

# “Estilos de Vida Saludable en Adolescentes de Enseñanza Media de la Ciudad de San Felipe”

## **Autores:**

Paulina Arenas Jofré  
Daniela Contreras Moya  
M<sup>a</sup> Ignacia García Ovalle  
Karina Huerta Otárola  
Javiera Lueiza Quezada  
Cristina Peña Sandoval  
Eduardo Valdebenito  
Christa Zúñiga Vicuña

## **Docente Guía:**

Esterbina Olivares  
Año 2012

### **Agradecimientos**

Debemos agradecer en primer lugar a Dios, quien ha trazado nuestro camino en todo nuestro proceso estudiantil brindándonos la iluminación y la guía necesaria para sacar adelante nuestra carrera universitaria.

A nuestra docente guía, Sra. Esterbina Olivares Vergara quien gracias a su atenta mirada, apoyo, dedicación, paciencia, conocimientos entregados, interés y preocupación por el correcto desarrollo de este estudio, hizo realidad el alcance de uno de los desafíos más importantes en un correcto desarrollo de este estudio, hizo realidad el alcance de uno de los desafíos más importantes en nuestro caminar como estudiantes.

A nuestros padres, familiares y amigos, por el apoyo y motivación entregados en todo nuestro proceso de desarrollo de nuestra tesis profesional. Por otro lado también agradece al Sociólogo, el Sr. Rodrigo Pereira, en relación a la ayuda que nos otorgó en la estructuración de nuestro estudio.

Al Dr. Jorge Gaete O. quien nos ayudó en la traducción de los instrumentos utilizados en el estudio y al psicólogo, don Manuel José Rengifo S, quien nos cooperó con la depuración de los datos.

Muy especialmente a los Directores de los Establecimientos Educativos que participaron, agradecer por su colaboración y buena disposición en otorgarnos la posibilidad de realizar nuestro estudio con los alumnos de enseñanza media de sus respectivos establecimientos educativos.

## **Resumen**

La situación epidemiológica internacional y nacional se caracteriza por la prevalencia de enfermedades del tipo crónicas no infecciosas, accidentes y problemas relacionados a la salud mental. Estas enfermedades se desarrollan a partir de conductas y estilos de vida del individuo. En la adolescencia los jóvenes adquieren mayor independencia frente a decisiones que antes eran tomadas por sus padres, eso los hace tener mayor responsabilidad ante sí mismos, lo que significa un desafío para el área de la salud intervenir para influir en las decisiones que podrían afectar en su estilo y calidad de vida en la adultez.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar el perfil de conductas con estilo de vida del adolescente de enseñanza media de la ciudad de San Felipe en el año 2012.

El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal el cual fue realizado en 572 alumnos de primero a cuarto medio en los establecimientos de E. Alto, E. Medio y E. Bajo, los cuales fueron seleccionados según estratos socioeconómicos determinados por el SIMCE. Para lograr los objetivos se aplicaron tres instrumentos; Características sociodemográficas, Escala Promotora para la Salud y la de Estilos de Vida del Adolescente, los cuales conformaron un cuestionario de 96 preguntas.

Se encuestaron 326 hombres y 246 mujeres, con una edad que fluctúa entre los 14 a 21 años. Dentro de los resultados obtenidos el colegio de estrato socioeconómico medio en la escala Estilos de Vida del Adolescente obtuvo en promedio 147,86 puntos siendo el máximo de la escala 176 puntos. En relación a la Escala Promotora de la salud para los Adolescentes el colegio de estrato socioeconómico alto obtuvo el mayor promedio con 151,49 puntos de un máximo de 200.

### **Abstrac**

Both globally and nationally, the epidemiological situation is characterized by the prevalence of chronic non-infectious type, accidents and problems related to mental health. There is evidence that these illnesses are developed from human's behavior and lifestyle . During adolescence young people gain greater independence from decisions that were made by their parents, which makes for greater responsibility to themselves, so that means a challenge to the health area intercede to influence decisions that could affect their lifestyle and quality of life in adulthood.

The aim of our study evaluates the healthy profile-of adolescents behaviours of secondary education in the city of San Felipe in 2012.

The study is quantitative, descriptive and cross which was conducted on 572 students from first to fourth grade from high school of E. High, E. Middle and E. Low, they were selected as determined by the socioeconomic SIMCE. To achieve the three instruments were applied; Sociodemographic, Health Promoter Scale and the Adolescent Lifestyle, which formed a questionnaire of 96 questions.

They surveyed 326 men and 246 women, with an average age ranging from 14 to 21 years. Among the results of the school average socioeconomic scale, Adolescent Lifestyle scored 147.86 points being the maximum of 176 points scale. In relation to the Health Promotion Scale for Adolescents school of higher socioeconomic status had the highest average with 151.49 points up to 200.

## Índice General

### **Capítulo I: Introducción.**

1.1. Introducción.....	12
1.2 Fundamentación del Problema.....	16
1.3 Delimitación del Problema.....	17
1.4 Definición de términos .....	17
1.5 Limitación del estudio .....	18

### **Capítulo II: Marco Conceptual.**

2.1.- Marco Teórico	
2.1.1.- Situación Epidemiológica .....	20
2.1.2.- La Promoción de la Salud como Estrategia para Fomentar Estilos de Vida Saludables.....	21
2.1.3.- Estilos de Vida .....	24
2.1.3.1 Componentes de Estilos de Vida Saludable .....	25
2.1.3.1.1.- Nutrición .....	25
2.1.3.1.2.- Ejercicio .....	26
2.1.3.1.3.- Estrés .....	27
2.1.3.1.4.- Relaciones Interpersonales .....	28
2.1.3.1.5.- Espiritualidad .....	29
2.1.3.1.6.- Responsabilidad en Salud .....	30
2.1.3.1.7.- Apreciación Por la Vida .....	31
2.1.4.- Características del Desarrollo de los Adolescentes entre 14 y 18 años .....	32
2.1.4.1.- Relaciones Interpersonales en Adolescencia. ....	35
2.1.4.1.1.- Relación con los padres. ....	35
2.1.4.1.2.- Relación con los Pares. ....	37
2.1.4.1.3.- Concepto de sí mismo .....	37
2.1.5.- Características Demográficas del Adolescente Chileno .....	38
2.1.5.1.- Situación demográfica y epidemiológica de los adolescentes chilenos. ....	38

2.1.5.2.- Problemas de salud de los Adolescentes Chilenos. ....	39
2.1.5.3.- Salud Mental .....	40
2.1.5.3.1.- Consumo de tabaco, alcohol y sustancias, Depresión, y otros .....	40
2.1.5.3.1.1.- Depresión .....	40
2.1.5.3.1.2.- Violencia .....	41
2.1.5.4.- Salud Sexual y Reproductiva .....	41
2.1.5.4.1.- Inicio de actividad sexual .....	41
2.1.5.4.2.- Infecciones de transmisión sexual .....	41
2.1.5.5. - Actividad física y salud nutricional.....	42
2.1.5.6.- Enfermedades crónicas en Adolescentes .....	42
2.1.5.7.- Enfermedades Oncológicas .....	43
2.1.5.7.1.- La incidencia de cánceres en la población adolescente .....	43
2.1.5.8.- Discapacidad .....	43
2.1.6.- Políticas Internacionales y Nacionales sobre Atención de Salud para el Adolescente.....	44
2.1.6.1.- Políticas internacionales para la infancia y la adolescencia.....	44
2.1.6.2.- Políticas internacionales de salud.....	45
2.1.6.3.- Programa Nacional de Salud del Adolescente .....	47
2.1.7.- Responsabilidad del profesional de Enfermería en la atención de salud de los adolescentes.....	50
2.1.7.1.- En la Escuela .....	50
2.1.7.2.- En Atención Primaria.....	52
2.1.8.- Planteamiento teórico de un modelo promotor de salud.....	54
2.1.9.-Estudios realizados que evalúan estilos de vida.....	61

<b>2.2.- Objetivos</b> .....	63	
2.2.1 Objetivo General.....	63	
2.2.2. Objetivos Específicos .....	63	
2.3. Definición y Operacionalización de las Variables .....	64	
 <b>Capítulo III: Metodología.</b>		
3.1 Metodología .....	68	
3.1.1.- Tipo de Diseño de Investigación.....	68	
3.1.2.- Organización de grupo de trabajo.....	68	
3.1.3.- Población en estudio y definición del universo.....	69	
3.1.4.- Diseño Muestral .....	69	
3.1.5.- Criterios de inclusión .....	70	
3.1.6.- Método de recolección de datos .....	71	
3.1.7.- Descripción del Instrumento.....	72	
3.1.7.1.- Descripción de los cuestionarios .....	72	
3.1.8.- Estudio de Comprensión del Instrumento.....	74	
3.1.9.- Criterios de Análisis .....	74	
3.1.10.-Organización Trabajo en Terreno.....	82	
 <b>Capítulo IV: Resultados.</b>		
4.1.- Resultados descriptivos .....	84	
 <b>Capítulo V: Conclusiones, Sugerencias y Recomendaciones.</b>		
5.1.- Conclusiones .....	128	
5.2.- Sugerencias y Recomendaciones .....	130	
 <b>Capítulo VI: Bibliografía</b>		
6.1 Bibliografía General .....	133	
 <b>Capítulo VII: Anexos</b> .....		137

## Índice de Gráficos

### **4. Análisis de los datos.**

#### **4.1 Análisis Descriptivo de las Características Socio Demográficas de la Muestra**

Gráfico n°1 Sexo de los encuestados .....	84
Gráfico n°2 Religión de los encuestados .....	85
Gráfico n°3 Nivel educacional alcanzado por el padre y la madre .....	86
Gráfico n°4 Enfermedades presentes en las familias de los encuestados .....	87
Gráfico n°5 Asistencia a controles de los familiares de los encuestados .....	88
Gráfico n°6 Lugar de residencia de los encuestados .....	89
Tabla n°1 Estadística de edad bruta de los adolescentes .....	90
Gráfico n°7 Tipo de familias de los encuestados .....	91
Gráfico n°8 Comparación de nivel educacional de los padres entre los colegios.....	92
Gráfico n°9 Comparación del nivel educacional de la madre de los encuestados .....	93
Gráfico n°10 Enfermedades presentes en las familias según colegio .....	94
Gráfico n°11 Asistencia a controles en las familias de los encuestados según colegio .....	95
Tabla n°2 Tipo de familias de los encuestados según establecimiento educacional al que pertenecen.....	96

## **4.2 Distribución de Secuencia por Preguntas de ambas Escalas en la Población Total**

### **4.2.1 Escala Estilos de Vida del Adolescente.**

Tabla n°3 Escala-ALPR .....	97
-----------------------------	----

### **4.2.2 Escala Promotora para la Salud de Adolescentes.**

Tabla n°4 Escala-AHPS .....	100
-----------------------------	-----

## **4.3 Distribución de puntajes totales de escalas.**

### **4.3.1 Escala “Promotora para la salud de Adolescentes”.**

Tabla n°5 Escala Promotora para la Salud del Adolescente .....	103
--	-----

Histograma n°1 Escala “AHPS” Todos los colegios .....	103
---	-----

### **4.3.2 Escala “Estilos de Vida del Adolescente”.**

Tabla n°6 Escala “ALPR” .....	105
-------------------------------	-----

Histograma n°2 Escala “ALPR” Todos los colegios .....	105
---	-----

## **4.4. Puntajes totales en los promedios de las escalas entre colegios (diferente clasificación socioeconómica)**

Tabla n°7 Promedio obtenido en Escala “ALPR”. Todos los cursos – Comparación según clasificación socioeconómica MINEDUC.....	106
--	-----

Tabla n°8 Promedio obtenido en Escala “AHPS”. Todos los cursos – Comparación según clasificación socioeconómica MINEDUC. ....	107
---	-----

Tabla n°9 Promedio de puntaje obtenido en escala “AHPS” ..... 108

Tabla n°10 Promedio de puntaje obtenido en escala “ALPR” ..... 108

#### **4.5 Datos Estadísticos de ambos instrumentos en la población total y sus histogramas.**

##### **4.5.1 Análisis de sub escalas de “Estilos de Vida del Adolescente” en el total de los encuestados**

Tabla n°11 Sub escalas ALPR– Todos los colegios ..... 109

Histograma n°3 Sub escalas Responsabilidad ante la salud– Todos los colegios ..... 111

Histograma n°4 Sub escalas Actividad física– Todos los colegios ..... 111

Histograma n°5 Sub escala Alimentación– Todos los colegios ..... 112

Histograma n°6 Sub escala Perspectiva positiva de la vida– Todos los colegios ..... 112

Histograma n°7 Sub escala Relaciones interpersonales– Todos los colegios ..... 113

Histograma n°8 Sub escala Manejo del estrés– Todos los colegios ..... 113

Histograma n°9 Sub escalas Espiritual– Todos los colegios ..... 114

##### **4.5.2 Análisis de las sub escalas de la Escala “Promotora para la salud de Adolescentes” en el total de los encuestados.**

Tabla n°12 Sub escalas de AHPS– Todos los colegios ..... 115

Histograma n°10 Sub escala Responsabilidad ante la salud– Todos los colegios. .... 117

Histograma n°11 Sub escala Actividad Física– Todos los colegios..... 118

Histograma n°12 Sub escala Alimentación– Todos los colegios ..... 118

Histograma n°13 Sub escala Relaciones Interpersonales– Todos los colegios ..... 119

Histograma n°14 Sub escala Manejo del estrés– Todos los colegios..... 119

#### **4.5.3 Comparación de promedios obtenidos en las sub escalas de Encuesta “Estilos de Vida del Adolescente” por colegios.**

Tabla n°13 Promedio de puntaje obtenido en sub escalas; “ALPR” Todos los cursos-  
Clasificación socioeconómica MINEDUC..... 120

#### **4.5.4 Comparación de promedios obtenidos en las sub escalas de Encuesta “Promotora para la salud de Adolescentes” por colegios.**

Tabla n°14 Promedio de puntaje obtenido en sub escalas; “AHPS” Todos los cursos-  
Clasificación socioeconómica MINEDUC ..... 123

#### **4.5.5 Comparación de promedios obtenidos en las sub escalas de Encuesta “ALPR” por sexo.**

Tabla n°15 Puntuación promedio de puntaje obtenido en sub escalas; “ALPR” ..... 125

#### **4.5.6 Comparación de promedios obtenidos en las sub escalas de Encuesta “AHPS” por sexo.**

Tabla n°16 Puntuación promedio de puntaje obtenido en sub escalas; “AHPS” ..... 126

# CAPITULO I

# INTRODUCCIÓN

## 1.1 Introducción

En países desarrollados al igual que en nuestro país, el perfil epidemiológico actual se caracteriza por la prevalencia predominante de enfermedades crónicas no infecciosas, accidentes y problemas de salud mental (*Vio & Albala, 2000*). Hay evidencia que muestra una relación en que las principales causas de muerte por enfermedades crónicas radican en la conducta y el estilo de vida del individuo (*Matarazzo, 1995*). Al analizar el gasto en salud se ha observado un elevado costo en los cuidados que necesitan las personas enfermas para recuperar su salud, lo que ha llevado a invertir en intervenciones para que las personas cambien sus conductas y disminuyan el riesgo de enfermar (*Becoña, Vásquez, & Oblitas*).

El modelo médico tradicional se cuestiona y se buscan otros modelos que den respuesta y ayuden a los profesionales de salud a enfrentar con mayor éxito su trabajo. El desafío debe ser promocionar la salud, a través del cambio de conductas de riesgo y mantener las conductas saludables (*Engel, 1977*).

La Encuesta nacional de salud realizada entre los años 2009 y 2010 nos confirma el perfil epidemiológico a nivel país y en la V región considerando el grupo entre 15 y 24 años se pueden destacar algunos datos:

**Obesidad:** 25,1% de la población nacional, de la cual el 11% corresponde al grupo etario de 15 a 24 años.

**Consumo de Alcohol:** El 55,58% consume en promedio 60g.de alcohol puro en un día de consumo. El grupo etario de 15 a 24 años en un día de consumo registra 80g.de alcohol puro.

**Consumo de Tabaco:** La población fumadora actual corresponde al 40.6%. Del grupo etario de 15 a 24 años el 46% es fumador.

**Sedentarismo:** El 88,6% de la población es sedentaria en su tiempo libre, mientras el 27,1% es sedentaria multidimensional. Del grupo etario entre los 17 y 24 años el 20,7% presenta sedentarismo multidimensional.

**Alimentación y Dieta:** La población en promedio consume 9.8 g de sal al día y el 15,7% consume 5 o más porciones de frutas al día. Del grupo etario de 15 a 24 años, solo el 13% mantiene esta conducta.

**Depresión:** La prevalencia de síntomas depresivos en el último año, es del 17,2%. Del grupo etario de 15 a 24 años, el 14% de estos presenta síntomas depresivos en el último año.

La promoción de la salud se plantea como estrategia para enfrentar los factores de riesgo en forma global y debería dirigirse hacia la obtención de cambios de estilo de vida, con énfasis en la alimentación, la actividad física y los ambientes saludables. En Chile la promoción de la salud tuvo una prioridad política expresada en el desarrollo alcanzado por el Consejo Vida Chile y su Plan Nacional de Promoción de la Salud (PNPS) (*Salinas, 2007*).

Los estilos de vida saludable se refieren a las conductas que se observan en las personas y que tienen que ver con la mantención de la salud o la alteración de esta. Estas conductas no actúan en el vacío sino que tienen relación con el contexto en que tienen lugar. Estos contextos comprenden factores personales, interpersonales, ambientales e institucionales, los que no son homogéneos para todas las conductas de salud; es por eso que se pueden observar comportamientos saludables y nocivos conviviendo al mismo tiempo en la persona. Una determinada conducta de salud no garantiza que se lleve a cabo otros comportamientos saludables (*Kirscht, 1983*). Esto lleva a pensar que los comportamientos difieren en número de dimensiones y tipo de factores que los provocan, aunque puedan compartir características específicas o determinantes. Estos determinantes de la conducta se pueden agrupar en cuatro grandes categorías (*Bishop, 1994*): i) determinantes demográficos y sociales, ii) situacionales, iii) percepción del síntoma y iv) psicológicos.

La promoción de estilos de vida saludable implica conocer los comportamientos que mejoran o deterioran la salud de las personas. Las conductas saludables son acciones que realizan las personas y que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad (*McAlister, 1981*). Actualmente se conoce un número importante de comportamientos que tienen beneficios en la salud: practicar ejercicio físico, nutrición

adecuada, adoptar comportamientos de seguridad, sexo seguro, evitar consumo de drogas, manejo adecuado del estrés, y adherencia terapéutica (*L. Oblitas, 2001, 2003; L. Oblitas, 2004*).

¿Porque preocuparnos de tener conductas de vida saludables? ¿En qué momento de nuestra vida debemos preocuparnos de tener conductas de estilos de vida saludables? La respuesta a estas preguntas es un desafío y es lo que hemos decidido enfrentar al realizar este estudio que nos permitirá conocer el perfil de conductas de salud en adolescentes y tener información útil y necesaria para que a futuro los profesionales pusieran crear estrategias de atención oportunas y eficaces. Está claro que alrededor de un 60% de la calidad de salud individual depende de sus conductas y estilos de vida (*WHO, 2004*). Estas conductas se adquieren tempranamente y la adolescencia se transforma en un puente entre la niñez y la adultez caracterizándose por presentar rápidos cambios en la mente, en el cuerpo y en las relaciones sociales que establece. El que los adolescentes tengan un buen perfil de conductas de vida saludable podría tener efectos beneficiosos en relación a evitar conductas de riesgo que se comienzan a desarrollar en la adolescencia, tales como: consumo de alcohol, tabaco y sustancias ilegales, conductas violentas con otros, etc. (*Sells & Blum, 1996*).

La información sobre salud en adolescentes y jóvenes es escasa y los pocos datos que existen se refieren a conductas de riesgo y no están disgregadas por edad o sexo (*Magdaleno et al., 2003*). El mito que los adolescentes no se enferman proviene de la comparación con los adultos mayores y los niños, donde los primeros presentan menor morbi-mortalidad. Sin embargo, no se considera que los adolescentes y jóvenes afectados por problemas de salud sexual, reproductiva y otras patologías, provenientes de conductas iniciadas en la adolescencia tienen consecuencias futuras en términos de morbilidad y mortalidad que podría explicar el actual perfil epidemiológico (*Magdaleno et al., 2003*).

Internacionalmente hay experiencias relacionadas con medir estilos de vida saludable en adolescentes a través de la aplicación de instrumentos que describen conductas relacionadas con la salud (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010). Entre los instrumentos usados se destacan el cuestionario Health Promotion Lifestyle Profile (Hendricks, Murdaugh, & Pender, 2006; Walker, Sechrist, & Pender, 1995) y el Adolescent Health Promotion Scale (*M. Y. Chen, Wang, Yang, & Liou, 2003*).

El Health Promotion Lifestyle Profile tiene 44 ítems y 7 sub escalas: estilo de vida adolescente, responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, mirada positiva de vida, relaciones interpersonales, manejo del estrés y salud espiritual (*Hendricks et al., 2006*).

El cuestionario Adolescent Health Promotion Scale , tiene 40 ítems y 6 sub escalas: apoyo social, apreciación de la vida, responsabilidad en salud, manejo del estrés, conducta nutricional y conductas sobre actividad física (*M. Y. Chen et al., 2003*). Esta se encuentra siendo validada en nuestro país.

Cabe destacar que detrás de esta investigación están los planteamientos de la teórica Nola Pender creadora del Modelo de Promoción para la Salud (MPS), este modelo ha servido para el desarrollo de instrumentos como son el Perfil del estilo de vida promotor de la salud y la balanza de beneficios/barreras del ejercicio físico. El objetivo del perfil del estilo de vida promotor de la salud es valorar el estilo de vida promotor de la salud. El MPS identifica los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción de salud (*Pender, 2010*).

En Chile el Ministerio de Salud da inicio a la construcción y formulación del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescente y Jóvenes, en donde se pretende una pesquisa oportuna e intervención precoz. El control de salud integral, “Control joven Sano”, tiene como objetivo acciones preventivas y promocionales, así como también mejorar la derivación oportuna a equipos especialistas. Dentro de los problemas de salud que presenta el adolescente y que se buscan pesquisar a tiempo, para proporcionar una atención oportuna, en base a la contribución epidemiológica actual, se encuentra las patologías referentes a las enfermedades cardiovasculares, cáncer, obesidad, diabetes, HTA y enfermedades mentales (cuadros ansiosos, depresión, dependencia a drogas, etc.) (*MINSAL, 2011*).

El profesional de enfermería, especialmente el que trabaja en atención primaria, está inserto en una realidad que vive actualmente la reforma en salud donde el modelo aplicado es de acción integral con un enfoque familiar y comunitario. La promoción de la salud se ha incorporado como una política de estado que trasciende al sector salud ya que su enfoque es integral e intersectorial e implica generar espacios de convivencia más sanos, para lo cual es necesario el esfuerzo de todos. Para el estado es importante coordinar acciones que

promuevan la incorporación de políticas públicas no solo en salud sino también en educación, medio ambiente y en lugares de trabajo, entregando información, asesoría y capacitación que promuevan la vida saludable, involucrando a las organizaciones comunitarias y sociales (*Caballero, 2010*).

Sobre la base de las consideraciones anteriores, los autores hemos decidido profundizar sobre lo que sucede con los estilos de vida de adolescentes y su salud, haciendo un pequeño diagnóstico en estudiantes secundarios de colegios de la ciudad de San Felipe, esto permitirá además tener la posibilidad de pensar a futuro qué intervenciones podrían ser aplicadas en este grupo de población que serán muy pronto los adultos de mañana.

## **1.2.- Fundamentación del Problema**

El perfil epidemiológico de nuestro país, a partir de la información adquirida por medio de vigilancias epidemiológicas, nos muestra un predominio de enfermedades crónicas no trasmisibles, accidentes y problemas de salud mental (*Vio & Albala, 2000*). En base a ello es posible evidenciar, la existencia de la relación que existe entre las enfermedades crónicas desarrolladas hasta hoy en día y sus complicaciones, a partir de conductas de estilos de vida, que presentan las personas a las cuales se les diagnostican estas enfermedades (*Matarazzo, 1995*).

El 60% de la calidad de la salud individual depende de las conductas y estilos de vida (*WHO, 2004*). Es por ello, que la mejor forma de abordar estos problemas son con acciones de prevención y promoción de la salud, principalmente en la adolescencia, debido a las diferentes conductas que se adquieren en esta etapa, la cual se transforma en un puente entre la niñez y la adultez caracterizándose por presentar cambios en su cuerpo, en su mente y en las relaciones que establece con quienes lo rodean. El que los, adolescentes presenten un perfil con buenas conductas de vida saludable puede tener efectos beneficiosos en relación a evitar conductas de riesgo que aparecen en este periodo y a futuro (*Sell & Blum 1996*).

Por otra parte la información sobre salud en los adolescentes y jóvenes, es escasa y los pocos datos que existen se refieren a conductas de riesgo y no están disgregadas por edad y sexo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en relación al acceso y la producción de información respecto a adolescentes recomienda seguir recolectando información básica sobre la situación del desarrollo integral de los adolescentes y jóvenes (*Magdaleno et al. 2003*).

Bajo esta recomendación se explica la necesidad de conocer el perfil de salud de adolescentes de nuestro país lo que constituye nuestro objetivo central de la presente investigación.

En base a las consideraciones anteriores, como grupo de investigación creemos importante aprovechar esta instancia de formación de pregrado, para mostrar de manera objetiva, conductas de estilos de vida saludable presentes hoy, en un grupo de adolescentes que se encuentran cursando enseñanza media en diferentes establecimientos educacionales de la ciudad de San Felipe. Se trabajara preferentemente con ellos, ya que son el grupo etario en donde se pueden realizar cambios, con el fin de disminuir a futuro factores de riesgo presentes en las diversas enfermedades crónicas que aquejan hoy en día al adulto.

### **1.3.- Delimitación del Problema**

“Conductas de estilos de Vida Saludable en adolescentes de colegios de enseñanza media en la ciudad de San Felipe en el año 2012”

### **1.4.- Definición de Términos**

- **Promoción de la Salud:**

Proceso mediante el cual las personas ejercen un mayor control sobre los determinantes de su salud para mejorarla y así conseguir una mejor calidad de vida, asegurando los derechos humanos e incrementando las expectativas de salud.

- **Estilos de vida saludables:**

Son el conjunto de comportamientos que mejoran la salud de los individuos, obteniendo consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo que repercuten en su bien estar físico y su longevidad, contribuyendo positivamente en su calidad de vida, dentro de las conductas que los conforman están: Practicar ejercicio físico, mantener una nutrición adecuada, adoptar comportamientos de seguridad, evitar el consumo de drogas, practicar el

sexo de forma segura, manejar el estrés, mantener una buena higiene, tener redes de apoyo social, entre otras.

- **Adolescente:**

Individuo que se encuentra entre los 14 y los 18 años de edad, que busca establecer su identidad adulta por medio de una serie de cambios tanto físicos como psicológicos que serán determinantes en su camino hacia la adultez.

- **Factores de Riesgo:**

Característica, circunstancia o situación detectable de una persona o grupo de personas que está asociada a una aumento de la probabilidad de padecer, desarrollar o estar expuesto a un proceso mórbido, dañando la salud del mismo. Los podemos encontrar de tipo: biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos, entre otros.

- **Salud:**

Completo estado de bienestar físico, mental y social de un individuo; y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia.

- **Prevención:**

Se entenderá por prevención al conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad del individuo con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados de conductas de riesgo.

### **1.5.- Limitación del Estudio**

Durante el desarrollo de nuestra investigación, se presentaron las siguientes limitaciones:

- Deficiente manejo estadístico en relación al análisis de los datos obtenidos de la investigación.
- Limitación para obtener documentos online que necesitaban ser comprados para su utilización.

