



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA**

TEMA: Hábitos nocivos en estudiantes de la Unidad Educativa La Salle, Tulcán 2017.

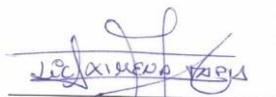
AUTOR: Jefferson Andrés Guerrero Andrade
DIRECTORA DE TESIS: MSc. Ximena Tapia Paguay

Tulcán, 2017

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “**HÁBITOS NOCIVOS EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LA SALLE, TULCÁN 2017**”, de autoría de JEFFERSON ANDRÉS GUERRERO ANDRADE, para la obtener el Título de Licenciado en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, mes de septiembre del 2017.



MSc. Ximena María Tapia Paguay

C.C: 1001817459

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
Cédula de identidad:	100385983 – 0
Apellidos y nombres:	Guerrero Andrade Jefferson Andrés
Dirección:	Bolivia 6 -23 y Chile.
Email:	and.guerrero13@gmail.com
Teléfono fijo:	2 606-911
Teléfono móvil:	0998692487
DATOS DE LA OBRA	
Título:	HÁBITOS NOCIVOS EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LA SALLE, TULCÁN 2017.
Autor:	Jefferson Andrés Guerrero Andrade.
Fecha:	25 de septiembre del 2017.
Solo para trabajos de grado	
Programa:	Pregrado
Título por el que opta:	Licenciatura en Enfermería.
Director:	MSc. Ximena Tapia Paguay

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **Jefferson Andrés Guerrero Andrade**, con cédula de ciudadanía Nro.100385983-0; en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con Ley de Educación Superior Artículo 143.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En Ibarra, mes de septiembre del 2017.

AUTOR:


Jefferson Andrés Guerrero Andrade
AUTOR C.I.: 100385983-0



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **Jefferson Andrés Guerrero Andrade**, con cédula de ciudadanía Nro. **100385983-0**; manifiesta la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominada **“HÁBITOS NOCIVOS EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LA SALLE, TULCÁN 2017”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Jefferson Andrés Guerrero Andrade

C.I.: 100385983-0

Ibarra, mes de septiembre del 2017.

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN
Fecha: En Ibarra, mes de septiembre del 2017.

GUERRERO ANDRADE JEFFERSON ANDRÉS “Hábitos nocivos en estudiantes de la Unidad Educativa La Salle, Tulcán 2017.” / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 25 de septiembre del 2017. 146 pp. 4 anexos.

DIRECTOR: MSc. Ximena Tapia Paguay.

El principal objetivo de la presente investigación fue determinar la presencia de hábitos nocivos en los estudiantes de tercero de bachillerato de la Unidad Educativa La Salle, Tulcán 2017. Entre los objetivos específicos se encuentran: caracterizar socio demográficamente al grupo de estudio, identificar actitudes y prácticas en los estudiantes en relación al riesgo y la adquisición de hábitos nocivos, identificar conocimientos impartidos en la Unidad Educativa dirigidos a los estudiantes para la prevención de hábitos nocivos y adquisición de un estilo de vida saludable; y diseñar una guía de información y capacitación dirigida a los estudiantes que contribuya a adoptar un estilo de vida saludable y prevenir hábitos nocivos.

Fecha: Ibarra, septiembre del 2017



MSc. Ximena María Tapia Paguay

Directora de Tesis



Jefferson Andrés Guerrero Andrade

Autor

ÍNDICE

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO	v
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	xii
AGRADECIMIENTO	xiii
DEDICATORIA	xiv
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT.....	xvi
CAPÍTULO I.....	18
1. El Problema de Investigación.....	18
1.1. Planteamiento del Problema	18
1.2. Formulación del Problema.....	19
1.3. Justificación	20
1.4. Objetivos.....	21
1.4.1. Objetivo General	21
1.4.2. Objetivos Específicos	21
1.5. Preguntas de investigación.....	21
CAPÍTULO II	22
2. Marco Teórico.....	22
2.1. Marco Referencial.....	22

2.1.1.	Consumo de alcohol en menores de edad en Loja, Zamora y Santiago de Cali.....	22
2.1.2.	Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador.....	23
2.1.3.	Sobrepeso y obesidad en escolares y adolescentes del área urbana de la ciudad de Riobamba, Ecuador.....	23
2.1.4.	Actividad física y sedentarismo: Determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud del adolescente.....	24
2.1.5.	Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo.	25
2.2.	Marco Contextual	26
	El presente trabajo de investigación se realizó en la Unidad Educativa La Salle, Cantón Tulcán, provincia del Carchi, Ecuador.....	26
2.2.1.	Situación Geográfica	26
2.2.2.	Unidad Educativa Hermano Miguel La Salle.....	26
2.2.3.	Personal administrativo y de servicios	28
2.2.4.	Misión y Visión de la Unidad Educativa.....	28
2.2.5.	Valores de la Unidad Educativa	29
2.2.6.	Proyectos estudiantiles en la Unidad Educativa.....	29
2.3.	Marco Conceptual.....	30
2.3.1.	Adolescencia	30
2.3.2.	El cerebro del adolescente	32
2.3.3.	Factores de riesgo en los adolescentes	32
2.3.4.	Factores protectores de la salud de los adolescentes.....	33
2.3.5.	Hábitos nocivos	34
a.	Consumo de alcohol.....	34
b.	Consumo de cigarrillo.....	36

c.	Consumo de drogas.....	38
d.	Sedentarismo y ocio.....	39
2.3.6.	La conducta de los adolescentes asociada al riesgo	40
2.3.7.	Hábitos saludables	41
a.	Actividad Física	41
b.	Alimentación saludable.....	42
2.3.8.	Enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes en la adolescencia	43
a.	Diabetes Mellitus tipo 2.....	43
b.	Obesidad y sobrepeso	44
2.3.9.	Trastornos de la conducta alimentaria.....	45
a.	Anorexia nerviosa.....	45
b.	Bulimia.....	45
2.3.10.	La salud mental en los adolescentes.....	46
2.3.11.	Promoción de la salud	48
2.3.12.	Educación para la salud.....	49
2.3.13.	Prevención en salud.....	50
2.3.14.	Proyecto Educativo Institucional.....	51
a.	Componente de convivencia.....	51
2.4.	Marco Legal.....	53
2.4.1.	Constitución de la República del Ecuador 2008	53
2.4.2.	Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017	55
2.4.3.	Ley Orgánica de Salud	57
2.4.4.	Ley de sustancias estupefacientes y psicotrópicas	60
2.5.	Marco Ético.....	60
2.5.1.	Código de Ética	61

2.5.2.	Código deontológico del CIE (Consejo Internacional de Enfermeras.....	62
2.5.3.	Código de la niñez y adolescencia.....	63
CAPÍTULO III.....		66
3.	Metodología de la investigación.....	66
3.1.	Diseño de la investigación.....	66
3.2.	Tipo de la investigación.....	66
3.3.	Localización y ubicación de estudio.....	67
3.4.	Población.....	67
3.4.1.	Universo.....	67
3.4.2.	Muestra.....	67
3.4.3.	Criterios de inclusión.....	68
3.4.4.	Criterios de exclusión.....	68
3.5.	Operacionalización de Variables.....	69
3.6.	Métodos y técnicas para la recolección de la información.....	80
3.7.	Análisis de datos.....	80
3.8.	Métodos y técnicas para la tabulación y procesamiento de la información.....	80
CAPÍTULO IV.....		81
4.	Resultados de la investigación.....	81
4.1.	Características sociodemográficas.....	82
4.2.	Actitudes y prácticas de hábitos nocivos.....	84
4.3.	Educación para la prevención de hábitos nocivos en la Unidad Educativa.....	110
CAPÍTULO V.....		113
5.	Conclusiones y recomendaciones.....	113

5.1. Conclusiones	113
5.2. Recomendaciones	115
BIBLIOGRAFÍA	116
ANEXOS	122

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad, género, residencia y etnia de los estudiantes	82
Gráfico 2. Actitudes y prácticas relacionadas al uso de alcohol.	84
Gráfico 3. Actitudes y prácticas relacionadas al uso de alcohol.	86
Gráfico 4. Actitudes y prácticas relacionadas al uso de alcohol.	88
Gráfico 5. Actitudes y prácticas relacionadas al uso de alcohol.	90
Gráfico 6. Actitudes y prácticas relacionadas al consumo de tabaco.....	92
Gráfico 7. Actitudes y prácticas relacionadas al consumo de tabaco.....	94
Gráfico 8. Actitudes y prácticas relacionadas al consumo de tabaco.....	96
Gráfico 9. Actitudes y prácticas relacionadas al consumo de drogas.	98
Gráfico 10. Actitudes y prácticas relacionadas al consumo de drogas.	100
Gráfico 11. Actitudes y prácticas relacionadas a los hábitos alimenticios.....	102
Gráfico 12. Actitudes y prácticas relacionadas a los hábitos alimenticios.....	104
Gráfico 13. Actitudes y prácticas relacionadas a la actividad física.	106
Gráfico 14. Actitudes y prácticas relacionadas con la salud mental.	108
Tabla 1. Enseñanza preventiva y promotora de salud en la Unidad Educativa.	110

AGRADECIMIENTO

A Dios, por quien somos, nos movemos y existimos.

A mi madrecita Isabel, ejemplo de alma diligente y amor incondicional; y a mi papacito Carlos, presencia de un hombre bueno y alegre en todo momento. A mis hermanitas Maritza, Carla, a mi hermanito Jonathan y a mis cuñados Ricardo e Iván, quienes me han apoyado en todo momento y han sido motivo siempre de alegrías y consuelos en mis momentos más difíciles. A mis preciosas sobrinas Naydeli y Saraí y a mi rey pequeñito Oliver. Estamos todos tan juntos, como uno solo; como un solo corazón.

A mis amigos, pocos, pero buenos; quienes ponen colores en los días de la vida, para hacerlos más llevaderos. A mis compañeros de esta hermosa carrera de servicio a la humanidad, con los mismos que se compartió cuatro preciosos años de aprendizaje, anécdotas y demás.

A mis docentes, a lo largo de todo el proceso formativo, quienes supieron dar de lo que tenían, cada uno en su medida y de manera especial a la Lcda. Ximena Tapia, porque ella lo ha dado todo siempre, como una madre sabia y prudente.

Y a todos quienes merecen mi respeto y consideración...Dios les pagará con creces en el cielo.

Jefferson Andrés Guerrero Andrade

DEDICATORIA

Dedico este trabajo realizado, a la Universidad Técnica del Norte, la casa de formación, donde realicé mis estudios para lograr titularme como profesional en la rama de enfermería, la carrera más hermosa y sacrificada de las ciencias de la salud.

A mi nación el Ecuador, de la cual estoy enteramente orgulloso. Así como a mi tierra nativa Tulcán, de la cual me siento engrdeído por la calidad de gente que tiene. Al Ministerio de Salud que regula todos los procesos para la atención de calidad y calidez al paciente. Y a las instituciones donde realicé todas mis prácticas como estudiante, de modo especial al hospital Luis Gabriel Dávila, que abrió sus puertas para realizar mi año de internado rotativo de enfermería.

Todo sea para un mejor vivir, y para mayor gloria de Dios.

Jefferson Andrés Guerrero Andrade.

RESUMEN

Hábitos nocivos en estudiantes de la Unidad Educativa La Salle, Tulcán 2017.

Jefferson Andrés Guerrero Andrade

and.guerrero13@gmail.com

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año mueren 16 millones de personas por enfermedades crónicas no transmisibles, que pueden ser evitables si se adopta un cambio al estilo de vida. La extensión de los problemas de salud vinculados al tabaquismo, el abuso del alcohol, el sedentarismo o la comida basura y demás; están ligados a la obesidad, diabetes e hipertensión. Por tal razón, se ha desarrollado este estudio cuyo objetivo principal ha sido determinar la presencia de hábitos nocivos en estudiantes de tercero de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional La Salle, del cantón Tulcán, en el año 2017. Investigación de diseño cualicuantitativa, no experimental, de tipo descriptivo y transversal. Se aplicó una encuesta con preguntas de opción múltiple cuyos datos fueron analizados y representados con la ayuda del programa Microsoft Excel. Como principales resultados se obtuvo una población estudiantil mayoritariamente masculina (55.9%), cuyas edades (92,4%) están entre 16 – 17 años. Existe presencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas, que se vincula a una estrecha preferencia por los amigos y sus gustos; siendo fácil adquirir el material nocivo. Alcohol y tabaco han sido consumidos por más del 50% de ellos; las drogas ilegales en menor porcentaje, siendo la más usada la marihuana. La autopercepción del 62,3% es normal, aunque algunos tienen sobrepeso, ya sea por la inadecuada alimentación y una escasa actividad física. Las horas de sueño no son las suficientes para reparar su estado psicofisiológico. Y finalmente la mayoría mencionan no haber recibido información, charlas y ningún tipo de consejo para hacer frente a los hábitos nocivos y optar por un estilo de vida más saludable.

Palabras clave: adolescentes, estudiantes, estilo de vida, hábitos nocivos, salud mental.

ABSTRACT

Harmful habits in students of the Educational Unit La Salle, Tulcán 2017.

Jefferson Andrés Guerrero Andrade

and.guerrero13@gmail.com

According to data from the World Health Organization (WHO) every year 16 million people die from chronic noncommunicable diseases, which can be avoidable if a change in lifestyle is adopted. The extent of health problems associated with smoking, alcohol abuse, sedentary lifestyle or junk food and so on; Are linked to obesity, diabetes and hypertension. For this reason, this study has been developed whose main objective has been to determine the presence of harmful habits in third-year high school students of the Educational Unit La Salle, Tulcán Canton, in the year 2017. Investigation of non-experimental qualitative and quantitative design, of descriptive and transversal type. A survey was conducted with multiple choice questions whose data were analyzed and represented with the help of the Microsoft Excel program. The main results were a predominantly male student population (55.9%), whose ages (92.4%) were between 16-17 years old. There is presence of consumption of alcohol, tobacco and drugs, which is linked to a close preference for friends and their tastes; being easy to acquire the harmful material. Alcohol and tobacco have been consumed by more than 50% of them; The illegal drugs in a lower percentage, being the most used marijuana. Self-perception of 62.3% is normal, although some are overweight, either due to inadequate diet and poor physical activity. The hours devoted to sleep are not enough to repair their psychophysiological state. And finally more than 50% mention not having received information, talks and any kind of advice to deal with harmful habits and opt for a healthier lifestyle.

Keywords: adolescents, harmful habits, students, mental health.

TEMA: Hábitos nocivos en estudiantes de la Unidad Educativa La Salle, Tulcán
2017

CAPÍTULO I

1. El Problema de Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta donde se producen importantes cambios físicos, biológicos, psicosociales y demás, que van a repercutir en la adquisición de hábitos saludables o no saludables, los mismos que consolidarán el estilo de vida de cada individuo. Respecto a esto se conocen problemas sobre el uso y abuso del consumo de alcohol, tabaco, drogas y sus repercusiones serias a nivel social y personal; mientras que por otra parte, se hacen cada vez más evidentes hechos graves como el sobrepeso y la obesidad a causa del sedentarismo. Y en su extremo opuesto se han introducido hace tiempo supuestas teorías de una falsa autoimagen y autopercepción; un culto hacia la delgadez, hacia el cuerpo perfecto (1).

Dentro del grupo adolescente se ha visto un aumento sin frenos de inactividad física, como resultado del uso indiscriminado de nuevas tecnologías, particularmente la televisión, internet, las redes sociales, entre otros (2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015 fallecieron 1,2 millones de adolescentes aproximadamente, en su mayoría por causas prevenibles y tratables. Esto significa que las causas estuvieron asociadas a hábitos de vida y elecciones por parte de los adolescentes. Además, la OMS consideró que los estilos de vida representan el 43% dentro de los determinantes que influyen en la dinámica salud – enfermedad y que con el paso del tiempo la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) seguramente aumentará (3).

Se estima que el 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia, pues la creciente morbilidad en el adulto por enfermedades crónicas degenerativas, relacionadas con los hábitos de vida, se gestan

desde etapas tempranas, pero también se puede prevenir o retardar. En relación a esto un buen número de individuos y entre ellos jóvenes presentan los signos y síntomas del llamado síndrome metabólico, siendo serios candidatos a desarrollar graves enfermedades como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares que son actualmente las principales causas de enfermedad y muerte en el Ecuador y en el mundo (4).

El consumo nocivo de alcohol, tabaco y drogas entre los adolescentes preocupa cada vez más, ya que reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales no protegidas o comportamientos peligrosos en la carretera, convirtiéndose en una de las principales causas de lesiones, violencia y muertes prematuras. Además, puede provocar problemas de salud en una etapa posterior de la vida e influir en la esperanza de vida (3). Por otra parte según la cuarta encuesta nacional sobre el uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años, señala que en la provincia del Carchi de 53.558 estudiantes el 9% consideran que el alcohol, cigarrillo y drogas no producen ningún daño y pueden ser usadas sin riesgo. Y que, los 14 años, es la edad promedio en que los estudiantes inician a usar drogas (5).

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los hábitos nocivos en los estudiantes de la Unidad Educativa “La Salle”, Tulcán 2017?

1.3. Justificación

Los constantes cambios en la sociedad, las nuevas generaciones y los avances tecnológicos han hecho que los adolescentes elijan sus propios hábitos de alimentación, actividad física y formas de recreación; sin dejar de lado también el uso de alcohol y drogas. Dichos hábitos son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento de cada individuo y de la aceptación o rechazo de los hábitos cuando estos sean nocivos.

Las conductas aprendidas por los adolescentes tienen una importante repercusión sobre su propia salud y vida. Cada adolescente que se encuentre involucrado en hábitos nocivos permite el incremento a mediano y largo plazo de enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes, violencia, lesiones y traumas, que sin duda tendrán un gran impacto en la calidad de sus vidas. Por tal razón, la prevención de hábitos nocivos y la promoción de estilos de vida saludables significan instrumentos muy importantes, para mejorar la calidad de vida en las sociedades actuales y especialmente entre los jóvenes.

Cada uno de los estudiantes de la Unidad Educativa La Salle seguramente estará inmerso en medio de determinantes, que modificarán y formarán sus hábitos, sus tendencias y elecciones. Especialmente aquella población adolescente, vulnerable a cambios, a la experiencia de nuevas emociones, curiosidades y elección de riesgos. Por dichos argumentos y razones se ha considerado importante promover e indagar en este trabajo, cuyos resultados servirán para reconocer las actitudes que los estudiantes adolescentes tienen frente a las tendencias actuales, tanto de su generación como de las que les son influidas; las mismas que han marcado significativamente a este grupo; al verse expuestos a situaciones que pueden conllevarlos a un desmedro de su salud o incluso por el abuso de drogas y alcohol ser señalados como seres antisociales y peligrosos, sin importancia para esta sociedad cada vez más superficial.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la presencia de hábitos nocivos en estudiantes de la Unidad Educativa La Salle, Tulcán 2017.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente la población en estudio.
- Identificar actitudes y prácticas en los estudiantes en relación al riesgo y la adquisición de hábitos nocivos.
- Identificar conocimientos impartidos en la Unidad Educativa dirigidos a los estudiantes para la prevención de hábitos nocivos y adquisición de estilos de vida saludables.
- Diseñar una guía de información dirigida a los estudiantes que contribuya a prevenir hábitos nocivos y mejorar el estilo de vida.

1.5. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de la población en estudio?
- ¿Qué actitudes y prácticas sobre hábitos nocivos tienen los estudiantes en relación al riesgo y adquisición de hábitos nocivos?
- ¿Qué conocimientos se han impartido en la Unidad Educativa hacia los estudiantes para la prevención de hábitos nocivos y adquisición de un estilo de vida saludable?
- ¿Para qué diseñar una guía de información dirigida a los estudiantes que contribuya a prevenir hábitos nocivos y mejorar el estilo de vida?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

2.1.1. Consumo de alcohol en menores de edad en Loja, Zamora y Santiago de Cali

El uso del alcohol se ha hecho más común a edades muy tempranas, por tal razón se ha visto necesario establecer programas de prevención del consumo de alcohol en adolescentes entre 12 y 17 años partiendo del análisis de sus motivaciones, percepciones, hábitos de vida y consumo en el fenómeno denominado "caída" (grupo de menores de edad que se reúnen con la finalidad de consumir alcohol) en las ciudades de Loja (Ecuador), Zamora (Ecuador) y Santiago de Cali (Colombia). Para este estudio se ha visto más oportuno el acercamiento a los adolescentes mediante la entrevista en grupo y personalmente, de donde se pudo identificar que las redes sociales en los dispositivos móviles son el canal más activo de comunicación entre los jóvenes para la experiencia en el consumo de alcohol en particular. Las redes sociales tanto para los que son consumidores como para los que no lo son suponen una vía principal para la organización, preparación y vivencia de la misma. Trabajos anteriores sobre el uso de las redes sociales por los jóvenes revelaron el valor de éstas para la organización de "caídas". Respecto al consumo por sexo, si bien es cierto el mayor porcentaje se da en chicos, las chicas le siguen muy cerca. El estudio encontró un 2% de tomadores compulsivos en el grupo; y se observa una marcada diferencia entre chicos y chicas, en una relación de 7 chicos por 3 chicas en cuanto a este consumo. La edad también supone un factor importante, pues el 41 % de los estudiantes que presentan un uso ocasional de consumo de alcohol tienen más de 16 años. El consumo de alcohol se intensifica a partir de los 16 años, edad clave, ya que comienzan a salir de noche con sus amigos (6).

2.1.2. Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador

El uso y abuso de drogas en general acarrear consecuencias tanto físicas como emocionales, y esto representa un problema de salud pública en el ámbito mundial. Especialmente en la adolescencia, la experiencia de ese consumo puede constituir un marco importante en la transición, de esa etapa del desarrollo, a la vida adulta. El estudio realizado tuvo una población participante en su totalidad del género masculino, con edad entre 10 y 17 años, los mismos que reportan mayor incidencia del consumo de marihuana, seguida de licor e inhalantes. Según los encuestados y entrevistados, el alto consumo de la marihuana se debe al hecho de ser más barata y el poder adquirirla en cualquier sitio. Los jóvenes relatan que los adultos les dan la droga a cambio de ayudar a venderla, especialmente afuera de los colegios. Analizando los casos se obtuvieron los siguientes resultados: el primer consumo de cigarrillos es a los 13 años; el consumo de alcohol a los 13 años y 7 meses; de la marihuana a los 13 años y 2 meses y los inhalables a los 13 años y 4 meses. Además se identificaron cuatro determinantes que llevaron a los chicos a la experiencia y posterior consumo de drogas: la carencia del apoyo familiar; las influencias del entorno en que se desarrollan los jóvenes y, por último, el desconocimiento del efecto que causan las drogas y no tener planes para el futuro. En este sentido se advierte que el fenómeno de las drogas en la adolescencia ha de ser tratado mediante las acciones de la promoción de la salud y, por lo tanto, tenemos que comprenderlo como un proceso que invita al diálogo entre los varios sectores de la sociedad (7).

2.1.3. Sobrepeso y obesidad en escolares y adolescentes del área urbana de la ciudad de Riobamba, Ecuador

El sobrepeso y obesidad representan un serio problema de Salud Pública puesto que las personas afectadas, además de mostrar limitaciones en sus capacidades biológicas, psicológicas y sociales, tienen una expectativa de vida menor que las personas con peso normal. El problema del exceso de peso se concentra en las zonas urbanas en donde se expresan con mayor intensidad y frecuencia diversas manifestaciones de los

cambios económicos, sociales, tecnológicos, alimentarios y nutricionales como por ejemplo la comodidad y el sedentarismo. Este estudio de prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares y adolescentes del área urbana de la ciudad de Riobamba, se realizó en el año 2013. La muestra para la investigación fue de 3.210 escolares y adolescentes de ambos sexos, entre los 5 y 19 años de edad. Los resultados revelan que el exceso de peso afecta al 24,1% de los escolares/adolescentes: sobrepeso 17,8% y obesidad 6,3%. Se obtuvo entonces que la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en estudiantes escolares y adolescentes del área urbana de la ciudad de Riobamba es alta (24,1%) y es mayor en escolares (27,7%) que en adolescentes (21,5%). A pesar de la magnitud del problema, a la fecha del presente estudio, no existen programas de prevención del exceso de peso en la ciudad de Riobamba, por lo que se hacen necesarias medidas urgentes de intervención para prevenir y tratar este grave problema de Salud Pública (8).

2.1.4. Actividad física y sedentarismo: Determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud del adolescente

Esta investigación desarrollada en la ciudad de México trató de determinar la asociación de las conductas sedentarias y falta de actividad física en adolescente con características de la familia y aspectos sociodemográficos. De manera secundaria, si estas conductas influyen sobre el estado de salud y su riesgo cardiovascular. Con un tipo de estudio transversal analítico, una muestra de 993 estudiantes y una edad promedio de 17 años determinó que: las conductas sedentarias y la falta de actividad física están más determinadas por factores sociodemográficos que por aspectos familiares. Con respecto a la medición del índice de masa corporal (IMC), casi la mitad de los adolescentes tuvieron un estado nutricional inadecuado caracterizado por: bajo peso, sobrepeso u obesidad. Por otro lado, los resultados de la medición de la circunferencia de la cintura revelaron que una importante proporción de adolescentes presenta riesgo cardiovascular. Así mismo, respecto al grado de actividad física, el 66,3 % de los adolescentes de la muestra tenían un nivel de actividad física menor al recomendado, es decir, menos de 3 días a la semana, y menos de una hora. Cuando se

evaluó el tiempo que los adolescentes invierten en estar inactivos viendo televisión, navegando en internet y en video juegos, más de la mitad de la muestra de los adolescentes reportó dedicarse a este tipo de actividad más de 2 horas diarias (2).

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

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. La finalidad de este ensayo fue 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. Utilizando el cuestionario Escala de Conductas de Riesgo en Adolescentes (ECRA), auto-aplicado y confidencial se evaluaron algunas conductas de riesgo por 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. Dentro de las sustancias lícitas, las prevalencias de consumo más altas corresponden a tabaco: 57.5% para Chile y 38.7% para México, seguida por la ingesta de alcohol 64.3% y 54.1% respectivamente. Adicionalmente, el análisis de consumo de sustancias ilícitas muestra que la utilización de marihuana es de 24.1% en los adolescentes chilenos y de 4.8% en los mexicanos. También, 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%, respectivamente. El 6.2% de los adolescentes chilenos y 3.6% de adolescentes mexicanos se sienten extremadamente desesperados, descorazonados. En cuanto al inicio de la actividad sexual observamos que 14.9% de los adolescentes mexicanos y 43.5% de los chilenos declaran haber tenido relaciones sexuales a edades tempranas. Por lo tanto, existe alta prevalencia de conductas de riesgo como consumo de alcohol, drogas y actividad sexual precoz en adolescentes chilenos y mexicanos. Del mismo modo se declaró importante 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 (9).

