24)	1,09 (0,88 – 1,35)
Otros	1,28 (0,88 – 1,85)	1,46 (0,98 – 2,17)	1,60 (1,11 – 2,29)*
<b>Vive actualmente con</b>			
Ambos padres	1	1	1
Solo madre	1,14 (0,93 – 1,38)	1,07 (0,87 – 1,31)	1,15 (0,94 – 1,40)
Madre/padrastro	1,44 (1,04 – 1,97)*	1,39 (0,998 – 1,94)	1,19 (0,87 – 1,62)
Familiares	1,07 (0,76 – 1,51)	0,94 (0,66 – 1,34)	0,86 (0,59 – 1,23)
Otros	1,45 (0,59 – 3,57)	0,98 (0,40 – 2,38)	2,13 (0,92 – 4,91)
<b>Numero de hermanos</b>			
1	1	1	1
2	0,99 (0,72 – 1,37)	1,07 (0,77 – 1,48)	0,95 (0,68 – 1,32)
3	0,85 (0,62 – 1,17)	1,29 (0,93 – 1,78)	1,04 (0,75 – 1,44)
4 y +	1,00 (0,73 – 1,39)	1,10 (0,79 – 1,53)	0,96 (0,68 – 1,33)
<b>Relación con padres</b>			
Buena	1	1	1
Regular	1,36 (1,13 – 1,63)**	1,14 (0,95 – 1,38)	1,47 (1,21 – 1,77)***
Mala	2,28 (1,62 – 3,20)***	1,39 (1,002 – 1,94)*	1,90 (1,39 – 2,61)***
<b>Comunicación familiar</b>			
Buena	1	1	1
Regular	1,22 (0,99 – 1,48)	1,29 (1,04 – 1,58)*	1,57 (1,28 – 1,93)***
Mala	1,64 (1,28 – 2,10)***	1,42 (1,11 – 1,84)**	2,04 (1,60 – 2,61)***
Edad padre	0,997 (0,99 – 1,01)	0,997 (0,98 – 1,01)	1,003 (0,99 – 1,02)
Edad madre	1,004 (0,99 – 1,02)	1,002 (0,99 – 1,02)	1,008 (0,99 – 1,02)
<b>Escolaridad padre</b>			
Superior	1	1	1
Media	0,998 (0,74 – 1,35)	0,93 (0,67 – 1,28)	0,77 (0,56 – 1,04)
Básica	0,88 (0,62 – 1,24)	0,83 (0,58 – 1,19)	0,72 (0,51 – 1,02)
<b>Escolaridad madre</b>			
Superior	1	1	1
Media	0,86 (0,63 – 1,16)	0,74 (0,54 – 1,03)	1,01 (0,74 – 1,38)
Básica	0,93 (0,66 – 1,30)	0,82 (0,57 – 1,18)	1,07 (0,76 – 1,51)
<b>Supervisión en los permisos</b>			
Ambos padres	1	1	1
Padre	1,64 (1,18 – 2,28)**	1,26 (0,90 – 1,76)	1,20 (0,87 – 1,66)
Madre	1,17 (0,97 – 1,43)	1,02 (0,83 – 1,25)	1,08 (0,88 – 1,32)
Otros	1,45 (1,05 – 2,00)*	1,21 (0,86 – 1,69)	1,63 (1,19 – 2,23)**
<b>Actividad del padre o figura paterna</b>			
Profesional/empresario	1	1	1
Trabajador calificado	0,86 (0,60 – 1,24)	0,89 (0,61 – 1,30)	0,88 (0,61 – 1,28)
Trabajador no calificado	0,99 (0,65 – 1,50)	1,32 (0,86 – 2,05)	1,22 (0,80 – 1,86)
<b>Actividad de la madre o figura materna</b>			
Trabaja fuera del hogar	1	1	1
Dueña de casa	0,96 (0,79 – 1,16)	1,06 (0,87 – 1,29)	0,80 (0,66 – 0,97)*
<b>Antecedente paternidad adolescente padre</b>			
No	1	1	1
Si	1,21 (0,94 – 1,56)	1,21 (0,93 – 1,57)	1,10 (0,85 – 1,41)
<b>Antecedente maternidad adolescente madre</b>			
No	1	1	1
Si	0,93 (0,78 – 1,12)	0,96 (0,80 – 1,17)	0,94 (0,78 – 1,13)

ORa; Odds ratio ajustado por edad a la entrevista en años cumplidos y sexo; IC: Intervalo de confianza. Consumo de tabaco (1 = Si, 0 = No). Consumo de alcohol (1 = Si, 0 = No). Consumo de drogas (1 = Si, 0 = No).