# **CAPITULO II**

## **MARCO CONCEPTUAL**

## **2.1.- Marco Teórico**

### **2.1.1.- Situación Epidemiológica**

En países desarrollados al igual que en nuestro país, el perfil epidemiológico actual se caracteriza por la prevalencia de enfermedades crónicas no infecciosas, accidentes y problemas de salud mental (*Vio & Albala, 2000*). Hay evidencia que muestra una relación en que las principales causas de muerte por enfermedades crónicas radican en la conducta y el estilo de vida del individuo (*Matarazzo, 1995*). Al analizar el gasto en salud se ha observado un elevado costo en los cuidados que necesitan las personas enfermas para recuperar su salud, lo que ha llevado a invertir en intervenciones para que las personas cambien sus conductas y disminuyan el riesgo de enfermarse (*Becoña, Vásquez, & Oblitas*).

El modelo médico tradicional se cuestiona y se buscan otros modelos que den respuesta y ayuden a los profesionales de salud a enfrentar con mayor éxito su trabajo. El desafío debe ser promocionar la salud, a través del cambio de conductas de riesgo y mantener las conductas saludables (*Engel, 1977*).

En la adolescencia los jóvenes adquieren una mayor independencia frente a decisiones que antes eran tomadas por sus padres, lo que los hace obtener una mayor responsabilidad ante sí mismos, por lo que los patrones de crianza entregados en la niñez, repercutirán en la composición de la identidad de los adolescentes, en donde ellos determinarán en esta etapa la utilización de los recursos proporcionados durante la infancia. En relación a ello, Erikson determina que la tarea más importante de un adolescente es la búsqueda de su identidad, descrito en su quinta crisis “identidad frente a confusión de roles” en donde determina que los repentinos cambios desconciertan a los jóvenes y les hace preguntarse qué personas han sido hasta ahora y en quiénes se están convirtiendo, por lo que quedan en la encrucijada de decidir conductas positivas o negativas referente a situaciones concretas que puedan influir en su propia persona (*Diane, E. Papalia, 2004*).

La Encuesta nacional de salud realizada entre los años 2009 y 2010 nos confirma el perfil epidemiológico a nivel país y en la V región considerando el grupo entre 15 y 24 años en donde se pueden destacar los siguientes datos:

**Obesidad:** 25,1% de la población nacional, de la cual el 11% corresponde al grupo etario de 15 a 24 años.

**Consumo de Alcohol:** El 55,58% consume en promedio 60g.de alcohol puro en un día de consumo. El grupo etario de 15 a 24 años en un día de consumo registra 80g.de alcohol puro.

**Consumo de Tabaco:** La población fumadora actual corresponde al 40.6%. Del grupo etario de 15 a 24 años el 46% es fumador.

**Sedentarismo:** El 88,6% de la población es sedentaria en su tiempo libre, mientras el 27,1% es sedentaria multidimensional. Del grupo etario entre los 17 y 24 años el 20,7% presenta sedentarismo multidimensional.

**Alimentación y Dieta:** La población en promedio consume 9.8 g de sal al día y el 15,7% consume 5 o más porciones de frutas al día. Del grupo etario de 15 a 24 años, solo el 13% mantiene esta conducta.

**Depresión:** La prevalencia de síntomas depresivos en el último año, es del 17,2%. Del grupo etario de 15 a 24 años, el 14% de estos presenta síntomas depresivos en el último año.

### **2.1.2.- La Promoción de la Salud como Estrategia para Fomentar Estilos de Vida Saludables.**

Las medidas a utilizar para tratar en medida los perfiles epidemiológicos de los adolescentes entre los 15 y 24 años, se relacionan principalmente con el uso de estrategias acorde a la promoción de la salud, con el fin de fomentar estilos de vida saludables.

En Latinoamérica los adolescentes representan el 21% de la población y sobre el 30% vive en condiciones de pobreza lo cual se traduce en graves problemas sicosociales, de acceso a los bienes básicos de consumo así como los sistemas de educación, salud, recreación, etc. (Dra. Helia Molina 2002).

La Dra. Helia Molina, pediatra, master en salud pública, perteneciente al departamento de salud pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por medio de su artículo Estrategias de Promoción de Salud en la Adolescencia, manifestó que la promoción de la salud en la adolescencia debe al menos considerar las siguientes líneas estratégicas:

1.- Generación de políticas Públicas que permitan crear las condiciones más adecuadas al desarrollo integral de las potencialidades de los jóvenes en los aspectos físicos, síquicos y sociales. Esto requiere de un nivel de información y toma de conciencia de la sociedad en su conjunto sobre los determinantes de la salud y los compromisos que a los distintos sectores del desarrollo deben asumir.

2.- Fortalecimiento de la participación social y comunitaria: el ejercicio de la ciudadanía, el control social, la generación y fortalecimiento de las redes sociales, son fundamentales para el desarrollo de condiciones que promuevan la salud de los individuos y comunidades. Las redes de apoyo se constituyen en un determinante positivo de salud y en los jóvenes es un factor protector por la potencialidad en generar aumento de autoestima, autoeficacia y sentido de sentirse útil, capacidad de liderazgo, entre otros elementos. Los entornos de participación parten desde el hogar y la dinámica democrática que allí impere, los hogares en donde se combina en equilibrio armónico la autoridad y la identificación de normas y límites claros con la posibilidad de comunicarse, expresar opiniones y capacidad de negociar con los adultos responsables constituyen elementos predictores en disminuir las conductas de riesgo.

La pertenencia a grupos u organizaciones sociales con objetivos y metas constituye un nivel extra hogar de participación.

3.- Desarrollo de habilidades personales: la información y la adquisición de habilidades y competencias sociales para el autocuidado y el uso adecuado de los recursos es un factor de gran potencia en la promoción de la salud.

4.- Creación de ambientes saludables: la salud es un producto social que se genera en los espacios de vida familiar, del trabajo, la escuela, el barrio, etc. No basta estar informado sobre lo que es bueno o malo para la salud deben existir ambientes propicios para adoptar las conductas más adecuadas, difícilmente los adolescentes podrán recrearse, hacer ejercicios o deportes para el uso positivo del tiempo libre si no hay áreas específicas

destinadas y facilitadores ambientales que lo sustenten tales como: seguridad, instrumentos, y recursos básicos.

5.- Reorientar los Servicios de Salud: los perfiles demográficos y epidemiológicos del siglo veinte y principalmente a partir de la era microbiana generaron servicios de salud con un fuerte predominio de asistencia materno infantil, biomédico y curativo sin dejar de considerar los grandes avances en prevención específica. Los adolescentes por lo tanto al no demandar atención por problemas prevalentes infectocontagiosos quedaron marginados de los programas nacionales. Los problemas de salud y calidad de vida de los jóvenes requieren de adecuaciones específicas no solo de infraestructura y orientación sino de la adquisición de competencias específicas de los equipos de salud lo que incluye nuevos actores y disciplinas.

No se puede entender hoy una política de promoción de la salud para los adolescentes sin una visión intersectorial y multidisciplinaria. Los niveles de intervención alcanzan lo individual, familiar, comunitario y social.

El sector salud debe asumir un rol de liderazgo desde la producción de información necesaria a la propuesta y ejecución de intervenciones, pero la mayor responsabilidad radica en poner en la agenda de todos los sectores el tema con la prioridad que corresponde.

Las intervenciones en adolescentes habitualmente se focalizan en grupos identificados por conductas de riesgo o con riesgo claramente identificados: abuso de sustancias, delincuencia juvenil, embarazo, deserción escolar, violencia entre otros. Este enfoque no ha sido capaz de cambiar la situación de los jóvenes además se debe considerar que muchas veces programas de distinto origen y financiamientos tiene comunes poblaciones objetivos y que la gran mayoría de los problemas de la adolescencia tiene factores comunes en su origen y permanencia. Los factores comunes más frecuentes son:

- Pobreza extrema
- Conflictos familiares
- Historia familiar de problemas del comportamiento
- Dificultades familiares en el manejo de conflictos
- Características del barrio

- Falta de leyes y normas adecuadas en relación al uso de sustancias, armas, etc.
- Falta de redes de apoyo
- Grupos de pares y/o líderes negativos
- Desorganización de la comunidad.

Existen también factores psicosociales que de estar presentes actúan como elementos protectores para los jóvenes, en donde la existencia de éstos favorece la resiliencia en los jóvenes. Tales factores psicosociales son:

- Cohesión familiar
- Relación cercana con un adulto significativo.
- Factores individuales tales como: autoestima, autoeficacia, locus interno
- Redes sociales de apoyo

Cuando tenemos escasas posibilidades desde el sector salud de intervenir en los determinantes macro como la pobreza pareciera ser de mayor costo efectividad fortalecer aquellos factores protectores psicosociales que favorezcan el desarrollo de resiliencia en los jóvenes y en las comunidades.

Las estrategias de promoción por lo tanto deben orientarse no solo a disminuir los factores de riesgo sino a fortalecer aquellos elementos identificados como protectores. (*Dra Helia Molina 2006*).

### **2.1.3.- Estilos de Vida**

La definición establecida por la OMS, respecto al concepto de estilos de vida, consiste en una forma de vida, basada en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre características personales individuales, interacciones sociales y condiciones de vida socioeconómica y ambiental que podrían conducir en la búsqueda de un bienestar biopsicosocial del individuo (*Glosario OMS 1997*).

Los estilos de vida de los adolescentes se abordan desde una perspectiva biopsicosocial, que incluye las dimensiones espiritual y cultural en que se desenvuelve el individuo. La armonía de estas áreas permite ver al ser humano en su totalidad y lograr comprender la

influencia que cada una de ellas ha ejercido sobre las personas, con el fin de identificar la mejor manera de actuar y dirigir las instancias de fomento hacia una salud que conduzca a la obtención de una mejor calidad de vida.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a los estilos de vida como: *“forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”* (Glosario OMS, Ginebra, 1997). Esto nos permite reconocer que los estilos de vida que lleva un individuo, son la constante retroalimentación de todas las áreas con que el individuo se relaciona y que por tanto influyen en su manera de vivir, siendo la conducción a estilos de vida saludable, subjetiva, ya que va a depender en cómo se lleven a cabo acciones que promuevan la salud y en cómo la persona determine aquellos comportamientos que pueden ser favorables o nocivos para su salud.

Entre los componentes considerados en los estilos de vida y que pueden ser evaluados están: la nutrición, el ejercicio, el estrés, las relaciones interpersonales, la responsabilidad en salud, la espiritualidad y la apreciación por la vida.

A continuación se hace una breve descripción de los componentes de los estilos de vida que son medidos a través de instrumentos creados por diferentes autores.

### **2.1.3.1.- Componentes de Estilos de Vida Saludable**

#### **2.1.3.1.1.- Nutrición**

Como método definitorio, hay que realizar la diferenciación entre los conceptos de alimentación y nutrición, con el fin de evitar conducir a errores en relación a la significancia de cada uno de estos procesos. La alimentación es la acción de ingerir alimentos, mientras que la nutrición es un proceso bioquímico a nivel celular, que permite la desintegración e incorporación de sustancias al interior de la célula, lo que le permite al organismo proveerse de sustancias para su óptimo funcionamiento. Cabe mencionar que la nutrición es consecuencia de la alimentación, que permite la ingesta adecuada de nutrientes vitales para el organismo. Los nutrientes son sustancias que se encuentran dentro de los alimentos y que el cuerpo necesita para realizar diferentes funciones y mantener la salud.

Existen cinco tipos de nutrientes llamados: Proteínas o Prótidos, Grasas o Lípidos, Carbohidratos o Glúcidos, Vitaminas y Minerales; estos resultan indispensables durante los rápidos cambios físicos y fisiológicos en la adolescencia, etapa de altas necesidades energéticas.

La alimentación es saludable cuando favorece el buen estado de salud y disminuye el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con ella. La investigación epidemiológica ha demostrado una estrecha relación entre alimentación y el riesgo para desarrollar estas enfermedades crónicas caracterizadas por una elevada morbilidad (Aj. Calañas, D. Bellido, 2006).

Se ha demostrado que una buena alimentación previene las enfermedades crónicas, como la obesidad, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2, la osteoporosis y algunos tipos de cáncer. De esta manera, la alimentación saludable permite mejorar la calidad de vida en todas las edades (Guía de alimentación saludable y necesidades nutricionales del adulto, Sonia Olivares e Isabel Zacarías Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos (INTA) U.Chile 1999).

#### **2.1.3.1.2.- Ejercicio**

Ejercicio es *“aquella actividad física planificada, estructurada, repetitiva y dirigida hacia un fin, para el mejoramiento o mantenimiento de uno más de los componentes de la aptitud física”*. (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). Implica un desgaste energético más elevado que el estado de reposo o metabolismo basal. La actividad física mejora todos los aspectos incluidos dentro de esta definición: bienestar físico, bienestar mental y social, la prevención y el tratamiento de enfermedades.

La actividad física saludable, es el tipo y la cantidad de actividad física considerada beneficiosa para la salud de cada persona. Para ello hay una base establecida que determinan el tipo, la cantidad y la intensidad de actividad física que se debería hacer en cada etapa del ciclo vital. Se deben tener en cuenta las características diferenciadoras de cada persona a la hora de decidir qué es lo que más conviene para poder conseguir el mayor beneficio físico, mental, social, y a la vez prevenir la aparición de ciertas enfermedades o tratar las que ya se pueda tener. Los niveles de actividad física saludable, están en función de las características personales de cada individuo: edad, sexo, peso, alimentación, lesiones

y actividades viarias, de las que se excluyen las actividades físicas de intensidad insignificante (*Jordi Altes Salla 2012*).

Aunque se considera la adolescencia como el grupo de edad más saludable en términos de morbimortalidad, es en esta etapa cuando se definen muchas pautas de comportamiento que van a tener una importante influencia sobre la salud en la vida adulta. Una de ellas es la práctica regular de ejercicio físico, que reporta diversos beneficios para la salud.

Actualmente se cree que la práctica de una actividad física que represente un consumo energético moderado, entre 14 y 45 minutos, de dos a cuatro veces por semana, es suficiente para obtener este beneficio que se traduce en una disminución del riesgo de sufrir diversas enfermedades, en especial las cardiovasculares. El mecanismo, mediante el cual se produce esta disminución de la enfermedad cardiovascular, parece ser el aumento de la fracción H.D.L. del colesterol y la disminución de la tensión arterial. El ejercicio también representa una mejora para otras patologías como la osteoporosis, la diabetes, la obesidad y puede tener efectos saludables sobre la salud mental, por otra parte se ha valorado el interés por las prácticas deportivas como un mecanismo para retrasar el inicio del tabaquismo. (*Nebot, E. Comín, J. R. Villalbí, C. Murillo 1991*).

#### **2.1.3.1.3.- Estrés**

La acumulación de eventos estresantes puede afectar el bienestar y la salud del adolescente, ya sea directamente o a través de su influencia en las conductas de salud en el estado emocional y en la percepción de apoyo social (*E. Barra; R. Cerna; D. Kramm; V. Véliz, 2006*), es por esto que se considera el manejo del estrés como uno de los pilares fundamentales en la sanidad mental, y por tanto como promotor de estilos de vida saludable. Estrés se define como “*la tensión desencadenada por situaciones agobiantes para un sujeto, lo cual puede originar reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos*”. El Profesor Hans Selye señala el estrés, (*1974, citado en Roberto Kertész, 2011*), como “*La respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia*”.

Como se mencionó anteriormente, el estrés es originado por estímulos que la persona puede considerar como agobiante, esta percepción puede desencadenar respuestas que el individuo origina como métodos de supervivencia los cuales consisten en una primera instancia en una reacción del tipo lucha, donde se busca enfrentar la situación o al sujeto

que se aprecia como agresor o enemigo; posteriormente se encuentra la reacción del tipo fuga, en donde la persona se dispone alejándose de la situación y/o agresor. Por último se encuentra la etapa de inmovilidad en donde el individuo busca pasar desapercibido. Cabe mencionar que estas etapas son desencadenadas y reguladas por reacciones internas orgánicas, en donde se ven involucrados procesos neuronales, cognitivos y relacionados con experiencias previas ante situaciones similares.

El estrés trae consecuencias tanto negativas como positivas, siendo estas últimas las que contribuyen al afrontamiento de las situaciones estresantes. Roberto A. Chiang, establece que al enfrentarse repetitivamente a los agentes o situaciones estresantes, las personas se acostumbran a dichos niveles de estrés por lo que esta situación pasa a ser habitual y deja de verse afectada puesto que una vez superada la emergencia, las personas obtienen una tendencia a mantener conductas defensivas lo que le permite estar preparada ante una situación similar (*Chiang, R.A. 1997*).

El manejo del estrés es la capacidad que tiene el individuo de afrontar y de buscar las medidas y herramientas que le permitan al individuo dominar la situación, que lo está afectando tanto físico como mentalmente. En este proceso de búsqueda y obtención de medidas facilitadoras frente a situaciones agobiantes, se verán involucrados los llamados factores psicológicos individuales, propuestos por Chiang, los cuales son del tipo interno y personales, donde se ven implicados los recursos intelectuales, la experiencia y la motivación personal, para enfrentar las mismas, permitiendo disminuirlas, eliminarlas o bien aprender a convivir con ellas.

#### **2.1.3.1.4.- Relaciones Interpersonales**

Una relación interpersonal es una interacción recíproca entre dos o más personas. Se trata de relaciones sociales que, como tales, pueden ser reguladas por ley, costumbre o acuerdo mutuo y son la base de los grupos sociales y la sociedad en su conjunto.

En toda relación interpersonal interviene la comunicación, que es la capacidad de las personas para obtener información respecto a su entorno y compartirla con el resto de la gente. La comunicación exitosa requiere de un receptor con las habilidades que le permitan decodificar el mensaje e interpretarlo. Si falla la comunicación, la relación interpersonal será complicada.

Hay que tener en cuenta que las relaciones interpersonales funcionan tanto como un medio para alcanzar ciertos objetivos como un fin en sí mismo (*Monjas, 1999*). El ser humano es un ser social y necesita estar en contacto con otros de su misma especie.

La comunicación ayuda a facilitar actitudes positivas ante la vida, que permiten el desarrollo de habilidades sociales, estimulan la empatía y favorecen actitudes para afrontar conflictos, fracasos y frustraciones. La intención es promover el bienestar social.

#### **2.1.3.1.5.- Espiritualidad**

Se entiende por espiritualidad, la forma en como las personas asumen su manera de vivir, incorporando la búsqueda de un significado y valor. Cabe destacar que Brady y Paterman (*1999 citados en C. Navas; H. Villegas, 2007*) establecen que la espiritualidad se concibe como la necesidad de encontrar respuestas acerca de la vida, la enfermedad y la muerte. Por otro lado es necesario mencionar que la religiosidad, se relaciona con la manera en que una institución propone valores, creencias, prácticas y en cómo sus feligreses deben concebir la manera de ver y vivir su vida. Por tanto, el término de espiritualidad y religiosidad están estrechamente relacionados, puesto que el primero le permite a las personas buscar respuestas a sus interrogantes acerca de aspectos de la vida y el otro permite que estas interrogantes sean respondidas desde las creencias, valores y prácticas que propone una institución.

La Religión sirve como guía para quienes profesan un determinado credo, siendo este el medio para que el individuo forje sus intereses y su manera de concebir y vivir la vida, de acuerdo a lo propuesto por las creencias de su religión. Es por esto que la Religión y la espiritualidad, juegan un rol importante en la determinación de ciertas conductas, en las cuales el ser humano se basa para construir su estilo de vida dentro de lo que su fe profesa. Estas constan de ciertas normas y reglamentos, que los pertenecientes de su fe deben cumplir, como la prohibición de ciertas sustancias que lleguen a ser nocivas o tóxicas para el organismo.

Muchas de las acciones consideradas nocivas o no para la salud de las personas, están determinadas por la religión desde tiempos inmemorables, como por ejemplo, la prohibición del consumo de carne de cerdo, por parte del Islam, en donde dicha norma está estipulada en el Corán, libro sagrado para religión Islámica. Hoy en día es de conocimiento

universal, que es recomendable evitar un consumo elevado y mantenido de carne roja, embutidos transformados de la carne, ahumados o fritos por el aumento del riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y cáncer de colon (*Aj. Calañas, D. Bellido, 2006*). Dado esto, nos permitiría inferir que ciertas determinaciones basadas en la fe de las personas podrían llegar a repercutir o no en el desarrollo enfermedades crónicas no transmisibles, así como en la prevención de estas mismas, lo cual de cierta manera queda manifestado por la referencia que Herbert y Jenckes (*2001, citados en C.Navas 2007*), donde estipulan que de cierta manera la espiritualidad de los individuos es una poderosa fuente de fortaleza para promover la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad.

#### **2.1.3.1.6.- Responsabilidad en Salud**

Se define como la capacidad existente en todo sujeto activo, el derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente. Significa reconocer que tenemos la habilidad para modificar los riesgos inherentes en nuestra herencia y ambiente social, podemos modificar nuestros riesgos mediante cambios en nuestro comportamiento. (*Edgar Lopategui, 2000*).

Según el artículo Cambio de Mentalidad: Responsabilidad de Salud, se establece que este proceso de acción preventiva incluye la determinación de hacer las prácticas correctas de salud como parte integral de nuestra vida. La responsabilidad ante nuestra salud implica escoger y decidir sobre alternativas saludables en vez de aquellas que envuelven un riesgo para la salud. No sólo es poseer el conocimiento sobre comportamientos saludables, sino aplicar dichos comportamientos, pues el estado de salud que posee cada individuo dependerá en gran medida de los tipos de comportamiento que éste efectúe (*Index Enferm, 2010*).

Para poder estar consciente de los efectos potenciales peligrosos de hábitos y dependencias de riesgo, se requiere un esfuerzo reflexivo para examinar nuestras vidas desde la perspectiva de la salud y luego un esfuerzo concertado dirigido a modificar nuestros hábitos negativos arraigados (*Edgar Lopategui, 2000*).

El único responsable que puede modificar sus conductas de riesgo a una de vida saludable, es el propio individuo, en donde su motivación es lo que lo conduce a concientizarse acerca de su estilo de vida y las modificaciones que debe realizar para lograr mejorar su salud, lo que lo llevará a obtener una mejor calidad de vida.

Las circunstancias, necesidades y elecciones ponen a las personas en situaciones y roles particulares. En la vida, la responsabilidad personal proviene de muchas fuentes previsibles e imprevisibles, e implica asociarse y participar, comprometerse y cooperar. Una persona responsable persevera, no con terquedad, sino con motivación de ser consecuente con sus actos y convicciones.

La responsabilidad ante nuestra salud implica escoger alternativas saludables correctas en vez de aquellas que se vuelven un riesgo para la salud. Significa reconocer que tenemos la habilidad para modificar los riesgos inherentes en nuestra herencia y ambiente social, que podemos modificar nuestros riesgos mediante cambios en nuestro comportamiento. Para poder estar consciente de los efectos potenciales peligrosos de hábitos o dependencias de riesgo, se requiere un esfuerzo reflexivo para examinar nuestras vidas desde la perspectiva de la salud y luego un esfuerzo concertado dirigido a cambiar o modificar nuestros hábitos negativos arraigados (*Edgar Lopategui, 2000*).

#### **2.1.3.1.7.- Apreciación Por la Vida**

La apreciación por la vida, es un término al que se puede aludir el significado que las personas le otorgan a lo que es su vida, por tanto corresponde a las respuestas ante interrogantes planteadas tales como quiénes somos, qué queremos de nuestra vida y qué queremos construir en nuestra vida, entre otras, con el fin de entregarle un propósito. Frankl (1994 citado en L. Magaña 2003), define el “Sentido de vida” como el motivo, la razón, lo que nos impulsa para lograr algo o bien para ser de una manera determinada.

Se considera que las personas que colocan énfasis en sus cuidados, son personas que día a día buscan motivos para prolongar su existencia de una manera que los conlleve a una buena calidad de vida, esto es gracias a la elección de actividades que realizan con una actitud positiva y que por supuesto no vayan en desmedro de su salud, por tanto son individuos que realizan actividades pro salud y no acciones que puedan influir de manera negativa, de acuerdo a lo reflexionado sobre su propio existir.

Las personas que se cuestionan su existencia o sentido que le otorgan a su vida, son personas capaces y responsables de su propia vida y sobre los objetivos reflexionados acerca del qué quieren ser y cómo quieren vivir, es por tanto la apreciación por la vida, el resultado de una discusión interna acerca del sentido que le queremos dar a nuestra existir y

en qué actividades realizaremos para conducir nuestra vida hacia nuestras metas personales  
(*Ref. Investigación sobre el sentido, Argos N° 36-2002 pp 31-60*).

#### **2.1.4.- Características del Desarrollo de los Adolescentes entre 14 y 18 años**

La adolescencia posee diferentes características y establecer una definición es problemático ya que: 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; en segundo lugar debido a las grandes variaciones en las leyes de los países sobre la edad mínima para realizar actividades consideradas propias de los adultos, como votar, casarse, vincularse al ejército, ejercer el derecho a la propiedad y consumir bebidas alcohólicas; en tercer lugar, los países difieren en cuanto a la mayoría de edad, lo que dificultaría la definición del concepto, como también es que la edad de mayoría generalmente no guarda relación con la edad a la cual las personas están legalmente capacitadas para llevar a cabo determinadas actividades que podrían asociarse con la edad adulta. Esta “edad de licencia” puede variar de una a otra actividad, y no existe norma alguna que se aplique a nivel internacional; y en cuarto lugar independientemente de lo que digan las leyes acerca del punto que separa la infancia y la adolescencia de la edad adulta, innumerables adolescentes y niños pequeños de todo el mundo trabajan, están casados, atienden a familiares enfermos o participan en conflictos armados, todas estas actividades que corresponden a los adultos y que les roban su infancia y adolescencia (*UNICEF, 2011*).

Las transformaciones de la adolescencia no se dan sólo en el joven, sino que en toda su familia; la adolescencia cambia todo el sistema de interacción familiar, el cual debe girar desde una unidad centrada en el cuidado protector de los hijos, hacia una en la que el adolescente se desinserta de ella para entrar en el mundo adulto, e interactuar con sus progenitores como adulto a adulto, y no ya como niño a adulto.

Para la OMS, la adolescencia es la etapa de la vida que ocurre entre los 10 y 20 años de edad, coincidiendo su inicio con los cambios puberales y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico. La juventud, por otra parte, es el periodo entre los 15 y 25 años de edad. Constituye una categoría sociológica, caracterizada por asumir los jóvenes sus derechos y responsabilidades sociales con plenitud. Ambos conceptos engloban un periodo transicional con importantes cambios globales

(biopsicosociales) de la persona. (*Familia y salud de los jóvenes, Ramón Florenzano, 1995.*)

#### **2.1.4.1.- Sub etapas de la adolescencia**

El periodo de los 10 a 20 años es evidentemente demasiado extenso para que los cambios que se producen no sean secuenciales, lo que ha llevado a diversas clasificaciones de la adolescencia en subetapas sucesivas. En una de las divisiones más aceptadas, estas se han denominado así: la FASE PREPUBERAL (o la adolescencia inicial) que va de los 15 a los 17 años), y la FASE JUVENIL INICIAL (o de adolescencia tardía) que va de los 18 a los 20 años. A continuación describiremos, en detalle, cada una de dichas etapas.

##### **2.1.4.1.1.- FASE PREPUBERAL (o la adolescencia inicial):**

Los cambios biológicos de la pubertad son vividos por el niño como una irrupción de elementos nuevos, irracionales y extraños, en un mundo que hasta el momento era ordenado y previsible. En especial, la niña fluctúa en su estado emocional en relación a los cambios de sus niveles hormonales que se acentúa alrededor de las primeras menstruaciones. El cambio en su aspecto externo puede, también, preocupar de sobremanera a la muchacha adolescente. Se da cuenta de que los varones la miran, de que su padre no le demuestra ya el cariño físico anterior, y experimenta sentimientos encontrados al contemplarse en el espejo. La re elaboración del conflicto edípico, en este periodo, ha sido descrita como de especial importancia en los estudios psicoanalíticos de Anna Freud y Peter Blos.