2.2. Marco Contextual

El presente trabajo de investigación se realizó en la Unidad Educativa La Salle, Cantón Tulcán, provincia del Carchi, Ecuador.

2.2.1. Situación Geográfica

Tulcán capital de la provincia del Carchi, perteneciente a la zona 1 de Ecuador, Se encuentra ubicada en los Andes Septentrionales del Ecuador en la frontera con Colombia, a una altura de 2.980 msnm. La Unidad Educativa La Salle se ubica en el centro de la ciudad entre las calles 10 de agosto y Esmeraldas (10).

2.2.2. Unidad Educativa Hermano Miguel La Salle

La Unidad Educativa La Salle cuenta con estudiantes, docentes y personal administrativo y de servicio. La Unidad Educativa Fiscomisional La Salle tiene una orientación cristiana católica y se distingue por proporcionar a la niñez y juventud una educación integral en la que se busca desarrollar la cultura física, la formación científica de la mente y el sentido espiritual y trascendente de la vida. La comunidad de hermanos religiosos de San Juan Bautista de la Salle llega a la ciudad de Tulcán el 13 de abril de 1934. Los anhelos de los niños y jóvenes carchenses por conseguir la enseñanza y educación en una Institución de La Salle se hace realidad. Las autoridades contribuyen con dinero y de otros medios para la adaptación del local y compra del mobiliario escolar. Algunos ciudadanos ofrecieron sus predios agrícolas para colaborar con ello. El primer rector será el Hermano Víctor Castro; y uno de los que

más tiempo ha estado al frente del colegio fue el Hermano Alejandro Morán. Fue entonces que el 1 de octubre del año 1935 se crea la escuela Ordoñez Crespo, a cargo de la comunidad religiosa. Luego de algunos años, para 1950 se cambia el nombre de la institución por escuela Hno. Miguel La Salle. Con entusiasmo y sinceras demostraciones el pueblo expresa su hondo afecto, mediante la entrega de un generoso donativo económico para apoyar los gastos que requiere la construcción del nuevo edificio en la calle 10 de agosto y Esmeraldas. Para el año lectivo 1958-1959 se matricularon 217 estudiantes en la sección primaria y 44 en primer curso, y con ellos se fundó el colegio. A partir de entonces, desde el año 1958 hasta el año 1963 se crean desde el primero hasta el sexto curso con el bachillerato en humanidades modernas. Pero, desde el año 1974 hasta el año 1980 la institución pasa a ser Fisco misional y Mixta, se erradica el bachillerato en humanidades modernas y se crean el bachillerato en especialidades Filosófico Sociales, Físico Matemático y Químico Biólogo. Para el año 1981 se crea el jardín de infantes o primer año de básica. Desde entonces la institución siguió funcionando con normalidad hasta que en el año 2006 por orden el Ministerio de Educación y con resolución N° 028, el jardín, escuela y colegio pasan a ser Unidad Educativa Hermano Miguel La Salle, se terminan las especialidades y el bachillerato pasa a ser general unificado (BGU) (11).

En este año lectivo 2016 – 2017 la Unidad Educativa cuenta con 1197 estudiantes matriculados divididos de la siguiente manera: 577 estudiantes de primero a séptimo año de EGB, 309 estudiantes de octavo a décimo año de EGB, 117 estudiantes de primer año BGU, 97 estudiantes de segundo año BGU, 97 estudiantes de tercer año BGU, y 60 docentes incluido el personal administrativo y de servicios. La educación general básica en la Unidad Educativa se divide en: preparatoria, básica elemental, básica media y básica superior. Estos subniveles van desde 1° a 10° grado, con estudiantes que oscilan entre los 5 a 14 años de edad, respectivamente. Y el bachillerato general cuenta con primero, segundo y tercer año de bachillerato, donde hay estudiantes de entre 15 a 17 años de edad aproximadamente. Los estudiantes tienen una educación en consonancia con lo heredado por San Juan Bautista De La Salle y el Santo Hermano Miguel de las escuelas cristianas, con el fin de que sean capaces de

enfrentarse en un futuro a la vida universitaria, tanto en el ámbito profesional como en el ámbito humano (12).

2.2.3. Personal administrativo y de servicios

- a. **Rector:** Dr. Gustavo Cárdenas
- b. **Vicerrectora:** Lcda. Rosa Salazar
- c. **Inspector general:** Lcdo. Xavier del Valle
- d. **Coordinadora de sección básica:** Prof. Yolanda Revelo
- e. **Secretario general:** Lcdo. Antonio Mejía
- f. **Orientadora vocacional:** Lcda. Nancy Enríquez
- g. **Coordinador de pastoral juvenil:** Lcdo. Javier Bolaños

2.2.4. Misión y Visión de la Unidad Educativa

a. Misión

Los niños y niñas y jóvenes lasallistas reciben una formación integral basada en labores, con práctica de pensamiento crítico e innovador que les permite construir su futuro acorde a las demandas de nuestra sociedad actual (13).

b. Visión

Hasta el año 2020, estaremos fortalecidos en la fe, generando espacios de convivencia con la alegría de ser lasallista, tecnología de punta, logrando una educación crítica basada en valores, orden y disciplina, reglas claras y justas con énfasis en el aspecto académico e investigativo y docentes comprometidos en el labor educativa (13).

2.2.5. Valores de la Unidad Educativa

La Unidad Educativa Hermano Miguel La Salle de la cuenta con algunos valores como parte importante y fundamental para el desarrollo de sus acciones tanto educativas como formativas en los aspectos humanos y cristianos (14).

- a. **Perseverancia:** valor indispensable en el desarrollo de cada persona, permite seguir adelante a pesar de los obstáculos o dificultades que se presentan.
- b. **Disciplina:** conjunto de reglas y normas que sirven como guía de mejoramiento organizacional para todos los integrantes de la institución.
- c. **Responsabilidad:** actúa según el rol que se desempeña dentro y fuera de la institución de manera comprometida en las tareas y labores encomendadas.
- d. **Humildad:** mantener relaciones de fraternidad con equilibrio en base al dialogo, tolerancia y amor al prójimo.
- e. **Respeto:** aceptar a los demás tal y como son sin importar su condición, no solo a las personas, en su forma de ser y pensar, sino a toda la creación.

2.2.6. Proyectos estudiantiles en la Unidad Educativa

La Unidad Educativa cuenta con los siguientes proyectos estudiantiles, como parte de su formación creativa y humana, para el desarrollo de aptitudes y talentos (12):

- a. Títeres en acción
- b. Rescatando la Cultura Pasto a través de la cerámica
- c. Fotografía
- d. Gestión de riesgos y primeros auxilios 1 y 2

- e. Crear arte a través del reciclaje
- f. Elaboración de instrumentos musicales
- g. Plantas medicinales en el ecosistema del Carchi 1 y 2

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Adolescencia

Definir a la adolescencia como tal resulta complicado, y más aún, con el paso de los años; debido a múltiples factores y determinantes por las que atraviesa este grupo en particular y por las circunstancias que rodean a los muchachos. A continuación tenemos algunas definiciones de organizaciones que se encargan de estudiar al grupo adolescente, al igual que a otros grupos etarios:

Según la OMS define a la adolescencia como: el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (15).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia por sus siglas en inglés UNICEF dice que: definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Primero, se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema (16).

Los autores Nicolson y Ayers mencionan lo siguiente: la adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Es un período de desarrollo biológico, social, emocional y cognitivo. Por regla general, se considera que comienza, aproximadamente, entre los 10 y 13 años y termina entre los 18 y 22 años. Suele dividirse en adolescencia temprana y tardía (17).

De acuerdo a todo lo mencionado anteriormente vemos que el cuerpo del joven individuo florece en todas direcciones al mismo tiempo, por ejemplo, en términos intelectuales pueden sentir que de pronto ya son adultos o, a medida que dominan temas más demandantes en la educación media y en el bachillerato. Se espera que actúen como si ya lo fueran; y se espera que comiencen a pensar con seriedad acerca de lo que les espera más adelante, cuando abandonen la educación media superior (18). Esta es una transición que no siempre tiene lugar de forma armónica y sosegada, pues al contrario, la evolución puede resultar traumática, por cuanto los chicos empiezan a experimentar cambios, más o menos bruscos y difíciles de asimilar. Entre los 12 y 18 años se producen las transformaciones más señaladas. El cuerpo se desarrolla, crece y va adquiriendo el aspecto del adulto, mientras la personalidad va terminando de configurarse, se descubre la sexualidad genital y el deseo de independencia se muestra como una rebeldía necesaria, que incita al menor a buscar su identidad (19).

Recién en el siglo XX la adolescencia fue definida como una etapa diferenciada de la vida en el mundo occidental. En la actualidad, se ha convertido en un fenómeno global y en casi todo el mundo, la entrada a la edad adulta insume mayor tiempo y es menos clara que en el pasado. Se ha hecho evidente que la pubertad inicia más temprano que antes y el adoptar una vocación ocurre más tarde, por lo que, se requieren periodos más largos de educación o entrenamiento vocacional como una preparación para las responsabilidades de la adultez (20).

2.3.2. El cerebro del adolescente

No hace mucho tiempo, la mayoría de científicos creían que el cerebro había madurado por completo al llegar a la pubertad. Sin embargo, estudios actuales de imagenología revelan que el desarrollo del cerebro del adolescente todavía está en proceso, pues entre la pubertad y la adultez temprana se dan cambios espectaculares en la estructura del cerebro que están involucradas con las emociones, el juicio, la organización de la conducta y el autocontrol. La toma de riesgos parece resultar de la interacción de dos redes cerebrales: una red socioemocional que es sensible a estímulos sociales y emocionales, como la influencia de los pares, y otra red de control cognoscitivo que regula las respuestas a los estímulos. La red socioemocional incrementa su actividad en la pubertad, mientras que la red del control cognoscitivo madura de manera más gradual hacia la adultez temprana. Dichos hallazgos pueden explicar la tendencia de los adolescentes a mostrar arrebatos emocionales, exponerse a conductas de riesgo, que la mayoría de veces se hacen en grupo de semejantes (20).

2.3.3. Factores de riesgo en los adolescentes

Primero hay que definir el concepto de asunción de riesgo. Hay tres categorías de conductos de riesgo. Primero, las dirigidas en busca de emociones. La realizan adolescentes y adultos pero los adolescentes con mayor frecuencia y menor conciencia de sus limitaciones y del alcance del riesgo. Segundo, las controladas por la audiencia, es decir, aquellas que permiten alcanzar una posición social y la aceptación del grupo. Y tercero, las conductas irresponsables que llevan a cabo para alcanzar una meta sin conciencia de las consecuencias (21). Dentro de estos factores de riesgo, los mismos que repercuten y tienen una alta probabilidad de causar daño o reacciones no deseadas en los adolescentes tenemos los siguientes:

- a. Crecer en medio de familias disfuncionales.
- b. La deserción escolar.
- c. Las influencias de los medios de comunicación y nuevas tecnologías.
- d. El peso que influyen los pares o grupo de amigos.

- e. Los accidentes de tránsito, laborales, etc.
- f. Consumo de alcohol, drogas y tabaco.
- g. Enfermedades de transmisión sexual.
- h. Embarazos no deseados.
- i. Desigualdad de oportunidades en relación al acceso a los sistemas de su país.
- j. Condiciones ambientales insalubres, de marginación e inseguridad.

2.3.4. Factores protectores de la salud de los adolescentes.

Los factores protectores de la salud son determinadas circunstancias, características y atributos que facilitan el logro de la salud y una mejor calidad de vida en los adolescentes, con un mejor desarrollo y bienestar social. De hecho, los efectos positivos de los factores protectores deben ser considerados durante todo el ciclo vital del individuo. Dichos factores son susceptibles de modificarse y no ocurren de modo espontáneo (22). En relación con el grupo adolescente se han determinado los siguientes factores protectores:

- a. Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos funcionales en el hogar.
- b. Políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de los adolescentes con acciones concretas que la salud integral, el desarrollo normal y el bienestar.
- c. Desarrollo de ambientes saludables y seguros para ambos sexos.
- d. Promoción del autocuidados en ambos sexos.
- e. Igualdad de oportunidades que satisfagan el acceso a la salud, la educación y práctica del tiempo libre.
- f. Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
- g. Posibilidad de elaborar proyectos de vida en congruencia con una escala de valores sociales y morales apropiados.
- h. Promoción de mecanismos que permitan la identificación de situaciones traumáticas o de estrés; tanto endógenas como exógenas que amenacen el bienestar integral de los adolescentes y posteriormente ayudarlos a su recuperación.

2.3.5. Hábitos nocivos

a. Consumo de alcohol

Se considera que el alcohol es una sustancia depresiva que disminuye el funcionamiento del sistema nervioso. Dicha sustancia ingresa al organismo por el torrente sanguíneo, el estómago absorbe una porción y el intestino delgado el resto; al llegar al hígado se convierte en agua, dióxido de carbono y energía. Afecta al cerebro haciendo que el razonamiento sea deficiente y eliminando neuronas en el mismo, mientras más se beba más neuronas mueren (23).

El consumo de alcohol a edades tempranas constituye un serio problema contra el que es preciso actuar. La sociedad cada vez más tolerante frente a este fenómeno que viven los jóvenes abre una brecha, por la que es fácil caer en la experimentación precoz y en el consumo irresponsable, susceptible de convertirse en abusivo a largo plazo. En general, las bebidas alcohólicas entran en la vida de los adolescentes muy temprano, de modo que en casi todo el mundo; un 33 por ciento de varones y un 23 por ciento de mujeres experimentan la embriaguez antes de haber cumplido los 18 años. Según un estudio realizado en la ciudad de México, al menos 250.000 menores de edad refieren problemas por consumo excesivo de bebidas alcohólicas, de forma que el alcoholismo ocupa el cuarto lugar entre las 10 principales causas de discapacidad (19). Además, los adolescentes son más vulnerables que los adultos a los efectos negativos del alcohol, inmediatos y a largo plazo, sobre el aprendizaje y la memoria. En un estudio, jóvenes de 15 y 16 años que consumían alcohol en exceso y que dejaron de beber, semanas después mostraron problemas cognoscitivos en comparación con sus pares que no abusaban del alcohol (20). Beber se ha hecho parte de la vida y especialmente de la diversión. Esta es la manera en como el mundo lo ha socializado a través de los años. La población joven es heredera de la pautas de los adultos, incluso del uso del alcohol para festejar o celebrar. Incluso el uso del mismo en las noches, cuando los

adolescentes toman actitudes eruptivas e impulsivas, siendo estas últimas parte de su esencia (24).

El adolescente busca el alcohol como una forma de escape por razones como: sentirse bien y divertirse, descansar y olvidar el estrés que tienen por problemas, escapando así de la realidad. De hecho, muchos adolescentes encuentran agradable el sabor de esta bebida y refieren sentirse más a gusto en reuniones donde se consume alcohol. Finalmente quedan quienes lastimosamente ya se han acostumbrado y lo han tomado como un hábito solo con la finalidad de emborracharse (23). Por obvias razones el uso y sobre todo el abuso de esta sustancia va a provocar efectos de tipo problema presentándose unos a corto plazo y otro a largo plazo, como los siguientes:

- a. Lesiones y muertes por conducir bajo los efectos del alcohol.
- b. Relaciones sexuales sin protección y embarazos no deseados.
- c. Trastornos digestivos como: náuseas, diarreas, cánceres de colon, recto y estómago, lesiones en el hígado, cirrosis, pancreatitis y trastornos cardiovasculares.
- d. Problemas neurológicos y psiquiátricos como la depresión, ansiedad, insomnio entre algunos.
- e. Conflictos dentro de la familia, adolescentes maltratadores.
- f. Fracaso escolar por la preferencia del consumo y deterioro de la atención, la concentración y la memoria.
- g. Conflictos y malas relaciones con profesores y compañeros.
- h. Sanciones y multas por conducir vehículos bajo la influencia del alcohol.
- i. Arrestos o detenciones por participar en peleas o agresiones.

b. Consumo de cigarrillo

De acuerdo a estudios realizados la iniciación al tabaquismo en el adolescente se produce en una serie de cuatro fases que presenta una secuencia de comportamientos repetitivos y que llevan a convertirlo en fumador habitual. La primera etapa muestra a un chico con ciertos conocimientos sobre el tabaco, lo que mira en su familia, el resto de gente y la publicidad. Todo esto hace nacer en el adolescente el deseo de encender un cigarrillo, sostenerlo entre sus dedos e inhalar el humo. La segunda etapa sería una prueba inicial, un momento cargado de tensión, de secreto y preparativos llevado a cabo en compañía y apoyo de algún o algunos amigos. Suele estar unido a esto la idea excitante de estar haciendo algo indebido o reservado solo para los mayores. Viene entonces la tercera etapa, la experimentación. Tras varios ensayos y arrastrados por el grupo se realiza la actividad en la primeras y posteriores salidas nocturnas del fin de semana, cuando y donde existe más posibilidad de contacto con el tabaco. Y por último está la fase de consolidación del hábito nocivo, basada en la repetición del patrón de consumo, que incide en la tolerancia a la nicotina, con la consecuente necesidad de fumar y no poder prescindir de los cigarrillos (26).

La nicotina debe su nombre a Jean Nicot, quien introdujo el tabaco o cigarrillo en Francia en 1560 creyendo que poseía propiedades terapéuticas y curativas. Esta molécula es la protección natural de la planta de tabaco para no ser comida por insectos o animales. La vida media de la nicotina en el organismo varía entre 30 minutos a 2 horas. Siendo un alcaloide de la misma familia que la cocaína, morfina y heroína, incoloro en su forma líquida, se vuelve marrón si se expone al aire y posee sabor amargo. Este componente es el que produce adicción en los fumadores por una mayor liberación de noradrenalina, acetilcolina y dopamina, neurotransmisores que incrementan el estado de ánimo y lo impulsos (27).

Entre los factores por los que el adolescente empieza a fumar destacan los sociodemográficos, medioambientales, conductuales y personales; destaca, a nivel

familiar, que el riesgo de iniciarse en el consumo va en aumento según fume el padre (10 %), la madre (25 %), ambos (50 %) y más del 50 % si fuma el hermano mayor o su mejor amigo (25). A continuación se detallan los factores de riesgo para adoptar el hábito nocivo de fumar:

- a. Familia con nivel social y económico bajo.
- b. Factores medioambientales.
- c. Accesibilidad y disponibilidad de tabaco.
- d. Percepción distorsionada sobre uso generalizado del tabaco.
- e. Consumo por padres y hermanos y permisividad familiar con el tabaco.
- f. Falta de apoyo paterno y materno.
- g. Problemática de la adolescencia.
- h. Factores conductuales.
- i. Falta de habilidades para resistir presiones.
- j. Experimentación con tabaco.
- k. Baja autoestima.

Cada vez se torna más complicado controlar una enfermedad como el tabaquismo, que afecta a 1100 millones de personas en el mundo los cuales son fumadores activos. Además, según estimaciones de la OMS también al 50 % de los niños, unos 700 millones respiran aire polucionado del humo de tabaco en sus hogares. El tabaquismo es un factor de riesgo que afecta a todas las etapas de la vida, incluso antes: a nivel preconcepcional, intraútero, en el recién nacido, lactante, escolar, preadolescente, adolescente y edad adulta. Abordar el problema del tabaquismo conlleva grandes beneficios todas las etapas de la vida, en especial para la adolescencia que fácilmente gusta de probar y exponerse al riesgo (25).

c. Consumo de drogas

Emilio Fernández profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla menciona que droga: es toda sustancia natural o sintética que es capaz de producir adicción, es decir, que produce una necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumirla para experimentar la recompensa que produce, que puede ser sensación de placer, euforia, alivio de tensión y otras que gustan a los adolescentes. Es por ello muy comprensible, que muchos padres no comprendan por qué sus hijos se vuelven adictos a las drogas, por qué sus niños o adolescentes presentan una búsqueda y uso compulsivo por estas sustancias a pesar de las consecuencias nocivas para ellos mismos y las personas que los rodean (28).

El consumo de sustancias, considerado en un tiempo como un problema propio de los adultos, se intensificó entre los adolescentes y muchas veces, entre los niños. Esta situación se introduce en estratos que sobrepasan al individuo y al contexto familiar, adquiriendo dimensiones que bien pueden enfocarse desde la perspectiva sociológica; se trata de un problema con carácter estructural e implica la relativa ilegitimidad estatal, una evidente debilidad gubernamental, la expansiva criminalidad profesional y ocasional. De hecho, preguntarse, por qué los adolescentes consumen sustancias adictivas en edades cada vez menores, puede tener una explicación basada en la teoría del aprendizaje social y cognitivo como la exposición a otras personas que fuman, beben o consumen otras drogas, influye en la actitud de niños hacia las mismas, incrementando la probabilidad de experimentar con drogas más fuertes (29).

Aunque la mayoría de adolescentes no abusan de las drogas, existe una minoría importante que si lo hace y esto implica un uso que puede dar lugar a dependencia o adicción de las mismas, la cual puede ser fisiológica, psicológica o ambas y es muy probable que continúe en la adultez. Las drogas adictivas son en especial peligrosas para los jóvenes porque estimulan partes del cerebro que continúan en desarrollo (20). Considerando que los niños y adolescentes están en una etapa de desarrollo, las

adicciones influyen directamente sobre el sistema nervioso central que, como consecuencia, impide el aprovechamiento de las capacidades mentales y esto por lo general se refleja en el rendimiento intelectual (29).

Según los especialistas, entre los factores de riesgo para el consumo de drogas, tienen un lugar destacado la desintegración de las familias y la falta de acciones por parte de cada estado. Muchas veces las primeras ejercen poco control sobre sus hijos, en tanto que el área estatal les ofrece pocas oportunidades de inserción saludable. Se habla, entonces, del trinomio ocio, mercado y dimisión parental estatal, que conspira contra la salud psicofísica de los jóvenes, mientras empresas de todo tipo buscan captar a los adolescentes con fines de ganancia comercial. El nivel de atención por parte de los padres sigue siendo un factor de riesgo y protección fuertemente asociado al consumo de drogas. Los estudiantes cuyos padres tienen actitudes de mayor atención y cuidado respecto de la vida de sus hijos, tienen una tasa de consumo de drogas ilegales del 4,4% frente al 52,7% de los hijos de padres que tienen actitudes de menor atención y cuidado. Y a medida que la protección aumenta, el consumo disminuye (30).

d. Sedentarismo y ocio

El sedentarismo puede definirse como la falta de una actividad física habitual y apropiada para la edad, el sexo y la condición física previa de cada individuo, desarrollada con cierta frecuencia, sea esta diaria, semanal o mensual. El ser humano es un animal eminentemente social. Por eso, nos cuesta mucho desagregar los determinantes biológicos, de su conducta, de los condicionantes sociales. Si estamos solos, comemos menos que si estamos acompañados. Si tenemos variedad de alimentos, comemos más que si hay de un solo tipo. Si de niños nos insisten en que se debe comer todo lo que hay en el plato, aprendemos a desconocer las señales biológicas de la saciedad, señales, por otro lado, que de por sí no son muy intensas. Paralelo a esto, la disminución de la actividad física propia del sedentarismo despierta una sensación de letargo que, tarde o temprano, nos lleva al aislamiento y,

eventualmente, a la depresión. Asimismo, favorece disminuciones físicas: se reduce la capacidad aeróbica, el cansancio se alcanza más rápido, la capacidad de metabolizar los alimentos se vuelve más lenta y deficiente porque el cuerpo prioriza generar tejido de reserva, aparecen desbalances hormonales en la producción de insulina o de hormonas tiroideas en su mayoría (31).

Como promedio, la juventud dispone de 25 horas a la semana para su ocio, siendo una de cada tres personas jóvenes las que superan este tiempo exclusivo. Por lo tanto, la juventud, especialmente entre los 15 y 20 años cuenta con más tiempo de ocio que las personas adultas y es en este espacio donde las y los jóvenes centran su interés. Es en el tiempo de ocio donde pueden sentirse realizados y afianzan su identidad personal y colectiva a través del aprendizaje y el tránsito por un proceso condicionado socialmente a través de la cultura. Se ha determinado entonces que la actividad que la población escolar realiza a diario con más frecuencia es ver la televisión y escuchar música, así como utilizar redes sociales. Mientras la primera actividad escogida aparece de forma recurrente a lo largo de los últimos años, la segunda es la manifestación de un fenómeno que ha ido arraigándose de forma paulatina en el proceso de socialización adolescente. Tanto es así que el número de personas que hacen uso de redes sociales con una frecuencia diaria se ha duplicado (32).

2.3.6. La conducta de los adolescentes asociada al riesgo

Otro de los temas que expresan bien las patologías de la época y que muestran un conjunto de prácticas enajenadas de los adolescentes, son las conductas de riesgo. Las conductas de riesgo de adolescentes y jóvenes producen cada vez más interés, ya que en realidad estas conductas son formas de externalizar problemas internos tales como depresiones, angustias, temores, vivencias de maltratos y abusos. El concepto de riesgo en la fase adolescente y juvenil se caracteriza como la posibilidad de que las conductas o situaciones específicas conduzcan a daños en el desarrollo que pueden afectar tanto el conjunto de sus potencialidades como el deterioro de su salud. En otras palabras,

muchas de las conductas de riesgo que asumen los jóvenes pueden incidir negativamente en su vida futura y no solo consistir en un problema momentáneo (33).

Los estudios socio sanitarios de las conductas de riesgo adolescente muestran como una característica propia de este grupo, que los factores que los llevan a la morbimortalidad son tomados por ellos mismos al efectuar conductas riesgosas. Las estadísticas de varios países muestran que la conducta de riesgo adolescente más importante son los accidentes de tránsito, que es la principal fuente de daños en el desarrollo. Le siguen en orden de importancia los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, la drogadicción y los comportamientos delictivos. En cuanto a las conductas de riesgo, las relaciones sexuales, particularmente precoces, sin protección y con múltiples acompañantes; el consumo excesivo de alcohol y otras drogas, la conducción de vehículos a edad temprana y sin elementos de protección, las peleas físicas y el uso de armas (33).