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001



**Tabla 4.** Regresión logística múltiple entre disfunción familiar y variables de comportamiento de riesgo sexual (n = 2,461)

Variables	Comportamientos de riesgo sexual		
	Inicio act. sexual antes 15 años OR <sup>a</sup> IC95%	Act. Sexual no protegida OR <sup>a</sup> IC95%	Más de 1 pareja sexual OR <sup>a</sup> IC95%
<b>Funcionamiento familiar</b>			
Funcional	1	1	1
Disfuncional	1,13 (0,89 – 1,43)	1,49 (1,23 – 1,80)***	1,38 (1,13 – 1,69)**

OR<sup>a</sup>: Odds ratio ajustado por edad a la entrevista en años cumplidos y sexo; IC: Intervalo de confianza. Inicio de actividad sexual antes de los 15 años (1 = Si, 0 = No). Actividad sexual no protegida (1 = Si, 0 = No). Más de una pareja sexual (1 = Si, 0 = No).

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

**Tabla 5.** Regresión logística múltiple entre disfunción familiar y variables de comportamiento de riesgo (n = 2,461)

Variables	Comportamientos de riesgo		
	Consumo tabaco OR <sup>a</sup> IC95%	Consumo alcohol OR <sup>a</sup> IC95%	Consumo drogas OR <sup>a</sup> IC95%
<b>Funcionamiento familiar</b>			
Funcional	1	1	1
Disfuncional	1,62 (1,35 – 1,94)***	1,46 (1,21 – 1,76)***	1,80 (1,50 – 2,16)***

OR<sup>a</sup>: Odds ratio ajustado por edad a la entrevista en años cumplidos y sexo; IC: Intervalo de confianza. Consumo de tabaco (1 = Si, 0 = No). Consumo de alcohol (1 = Si, 0 = No). Consumo de drogas (1 = Si, 0 = No).

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

95%:1,23- 1,80).

El riesgo de tener más parejas sexuales se incrementa un 38% cuando el funcionamiento familiar es disfuncional (OR: 1,38; IC95%: 1,13 – 1,69). Tabla 4.

**Asociación entre Funcionamiento familiar y otros comportamientos de riesgo.**

El riesgo de consumo de tabaco se incrementa un 62% cuando el funcionamiento familiar es disfuncional (OR: 1,62; IC95%: 1,35 – 1,94)

El riesgo de consumo de alcohol se incrementa un 46% cuando el funcionamiento familiar es disfuncional (OR: 1,46; IC95%: 1,21 – 1,76).

El riesgo de consumo de drogas se incrementa un 80% cuando el funcionamiento familiar es disfuncional (OR: 1,80; IC95%: 1,50 – 2,16). Tabla 5.

**Asociación entre nivel socioeconómico y comportamientos de riesgo**

El nivel socioeconómico no mostró asociación con ningún comportamiento de riesgo. No mostrado en Tabla.

**Asociación entre variables de apoyo social, grado de satisfacción del apoyo social y comportamientos de riesgo sexual.**

El riesgo de iniciar actividad sexual antes de los 15 años se incrementa un 65% cuando el apoyo social es escaso (OR: 1,65; IC95%: 1,02 – 2,67).Tabla 6.

**Asociación entre variables de apoyo social, grado de satisfacción del apoyo social y comportamientos de riesgo.**

El riesgo de consumir tabaco se incrementa un 36% cuando el apoyo social es medio (OR: 1,36; IC95%: 1,07 – 1,72), y un 57% cuando es escaso (OR: 1,57; IC95%: 1,11 – 2,22).