Este despertar emocional e intelectual del adolescente lo lleva típicamente, a fascinarse con ideales e ideologías, las que a veces adoptan de un modo que puede ser fanático, dependiendo del nivel intelectual y emocional alcanzado.

En el plano de las relaciones interpersonales, en esta época comienzan los primeros entusiasmos por otros, a veces del mismo y generalmente del sexo opuesto.

Desde el punto de vista de la familia, muchos de estos cambios no son bien tolerados inicialmente: los cambios físicos, que revelan que ya no es un niño, denotan el paso del

tiempo para los padres, y al mismo tiempo los hace sentir incómodos en el tipo de cercanía física que para muchos es el modo más natural de demostrar afecto. Esto hace que muchas veces la relación con el progenitor del mismo sexo se distancie, y comience la reorientación desde la familia hacia los grupos de amigos.

#### **2.1.4.1.2.- FASE JUVENIL INICIAL (o de adolescencia tardía)**

El hecho central en este periodo es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento a los grupos de amigos. Implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, que tienen consecuencias no sólo para el adolescente sino para sus padres.

La familia ha sido el centro de la existencia emocional del joven por 14 ó 15 años. La superación del apego y el dejar de aceptar fielmente el control familiar es, un paso difícil pero necesario para conocer, sin temor, el mundo de los demás y para aprender a relacionarse con los iguales, en especial con los del sexo opuesto.

Muchas veces, la superación de la dependencia, con respecto a la familia se hace descalificando a uno o ambos progenitores. Ello puede obedecer más a una necesidad inconsciente de aflojar lazos que a dificultades objetivas con los padres.

Otras veces, se produce una desilusión real al descubrir o corroborar una conducta o antecedente decepcionante en la vida de uno o ambos padres. Este desplomarse de los modelos parentales puede representar una dificultad para los padres, cuya relación con los hijos se ve sometida a prueba.

La importancia del grupo juvenil aumenta en la medida que decrece para el joven la de sus progenitores. Y el grupo mencionado desarrolla, frecuentemente, posiciones anti adultas. Se forman núcleos de amigos íntimos, que se apoyan y acompañan mutuamente.

Existe también una diferenciación sexual en la estructura y temática de los grupos. Algunos son predominantemente masculinos, orientados hacia la acción, y otros o mixtos o predominantemente femeninos orientados hacia la socialización y relaciones de tipo sentimental o romántico.

La homeostasis intrafamiliar implica la represión de la conducta sexual del muchacho. Dicha represión se supera paulatinamente en tal etapa, al desplazarse el foco afectivo y erótico fuera de la familia y hacia personas de la misma edad y del sexo opuesto.

#### **2.1.4.1.3.- ADOLESCENCIA FINAL**

En esta etapa terminal de la adolescencia se concretan los procesos recién descritos, alrededor de la consolidación de la identidad del Yo. La respuesta a la pregunta ¿Quién soy yo?, es contestada ahora con innumerables variaciones. La búsqueda de vocación definitiva se hace más premiosa y urgente, muchas veces estimulada por hermanos o amigos que se casan o comienzan a trabajar. Para muchos adolescente dicha etapa constituye un desarrollo lógico y no conflictivo de procesos previos.

Otro elemento, importante en la consolidación de un sentido de autonomía es la experiencia del adolescente en el proceso de toma de decisiones intrafamiliar (*Familia y salud de los jóvenes, Ramón Florenzano, 1995.*).

#### **2.1.4.1 Relaciones Interpersonales en Adolescencia.**

##### **2.1.4.1.1.- Relación con los padres.**

La familia es un punto central en la vida del ser humano. En el seno de ésta se adoptan, reproducen y se van cambiando sus tradiciones, normas y valores.

Estas experiencias son parte importantísima de la vida adulta, en la medida que todas las personas heredan una forma y una idea de familia, siendo esto el sostén de las relaciones sociales y afectivas que experimentaran las personas que conviven en un entorno familiar común.

A lo largo de los años la familia ha debido verse expuesta a constantes procesos de transformación tanto en lo social como en lo estructural, y es por ello que la familia evoluciona constantemente y se adapta a los nuevos tiempos. Ya a mediados del siglo pasado la familia viene incorporando cambios sociales y familiares, producto del proceso de la modernización.

La familia es la institución social que más amor y afecto puede entregar a cada uno de sus miembros, así como también la entrega de cuidados, protección y responsabilidades. Dadas las modificaciones que han surgido a través de las últimas décadas los roles, las formas de relación y comunicación entre padres e hijos también se ha visto afectada en el paso de los años. Dichas transformaciones inciden profundamente en el núcleo del seno familiar, pero las más notorias se han dado en las relaciones intergeneracionales y entre las relaciones entre las personas jóvenes.

Según la Sexta Encuesta Nacional de la Juventud, dos áreas se han identificado como las más relevantes en el ámbito de las relaciones familiares, la calidad de la relación parental, los consensos o disensos que hijas e hijos mantiene con ambos padres en relación a ciertos temas.

La funcionalidad de la familia puede alterarse por problemas o crisis que alguno de los miembros o del conjunto del grupo experimenten. La facilidad para encontrar las soluciones o adaptarse a los problemas dependerá de los recursos que existan en cada una de las familias y de las experiencias previas que pudiesen ayudar a la resolución de los conflictos.

El mayor conflicto entre los padres e hijos(as) está dado por el tema de los permisos y salidas, los temas atinentes a la política y coyuntura nacional y lo referente a la sexualidad y las relaciones de pareja.

En los padres y madres existe la intención de dotar a sus hijas/os con las mejores condiciones posibles para su desarrollo y preparación para el mundo futuro para lo cual se intenta prevenir y anticipar cualquier conducta que precipite una crisis dentro del núcleo familiar. Sin embargo el ambiente familiar puede actuar en dos direcciones, la de transmitir prácticas y normas de cuidado y de responsabilidad respecto de la propia persona como hacia los demás o bien, puede transmitir formas que impiden el desarrollo de las personas en distintas áreas de la sociedad.

A pesar de ello la familia sigue constituyendo uno de los aspectos centrales de la vida de los jóvenes y la que le permite proyectarse de mejor manera a una vida adulta plena (*Sexta Encuesta Nacional de Juventud 2010, INJUV, Gobierno de Chile.*).

#### **2.1.4.1.2.- Relación con los Pares.**

Para los adolescentes encajar y ser parte de un grupo es fundamental al momento de relacionarse con sus amigos y personas de su edad. Para ambos sexos la aceptación social, la adecuación conductual y la amistad íntima pueden ser factores que determinen ciertas conductas que ayuden o los predispongan a ciertos estímulos que perjudiquen su actuar.

Los adolescentes demuestran su confianza hacia sus amigos por sobre su propia familia, así como también desconfían de las instituciones sobre todo las manejadas por las clases políticas.

Según sus gustos será el grado de afinidad que tengan con sus amigos, que en esta etapa pasan a ser como si fueran parte de su propia familia (*Y. Pastor, I. Balaguer, M. García Merita, 2006*).

#### **2.1.4.1.3.- Concepto de sí mismo.**

La juventud de hoy entre los elementos más importantes que hacen referencia a una definición propia está dada por un conjunto de factores que influyen en ellos de una manera positiva y por otra parte de manera negativa.

La familia es el pilar fundamental de la sociedad en el cual cada individuo deposita toda su fuerza y energía haciendo de esta institución la más influyente dentro del desarrollo humano. La familia es la forjadora y parte importante de los valores o antivalores que el adolescente adoptara en para su vida. Es por ello que la percepción que estos tienen de sus familias es un punto determinante en los mismos.

Por otra parte la religiosidad y la fe también son importantes en la motivación del adolescente durante su camino de formación y percepción propia. Una vía hacia lo espiritual es un factor influyente en su personalidad y la manera de ver el mundo en el cual está inserto y vinculado a él.

Para los adolescentes el trabajo es la actividad más importante a realizar en su próxima etapa de la adultez, para ellos laborar les permite tener acceso a un desarrollo y a aumentar

el nivel de vida socioeconómico en el que se encuentran. Esto se ve reflejado en los sectores más vulnerables de la sociedad y en aquellos en que creen que el mérito y éxito propio son las herramientas para construir una mejor calidad y estilo de vida (*Sexta Encuesta Nacional de la Juventud*).

La percepción de felicidad en los jóvenes está valorada positivamente en aquellos que tienen una familia más acomodada y con más recursos a su haber, en cambio la felicidad en aquellos jóvenes más vulnerables es menor y más inalcanzable debido a la precariedad de sus condiciones de vida.

La percepción de los jóvenes también puede variar según los riesgos de dependencias que estos posean. La dependencia a drogas o alcohol que estos adquieran puede cambiar rotundamente el concepto que ellos valoren de sí mismos, es por ello que hoy en día se trabaja profundamente en la prevención y promoción del consumo excesivo de alcohol y drogas que son parte de los vicios que se presentan en esta etapa.

## **2.1.5.- Características Demográficas del Adolescente Chileno.**

### **2.1.5.1.- Situación demográfica y epidemiológica de los adolescentes chilenos.**

La población de Adolescentes de Chile, al año 2009, representaba un cuarto de la población entre 15 y 29 años (*INE, 2009*).

Según proyecciones demográficas del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), a junio de 2009, la población chilena alcanza a 16.928.873, de las cuales 4.208.399 son personas de 15 a 29 años, lo que equivale al 24,9% del total de la población nacional (*INE, 2009*).

En el año 1990 las personas jóvenes representaban el 28,6% de la población del país; en 1995 lo hacían en un 25,8%; en el año 2000 en un 24,3%, y en el 2002 el 24,3%.

Este fenómeno de decrecimiento y posterior estancamiento de la población joven se vincula al proceso de transición demográfica que es propio de países en desarrollo como Chile (*CELADE, 2005*). Es probable que la tendencia a la baja que presentan los datos hasta el año 2000, se explique por la mayor longevidad de la población y la proporción de las tasas de natalidad. Por su parte, el estancamiento en la disminución de personas jóvenes durante la década del 2000 se puede deber a que se ha llegado a una fase en la transición

demográfica denominada “etapa post transicional”, caracterizada por bajos niveles de natalidad y de mortalidad en la población, produciéndose así un estancamiento en el peso relativo de cada grupo (*CELADE, 2005*).

Según proyecciones del Censo 2002, la población de adolescentes (10-19 años) y de jóvenes (20 y 24 años), representa el 17% y 8,3% del total de la población chilena, respectivamente. Para el 2020, según el INE, se estima que ambos grupos representarían el 21% de la población total, estimada en 3.859.275 de adolescentes y jóvenes (*INE, 2009*).

Aproximadamente dos de cada tres muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en los adultos, están relacionadas con comportamientos que se inician durante la adolescencia. Por tanto, resulta fundamental realizar acciones preventivas en la niñez y adolescencia, que favorezcan una mejor salud de la futura población adulta (*OPS, 2010*), disminuyendo una carga económica evitable a los sistemas de salud en el futuro. Esta vinculación entre salud y economía, nos permite reconocer a la adolescencia y juventud, como etapas cruciales para intervenir en la salud de las personas. Así, desde la perspectiva de la salud pública, mejorar la salud de adolescentes y jóvenes, debiera ocupar un lugar de importancia entre las prioridades de desarrollo de los países (*OPS, 2010; Breinbauer & Maddaleno 2005*).

Las tasas de mortalidad han disminuido en los últimos 50 años. Sin embargo, en adolescentes y jóvenes la reducción es menor que en otros grupos de edad, siendo evitables la mayoría de estas muertes (*OMS, 2011*).

#### **2.1.5.2.- Problemas de salud de los Adolescentes Chilenos.**

A continuación, se presenta un análisis de áreas específicas de problemas de salud de adolescentes y jóvenes en Chile, relevante de destacar:

- Salud Mental
- Salud Sexual y Reproductiva
- Salud Nutricional
- Enfermedades Crónicas
- Enfermedades Oncológicas
- Discapacidad

### **2.1.5.3.- Salud Mental**

#### **2.1.5.3.1.- Consumo de tabaco, alcohol y sustancias, Depresión, y otros**

A pesar de que Chile es uno de los países con prevalencias más altas de consumo de tabaco en escolares, se ha observado una disminución del consumo en el bienio 2005 – 2009, de 42,2% a 33,1% de los escolares entre octavo básico y cuarto medio, lo que se ha atribuido a la implementación de la ley anti tabaco en agosto de 2006. En Chile, al 2009, las niñas en edad escolar fumaban más que los niños escolares (35,6% vs. 30,6%). La edad promedio de inicio del consumo de tabaco es a los 13 años, sin diferencias por sexo (*CONACE, 2010*).

En Chile, la prevalencia mensual de consumo de alcohol es de 35,5% en toda la población escolar, sin diferencias significativas por sexo. El consumo aumenta conforme aumenta el nivel escolar, siendo significativamente superior en los alumnos de primero medio respecto a los de séptimo. La edad promedio de inicio del consumo de alcohol es a los 13,7 años, sin diferencia por sexo (*CONACE, 2010*).

Según resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, el grupo de mayor consumo en gramos de alcohol es en jóvenes de 15 a 24 años, con 80 gramos promedio de alcohol puro ingerido en un día de consumo habitual.

Por otro lado, la prevalencia del consumo de marihuana y cocaína se ha mantenido estable entre el 2001 y 2009. La edad promedio de inicio de consumo de marihuana es de 14,6 años, sin diferencias por sexo.

El consumo de riesgo de drogas ilegales en la población de escolares, se ha mantenido elevado y estable en los últimos años, con cifras que crecen desde octavo básico hasta cuarto medio (*CONACE, 2010*).

#### **2.1.5.3.1.1.- Depresión**

La depresión es una patología de salud mental presente en la población de adolescentes y jóvenes. La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, sitúa en 14%, la prevalencia de

sintomatología depresiva en jóvenes de 15 a 24 años, siendo más alta en mujeres (*MINSAL, 2010*).

#### **2.1.5.3.1.2.- Violencia**

De acuerdo a lo informado en la VI Encuesta del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), se observa un incremento significativo de la declaración de violencia física al interior de la pareja, presentándose en un 4,6% de adolescentes de 15 a 19 años y en un 8,0% de jóvenes. Lo mismo sucede con la violencia psicológica, presentándose en un 9,9% de adolescentes y en un 16,8% de jóvenes.

#### **2.1.5.4.- Salud Sexual y Reproductiva**

##### **2.1.5.4.1.- Inicio de actividad sexual**

La sexualidad en adolescentes es dinámica y ha experimentado cambios importantes en las últimas décadas. El 48% de adolescentes de 15 a 19 años declara haber iniciado su vida sexual. La edad de inicio promedio es 16,4 años en hombres y 17,1 años en las mujeres, presentándose un adelanto de las edades de iniciación respecto de años anteriores, especialmente entre las mujeres, las que en 1997 mostraban una edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 18 años (*INJUV, 2010*).

Se distinguen diferencias sutiles por nivel socioeconómico, donde los segmentos socioeconómicos más acomodados inician su actividad sexual algo más tarde (*INJUV, 2010*).

##### **2.1.5.4.2.- Infecciones de transmisión sexual**

Entre los 10 a 19 años, se observa un incremento en las tasas de notificación en los dos últimos quinquenios analizados (7,2 y 9,0 por 100.000) (*MINSAL, 2009*).

### **2.1.5.5.- Actividad Física y Salud Nutricional**

La encuesta mundial de salud escolar chilena del 2004 (EMSE) revela un 85% de sedentarismo en hombres y 92,8% en mujeres de 13 a 15 años, definido sedentarismo como la práctica de actividad física menor de una hora al día (*OPS/OMS, 2010*).

Por otro lado, el primer informe SIMCE de educación física en octavo básico del 2010, reporta la alarmante cifra de 40,2% de sobrepeso u obesidad por IMC, en los estudiantes de ese nivel. El mismo estudio revela que sólo el 9,2 % de los estudiantes posee una condición física satisfactoria (*MINEDUC, 2010*). Junto al sedentarismo, agrega un nuevo factor de riesgo para las ECNs.

El progresivo aumento del sedentarismo y los hábitos alimentarios inadecuados a medida que transcurre la adolescencia explican el aumento alarmante del sobrepeso y obesidad (*MINEDUC, 2010*), de manera que cada vez con mayor frecuencia y a menor edad se inician complicaciones metabólicas como: Hipertensión Arterial, Dislipidemias, Resistencia a la Insulina e Intolerancia a los Hidratos de Carbono.

### **2.1.5.6.- Enfermedades Crónicas en Adolescentes**

En Chile, el 84% de la carga de enfermedad obedece a las Enfermedades Crónicas (EC), del cual el 83% del total de la carga de enfermedad se concentra en 8 grupos de causas, predominando las condiciones neuropsiquiátricas responsables de un 23,2% del total de AVISA. Le siguen el grupo de enfermedades digestivas (15,8%) y las enfermedades cardiovasculares (12,1%).

Por otro lado el 12% restante de la carga de enfermedades, corresponde al grupo de lesiones, en donde las no intencionales se ubica en el cuarto lugar (7,7%), mientras que las lesiones intencionales se ubican en la octava posición (3,8%) (*MINSAL, 2008; MINSAL, 2011*).

### **2.1.5.7 Enfermedades Oncológicas**

Los antecedentes epidemiológicos indican que las enfermedades oncológicas son de alta prevalencia en el grupo de adolescentes y jóvenes. En este grupo etario es la tercera causa de muerte.

#### **2.1.5.7.1.- La incidencia de cánceres en la población adolescente**

En la actualidad, el número de casos nuevos de cáncer estimados para el grupo de 10 a 14 años es de 199 adolescentes. Por otro lado, la tasa de incidencia estimada en adolescentes de 10 a 14 años, es de 15 x 100 mil. El número de casos nuevos de cáncer estimados, para el grupo de 15 a 19 años es de 3572. La tasa de incidencia estimada para adolescentes de 15 a 19 años es de 240 x 100 mil.

#### **2.1.5.7.2.- Mortalidad por causas oncológicas en adolescentes**

La mortalidad por causas oncológicas es la tercera causa de muerte en este grupo etario, según las cifras de DEIS, (*MINSAL, 2009*).

Con relación a la mortalidad observada existen diferencias según tipo de localización y grupo de edad. La causa de mayor prevalencia en ambos grupos son: leucemias, SNC, y Linfoma No Hodgkin.

En relación a la mortalidad por enfermedades oncológicas en adolescentes mujeres, se puede observar que existe un aumento de las tasas de Leucemias y de Osteosarcomas entre los años 2000 a 2009.

#### **2.1.5.8.- Discapacidad**

Según el último Censo 2002, las personas que presentan una o más discapacidades alcanzaban a 334.377, lo que equivale al 2,2% de la población del país. De este total, 178.563 (53,4%) son hombres y 155.814 (46,6%) son mujeres.

Actualmente existe poca información relativa a situación de discapacidad en la población adolescente, pues la invisibilidad del segmento etario en los sistemas de información y discapacidad es un hecho innegable. A pesar de lo anterior, si se analizan los datos entregados por la Encuesta Nacional de Discapacidad 2004 (*Endisc-2004*), es posible identificar que aproximadamente el 38,0% de las personas encuestadas presentan algún grado de discapacidad y se encuentran entre los 13 y los 20 años. El 36,7% de este grupo informa como origen principal de la situación de discapacidad la causa mental intelectual, seguida por un 17,4% de origen sensorial visual, 15,3% de origen físico, un 13,4% de origen mental psiquiátrica, un 10,2% de carácter múltiple y un 7,0% de origen sensorial auditivo en el segmento etario.

Según los datos entregados por SENADIS, 86.215 personas se encuentran en situación de discapacidad en éste segmento.

## **2.1.6.- Políticas Internacionales y Nacionales sobre Atención de Salud para el Adolescente.**

### **2.1.6.1.- Políticas Internacionales para la Infancia y la Adolescencia.**

**2.1.6.1.1.- La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.** En la Declaración Mundial sobre Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño (*Naciones Unidas, 1990*), los Jefes de Estado de más de 150 países se declararon a favor del crecimiento y desarrollo del niño, además de dar apoyo a los padres en el cuidado y la atención de sus hijos, desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia.

**2.1.6.1.2.- La Organización Mundial de la Salud (OMS).** En los últimos 20 años la Organización Mundial de la Salud ha reconocido reiteradamente la singular importancia de la salud y el bienestar de los adolescentes, y ha señalado la necesidad de asignar alta prioridad a los programas dirigidos a su fomento y restablecimiento, así como a la prevención de las enfermedades que los afectan. El informe final de las Discusiones Técnicas de la 42a Asamblea Mundial de la Salud sobre la Salud de los Jóvenes (1989) señala que la OMS debe colaborar con los Estados Miembros en el fortalecimiento de las

instituciones nacionales para que emprendan investigaciones que permitan mejorar el conocimiento de la situación de los jóvenes. Los gobiernos deben tener una política de

salud explícita, traducida en planes de acción que la pongan en práctica; deben promover la participación de la juventud y fortalecer los esfuerzos de colaboración entre organismos e instituciones (OMS, 1989).

**2.1.6.1.3.- La Organización Panamericana de la Salud (OPS).** Esta institución se ha ocupado en forma pionera del tema de adolescencia, tanto de los aspectos sociales y económicos, como de las implicaciones sobre los servicios y promoción de salud. La Organización Panamericana de la Salud ha impulsado la recolección y sistematización de información epidemiológica y ha publicado documentos y libros sobre la materia. Algunos trabajos y documentos ofrecen recomendaciones programáticas y operativas. Además, la estrategia de comunidades seguras, municipios saludables y sistemas locales de salud, impulsados por ella, llevan implícita en su concepción integral de salud el tema de adolescencia y juventud.

En la **36a Reunión del Consejo Directivo de la OPS** (1992), los Estados Miembros aprobaron el Plan de Acción sobre Salud Integral de los Adolescentes en las Américas. En ese sentido el Consejo Directivo emitió la resolución CD36.18, mediante la cual se instó a los gobiernos a cumplir con una serie de recomendaciones tendientes al establecimiento de iniciativas nacionales de salud integral de adolescentes (*OPS, 1992*).

#### **2.1.6.2.- Políticas Internacionales de Salud**

En cuanto a las políticas internacionales de salud, referente a las conductas y hábitos de vida saludable, nos encontramos con muchos de los tratados antes mencionados, las cuales han influido de gran manera en los centros de atención primaria, un ejemplo de ello es por medio de las reformas de salud de nuestro país, dentro de las que destacan, las políticas de los CESFAM que son los principales gestores de la promoción de salud. Todo lo anterior se gestó en la conferencia internacional de APS de donde se desprende la Declaración de Alma-Ata promulgada el 12 de Septiembre de 1978, en Alma-Ata. Aquí se define a la salud como “*un completo estado de bienestar físico mental y social*” (*Dec. Alma-Ata, 12 sep*

978), derecho humano fundamental que es considerado un objetivo social requirente de la intervención de todos los sectores sociales y económicos, además del sector salud.

En Alma-Ata se determina que el desarrollo económico y social es fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos.

El por qué son tan importantes los centros de salud familiar, se debe a que *“Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema nacional de Salud”*, y por medio de ellos se pretende influir en los hábitos de vida; los cuales a la larga son los determinantes en la salud de las personas y los que definirán si será un enfermo crónico, o una persona con buena salud. Es por lo anterior que los centro de atención primaria de salud APS, son los encargados de definir los principales problemas, según la realidad de cada comunidad, para de esta manera *“... proporcionar los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma...” (Carta de Ottawa, 1986).*

Los prerequisites para la salud según la Carta de Ottawa son la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social, y la equidad; cualquier mejora de la salud ha de basarse en estos prerequisites. A su vez en ella se define, que la promoción de Salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos (*Carta de Ottawa, 1986*).

La promoción de la salud es una tarea compartida entre los sectores públicos y privados, y para conseguir esto se hace necesario un cambio que incluya la formación de una nueva conciencia social, entendiendo esta tarea como un problema país, además de ello, cabe destacar que la promoción de la salud es un proceso de capacitación constante en que las personas ejercen un mayor control sobre su salud con el fin de mejorarla (*Declaración de Yakarta, 1997*).

En la 60ª asamblea mundial de la salud, se considera la promoción de la salud una piedra angular de la atención primaria y una función básica de la salud pública, la cual reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades (*Carta de Bangkok, 2007*).

En Chile a raíz del aumento de la población adolescente nace el Programa nacional del adolescente con objetivos para el 2010-2020, el cual tiene como propósito responder a las demandas y necesidades de los adolescentes chilenos y el cual está basado en las propuestas de salud de la OMS y la OPS en su plan estratégico 2008 -2009.

### **2.1.6.3.- Programa Nacional de Salud del Adolescente.**

#### **2.1.6.3.1.- Visión**

Adolescentes y jóvenes cuentan con un Programa Nacional de Salud integral e integrado, de calidad, con enfoque de derechos, determinantes sociales, género y pertinencia cultural, que permita el pleno desarrollo de sus potencialidades físicas, mentales, espirituales y sociales, con un modelo de atención centrado en adolescentes y jóvenes, sus familias y comunidad.

#### **2.1.6.3.2.- Misión**

En el marco de las políticas sectoriales, nuestra misión será implementar y desarrollar el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (PNSIAJ), que regule y oriente una provisión de servicios de atención integral, diferenciada e integrada, respetuosa de los derechos, que responda a las necesidades de los adolescentes y jóvenes, teniendo en cuenta su pertinencia cultural y de género. Enfatizando las acciones de promoción de la salud y fomento de factores protectores, prevención del riesgo y daño, con intervenciones sostenibles en el tiempo, focalizadas en población de adolescentes jóvenes vulnerables, otorgadas por equipos interdisciplinarios comprometido y capacitados.

#### **2.1.6.3.3.- Objetivo General**

Desarrollar un programa de atención de Salud integral para adolescentes y jóvenes, que favorezca su crecimiento y desarrollo saludable mediante el fortalecimiento y optimización de la oferta y el acceso a servicios de salud integrales y prestaciones de salud que respondan a sus necesidades, considerando, especialmente el enfoque de derechos, de género y de pertinencia cultural, así como la participación activa de los adolescentes y jóvenes, focalizados en los más vulnerables, la familia y la comunidad.

#### 2.1.6.3.4.- Objetivos Específicos

- Establecer marco regulatorio técnico administrativo, jurídico y operacional, vinculado a las áreas programáticas priorizadas, que permita la implementación del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.
- Examinar y actualizar el marco jurídico que protege los derechos de adolescentes y jóvenes.
- Mejorar la oferta de servicios de salud diferenciados integrales e integrados y de calidad para adolescentes, aumentando la capacidad de respuesta del sector salud, con el fin, de atender las necesidades de la población adolescente, haciendo hincapié en el nivel primario y poblaciones vulnerables.
- Incorporar el control de salud integral de adolescentes, en la cartera de prestaciones del Programa de la Red Asistencial del nivel primario de atención.
- Fortalecer el sistema de información de salud de adolescentes y jóvenes, desagregando la información por edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico y generando información de calidad en el nivel nacional, regional y local.
- Abogar por la presencia prioritaria de la temática de salud de adolescentes y jóvenes en las agendas políticas públicas.
- Contar con recursos humanos con competencias y capacidades que responda a las necesidades y características de esta población.
- Desarrollar un plan de soporte financiero sustentable que permita la implementación del Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes realizando anualmente evaluación de logro de resultados comprometidos.
- Establecer alianzas con los medios de comunicación a fin de promover imágenes positivas de adolescentes y jóvenes que promuevan comportamientos normas sociales y compromisos adecuados con las cuestiones de salud a nivel nacional y regional.