2.3.7. Hábitos saludables

a. Actividad Física

La actividad física puede definirse como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que tiene como resultado un gasto energético que se añade al del metabolismo basal. Se habla de ejercicio físico cuando la actividad física es planificada, estructurada y repetitiva y tiene por objeto la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la forma física relacionados con la salud: resistencia cardiorrespiratoria, resistencia y fuerza muscular, composición corporal y flexibilidad (34). El ejercicio físico más o menos regular, nos equilibra frente a esta cultura de la comodidad, del reposo y del sedentarismo. Es una manera de llenar el tiempo de ocio e indispensable para lograr un cuerpo esbelto y mantenerse en forma. El ejercicio físico es placentero, proporciona bienestar, mejora el estado de ánimo y la autoestima, reduce el estrés y la ansiedad, estimula la sexualidad y contribuye a prevenir determinadas enfermedades: la obesidad, la osteoporosis y las enfermedades reumáticas. La práctica

de ejercicio físico debe ser una constante en la vida del ser humano. Los efectos beneficiosos del ejercicio en la infancia y la adolescencia para la salud física y psicológica han sido bien documentados desde hace años. Algunos estudios de psicología mencionan que la actividad física mejora el autoconcepto, la autoestima, los estados de ánimo, la depresión y la ansiedad (35). Llevar un estilo de vida saludable y activo es esencial para cualquier persona: caminar hasta el colegio o lugar del trabajo, subir escaleras en vez de tomar las escaleras mecánicas o el ascensor, hacer ejercicio o practicar un deporte como correr, nadar o jugar fútbol no deberían ser modas pasajeras o actividades casuales sino hábitos en nuestras vidas (36).

El ejercicio también disminuye la probabilidad de que el adolescente participe en conductas de riesgo. De hecho, la actividad física moderada ofrece beneficios para la salud si se realiza con regularidad por lo menos 30 minutos al día. Un estilo de vida sedentario puede tener como resultado un mayor riesgo de problemas de obesidad y diabetes tipo II, dos patologías cada vez más comunes entre los adolescentes (20). Hoy sabemos que el sedentarismo determina un riesgo para la salud y que la principal herramienta con la que contamos para evitarlo es la práctica de la actividad física. En ese sentido, cada vez contamos con mayor evidencia científica que demuestra los enormes beneficios de la actividad física para nuestra salud (37).

b. Alimentación saludable

Según define el Código Alimentario Español (CAE) se entiende por alimento toda sustancia o producto de cualquier naturaleza, sólido o líquido, natural o transformado, que por sus características, aplicaciones, componentes, preparación y estado de conservación, sea susceptible de ser habitual e idóneamente utilizado para la alimentación y nutrición humana. Los nutrientes son sustancias esenciales para un correcto funcionamiento del organismo y mantenimiento de la salud. Dado que el organismo no puede sintetizarlos, deben ser aportados por la dieta a través de los alimentos (38).

La manera como se evalúa el crecimiento normal de 0 a 18 años de edad es por medio de las curvas de crecimiento establecidas por la Organización Mundial de la Salud, que toma en cuenta la edad, la estatura y el género. El cálculo es sencillo: se comienza por valorar el índice de masa corporal (IMC), que consiste en dividir el peso corporal en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado (39). Además, la alimentación humana es mixta u omnívora, esto quiere decir que está constituida por alimentos diversos de origen animal, vegetal y mineral lo cual nos proporciona energía y nutrientes indispensables para nuestra subsistencia. Una incorporación deficiente de nutrientes puede ocasionar distintos tipos de trastornos orgánicos que, con el tiempo, se transforman en enfermedades y en algunos casos, en desnutrición. Es importante completar una rutina de cuatro comidas diarias: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Esto es aconsejado por médicos y nutricionistas para llevar una vida saludable (40).

2.3.8. Enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes en la adolescencia

a. Diabetes Mellitus tipo 2

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se consideró durante mucho tiempo como una enfermedad exclusiva de los adultos, entre los cuales es la forma más prevalente de diabetes; sin embargo, en los últimos 10 años se ha documentado una prevalencia claramente ascendente en la población infantil de diferentes grupos étnicos. La diabetes tipo 2 en niños y adolescentes, al igual que en los adultos, suele ser asintomática en los estadios tempranos, lo que puede retardar su diagnóstico, sobre todo si no se tiene en cuenta la posibilidad de que esta enfermedad ocurra en los niños y adolescentes. La mayoría de los niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 2 tienen sobrepeso o son obesos y no presentan manifestaciones clínicas relevantes, de manera que el diagnóstico en estos casos se establece de manera incidental, como parte de alguna medición casual de la glucosa sérica. Al igual que el tratamiento de la diabetes tipo 2 en el adulto, la parte más importante del tratamiento en los niños y

adolescentes debe tener como objetivo la reducción del peso y la promoción de la actividad física cotidiana (41). El mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en niños y adolescentes obesos puede deberse al aumento en la resistencia a la insulina (RI) que se observa en estos pacientes, pues la base fisiopatológica de este tipo de diabetes implica que este fenómeno biológico se acompañe de una reducción absoluta o relativa en la secreción de insulina (42).

b. Obesidad y sobrepeso

Sobrepeso es el aumento de hasta el 20% por encima del peso normal para niños y adolescentes de la misma edad y estatura; mientras que la obesidad es el aumento por encima del 20% del peso normal para niños y adolescentes de la misma edad y estatura. Y finalmente, la obesidad mórbida es el aumento del 100% o más del peso normal para niños y adolescentes de la misma edad y estatura. En las últimas décadas los hábitos alimenticios de la población han cambiado, y con frecuencia la cantidad de la comida ingerida excede las necesidades energéticas individuales. Constantemente las personas desequilibran su alimentación cuando, por ejemplo, ingieren alimentos de manera informal entre comidas, cuando beben uno o más refrescos azucarados, cuando llenan hasta el tope el plato, cuando la comida tiene un exceso de grasa, azúcar o sal, o bien, cuando comen aún sin sentir hambre. Con todo esto se causa un desequilibrio en el organismo, así que puede decirse que se come de manera inadecuada. La dieta es cada vez más alta en azúcares y grasas, y los estudios demuestran que por ejemplo los lípidos se depositan en la pared de los vasos arteriales y con el tiempo pueden obstruir la circulación de la sangre, como si fuera sarro en un tubo; esto puede tener consecuencias graves, como la falta de circulación en el corazón o en el cerebro (39).

2.3.9. Trastornos de la conducta alimentaria

a. Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno alimenticio de origen emocional caracterizado por la obsesión respecto a la alimentación y al peso. Generalmente las personas que lo padecen sienten que están excedidas en el peso, se sienten disconformes con su imagen corporal y realizan un esfuerzo autoagresivo y desmesurado por bajar de peso. La persona con este trastorno de la alimentación manifiesta una apariencia delgada y débil. Suele tener sensaciones de frío aun cuando hace calor. Su concentración y percepción se encuentra disminuida. Las estadísticas acusan que entre el 5 y el 10% de las personas con anorexia nerviosa mueren debido a los problemas que le ocasionan la malnutrición (33).

Los principales síntomas de la anorexia son: rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo adecuado para la estatura, llegando a situaciones de delgadez extrema. Miedo intenso a engordar, incluso cuando el peso es muy bajo. Sensación de estar gordo en general o en algunas partes del cuerpo, como nalgas, muslos, abdomen. Tienen una percepción de su cuerpo que no es real. Aunque estén realmente delgados, su espejo les dice que siguen estando gordos. Aparecen otro tipo de problemas físicos que acompañan a la desnutrición, en el caso de las mujeres, la retirada o el retraso de la menstruación. Ejercicio físico excesivo. Conducta alimentaria extraña: come de pie, corta los alimentos en pequeños trozos. Incremento de las horas de estudios y disminución de las de sueño (40).

b. Bulimia

La bulimia es un desorden alimentario caracterizado por la ingesta desmedida de alimentos, de atracones hipercalóricos, seguidos de conductas purgativas o

extenuantes ejercicios físicos. El sujeto bulímico se caracteriza por manifestar episodios de ingesta compulsiva de alimentos altamente calóricos generalmente carbohidratos en un breve período de tiempo, para luego recurrir al vómito con la finalidad de eliminarlos. Los episodios pueden suceder varias veces al día, tiene lugar en forma secreta, con frecuencia en horarios de tarde o noche. Como vía de eliminación de los alimentos ingeridos se suele recurrir al uso de laxantes, diuréticos, enemas, anfetaminas e, incluso, al ayuno como modo de compensación de este descontrol en la conducta alimenticia (33). El peso del bulímico se halla por debajo de lo normal. Presentan síntomas como depresión, ejercicio físico excesivo, sentimiento o sensación de descontrol, dolor estomacal permanente, daño en el estómago, daño en los riñones, erosión del esmalte dental; agrandamiento de las glándulas salivales de las mejillas debido a los vómitos frecuentes. Algo común entre las chicas es la pérdida o ausencia de menstruación; y pérdida de potasio y más minerales lo que puede desencadenar problemas cardíacos e incluso la muerte. La edad de ocurrencia de este fenómeno es entre los 15 y los 20 años, observándose con mayor incidencia en adolescentes púberes. El sujeto bulímico se siente impulsado a consumir desordenadamente y en demasía alimentos; lo cual le produce sentimientos de culpa y de autoreproche que lo llevan a desencadenar el episodio purgativo. Luego del cual siente vergüenza y culpa (17).

2.3.10. La salud mental en los adolescentes

La salud mental se entiende como un desenlace positivo, sinónimo de bienestar. Se propone que esta condición se determina por un rango amplio de resultados a nivel individual, comunitario y social. Así, un grado bajo de salud mental contribuye a la generación de problemas de salud y problemas socioeconómicos, tales como una elevada morbimortalidad física, reducido logro educativo, escaso desempeño laboral y de productividad, mayor incidencia de adicciones, alta criminalidad y baja cohesión social y comunitaria. En países latinos se reportan altos niveles de trastornos emocionales en población adolescente, observándose que 1 de cada 11 adolescentes

presenta algún trastorno mental serio que en su mayoría no reciben la debida importancia ni mucho menos un tratamiento. Encontramos entre ellos trastornos de ansiedad en su mayoría, seguidos de fobias específicas y fobia social, trastornos de ánimo, control de impulsos y, por último, del consumo de sustancias (43).

En realidad muchas personas pueden experimentar stress y desequilibrios emocionales en distintos momentos de su vida. Entre los adolescentes esta problemática se hace presente frente a una situación peligrosa, difícil o dolorosa ante la cual muchas veces no tienen recursos para abordarla. Por otra parte, debemos tener en cuenta que las características de esta situación variarán de una persona a otra, ya que cada cual definirá como estresante a una situación de acuerdo a sus vivencias personales o situaciones vividas. También influirán en esto la percepción que hayan tenido sus propios padres, durante sus primeros años de vida, frente a situaciones similares. De este modo, si durante su infancia sus padres han reaccionado con seguridad frente a situaciones peligrosas, seguramente el joven, en su adolescencia, contará con la fuerza interna necesaria para afrontar sus experiencias actuales. Algunas causas de stress para los adolescentes son: los problemas y frustraciones de la escuela, los pensamientos y sentimientos negativos sobre sí mismos, los cambios en sus cuerpos, los problemas con sus amigos, el vivir en un ambiente violento o poco seguro, la separación o divorcio de sus padres, una enfermedad crónica o problemas severos en la familia, la muerte de un ser querido, el mudarse o cambiar de escuela, el llevar a cabo demasiadas actividades o el tener exigencias de su medio familiar demasiado elevadas como podrían ser los problemas financieros de la familia entre muchos otros (40).

Algo que se ha hecho muy común entre los adolescentes y que los padres o tutores lo pueden notar con facilidad es la privación del sueño entre los jóvenes, que se ha convertido en una epidemia verdadera. De acuerdo con esto, un buen porcentaje de adolescentes no duermen lo suficiente, especialmente los varones, y muchos otros refieren sentirse adormilados casi todos los días. A medida que los niños crecen suelen ir a la cama más tarde y de forma especial duermen menos los días que concurren al

colegio. El adolescente promedio que a los nueve años dormía más de 10 horas por la noche, a los 16 años duerme menos de 6 horas, pero en realidad los adolescentes necesitan tanto sueño o más que cuando eran más jóvenes; y dormir bien los fines de semana no compensa la pérdida de sueño durante la semana escolar. Esta privación del sueño puede minar la motivación y ocasionar irritabilidad, afectar la concentración y el desempeño escolar (20).

2.3.11. Promoción de la salud

La promoción de la salud es un concepto amplio y relativamente reciente. Engloba una serie de acciones de la población, de los servicios de salud y otros servicios sociales, con la finalidad de mejorar la salud individual y colectiva de la población; se sitúa en un nuevo paradigma de salud que considera la satisfacción de las necesidades básicas de la persona, como son: alimentación, vivienda, cobertura social, y también otras aspiraciones nobles del ser humano como la justicia social, la paz, calidad de vida y equidad. La OMS, en la Conferencia de Ottawa (1986) la define como: los procesos que favorecen el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia salud. El sentido de salud positiva se considera como un referente importante en la autogestión de la propia salud, tanto individual como colectiva; se hace especial énfasis en el sentido holístico de la salud como referente de acciones dirigidas no solo al desarrollo de las capacidades de los individuos sino también a favorecer cambios ambientales, sociales y económicos en relación con la salud. Pese a esto los avances científicos y tecnológicos conseguidos durante los últimos años no han conseguido hacer frente a las llamadas enfermedades del progreso. Entre estas enfermedades de la civilización tenemos: el cáncer por causas ambientales, los fallecimientos relacionados con el hábito de fumar, el alcoholismo, los accidentes de circulación, laborales y del hogar, la drogadicción y uso abusivo de medicinas, las enfermedades mentales y el SIDA. Todas ellas están claramente asociadas a los estilos de vida y a los factores medioambientales (44).

2.3.12. Educación para la salud

La Organización Mundial de la Salud definió el término educación para la salud como: cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten. La educación para la salud es una herramienta de salud pública a través de la que podemos facilitar cambios, crear corriente de opinión, establecer canales de comunicación y capacitar a individuos y a colectividades. Así su objetivo final será el cambio o modificación de los comportamientos nocivos y el refuerzo de estilos de vida saludables, y su eje fundamental es la comunicación (45).

La educación para la salud es una parte de la estrategia de promoción de salud basada en el fomento de estilos de vida saludables, que se representan en la conducta de los individuos en la utilización de conceptos y procedimientos saludables y hábitos, valores y normas de vida que generen actitudes favorables para la salud. Así aprender supone partir de lo que ya se sabe para adquirir un nuevo conocimiento, y lo interesante del aprendizaje es incorporar cosas importantes que ejerzan influencia trascendente sobre la propia conducta, es decir, cosas que influyan significativamente sobre el comportamiento (46). Ahora bien, en este sentido la educación para la salud se convierte en el principio por el cual las personas aprenden un comportamiento en relación a la promoción, el mantenimiento o la restauración de la salud, lo cual permite avanzar desde una mirada estrictamente sanitaria hacia una integral y holística, ya que cada individuo es responsable de su salud. Entonces, las unidades educativas junto con las familias y el personal de salud deben estar en alerta a la hora de inculcar valores, hábitos y costumbres saludables en la vida diaria, ante la aparición de posibles actuaciones, por parte de niños y adolescentes, de riesgo. Por ello, se hace necesario que se realicen actividades dirigidas a la formación e información de los jóvenes para concienciarlos de los posibles riesgos que corren a la hora de tomar decisiones sobre determinadas conductas, que pueden afectar de manera negativa a su salud, no de

forma temporal sino a lo largo de toda su vida. A través de la educación para la salud, se facilitan a los jóvenes las actitudes y los hábitos esenciales para la promoción y defensa de la salud individual y colectiva y se intenta que se adopten estilos de vida lo más sanos posibles (47).

2.3.13. Prevención en salud

La sabiduría popular ha sintetizado en una frase lo que es una gran verdad científica: Es mejor prevenir que curar. La máxima también es válida en el terreno de la salud, en el cual la prevención economiza vidas, sufrimientos y gastos. En el campo sanitario la prevención se traduce en las medidas de higiene pública y privada, que dan como resultado un descenso de las tasas de mortalidad y morbilidad y producen un aumento de la expectativa y calidad de vida. Las instituciones educativas también debe jugar un papel en este sentido, generando espacios participativos de reflexión, en los que chicos y chicas se vean estimulados a opinar, cuestionar y preguntar sobre aquellos aspectos relacionados con su salud, ofreciéndoles información autorizada que ellos mismos pueden buscar; y en las respuestas a sus inquietudes por parte de los maestros y en base a las experiencias tanto laborales como personales que han adquirido a lo largo de sus vidas (40). Cada día hay más evidencia científica de que los comportamientos y los hábitos de vida condicionan, no solo la salud, sino la situación sanitaria de las poblaciones y los recursos a ellas destinados. Los estilos de vida se incluyen entre los factores que afectan a la salud de los individuos y sobre los cuales éstos tienen capacidad de control. Determinadas actitudes sobre estos factores tienen como resultado la contribución a un mayor nivel de enfermedad y muerte prematura. Por el contrario, la modificación de los hábitos nocivos aporta un efecto beneficioso sobre la calidad de vida de las personas (44).

La percepción del riesgo es una variable de gran relevancia para explicar el consumo o no de una sustancia psicoactiva en adolescentes. Las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitan las consecuencias

negativas. Si perciben que algo les va a acarrear dichas consecuencias negativas no lo harán. Por ello, la concepción que se tiene sobre las distintas drogas, que depende tanto del uso, como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia, influye en su consumo. En ocasiones puede haber sesgos sobre los efectos de las sustancias, en un sentido o en otro. Por ello es de gran relevancia proporcionar información correcta y tener siempre presente que el objetivo de una persona es tener las suficientes habilidades para enfrentarse adecuadamente al mundo circundante y tener una buena adaptación en el mismo. Es entonces necesario que las actividades dirigidas a prevenir el uso de sustancias centren parte de sus esfuerzos en desmitificar los supuestos resultados beneficiosos de consumir sustancias (24).

2.3.14. Proyecto Educativo Institucional

El Proyecto Educativo Institucional (PEI) es el instrumento de planificación estratégica participativa, que orienta la gestión de los procesos que se desarrollan al interior de una institución educativa, para propiciar un entorno favorable para el aprendizaje y buscar su mejora. Impulsado por el Ministerio de Educación del Ecuador y sustentado por la Ley Orgánica de Educación Intercultural. Este proyecto estructurado por componentes y elementos para su desarrollo en absolutamente todas las Unidades Educativas del país, ha de ser acogido en casa institución y desarrollado para una educación de calidad y calidez, como un mejor proceso de desarrollo del país (48). Tenemos así por ejemplo uno de los componentes que cabe la pena mencionar:

a. Componente de convivencia

Este componente considera las relaciones interpersonales basadas en acuerdos y compromisos para el desarrollo armónico de las actividades educativas dentro y fuera de la comunidad escolar, en el marco de una cultura de paz y beneficio mutuo al servicio de la comunidad. Se ha entregado aquí un código de convivencia que es un documento público construido por los miembros que conforman la institución

educativa para lograr convivencia armónica entre todos los actores educativos (autoridades, docentes, padres de familia o representantes y estudiantes). Se construye con la participación de la comunidad educativa para prevenir problemas y resolver conflictos a través de acuerdos y compromisos (49). Al cual se le debe dar un seguimiento mediante:

Primero: Asamblea de aula de estudiantes desde cuarto año de EGB, dirigidas por el tutor, una vez al mes.

Segundo: Círculos de estudio de docentes, una vez al mes con coordinador.

Tercero: Asamblea de madres, padres y representantes, mínimo dos veces al año, liderado por el representante de padres de familia y acompañado por el responsable del Departamento de Consejería Estudiantil.

Este instrumento nos da los 6 siguientes ámbitos de convivencia escolar sobre los cuales toda la Unidad Educativa debe trabajar:

- a. Respeto y responsabilidad por el cuidado y promoción de la salud.
- b. Respeto y cuidado del medio ambiente.
- c. Respeto y cuidado de los recursos materiales y bienes de la institución educativa.
- d. Respeto entre todos los actores de la comunidad educativa.
- e. Libertad con responsabilidad y participación democrática estudiantil.
- f. Respeto de la diversidad.

2.4. Marco Legal

Dentro del marco legal se ha de justificar el estudio con toda la base normativa y reglamentaria, estipulada por cada nación y por los organismos internacionales que buscan mejoras en cuanto a la salud mundial. Para el desarrollo del marco legal se ha tomado en cuenta la Constitución de la República del Ecuador del 2008, el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017 y la Ley Orgánica de Salud.

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador 2008

La Constitución de la República del Ecuador es la carta magna vigente en la República del Ecuador desde el año 2008. Es el fundamento y fuente de la autoridad jurídica que sustenta la existencia del Ecuador y de su gobierno. La supremacía de esta constitución la convierte en el texto principal dentro de la política ecuatoriana, y para la relación entre el gobierno con la ciudadanía (50). Dentro de la misma encontramos artículos que sustentan este estudio:

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

Nº 1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes (50).

Art.13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria (50).

Art. 24.- Las personas tienen derecho a la recreación y al esparcimiento, a la práctica del deporte y al tiempo libre (50).

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (50).

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria (50).

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

Nº 2. El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral (50).

Nº 5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo (50).

Art. 347.- Será responsabilidad del Estado:

Nº 5. Garantizar el respeto del desarrollo psicoevolutivo de los niños, niñas y adolescentes, en todo el proceso educativo (50).

Art.359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud;

abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social (50).

Art. 363.- El Estado será responsable de:

Nº 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario (50).

Art. 364.- Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales. El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco (50).

2.4.2. Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017

El 17 de febrero de 2013, el pueblo ecuatoriano eligió un programa de gobierno para que sea aplicado en la ciudadanía. Dicho programa tiene su reflejo inmediato en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, el cual representa una postura política muy definida y constituye la guía de gobierno que el país aspira tener y aplicar en los próximos cuatro años. El plan debe convertirse en un documento tan práctico como un mapa, con directrices muy claras para evitar que nos extraviemos en el camino (51).

Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población.

Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (51).

Política 3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas (51).

a. Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud.

e. Prevenir y combatir el consumo de tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas con énfasis en las mujeres en estado de gestación, niños, niñas y adolescentes.

f. Implementar acciones integrales para la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles o degenerativas de alta prioridad, y enfermedades evitables y desatendidas, por consumo de alimentos contaminados y por exposición a agroquímicos u otras sustancias tóxicas.

i. Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables.

Política 3.6. Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel

de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas (51).

f. Desarrollar e implementar mecanismos que permitan fomentar en la población una alimentación saludable, nutritiva y equilibrada para una vida sana y con menor riesgo de malnutrición y desórdenes alimenticios.

h. Normar, regular y controlar la preparación, la distribución y la comercialización de alimentos dentro de establecimientos públicos y privados que acogen a diferentes grupos de población, acorde a los requerimientos y estándares recomendados por la autoridad nacional en materia de salud y nutrición.

Política 3.7. Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población (51).

a. Masificar las actividades físicas y recreativas en la población, considerando sus condiciones físicas, del ciclo de vida, cultural, étnico y de género, así como sus necesidades y habilidades, para que ejerciten el cuerpo y la mente en el uso del tiempo libre.

b. Impulsar de forma incluyente la práctica de deportes y actividad física en el uso del tiempo libre.

2.4.3. Ley Orgánica de Salud

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un

derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (52).

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública (52):

5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información.

10. Emitir políticas y normas para regular y evitar el consumo del tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias que afectan la salud.

28. Diseñar en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura y otras organizaciones competentes, programas de promoción y educación para la salud, a ser aplicados en los establecimientos educativos estatales, privados, municipales y fiscomisionales.

Art. 11.- Los programas de estudio de establecimientos de educación pública, privada, municipales y fiscomisionales, en todos sus niveles y modalidades, incluirán contenidos que fomenten el conocimiento de los deberes y derechos en salud, hábitos y estilos de vida saludables, promuevan el auto cuidado, la igualdad de género, la corresponsabilidad personal, familiar y comunitaria para proteger

la salud y el ambiente, y desestimulen y prevengan conductas nocivas. La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura, vigilará que los establecimientos educativos públicos, privados, municipales y fiscomisionales, así como su personal, garanticen el cuidado, protección, salud mental y física de sus educandos (52).

Art. 38.- Declárase como problema de salud pública al consumo de tabaco y al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, así como al consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, fuera del ámbito terapéutico. Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con otros organismos competentes, adoptar medidas para evitar el consumo del tabaco y de bebidas alcohólicas, en todas sus formas, así como dotar a la población de un ambiente saludable, para promover y apoyar el abandono de estos hábitos perjudiciales para la salud humana, individual y colectiva. Los servicios de salud ejecutarán acciones de atención integral dirigidas a las personas afectadas por el consumo y exposición al humo del tabaco, el alcoholismo, o por el consumo nocivo de psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia (52).

Art. 171.- Es prohibida la venta de medicamentos que contengan sustancias psicotrópicas y estupefacientes que no cuenten con receta emitida por profesionales autorizados para prescribirlas. Cuando se requiera la prescripción y venta de medicamentos que contengan estas sustancias, se realizará conforme a las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional y la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (52).

2.4.4. Ley de sustancias estupefacientes y psicotrópicas

Art. 1.- Objetivo.- Esta Ley tiene como objetivo combatir y erradicar la producción, oferta, uso indebido y tráfico ilícito de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, para proteger a la comunidad de los peligros que dimanar de estas actividades. (53)

Art. 18.-Educación preventiva.- Los programas de todos los niveles y modalidades del sistema nacional de educación incluirán enfoques y metodologías pedagógicas que desarrollen la formación de una personalidad individual y una conciencia social orientadas a la prevención del uso indebido de sustancias sujetas a fiscalización. (53)

Art. 29.- Casos de menores y extranjeros.- Si quien hubiere sido encontrado bajo el influjo de sustancias sujetas a control fuere un menor de edad, será puesto de inmediato a órdenes del Juez de la Niñez y Adolescencia de la respectiva jurisdicción. (53)

Art. 31.- Tratamiento de menores de edad. Para el tratamiento de menores de edad se contará con el Juez de la Niñez y la Adolescencia de la respectiva jurisdicción. Las salas especializadas de menores de las cortes superiores y la Secretaría Ejecutiva del CONSEP coordinarán sus acciones para asegurar la debida protección de los menores de edad. (53)

2.5. Marco Ético

La ética rige en todo momento la moral de las personas y sus actos, respondiendo a una serie de normas de buena conducta. La ética en salud se refiere a las reglas según las cuales los profesionales de la salud deben regirse en su praxis diaria. La ética de la

salud debe permitir el acceso a la atención sanitaria para todos, en condiciones óptimas y sin discriminación. Para el desarrollo de este marco ético se han tomado en cuenta: el Código de Ética del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería, y el Código de la Niñez y Adolescencia.