El riesgo de consumir alcohol se incrementa 1,02 veces cuando el apoyo social es escaso (OR: 2,02; IC95%: 1,39 – 2,94) y 1,15 veces cuando el grado de satisfacción con el apoyo es poco satisfactorio (OR: 2,15; IC95%: 1,37 – 3,38).

El riesgo de consumir drogas se incrementa un 46% cuando el apoyo social es escaso (OR: 1,46;

**Tabla 6.** Regresión logística múltiple entre apoyo social, grado de satisfacción del apoyo social y variables de comportamiento de riesgo sexual (n = 2,461)

Variables	Comportamientos de riesgo sexual		
	Inicio act. Sexual antes 15 años OR <sup>a</sup> IC95%	Act. Sexual no protegida OR <sup>a</sup> IC95%	Más de 1 pareja sexual OR <sup>a</sup> IC95%
<b>Numero personas disponibles</b>			
Elevado	1	1	1
Medio	1,38 (0,97 – 1,98)	1,22 (0,93 – 1,61)	0,95 (0,71 – 1,27)
Escaso	1,65 (1,02 – 2,67)*	1,34 (0,92 – 1,96)	1,28 (0,86 – 1,90)
<b>Grado de satisfacción con el apoyo</b>			
Muy satisfecho(a)	1	1	1
Bastante Satisfecho(a)	1,11 (0,86 – 1,43)	1,05 (0,86 – 1,29)	0,98 (0,79 – 1,21)
Poco satisfecho(a)	0,90 (0,52 – 1,56)	1,50 (0,99 – 2,27)	1,50 (0,96 – 2,32)

OR<sup>a</sup>: Odds ratio ajustado por edad a la entrevista en años cumplidos y sexo; IC: Intervalo de confianza. Inicio de actividad sexual antes de los 15 años (1 = Si, 0 = No). Actividad sexual no protegida (1 = Si, 0 = No). Más de una pareja sexual (1 = Si, 0 = No).

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

IC95%: 1,02 – 2,09), un 26% cuando el grado de satisfacción con el apoyo es bastante satisfactorio (OR: 1,26; IC95%: 1,03 – 1,53) y un 80% cuando es poco satisfactorio (OR: 1,80; IC95%: 1,21 – 2,69). Tabla 7.

## DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la percepción de disfuncionalidad de sus grupos familiares se asoció a conductas de riesgo tal como actividad sexual no protegida, tener más parejas sexuales, consumo de tabaco, alcohol y drogas, en los y las adolescentes de nuestro estudio, lo cual es concordante con lo reportado por la literatura (15).

Varios factores de riesgo en el contexto familiar tales como, no vivir con ambos padres, mala relación padre-madre-hijo/a y comunicación familiar, no supervisión o control por familias biparentales o ejercida por otros adultos, también se asoció a comportamientos de riesgo en el consumo de alcohol, tabaco, y drogas lo cual es coincidente con lo reportado en otros estudios (Newcomer 1987, Mueller 1999).

La literatura muestra que no vivir con ambos padres, peor relación padre-hijo/a, peor comunicación familiar, son factores de riesgo para el inicio sexual antes de los 15 años, lo cual es coincidente en este estudio.

Como hallazgos de este estudio se observó que antecedente de paternidad adolescente en el padre resultó ser un factor de riesgo para el inicio sexual antes de los 15 años, lo que no aparece reportado

en otros estudios, mientras que mayor edad del padre resultó ser un factor protector para el inicio sexual temprano en los/as hijos/as.

Este estudio muestra que no vivir con ambos padres, debido a separación o abandono, menor escolaridad del padre o madre disminuye claramente la calidad de la relación padre-madre-hijo/a, y sobre todo el nivel de influencia y el control parental que estos pueden tener sobre la actividad sexual de los hijos como es mostrado claramente en este estudio en que resultó ser factor de riesgo para la actividad sexual no protegida.