- Incorporar el modelo de atención de salud integral para adolescentes dentro del sistema nacional de salud.
- Conformar equipos de salud interdisciplinarios, comprometidos y capacitados en los espacios diferenciados de salud integral de adolescentes a nivel nacional.
- Desarrollar áreas temáticas prevalentes de acuerdo al perfil epidemiológico, tales como, promoción de la salud, salud mental, salud nutricional, salud sexual y reproductiva, discapacidad, enfermedades crónicas y oncológicas y salud odontológica.
- Desarrollar un plan de evaluación, monitoreo y mejora continua del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.
- Articular la red asistencial, en torno a la salud de adolescentes y jóvenes.
- Garantizar el acceso de la población de adolescentes vulnerables a la modalidad de servicios de salud diferenciales.
- Mejorar el acceso y abordaje oportuno de la atención diferenciada, de los adolescentes pertenecientes a instituciones de protección social, con estrategias de articulación y coordinación con programas intersectoriales.
- Desarrollar estrategias de promoción orientadas a fomentar factores protectores que contribuyan al desarrollo integral, con intervenciones basadas en las comunidades que fortalezcan las familias, incluyan las escuelas y fomenten una amplia participación de adolescentes y jóvenes y a prevenir problemáticas de salud que afectan su desarrollo.
- Desarrollar estrategias que promuevan el diálogo y participación efectiva de los adolescentes y jóvenes en iniciativas que favorezcan la integración social y el reconocimiento del ejercicio de sus derechos.

- Establecer alianzas estratégicas y mecanismos de coordinación y cooperación intersectorial e instancias del ámbito público y privado, para establecer convenios y líneas de trabajo conjunta que favorezcan el desarrollo saludable de adolescentes y jóvenes.

### **2.1.7.- Responsabilidad del profesional de Enfermería en la atención de salud de los adolescentes.**

Enfermería es considerada como una profesión que intenta ayudar a las personas a recobrar el bienestar completo, mejorando su calidad de vida y cuidando de esta, abarcando todo el ciclo vital. Dependiendo del grupo etario que se intervenga, se obtendrán distintos resultados, siendo los escolares más receptivos y más motivados a incorporar conocimientos.

El rol de la Enfermera en los establecimientos educacionales como en la atención primaria de salud, es velar por el bienestar físico, psíquico y social del alumno y de la comunidad escolar a través de la identificación de los problemas de salud que los afectan y la resolución rápida y oportuna de ellos; mediante acciones asistenciales, educativas y preventivas en salud; contribuyendo de esta forma, a mantener un escolar en óptimas condiciones de salud y ayudarlo en las distintas etapas de su crecimiento y desarrollo (*Rol de la Enfermera Universitaria Interescolar, Leslie Robles, 2008.*)

#### **2.1.7.1.- En la Escuela**

La enfermería en el ámbito escolar es un área aun no abordada en Chile, a diferencia de otros países, donde existen programas escolares que se basan netamente en lo que es promoción y prevención, como parte de la atención primaria de salud. Cabe mencionar que la única intervención formal realizada por enfermeras en el área escolar en Chile determinada por el MINSAL, está relacionada con el programa de inmunización dirigido a escolares de primer año básico, en donde según el calendario de vacunación corresponde la aplicación de la vacuna tríplice y la DTP acelular para menores de este grupo etario.

La escuela es uno de los lugares en donde se ayuda a los niños y posteriormente a los adolescentes a completar una nueva etapa en su proceso de socialización, por lo tanto es uno de los lugares idóneos en donde el enfermero debe trabajar principalmente en dos

áreas: la primera debe ir enfocada en desarrollar aquellas actitudes y conductas saludables que permitan evitar o retrasar la aparición de enfermedades que a la larga pueden evolucionar a patologías crónicas, y la segunda debe ir orientada a capacitar a la población en promoción de la salud.

Educación en salud, consiste en una tarea ardua, en tanto que supone luchar contra creencias y costumbres a las que desde nuestro nacimiento estamos acostumbrados por la propia familia y sociedad a la que pertenecemos (*Quiles-Marcos, 2011, citado en Jiménez*), es por esto que se requiere de un equipo interdisciplinario que conste de médicos, enfermeros, odontólogos trabajadores sociales, administradores de la escuela, padres de familia y estudiantes (*Smeltzer, S. C. & Bare, B. G., 2005, Enfermería Médicoquirúrgica. Editorial McGraw-Hill Iberoamericana*), con el fin de proporcionar a nuestra población infanto-juvenil una atención que gire en torno al nuevo modelo determinado por la reforma de salud, basada en un enfoque biopsicosocial.

Las actividades que debe desarrollar el enfermero dentro de las comunidades escolares son:

- Realizar un seguimiento de salud para conocer los problemas y necesidades de la población escolar en cada centro escolar.
- Adaptar el Programa de Educación para la Salud a las necesidades detectadas en cada centro escolar.
- Crear un espacio de consulta en el que puedan acudir padres, profesores y alumnos, para resolver todas sus dudas con respecto a la salud escolar.
- Actuación asistencial ante los accidentes que puedan ocurrir.
- Colaboración con el Centro de Atención Primaria de referencia en las diferentes campañas de prevención y promoción de la salud.
- Realizar intervenciones con los padres de los alumnos, para fomentar y asegurar la continuidad en la promoción de hábitos de vida saludables.

Por lo tanto, la educación para la salud en el ámbito escolar ha de tener como fin inculcar conocimientos, actitudes y hábitos positivos de salud al individuo durante sus primeras etapas de desarrollo. Todo ello con el fin de orientarles en comportamientos promotores de Salud y de prevención de las principales enfermedades de este grupo de edad (González Jiménez, Emilio. “*La enfermera en el ámbito escolar: importancia en la prevención y promoción de la salud*”. Enfermería Comunitaria (rev. digital) 2012, 8(1)) que aseguren una calidad de vida libre de enfermedades crónicas que pudiesen aparecer en la vida adulta que incluso pondrían llegar a ser invalidantes.

Cabe mencionar que la presencia y participación de los enfermeros dentro de la comunidad escolar, es esencial para permitir el incremento y el mejoramiento de los conocimientos en materia de salud, y a su vez lograr que tanto niños y adolescentes pertenecientes a la etapa escolar, logren obtener recursos cognitivos que les permitan enfrentar y defenderse de los riesgos a los que serán sometidos tanto en el presente como en futuro, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos del mañana.

#### **2.1.7.2.- En Atención Primaria**

El programa de adolescente y joven sano ha sido implementado en el sistema de salud pública con el fin de tratar de forma preventiva los problemas que le podría afectar al adolescente, se considera el sujeto como un ser biopsicosocial, con creencias, costumbres y valores. La valoración se realiza dentro de morbilidad, se ejecuta a partir de una ficha CLAP, ya sea en el centro de salud o colegio, donde se recopila información, como: antecedentes personales, antecedentes familiares, familia, vivienda, educación, trabajo, vida social, hábitos y consumo, gineco-urológico, sexualidad, situación psicoemocional, examen físico, impresión diagnóstica integral, indicaciones e interconsultas. Una vez realizado el diagnóstico, surge la dificultad puesto que el programa actualmente no abarca la intervención ante una alteración.

Las metas ministeriales solo exigen una cantidad de fichas CLAP aplicada a adolescentes, por lo que cada CESFAM por voluntad propia optaría por intervenir o derivar. Paralelo a ello, surge la necesidad de aumentar las horas de los profesionales que abarcarían el

tratamiento de los problemas detectados, y en estos momentos el programa nacional del adolescente solo incluye aumento de horas médicas, no cumpliendo con un trabajo integral propio de un equipo multidisciplinario.

Las interacciones familiares moldean muchas de las principales conductas que mantienen a los individuos sanos: su dieta, la cantidad de ejercicio que hacen, cuánto fuman y cuánto alcohol consumen. Esto lleva a que sea claro que los estilos de vida individual surjan de cómo fueron socializados en relación a conductas protectoras y riesgosas, y que en toda campaña de prevención de cualquier enfermedad sea crucial tomar en cuenta a la familia. (*Familia y salud de los jóvenes, Ramón Florenzano, 1995*).

Los procesos sociales ejercen su influencia sobre la salud a través de la función de la familia como el principal agente de socialización de los niños: a través de la crianza se comunican estilos de vida, prácticas saludables o patógenas, así como se muestra la manera de resolver los problemas de salud, sea a través de recurrir a profesionales o servicios de salud, o a otros sistemas de apoyo social.

La proposición general de que las familias afectan la salud y enfermedad de sus miembros, así como son alteradas por la salud y enfermedad de ellos, ha sido validada por numerosos estudios empíricos. Las familias afectan el estado de salud individual de sus miembros, el desenlace de la enfermedad, e impactan el funcionamiento familiar.

Es importante conocer y estudiar las interacciones entre la familia y el proceso de enfermedad de uno de sus miembros. Estas interacciones serán afectadas por las características estructurales de la familia, incluyendo su ciclo familiar, su contexto sociocultural, la naturaleza de la enfermedad misma, y las características de sus miembros individuales: el sentido de control sobre los destinos individuales, la sensación de autoeficacia y de maestría sobre los problemas, así como los recursos personales, físicos, emocionales y económicos, son también importantes (*Familia y salud de los jóvenes, Ramón Florenzano, 1995*).

Según las problemáticas de salud que enfrentan los adolescentes, la mejor estrategia para ser tratadas es mediante la promoción de la salud establecido en el Modelo Promotor de Salud de la teoría de Nola Pender.

## **2.1.8 Planteamiento teórico de un modelo promotor de salud**

### **2.1.8.1.- Teoría de Nola Pender**

#### ***“Modelo de Promoción de la Salud”***

El modelo de promoción a la salud de Nola Pender, está basado en la concepción de la promoción de la salud, que es definida como aquellas actividades realizadas para el desarrollo de recursos que mantengan o intensifiquen el bienestar de la persona. Pender toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida (*Revista Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 15, No.1, Colombia Enero - junio 2010, págs. 128 – 143*).

Este modelo surge como una propuesta de integrar la enfermería a la ciencia del comportamiento, identificando los factores que influyen los comportamientos saludables, además de una guía para explorar el complejo proceso biopsicosocial, que motiva a los individuos para que se comprometan en comportamientos promotores de la salud (Trejo, H (2010), *Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo, en Enfermería Neurológica* (vol 9 n°1)).

#### **2.1.8.1.1.- Aplicación de Datos Empíricos**

Este modelo ha servido como marco para la investigación destinada a predecir sistemas de promoción de salud globales y conductas específicas (Pender 1987).

Pender y sus colaboradores han desarrollado un programa de investigación financiado por el National Institute of Nursing Research para evaluar el modelo de promoción para la salud en 4 poblaciones: Adultos Trabajadores, Adultos más mayores que viven en la comunidad, pacientes ambulatorios de cáncer, y pacientes de rehabilitación cardíaca.

Diversos estudios demostraron la validez del Modelo (N. Pender, entrevista persona, 24 mayo de 2000).

El modelo de promoción de la salud identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales, que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción.

#### **2.1.8.1.2.- Principales Conceptos y Definiciones**

Los siguientes factores son cognitivo-perceptuales, definidos como concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados. Son “mecanismos motivacionales primarios” de las actividades relacionadas con la promoción de la salud, y actúan directamente en el cambio de conducta:

**2.1.8.1.2.1.- Conducta previa relacionada:** La frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Los efectos directos o indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

#### **2.1.8.1.2.2.- Factores Personales**

- **2.1.8.1.2.2.1.- Factores Personales Biológicos:** incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.
- **2.1.8.1.2.2.2.- Factores Personales Psicológicos:** Incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud.
- **2.1.8.1.2.2.3.- Factores Personales Socioculturales:** Incluyen variables como la raza, la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico.

**2.1.8.1.2.3.- Importancia de la salud:** Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.

**2.1.8.1.2.4.- Control de la salud percibida:** Es la percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud, puede motivar su deseo de salud.

**2.1.8.1.2.4.1.- Autoeficacia percibida:** La convicción de que una conducta es posible y que sus acciones puedan influir en la realización de dicha conducta. Esta influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia, lleva a una percepción menor de la barrera para el desempeño de esta conducta.

**2.1.8.1.2.4.2.- Definición de la salud:** la definición del individuo sobre lo que significa la salud, puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir en las modificaciones conductuales que este intente realizar.

**2.1.8.1.2.4.3.- Estado de salud percibido:** El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede favorecer la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.

**2.1.8.1.2.4.4.- Beneficios percibidos de las conductas:** Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.

**2.1.8.1.2.4.5.- Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud:** La creencia del individuo de que una actividad o una conducta es difícil o inevitable puede influir su intención de llevarla a cabo.

**2.1.8.1.2.4.6.- Conducta promotora de la salud:** El punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida, productiva. Los ejemplos de la conducta de promoción de la salud son: mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual, y construir relaciones positivas.

### 2.1.8.1.3.- Afirmaciones Teóricas

Afirmaciones teóricas derivadas del Modelo de promoción de la Salud (4ta edición de *Health Promotion in Nursing Practice 2002*):

- 1.- La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
- 2.- Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados valorados de forma personal.
- 3.- Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
- 4.- La competencia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
- 5.- La eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
- 6.- El afecto positivo hacia una conducta lleva a una eficacia de uno mismo como percibida que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.
- 7.- Cuando las emociones positivas o el afecto se asocia con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
- 8.- Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella modelan su conducta, esperan que se produzcan la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.
- 9.- Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencia interpersonal que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de la salud.

10.- Las influencias situacionales en el entorno externo, pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud.

11.- Cuanto mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.

12.- El compromiso de un plan específico de acción, más probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.

13.- Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.

14.- Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud.

#### **2.1.8.1.4.- Supuestos Principales**

Se considera que el individuo sigue una trayectoria dirigida hacia la salud.

La persona es el individuo central en el modelo.

Los supuestos reflejan la perspectiva de la ciencia conductual y destacan el papel activo del paciente para gestionar las conductas de salud modificando el contexto del entorno. (3ra edición *Health Promotion un Nursing Practice*, Pender (1996)). Los principales supuestos son:

- Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.
- Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.

- Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el inyecto de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
- Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
- Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.
- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta (pp. 54-55).

#### **2.1.8.1.5.- Fuentes Teóricas**

Las bases que Pender poseía en enfermería, en desarrollo humano, en psicología experimental y en educación, la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y al aprendizaje de la teoría como bases para el Modelo de Promoción de Salud.

La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977), el cual postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, es de gran importancia para este modelo.

La teoría del aprendizaje social, denominada actualmente teoría cognitiva social, incluye la: auto atribución, autoevaluación y autoeficacia. La autoeficacia es una construcción central para el modelo.

Por otro lado el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana descrito por Feather (1982), afirmo que la conducta es racional y económica, es importante para el desarrollo del modelo.

#### 2.1.8.1.6.- Forma Lógica

El modelo de promoción de la salud ha sido formulado mediante inducción, empleando las investigaciones existentes para formar un patrón de conocimientos. El modelo de promoción de la salud, es una modelo conceptual que se formuló con el objetivo de integrar los conocimientos sobre la conducta promotora de la salud. Y generar así interrogantes para su comprobación ulterior.

#### 2.1.8.1.7. Aceptación por la Comunidad de Enfermería

**2.1.8.1.7.1.- Práctica:** La práctica clínica actual como arte implica la formación en la promoción de la salud. Los profesionales de la enfermería creen que el modelo de promoción de la salud es de suma importancia porque se aplica a lo largo de toda la vida y es útil en una amplia variedad de situaciones (Pender, 1996: Pender et al, 2002).

El modelo aporta una solución enfermera a la política sanitaria y la reforma del cuidado de salud, ofreciendo un medio para comprender como los consumidores pueden verse motivados para alcanzar la salud personal.

**2.1.8.1.7.2.- Formación:** El modelo se utiliza ampliamente en la formación de programas de posgrado y se está utilizando cada vez más en los estudios de licenciatura en Estados Unidos (N. Pender, entrevista personal, 24 de mayo de 2000). En el pasado, la promoción de la salud se iba situando detrás del cuidado de enfermedades a medida que la formación clínica de enfermedades se practicaba principalmente en unidades de cuidados intensivos (Pender, Baraukas, Hayman, Rice & Anderson, 1992). Cada vez más, el modelo se incorpora al plan de estudios de la enfermería de salud comunitaria y cursos centrados en el bienestar (N. Pender, entrevista persona, 24 de mayo de 2000).

**2.1.8.1.7.3.- Investigación:** El modelo de promoción de la salud constituye principalmente un cuestionario para la investigación, principalmente por su precisión empírica.

**2.1.8.1.7.4.- Sencillez:** es fácil de entender. Su lenguaje es claro y accesible a los profesionales de enfermería. Este lleva a una mayor comprensión de la complejidad de los fenómenos de la conducta de salud.

**2.1.8.1.7.5.- Generalidad:** Es muy generalizable en las poblaciones de adultos. La investigación utiliza para obtener el modelo, muestras de hombres, mujeres, jóvenes, ancianos, sanos y enfermos.

**2.1.8.1.7.6.- Precisión empírica:** el modelo ha sido apoyado por las comprobaciones realizadas por Pender y otros, como sistema para explicar la promoción de la salud. El perfil de estilo de vida promotor de la salud ha surgido como un instrumento para valorar las conductas promotoras de la salud.

**2.1.8.1.7.7.- Consecuencias:** La Dra. Pender ha identificado la promoción de la salud como el objetivo del siglo XXI del mismo modo que la prevención de las enfermedades fue una meta del siglo XX.

Pender ha respondido al entorno político, social y personal de su tiempo para definir el papel de la enfermera a la hora de suministrar servicios de promoción de la salud a personas de todas las edades.

## **2.1.9- Estudios realizados que evalúan estilos de vida.**

El modelo MPS de N. Pender a sufrido modificaciones a lo largo del tiempo, entre las que destacan la definición de la salud, el estado de salud percibido y las características demográficas y biológicas que se reclasificaron en la categoría de factores personales. El MPS revisado y actualizado añade tres variables que sirven para influir en las personas y donde se espera que estas se comprometan con conductas de promoción de salud. Este modelo revisado es el que se está demostrando de forma empírica actualmente, ya que identifica los conceptos más importantes para las conductas de promoción de la salud y facilita la generación de hipótesis demostrables.

Utilizando este modelo en Chile en el año 2006 se realiza una investigación cuyo propósito principal es analizar el estilo de vida promotor de salud en personas que residen en el sector bario Norte de la ciudad de Concepción (Cid. P. 2006) este estudio fue realizado en

población adulta y los resultados más importantes fueron: el 52,2 % de la muestra presentó conductas promotoras de salud. Al relacionar cada uno de los factores personales con la variable estilo de vida promotor de salud (EVPS) se obtiene relaciones significativas de la variable dependiente con las variables, sexo, edad, acceso a salud, estado de salud percibido, autoestima y autoeficacia. Las variables escolaridad, estado marital e ingresos en este estudio no tienen efectos independientes. Cuando se compara sexo y EVPS se encuentra que las mujeres tenían un estilo de vida más promotor de salud que los hombres.

La edad resultó en predictor significativo de su EVPS a mayor edad puntajes más altos en la escala EVPS. Cabe destacar además que la autoeficacia y la autoestima resultaron ser buenos predictores del EVPS a mayor autoestima y mayor aumento de percepción de la autoeficacia, aumenta también su EVPS.

En Chile y en población adolescente no se encontraron investigaciones que tengan como variables principales las conductas de estilo de vida.

Internacionalmente hay experiencias relacionadas con medir estilos de vida saludable en adolescentes a través de la aplicación de instrumentos que describen conductas relacionadas con la salud (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010). Entre los instrumentos usados en adolescentes, se destacan el cuestionario Health Promotion Lifestyle Profile (Hendricks, Murdaugh, & Pender, 2006; Walker, Sechrist, & Pender, 1995) y el Adolescent Health Promotion Scale (M. Y. Chen, Wang, Yang, & Liou, 2003).

En el presente estudio se decide usar las siguientes escalas que están validadas internacionalmente:

Una de ellas es la escala, Adolescent Lifestyle Profile (ALP) que tiene 44 ítems y 7 sub escalas: estilo de vida, responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, mirada positiva de vida, relaciones interpersonales, manejo del estrés y salud espiritual (Hendricks, Murdaugh, & Pender, 2006).

La otra es el cuestionario Adolescent Health Promotion Scale (AHP) , tiene 40 ítems y 6 sub escalas: apoyo social, apreciación de la vida, responsabilidad en salud, manejo del estrés, conducta nutricional y conductas sobre actividad física (M. Y. Chen et al., 2003).

Se usan dos escalas por las siguientes razones: la escala del grupo de investigadores de la Dra. Pender tiene una sub escala de crecimiento espiritual que se describe como un componente importante en la presencia de conductas de estilo de vida promotor de salud, y la escala de la Dra. Chen, se está usando en Chile en una investigación en proceso sobre asociación entre estilos de vida saludable y conductas de riesgo, donde además se validará esta escala en Chile.

La evaluación en adolescente de estilos de vida saludable y su relación con conductas de riesgo, permitiría a los profesionales del área de salud disponer de la evidencia necesaria para el trabajo en colegios y en atención primaria de manera de fomentar conductas saludables incorporando a la familia y la comunidad.

Un interesante estudio de la Dra. Chen et al, “Comparison of health-promoting behavior between Taiwanese and American adolescents: A cross-sectional questionnaire survey”., muestra diferencias significativas en los resultados que tienen su explicación en la diferencia cultural del origen de ambos grupos, es así como los adolescentes taiwaneses tienen problemas con el ejercicio y las conductas de apreciación de la vida y los adolescentes americanos presentan conductas poco saludables en nutrición, manejo el estrés responsabilidad en salud y soporte social( Chen et al. 2005).

La escala de AHP fue validada en China a través de un estudio de “Health- Promoting lifestyle of university students in mainland China” donde se llega a la conclusión que la escala AHP es un instrumento válido y confiable (Wang et al. 2009).

## **2.2 Objetivos**

### **2.2.1 Objetivo General**

Evaluar el perfil de conductas relacionadas a la salud del adolescente de la enseñanza media de la ciudad de San Felipe en el año 2012.

### **2.2.2.- Objetivos Específicos**

2.2.1.- Identificar características sociodemográficas del adolescente y de su familia.

2.2.2.- Identificar las conductas de Apoyo Social del adolescente en estudio.

2.2.3.- Identificar las conductas de Apreciación por la vida del adolescente.

2.2.4.- Identificar las conductas de Responsabilidad en Salud del adolescente.

2.2.5.- Identificar las conductas de Manejo del Estrés del adolescente.

2.2.6.- Identificar las conductas Nutricionales del adolescente de enseñanza media.

2.2.7.- Establecer las conductas sobre Actividad física del adolescente en estudio.

2.2.8.- Identificar conductas sobre Espiritualidad de los adolescentes en estudio.

### **2.3.- Definición y Operacionalización de las Variables**

<b>VARIABLE Definición nominal</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Sub- Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Sub- indicadores</b>
<b>Características Demográficas de los adolescentes</b>	Conjunto de características (personales y familiares) que definen a un grupo de personas y las distinguen de las demás.	PERSONALES	Edad  Sexo  Religión	13 a 20 años  Masculino Femenino  Católico Cristiano Mormón Evangélico Testigo de Jehová Otra Ninguna	
		FAMILIARES	Tipo de Familia	Nuclear Monoparental Biparental Reconstituida	Padre Madre Hijo(s) Allegados

			<p>Escolaridad en los padres</p> <p>Enfermedades presentes en los padres</p> <p>Control de salud de Enfermedades Crónicas de los padres</p> <p>Lugar que ocupa en la familia (según hnos.)</p>	<p>Extendida</p> <p>Básica completa Básica incompleta Media completa Media incompleta Superior completa Superior incompleta.</p> <p>Hipertensión Diabetes Otra</p> <p>Padre Madre</p> <p>1° - 2° - 3° - 4° - 5° Otro lugar Hijo único</p>	<p>Último curso aprobado.</p> <p>Si No Lo desconoce.</p> <p>Si asiste No asiste Lo desconoce.</p>
<b>Características socioeconómicas en el adolescente.</b>	Conjunto de características (sociales y económicas) que definen a un grupo de personas por el proceso de salud/enfermedad	<p>SOCIALES</p> <p>ECONOMICO</p>	<p>Lugar de residencia.</p> <p>Tiempo en el lugar de residencia.</p> <p>Educación media en curso</p>	<p>Urbano Rural</p> <p>1 año 2-4 años 5 años 6-10 años &gt;10 años</p> <p>1ero medio 2do medio 3ro medio 4to medio</p>	<p>Tiempo.</p>

	en el contexto social y económico.		Nivel económico de los colegios (clasificación SIMCE)	Alto Medio Bajo	
<b>Instrumentos utilizados en la investigación</b>	Escalas destinadas a obtener datos de varias personas para la pesquisa de factores que determinan estilos de vida en el adolescente.	1.-Escala Promotora para la Salud de Adolescentes  2.- Estilos de vida del Adolescente	Responsabilidad en salud - Actividad física - Nutrición - Perspectiva positiva de la vida - Relaciones Interpersonales - Manejo del estrés - Salud Espiritual	Ambas escalas están compuestas por preguntas que tienen relación con los tópicos a medir ordenadas por sus autores en forma aleatoria.	Ambas son una escala de Likert.

# **CAPITULO III**

# **METODOLOGÍA**

### **3.1.- Metodología**

#### **3.1.1.- Tipo de Diseño de Investigación**

Se realizan consultas pertinentes en diferentes colegios que pudiesen ser utilizados en la investigación, y luego se define cuál de ellos participará en el estudio donde se determinan los cursos que se encuestarán. Se eligió un colegio por cada nivel socioeconómico, clasificándose en Establecimiento E. Alto, E. Medio y E. Bajo, según nivel socioeconómico definido por el SIMCE. A partir de ello, se envía carta de autorización a los Directores de estos Establecimientos.

#### **3.1.2.- Organización de Grupo de Trabajo**

El grupo de tesis conformado por ocho integrantes, estableció los cargos en la cátedra “Metodología de la Investigación” en el año 2011. El tema a investigar fue seleccionado por todos los integrantes del grupo con ayuda de la docente guía del grupo: Enfermera Sra. Esterbina Olivares. Las reuniones de grupo fueron semanales, sujeto a cambios según la necesidad de avance del proceso investigativo.

Además se efectuaron asesorías directas con la docente guía dos veces al mes, de acuerdo a las recurrencias de los investigadores. Se distribuyeron de forma voluntaria los siguientes cargos:

- 1. Presidente:** Javiera Lueiza Quezada.
- 2. Secretaria 1:** María Ignacia García Ovalle.
- 3. Secretaria 2:** Karina Huerta Otárola.
- 4. Tesorera:** Cristina Peña Sandoval.
- 5. Relaciones Públicas:** Christa Zuñiga Vicuña
- 6. Estructura y formato:** Javiera Lueiza, Cristina Peña, Karina Huerta. Christa Zuñiga, Paulina Arenas

## 7. Organización: Javiera Lueiza y Christa Zuñiga.

### 3.1.2.1.- Carta Gantt

Actividades	Abril				Mayo				Junio				Julio					Agosto				Septiembre				Octubre					Noviembre				Diciembre				
	2	9	16	23	1	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24
Elaboración Proyecto	█				█				█																														
Análisis Instrumento para evitar sesgos					█																																		
Presentación Proyecto a CEC SSA									█																														
Aplicación consentimiento e instrumento a muestra													█																										
Análisis estadístico información																		█																					
Confección Informe final Tesis																						█																	
Entrega Tesis para revisión Guía																											█												
Entrega Final Proyecto Tesis																															█								

### 3.1.3 Población en Estudio y Definición del Universo

La población del estudio correspondió a 693 alumnos de Primer a Cuarto año de enseñanza Media de tres colegios seleccionados por nivel socioeconómico según SIMCE de la Ciudad de San Felipe. Dicha población estuvo compuesta por adolescentes de ambos sexos entre las edades de 14 a 18 años aproximadamente.

### 3.1.4 Diseño Muestral

Este proyecto investigativo, es de tipo descriptivo, ya que en él describiremos las variables a partir de gráficos y tablas de contingencia; Cuantitativo, ya que a pesar de que las variables son de orden cualitativo a su vez son cuantificables y los resultados serán llevados a cifras y Transversal, ya que la obtención de los datos será en un día determinado de julio/agosto por cada colegio.