2.5.1. Código de Ética

Artículo 3.- Valores (54)

Respeto: Todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que se respetará su dignidad y atenderá sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.

Inclusión: Se reconocerá que los grupos sociales son distintos, por lo tanto se valorará sus diferencias, trabajando con respeto y respondiendo a esas diferencias con equidad.

Vocación de servicio: La labor diaria se cumplirá con entrega incondicional y satisfacción.

Compromiso: Invertir al máximo las capacidades técnicas y personales en todo lo encomendado.

Integridad: Demostrar una actitud proba e intachable en cada acción encargada;

Justicia: Velar porque toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso a una atención gratuita e integral con calidad y calidez.

Lealtad: Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.

Artículo 4.- Compromisos (54)

a. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población, entendiendo que la salud es un derecho humano inalienable, indivisible e irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado.

b. Brindar un servicio de alta calidad técnica y humana, con entrega incondicional en la tarea encomendada.

c. Garantizar atención con calidad y calidez en todo el portafolio de servicios del Ministerio de Salud Pública.

2.5.2. Código deontológico del CIE (Consejo Internacional de Enfermeras)

Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal (55).

a. La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados.

b. La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público.

c. Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

d. *La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.*

2.5.3. Código de la niñez y adolescencia

Art. 1.- Finalidad.- Este Código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad (56).

Art. 6.- Igualdad y no discriminación.- Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia; color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares (56).

Art. 12.- Prioridad absoluta.- En la formulación y ejecución de las políticas públicas y en la provisión de recursos, debe asignarse prioridad absoluta a la niñez y adolescencia, a las que se asegurará, además, el acceso preferente a los servicios públicos y a cualquier clase de atención que requieran (56).

Art. 21.- Derecho a conocer a los progenitores y mantener relaciones con ellos.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a conocer a

su padre y madre, a ser cuidados por ellos y a mantener relaciones afectivas permanentes, personales y regulares con ambos progenitores y demás parientes, especialmente cuando se encuentran separados por cualquier circunstancia, salvo que la convivencia o relación afecten sus derechos y garantías (56).

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual. El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende (56):

- a. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;*
- b. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;*
- c. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten;*
- d. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados;*
- e. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente;*
- f. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios;*
- g. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales;*
- h. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional;*
- i. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre; y,*

j. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.

Se prohíbe la venta de estupefacientes, substancias psicotrópicas y otras que puedan producir adicción, bebidas alcohólicas, pegamentos industriales, tabaco, armas de fuego y explosivos de cualquier clase, a niños, niñas y adolescentes (56).

Art. 48.- Derecho a la recreación y al descanso.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la recreación, al descanso, al juego, al deporte y más actividades propias de cada etapa evolutiva. Los establecimientos educativos deberán contar con áreas deportivas, recreativas, artísticas y culturales, y destinar los recursos presupuestarios suficientes para desarrollar estas actividades (56).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Diseño de la investigación.

Es una investigación cuali-cuantitativa no experimental.

Cuantitativa: es un estudio enfocado en la recolección de datos estadísticos para realizar su respectivo análisis sobre hechos reales registrados en instrumentos de investigación. En este caso sobre la presencia de hábitos nocivos en estudiantes adolescentes y otros aspectos relacionados a ello.

Cualitativa: el estudio recoge, con el uso de alguna estrategia o instrumento, datos subjetivos de los individuos, de sus hábitos y conductas, para proceder luego a su interpretación y análisis, de esta manera se recolectaron datos sobre la práctica y actitud sobre hábitos nocivos entre los estudiantes adolescentes y su conocimiento.

No experimental: debido a que durante el estudio no se hizo uso de hipótesis y por lo tanto no hubo una manipulación de variables, la investigación se orientó por objetivos planteados y las preguntas de investigación.

3.2. Tipo de la investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo - transversal.

Descriptivo: permite detallar la naturaleza y comportamiento del objeto de estudio, en este caso del individuo en su medio y circunstancias, para deducir la práctica de hábitos nocivos en los adolescentes y cómo lo han manejado durante el año escolar.

Transversal: ya que la investigación se realizó en un tiempo determinado y específico; interviniendo el investigador por una sola ocasión.

3.3. Localización y ubicación de estudio

El presente estudio fue realizado en la Unidad Educativa La Salle, cantón Tulcán, Provincia del Carchi.

3.4. Población

3.4.1. Universo

El Universo del presente estudio estuvo conformado por estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa La Salle.

3.4.2. Muestra

La muestra fue constituida por los estudiantes legalmente matriculados que cursan el tercer año de bachillerato en la institución.

3.4.3. Criterios de inclusión

Estudiantes legalmente matriculados y que asistan el día de la aplicación del instrumento de recolección de información.

Estudiantes que estén dispuestos a formar parte de la investigación y que hayan firmado el consentimiento informado.

3.4.4. Criterios de exclusión

Estudiantes que por algún motivo no asistan el día de la aplicación de la encuesta.

Estudiantes que no estén dispuestos a participar de la investigación y que no hayan firmado el consentimiento informado.

3.5. Operacionalización de Variables

Objetivo 1: Caracterizar socio demográficamente la población en estudio.				
Variable 1	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Características sociodemográficas	Conjunto de características sociales de la población y de su desarrollo a través del tiempo. Los datos sociodemográficos demográficos se refieren al análisis de la población por edades, situación familiar, grupos étnicos, actividades económicas y estado civil; las modificaciones de la población, nacimientos, matrimonios y fallecimientos entre otros (57).	Edad	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • De 16 a 17 años • De 17 a 18 años • De 19 años en adelante.
		Género	Características sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
		Etnia	Autoidentificación	<ul style="list-style-type: none"> • Mestiza • Indígena • Afroecuatorianos • Montubio • Blanco
		Domicilio	Según lugar de vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural

Objetivo 2: Identificar actitudes y prácticas en los estudiantes en relación al riesgo y la adquisición de hábitos nocivos.

Variable 2	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Actitudes y prácticas de los estudiantes en relación al riesgo y la adquisición de hábitos nocivos.	Actitud es la disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema, como una predisposición en la forma de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona, hechos que construyen la personalidad y conducta del individuo. Y la práctica es ejercicio o realización de una actividad de forma continuada (58).	Uso de alcohol	¿Qué tipo de bebida alcohólica tomas habitualmente?	<ul style="list-style-type: none"> • Yo no tomo alcohol • Cerveza • Vino • Otro tipo
			¿Qué edad tenías la primera vez que llegaste a embriagarte?	<ul style="list-style-type: none"> • No he tomado alcohol hasta emborracharme. • 7 años o menos • 8 o 9 años • 10 u 11 años • 12 o 13 años • 14 o 15 años • 16 años o más
			¿Con quién tomas alcohol habitualmente?	<ul style="list-style-type: none"> • No tomo alcohol • Amigos • Familia • Gente que recién conocí • Usualmente solo
			¿Cuántos de tus amigos tomas alcohol?	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Pocos • Algunos • La mayoría • Todos

Variable 2	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Actitudes y prácticas de los estudiantes en relación al riesgo y la adquisición de hábitos nocivos.	Actitud es la disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema, como una predisposición en la forma de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona, hechos que construyen la personalidad y conducta del individuo. Y la práctica es ejercicio o realización de una actividad de forma continuada (58).	Uso de alcohol	¿Dónde estabas la última vez que tomaste una bebida alcohólica?	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca he tomado alcohol. • En mi casa • En casa de otra persona • En la calle o parque • En un bar o discoteca • En otro lugar
			Durante el último mes, ¿hubo alguien que se negó a venderte alcohol a causa de tu edad?	<ul style="list-style-type: none"> • No he intentado comprar alcohol en el último mes. • Sí, hubo alguien que se negó. • No, mi edad no lo impidió.
			Si alguno de tus amigos te ofreciera una bebida alcohólica, ¿te la tomarías?	<ul style="list-style-type: none"> • Definitivamente no • Definitivamente sí
			¿Quién de tus padres o tutores toma alcohol?	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Mi padre o tutor • Mi madre o tutora • Ambos • No lo sé

Variable 2	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Actitudes y prácticas de los estudiantes en relación al riesgo y la adquisición de hábitos nocivos.	Actitud es la disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema, como una predisposición en la forma de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona, hechos que construyen la personalidad y conducta del individuo. Y la práctica es ejercicio o realización de una actividad de forma continuada (58).	Consumo de tabaco	¿Cuántos años tenías cuando trataste o fumaste por primera vez un cigarrillo?	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca he fumado un cigarrillo • 7 años o menos • 8 a 9 años de edad • 10 a 11 años de edad • 12 a 13 años de edad • 14 a 15 años de edad • 16 años o más
			¿Cuántos cigarrillos has fumado cada día en el último mes?	<ul style="list-style-type: none"> • No fumo • 1 cigarrillo por día • 2 a 5 cigarrillos por día • Más de 5 por día
			¿Dónde fumas cigarrillos habitualmente?	<ul style="list-style-type: none"> • No fumo cigarrillos • En casa • En casa de amigos • En fiestas • En la calle o parques
			¿Tus padres o la persona que te cuida fuman?	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno de ellos • Mi papá y mi mamá • Solo mi papá • Solo mi mamá

Variable 2	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Actitudes y prácticas de los estudiantes en relación al riesgo y la adquisición de hábitos nocivos.	Actitud es la disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema, como una predisposición en la forma de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona, hechos que construyen la personalidad y conducta del individuo. Y la práctica es ejercicio o realización de una actividad de forma continuada (58).	Consumo de tabaco	Si uno de tus mejores amigos te ofreciera un cigarrillo, ¿lo fumarías?	<ul style="list-style-type: none"> • Absolutamente no • Probablemente no • Probablemente sí • Absolutamente sí
			¿Fuma alguno de tus mejores amigos o amigas?	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Algunos • La mayoría • Todos
			¿Le importa a tu familia si fumas cigarrillos?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No • No sé
			¿Cuál fue la razón principal por la que dejaste de fumar cigarrillos?	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca he fumado • No he dejado de fumar • Por mi salud • Es costoso • Por mi familia

Variable 2	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
<p>Actitudes y prácticas de los estudiantes en relación al riesgo y la adquisición de hábitos nocivos.</p>	<p>Actitud es la disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema, como una predisposición en la forma de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona, hechos que construyen la personalidad y conducta del individuo. Y la práctica es ejercicio o realización de una actividad de forma continuada (58).</p>	<p>Consumo de drogas</p>	<p>Durante tu vida, ¿has consumido algún tipo de droga?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
			<p>¿Qué tipo de droga has consumido en tu vida con más frecuencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Marihuana • Cocaína • Inhalantes • Éxtasis • Heroína
			<p>¿Cuántas veces has tenido problemas, en casa, colegio o con amigos, por consumir drogas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • 1 a 2 veces • 3 a 9 veces • 10 o más veces • 20 veces o más
			<p>¿Qué clase de droga crees que es más fácil conseguir?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Marihuana • Cocaína • Inhalantes • Éxtasis • Heroína • Basuco

Variable 2	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Actitudes y prácticas de los estudiantes en relación al riesgo y la adquisición de hábitos nocivos.	Actitud es la disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema, como una predisposición en la forma de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona, hechos que construyen la personalidad y conducta del individuo. Y la práctica es ejercicio o realización de una actividad de forma continuada (58).	Hábitos alimenticios	¿Cómo describes tu peso?	<ul style="list-style-type: none"> • Inferior al peso normal • Alrededor del peso normal • Superior al peso normal
			¿Cuál de las siguientes opciones estás tratando de hacer con respecto a tu peso?	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Perder peso • Ganar peso • Mantener mi peso
			¿Has tomado pastillas, polvos o líquidos para adelgazar sin consulta médica?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
			¿Ingieres comida con más calorías o grasas para aumentar tu peso?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

Variable 2	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Actitudes y prácticas de los estudiantes en relación al riesgo y la adquisición de hábitos nocivos.	Actitud es la disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema, como una predisposición en la forma de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona, hechos que construyen la personalidad y conducta del individuo. Y la práctica es ejercicio o realización de una actividad de forma continuada (58).	Hábitos alimenticios	¿Con que frecuencia tomas desayuno?	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Rara vez • Algunas veces • La mayoría de veces • Siempre
			¿Cuál es la razón principal por la que no desayunas?	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre desayuno • No tengo tiempo • No me gusta desayunar muy temprano • No hay comida en casa
			¿Compras comida rápida o chatarra en la Unidad Educativa o fuera de ella?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No • A veces

Variable 2	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Actitudes y prácticas de los estudiantes en relación al riesgo y la adquisición de hábitos nocivos.	Actitud es la disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema, como una predisposición en la forma de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona, hechos que construyen la personalidad y conducta del individuo. Y la práctica es ejercicio o realización de una actividad de forma continuada (58).	Actividad física	Durante la semana, ¿Cuántos días realizas cualquier tipo de ejercicios?	<ul style="list-style-type: none"> • 0 días • 1 día • 2 días • 3 días • 4 días • 5 días • 6 días • 7 días
			Durante este último año, ¿en cuántos equipos de deporte te has involucrado?	<ul style="list-style-type: none"> • 0 equipos • 1 equipo • 2 equipos • 3 o más equipos

Variable 2	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Actitudes y prácticas de los estudiantes en relación al riesgo y la adquisición de hábitos nocivos.	Actitud es la disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema, como una predisposición en la forma de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona, hechos que construyen la personalidad y conducta del individuo. Y la práctica es ejercicio o realización de una actividad de forma continuada (58).	Salud mental	¿Con que frecuencia has estado preocupado por algo que te llevó a practicar un hábito nocivo?	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Rara vez • Algunas veces • La mayoría del tiempo
			¿Con que frecuencia has estado preocupado por algo que te quitó el apetito?	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Rara vez • Algunas veces • La mayoría del tiempo • Siempre
			¿Qué tan seguido te cuesta concentrarte al hacer tareas u otra actividad?	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Rara vez • Algunas veces • La mayoría del tiempo • Siempre
			¿Cuántas horas duermes habitualmente en la noche?	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 4 horas • 5 a 6 horas • 7 a 8 horas

Objetivo 3: Identificar conocimientos impartidos en la Unidad Educativa dirigidos a los estudiantes para la prevención de hábitos nocivos y adquisición de un estilo de vida saludable.

Variable 3	Concepto	Indicador	Dimensión	Escala
Conocimientos en los estudiantes sobre prevención de hábitos nocivos impartidos en la Unidad Educativa.	Conocimiento es la capacidad del hombre de aprender y comprender por medio de la razón la información, la naturaleza de las cosas, sus cualidades y relaciones (59).	Conocimientos sobre prevención de hábitos nocivos	Durante este año escolar, ¿te han enseñado en clases o has recibido alguna información sobre las causas, consecuencias, problemas y efectos negativos del consumo de alcohol, tabaco y drogas?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No • No estoy seguro
			Durante este año escolar, ¿te han enseñado en alguna de tus clases sobre los beneficios de comer saludable y también sobre los modos saludables y correctos de ganar o perder peso?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No • No estoy seguro
			Durante este año escolar, ¿te han enseñado en alguna clase los beneficios de realizar actividad física, cómo preparar un plan de actividad física y cómo prevenir lesiones?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No • No estoy seguro
			Durante este año escolar, te han enseñado en alguna clase ¿cómo manejar la ira?, ¿qué hacer en casos de depresión y comportamientos suicidas?, y ¿Cómo sobrellevar el estrés de manera saludable?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No • No estoy seguro

3.6. Métodos y técnicas para la recolección de la información.

Para la recolección de datos e información se utilizó lo siguiente:

- a. La Encuesta:** instrumento de investigación que consiste en una serie de preguntas abiertas o cerradas, con el propósito de obtener información de los encuestados. Este nos ayudara a realizar un análisis estadístico de las respuestas obtenidas. La encuesta aplicada denominada: Encuesta Mundial de Salud a Escolares y utilizada con anterioridad en otros estudios para los mismos fines.

3.7. Análisis de datos

Con la información obtenida a través de la aplicación del instrumento de investigación, se tabularon los datos utilizando el programa informático Microsoft Excel, para efectuar la tabulación de los datos se manejaron fórmulas en hojas de cálculo que consecutivamente sirvieron para la interpretación, análisis, obtención de tablas y gráficos estadísticos.

3.8. Métodos y técnicas para la tabulación y procesamiento de la información

- a. Tabulación:** La tabulación de los datos consiste en el recuento de las respuestas contenidas en los instrumentos, a través del conteo de los códigos numéricos de las alternativas de las preguntas cerradas, y de los códigos asignados a las respuestas de las preguntas abiertas, con la finalidad de generar resultados que se muestran en cuadros o en gráficos.

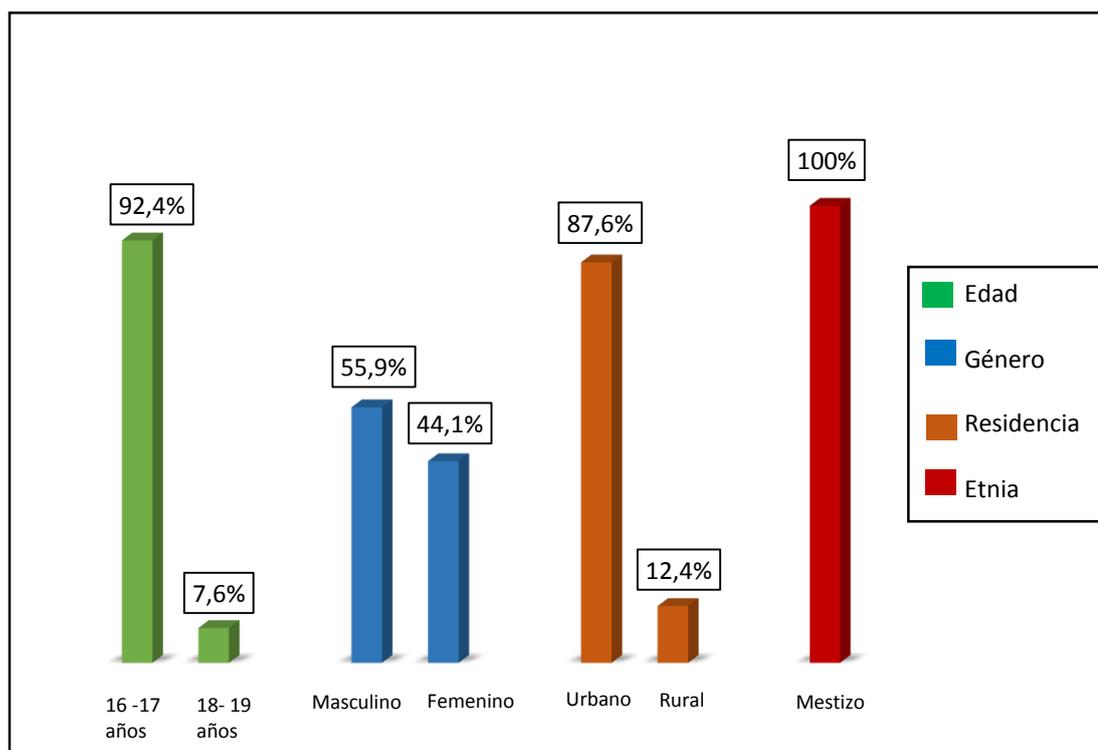
CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

En la Provincia del Carchi, cantón Tulcán, Unidad Educativa Fiscomisional La Salle, en el año 2017 se impulsó el tema de investigación: Hábitos nocivos en estudiantes de la Unidad Educativa La Salle. Este estudio en primera instancia tuvo una etapa de elección, reconocimiento del sitio y grupo específico dónde se iba a desarrollar la investigación; visitando la Unidad Educativa y socializando el tema, objetivos y finalidad del mismo. Se explicó al rector, siendo la principal autoridad de la institución, que se necesitaba la colaboración de los estudiantes del tercer año de bachillerato, para la aplicación de una encuesta con preguntas cerradas y de opción múltiple. El total de estudiantes que colaboraron fueron 93 y los datos obtenidos se han representado, a través de gráficos y tablas para una mayor comprensión y mejor análisis.

4.1. Características sociodemográficas

Gráfico 1. Edad, género, residencia y etnia de los estudiantes

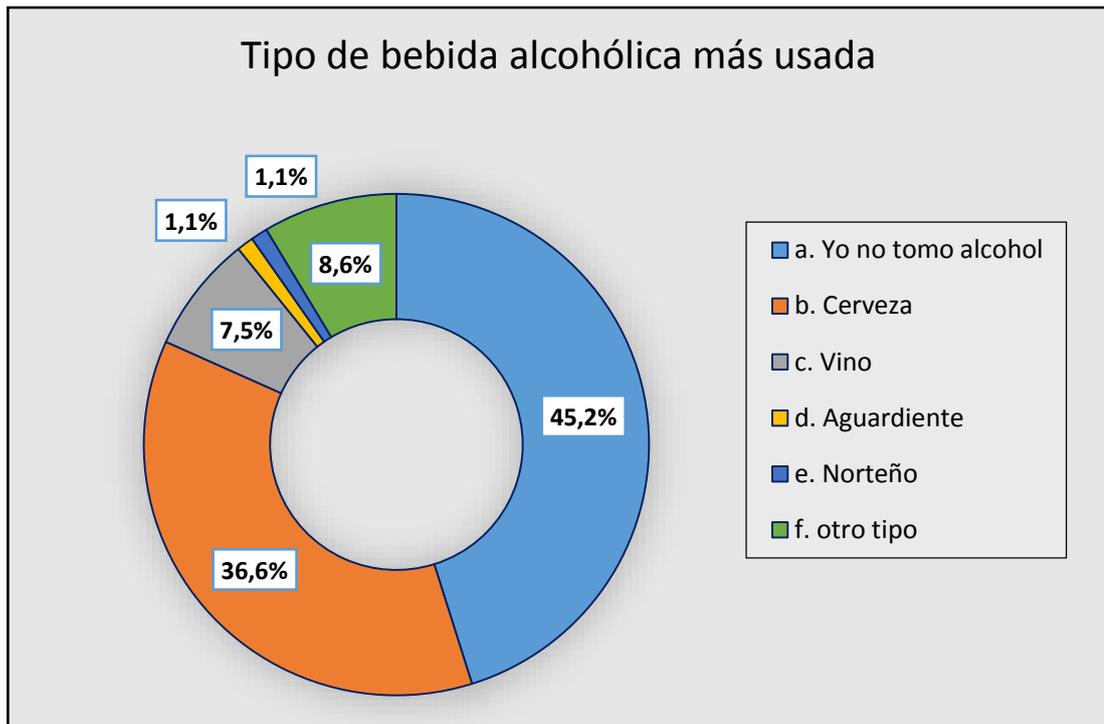


La mayoría de estudiantes se encuentran entre los 16 a 17 años, que lo representan con un 92,4%. El género predominante es el masculino con un 55,9%. La Unidad Educativa se encuentra en pleno centro de la ciudad de Tulcán, sin embargo, cuenta con un pequeño grupo de estudiantes pertenecientes a áreas rurales en un 12,4%; y el 100% de encuestados se autoidentifican mestizos. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el año 2010 la provincia del Carchi tuvo un 9,8% de población comprendida entre los 15 a 19 años del total de su población, el género masculino se halla en un menor porcentaje con el 49,3%. Respecto a este parámetro la misma entidad señala que el número de hombres como de mujeres en Carchi representan casi el mismo porcentaje. En números absolutos el 88,66% residen en zonas urbanas, y prevalece la etnia mestiza en un 86,9% (60). Los resultados del estudio señalan que los datos obtenidos tienen relación con los datos del INEC, se

evidencia una población joven mayoritariamente de 17 años, la diferencia de géneros es mínima; y puesto que la Unidad Educativa lleva muchos años en la urbe la mayoría de estudiantes son ciudadanos. Del mismo modo, no es muy notoria la presencia de otras culturas o etnias del país en toda la provincia, por lo que la población se considera mestiza.

4.2. Actitudes y prácticas de hábitos nocivos.

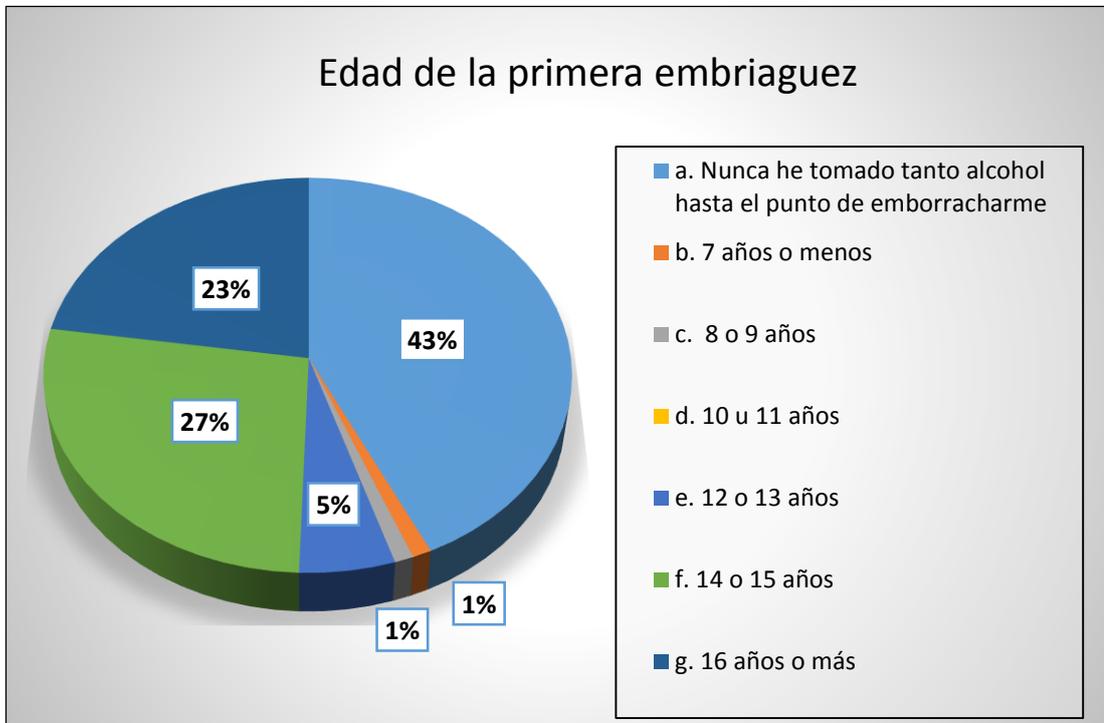
Gráfico 2. Actitudes y prácticas relacionadas al uso de alcohol.