Esto podría ser explicado porque el cuidado ejercido por otros, fundamentalmente referido a la familia extensa (abuelas/os, tías/os) incide en tanto si bien se logra reemplazar o complementar el rol materno y/o paterno en cuanto a la satisfacción de necesidades básicas, el cumplimiento de otras funciones como la regulación de los permisos y salidas fuera del hogar no se ejerce de la misma forma. Podría pensarse que la crianza ejercida por otros, incidiría también en cuanto a que tal como no existiría una validación normativa como figura familiar, el vínculo de confianza para abordar temas de sexualidad ya sea por diferencia etaria, menor escolaridad, o problemas de comunicación, dificulta el abordaje de temas de sexualidad, en este caso, motivar al uso de métodos de prevención de embarazo e ITS.

Es importante notar que si bien vivir solo con la madre, resultó ser un factor de riesgo para tener más parejas sexuales, resultó ser un factor protector para la actividad sexual no protegida.

**Tabla 7.** Regresión logística múltiple entre apoyo social, grado de satisfacción del apoyo social y variables de comportamiento de riesgo (n = 2,461)

Variables	Comportamientos de riesgo		
	Consumo tabaco OR <sup>a</sup> IC95%	Consumo alcohol OR <sup>a</sup> IC95%	Consumo drogas OR <sup>a</sup> IC95%
<b>Numero personas disponibles</b>			
Elevado	1	1	1
Medio	1,36 (1,07 – 1,72)*	1,14 (0,89 – 1,46)	1,23 (0,95 – 1,59)
Escaso	1,57 (1,11 – 2,22)*	2,02 (1,39 – 2,94)***	1,46 (1,02 – 2,09)*
<b>Grado de satisfacción con el apoyo</b>			
Muy satisfecho(a)	1	1	1
Bastante Satisfecho(a)	1,06 (0,88 – 1,28)	1,12 (0,92 – 1,35)	1,26 (1,03 – 1,53)*
Poco satisfecho(a)	1,41 (0,93 – 2,14)	2,15 (1,37 – 3,38)**	1,80 (1,21 – 2,69)**

OR<sup>a</sup>: Odds ratio ajustado por edad a la entrevista en años cumplidos y sexo; IC: Intervalo de confianza. Consumo de tabaco (1 = Si, 0 = No). Consumo de alcohol (1 = Si, 0 = No). Consumo de drogas (1 = Si, 0 = No). \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

Este hecho se vincula a lo anterior, en tanto que la adulta responsable asume la labor de cuidado, fortalece el vínculo de confianza que facilita el abordaje y comunicación frente a estos temas, especialmente en la prevención de embarazo en las hijas. Concordante con algunos estudios regular o mala relación y comunicación con los padres, no supervisión o control por ambos padres, y antecedente de paternidad adolescente en el padre resultaron factores de riesgo para tener más parejas sexuales. En cuanto a la escolaridad incompleta en el caso de la madre, podría incidir en tanto podría no poseer los conocimientos previos para abordar dichos temas, independiente que sea una figura presente en la familia. En relación a la actividad de la madre, ser dueña de casa resultó ser un factor protector para tener más parejas sexuales.

Los resultados también muestran que vivir con madre y padrastro se asoció a consumo de tabaco y, crianza ejercida por otros, se asoció a consumo de drogas. Es importante notar que cuando la madre no ejerce una labor remunerada fuera del hogar, resultó ser un factor protector frente al consumo de drogas.

Hay que destacar que la importancia de la calidad del vínculo, la claridad respecto a quien ejerce el rol normativo y la escolaridad de la madre y del padre es relevante para favorecer el abordaje de la sexualidad como de otros aspectos de la salud con las y los adolescentes y promover la prevención de las conductas de riesgo en estos ámbitos.

En relación al apoyo social, los resultados de nuestro estudio muestran que cuando el apoyo

social es escaso resulta ser un factor de riesgo para el inicio sexual antes de los 15 años, para el consumo de tabaco, consumo de alcohol y consumo de drogas, a diferencia de lo que muestra la literatura en que prácticamente no encontró asociación en la población adolescente.