El estudio describe la distribución de variables sin considerar hipótesis causales o de otro tipo. La muestra es no probabilística, ya que el número de individuos que participen de la investigación está sujeto a los consentimientos informados de sus padres y a su posterior asentimiento, por lo tanto existen limitaciones y los hallazgos no podrán ser generalizados.

En relación a ello cabe señalar, que la muestra de nuestro estudio está compuesta por 572 alumnos que firmaron asentimiento y estuvieron de acuerdo con ser parte de la investigación.

Los datos una vez codificados se transfieren a una matriz utilizando un programa computacional que en este caso será el SPSS 15.

Se harán análisis descriptivos por preguntas y por variables, tanto gráficas como en tablas de contingencia. Se realizará una elaboración de perfiles por curso, edad y sexo.

Una vez explorado los datos se puede preparar los resultados para su presentación.

### **3.1.5.- Criterios de Inclusión**

Los sujetos que califican como criterio de inclusión, para entrar a esta investigación, son alumnos de enseñanza media, de tres colegios de la ciudad de San Felipe, en donde estos últimos fueron elegidos a partir de su clasificación en el SIMCE. Los alumnos son parte del grupo etario de la sociedad en la cual decidimos enfocar nuestra investigación, a partir de su trascendencia en cuanto a sus hábitos de vida relacionados con la salud. En los tres colegios el número de participantes será muy parecido (alrededor de 230 alumnos por cada colegio), luego esta muestra puede disminuir ya que se respetará el consentimiento informado de los padres y el asentimiento por parte de los alumnos.

Después de hacer el contacto necesario y tener el consentimiento de los directores de los colegios, a todos los alumnos de 1° a 4° medio se les entregará dos cartas. Una en la que estará el consentimiento informado que debe ser enviado a los padres o apoderados, donde se les explicará los objetivos y la metodología de esta investigación, y dónde se les dará la posibilidad de explícitamente oponerse a la participación del alumno en este estudio a través del envío de este consentimiento firmado al colegio, manifestando esta decisión. La otra carta es para los alumnos, que contendrá el asentimiento informado, donde también se

les dará a los alumnos la información sobre los objetivos y metodología de la información, así como la posibilidad de negarse a participar.

En caso de que en el momento de la aplicación de la encuesta los investigadores no tengan el consentimiento de los padres el alumno no podrá participar.

### **3.1.6.- Método de Recolección de Datos**

Los métodos que se utilizaran para la recolección de datos son:

- Encuesta Sociodemográfica del Adolescente de entre 1ro a 4to medio y su familia.
- Escala Promotora para la Salud de Adolescentes.
- Estilos de Vida del Adolescente.

Las escalas han sido traducidas al español por equipo de expertos y el grupo de investigación las somete a un proceso de comprensión por parte de adolescentes de manera de no tener dificultades con la forma de entender y responder las preguntas.

El sistema de recolección de datos se coordinó con los directores de los colegios o las personas que el nombre. Siempre se respetó el horario definido para no perturbar las actividades académicas de los alumnos.

Fue una encuesta auto aplicada.

El proceso de prueba de los instrumentos a utilizar, se realizó para comprobar su comprensión, en donde los instrumentos ya mencionados, fueron aplicados a 80 adolescentes de primero a cuarto medio con el objetivo de determinar tiempo a utilizar en su aplicación e identificar preguntas y/o alternativas que fueran confusas para los participantes y otras situaciones que dificulten la comprensión de los mismos. Recibimos sugerencias y opiniones de los participantes que fueron consideradas al momento de modificar la “Encuesta de características Sociodemográficas del Adolescente”.

En el análisis de las aplicaciones de los instrumentos se obtuvo que el tiempo necesario para la realización de los mismos es de 45 minutos aproximadamente y se determina que no

existieron preguntas o alternativas que fueron confusas para los adolescentes en las escalas: “Estilos de Vida del Adolescente” y “Escala Promotora para la Salud de Adolescentes”.

Cabe mencionar que la aprobación para llevar a cabo esta investigación fue otorgada por el Comité Ético Científico de Investigación del Servicio de Salud Aconcagua con el número 1412.

### **3.1.7.- Descripción del Instrumento**

#### **3.1.7.1.- Descripción de los Cuestionarios**

Nuestra investigación se realizó a partir de la utilización de 3 cuestionarios que se describirán a continuación:

##### **3.1.7.1.1.- Encuesta Características Socio-demográficas del Adolescente:**

El instrumento se individualizó en la base de datos a partir de la fecha de nacimiento de cada estudiante encuestado. Por otro lado las preguntas planteadas se dividieron en 10 preguntas cerradas y 2 preguntas abiertas, contando con 2 variables para realizar el estudio; Demográfica y Socioeconómica analizándose a través de dimensiones y sub dimensiones que se detallaran a continuación.

##### **3.1.7.1.1.1.- Variable Característica Demográficas del Adolescente.**

- Dimensión Datos Personales y su sub dimensión edad, sexo y religión
- Dimensión Datos Familiares y su sub dimensión tipo de Familia en la cual se especifica cuantas personas viven en el hogar y a partir de eso saber qué grado de parentesco tienen con el encuestado y lugar que ocupa en la familia según nacimientos del resto de sus hermanos si los tuviera. Escolaridad de los padres. Enfermedades presentes en la familia y si estuvieran presentes si asiste a control de salud de dichas enfermedades.

### **3.1.7.1.1.2.- Variable Característica Socioeconómicas del adolescente.**

- Dimensión Social y su sub dimensión lugar de residencia y tiempo de residencia en dicho lugar, además del año escolar en curso.
- Dimensión Económica y su sub dimensión nivel económico esto según la clasificación SIMCE.

### **3.1.7.1.2.- El Cuestionario lleva por Título Estilos de vida del Adolescente. Adolescent Lifestyle Profile (ALP-R2) © Hendricks, C., & Pender, N. (2001). Traducido y adaptada en Chile por Gaete, J; Rojas, C; Olivares, E. (2012).**

El instrumento cuenta con 44 preguntas cerradas, existiendo 4 tipos de respuesta, como lo son Nunca, A veces, Frecuentemente y Siempre. Cada una de estas respuestas se les asigna un número el cual identifica su preferencia dentro del cuestionario, que va desde 1 a 4 de manera ascendente a su opción de respuesta, existiendo un resultado mínimo de 44 puntos y un máximo de 220 puntos. Los encuestados deberán marcar con una “X” la alternativa que más los identifique.

La encuesta analiza estilos de vida del adolescente a través de preguntas relacionadas con responsabilidad ante la salud, actividad física, alimentación, perspectiva positiva de la vida, relaciones interpersonales, manejo del estrés y espiritualidad.

### **3.1.7.1.3.- El cuestionario lleva por título Escala Promotora para la Salud del Adolescente. Adolescent Health Promotion Scale © Chen, MY (2003). Traducido y adaptado en Chile por Gaete, J; Rojas, C; Olivares, E. (2012)**

El cuestionario contiene 40 preguntas cerradas, existiendo 5 tipos de respuesta a las preguntas planteadas asignándole un número a cada una de ellas. Nunca=1; A veces=2; La mitad de las veces=3; A menudo=4; Siempre=5. El puntaje mínimo existiendo en el cuestionario es de 40 puntos y el máximo es de 200 puntos. Los encuestados deberán marcar con una “X” la alternativa que más los identifique.

El instrumento pretende analizar la promoción para la salud de los adolescentes contando con preguntas sobre nutrición, apreciación por la vida, relaciones interpersonales, actividad física y manejo del estrés.

### **3.1.8.- Estudio de Comprensión del Instrumento**

En el proceso de prueba de estos instrumentos para comprobar su comprensión, se aplicaron a 80 adolescentes de primero a cuarto medio con el objetivo de determinar tiempo a utilizar en la aplicación del instrumento, identificar preguntas y/o alternativas que fueran confusas para los participantes y otras situaciones que dificulten la comprensión de los mismos. Recibimos sugerencias y opiniones de los participantes que fueron consideradas al momento de modificar la “Encuesta de características Sociodemográficas del Adolescente”. En el análisis de las aplicaciones de los instrumentos se obtiene que el tiempo necesario para la realización de los mismos es de 45 minutos aproximadamente y se determina que no existieron preguntas o alternativas que fueran confusas para los adolescentes en las escalas: “Estilos de Vida del Adolescente” y “Escala Promotora para la Salud de Adolescentes”.

### **3.1.9.- Criterios de Análisis**

#### **3.1.9.1.- Variables Demográficas y Socioeconómicas**

Las encontramos en el cuestionario que lleva por título Encuesta Características Sociodemográficas del Adolescente. Este instrumento de medición constó de cuatro ítems, siendo estos Datos Personales, Familiares, Social y Económicos.

#### **3.1.9.2.- Variable Característica Demográficas del adolescente.**

Dimensión Datos Personales y su sub dimensión:

Edad: En donde los encuetados indicaban su fecha de nacimiento indicando día, mes y año.

Sexo: Clasificándose en Femenino o Masculino.

Religión: Existiendo seis opciones, siendo una de ellas abierta en la mención otra.

Dimensión Datos Familiares y su sub dimensión:

Tipo de Familia en la cual se especifica el grado de parentesco con el encuestado y cuantas personas viven en el hogar existiendo siete opciones, además de saber él número que ocupa en la familia según nacimientos del resto de sus hermanos si los tuviera presentándose siete alternativas siendo una de ellas abierta.

Escolaridad de los padres existiendo nueve opciones y una de ellas abierta que indica otro tipo de estudio.

Enfermedades presentes en la familia cuenta con dos preguntas en las cuales se identifican patologías crónicas u otras y si estuvieran presentes en la familia si asiste a control de salud de dichas enfermedades.

### **3.1.9.3.- Variable Característica Socioeconómicas del adolescente.**

#### **Dimensión Social y su sub dimensión:**

Lugar de residencia geográfico se clasifica en rural y urbano y el tiempo de residencia en dicho lugar.

#### **Dimensión Económica y su sub dimensión:**

Nivel económico: Esta dado a través de la clasificación que da el SIMCE en los colegios usados como muestra.

**Las Sub dimensiones** Responsabilidad en Salud, Actividad Física, Nutrición, Perspectiva Positiva de la Vida, Relaciones Interpersonales, Manejo del Estrés, Salud Espiritual se midieron a través del cuestionario **Estilos de vida del Adolescente** y del cuestionario.

### **3.1.9.4.- Escala Estilos de Vida del Adolescente.**

El primer instrumento mencionado de medición consto con 44 preguntas en las cuales se relacionan con responsabilidad ante la salud, actividad física, alimentación, perspectiva positiva de la vida, relaciones interpersonales, manejo del estrés y espiritualidad.

Cada pregunta se responderá de la siguiente manera:

Nunca = 1; A veces = 2; Frecuentemente = 3; Siempre = 4.

Cada una de estas respuestas se les asigna un número el cual identifica su preferencia dentro del cuestionario, que va desde 1 a 4 de manera ascendente a su opción de respuesta, existiendo un resultado mínimo de 44 puntos y un máximo de 176 puntos. Los encuestados deberán marcar con una “X” la alternativa que más los identifique.

Las preguntas se clasificarán según los siguientes ítems:

- Estilos de vida adolescente: Desde la pregunta 1 a 44.
  - Responsabilidad ante la Salud: 3, 8, 14, 22, 33, 34,44.
3. Busco al orientador del colegio o voy al doctor si no me siento bien.
8. Leo sobre temas de salud.
14. Les hago preguntas al doctor o a la enfermera si es que no he entendido alguna instrucción.
22. Asisto a actividades de prevención de problemas de salud (y que mejoren mi vida).
33. Pido ayuda al orientador del colegio cuando lo necesito.
34. Le pregunto a doctores o enfermeras de cómo mejorar mi salud.
44. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud (como fumar, usar drogas, beber, etc.).
- Actividad Física: 2, 4, 16, 27, 32, 40.
2. Pasa tiempo con tu familia en actividades tales como: caminar, jugar, etc.
4. Hago alguna actividad física que requiera esfuerzo por 20 minutos o más, 3 días a la semana (futbol, atletismo, aeróbica, ciclismo, natación).
16. Participo de deportes y actividades de recreación.
27. Camino o hago alguna actividad física en mi tiempo libre.
32. Juego con mis amigos juegos que requieran esfuerzo (futbol, tenis, basquetbol, etc.).

40. Hago actividad física de tal forma de hacer trabajar a mi corazón y transpirar

- Alimentación: 7, 10, 13, 21, 24, 30, 42.

7. Evito comer “dulces” u otro alimentos con mucha azúcar.

10. Elijo productos lácteos con poca grasa (descremados o semi-descremados).

13. Tomo desayuno.

21. Como 2 a 4 porciones de frutas al día.

24. Como 3 a 5 porciones de verduras cada día.

30. Como distintos tipos de carnes (pollo, pescado, carnes rojas, cerdo).

42. Bebo 6 o más vasos de agua cada día.

- Perspectiva positiva de la vida: 18, 23, 26, 28, 38, 39.

18. Me atrae el futuro.

23. Me siento feliz de como soy.

26. Trabajo o me esfuerzo para conseguir cosas importantes en mi vida.

28. Espero confiado cada día.

38. Me pongo metas que puedo alcanzar.

39. Me siento bien cuando hago algo bien.

- Relaciones interpersonales: 1, 6, 12, 19, 31, 37.

1. Pasas tiempo conversando con otros miembros de tu familia.

6. Felicito a otros cuando hacen algo bien.

12. Trato de ser receptivo a los sentimientos de otros.

19. Paso tiempo con mis amigos.
31. Soluciono los conflictos conversando más que peleando.
37. Me esfuerzo por ayudar a otros.
- Manejo del estrés: 5, 11, 17, 25, 36, 43.
5. Logro dormir entre 6 a 8 horas en las noches.
11. Me dejo un tiempo de relajó cada día.
17. Acepto cosas de mi vida que no puedo cambiar.
25. Me doy el tiempo ata hacer algo que me gusta.
36. Trato de pensar en cosas agradables antes de dormir.
43. Converso con alguien cercano mis problemas para resolverlos.
- Espiritualidad: 9, 15, 20, 29, 35, 41.
9. Converso con otros sobre mis creencias espirituales.
15. Siento que hay algo superior que guía mi vida.
20. Asisto a un grupo que comparte mis creencias espirituales.
29. Me involucro en actividades que me ayudan a crecer espiritualmente.
35. Paso tiempo rezando o meditando.
41. Uso mis creencias espirituales para guíame en lo que hago.

### **3.1.9.5.- Escala Promotora para la Salud de Adolescente.**

Esta Escala cuenta con 40 preguntas cerradas, existiendo 5 tipos de respuesta a las preguntas planteadas asignándole un número a cada una de ellas. Nunca=1; A veces=2; La

mitad de las veces=3; A menudo=4; Siempre=5. El puntaje mínimo existiendo en el cuestionario es de 40 puntos y el máximo es de 200 puntos.

El instrumento pretende analizar la promoción para la salud de los adolescentes contando con preguntas sobre nutrición, apreciación por la vida, relaciones interpersonales, actividad física y manejo del estrés.

Las preguntas se clasificarán según los siguientes ítems:

- Estilos de vida adolescente: Desde la pregunta 1 hasta la 40.
  - Responsabilidad ante la Salud: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 34, 38, 39.
14. Leo las etiquetas del contenido de productos antes comprar
  15. Cuido mi peso
  16. Hablo acerca de cuestiones de salud con mi doctor o enfermera
  17. Observo con detención mi cuerpo al menos 1 vez al mes
  18. Me lavo los dientes y uso hilo dental después de cada comida
  19. Me lavo las manos antes de comer.
  20. Leo información sobre la salud.
  21. Trato de escoger comidas sin preservantes o aditivos
  34. Trato de sentarme y parame derecho(a) (Trato de tener una buena postura)
  38. Duermo 6-8 horas cada noche
  39. Programo mis horarios y fijo mis prioridades.

- Actividad Física: 30-31-32-33
  30. Hago ejercicios para estirarme diariamente (ejercicios de elongación)
  - 31. Hago ejercicio vigorosamente por al menos 30 minutos, 3 veces al día.**
  32. Tengo clases de acondicionamiento físico en la escuela, todas las semanas (Clases de Educación Física)
  33. Hago calentamiento (o pre-calentamiento) antes de hacer un ejercicio físico exigente.
- Alimentación: 1-2-3-4-5-6
  1. Como tres comidas diarias
  2. Escojo alimentos que contienen poca grasa
  3. Incluyo fibra en mi dieta (por ejemplo, frutas y verduras)
  4. Bebo, al menos, 1.5L de agua al día (o cerca de 6 a 8 tazas)
  5. Cada comida incluye los cinco grupos alimenticios (harinas, lácteos, carnes, frutas y verduras)
  6. Tomo desayuno todos los días
- Perspectiva positiva de la vida: 10-22-23-24-26-28
  10. Intento sonreír o reír a diario.
  22. Trato de quererme a mi mismo(a).
  23. Trato de sentirme feliz y contento(a).
  24. Casi siempre tengo una manera de pensar positiva.
  26. Hago el esfuerzo de corregir mis defectos.
  28. Hago el esfuerzo por sentirme una persona interesante y motivada diariamente

- Relaciones interpersonales: 7-8-9-11-12-13
  7. Expreso mi punto de vista y comparto mis sentimientos con otros
  8. Me preocupo por los demás.
  9. Hablo de mis preocupaciones con otras personas
  11. Me gusta mantenerme en contacto con mis familiares
  12. Trato de tener buenas amistades.
  13. Hablo de mis problemas con otros.
  
- Manejo del estrés: 35-36-37-40
  35. Trato de tener tiempo para relajarme.
  36. Trato de encontrar la causa de mi estrés.
  37. Hago un esfuerzo en observar mis cambios emocionales
  40. Trato de no perder el control cuando me suceden cosas que parecen injustas
  
- Espiritualidad: 25-27-29
  25. Intento comprender mis fortalezas y debilidades y las acepto
  27. Hago el intento de saber qué es importante para mí.
  29. Hago el esfuerzo por creer que mi vida tiene sentido.

Analizando las escalas y sus resultados, nos dimos cuenta que en la escala de Chen (AHP) se usó la versión anterior a las correcciones realizadas en el piloto del estudio de validación de la escala protectora de salud adolescente. Se detectó un error en la pregunta número 31, en donde cambia claramente el contenido de la pregunta: "Hago ejercicio vigorosamente por al menos 30 minutos, **3 veces al día**" (en donde debiera decir 3 veces a la semana). A pesar de todo lo anterior, en el análisis de confiabilidad de la escala completa, parece no afectar al estudio; es por ello que para el análisis de de la a subescala Ejercicio no se considero la pregunta n°31 del cuestionario.

### **3.1.10.- Organización Trabajo en Terreno**

Para poder aplicar el instrumento confeccionado de información sociodemográfica y los instrumentos de Estilos de Vida del adolescente creado por Nola Pender y la Escala Promotora para la salud de M. Chen, se debió seguir una serie de pasos y procesos previos; en primer lugar se debió gestionar la autorización con los directores de los colegios en que se aplicarían los instrumentos de nuestro estudio. Ya con la aprobación desde las direcciones de los colegios se estableció un cronograma con las fechas en que se asistiría para dar un orden al interior del grupo y se realizaron llamados telefónicos a los contactos de los colegios, que por lo general eran los jefes de UTP o Inspectores generales, al momento de falta una semana y luego un día antes de la aplicación de los instrumentos como método recordatorio.

Al llegar el día de la aplicación de los instrumentos, los ocho alumnos investigadores, fueron distribuidos uno en cada curso (de 1° a 4° medio en los niveles A y B), siendo acompañados por algún miembro de carrera, quienes antes fueron preparados en relación a los instrumentos, con el fin de crear un mayor orden y lograr responder ante las dudas que pudiesen surgir en los individuos encuestados. Lo anterior se realizó en cada uno de los establecimientos.

Por último cabe mencionar que cada alumno investigador conservo y guardo las encuestas de los individuos en estudio para traspasar los datos al programa estadístico SPSS y posteriormente comenzar con el análisis de los datos.

# **CAPITULO IV**

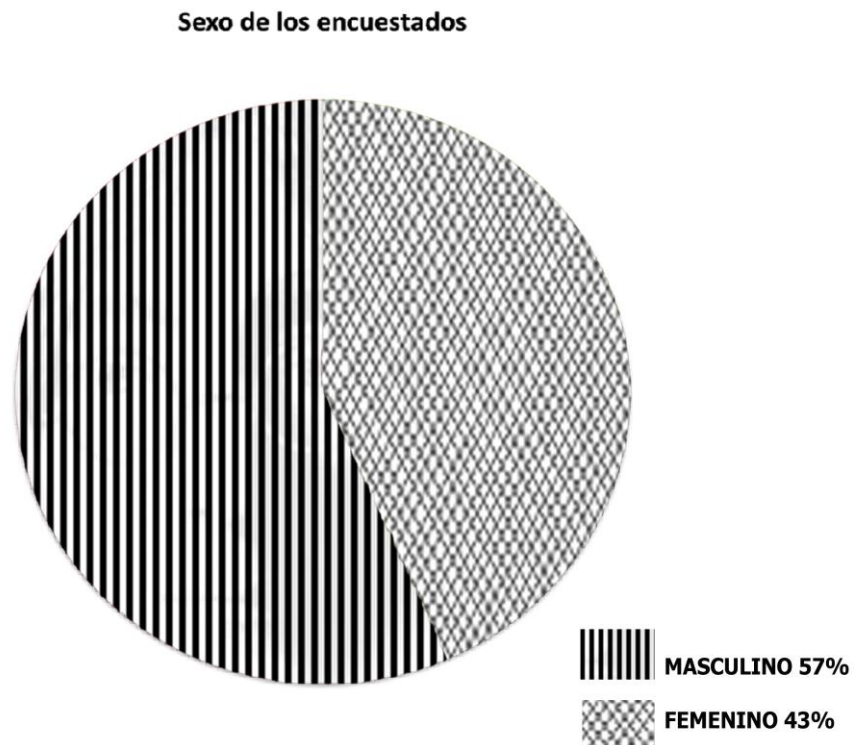
# **RESULTADOS**

#### **4.- Análisis de Datos:**

##### **4.1 Análisis Descriptivo de las Características Sociodemográficas de la Muestra.**

###### **Resultados Encuesta “Características Sociodemográficas del Adolescente”.**

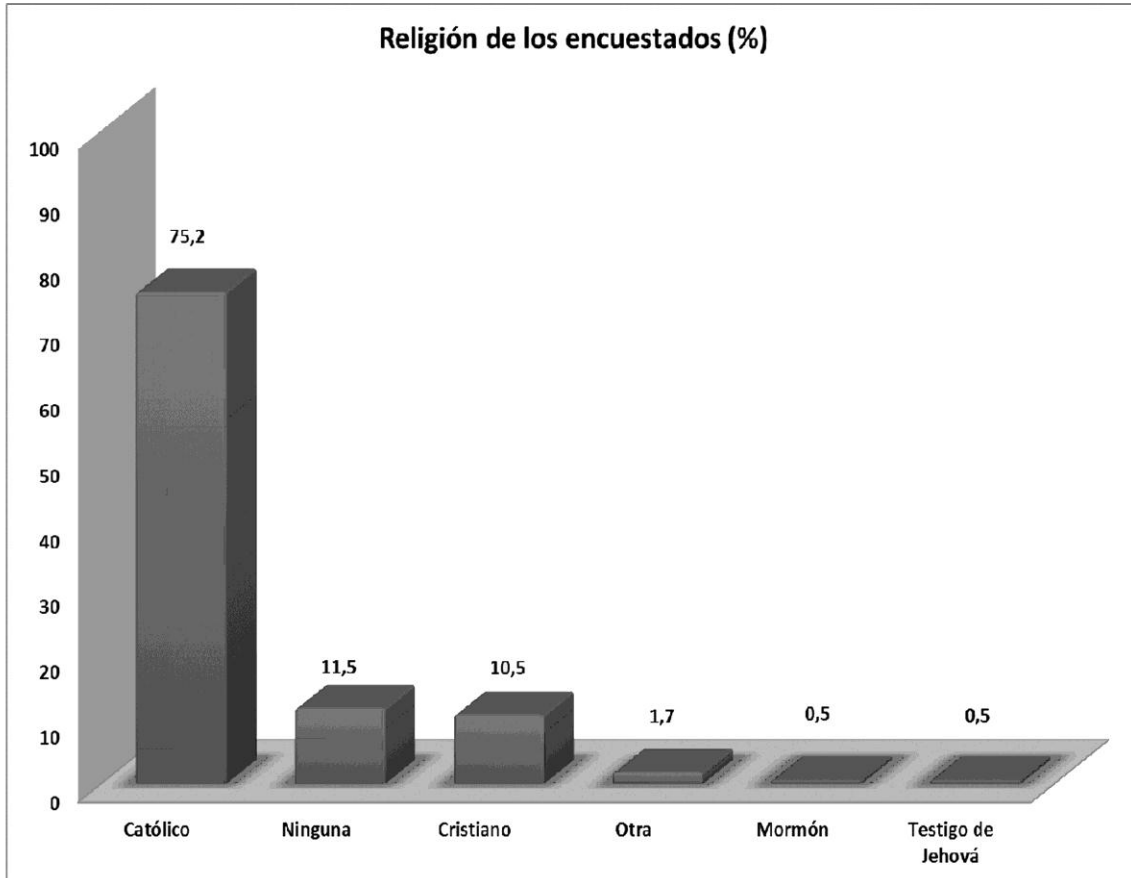
*Gráfico N° 1*



**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

El 57% de los adolescentes encuestados son de sexo masculino, mientras que el 43% corresponde al sexo femenino.

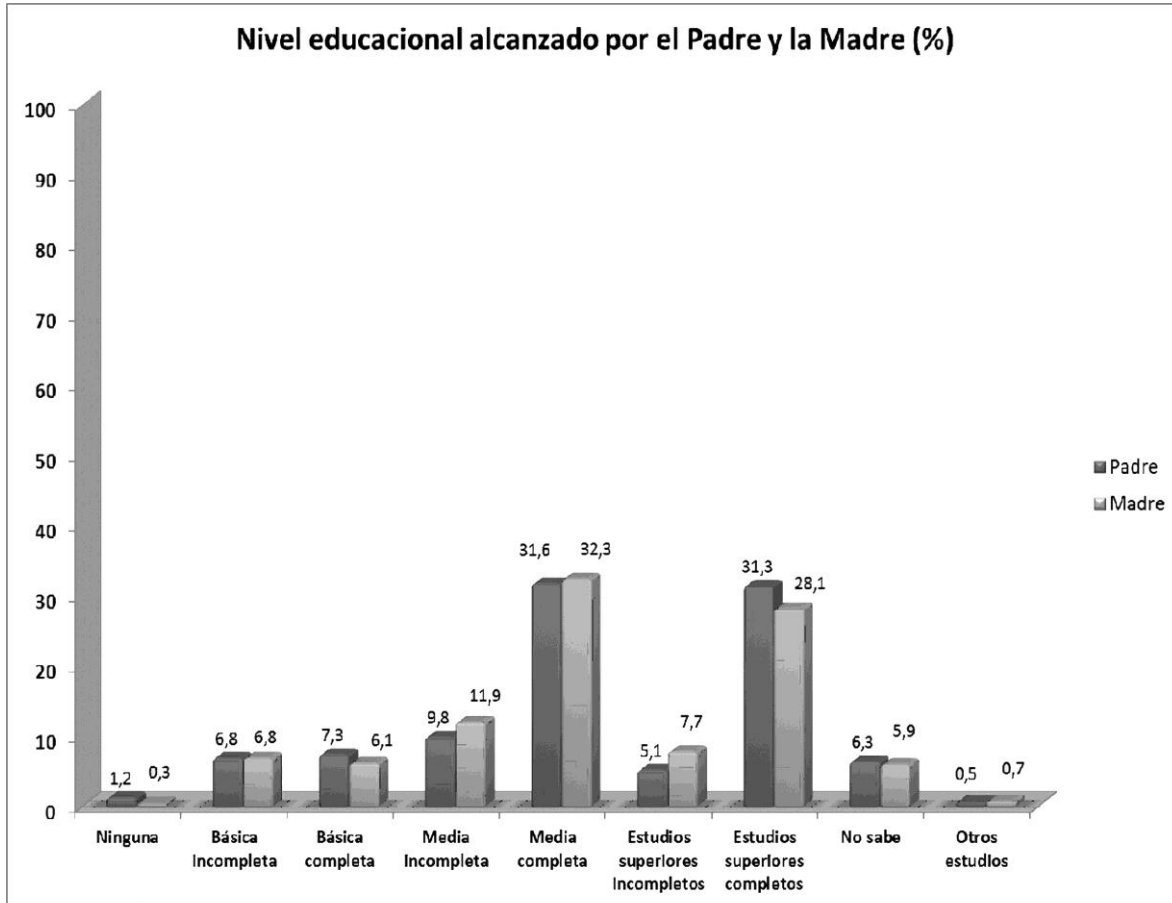
Gráfico N°2



**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

De los 572 adolescentes encuestados el 75,2% son de religión católica, mientras que el 12,75% son de otras religiones y el 11,5% refiere no tener ninguna creencia religiosa.