Los estudiantes de la Unidad Educativa señalaron a la cerveza como el tipo de bebida alcohólica más usada por ellos, en un 36,6%, seguido se encontró que consumen otro tipo de bebidas alcohólicas no especificadas en un 8,6%, y luego el consumo de vino con el 7,5%. Un estudio realizado en Bogotá obtuvo que frente al tipo de bebida alcohólica que más consumen los adolescentes, se encontró en primer lugar la cerveza con un 54,7%, seguida por el aguardiente en el 23,1%, del grupo. Al considerar la cantidad de consumo se encontró que de los adolescentes que tomaban cerveza, el 76,5% consumía de 1 a 3 botellas o latas. Se conoce que a partir de una concentración sanguínea entre 0,01 y 0,02 g/dl de alcohol, se genera alteración del juicio, desinhibición y sensación de paz, lo que permite deducir que la cantidad de consumo reportada por los adolescentes encuestados es suficiente para generar cambios a nivel cognitivo, estados de ánimo y poco autocontrol (61). Ambos estudios han denominado a la cerveza como la bebida alcohólica más consumida entre los adolescentes. Se puede

decir que es la puerta de entrada al consumo futuro de bebidas con mayor grado alcohólico, que de hecho en los estudiantes de la Unidad Educativa si se encontró. Como se observa en distintos lugares y eventos, la cerveza es la bebida más generalizada, sociable y publicitada. Incluso dentro de la misma familia se introduce su consumo para acompañar las comidas y los jóvenes la toma como una bebida refrescante. El problema es el uso en grandes cantidades entre un buen número de adolescentes, en reuniones particulares y con gente de su edad, que frecuentemente no tienen conciencia de los actos que pueden realizar bajo efectos del alcohol.

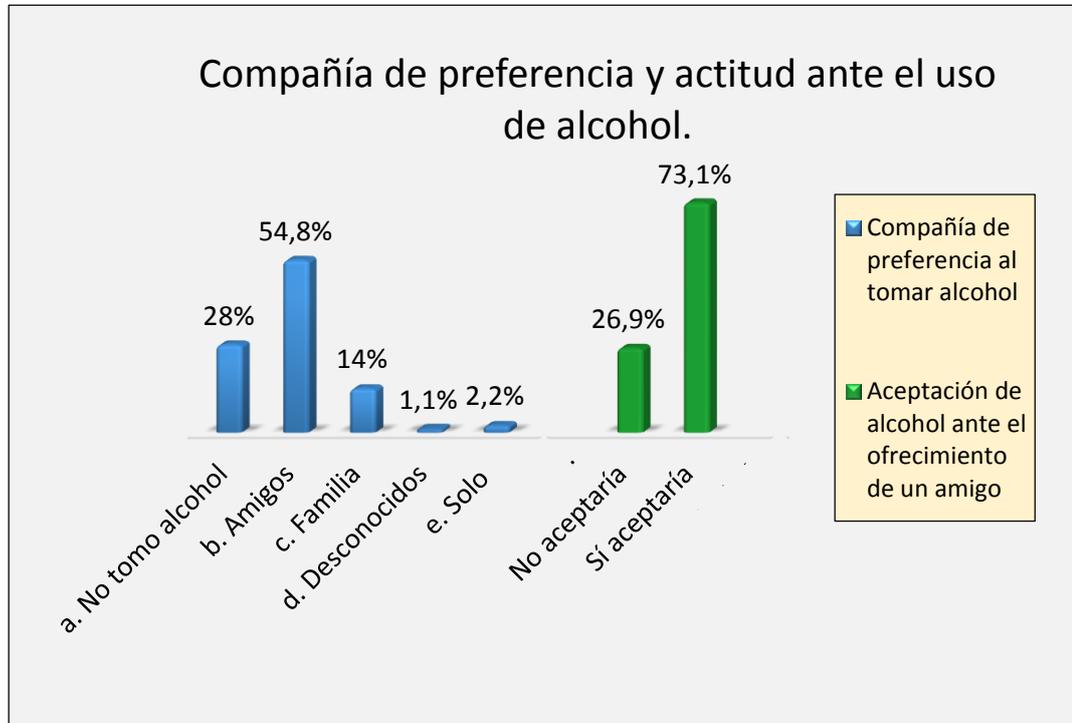
Gráfico 3. Actitudes y prácticas relacionadas al uso de alcohol.



En datos absolutos el 57% de adolescentes dicen haber tenido alguna experiencia de embriaguez. De ahí, que el 27% de ellos es el grupo más representativo y corresponden a una edad comprendida entre los 14 a 15 años, señalando estos años como los de mayor vulnerabilidad para consumir alcohol hasta el punto de embriagarse. Al igual que esta investigación, otra realizada en Cuba con un grupo etario entre 11 a 19 años, obtuvo que del 100 % de los adolescentes que refieren consumir bebidas alcohólicas, el 39,1% señalaron haber presentado estado de embriaguez alcohólica al menos en una oportunidad. Los adolescentes mencionaron experimentar sensaciones de placer, desinhibición y relajación (62). Del mismo modo, un estudio realizado en España en referencia exclusivamente a aquellos alumnos que sí se han embriagado alguna vez, se puede ver que casi el 11% de la muestra indica la edad de 12 años para su primer episodio de embriaguez. Mientras que otro 39% de la muestra indica que su primer episodio de embriaguez fue a la edad de 14 años (63). No cabe duda que el primer episodio de embriaguez y los posteriores, ocupan un buen porcentaje en los estudios mencionados, así como, en la investigación realizada en la Unidad Educativa;

corroborando que la edad promedio, donde se hace efectiva la embriaguez entre los adolescentes se hace presente alrededor de los 14 años de edad. Sin embargo, tanto el estudio realizado en España, como el de La Salle presentan un 11% y un 2% respectivamente con edades inferiores a 13 años cuando se dio el episodio de embriaguez. Siendo más preocupante el de la Unidad Educativa de este estudio, pues ese 2% corresponde a estudiantes que indicaron haberse embriagado entre los 7 a 9 años, haciendo evidente que el uso de alcohol se está dando a edades precoces, algo difícil de tolerar.

Gráfico 4. Actitudes y prácticas relacionadas al uso de alcohol.



Estas variables se correlacionan, ya que, en el momento de consumir bebidas alcohólicas, los estudiantes señalaron que su compañía de preferencia de más gusto son los amigos en un 54,8%; seguido de ellos se encuentra la compañía de familiares con el 14%, y por último se expresan mínimos porcentajes que dicen beber alcohol con desconocidos o solos. Entonces el primer dato encontrado se asocia a la segunda variable, puesto que el 73,1% de adolescentes indicaron que sin duda aceptaría un trago o una bebida alcohólica si esta fuese ofrecida por un amigo. El estudio realizado en Loja, Zamora y Cali concluyó que el alcohol es una bebida social, el 81% de adolescentes beben con su grupo de amigos; y según datos ofrecidos por el CONSEP en el 2013 el 47% de jóvenes lo probaron por curiosidad y porque se lo ofrecieron en su grupo de amigos (6). Del mismo modo, una investigación hecha en Portugal señala que los amigos son la compañía más frecuente para el consumo, 75,8%, de bebidas alcohólicas, mientras un 16,4% lo hacen con familiares y el 1,8% se dedican a la actividad, solos y de preferencia en casa, por lo que se concluyó que el tener amigos que beben, tienen asociación con el consumo (64). Igualmente del estudio realizado en

Cali; se obtuvo que la relación entre el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes, con el consumo por amigos o compañeros de la escuela, en general el 67%, consumió alcohol con amigos o compañeros de la escuela, y el 23,2 % refirió que el consumo lo hacían con familiares (62). Como se puede observar, los estudios mencionados van a la par con la investigación realizada en la Unidad Educativa, indicando que los adolescentes prefieren a sus amigos, cuando de consumir alcohol se trata, seguido también de un porcentaje más o menos relevante de consumo con la familia, lo que podría inferir en una hipótesis de padres y familiares permisivos o que se encuentran desprovistos de una conciencia de percepción de riesgo de lo que significa adquirir este hábito nocivo. Por supuesto, el grupo de amigos es el marco de referencia que supuestamente ayuda a afianzar la identidad adolescente frente a la etapa de transición a la juventud y adultez; y que satisface el sentido de pertenencia a un grupo de iguales. Así la probabilidad de beber aumenta, especialmente si el adolescente se incluye en un grupo que consume alcohol, por la influencia y directa presión del grupo, frente a las cuales el adolescente se ve atrapado y comprometido.

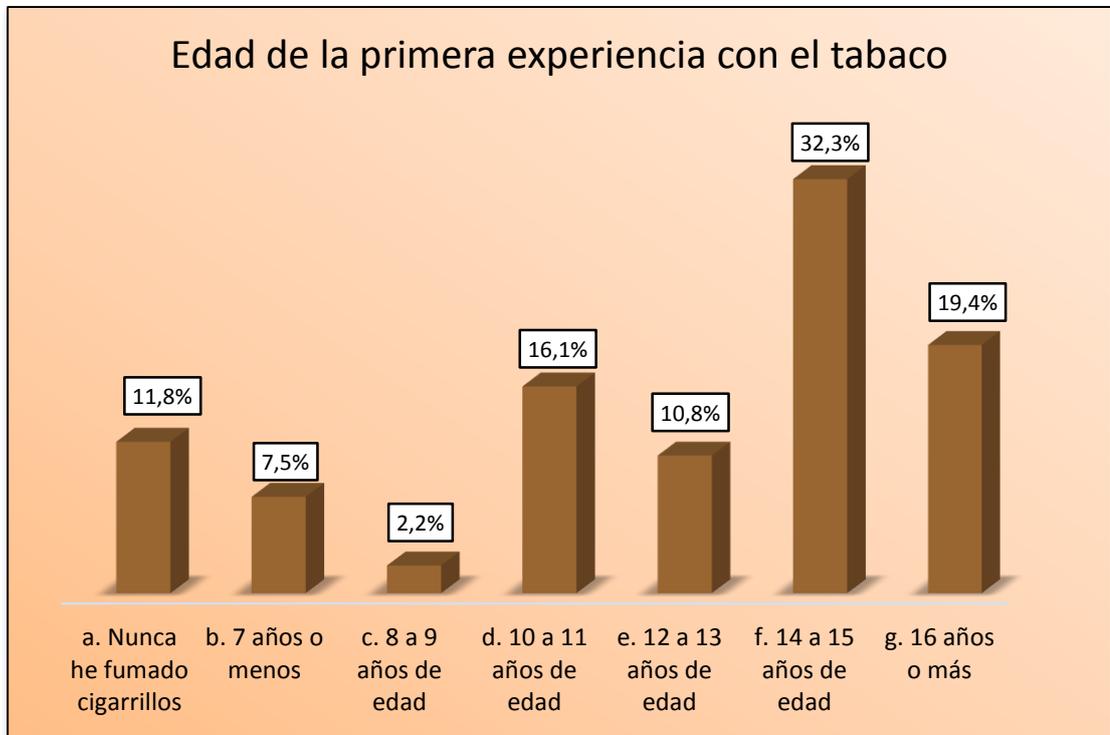
Gráfico 5. Actitudes y prácticas relacionadas al uso de alcohol.



Una determinante importante para el consumo de alcohol en los jóvenes es la intención y acción de conseguirlo, la facilidad con que lo hacen, y la negación o aceptación por parte de los proveedores y expendedores del mismo. La mayoría de estudiantes indicaron no haber intentado comprar alcohol en el último mes, mientras que un 30,1% lo hizo, señalando además que su edad no fue impedimento para comprarlo, y el 6,5% no lo consiguieron porque los vendedores se negaron a hacerlo, tomando en cuenta la edad de los menores. El estudio realizado en Bogotá, donde se planteó la misma pregunta, arrojó los siguientes resultados: el 26,1% de menores indicaron que no se han negado en venderles alcohol, pero el 45,3% si tuvo dificultad para conseguir, debido a la negación por parte de los expendedores. Según el país vecino, estos porcentajes ponen en evidencia el desconocimiento de las normas vigentes o la actitud de indiferencia por ellas. Esto significa que el consumo de alcohol tienen un fácil acceso y una amplia aceptación, lo cual no deja de ser sorprendente, puesto que no hay que olvidar que este estudio se realizó con adolescentes menores de 18 años de edad a quienes está prohibido su consumo (65). El fácil acceso y modos que los adolescentes se dan, para conseguir el alcohol y divertirse, han sido reflejadas en las cifras

obtenidas; sin dejar de lado cierta aceptación social influyente en el consumo de bebidas alcohólicas, y sobre todo la venta de dichas bebidas sin tomar en cuenta la edad de las personas. Todo esto ha permitido reducir la legitimación social que reciben a través de la gran publicidad y promoción del alcohol, sin dar mucha importancia a las normas vigentes, importantes restricciones y prohibiciones ante el uso y el abuso del alcohol en adolescentes, especialmente por las consecuencias que acarrea, siendo una de las principales los accidentes de tránsito.

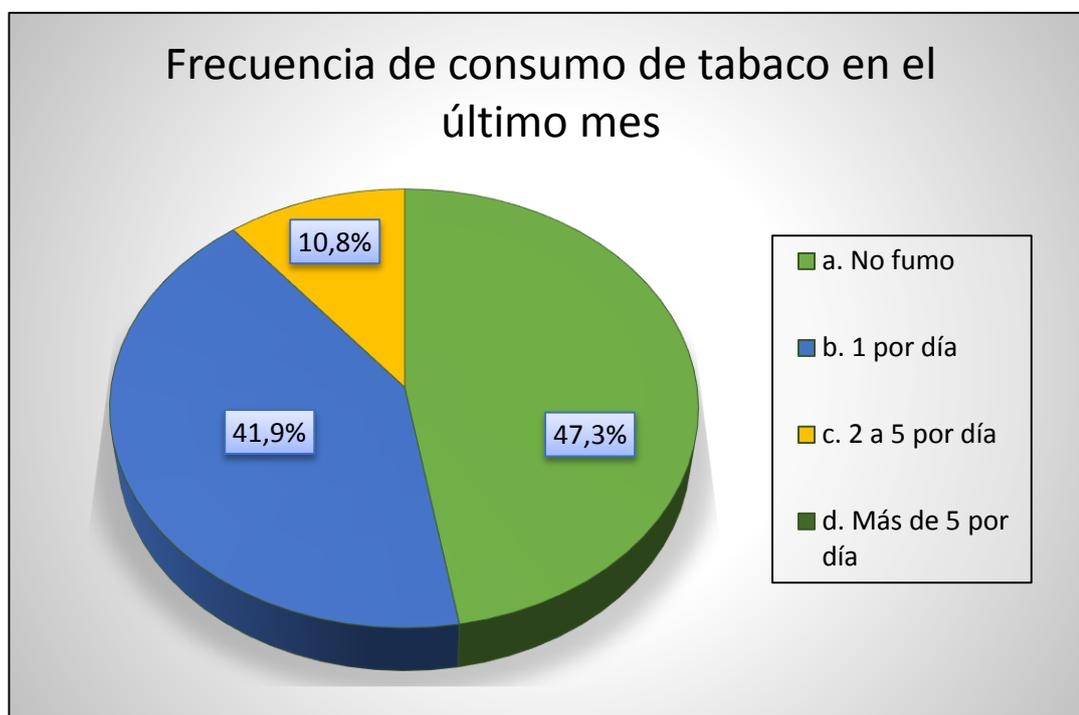
Gráfico 6. Actitudes y prácticas relacionadas al consumo de tabaco.



Respecto a la experiencia con el tabaco, solo el 11,8% de estudiantes dicen no haber fumado nunca cigarrillos, pero la mayoría de ellos señalan que la edad de su primera experiencia con el tabaco fue entre los 14 a 15 años de edad que corresponde al 32,3%. Seguido de esto, tenemos que el 19,4% iniciaron a consumir a los 16 años o más, y un 16,1% los probaron a la edad comprendida entre 10 u 11 años aproximadamente. Por su parte, en un estudio realizado en cinco ciudades de Colombia, determinaron la edad promedio de inicio de consumo de cigarrillo en 11,9 años. Vale la pena resaltar que la evidencia sugiere que la mayoría de jóvenes consumen tabaco por primera vez entre los 10 y 14 años. Los adolescentes que empiezan a consumir cigarrillos a una edad temprana tienen más probabilidades de fumar en la edad adulta, siendo mayor el riesgo de convertirse en fumador regular, desarrollar dependencia y sufrir consecuencias a largo plazo derivadas del consumo del tabaco. Otra determinante es que el cigarrillo es más popular entre el sexo masculino (66). También tenemos datos del Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar en Chile, realizado en adolescentes, la edad promedio de inicio del consumo de tabaco fue a los 13,5 años. Siendo este

porcentaje similar entre instituciones educativas del estado y particulares (67). La experiencia con el cigarrillo quizá es más prematura que con el alcohol generalmente, puesto que una o dos pitadas entre los chicos no significa nada, y ni siquiera sus emociones o conducta cambian tanto. Por eso el estudio realizado en la Unidad Educativa refleja datos de niños de 7 a 9 años que han fumado. Lo mencionado en el estudio chileno y lo encontrado en La Salle establecen la edad de 14 años como el tiempo donde los adolescentes sienten atractivo y desean experimentar con el tabaco. El hecho de que una persona haya probado el cigarrillo a una edad tan temprana, no necesariamente significa que a futuro adquiera el hábito nocivo, pero si es preocupante que los niños tengan esa oportunidad de acercamiento al tabaco por la causa que sea.

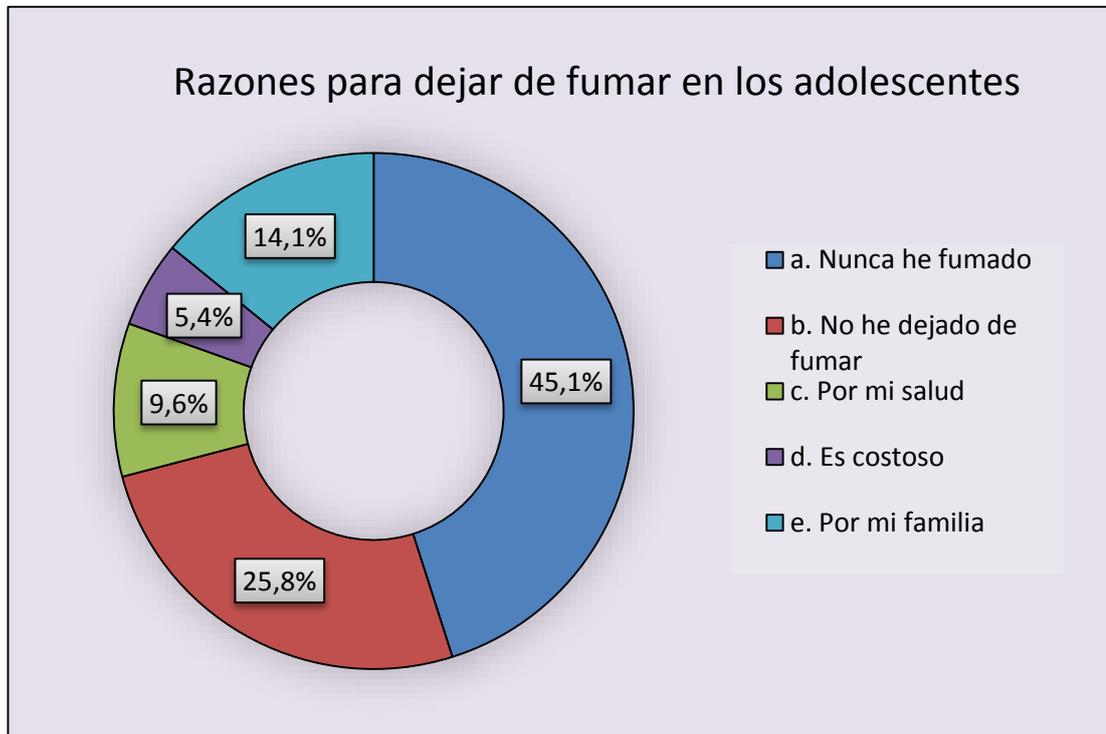
Gráfico 7. Actitudes y prácticas relacionadas al consumo de tabaco.



Según el consumo de tabaco durante el último mes, un selecto grupo de estudiantes indicaron no fumar, representado por el 47,3%. Sin embargo el 41,9% dijeron haber fumado 1 cigarrillo por día, y el 10,8% son más consumidores, registrándose entre 2 a 5 cigarrillos por día. El estudio español de Valladolid señala que los fumadores habituales fuman todos los días y en cifras en cuanto a número de cigarrillos más elevadas que los fumadores ocasionales que fuman preferentemente los fines de semana y en cantidades más pequeñas. De los chicos con edades comprendidas entre los 15 a 20 años, el 50% consume diariamente, un 35% durante el fin de semana y sólo un 15% consume varias veces a la semana. El inicio del consumo se da principalmente por el grupo de amistades 40%, por curiosidad 35%, por decisión propia un 20% y por imitación un 5%. Podemos ver la importancia de sentirse dentro de un grupo, y como el grupo influye en sus comportamientos y hábitos de vida (68). La Unidad Educativa presenta un buen grupo de no consumidores de tabaco, un dato bueno e idóneo para una mejor calidad de vida. Sin embargo, existen los consumidores, especialmente un porcentaje, que aunque no sea muy alto se evidencia que lo han tomado como una práctica diaria en sus vidas. Se conoce que el tabaquismo es la consecuencia de haber

adoptado el hábito repetitivo de fumar, causa de múltiples determinantes conductuales y sociales, que terminará con décadas de dependencia psicofisiológica a la nicotina y con la vida de modo denigrante y prematuro. El adolescente es quien toma la decisión de fumar, cuanto tiempo hacerlo y con qué frecuencia. Parece ser, que no existe una consciencia bien marcada del riesgo con el tabaco, y es la misma sociedad quien lo ha considerado como parte normal del crecimiento de los adolescentes.

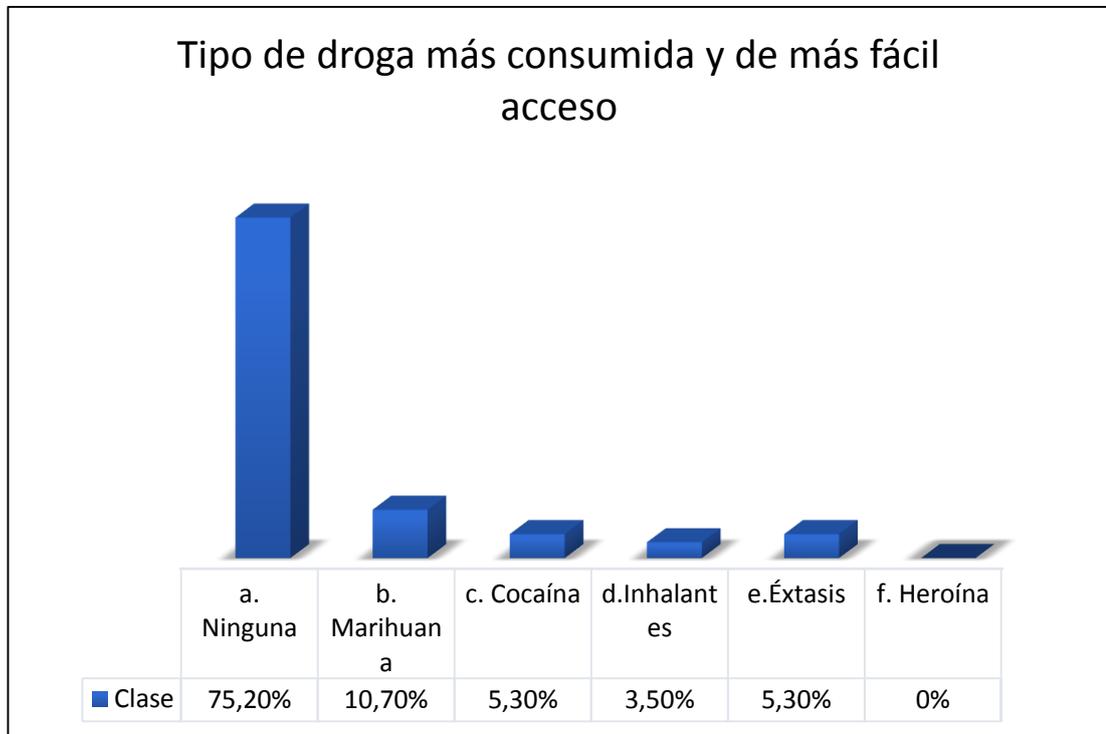
Gráfico 8. Actitudes y prácticas relacionadas al consumo de tabaco.



Al igual que existen motivos para adoptar el hábito de fumar desde sus primeras etapas de experiencia y consecutivamente, también los adolescentes encuentran razones para abandonar este hábito nocivo. Primeramente, se ha encontrado que el 25,8% de estudiantes no han dejado de fumar. Mientras, que dentro de los motivos más importantes para el abandono del hábito el 14,1% dicen hacerlo por su familia, el 9,6% dejó de fumar por mejorar su salud y el 5,4%, lo ha dejado porque fumar les resulta costoso. El olor y el sabor del tabaco no son agradables. De acuerdo a un estudio ejecutado en Barcelona, la salud es el motivo más esgrimido para no fumar, pero a los chicos sólo les preocupan los efectos inmediatos, como un mal rendimiento físico o la coloración amarilla de las uñas y los dientes; dolores de garganta, tos e infecciones respiratorias pasajeras, ya que las enfermedades graves aparecerían sólo en adultos con un consumo prolongado de tabaco. La dependencia de la nicotina es conocida por todos, pero no es motivo suficiente per se para dejar de fumar. La confianza en uno mismo hace que sea más fácil decir no al tabaco, expresado por adolescentes en etapa tardía, sobre todo si el grupo de amigos y amigas no fuma (69). Los adolescentes no han concebido aún el sentido de percepción de riesgo relacionado al hábito de fumar,

sobre todo, cuando este su vuelve nocivo, porque las sensaciones de la nicotina pasan a ser agradables pese al olor que deja el tabaco en el aliento o ropa de los fumadores. Sin embargo, se observa cierta preocupación en algunos adolescentes por su salud, su aspecto y presencia ante los demás. Y también, es favorable saber que a algunos les importa y respetan la autoridad de los padres, pues algunos indican que dejan de fumar o no lo hacen por su familia. El hecho de sentirse protegidos por la familia y saber que se cuenta con ellos en todo momento, es importante a la hora de decidir adoptar un hábito nocivo o preferir evitarlo.