La ausencia de referentes de apoyo implica la falta de comunicación desde un vínculo de confianza, que permita el abordaje de conductas de riesgo tanto en el ámbito sexual como en el consumo de sustancias, desde las inquietudes y necesidades que posee. Contar con apoyo social, se constituye como un factor protector en tanto promueve el desarrollo de conductas que aseguren una buena calidad de vida. Es así que la ausencia de figuras de apoyo implica un mayor riesgo en sexualidad como en consumo de sustancias. La actividad sexual antes de los 15 años se considera riesgosa en tanto se presume que no necesariamente se cuenta con la información suficiente para tomar decisiones en la esfera sexual y reproductiva.

Discordante con lo encontrado en la literatura el nivel socioeconómico no mostró asociación con ninguno de los comportamientos de riesgo analizados en el presente estudio. Si bien los resultados de los diversos estudios analizados son inconsistentes o contradictorios en sus conclusiones en este aspecto, en nuestro estudio podría explicarse porque la población estudiada puede ser bastante homogénea y aparece sub representado el nivel socioeconómico alto.

Los resultados de este estudio refuerzan la evidencia científica que muestra que la mala

comunicación con los padres, ausencia de figuras de crianza significativas, disfunción familiar, apoyo social escaso puede exponer a los y las adolescentes a un inicio sexual temprano, embarazo no planificado, infecciones de transmisión sexual, como también a consumo de tabaco, alcohol y drogas.

**Limitaciones del estudio:** a) Siendo un estudio de tipo transversal no permitió la captura y la naturaleza de las dinámicas de las relaciones familiares y examinar los procesos de causalidad de las variables estudiadas.

En conclusión, los resultados obtenidos en la presente investigación muestran que la presencia de adultos significativos con quienes las y los adolescentes mantengan una buena relación, buena comunicación familiar, límites establecidos que aseguren una adecuada supervisión, mayor escolaridad de los padres, se asocian a aspiraciones académicas mayores, mejor rendimiento escolar en los hijos e hijas, lo que constituye factores protectores que incidirían en la disminución de conductas de riesgos en los y las adolescentes. Estos hallazgos son de alto interés para plantear futuras investigaciones y para el diseño de programas de prevención en políticas tanto sanitarias como educacionales.

## REFERENCIAS

1. Álvarez, M. (1986). *Deprivación y modelos parentales*. Editorial Universitaria: Santiago de Chile.
2. Álvarez, M. (1988). *La familia en riesgo: un instrumento de diagnóstico*. Editorial Universitaria: Santiago de Chile.
3. Álvarez M., Muzzo S., Ivanovic D. (1985). Escala para medición del nivel socioeconómico en el área de salud. *Revista Médica de Chile*, 113:243-249.
4. Andrade P., Betancourt D, Palacios J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15:91-101
5. Aron A, Nitsche R, Rosenbluth A. (1995). Redes sociales de adolescentes: un estudio descriptivo-comparativo. *Psyche*, 4(1):49-56
6. Aylwin N, Solar M. (2002). *Familia y Trabajo Social*. 2Ediciones Universidad Católica de Chile: Santiago de Chile.
7. Barra E, Cerna CR, Kramm D, Véliz V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24 (1):55-61
8. Borrine, M., Handel P, Brown N, & Searight H. (1991). Family conflict and adolescent adjustment in intact, divorced and blended families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 753-755
9. Donato F, Monarca S, Chiesa R, Feretti D, Modolo AA, et al. (1995). Patterns and covariates of alcohol drinking among high school students in 10 towns in Italy: a cross-sectional study. *Drug and Alcohol Dependence*, 37:59-69
10. Elsner P, Montero M., Reyes C., Zegers B. (1997). *La familia una aventura*. Ediciones Universidad Católica de Chile: Chile
11. Erikson E. (1963). *Childhood and society*. Norton: New York.
12. Fergusson D M, Horwood L, Lawton J. (1990). Vulnerability to childhood problems and family social background. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31,7: 1145-1160
13. Forste R., Heaton T.B. (1988). Initiation of sexual activity among female adolescents. *Youth and Society*, 19:250-268
14. Fox Greer L., Inazu JK. (1980). Patterns and outcomes of mother-daughter communication about sexuality. *Journal of Social Issues*, 36:7-29
15. Fuligni A. J., Eccles J.S. (1993). Perceived parent-child relationships and early adolescents' orientation towards peers. *Developmental Psychology*, 29(4):622-632
16. Gauffin K, Hemmingsson T, Hjern A. (2013). The effect of childhood socioeconomic position on alcohol-related disorders later in life: A Swedish national cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67:932-938
17. Gould R.L. (1978). *Transformations*. Simon and Schuster: New York.
18. Gutiérrez JP, García-Saisó S, Espinosa de La Peña R, Balandran D. (2016). Desigualdad en indicadores de comportamientos de riesgo en adolescentes en México: análisis de dos encuestas de salud. *Salud Pública de México*, 58(6):657-665
19. Hanson M, Chen E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. *J Behav Med*, 30:263-285
20. Horwitz N. (1990) Familia y Salud Familiar. Un enfoque para la atención primaria, OPS 6 (1)
21. Hosmer DW, Lemeshow S. (2000). *Applied Logistic Regression*, 2nd Edition; New York: John Wiley & Sons. INC,
22. Inhelder B, Piaget J. (1955). *De la logique de l'enfant a la logique de l'adolescent*. P.U.F : Paris.