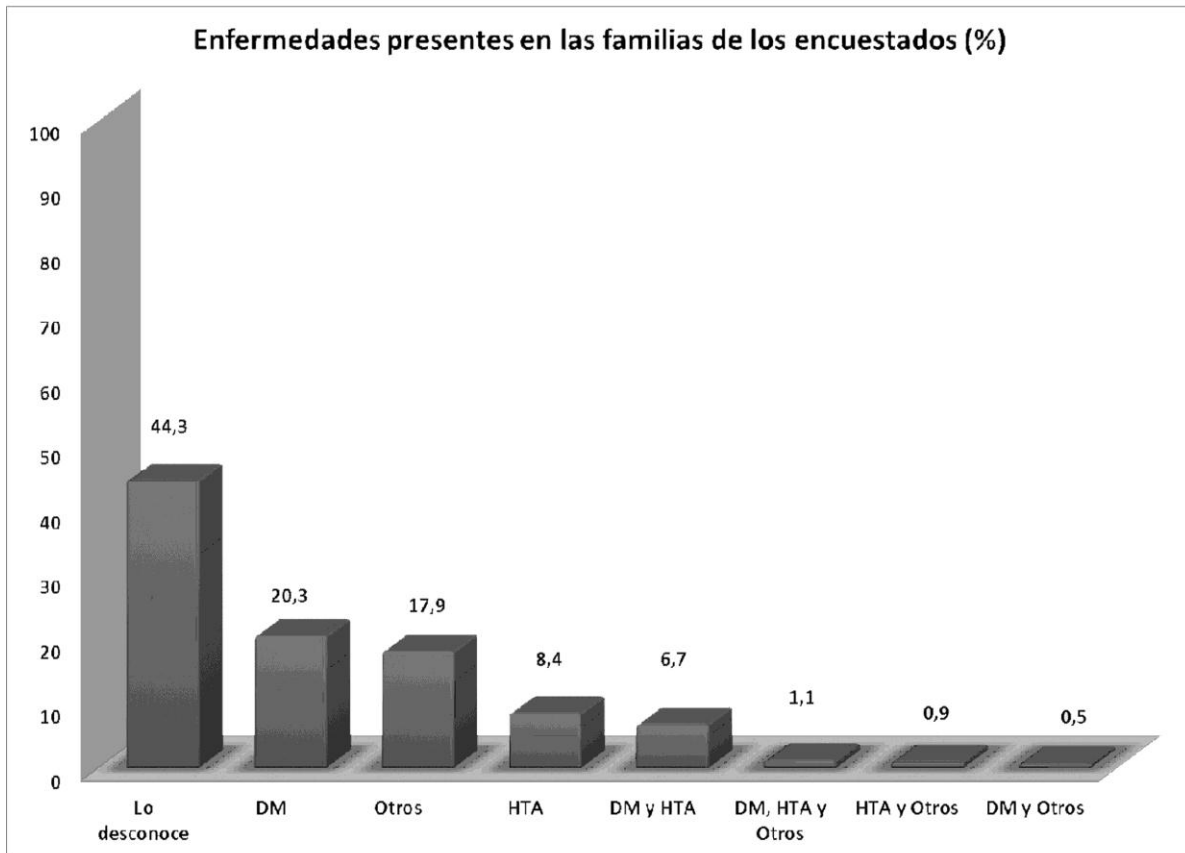
Gráfico N°3



**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

Con respecto al nivel educacional alcanzado por los padres de los adolescentes encuestados, destacan tanto en el padre como en la madre, la enseñanza media completa y los estudios superiores completos. Los padres que llegaron hasta la enseñanza media completa son el 31,6%, mientras que los que llegaron a completar sus estudios superiores son el 31,3%. Por su parte las madres que terminaron su enseñanza media son el 32,3%, las que consiguieron tener estudios superiores completos son el 28,1%.

Gráfico N°4

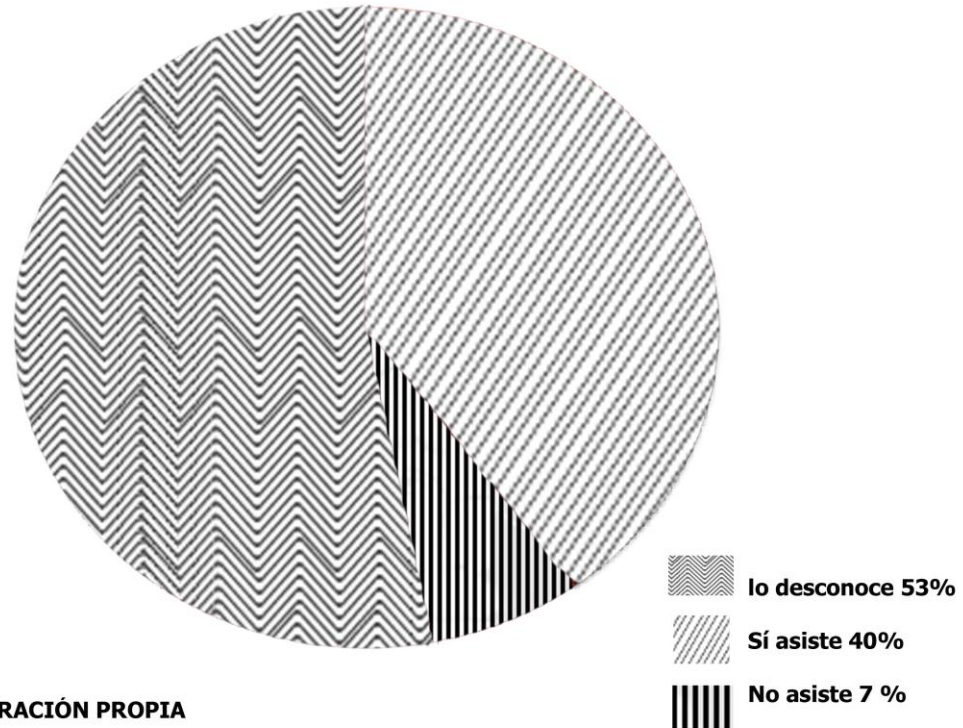


**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

Al consultar sobre cuáles son las enfermedades presentes en la familia de los adolescentes, el 44,3% desconoce la presencia de enfermedades en sus familias, por otro lado el 20,3% reconoce la Diabetes Mellitus como presente en su familia y el 8,3% la Hipertensión arterial dentro de las enfermedades familiares.

*Gráfico N°5*

**Asistencia a controles de los familiares de los encuestados**

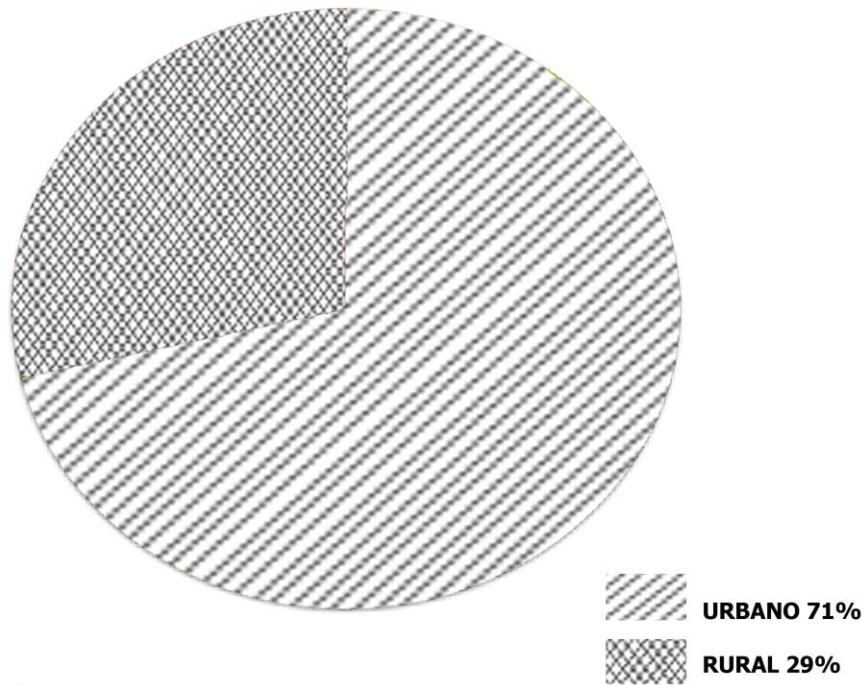


**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

Al analizar la asistencia a controles por parte de los familiares que sí padecen de las enfermedades señaladas anteriores, el 53% de los encuestados desconocen esta información, el 40% sí asiste a los controles de salud y el 7% no asiste.

*Gráfico N° 6*

**Lugar de residencia de los encuestados**



**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

Los adolescentes y sus familias que residen en el sector urbano, corresponden a un 71%, mientras que el 29% tiene su residencia en el sector rural.

### Estadística de edad bruta de los adolescentes.

*Tabla N°1*

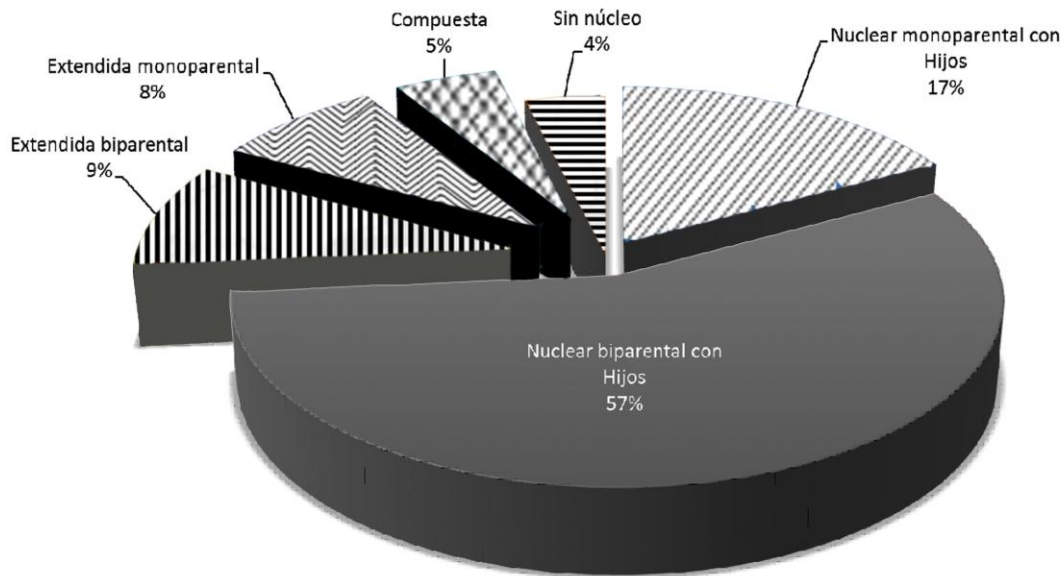
Promedios de edad Por cursos.	Primero Medio	Segundo Medio	Tercero Medio	Cuarto Medio
		14,83	15,69	16,76

Fuente: elaboración propia

Los adolescentes encuestados presentan edades que van desde los 14 a los 21 años, donde el promedio de edad es de 16,15 años en la población total. En la tabla n°1 observamos los promedios de edad por curso del total de los encuestados.

Gráfico N°7

### Tipos de Familias de los Encuestados (%)

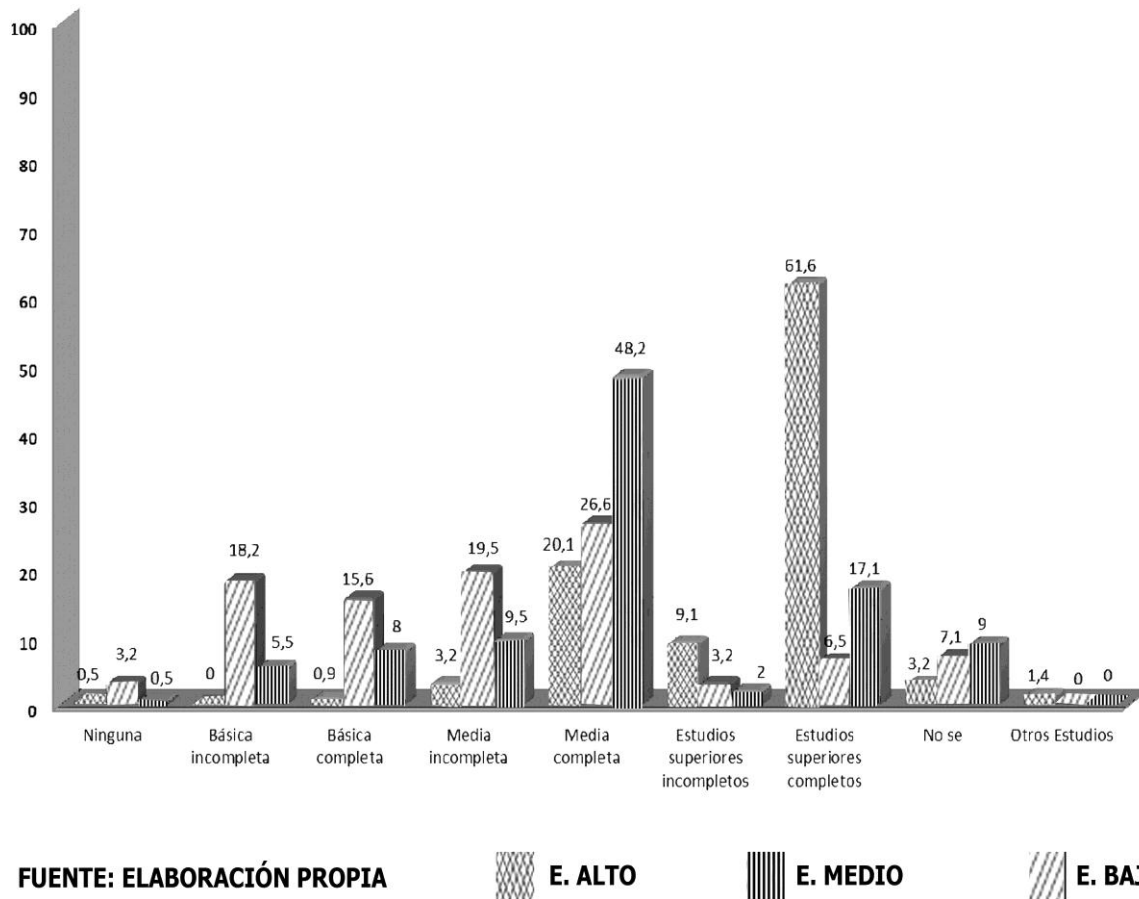


**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

El tipo de familia predominante en los adolescentes encuestados es la Familia del tipo Nuclear Biparental con hijos representando el 57%. Por otro lado el segundo lo ocupan las familias de tipo nuclear monoparental con hijos representando el 17%.

#### 4.1.1 Comparación de resultados de Encuesta “Características Sociodemográficas del Adolescente”.

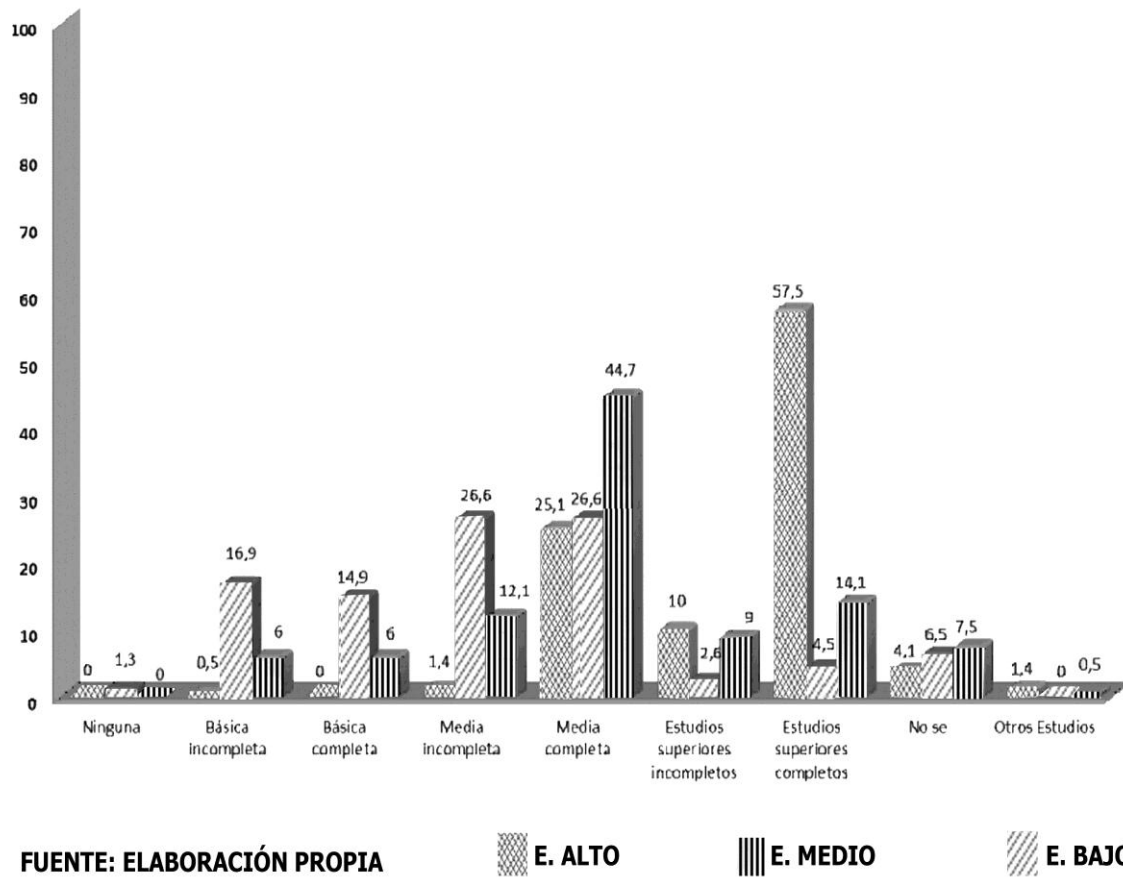
**Gráfico N° 8 Comparación de nivel educacional del padre entre los colegios (%)**



En relación a los niveles educacionales de los distintos colegios estudiados, se observa una predominancia de padres con estudios superiores pertenecientes al colegio E.Medio, los cuales alcanzan un 61,6% de la población total, en comparación con el 23,6% acumulado entre los dos colegios restantes sobresaliendo la diferencia de 55.1 puntos porcentuales entre el E.Alto y el E.Bajo. Otro resultado destacable es el del E. media, completa en el cual destaca con un 48,2% seguido por el E. bajo con una diferencia de 26.6 puntos porcentuales.

Gráfico N° 9

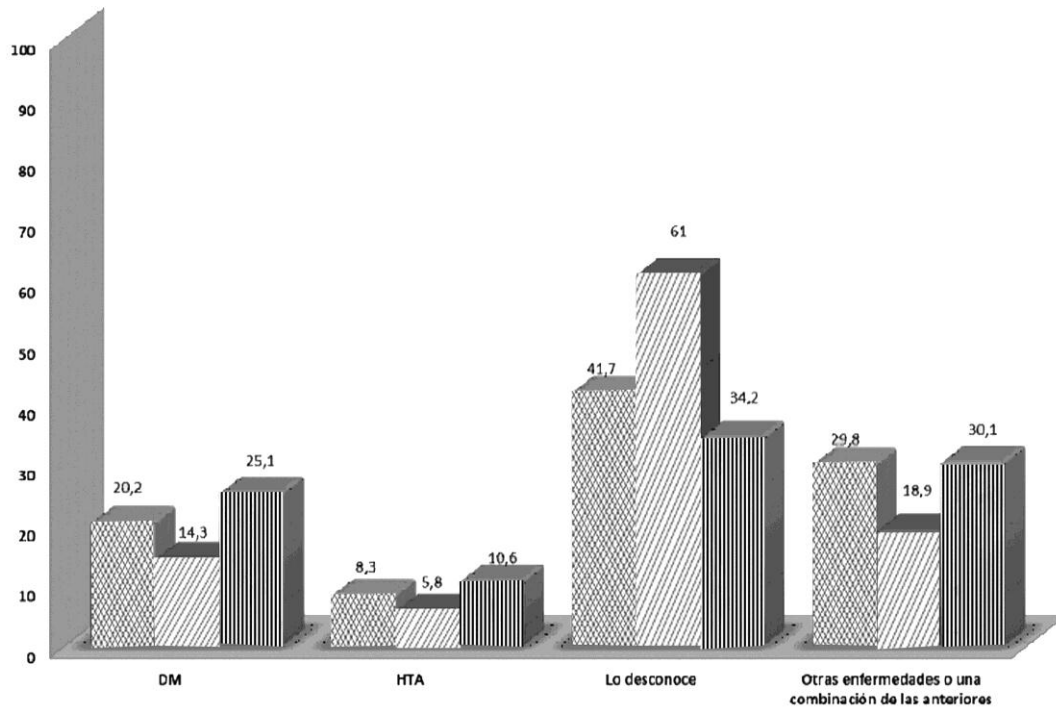
**Comparación del nivel educacional de la madre entre los colegios (%)**



En relación al nivel educacional de las madres de los colegios encuestados se destacan las del colegio E.Alto con un 57,5% con respecto a los otros dos colegios. Las madres del E.Medio se destacan con un 44,7% en relación a los otros dos colegios que tienen porcentajes similares.

Gráfico N° 10

Enfermedades presentes en las familias según colegio (%)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



E. ALTO



E. MEDIO

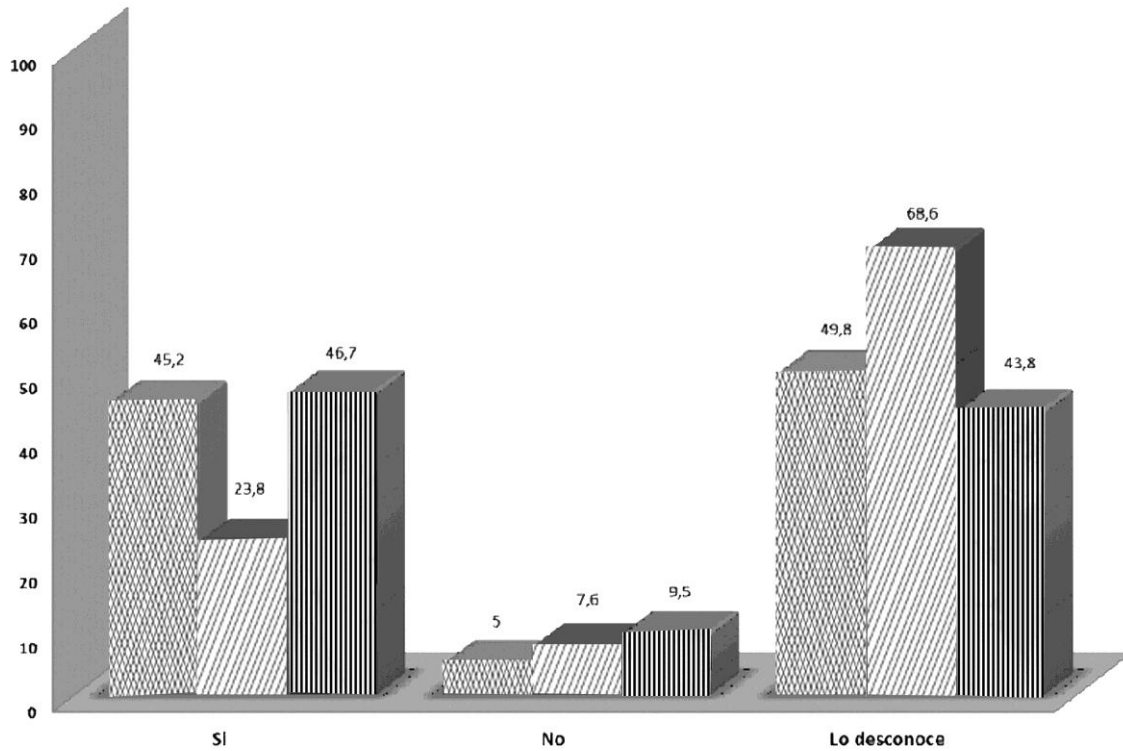


E. BAJO

En los tres colegios estudiados existen familias que presentan enfermedades como la hipertensión, la diabetes mellitus y otras enfermedades, que en algunos casos se presenta más de una patología por persona. Los resultados obtenidos marcan que un 58,3% el E.Alto, un 39% E.Bajo y un 65,8% E.Medio, dijeron tener familiares con patologías como DM, HTA y otras. Existe un porcentaje no menor de alumnos que desconocen la presencia de alguna enfermedad en su familia, entre los que se destaca el E.Bajo con un 61% de desconocimiento.

**Gráfico N° 11**

**Asistencia a controles en las familias de los encuestados, según colegio (%)**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



E. ALTO



E. MEDIO



E. BAJO

Queda en evidencia a través de este gráfico el nivel de desconocimiento de los estudiantes respecto a la asistencia de los familiares con patologías y su adherencia al control de salud. Existe una minoría de personas que señalan que sus familiares si asisten al control de salud.

**Tabla N°2**

**Tipo de familia de los encuestados según establecimiento educacional al que pertenecen**

			Establecimiento al que pertenece			Total
			E.Alto	E.Medio	E.Bajo	
Tipo de Familia de los encuestados	Nuclear Monoparental con Hijos	Frecuencia	32	29	37	98
		%	14,6%	14,6%	24,0%	17,1%
	Nuclear biparental con Hijos	Frecuencia	151	117	55	323
		%	68,9%	58,8%	35,7%	56,5%
	Extendida biparental	Frecuencia	21	18	14	53
		%	9,6%	9,0%	9,1%	9,3%
	Extendida Monoparental	Frecuencia	8	22	17	47
		%	3,7%	11,1%	11,0%	8,2%
	Compuesta	Frecuencia	4	11	14	29
		%	1,8%	5,5%	9,1%	5,1%
	Sin Nucleo	Frecuencia	3	2	17	22
		%	1,4%	1,0%	11,0%	3,8%
Total		Frecuencia	219	199	154	572
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: elaboración propia

En esta tabla podemos observar la presencia representada en porcentajes de los tipos de familia en cada establecimiento educacional. De éstos se destaca la presencia de familias nucleares biparentales con hijos en el E.Alto con un 68,9% que casi duplica la cifra del E.Bajo con 37,7%. Por otra parte la existencia de familias Extendidas monoparentales es muy similar en los colegios E.Medio y E.Bajo rodeando el 11% a diferencia del E.Alto que presenta sólo un 3,7%. Con respecto a las familias compuestas y sin núcleo es el colegio E.Bajo quien presenta los mayores porcentajes con 9,1 y 11 respectivamente, muy por encima de los porcentajes de los colegios E.Medio y E.Alto.