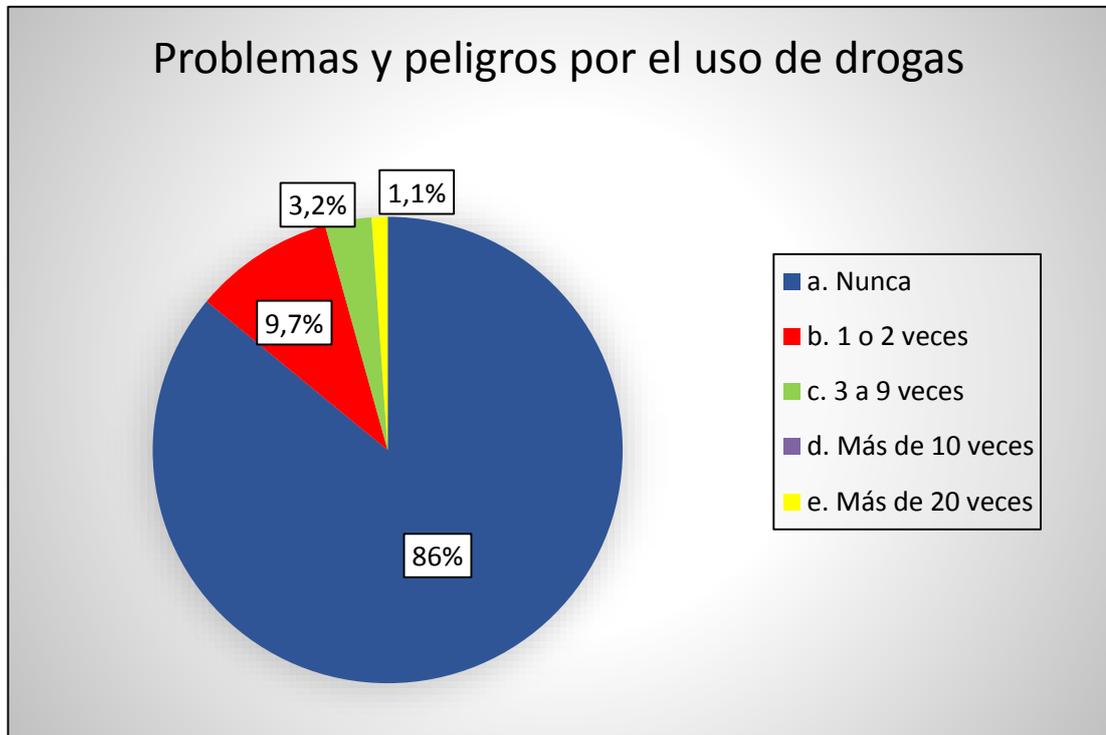
Gráfico 9. Actitudes y prácticas relacionadas al consumo de drogas.



De los consumidores de droga, el gráfico N° 9, muestra que el tipo de droga más consumida es la marihuana en un 10,7%, siendo la misma de más fácil acceso. Posterior a esta, se coloca la cocaína y el éxtasis con un consumo igual entre los estudiantes del 5,3% y por último con el 3,5% se da el consumo de éxtasis. Respecto al uso de heroína no se encontró ningún dato de consumo. Un estudio chileno sobre el consumo de drogas y los tipos más consumidos entre los adolescentes obtuvo que, respecto a las drogas ilícitas, la marihuana ha sido la más experimentada en un 51%, y que la edad promedio para su primera experiencia son los 15 años de edad. Las experiencias con la cocaína llegan al 5,3%. Los alucinógenos son otra droga ilícita más probada por los estudiantes en un 26%. El éxtasis es poco probada por los estudiantes con solo el 0,8%. Los estudiantes que señalan haber probado sustancias inhalantes son el 2,3% respecto a la población total de estudiantes encuestados. Entre los 12 y los 17 años se manifiesta el 73,6% de las primeras experiencias (70). Igualmente del estudio ecuatoriano realizado en Guayaquil cuya población participante fue de edades entre 10 y 17 años. Los participantes reportaron mayor incidencia del consumo de marihuana, seguida de licor e inhalantes. Según los participantes, el alto consumo de la marihuana

se debe al hecho de ser más barata y el poder adquirirla en cualquier sitio. Los jóvenes relatan que los adultos les dan la droga a cambio de ayudar a venderla, especialmente afuera de los colegios (7). Afortunadamente, el consumo de drogas ilícitas y más perjudiciales para la salud en general, ha tenido una prevalencia baja entre los estudiantes de la Unidad Educativa, pero cabe resaltar que al igual que los estudios mencionados tanto en Chile como en Guayaquil, concuerdan con esta investigación; ubicando a la marihuana como la droga más consumida entre los adolescentes por el bajo costo y el fácil acceso. Dicha droga que se ha estado legalizando en muchos países y de cierto modo se ha convertido en algo más permisivo entre las sociedades actuales.

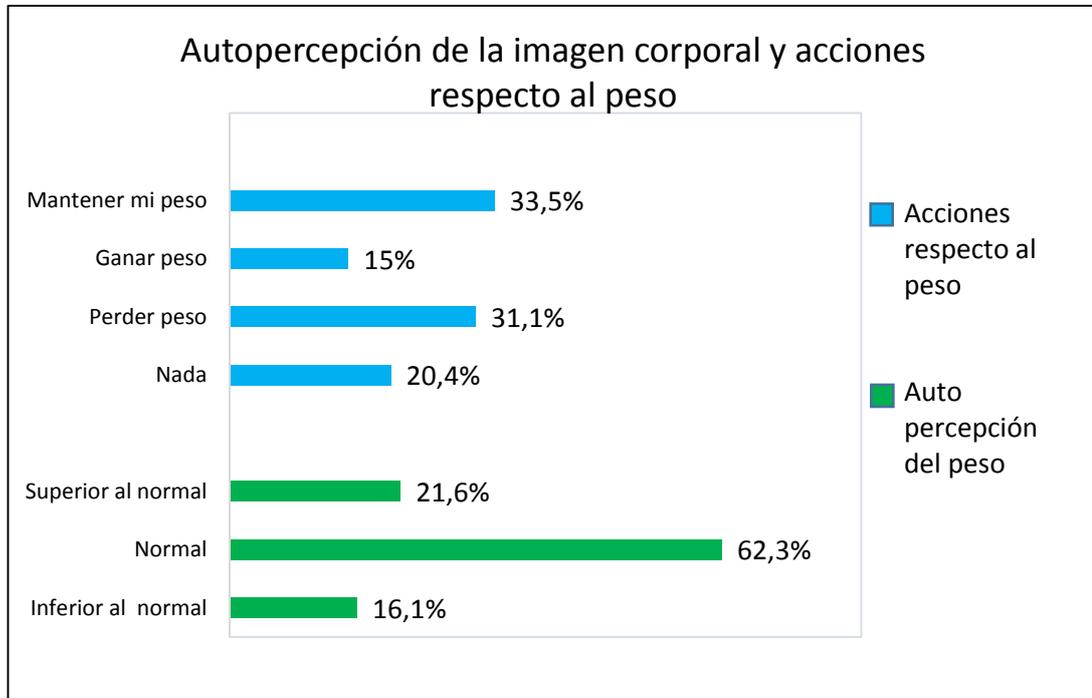
Gráfico 10. Actitudes y prácticas relacionadas al consumo de drogas.



El consumo de drogas acarrea una serie de consecuencias, unas más graves que otras. El 86% de los estudiantes de La Salle afortunadamente nunca han tenido problemas, ni riesgos, ya que como se mencionó anteriormente es mínimo el porcentaje de adolescentes consumidores. Sin embargo un 9,7% dicen haber tenido problemas una a dos veces, ya sea con familiares o amigos, debido al consumo de las sustancias ilegales. Y un 3,2% de ellos los han tenido en una frecuencia de 3 a 9 veces como máximo. El estudio colombiano realizado en la ciudad de Santa Marta resalta que los adolescentes piensan que el consumo genera en su gran mayoría problemas serios. Así, se obtuvo que el 63% lo ocupa la deserción escolar, mientras que el 10% piensa que genera problemas de salud, el otro 10% piensa que produce discriminación social, el 7% desinterés y pocas ganas de estudiar, el otro 7% problemas familiares, solo 3%, piensa que existe rechazo y peleas con los amigos (71). El hecho es que no se debe quitar la importancia de erradicar el consumo de las sustancias ilícitas cuando se convierten en un hábito nocivo, reflejado en el deterioro de la salud de los adolescentes, en el bajo rendimiento escolar, en el ausentismo del hogar, en la

desinhibición, en la alteración de la conciencia y en ocasiones del juicio, produciendo irritabilidad y agresividad por cambios en las sensaciones y percepciones de los sentidos, permitiendo fácilmente la adquisición de conductas que ponen en riesgo la vida de los jóvenes.

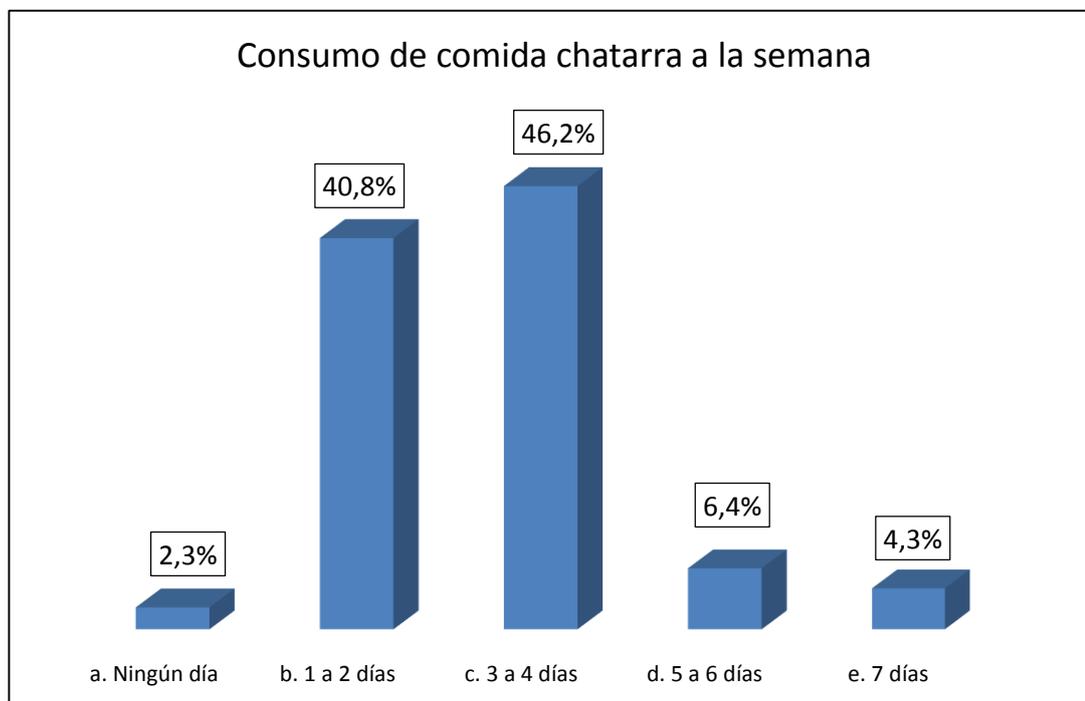
Gráfico 11. Actitudes y prácticas relacionadas a los hábitos alimenticios.



El peso es un factor importante para la determinación de una condición de salud óptima. De acuerdo con esto, el 62,3% de los estudiantes perciben su peso y cuerpo dentro de los rangos normales, el 16,1% dicen tener un peso inferior a lo normal y el 21,6% menciona estar con un peso superior al mismo. Estas cifras se asocian respecto a lo que los adolescentes hacen por su cuerpo, por eso el 33,5%, tratan de mantener su peso, el dato inferior 15% corresponde a los que buscan ganar peso; en cambio una cifra más elevada (31,1%) quieren perder peso. El estudio realizado en Murcia sobre la imagen corporal concluyó que del grupo de adolescentes que formaron parte de su investigación el 52,3% de los hombres y el 38,7% de las mujeres se auto perciben correctamente; mientras que el 29,2% de los hombres y el 8,6% de las mujeres se ven más delgados de lo que son y el 18,5% de los hombres y el 41,1% de las mujeres más gordos (72). La mayoría de adolescentes se ven bien y se sienten conformes con su peso e imagen corporal, de hecho cabe recordar que en esta etapa de cambios, se hacen más evidentes las transformaciones corporales como el crecimiento y desarrollo. De hecho han sido de gran ayuda para fomentar una autoestima y aceptación propia con

todas las campañas y acciones a nivel mundial que se han hecho, para dejar de lado ese culto por el cuerpo perfecto. Sin embargo, existen adolescentes que sienten inconformidad con su aspecto y tratan de tomar acciones para verse y sentirse mejor. Muchas veces no consiguen el objetivo deseado u otras veces pasan al extremo de experimentar con sus cuerpos, aplicando consejos inapropiados que resultan perjudiciales para su salud.

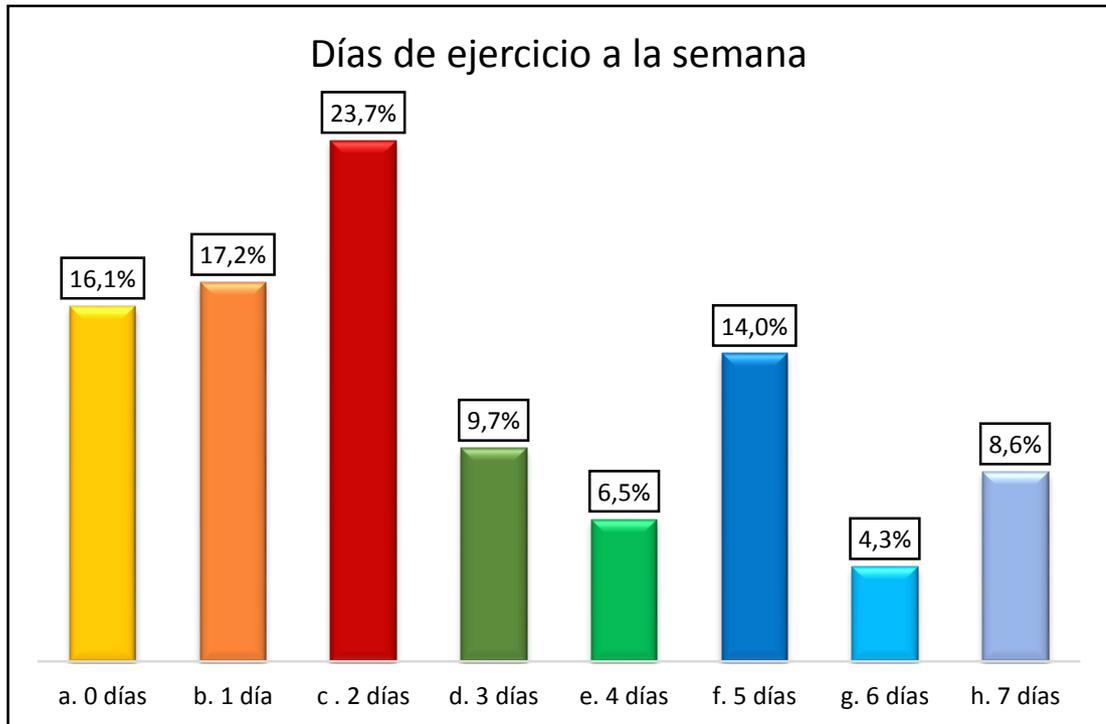
Gráfico 12. Actitudes y prácticas relacionadas a los hábitos alimenticios.



Un factor importante para la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los adolescentes y en su futura adultez, son los hábitos alimenticios. Los datos más significativos son el consumo de comida rápida de 3 a 4 días en un 46,2%, y los más preocupantes, aunque en menor porcentaje son 6,4% y 4,3%, adolescentes que dicen consumir desde 5 hasta 7 días a la semana este tipo de alimentos. Esto sin duda incrementa los índices de sobrepeso y de obesidad. Un estudio realizado con adolescentes de 15 a 17 años obtuvo que el 54,6% consumen chocolate y otras golosinas entre 1 y 2 días; el 33,85% consumen papas fritas y otros snacks 1 vez a la semana; y el consumo de gaseosas y bebidas azucaradas en un 42% lo hacen 2 a 4 veces semanalmente (73). El artículo utilizado como marco de referencia del estudio realizado en Riobamba menciona que sus resultados revelan que: el exceso de peso afecta al 24,1% de los escolares/adolescentes: sobrepeso 17,8% y obesidad 6,3%. Se obtuvo entonces que la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en estudiantes escolares y adolescentes del área urbana de la ciudad de Riobamba es alta 24,1%, y es mayor en escolares 27,7%, que en adolescentes 21,5% (8). Comparando los resultados de los estudios, se puede deducir que los adolescentes tienen una

preferencia marcada por el consumo de alimentos elevados en azúcar, grasas, sal y otros ingredientes nada saludables, y que el consumo de los mismos es frecuente cada semana. Esta acción realizada por los chicos da como resultado el aumento de población cada vez más joven con problemas de sobrepeso y obesidad como lo menciona el estudio hecho en Riobamba. Acciones y prácticas que si no se abandonan marcarán la adultez con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. Existen diferentes enfoques sobre cómo distribuir los alimentos y sus calorías durante cada día, por ejemplo, se sugiere fraccionar el plan de comidas en 5, con 3 principales y 2 meriendas, las cuales no deben ser mayores a 200 kilocalorías. Si un adolescente presenta sobrepeso, y más aún, si ya tiene alguna patología asociada como la DM2, resulta muy beneficioso tener en cuenta la limitación de bebidas azucaradas y fomentar la ingesta de agua simple para satisfacer la sed. Respetar la distribución de los alimentos en horarios y cantidades.

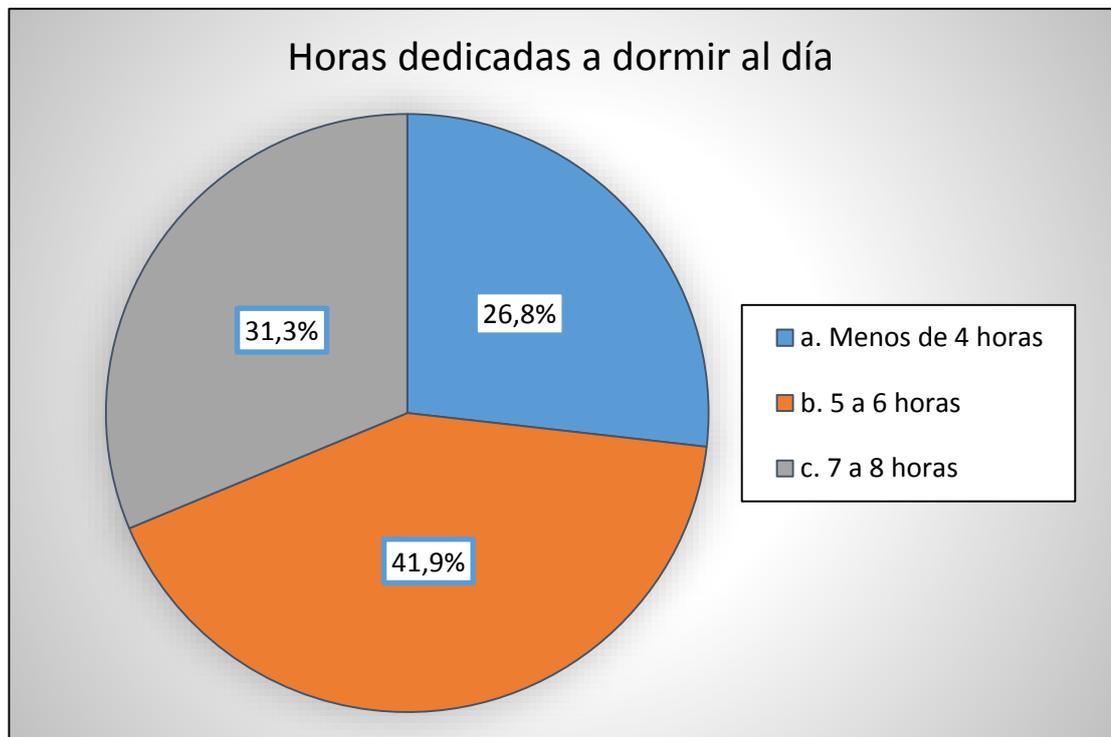
Gráfico 13. Actitudes y prácticas relacionadas a la actividad física.



La actividad física constituye el segundo factor determinante para un estilo de vida saludable. Los estudiantes encuestados mayormente 23,7%, señalaron realizar solo 2 días a la semana actividad física. La práctica de actividad física más idónea se encontró en un 14%, realizada por los chicos durante 5 días semanales. Pero el 16,1% y el 17,2%, indicaron 0 días y 1 día de actividad física respectivamente. En términos absolutos se deduce que el 66,7% de adolescentes tienden a realizar lo mínimo de actividad física. El estudio mexicano sobre actividad física realizado con adolescentes entre 14 a 19 años encontró que: cuando se analizaron las diferencias entre los grupos de edad con respecto a la actividad física y las conductas sedentarias, se apreció que a mayor edad aumenta la proporción de sujetos que no realiza algún tipo de actividad física: en el grupo de 14-15 años, el 61,4 %, en el grupo de 16-17 años el 68,8 %, y en el de 18 y más años, el 70,0 %. No obstante, no se encontraron diferencias significativas en estos mismos grupos de edad cuando se evaluó el tiempo dedicado a jugar video-juegos y ver programas de televisión, 49,5%, 54,3%, 43,3%,

respectivamente. En este estudio, llama la atención que la prevalencia de conductas sedentarias es mucho mayor en la muestra de nuestros adolescentes, 51,9 %, que lo que ha sido reportado en otros países tanto europeos como latinoamericanos. Por ejemplo en Alemania las conductas sedentarias alcanzan una frecuencia de 37,9 % muy similar en algunos países sudamericanos como es el caso de Argentina en donde se reportó una prevalencia del 38%. Una explicación a estas diferencias tan importantes en la prevalencia de falta de actividad física y conductas sedentarias puede encontrarse en los aspectos socioeconómicos que determinan las condiciones ambientales de los vecindarios como por ejemplo calles mal iluminadas, con alto índice de criminalidad entre otras causas (2). Los datos analizados son una realidad que no debería ser ignorada iniciando por cada persona, las familias, el estado y las organizaciones de salud. Es sorprendente como más de la mitad de la población a nivel mundial no realiza actividad física adecuada y dedican muchas horas a actividades sedentarias. Una actividad física idónea debe ser aquella que se realice más de 4 días a la semana con una duración mayor a por lo menos 30 minutos. Además, la falta de espacios acondicionados, la inseguridad cada vez mayor y las grandes distancias en las ciudades hacen que sean pocos los niños y adolescentes que quieran caminar a las Unidades Educativas o cualquier otro lugar. Disminuye el ánimo por practicar diariamente algún deporte. Todo ello favorece el desarrollo de la obesidad, aumentan los casos de hiperinsulinemia, diabetes tipo 2, dislipidemias, hipertensión arterial, trastornos ortopédicos y neurológicos, asma, alteraciones del sueño, que pueden influir en la disminución del aprendizaje y alteraciones en la esfera social, con disminución de la autoestima, que puede conducir a una menor capacidad para hacer amigos y ser aceptado en el grupo de amigos de escuela o colegio.

Gráfico 14. Actitudes y prácticas relacionadas con la salud mental.



El descanso suficiente y de calidad es necesario para una reparación psíquica y fisiológica del cuerpo. Respecto a las horas dedicadas a dormir, los estudiantes señalaron que el 26,8% duerme menos de 4 horas al día, el 41,9% lo hacen entre 5 a 6 horas diarias, y el resto 31,3%, lo hacen entre 7 a 8 horas. Una investigación realizada en Sevilla con estudiantes de 12 a 17 años tuvo los siguientes resultados: el 40% de los adolescentes duerme ocho horas diarias, mientras que un 43,1% duerme menos de esas ocho horas. Incluso un 13,5% declara dormir seis horas o menos. En cuanto a la hora de ir a la cama, el 76,5% declara irse a dormir entre semana antes de las 12 de la noche y el 19,8% entre las 12 de la noche y la una de la madrugada; en las noches de viernes y sábado, la hora se retrasa considerablemente y, sólo el 6,9% se acuesta antes de la medianoche. Incluso el 23% lo hace pasadas las tres de la madrugada y el 21,6% entre las dos y las tres (74). No está por demás, indicar que La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México documentó que 50% de los trastornos mentales en población adulta iniciaron antes de los 21 años. Así mismo, estudios sistemáticos realizados en diferentes países a lo largo de varios años muestran que la depresión y el

suicidio en la adolescencia son un problema de salud mental que ha ido en incremento, conociéndose que de los intentos suicidas que se reportan, la mayoría son llevados a cabo por mujeres, pero gran parte de ellos son realizados por varones que en su mayoría logran consumarlos (43). Actualmente, los chicos descansan menos, ciertamente en días de escuela, la mayoría tiende a traspasar por cumplir con sus obligaciones académicas, pero es bien conocido que esta generación, se ha visto invadida por las nuevas tecnologías. El menor problema parece ser la televisión, los adolescentes se sienten atraídos por los videojuegos, el navegar por internet, y ligado a esto lo que la red les ofrece: juegos, redes sociales, chats, videollamadas; y junto con esto el interés por los amigos y la nueva experiencia de la atracción por el sexo opuesto y el enamoramiento. Sin embargo, todo tiene su repercusión, y este hábito de traspasar va a afectar la salud mental con somnolencia durante el día, cambios de carácter e irritabilidad, falta de concentración entre otros.