23. Kohlberg L. (1973). Continuities in childhood and adult moral development revisited. En: P B Baltes y K W Schaie (Eds), *Life span development and behavior*, Vol 3.
24. Herrera P.M. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud, *Rev Cubana Med Gen Integr*, 13 (6): 591-595
25. Levenson D.J. (1978). *The seasons of a man's life*. Ballantine Books: New York.
26. Lewis M.D. (1995). Cognition-emotion feedback and the self-organization of developmental paths. *Human Development*, 38:71-102
27. Lewis M.D. (1997). Personality self-organization: Cascading constraints on cognition-emotion interaction. En: A. Fogel, M. Lyra & J.Valsiner (Eds), *Dynamics and indeterminism in developmental and social processes*. 193-216.
28. Lowry R, Kann L, Collins J, Kolbe L. (1996). The effect of socioeconomic status on chronic disease risk behaviors among US adolescents. *JAMA*, 276(10): 792-797
29. Maddaleno M et al, (1986). Enfoque familiar y los problemas de salud en el Adolescente. In: *Salud Familiar, División Ciencia Médica Oriente*, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 125-145
30. Miller B. & Sneesby K.R. (1988). Educational correlates of adolescent's sexual attitudes and behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 17:521-530
31. Muzzo S. & Burrows R. (1987). *El adolescente chileno: características, problemas y soluciones.*, Editorial Universitaria: Santiago de Chile.
32. Mueller K.E. & Powers W.G. (1999). Parent-child sexual discussion: Perceived communicator style and subsequent behavior. *Adolescence*, 25:469-482
33. Newcomer, S. & Udry J.R. (1987). Parental marital effects on adolescent sexual behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 49:235-240
34. Orcasita L, Uribe A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4(2):69-82
35. Santander S, Zubarew T, Santelices L, Argollo P, Cerda J, Borquez M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos, *Rev Med Chile*, 136:317-324
36. Santelli J, Lowry R, Brener N, Robin L. (2000). The association of sexual behaviors with socioeconomic status, family structure, and race/ethnicity among US adolescents. *American Journal of Public Health*, 90(10):1582-1588
37. Sarason IG, Sarason BR, Shearin & Pierce. (1987) A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *J Soc Personal Relations*, 4:497-510
38. San Martín J, Barra E. (2013). Auto estima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 31 (3):287-291
39. SENDA (2014). *Décimo estudio nacional de Drogas en Población General. Principales resultados*. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de drogas y alcohol, Santiago: Chile.
40. Steinberg L. & Silo J.S. (2002). Parenting adolescents. In: I. Bormstein (Eds), *Handbook of parenting. Vol 1. Children and parenting* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
41. Sullivan H S. (1953) *The interpersonal theory of psychiatry*. 1953. New York. Norton
42. Tuinstra J, Groothoff J, Van Den Heuvel W, Post D. (1998). Socio-economic differences in health risk behaviour in adolescence: Do they exist?. *Social Science Medicine*, 47(1): 67-74