## 4.2 Distribución de Secuencia por Preguntas de ambas Escalas en la Población Total.

### 4.2.1 Escala “Estilos de Vida del Adolescente”.

*Tabla N°3*

Escala - ALPR	Nunca	A veces	Frec.	Siempre
1- Pasas tiempo conversando con otros miembros de tu familia.	3,7	28,1	30,9	37,2
2- Pasa tiempo con tu familia en actividades tales como: caminar, jugar, etc.	16,1	42,1	27,8	14
3- Busco al orientador del colegio o voy al doctor si no me siento bien.	31,1	38,8	17	13,1
4- Hago alguna actividad física que requiera esfuerzo por 20 minutos o más, 3 días a la semana (futbol, atletismo, aeróbica, ciclismo, natación).	19,1	27,3	19,9	33,7
5- Logro dormir entre 6 a 8 horas en las noches.	3,7	21,5	32,7	42,1
6- Felicito a otros cuando hacen algo bien.	3,1	23,1	40	33,7
7- Evito comer “dulces” u otro alimentos con mucha azúcar.	30,6	44,1	18,2	7,2
8- Leo sobre temas de salud.	22,2	50,5	18,7	8,6
9- Converso con otros sobre mis creencias espirituales.	43,9	36,5	11,4	8,2
10- Elijo productos lácteos con poca grasa (descremados o semi-descremados).	30,6	31,6	19,9	17,8
11- Me dejo un tiempo de relajo cada día.	5,4	22,2	27,1	45,3
12- Trato de ser receptivo a los sentimientos de otros.	1,9	18,6	41	38,5
13- Tomo desayuno.	9,6	23,6	16,3	50,5
14- Les hago preguntas al doctor o a la enfermera si es que no he entendido alguna instrucción.	11,7	27,8	26,2	34,3
15- Siento que hay algo superior que guía mi vida.	18,9	28,5	22,9	29,7
16- Participo de deportes y actividades de recreación.	10,7	29,4	23,1	36,9
17- Acepto cosas de mi vida que no puedo cambiar.	9,3	28,8	30,6	31,3
18- Me atrae el futuro.	7,5	13,6	24,1	54,7
19- Paso tiempo con mis amigos.	2,3	9,8	30,6	57,5
20- Asisto a un grupo que comparte mis creencias espirituales.	57,5	23,3	9,3	10
21- Como 2 a 4 porciones de frutas al día.	18,7	44,8	24,5	12
22- Asisto a actividades de prevención de problemas de salud (y que mejoren mi vida).	59,8	30,6	6,8	2,8

23- Me siento feliz de como soy.	3,1	13,6	26	57,2
24- Como 3 a 5 porciones de verduras cada día.	11,5	40,2	30,6	17,7
25- Me doy el tiempo para hacer algo que me gusta.	1,2	10,5	26,6	61,7
26- Trabajo o me esfuerzo para conseguir cosas importantes en mi vida.	1	10,8	37,8	50,3
27- Camino o hago alguna actividad física en mi tiempo libre.	8,2	25,7	29,2	36,9
28- Espero confiado cada nuevo día.	7,3	25,5	35	32,2
29- Me involucro en actividades que me ayudan a crecer espiritualmente.	39,1	34,2	16,1	10,7
30- Como distintos tipos de carnes (pollo, pescado, carnes rojas, cerdo).	3,1	11	19,8	66,1
31- Soluciono los conflictos conversando más que peleando.	4,7	27,1	37,1	31,1
32- Juego con mis amigos juegos que requieran esfuerzo (fútbol, tenis, basquetbol, etc.).	15,6	28,8	19,1	36,5
33- Pido ayuda al orientador del colegio cuando lo necesito.	65,4	22	7,9	4,7
34- Les pregunto a doctores o enfermeras cómo mejorar mi salud.	38,8	34,3	18,2	8,7
35- Paso tiempo rezando o meditando.	36,2	41,6	13,6	8,6
36- Trato de pensar en cosas agradables antes de dormir.	7,9	22,2	33	36,9
37- Me esfuerzo por ayudar a otros.	3	29,9	43,9	23,3
38- Me pongo metas que puedo alcanzar.	1,6	15	36,5	46,9
39- Me siento bien cuando hago algo bien.	1,2	2,6	12,6	83,6
40- Hago actividad física de tal forma de hacer trabajar a mi corazón y transpirar.	7,3	29,2	23,6	39,9
41- Uso mis creencias espirituales para guíame en lo que hago.	35,5	34,1	19,1	11,4
42- Bebo 6 o más vasos de agua cada día.	15	38,3	27,4	19,2
43- Converso con alguien cercano mis problemas para resolverlos.	10,3	26,2	27,3	36,2
44- Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud (como fumar, usar drogas, beber, etc.).	13,6	21,5	14,3	50,5

Fuente: elaboración propia

En la tabla n°3 se muestran los porcentajes obtenidos en cada alternativa para todas las preguntas de la Escala “Estilos de Vida del Adolescente”, de las cuales destacamos los siguientes resultados:

- En la pregunta: Pasas tiempo conversando con miembros de tu familia. Del total de los encuestados un 68% de los estudiantes contestaron que pasan tiempo conversando con

otros miembros de su familia, esta cifra se genera a partir de los porcentajes obtenidos entre los que contestaron siempre (37%) y frecuentemente (31%).

- En la pregunta: Busco al orientador del colegio o voy al doctor si no me siento bien. En relación al análisis de los datos, las respuestas que obtuvieron mayores porcentajes fueron a veces con un 39% y nunca con un 31%, siendo estos bastante similares.
- En la pregunta: Evito comer dulces u otros alimentos con mucha azúcar. En relación a lo anterior se pudo apreciar que los estudiantes encuestados un 31% nunca evitan comer dulces u otros alimentos con mucha azúcar y un 44% de estos a veces lo evitan.
- En la pregunta: Leo sobre temas de salud. Del total de encuestados el 50% de los alumnos refiere que a veces “Leen sobre temas de salud”. Por otro lado el 22% nunca lo ha hecho.
- En la pregunta: Paso tiempo con mis amigos. De los alumnos encuestados un 57% respondió que siempre pasa tiempo con sus amigos y un 31% manifestó solo hacerlo frecuentemente.
- En la pregunta: Asisto a un grupo que comparte mis creencias espirituales. El 58% de los estudiantes respondió que nunca asiste a un grupo donde comparte sus creencias espirituales. El porcentaje presentado anteriormente se contrasta con el 10% de los alumnos que contestaron que siempre asiste a un grupo en donde comparten sus dogmas.
- En la pregunta: Asisto a actividades de prevención de problemas de salud. Del total de los adolescentes encuestados un 60% refiere nunca asistir a actividades de prevención de problemas de salud. En segundo lugar el 30% a veces asiste a este tipo de eventos que les ayudan a mejorar su vida. Finalmente cabe destacar que solo un 3% menciona siempre participar de este tipo de acontecimientos.
- En la pregunta: Me siento feliz de cómo soy. Un 57% de los estudiantes respondieron que siempre se sienten felices de su manera de ser. Un porcentaje muy bajo respondió que nunca se siente feliz.

- En la pregunta: Trabajo o me esfuerzo para conseguir cosas importantes en mi vida. El 88% de la población encuestada respondió que siempre o frecuentemente trabajan o se esfuerzan para conseguir cosas importantes en su vida.
- En la pregunta: Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud. El 51% de los estudiantes que participaron del estudio expresan que siempre evitan hacer cosas que puedan dañar su salud.

#### 4.2.2 Escala “Promotora para la Salud de Adolescentes”.

*Tabla N°4*

Escala - AHPS	Nunca	A veces	La mitad de las veces	A menudo	Siempre
1- Como tres comidas diarias.	3,1	11,2	9,6	22,7	53,3
2- Escojo alimentos que contienen poca grasa.	14,5	28,5	22,4	23,1	11,4
3- Incluyo fibra en mi dieta (por ejemplo, frutas y verduras).	4,9	16,1	20,1	26,6	32,3
4- Bebo, al menos, 1.5 Litros de agua al día (o cerca de 6 a 8 tazas).	13,7	25,7	24	19,1	17,7
5- Cada comida incluye los cinco grupos alimenticios (harinas, lácteos, carnes, frutas y verduras).	6,8	19,2	22,9	29,5	21,5
6- Tomo desayuno todos los días.	10,5	19,2	7,2	15	48,1
7- Expreso mi punto de vista y comparto mis sentimientos con otros.	6,8	17,8	16,3	29,4	29,7
8- Me preocupo por los demás.	1,9	13,8	14,3	34,4	35,5
9- Hablo de mis preocupaciones con otras personas.	8,9	21	18,5	27,8	23,8
10- Intento sonreír o reír a diario.	0,5	4,7	5,8	22,4	66,6
11- Me gusta mantenerme en contacto con mis familiares.	2,4	8,4	16,1	24,7	48,4
12- Trato de tener buenas amistades.	0,7	2,4	6,1	18,2	72,6
13- Hablo de mis problemas con otros.	9,6	23,8	18,9	27,1	20,5
14- Leo las etiquetas del contenido de productos antes comprar.	33	24,7	19,1	10	13,3
15- Cuido mi peso.	12,8	16,1	20,1	22,2	28,8
16- Hablo acerca de cuestiones de salud con mi doctor o enfermera.	35,8	28,5	16,6	10	9,1
17- Observo con detención mi cuerpo al menos 1 vez al mes.	8,9	16,3	15,4	19,9	39,5
18- Me lavo los dientes y uso hilo dental después de cada comida.	1,6	8,9	18	33,4	38,1
19- Me lavo las manos antes de comer.	1,9	5,9	10,3	28,1	53,7
20- Leo información sobre la salud.	20,6	29,7	22,7	16,3	10,7
21- Trato de escoger comidas sin preservantes o aditivos.	26	27,6	24,7	14,5	7,2

22- Trato de quererme a mi mismo(a).	2,8	6,5	10,3	19,6	60,8
23- Trato de sentirme feliz y contento(a).	1,2	2,6	7	16,4	72,7
24- Casi siempre tengo una manera de pensar positiva.	2,1	8	13,6	26,6	49,7
25- Intento comprender mis fortalezas y debilidades y las acepto.	1,9	7	14,7	29,5	46,9
26- Hago el esfuerzo de corregir mis defectos.	1,9	8,2	18	31,8	40
27- Hago el intento de saber qué es importante para mí.	1,7	3,8	13,1	28,7	52,6
28- Hago el esfuerzo por sentirme una persona interesante y motivada diariamente.	1,9	7	12,1	32,7	46,3
29- Hago el esfuerzo por creer que mi vida tiene sentido.	2,4	4,4	10	24,8	58,4
30- Hago ejercicios para estirarme diariamente (ejercicios de elongación).	16,3	19,9	23,1	21,2	19,6
31- Hago ejercicio vigorosamente por al menos 30 minutos, 3 veces al día.	24,8	26,6	17,5	12,6	18,5
32- Tengo clases de Educación Física en la escuela, todas las semanas.	1,7	4,7	2,3	7,5	83,7
33- Hago calentamiento (o pre-calentamiento) antes de hacer un ejercicio físico exigente.	4,7	10	10,1	19,1	56,1
34- Trato de sentarme y pararme derecho(a) (o trato de tener una buena postura).	3,5	10	23,3	34,4	28,8
35- Trato de tener tiempo para relajarme.	1,7	6,6	11,4	23,4	56,8
36- Trato de encontrar la causa de mi estrés.	9,1	13,5	21,2	28,3	28
37- Hago un esfuerzo en observar mis cambios emocionales.	6,5	14,3	17,3	29,7	32,2
38- Duermo 6-8 horas cada noche.	3	15,2	15	21,7	45,1
39- Programo mis horarios y fijo mis prioridades.	11,9	19,9	21,7	25,2	21,3
40- Trato de no perder el control cuando me suceden cosas que parecen injustas.	7,5	15,2	21,2	32	24,1

Fuente: elaboración propia

En la tabla n°4 se muestran los porcentajes obtenidos en cada alternativa para todas las preguntas de la Escala “Promotora para la Salud de Adolescentes”, de las cuales destacamos los siguientes resultados:

- En la pregunta: Como tres comidas diarias. Del total de los encuestados un 86,3% de los estudiantes contestaron que comen tres comidas diarias, esta cifra se genera a partir de los porcentajes obtenidos entre los que contestaron siempre (64,8%) y a menudo (21,5%).
- En la pregunta: Intento sonreír o reír a diario. Un 70,3% contestó que siempre lo hace y un 24,2% dijo que a menudo, constituyendo un importante 94,5% que tiene esta actitud. Un porcentaje muy bajo de estudiantes contestó que solo a veces lo hacía.

- En la pregunta: Trato de tener buenas amistades. El 78,1% de los encuestados contestaron que siempre tratan de tener buenas amistades, en contraste con el segundo lugar con 16,4% que lo hace a menudo.
- En la pregunta: Casi siempre tengo una manera de pensar positiva. Del total de los estudiantes encuestados 76,3% contestaron que casi siempre tienen una manera de pensar positiva, esta cifra se genera a partir de los resultados obtenidos entre los que contestaron siempre (49,7%) y a menudo (26,6%).
- En la pregunta: Hablo acerca de cuestiones de salud con mi doctor o enfermera. Del total de los encuestados el 35,8% contestaron que nunca hablan acerca de cuestiones de salud con su doctor o enfermera, en contraste con un 28,5% que a veces lo hacen.
- En la pregunta: Me lavo las manos antes de comer. El 53,7% de los estudiantes contestaron que siempre se lavan las manos antes de comer, mientras solo el 1,9% contesto que nunca lo hacía.
- En la pregunta: Leo las etiquetas del contenido de productos antes de comprar. Da como resultado 57,7%, cifra obtenida entre los porcentajes de nunca (33,0%) y a veces (24,7%).
- En la pregunta: Trato de quererme a mi misma(o). El 60,8% de los estudiantes encuestados trata de quererse a sí mismo y que un 19,6% lo hace a menudo.
- En la pregunta: Hago el intento de saber qué es importante para mí. Un 81,3% de los estudiantes señalan que hacen el intento de saber qué es importante para ellos. Por otro lado el 52,6% señala que siempre lo intenta y el 28,7% lo hace a menudo.
- En la pregunta: Hago el esfuerzo por creer que mi vida tiene sentido. Según las repuestas obtenidas el 58,4% de los estudiantes contestaron que siempre hacen el esfuerzo por creer que su vida tiene sentido en contraste al 24,8 % que lo hace a menudo.

### 4.3. Distribuciones de puntajes totales de escalas.

#### 4.3.1 Escala “Promotora para la Salud de Adolescentes”.

*Tabla N°5*

#### Estadísticos

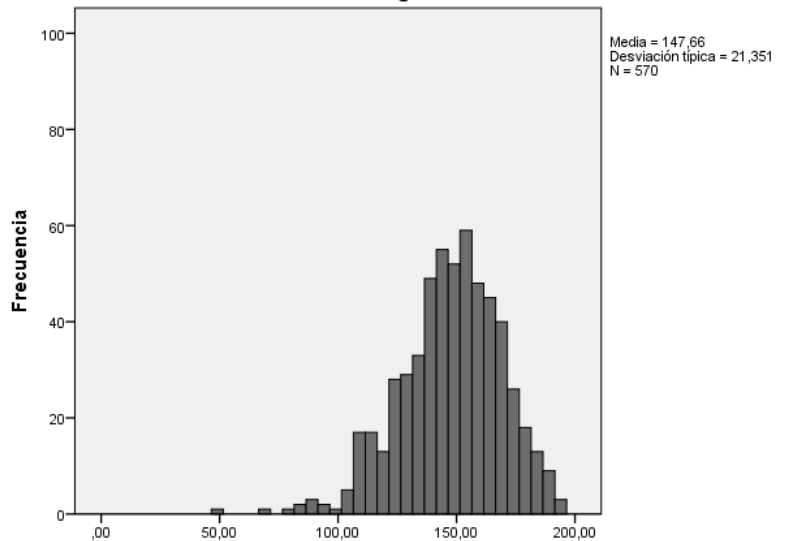
Escala – Promotora para la salud del  
adolescente

N	Válidos	570
	Perdidos	2
Media		147,6632
Mediana		149,5000
Moda		152,00
Desv. típ.		21,35125
Varianza		455,876
Asimetría		-,567
Error típ. de asimetría		,102
Curtosis		,817
Error típ. de curtosis		,204
Rango		147,00
Mínimo		49,00
Máximo		196,00
Percentiles	25	135,0000
	50	149,5000
	75	164,0000

Fuente: elaboración propia

#### Histograma N°1

Histograma -- Escala; Promotora para la Salud de Adolescentes - Todos los colegios



Fuente: elaboración propia

Los datos expuestos en la tabla anterior corresponden a los resultados arrojados por los 570 encuestados, pertenecientes a los cursos de primero a cuarto medio de los paralelos A y B de los colegios participantes en nuestra investigación: E.Alto, E.Medio y E.Bajo de la ciudad de San Felipe, en la Escala “Promotora para la Salud del Adolescente”, la cual consta de 40 preguntas con respuestas que van de 1 a 5 puntos correspondientes a los

rangos de menos a mayor, nunca – a veces – la mitad de las veces – a menudo – siempre, por lo que el puntaje máximo que se podía obtener en esta escala es de 200 puntos y el puntaje mínimo es de 40 puntos.

El promedio obtenido en esta escala fue de 147,66 puntos, la mediana es de 149,5 puntos y la moda de 152,0 puntos. Por su parte el rango es de 147 puntos, lo que corresponde al resultado de la resta entre el puntaje mayor obtenido y el menor.

El mínimo obtenido es de 49 puntos y el máximo de 196 teniendo que considerar que los mínimos y máximos de esta escala ya mencionados anteriormente corresponden a 40 y 200 puntos respectivamente.

En el histograma n°2 se observa la distribución de los resultados en la “Escala Promotora para Salud del Adolescente”, la cual posee una desviación típica de 21,35 puntos.

### 4.3.2 Escala “Estilos de Vida del Adolescente”.

**Tabla N°6**

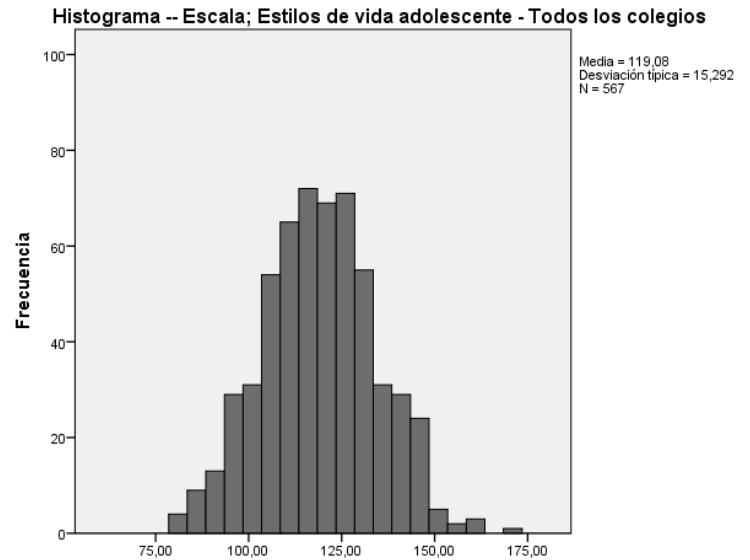
**Histograma N°2**

#### Estadísticos

Escala – Estilos de vida  
adolescente

N	Válidos	567
	Perdidos	5
Media		119,0794
Mediana		119,0000
Moda		121,00
Desv. típ.		15,29194
Varianza		233,844
Asimetría		,061
Error típ. de asimetría		,103
Curtosis		-,152
Error típ. de curtosis		,205
Rango		88,00
Mínimo		81,00
Máximo		169,00
Percentiles	25	109,0000
	50	119,0000
	75	129,0000

Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia

En la tabla anterior se ven reflejados los datos estadísticos que resultaron del análisis de las respuestas de los 567 casos pertenecientes a los cursos de primero a cuarto medio de los paralelos A y B de los colegios participantes en nuestra investigación: E.Alto, E.Medio y E.Bajo de la ciudad de San Felipe, en la Escala “Estilos de Vida del Adolescente”, la cual consta de 44 preguntas con respuestas que van de 1 a 4 puntos correspondientes a los rangos de menos a mayor, nunca – a veces – frecuentemente – siempre, por lo que el puntaje máximo que se podía obtener en esta escala es de 176 puntos y el puntaje mínimo es de 44 puntos.

El promedio obtenido en esta escala fue de 119,07 puntos, la mediana fue de 119,0 puntos y la moda de 121,0 puntos. Por su parte el rango es de 88 puntos, lo que corresponde al resultado de la resta entre el puntaje mayor obtenido y el menor.

El mínimo obtenido es de 81 puntos y el máximo de 169, teniendo que considerar en esto que los mínimos y máximos correspondientes a ésta escala son 44 y 176 puntos respectivamente.

En el histograma n°3 se observa la distribución de los resultados en la escala “Estilos de vida del Adolescente”, la cual posee una desviación típica de 15,29 puntos.

#### **4.4. Puntajes totales en los promedios de las escalas entre colegios (diferente clasificación socioeconómica).**

*Tabla N°7*

Promedio obtenido en Escala “ALPR”. Todos los cursos – Comparación según clasificación socioeconómica MINEDUC.	Establecimiento			
	E.Medio	E.Alto	E.Bajo	TODOS
Estilos de Vida del Adolescente	119,19	122,65	114,09	118,6

Fuente: elaboración propia

Al analizar los resultados obtenidos en la escala “Estilo de Vida del Adolescente” (E.E.V.A) aplicada a los niveles de primero a cuarto medio a los paralelos A y B de los establecimientos educacionales: E.Alto, E.Medio y E.Bajo de la ciudad de San Felipe, se obtuvieron los siguientes hallazgos: el promedio obtenido de la población total de la “Escala de Estilos de Vida Adolescentes” fue de 118,6 puntos. EL más cercano a éste promedio fue el obtenido por el establecimiento E.Medio con 119,19 puntos, por debajo del promedio general se encuentra el E.Bajo con 114,09 puntos y muy por sobre el promedio general encontramos el E.Alto con 122,65 puntos de lo que podemos inferir que sus alumnos son los que tiene las mejores conductas de Estilos de vida saludable.

**Tabla N°8**

Promedio obtenido en Escalas “AHPS”. Todos los cursos – Comparación según clasificación socioeconómica MINEDUC.	Establecimiento			
	E.Medio	E.Alto	E.Bajo	TODOS
Promotora para la Salud de Adolescentes	147,66	151,57	141,98	147,07

Fuente: elaboración propia

Al analizar los resultados obtenidos en la escala “Promotora para la Salud de Adolescentes” (E.P.S.A) aplicada a los niveles de primero a cuarto medio a los paralelos A y B de los establecimientos educacionales E.Alto, E.Medio y E.Bajo de la ciudad de San Felipe, se obtuvieron los siguientes hallazgos: El promedio general fue de 147,07 puntos, al comparar esto con los promedios obtenidos por los colegios se observa que el E.Medio se encuentra por debajo con 141,98 puntos, mientras que con 147,66 el E.Medio es similar al promedio general. Por su parte el E.Alto obtuvo 151,57 puntos, con lo cual sobresale, pudiendo inferir que los alumnos de éste establecimiento poseen mejores conductas promotoras de la salud.

**Tabla N°9**

	Promedio de puntaje obtenido en escala
Sexo de los encuestados	Promotora para la Salud de Adolescentes
Masculino	146,35
Femenino	149,29

Fuente: elaboración propia

En la tabla n°9 podemos apreciar los puntajes promedio obtenidos por hombres y mujeres en la aplicación de la Escala “Promotora para la Salud de Adolescentes”, en el total de los alumnos encuestados de los colegios participantes. Podemos observar que la población femenina presenta una leve ventaja por sobre la población masculina de casi tres puntos, entendiéndose que esta última posee menos conductas promotoras relacionadas a su salud.

**Tabla N°10**

	Promedio de puntaje obtenido en escala
Sexo de los encuestados	Estilos de Vida del Adolescente
Masculino	119,15
Femenino	119,7

Fuente: elaboración propia

En la tabla n°10 podemos apreciar los puntajes promedio obtenidos por hombres y mujeres en la aplicación de la Escala “Estilos de Vida del Adolescente”, queda en evidencia una similitud entre los promedios obtenidos en ambos sexos, no habiendo una diferencia importante entre los estilos de vida llevados por ambos.

#### 4.5 Datos Estadísticos de las subescalas de ambos Instrumentos en la población total y sus histogramas.

##### 4.5.1 Análisis de subescalas de “Estilos de Vida del Adolescente” en el total de los encuestados.

*Tabla N°11*

**Estadísticos; Subescalas; Estilos de vida adolescente -- Todos los colegios.**

		Subescala: Responsabilidad ante la salud	Subescala: Actividad física	Subescala: Alimentación	Subescala: Perspectiva positiva de la vida	Subescala: Relaciones interpersonales	Subescala: Manejo del estrés	Subescala: Espiritualidad
N	Válidos	572	571	570	571	570	572	571
	Perdidos	0	1	2	1	2	0	1
	Media	15,1154	16,6200	18,1895	20,0070	18,4737	18,4650	12,1856
	Mediana	15,0000	17,0000	18,0000	21,0000	19,0000	19,0000	12,0000
	Moda	14,00	21,00	17,00	21,00	19,00	19,00	9,00
	Desv. típ.	3,63443	4,52023	3,42007	2,81972	2,88506	2,86360	4,08685
	Varianza	13,209	20,433	11,697	7,951	8,324	8,200	16,702
	Asimetría	,398	-,298	,084	-,769	-,427	-,432	,644
	Error típ. de asimetría	,102	,102	,102	,102	,102	,102	,102
	Curtosis	-,136	-,861	-,351	,303	,144	-,167	,056
	Error típ. de curtosis	,204	,204	,204	,204	,204	,204	,204
	Rango	21,00	18,00	16,00	14,00	17,00	14,00	18,00
	Mínimo	7,00	6,00	10,00	10,00	7,00	10,00	6,00
	Máximo	28,00	24,00	26,00	24,00	24,00	24,00	24,00
Percentiles	25	12,0000	13,0000	16,0000	18,0000	17,0000	17,0000	9,0000
	50	15,0000	17,0000	18,0000	21,0000	19,0000	19,0000	12,0000
	75	17,0000	21,0000	21,0000	22,0000	21,0000	21,0000	15,0000

Fuente: elaboración propia

En la tabla anterior podemos observar los detalles estadísticos que se obtuvieron de las subescalas que comprenden el instrumento “Estilos de Vida del Adolescente” resultantes de todos los colegios participantes del estudio.

Para cada sub escala existe un puntaje máximo y uno mínimo, éstos están dados por el número de preguntas que los componen y el rango de valores en las respuestas posibles, dado que la sub escala Responsabilidad ante la salud está compuesta por 7 preguntas su puntaje mínimo es de 7 puntos y el máximo de 28 puntos, en la realidad de los estudiantes encuestados, se obtuvo un promedio de 15,11 puntos y una moda de 14 puntos.

La sub escala de actividad física está constituida por 6 preguntas, por lo que su puntaje mínimo es de 6 puntos y el máximo de 24 puntos, en el estudio se obtuvo un promedio de 16.62 puntos y una moda de 21 puntos.

La sub escala de alimentación, compuesta por 7 preguntas, tiene un puntaje mínimo de 7 y un máximo de 28 puntos, aquí se obtuvieron 18,22 puntos de promedio y 17 puntos de moda.

La sub escala perspectiva positiva de la vida está constituida por 6 preguntas, por lo que su puntaje mínimo son 6 puntos y el puntaje máximo de 24, en ella se obtuvieron 20,03 puntos de promedio y 21 puntos en la moda.