4.3. Educación para la prevención de hábitos nocivos en la Unidad Educativa

Tabla 1. Enseñanza preventiva y promotora de salud en la Unidad Educativa.

Pregunta	Opciones	Porcentaje
Durante este año escolar, ¿te han enseñado en clases o has recibido alguna información sobre las causas, consecuencias, problemas y efectos negativos del consumo de alcohol, tabaco y drogas?	Sí	38,7%
	No	52,6%
	No estoy seguro	8,7%
Durante este año escolar, ¿te han enseñado en alguna de tus clases sobre los beneficios de comer saludable y también sobre los modos saludables y correctos de ganar o perder peso?	Sí	27,9%
	No	65,6%
	No estoy seguro	6,5%
Durante este año escolar, ¿te han enseñado en alguna clase los beneficios de realizar actividad física, cómo preparar un plan de actividad física y cómo prevenir lesiones?	Sí	43%
	No	45,1%
	No estoy seguro	11,9%
Durante este año escolar, te han enseñado en alguna clase ¿cómo manejar la ira?, ¿qué hacer en casos de depresión y comportamientos suicidas?, y ¿Cómo sobrellevar el estrés de manera saludable?	Sí	11,8%
	No	82,7%
	No estoy seguro	5,5%

La educación en todo sentido es clave a la hora de aprehender información de hechos reales observados, vividos o investigados. Del mismo modo, es fundamental quienes eduquen en salud. Respecto a esto los adolescentes han recibido información o han sido educados en alguna manera sobre las causas, consecuencias, problemas y efectos negativos debido al consumo de alcohol; el 38,7% dijo que sí, mientras el 52,6% dijo que no. Sobre los beneficios de una alimentación saludable y formas saludables de ganar o perder peso, el 27,9% de adolescentes dijo que sí le han enseñado algo, pero el 65,6% mencionó que no. Respecto a los beneficios de la actividad física y su importancia, el 45,1%, mencionaron no haber recibido enseñanza, mientras que el 43% dicen haberla recibido. En la preguntas sobre cómo manejar la ira, otras emociones y

cómo identificar la depresión y comportamientos que puedan llevar a la depresión; el 82,7% de los chicos indicaron que sus docentes no les han enseñado algo respecto al tema, y solo el 11,8% mencionaron que sí se ha hablado sobre el tema en clases. En relación a la educación y promoción, se ha encontrado un estudio brasileño sobre conocimientos sobre alcohol, tabaco, drogas y las estrategias pedagógicas, prácticas profesionales adoptadas en las salas de clases, así como las experiencias personales, profesionales y familiares con el uso y abuso de sustancias nocivas legales e ilegales. Las estrategias pedagógicas utilizadas por los docentes en salas de clase, representó un total de 18,32% del material analizado; los sentimientos y vivencias de los docentes frente al consumo de sustancias nocivas expresados a los estudiantes en un 19,88%; abordajes sobre hábitos nocivos por los docentes y las estrategias pedagógicas desarrolladas en sala de clases, 23,56%; concepciones de los profesores sobre el alcohol, tabaco, drogas y otros problemas 17,81%; y, comportamiento e interacción de alumnos y maestros sobre la temática fue del 20,43% (75). Otro estudio experimental realizado en Granada que resultó interesante, se hizo con 52 estudiantes durante 6 meses, donde los estudiantes realizaron compromisos para el cambio del estilo de vida y hábitos (consumo de alcohol, tabaco, golosinas, comida chatarra, ser sedentarios, estar estresados entre otros) se obtuvo que del total de compromisos desarrollados, el 66,4% de ellos se cumplieron al máximo nivel, también el 27,35% de compromisos logró mejorar los registros iniciales del pre test y en el 6,25%, no se alcanzó ningún tipo de mejora. Por tanto, un dato muy revelador del efecto de la metodología utilizada es que se cumplieron el 93,75% de los compromisos saludables que se propusieron los alumnos. De igual modo, tanto o más llamativo es el porcentaje de consolidación obtenido a los 3 meses de haber finalizado la intervención, que se situó en el 75,78%, es decir, que 3 de cada 4 alumnos seguían manteniendo los valores alcanzados en el pos test. Los hábitos de estos estudiantes en su mayoría cambiaron, sin duda algo muy favorable para sus propias vidas (76). De acuerdo con los estudios escogidos y la investigación realizada, se evidencia que menos del 50% de docentes exponen temas relacionados con la prevención de hábitos nocivos, y menos aún, tratan de promover un estilo saludable de vida entre sus estudiantes. Lo peor, han sido los resultados de La Salle, al parecer la salud emocional y mental es menos valorada. La intervención educativa de los docentes es entendida como un conjunto de acciones de carácter

motivacional, pedagógico, con metodología cuyo objetivo sea intentar que los estudiantes alcancen o se aproximen a los objetivos planteados, a través de un programa o una propuesta interesante y retadora como en un estudio mencionado anteriormente. Algo que atraiga la atención de los estudiantes adolescentes y los motive al cambio. Cabe mencionar en este momento, las acciones realizadas por el Ministerio de Educación del Ecuador como el Proyecto Educativo institucional que es el instrumento de planificación estratégica participativa que orienta la gestión de los procesos que se desarrollan al interior de una institución educativa, para propiciar un entorno favorable para el aprendizaje y buscar su mejora. Su componente tercero, mencionado en el marco conceptual puntualiza los 6 aspectos a trabajar en cada institución sea fiscal, fiscomisional o particular. Dentro de los cuales y como primero destaca la promoción de la salud.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Los estudiantes de tercer año de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional La Salle se encuentran en una edad media de 17 años. No existe una diferencia muy significativa de porcentajes entre el género masculino y femenino. La mayoría de estudiantes residen en la zona urbana. Y en su totalidad, el grupo se autoidentificó con la etnia mestiza.
- Se evidenció la presencia de hábitos nocivos en los estudiantes de tercer año de bachillerato. La experiencia de embriaguez se ha dado en más de la mitad de ellos, señalando que la bebida de preferencia es la cerveza. La mayoría de adolescentes prefieren consumir alcohol con su grupo de pares, sin embargo, un buen porcentaje lo hacen en presencia y compañía de familiares.
- La experiencia con el tabaco es iniciada a edades más tempranas en comparación con el alcohol, y los fumadores actuales son algo más de la mitad de estudiantes ya que algunos de ellos indicaron haber abandonado el hábito de fumar. Tanto el alcohol como el tabaco son muy accesibles, y los adolescentes los pueden conseguir con facilidad. Las drogas ilegales son menos consumidas, siendo la marihuana la más usada, seguida de la cocaína y el éxtasis.
- Del grupo de estudiantes la mayoría se autoperciben dentro de lo normal, pocos se ven con un peso inferior; y un porcentaje más o menos elevado dicen estar con un peso superior al normal, lo que va de la mano con un consumo elevado

de alimentos basura dentro y fuera de la institución educativa. Añadido a esto la escasa o nula práctica de deportes y actividad física en más de la mitad de estudiantes.

- Las horas de descanso nocturnas no son las suficientes, la mayoría duermen menos de 6 horas al día, lo que afectaría su salud mental y emocional a largo plazo, con la aparición de somnolencia, irritabilidad y cambios de conducta.
- Se determinó la ausencia de educación hacia los estudiantes sobre temas de promoción de la salud y prevención de hábitos nocivos, pues más de la mitad de adolescentes indicaron que durante el año escolar no han recibido información, planes o consejos para hacer frente ante el consumo u ofrecimiento de alcohol, tabaco y drogas. No se les ha enseñado cómo cuidar su salud a la hora de alimentarse mejor o de realizar actividad física. Y casi la totalidad de estudiantes no han sido prevenidos en cómo manejar el estrés, la depresión u otras emociones de manera saludable.
- La aplicación del Proyecto Educativo Institucional del Ministerio de Educación, para una mejor convivencia, previniendo los hábitos nocivos y promocionando estilos de vida saludables no se ha ejecutado dentro de la institución.
- Se realizó una guía de capacitación para la prevención de hábitos nocivos en estudiantes, y de igual modo se socializaron los resultados más relevantes frente al grupo de estudio y algunos docentes, con la finalidad de aportar con información, opciones y consejos para el desarrollo de hábitos saludables dentro de la Unidad Educativa.

5.2. Recomendaciones

- A la Unidad Educativa para que se siga manteniendo como un referente en la educación académica, humana y cristiana, abriendo las puertas a todos los muchachos que deseen educarse en ella. Sean varones o mujeres, de cualquier edad, estrato social y procedencia.
- Después de los resultados encontrados y en vista que tienen similitud con la realidad mundial. Se recomienda realizar posteriores estudios, para analizar el movimiento y presencia de hábitos nocivos en los estudiantes adolescentes, para con ello desarrollar un plan estratégico en favor de la salud de los adolescentes. Pues el consumo de drogas legales e ilegales, el sedentarismo, la inadecuada nutrición y las emociones negativas no controladas continúan afectando la vida de muchos jóvenes y familias.
- A la Unidad Educativa para que tenga en cuenta el Proyecto Educativo Institucional impulsado por el Ministerio de Educación, lo analice, planifique, cree estrategias y los ejecute con la participación de toda la comunidad educativa. Así mismo, cada maestro desde su experiencia y su singularidad ha de aconsejar, motivar y persuadir a sus estudiantes; pensando no solo en formar a jóvenes con capacidades intelectuales, sino potenciando la formación de seres física, mental y emocionalmente saludables.
- A los estudiantes de la Unidad Educativa, para que, con la información entregada en la guía y la socialización de resultados, busquen más fuentes de información acerca de los efectos, daños y consecuencias provocados por la práctica de hábitos nocivos, fomentando la prevención del uso y abuso de sustancias tóxicas, alimentos poco saludables y prácticas sedentarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hábitos de vida y adolescencia. Bermejo , María. 105, San Sebastián : s.n., 2011, Vol. 75.
2. Actividad física y sedentarismo: Determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud del adolescente. Lavielle , Pilar, y otros. 2, México : Revista de Salud Pública, 2014, Vol. 16.
3. Salud, Organización Mundial de la. Organización Mundial de la Salud. [En línea] Mayo de 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
4. Prats, Jaima. El estilo de vida ‘no saludable’ causa 16 millones de muertes al año. El país. 19 de Enero de 2015.
5. CONSEP. Prevención de drogas. Quito : s.n., 2012.
6. Consumo de alcohol en menores de edad en Loja, Zamora y Santiago de Cali. Marín, Isidro, Aguirre, María y Vaca, Silvia. 1, Loja : INFAD, 2014, Vol. 4.
7. Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Riofrío , Rosa y Castañeda, Lucía. 1, Guayaquil : ENFERMAGEN, 2010, Vol. 18.
8. Sobrepeso y obesidad en escolares y adolescentes del área urbana de la ciudad de Riobamba, Ecuador. Ramos, Patricio, y otros. 1, Pamplona : Scielo, 2015, Vol. 19.
9. Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo. . Huitrón, Gerardo, y otros. 70, Santiago - México D. F. : Papeles de Población , 2011.
10. Asociación de municipalidades del Ecuador. ame. [En línea] 2012. <http://www.ame.gob.ec/ame/>.
11. Varios, Autores. Historia de la Unidad Educativa Fiscomisional La Salle. Tulcán : s.n., 2017.
12. General, Secretaría. Situación actual de la Unidad Educativa La Salle. Tulcán : s.n., 2017.

13. Rectorado. Misión y visión de la Unidad Educativa Fiscomisional La Salle. Tulcán : s.n., 2017.
14. Juvenil, Departamento de Pastoral. Valores de la Unidad Educativa La Salle. Tulcán : s.n., 2017.
15. Salud, Organización Mundial de la. OMS. [En línea] 2017.
16. Tierney, Jaclyn. La Adolescencia una época de oportunidades. Nueva York : UNICEF, 2011.
17. Nicolson , Doula y Ayers, Harry. Problemas de la adolescencia . Londres : Alfaomega , 2013.
18. Nevid, Jeffrey. Psicología conceptos y aplicaciones. Australia : CENGAGE Learning, 2011.
19. Sánchez, Juan Carlos. El alcoholismo. s.l. : Grupo Cultural, 2009.
20. Papalia, Diane, Duskin, Ruth y Martorell , Gabriela. Desarrollo humano. México : McGRAW HILL, 2012.
21. Moreno, Amparo. La Adolescencia. Bcelona : UOC, 2015.
22. Cruz, Francisca, y otros. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. . La Habana : MINSAP, 2002.
23. Muriel, Sofía, y otros. Comportamientos alarmantes infantiles y juveniles . Xocoyahualco : LEXUS, 2012.
24. Laespada, María Teresa. Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes: una mirada ecológica. Bilbao : DEUSTO, 2014.
25. De la Cruz, Eugenio. Guía de tabaquismo en Pediatría. Alicante : ECU, 2014.
26. Sánchez , Juan Carlos. El tabaquismo. s.l. : Grupo Cultural, 2009.
27. Hernández, Eduardo. Cómo dejar de fumar y prevenir otras adicciones . México : Trillas, 2013.

28. Capó, María Cristina. Mis hijos y las drogas: prevención a través del clima familiar y afectivo. Bogotá : De la U, 2011.
29. Álvarez, Javier. Análisis psicosocial del uso de sustancias adictivas. México : Plaza y Valdés, 2011.
30. Recalde, María Mercedes y Recalde, Héctor. Educación y prevención del consumo problemático de drogas II: sustancias ilegales. . Buenos Aires : Del Aula Taller, 2015.
31. Blake, André. Hacia un estilo de vida saludable. . Buenos Aires : Eudeba, 2012.
32. Drogodependencias, Instituto Deusto de. Drogas y escuela VIII: las drogas entre los escolares de Euskadi treinta años después. . Bilbao : Universidad de Deusto, 2012.
33. Urbano, Claudio. Psicología y cultura de los adolescentes. Córdoba : Brujas, 2016.
34. Ansorena, Diana y Martínez, Alfredo. Alimentación, ejercicio físico y salud. Navarra : EUNSA, 2010.
35. Vázquez, Sofía y Mingote, Belén. Actividad física en los adolescentes: un valor para crecer y vivir sanos. . Madrid : Díaz de Santos, 2013.
36. Cigarroa, Iván . Estilos de vida activos: la actividad física y sus beneficios en la infancia y adolescencia. Santiago de Chile : RIL , 2016.
37. Andia, Silvia, Eymann, Alfredo y Fernández, Diego. Entender y tratar el sedentarismo: consejos para mejorar la calidad de vida. Bacerlona : Ned Ediciones, 2014.
38. Astiasarán, Iciar, Martínez, Alfredo y Muñoz, Mercedes. Claves para una alimentación óptima: qué nos aportan los alimentos y cómo utilizarlos a lo largo de la vida. . Madrid : Díaz de Santos, 2015.
39. Salazar, Beatriz, Salazar Vázquez, Miguel y Pérez, Ruy. ¿Gorditos o enfermos? La obesidad en niños y adolescentes. . México D. F. : FCE, 2015.
40. Recalde, María Mercedes. Salud y adolescencia. Buenos Aires : Aula Taller, 2011.
41. Islas, Sergio y Revilla, María Cristina. Diabetes mellitus: actualizaciones. . México D. F. : Alfil S. A. , 2013.

42. González, David. Diabetes mellitus: el reto a vencer. . México D. F. : Alfil S. A. , 2013.
43. Barcelata, Blanca. Adolescentes en riesgo: una mirada a partir de la resiliencia. . México : El Manual Moderno, 2015.
44. Perea, Rogelia. Promoción y educación para la salud: tendencias innovadoras. Madrid : Díaz de Santos, 2010.
45. Salud, Organización Mundial de la. OMS. [En línea] 2016.
46. Espinosa García, Jacinto. Asterisco. [En línea] <http://platea.pntic.mec.es/~jrui2/ast98/index.htm>.
47. Olmedo, Rosario. Actividades de educación en el tiempo libre infantil y juvenil. . Málaga : IC, 2012.
48. Ecuador, Ministerio de Educación del. Proyecto Educativo Institucional. Quito : MSP, 2017.
49. Subsecretaría de apoyo, seguimiento y regulación de la educación. Instructivo para la construcción participativa del código de convivencia en base a la guía metodológica. Quito : s.n., 2017. 332 - 13.
50. Constitución de la República del Ecuador . Montecristi : s.n., 2008.
51. Plan Nacional Para el Buen Vivir. Quito : Senplades, 2013 .
52. Ley Orgánica de Salud. Quito : s.n., 2012. 67.
53. Ecuador, Congreso Nacional del. Ley de sustancias estupefacientes y psicotrópicas . Quito : s.n., 2004 - 2016.
54. Heredia, René y Barrera , Gina. Código de ética. Quito : MSP, 2013.
55. Enfermeras, Consejo Internacional de. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería . Ginebra : s.n., 2006.
56. Ecuador, Congreso de la República del. Código de la niñez y adolescencia . Quito : s.n., 2003 - 2014.

57. Sociólogos. Sociólogos . [En línea] 2012.
<http://sociologos.com/2012/09/27/que-es-la-demografia/>.
58. Enciclopedia Salud . enciclopediasalud.com. [En línea] 2016.
<http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/actitud>.
59. Significados . [En línea] <https://www.significados.com/conocimiento/>.
60. Censos, Instituto Nacional de Estadísticas y. Resultados del censo nacional de población y vivienda de Ecuador . Quito : s.n., 2010.
61. Factores en el consumo de alcohol. Cicua, Diana, Méndez , Margaret y Muñoz , Liliana. 11, Bogotá : Pensamiento psicológico, 2008, Vol. 4.
62. Consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del Área IV del municipio de Cienfuegos. Enríquez, Silvia, Fernández , Ana y Rueda, Vanessa. 2, Cienfuegos : Medisur, 2017, Vol. 15.
63. Rubio González, Antonia . Consumo de alcohol y contextos de desarrollo en la adolescencia . Huelva : Universidad de Huelva, 2016.
64. Consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia. Ferrerira y Torgal. 2, Porto : Latino Am En - Fermagem, 2010, Vol. 18.
65. Pérez, Augusto y Scoppetta, Orlando. Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia: un estudio con jóvenes escolarizados de 12 a 17 años en 7 capitales de departamento y dos municipios pequeños. Bogotá D. C. : Corporación Nuevos Rumbos, 2008.
66. Variables asociadas al inicio del consumo de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundaria de los colegios oficiales de la ciudad de Cartagena. Cogollo Milanés y Gómez, Bustamante. 2, Chía : Aquichan , 2014, Vol. 14.
67. Pública, Subsecretaría de Salud. Tabaquismo en jóvenes chilenos: tristes records. Santiago : Ministerio de Salud de Chile, 2009.
68. Consumo de tabaco en la población adolescente del barrio La Victoria de Valladolid. Muñoz , Efrén y Sastre , Jéssica. 3, Valladolid : RECIÉN , 2011, Vol. 1.

69. Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. Pérez , Alejandro, y otros. 1, Barcelona : Gac Sanit, 2012, Vol. 26.
70. Estudio cuantitativo del consumo de drogas y factores sociodemográficos asociados en estudiantes de una universidad tradicional chilena. Sepulveda, Jaqueline, Roa, Jorge y Muñoz, Marcos. Concepción : Med Chile, 2011, Vol. 139.
71. Ortega , Yulis, y otros. Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con ambientes de vulnerabilidad familiar y contextos sociales conflictivos. Santa Marta : UNAD, 2015.
72. Imagen corporal; revisión bibliográfica. . Vaquero, Raquel, y otros. 1, Murcia : Nutrición Hospitalaria, 2013, Vol. 28.
73. Levit , Nadina. Preferencias y conductas alimentarias en los adolescentes. . Rosario : UAI, 2011.
74. Rutinas de sueño y ajuste adolescente. Oliva, Alfredo, y otros. 3, Sevilla : Psicología Conductual, 2011, Vol. 19.
75. El abordaje del alcohol en el contexto de la enseñanza fundamental: la reconstrucción socio imaginaria de los docentes. . Ventura, Ingryd y Tosoli, Antonio. 5, Río de Janeiro : Latino - Am Enfermagem, 2010, Vol. 18.
76. Mejora de hábitos saludables en adolescentes desde la educación física escolar. . Pérez, Isaac y Delgado, Manuel. Granada : Revista de Educación física, 2013.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta aplicada a los estudiantes.



Programa de apoyo interinstitucional a las Comunidades Educativas de la Zona de Frontera, de la Región Andina Colombo – Ecuatoriana



Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....con C. I.deseo participar de esta investigación, respondiendo a la siguiente encuesta. Conociendo que la información dada será utilizada con fines investigativos.

Datos Socio demográficos, por favor lea y llene lo casilleros correspondientes:

Institución	
-------------	--

Edad	
------	--

Género	Masculino	
	Femenino	

Ocupación	
-----------	--

Domicilio	Provincia	
	Ciudad	
	Parroquia	
	Barrio/Sector	

Etnia	Mestiza	
	Indígena	
	Afroecuatoriano	
	Montuvio	
	Blanco	

A continuación, Usted encontrará una serie de preguntas, sobre diferentes aspectos que favorecen los estilos de vida saludables, favor contestarlas según la respuesta que para usted es real.

Uso de Alcohol	
1. ¿Qué tipo de bebida alcohólica tomas habitualmente? SELECCIONA UNA SOLA a. Yo no tomo alcohol b. Cerveza c. Vino d. Aguardiente e. Norteño f. Otro tipo	2. ¿Cuántos de tus amigos toman frecuentemente 5 o más tragos en una sola reunión? a. Ninguno b. Pocos c. Algunos d. La mayoría e. Todos

<p>Tambalearse cuando caminas, sin poder hablar correctamente y vomitando son algunas señales de estar bien borracho/a.</p> <p>3. ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste tanto alcohol que llegaste a emborracharte?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nunca he tomado tanto alcohol hasta el punto de emborracharme b. 7 años o menos c. 8 o 9 años d. 10 u 11 años e. 12 o 13 años f. 14 o 15 años g. 16 años o más 	<p>4. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has tomado tanto alcohol que llegaste a emborracharte?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 o más veces
---	--

<p>5. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces tuviste problemas con tus familiares o amigos, faltaste a la escuela o te metiste en peleas como resultado de tomar alcohol?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 o más veces 	<p>6. ¿Quién de tus padres o tutores toma alcohol?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ninguno b. Mi padre o tutor c. Mi madre o tutora d. Ambos e. No lo sé
<p>7. ¿Dónde estabas la última vez que tomaste una bebida alcohólica?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nunca he tomado una bebida alcohólica b. En mi casa c. En casa de otra persona d. En la escuela e. En la calle, un parque o en alguna otra área abierta f. En un bar, o discoteca g. En un restaurante h. En otro lugar no mencionado 	<p>8. ¿Con quién tomas alcohol habitualmente?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. No tomo alcohol b. Con mis amigos c. Con mi familia d. Con gente que recién conocí e. Usualmente tomo solo/a
<p>9. ¿Te permiten tomar bebidas alcohólicas en casa?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Yo no tomo alcohol b. Sí c. No 	<p>10. Durante los últimos 30 días, ¿hubo alguien que se negó a venderte alcohol a causa de tu edad?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. No he intentado comprar alcohol en los últimos 30 días b. Sí, hubo alguien que no me vendió alcohol a causa de mi edad c. No, mi edad no impidió que me vendieran alcohol

<p>11. ¿Alguno de tus hermanos/as toma alcohol?</p> <p>a. No tengo hermanos o hermanas b. Sí c. No d. No lo sé</p>	<p>12. ¿Cuántos de tus amigos toman alcohol?</p> <p>a. Ninguno b. Pocos c. Algunos d. La Mayoría e. Todos</p>
<p>13. ¿Sabes tus padres que tomas alcohol?</p> <p>a. No tomo alcohol b. Sí c. No d. No lo sé</p>	

El Rol de los Medios de Comunicación y la Publicidad	
<p>14. ¿Qué tan seguido ves a actores bebiendo alcohol cuando ves televisión, videos, o películas?</p> <p>a. No veo televisión, videos o películas b. Nunca c. Rara Vez d. Algunas veces e. La mayoría del tiempo f. Siempre</p>	<p>15. ¿Qué tan seguido ves anuncios sobre alcohol cuando vas a eventos deportivos, ferias, conciertos, eventos comunitarios o eventos sociales?</p> <p>a. No voy a eventos deportivos, ferias, conciertos, eventos comunitarios o eventos sociales b. Nunca c. Rara Vez d. Algunas veces e. La mayoría del tiempo f. Siempre</p>
<p>16. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos anuncios de alcohol has visto en la televisión?</p> <p>a. No he visto televisión durante los últimos 30 días b. Bastantes c. Poco d. Ninguno</p>	<p>17. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos anuncios sobre alcohol has visto en vallas publicitarias?</p> <p>a. No he visto vallas publicitarias durante los últimos 30 días b. Bastantes c. Pocos d. Ninguno</p>
<p>18. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos anuncios de alcohol has visto en periódicos o revistas?</p> <p>a. No he visto periódicos y revistas durante los últimos 30 días b. Bastante c. Poco d. Ninguno</p>	<p>19. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos anuncios de alcohol has visto en el Internet?</p> <p>a. No he usado el Internet durante los últimos 30 días b. Bastantes c. Pocos d. Ninguno</p>

<p>20. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia has visto anuncios de alcohol en algún medio de comunicación o evento (videos, revistas, el Internet o en cines, eventos deportivos, o conciertos.)?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. Casi a diario e. Casi a diario</p>	<p>21. ¿Tienes alguna cosa como una camiseta, bolígrafo, mochila, u otro objeto que tenga el logo de alguna marca de bebida alcohólica?</p> <p>a. Si b. No</p>
---	--

Conocimientos, Actitudes, Habilidades y Fuentes de Información	
<p>22. Si alguno de tus mejores amigos o amigas te ofreciera una bebida alcohólica, ¿te la tomarías?</p> <p>a. Definitivamente no b. Probablemente no c. Probablemente sí d. Definitivamente sí</p>	<p>23. ¿Qué tan difícil crees que sería conseguir alcohol, como: Cerveza, Vino, Aguardiente, Chapil, si quisieras?</p> <p>a. Imposible b. Muy difícil c. Relativamente difícil d. Relativamente fácil e. Muy fácil f. No lo sé</p>
<p>24. ¿Te han enseñado en algunas de tus clases, durante este año escolar, sobre los problemas asociados con beber alcohol?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo sé</p>	<p>25. ¿Te han enseñado en algunas de tus clases, durante este año escolar, sobre los efectos del uso del alcohol y cómo tomar decisiones al respecto?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo sé</p>
<p>26. ¿Te han enseñado en algunas de tus clases, durante este año escolar, cómo decir a alguien que no deseas beber alcohol?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo sé</p>	

Hábitos Alimenticios	
<p>1. ¿Cómo describes tu peso?</p> <p>a. Muy inferior al peso normal b. Un poco inferior al peso normal c. Alrededor del peso normal d. Un poco superior al peso normal e. Muy superior al peso normal</p>	<p>2. ¿Cuál de las siguientes opciones estás tratando de hacer con respecto a tu peso?</p> <p>a. No estoy tratando de hacer nada con respecto a mi peso b. Perder peso c. Ganar peso d. Mantener mi peso</p>

<p>3. ¿Te has pesado y medido durante los últimos 12 meses?</p> <p>a. Sí b. No</p>	<p>4. Durante los últimos 30 días ¿Has hecho ejercicios para perder o mantener tu peso o evitar subir de peso?</p> <p>a. Sí b. No</p>
<p>5. Durante los últimos 30 días ¿Has tomado pastillas, polvos o líquidos para adelgazar o evitar subir de peso sin consultar a tu doctor?</p> <p>a. Sí b. No</p>	<p>6. Durante los últimos 30 días ¿Has ingerido menos comidas, calorías, o has tomado comidas bajas en grasa para bajar de peso o evitar ganar peso?</p> <p>a. Sí b. No</p>

<p>7. Durante los últimos 30 días ¿Has estado sin comer por 24 horas o más (también llamado ayuno) para perder peso o evitar ganar peso?</p> <p>a. Sí b. No</p>	<p>8. Durante los últimos 30 días ¿Has vomitado o tomado laxantes para perder peso o evitar ganar peso?</p> <p>a. Sí b. No</p>
<p>9. Durante los últimos 30 días ¿Has hecho ejercicios, para ganar peso?</p> <p>a. Sí b. No</p>	<p>10. Durante los últimos 30 días ¿Has ingerido más comida, más calorías o has tomado comidas alta en grasa para ganar peso?</p> <p>a. Sí b. No</p>
<p>11. Durante los últimos 30 días ¿Has tomado alguna pastilla, polvos o líquidos para subir de peso sin consultar a tu doctor?</p> <p>a. Sí b. No c.</p>	<p>12. Durante los últimos 30 días, ¿Qué tan seguido has llevado lunch a tu escuela?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>
<p>13. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido han ofrecido desayuno en tu escuela?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>14. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido fue ofrecido lunch en tu escuela?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>
<p>15. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan frecuente tomaste desayuno?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>16. ¿Cuál es la razón principal por la que no desayunas?</p> <p>a. Siempre desayuno b. No tengo tiempo para desayunar c. No puedo desayunar muy temprano d. No siempre hay comida en mi casa e. Alguna otra razón</p>

<p>17. Durante los últimos 30 días, ¿Cuántas veces por día usualmente has tomado leche o comido algún producto lácteo, como [yogurt, queso, kumis]?</p> <ol style="list-style-type: none"> No he tomado leche ni comido ningún producto Menos de un vez por día 1 vez por día 2 veces por día 3 veces por día 4 veces por día 5 o más veces por día 	<p>18. Durante los últimos 30 días ¿Cuántas veces por día usualmente has consumido comida salada?</p> <ol style="list-style-type: none"> No he comido comida salada en los últimos 30 días Menos de un vez por día 1 vez por día 2 veces por día 3 veces por día 4 veces por día 5 o más veces por día
<p>19. Durante los últimos 30 días ¿Cuántas veces por día usualmente has comido comida alta en grasa, como [frito, chicharrón]?</p> <ol style="list-style-type: none"> No he comido comida alta en grasa en los últimos 30 días Menos de un vez por día 1 vez por día 2 veces por día 3 veces por día 4 veces por día 5 o más veces por día 	<p>20. Durante los últimos 30 días ¿Cuántas veces por día usualmente has tomado jugo de frutas, como [naranja, mango]?</p> <ol style="list-style-type: none"> No he tomado jugo de fruta en los últimos 30 días Menos de un vez por día 1 vez por día 2 veces por día 3 veces por día 4 veces por día 5 o más veces por día

El Rol de los Medios de Comunicación y la Publicidad	
<p>21. ¿Qué tan seguido salen anuncios de bebidas gaseosas o comida rápida, cuando ves televisión, videos, o películas?</p> <ol style="list-style-type: none"> No veo televisión, videos, o películas Nunca Rara vez Algunas veces La mayoría del tiempo Siempre 	<p>22. Durante los últimos 30 días ¿Cuántos anuncios de bebidas gaseosas o comida rápida has visto en la televisión?</p> <ol style="list-style-type: none"> No he visto televisión en los últimos 30 días Bastantes Pocos Ninguno
<p>23. Durante los últimos 30 días ¿Cuántos anuncios de bebidas gaseosas o comida rápida has visto en el Internet?</p> <ol style="list-style-type: none"> No he usado el Internet en los últimos 30 días Bastantes Pocos Ninguno 	<p>24. Durante los últimos 30 días ¿Cuántos mensajes de texto o llamadas telefónicas has recibido que te han motivado a visitar una página Web de alguna marca de bebida gaseosa o comida rápida?</p> <ol style="list-style-type: none"> No he recibido ningún mensaje de texto llamada telefónica en los últimos 30 días Bastantes Pocos Ninguno

<p>25. ¿Puedes comprar o recibes gratis bebidas gaseosas en tu escuela?</p> <p>a. Sí b. No</p>	<p>26. ¿Puedes comprar o recibes gratis comida rápida en tu escuela?</p> <p>a. Sí b. No</p>
<p>27. Durante los últimos 30 días ¿Cuántos anuncios de bebidas gaseosas o comida rápida has visto en tu escuela?</p> <p>a. No he visto ningún anuncio de bebidas gaseosas o comida rápida en mi escuela b. Bastantes c. Pocos d. Ninguno</p>	

Conocimientos, Actitudes, Habilidades y Fuentes de Información	
<p>28. Durante este año escolar ¿Te han enseñado en alguna de tus clases sobre los beneficios de comer saludable?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo sé</p>	<p>29. Durante este año escolar ¿Te han enseñado en alguna de tus clases, sobre los beneficios de comer más frutas y vegetales?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo sé</p>

<p>30. Durante este año escolar ¿Te han enseñado en alguna de tus clases cómo preparar o almacenar comida de manera segura?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo sé</p>	<p>31. Durante este año escolar ¿Te han enseñado en alguna de tus clases, sobre modos saludables de ganar peso?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo sé</p>
<p>32. Durante este año escolar ¿Te han dado alguna clase sobre formas saludables de perder peso?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo sé</p>	

Consumo de Drogas	
<p>1. Durante tu vida, ¿cuántas veces tuviste problemas con tus familiares o amigos, faltaste a la escuela o te metiste en peleas como resultado de tomar drogas?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces o más</p>	<p>2. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has consumido marihuana (yerba)?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces o más</p>
<p>3. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has consumido marihuana?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces y más</p>	<p>4. ¿Qué tan difícil crees que sería para ti conseguir marihuana si la quisieras?</p> <p>a. Imposible b. Muy difícil c. Relativamente difícil d. Relativamente fácil e. Muy fácil f. No lo sé</p>
<p>5. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido cocaína (blanca)?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces o más</p>	<p>6. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has consumido cocaína (blanca)?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces o más</p>
<p>7. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has consumido cocaína?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces y más</p>	<p>8. ¿Qué tan difícil crees que sería para ti conseguir cocaína si la quisieras?</p> <p>a. Imposible b. Muy difícil c. Relativamente difícil d. Relativamente fácil e. Muy fácil f. No lo sé</p>
<p>9. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido disolventes o inhalantes (bóxer)?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces y más</p>	<p>10. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has consumido disolventes o inhalantes?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces y más</p>

<p>11. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has consumido disolventes o inhalantes?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces y más</p>	<p>12. ¿Qué tan difícil crees que sería para ti conseguir disolventes o inhalantes?</p> <p>a. Imposible b. Muy difícil c. Relativamente difícil d. Relativamente fácil e. Muy fácil f. No lo sé</p>
<p>13. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido éxtasis (también llamada)?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces y más</p>	<p>14. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has consumido éxtasis</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces y más</p>
<p>15. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has consumido éxtasis?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces y más</p>	<p>16. ¿Qué tan difícil crees que sería para ti conseguir éxtasis si la quisieras?</p> <p>a. Imposible b. Muy difícil c. Relativamente difícil d. Relativamente fácil e. Muy fácil f. No lo sé</p>
<p>17. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido heroína (de la flor de la amapola)?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces y más</p>	<p>18. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has consumido heroína?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces y más</p>
<p>19. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has consumido heroína?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces y más</p>	<p>20. ¿Qué tan difícil crees que sería para ti conseguir heroína si la quisieras?</p> <p>a. Imposible b. Muy difícil c. Relativamente difícil d. Relativamente fácil e. Muy fácil f. No lo sé</p>
<p>21. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido drogas de prescripción médica sin receta médica?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces o más</p>	<p>22. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has consumido drogas de prescripción médica sin receta médica?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces y más</p>

<p>23. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has consumido drogas de prescripción médica sin receta médica?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces y más</p>	<p>24. Durante toda tu vida ¿cuántas veces has usado una jeringa o aguja para inyectar alguna droga ilegal en tu cuerpo?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces y más</p>
<p>25. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido basuco?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces y más</p>	<p>26. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has consumido basuco?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces o más</p>
<p>27. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has consumido basuco?</p> <p>a. 0 veces b. 1 o 2 veces c. 3 a 9 veces d. 10 a 19 veces e. 20 veces o más</p>	<p>28. ¿Qué tan difícil crees que sería para ti conseguir basuco si la quisieras?</p> <p>a. Imposible b. Muy difícil c. Relativamente difícil d. Relativamente fácil e. Muy fácil f. No lo sé</p>
<p>29. Durante este año escolar, ¿Has recibido alguna información sobre los problemas asociados al consumo de drogas?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo sé</p>	

Salud Mental	
<p>1. Durante los últimos 12 meses ¿Qué tan seguido, has estado tan preocupado/a por algo que te ha llevado a tomar bebidas alcohólicas o consumir otras drogas que te hicieran sentir mejor?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>2. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan seguido, has estado tan preocupado/a por algo que no te dejó comer o te quitó el apetito?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>
<p>3. Durante los últimos 12 meses ¿Qué tan seguido has tenido problemas en concentrarte al hacer tu tarea u otra actividad?</p> <p>a. Nunca b. Rara vez c. Algunas veces d. La mayoría del tiempo e. Siempre</p>	<p>4. Si es que trataste de quitarte la vida en alguna ocasión durante los últimos 12 meses, ¿se dio alguna ocasión en que tuviste que ser tratado/a por un doctor o enfermera a causa de heridas, envenenamiento, o sobredosis?</p> <p>a. No he intentado quitarme la vida durante los últimos 12 meses b. Sí c. No</p>

Conocimientos, Actitudes, Habilidades y Fuentes de Información	
<p>5. Durante este año escolar ¿Te han enseñado en alguna de tus clases cómo controlar la ira?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo se</p>	<p>6. Durante este año escolar ¿Te han hablado en alguna de tus clases sobre signos de depresión y el comportamiento suicida?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo se</p>
<p>7. Durante este año escolar ¿Te han enseñado en alguna de tus clases qué hacer si es que uno/a de tus amigos/as está pensando en quitarse la vida?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo se</p>	<p>8. Durante este año escolar, ¿Te han enseñado en alguna de tus clases formas de sobrellevar el estrés de manera saludable?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo se</p>

Actividad Física	
<p>1. Durante la última semana ¿Cuántos días has hecho ejercicios, como flexiones de brazos, sentadillas, o levantamiento de peso, para fortalecer o tonificar tus músculos?</p> <p>a. 0 días b. 1 día c. 2 días d. 3 días e. 4 días f. 5 días g. 6 días h. 7 días</p>	<p>2. Durante la última semana ¿Cuántos días has hecho ejercicios de estiramiento, como flexión de rodillas, estiramiento de piernas, entre otros?</p> <p>a. 0 días b. 1 día c. 2 días d. 3 días e. 4 días f. 5 días g. 6 días h. 7 días</p>
<p>3. Durante los días que tienes clases ¿Cuántas horas duermes habitualmente por la noche?</p> <p>a. 4 o menos horas b. 5 horas c. 6 horas d. 7 horas e. 8 horas f. 9 horas g. 10 o más horas</p>	<p>4. Durante los últimos 12 meses ¿En cuántos equipos de deportes has jugado?</p> <p>a. 0 equipos b. 1 equipo c. 2 equipos d. 3 o más equipos</p>
Conocimientos, Actitudes, Habilidades y Fuentes de Información	
<p>5. Durante este año escolar ¿Te han enseñado en alguna de tus clases cómo preparar un plan de actividad física?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo sé</p>	<p>6. Durante este año escolar ¿Te han enseñado en alguna de tus clases cómo prevenir lesiones haciendo actividad física?</p> <p>c. Sí d. No e. No lo sé</p>

<p>7. Durante este año escolar ¿Te han enseñado en alguna de tus clases los beneficios de la actividad física?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo sé</p>	<p>8. Durante este año escolar, ¿Te han enseñado en alguna de tus clases las posibilidades para practicar actividades físicas en tu comunidad?</p> <p>a. Sí b. No c. No lo sé</p>
---	---

ENCUESTA MUNDIAL SOBRE TABAQUISMO EN JÓVENES	
<p>1. ¿Alguna vez has probado cigarrillos, aunque sea una o dos fumadas o pitadas?</p> <p>a) Sí b) No</p>	<p>2. ¿Cuántos años tenías cuando trataste de fumar por primera vez un cigarrillo?</p> <p>a) Nunca he fumado cigarrillos b) 7 años o menos c) 8 a 9 años de edad d) 10 a 11 años de edad e) 12 a 13 años de edad f) 14 a 15 años de edad g) 16 años o más</p>
<p>3. En los últimos 30 días (un mes), ¿cuántos días fumaste cigarrillos?</p> <p>a) 0 días b) 1 a 2 días c) 3 a 5 días d) 6 a 9 días e) 10 a 19 días f) 20 a 29 días g) cada día de los últimos 30 días.</p>	<p>4. En los últimos 30 días (un mes), los días que fumaste, ¿cuántos cigarrillos fumaste la mayoría de las veces?</p> <p>a) No fumé cigarrillos durante los últimos 30 días (un mes) b) Menos de un cigarrillo por día c) 1 cigarrillo por día d) 2 a 5 cigarrillos por día e) 6 a 10 cigarrillos por día f) 11 a 20 cigarrillos por día g) Más de 20 cigarrillos por día h) h. No fumo</p>
<p>5. En los últimos 30 días (un mes), ¿cómo conseguiste tus cigarrillos la mayoría de las veces?</p> <p>a) No fumé cigarrillos durante los últimos 30 días (un mes) b) Los compré en una tienda, en un kiosco o supermercado c) Los compré en una máquina d) Le di dinero a una persona para que me los comprara e) Lo pedí a un amigo o amiga f) Los robé (cigarrillos) g) Me los dio una persona mayor h) h. Los conseguí de otra forma</p>	<p>6. ¿Es posible comprar cigarrillos sueltos dónde vives?</p> <p>a) Sí b) No c) No sé</p>

<p>7. En los últimos 30 días, ¿alguien se negó a venderte cigarrillos debido a tu edad?</p> <p>a) No traté de comprar cigarrillos en los últimos 30 días (un mes)</p> <p>b) Sí, alguien se negó a venderme debido a mi edad</p> <p>c) No, mi edad no fue un obstáculo para comprar cigarrillos</p>	<p>8. ¿Dónde fumas habitualmente? (Seleccionar una sola respuesta)</p> <p>a) No fumo cigarrillos</p> <p>b) En casa</p> <p>c) En el colegio/escuela/liceo</p> <p>d) En el trabajo</p> <p>e) En casa de amigos</p> <p>f) En fiestas y reuniones sociales</p> <p>g) En lugares públicos (por ejemplo: parques, en la calle, en centros comerciales, etc.)</p> <p>h) h. En otros lugares</p>
<p>9. ¿Has sentido la necesidad de fumar, o has fumado, inmediatamente cuando te levantas en la mañana?</p> <p>a) Nunca fumé cigarrillos</p> <p>b) He dejado el cigarrillo</p> <p>c) No, no me dan ganas de fumar, ni he fumado, inmediatamente al levantarme en la mañana</p> <p>d) Sí, algunas veces me dan ganas de fumar, o fumo, al levantarme en la mañana</p> <p>e) Sí, siempre tengo ganas de fumar, o fumo, al levantarme en la mañana.</p>	<p>10. ¿Necesitas con el tiempo fumar cada vez más cigarrillos?</p> <p>a) Nunca fumé cigarrillos</p> <p>b) He dejado el cigarrillo</p> <p>c) No, no necesito fumar cada vez más cigarrillos</p> <p>d) Sí, necesito fumar cada vez más cigarrillos.</p>

<p align="center">LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN DIRIGIDAS A EXPLORAR TU CONOCIMIENTO Y ACTITUD HACIA EL TABACO</p>	
<p>11. ¿Tus padres fuman? (o las personas que te cuidan)</p> <p>a) Ninguno de ellos</p> <p>b) Los dos (mi mamá y mi papá)</p> <p>c) Solo mi papá</p> <p>d) Solo mi mamá</p> <p>e) No sé</p>	<p>12. Si uno de tus mejores amigos o amigas te ofreciera un cigarrillo ¿fumarías?</p> <p>a) Absolutamente no</p> <p>b) Probablemente no</p> <p>c) Probablemente sí</p> <p>d) Absolutamente sí</p>
<p>13. ¿Alguien de tu familia ha conversado contigo sobre los efectos dañinos de fumar?</p> <p>a) Sí</p> <p>b) No</p>	<p>14. ¿Le importa a tu familia si fumas cigarrillos?</p> <p>a) Sí</p> <p>b) No</p> <p>c) No sé</p>
<p>15. ¿Crees que en algún momento, durante los próximos 12 meses, fumarás un cigarrillo?</p> <p>a) Absolutamente no</p> <p>b) Probablemente no</p> <p>c) Probablemente sí</p> <p>d) Absolutamente sí</p>	<p>16. ¿Crees que de aquí a 5 años más serás fumador de cigarrillos?</p> <p>a) Absolutamente no</p> <p>b) Probablemente no</p> <p>c) Probablemente sí</p> <p>d) Absolutamente sí</p>

<p>17. ¿Crees que es difícil dejar de fumar una vez que se empieza?</p> <p>a) Absolutamente no b) Probablemente no c) Probablemente sí d) Absolutamente sí</p>	<p>18. ¿Crees que las jóvenes (mujeres) que fuman tienen más o menos amistades?</p> <p>a) Más amistades b) Menos amistades c) No hay diferencia con las que no fuman</p>
<p>19. ¿Crees que los jóvenes (hombres) que fuman tienen más o menos amistades?</p> <p>a) Más amistades b) Menos amistades c) No hay diferencia con los que no fuman</p>	<p>20. ¿El fumar cigarrillos hace que la gente se sienta más o menos cómoda en celebraciones, fiestas o en otras reuniones sociales?</p> <p>a) Más cómoda b) Menos cómoda c) No hay diferencia con los que no fuman</p>
<p>21. ¿Crees que fumar cigarrillos hace que las jóvenes (mujeres) se vean más atractivas o menos atractivas?</p> <p>a) Más atractivas b) Menos atractivas c) No hay diferencia con las que no fuman</p>	<p>22. ¿Crees que fumar cigarrillos hace que los jóvenes (hombres) se vean más o menos atractivos?</p> <p>a) Más atractivos b) Menos atractivos c) No hay diferencia con los que no fuman</p>
<p>23. ¿Crees que el fumar cigarrillos te hace engordar o adelgazar?</p> <p>a) Engordar b) Adelgazar c) No hay diferencia con los que no fuman</p>	<p>24. ¿Crees que fumar cigarrillos es dañino para tu salud?</p> <p>a) Absolutamente no b) Probablemente no c) Probablemente sí d) Absolutamente sí</p>
<p>25. ¿Crees que el cigarrillo light es menos dañino que el normal?</p> <p>a) Sí b) No c) No sé</p>	<p>26. ¿Fuma alguno de tus mejores amigos o amigas?</p> <p>a) Ninguno de ellos b) Alguno de ellos c) La mayoría de ellos d) Todos ellos</p>
<p>27. Cuando ves a un hombre fumando, ¿qué piensas de él? (Seleccionar una sola respuesta)</p> <p>a) Le falta confianza / es inseguro b) Es un tonto c) Es un perdedor d) Tiene éxito e) Es inteligente f) Es varonil g) No pienso nada</p>	<p>28. Cuando ves a una mujer fumando, ¿qué piensas de ella? (Seleccionar una sola respuesta)</p> <p>a) Le falta confianza / es insegura b) Es una tonta c) Es una perdedora d) Tiene éxito e) Es inteligente f) Es sofisticada o elegante g) No pienso nada</p>

29. ¿Crees que es seguro para tu salud si fumas durante un año o dos, siempre y cuando luego dejes de fumar?

- a) Absolutamente no
- b) Probablemente no
- c) Probablemente sí
- d) Absolutamente sí

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN DIRIGIDAS A TU EXPOSICIÓN AL HUMO DE CIGARRILLO QUE OTROS FUMAN

32. ¿Crees que el humo de los cigarrillos de otras personas que fuman es dañino para tu salud?

- a) Absolutamente no
- b) Probablemente no
- c) Probablemente sí
- d) Absolutamente sí

33. En los últimos 7 días en tu casa, ¿cuántos días alguien ha fumado cigarrillos en presencia tuya?

- a) Ningún día
- b) 1 a 2 días
- c) 3 a 4 días
- d) 5 a 6 días
- e) 7 días

34. En los últimos 7 días, ¿cuántos días alguien ha fumado cigarrillos en tu presencia en otros lugares que no sean tu casa?

- a) Ningún día
- b) 1 a 2 días
- c) 3 a 4 días
- d) 5 a 6 días
- e) 7 días

35. ¿Estás de acuerdo con que se prohíba fumar en lugares públicos? (como en restaurantes, en buses, micros, trenes, escuelas, gimnasios, lugares de diversión, discotecas, cines, etc.).

- a) Sí
- b) No

LAS PRÓXIMAS PREGUNTAS SE REFIEREN A TU ACTITUD FRENTE AL DEJAR DE FUMAR CIGARRILLOS

36. ¿Quieres dejar de fumar ahora?

- a) Nunca he fumado cigarrillos
- b) Ya no fumo cigarrillo
- c) Sí
- d) No

37. Durante el último año (12 meses), ¿alguna vez has tratado de dejar de fumar?

- a) Nunca he fumado cigarrillos
- b) No fumé durante el último año
- c) Sí
- d) No

38. ¿Cuánto tiempo hace que dejaste de fumar?

- a) Nunca he fumado cigarrillos
- b) No he dejado de fumar
- c) 1 a 3 meses
- d) 4 a 11 meses
- e) 1 año
- f) 2 años
- g) 3 años ó más

39. ¿Cuál fue la razón principal por la que dejaste de fumar? (Seleccionar una sola respuesta)

- a) Nunca he fumado cigarrillos
- b) No he dejado de fumar
- c) Para mejorar mi salud
- d) Para ahorrar dinero
- e) Porque no le gusta a mi familia
- f) Porque no les gusta a mis amistades
- g) Otra razón

<p>40. ¿Crees que serías capaz de dejar de fumar si quisieras?</p> <p>a) Nunca he fumado cigarrillos b) Ya dejé de fumar c) Sí d) No</p>	<p>41. ¿Alguna vez ha recibido ayuda o consejería para dejar de fumar? (Seleccionar una sola respuesta)</p> <p>a) Nunca he fumado cigarrillos b) Sí, a través de un programa o de un profesional c) Sí, a través de un amigo o amiga d) Sí, a través de un miembro de la familia e) Sí, a través de programas o profesionales, y a través de mis amistades o miembros de mi familia f) No he recibido ayuda o consejería</p>
---	---

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A LO QUE TE ENSEÑARON EN LA ESCUELA/COLEGIO ACERCA DEL TABACO	
<p>42. Durante el presente año escolar, en alguna de tus clases, ¿te han hablado sobre los peligros de fumar?</p> <p>a) Sí b) No c) No estoy seguro(a)</p>	<p>43. Durante el presente año escolar, ¿conversaste en alguna de tus clases, sobre las razones por las que la gente de tu edad fuma?</p> <p>a) Sí b) No c) No estoy seguro(a)</p>
<p>44. Durante el presente año escolar, ¿te hablaron en alguna de tus clases acerca de los efectos del fumar? Como por ejemplo, que tus dientes se vuelven amarillos, que ocasiona arrugas, o te hace oler mal?</p> <p>a) Sí b) No c) No estoy seguro(a)</p>	<p>45. ¿Cuándo fue la última vez que hablaron en clases sobre el fumar y la salud como parte de uno de tus cursos?</p> <p>a) Nunca b) Este año escolar c) El año pasado d) Hace 2 años e) Hace 3 años f) Hace más de 3 años</p>

Fecha de aplicación del instrumento _____

Anexo 2. Fotografías día de aplicación del instrumento.



Indicaciones generales antes del llenado de las encuestas.



Explicando inquietudes sobre el llenado de la encuesta.



Estudiantes de la Unidad Educativa durante la aplicación de la encuesta.



Entrada principal de la Unidad Educativa La Salle.

Anexo 3. Fotografías día de socialización de resultados a los estudiantes.



Socialización de los resultados más relevantes a un grupo de estudiante.



Explicación de dudas y preguntas de los estudiantes de 3° BGU.



Explicación del resultado sobre el tipo de bebida alcohólica más consumida.



Grupo de estudiantes de 3° BGU que participaron de la socialización.

Anexo 4. Portada guía de capacitación para prevención de hábitos nocivos y promoción de estilos de vida saludables en estudiantes.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



**GUÍA INFORMATIVA PARA
LA PREVENCIÓN DE
HÁBITOS NOCIVOS EN ADOLESCENTES**



Autor: Andrés Guerrero.

Tulcán 2017