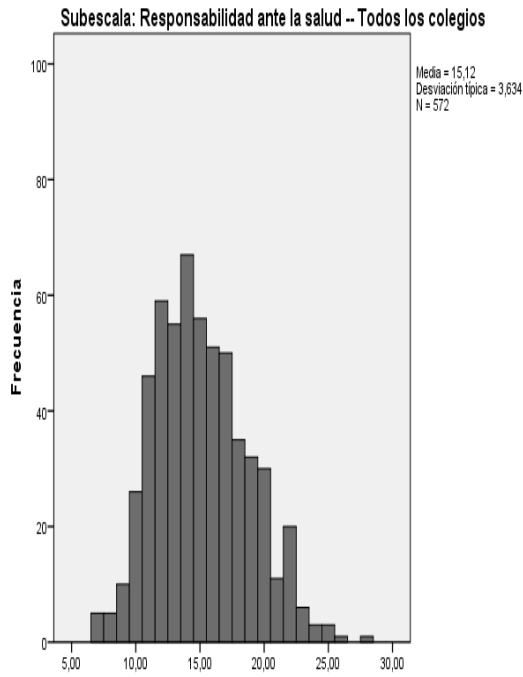
En la sub escala de relaciones interpersonales, compuesta por 6 preguntas, se consiguió un promedio de 18,47 puntos y una moda de 19 puntos.

La sub escala de manejo del estrés posee 6 preguntas, con 6 puntos como puntaje mínimo y 24 como puntaje máximo, en el estudio se obtuvo un promedio de 18,46 puntos y una moda de 19 puntos.

Finalmente la sub escala que mide la espiritualidad en los adolescentes está compuesta por 6 preguntas por lo que cuenta con un mínimo de 6 puntos y un máximo de 24 puntos, aquí podemos ver que se consiguió 12,18 puntos en promedio y 9 puntos de moda.

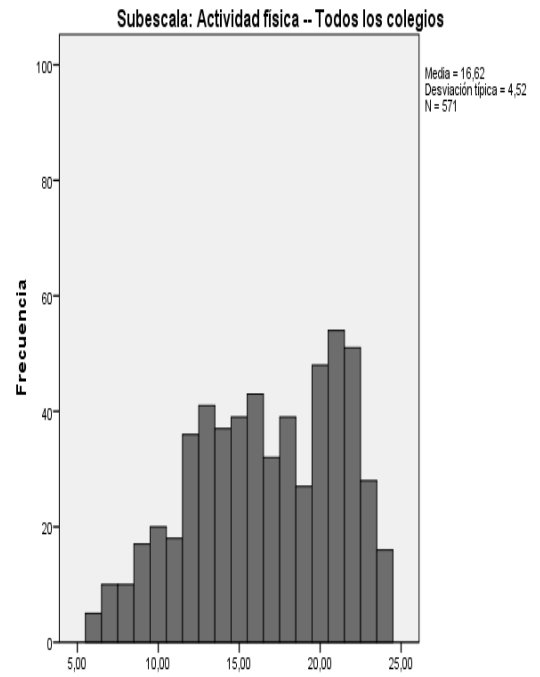
En los histogramas que se presentan a continuación se puede observar gráficamente las distribuciones de las respuestas de los encuestados por cada sub escala.

**Histograma N°3**



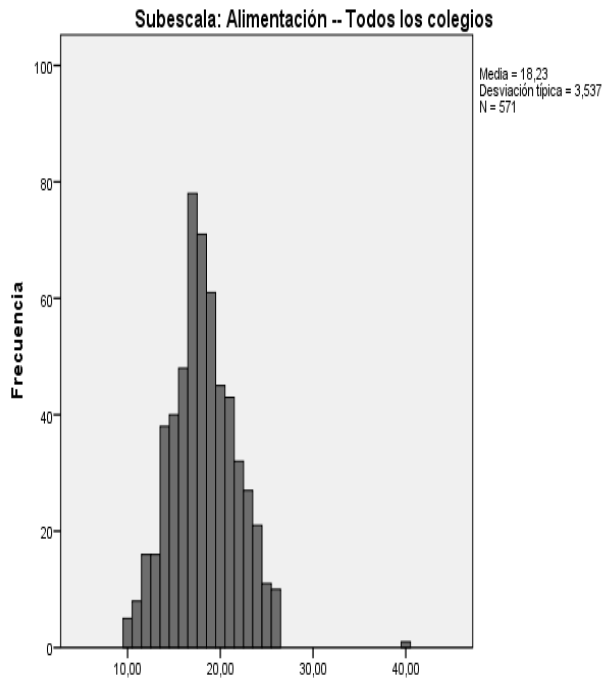
Fuente: elaboración propia

**Histograma N°4**



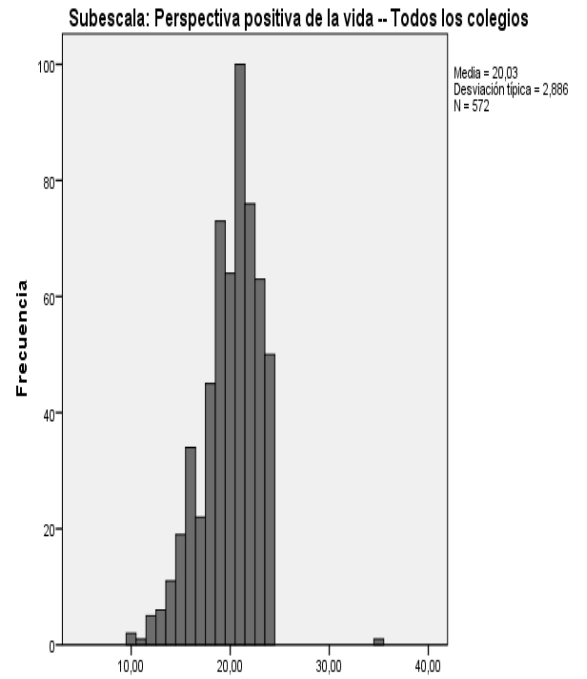
Fuente: elaboración propia

**Histograma N°5**



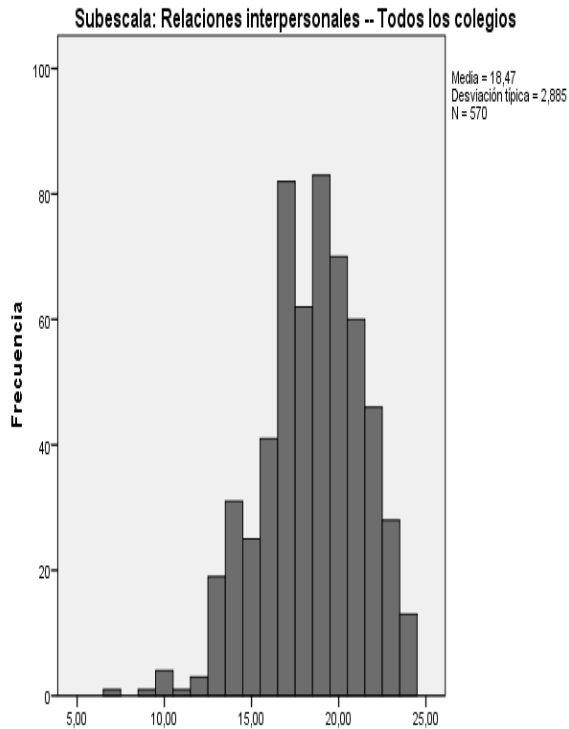
Fuente: elaboración propia

**Histograma N°6**



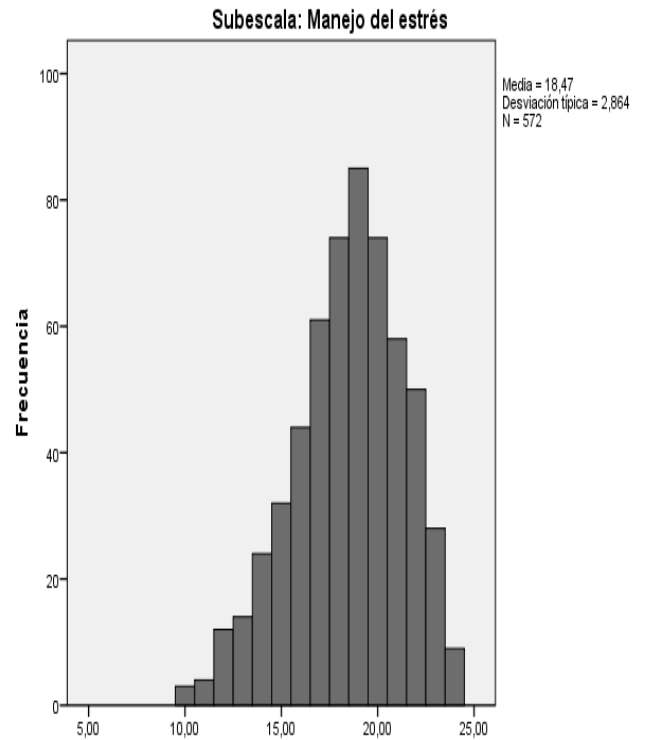
Fuente: elaboración propia

**Histograma N°7**



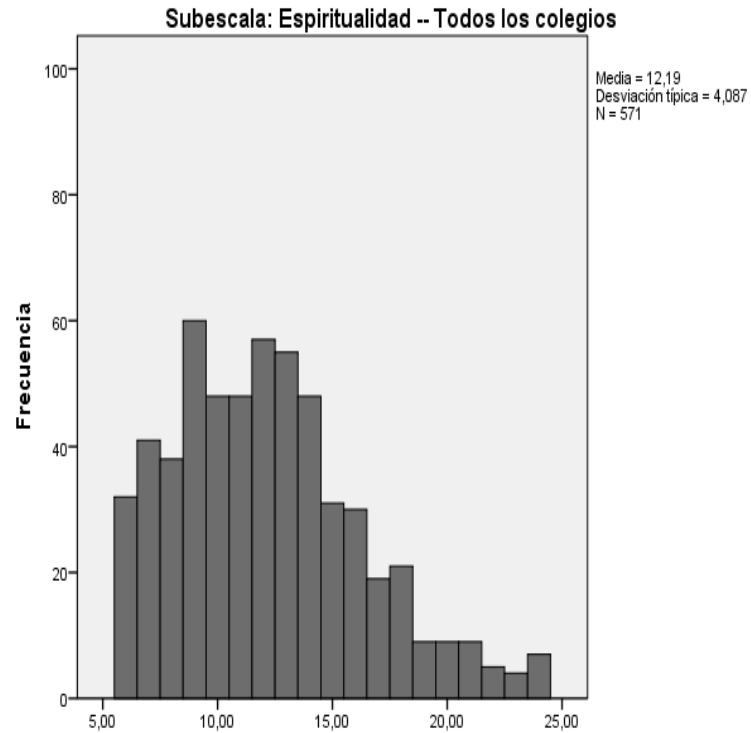
Fuente: elaboración propia

**Histograma N°8**



Fuente: elaboración propia

***Histograma N°9***



Fuente: elaboración propia

#### 4.5.2 Análisis de las sub escalas de la Escala “Promotora para la Salud de Adolescentes” en el total de los encuestados.

*Tabla N°12*

**Estadísticos - Subescalas; Escala Promotora para la salud del Adolescente. Todos los colegios.**

		subescala responsabili- dad ante la salud	Subescala actividad física	Subescala alimentación	Subescala - Perspectiva Positiva de la Vida	Subescala relaciones interpersona- les	Subescala manejo del estrés	Subescala espiritualidad
N	Válidos	572	572	571	571	571	572	572
	Perdidos	0	0	1	1	1	0	0
	Media	36,0559	11,8654	20,7776	17,4956	22,7391	14,9633	12,7133
	Mediana	36,0000	12,0000	21,0000	19,0000	23,0000	15,0000	13,0000
	Moda	34,00 <sup>a</sup>	12,00	21,00	20,00	22,00 <sup>a</sup>	16,00	15,00
	Desv. típ.	7,35040	2,33553	4,46404	2,97083	4,79000	3,26158	2,39709
	Varianza	54,028	5,455	19,928	8,826	22,944	10,638	5,746
	Asimetría	,043	-,761	-,330	-1,528	-,521	-,593	-1,330
	Error típ. de asimetría	,102	,102	,102	,102	,102	,102	,102
	Curtosis	-,298	,326	-,195	2,150	-,348	,045	1,890
	Error típ. de curtosis	,204	,204	,204	,204	,204	,204	,204
	Rango	42,00	12,00	24,00	16,00	23,00	16,00	12,00
	Mínimo	13,00	3,00	6,00	6,00	7,00	4,00	3,00
	Máximo	55,00	15,00	30,00	20,00	30,00	20,00	15,00
Percentiles	25	31,0000	11,0000	18,0000	16,0000	20,0000	13,0000	12,0000
	50	36,0000	12,0000	21,0000	19,0000	23,0000	15,0000	13,0000
	75	41,0000	14,0000	24,0000	20,0000	27,0000	17,0000	15,0000

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

En la tabla anterior podemos observar los detalles estadísticos que se obtuvieron de las sub escalas que comprenden la Escala “Promotora para la Salud de Adolescentes” resultantes de todos los colegios participantes del estudio.

Para cada sub escala existe un puntaje máximo y uno mínimo, éstos están dados por el número de preguntas que los componen y el rango de valores en las respuestas posibles, dado que la sub escala Responsabilidad ante la salud está compuesta por 11 preguntas su puntaje mínimo es de 11 puntos y el máximo de 55 puntos, en la realidad de los estudiantes encuestados, se obtuvo un promedio de 36,05 puntos y una moda de 34 puntos (cabe señalar que en este caso se obtuvo más de un moda, pero en la tabla se consideró la menor de éstas).

La sub escala de actividad física está constituida por 4 preguntas, pero por motivos que se explicaron anteriormente la pregunta n°31 fue anulada considerando sólo tres preguntas para el análisis de este ítem por lo que su puntaje mínimo es de 3 puntos y el máximo de 15 puntos, en el estudio se obtuvo un promedio de 11,86 puntos y una moda de 12 puntos.

La sub escala de alimentación, compuesta por 6 preguntas, tiene un puntaje mínimo de 6 y un máximo de 30 puntos, aquí se obtuvieron 20,77 puntos de promedio y 21 puntos de moda.

La sub escala perspectiva positiva de la vida está constituida por 6 preguntas, por lo que su puntaje mínimo son 6 puntos y el puntaje máximo de 30, en ella se obtuvieron 17,49 puntos de promedio y 20 puntos en la moda.

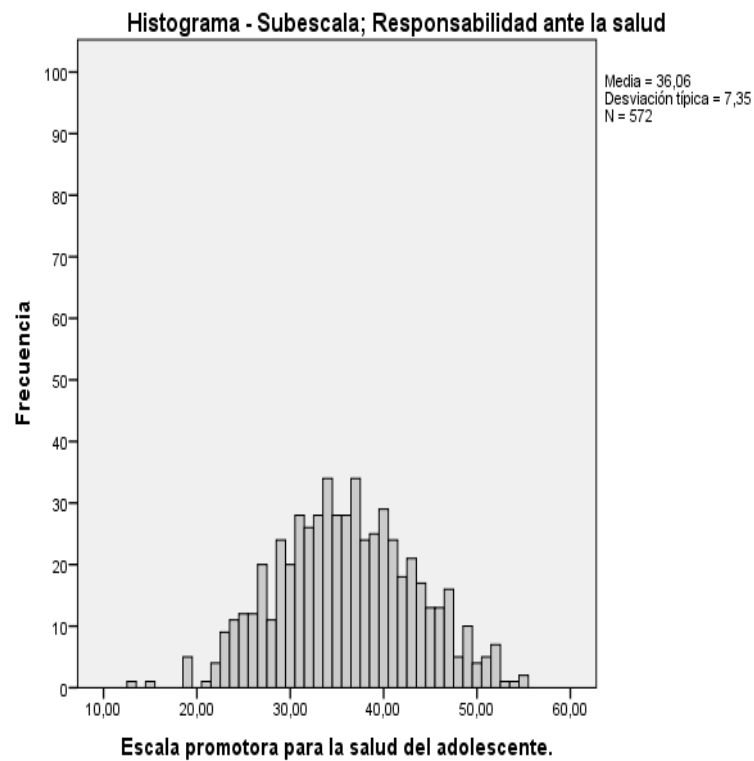
En la sub escala de relaciones interpersonales, compuesta por 6 preguntas, se consiguió un promedio de 22,73 puntos y una moda de 22 puntos.

La sub escala de manejo del estrés posee 4 preguntas, con 4 puntos como puntaje mínimo y 20 como puntaje máximo, en el estudio se obtuvo un promedio de 14,96 puntos y una moda de 16 puntos.

Finalmente la sub escala que mide la espiritualidad en los adolescentes está compuesta por 3 preguntas por lo que cuenta con un mínimo de 3 puntos y un máximo de 15 puntos, aquí podemos ver que se consiguió 12,71 puntos en promedio y 15 puntos de moda.

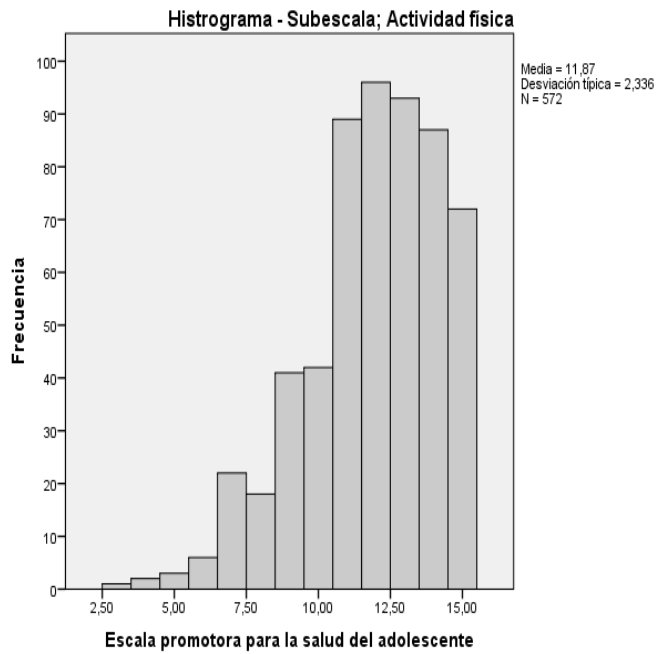
En los histogramas que se presentan a continuación se puede observar gráficamente las distribuciones de las respuestas de los encuestados por cada subescala.

### *Histograma N°10*



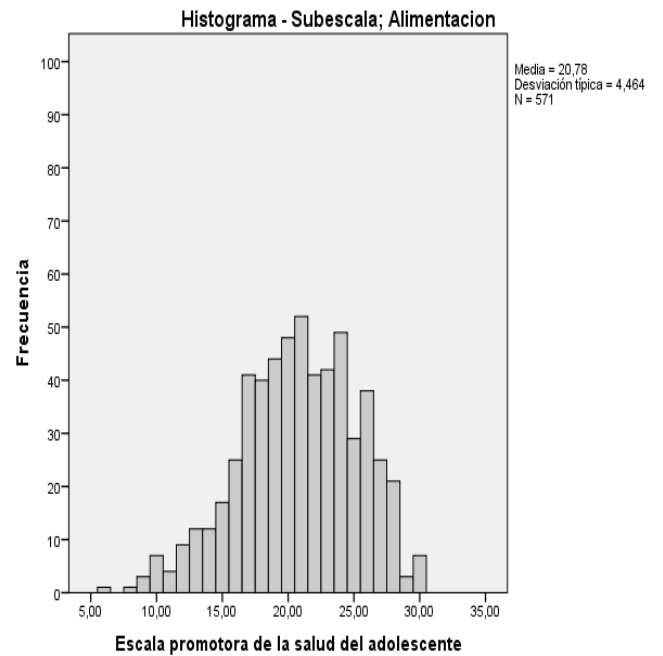
Fuente: elaboración propia

**Histograma N°11**



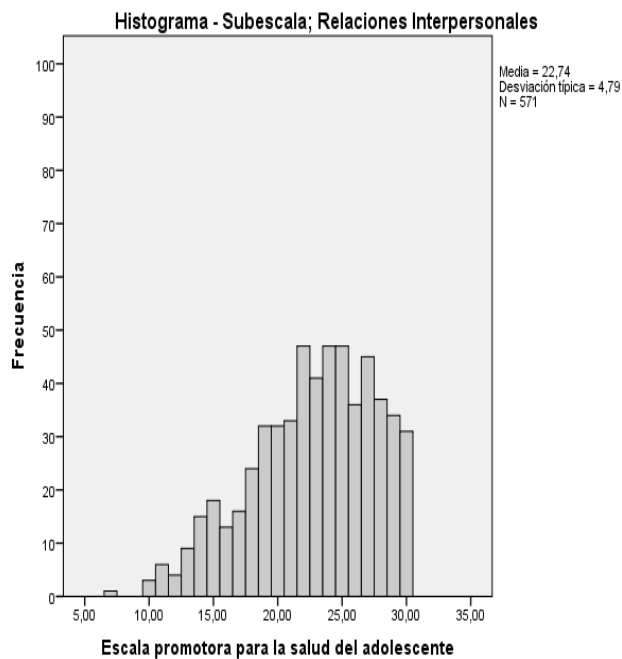
Fuente: elaboración propia

**Histograma N°12**



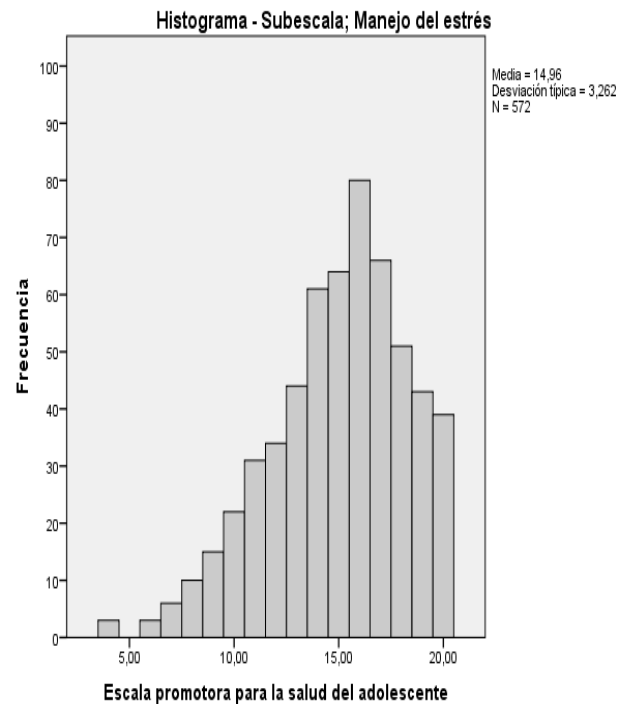
Fuente: elaboración propia

**Histograma N°13**



Fuente: elaboración propia

**Histograma N°14**



Fuente: elaboración propia

No se muestran los histogramas de las subescalas de “perspectiva positiva de la vida” ni “espiritualidad” puesto que en ambos casos la unidad de medida no es de 1 a 100, pues tienen más de doscientos casos en una misma categoría, por lo que la variable tiene poca variabilidad.

### 4.5.3 Comparación de promedios obtenidos en las subescalas de la Encuesta “Estilos de Vida del Adolescente” por colegios.

*Tabla N°13*

Promedio de puntaje obtenido en Sub escalas; Estilos de Vida del Adolescente.	Establecimiento					
	E.MEDIO	E.ALTO	E. BAJO	TODOS	PTJE. MIN.	PTJE. MAX.
Todos los cursos - Clasificación socioeconómica MINEDUC						
Responsabilidad ante la salud	15,37	15,3	14,51	15,11	7	28
Actividad física	15,85	17,34	16,57	16,62	6	24
Alimentación	17,52	19,1	17,89	18,22	7	28
Perspectiva positiva de la vida	20,2	20,45	19,22	20,03	6	24
Relaciones interpersonales	18,91	19,16	16,91	18,47	6	24
Manejo del estrés	18,52	18,91	17,74	18,46	6	24
Espiritualidad	12,76	12,33	11,22	12,18	6	24

Fuente: elaboración propia

En la tabla anterior podemos apreciar los promedios de los puntajes obtenidos en la Escala “Estilos de Vida del Adolescente”, analizados estos según las siete sub-escalas que conforman la encuesta. Además podemos ver el resultado que se obtuvo en cada colegio en donde fue aplicado el instrumento.

En cuanto a la primera sub-escala de “Responsabilidad en Salud”, el promedio general que se obtuvo fue de 15,11 puntos, situación que se refleja de forma similar en los promedios

individuales de los colegios E.Medio con una cifra de 15,37 ptos. y de 15,3 ptos. en el colegio E.Alto, pudiendo inferir que estos establecimientos presentan un mayor compromiso con respecto a su salud. Por otro lado esto se ve levemente disminuido en el E.Bajo, con un promedio de 14,51 puntos.

Con respecto a la segunda sub-escala de “Actividad Física”, el promedio general que se alcanzó fue de 16,62 puntos, siendo el establecimiento E.Bajo el que más se asemeja a esta cifra con 16,57 ptos. Por su parte el colegio E.Alto obtuvo 17,34 ptos. Representando el promedio más alto con respecto a los otros dos colegios. Por último el colegio E.Medio, fue el que presentó el promedio más bajo respecto al total con 15,85 puntos.

La Tercera sub-escala de “Alimentación” obtuvo un promedio total de 18,22 puntos. Al comparar los establecimientos nos encontramos con que el E.Medio se encuentra en un valor bastante similar al E.Bajo por debajo del promedio general, mientras que el E.Alto presenta 19,1 puntos destacando por sobre los tres. Creemos importante reiterar que las familias de los estudiantes de este colegio corresponden al estrato socioeconómico alto.

Al analizar la sub-escala de “Perspectiva positiva de la vida” nos encontramos con que tanto el E.Medio como el E.Alto, colegios que pertenecen al nivel socioeconómico de estrato medio y alto respectivamente, presentan valores muy cercanos al promedio general que es 20,03 ptos., con respecto al establecimiento E.Bajo, este presenta una ligera disminución siendo su puntaje de 19,22.

Con respecto a la sub-escala de “Relaciones interpersonales”, el promedio que se da entre los tres establecimientos es de 18,47 ptos., estando más cerca de esta cifra el colegio E.Medio con 18,91 ptos., al contrario en el E.Bajo el puntaje obtenido es de 16,91, presentando una diferencia bien marcada con respecto a las otras dos entidades. Con respecto al colegio E.Alto este es superior a los demás encontrándonos con un promedio de 19,16 pts. Este es la sub-escala que presenta valores más variados entre los distintos colegios.

En dos colegios de los encuestados los promedios que se presentaron en la sub-escala de “Manejo del estrés” son muy similares, donde el establecimiento E.Medio presenta una cifra de 18,52 ptos. y el colegio E.Alto 18,91 ptos., los que son muy equivalentes al promedio general que es de 18,46 puntos. En cuanto al E.Bajo como en varias de las sub-

escalas anteriores, este muestra una diferencia, encontrándonos con una cifra de 17,74 puntos.

Finalmente en la sub-escala de “Espiritualidad”, nos hallamos con los puntajes más bajos obtenidos, en donde el promedio que resulto de las tres escalas es de 12,18 puntos, siendo muy similares, como en varias de las sub-escalas analizadas anteriormente, los puntajes expresados tanto en el colegio E.Medio como en el E.Alto. El promedio que resulto en el establecimiento E.Bajo es de 11,22 puntos, siendo aproximadamente un punto más bajo que el promedio general.

#### 4.5.4 Comparación de promedios obtenidos en las subescalas de Encuesta “Promotora para la Salud de Adolescentes” por colegios.

*Tabla N°14*

Promedio de puntajes obtenido en Subescalas - Escala “Promotora para la Salud de Adolescentes”	Establecimiento					
	E.ALTO	E.MEDIO	E.BAJO	TODOS	PTJE. MIN.	PTJE. MÁX.
Todos los cursos - Clasificación socioeconómica MINEDUC						
Responsabilidad ante la salud	36,42	36,35	35,3	36,05	11	55
Actividad Física	12,22	11,79	11,48	11,86	4	20
Alimentación	21,83	20,27	19,97	20,77	6	30
Perspectiva Positiva de la vida	17,81	17,66	16,85	17,49	6	30
Relaciones Interpersonales	23,56	23,19	20,95	22,73	6	30
Manejo del estrés	15,51	14,96	14,22	14,96	4	20
Espiritualidad	13	12,83	12,16	12,71	3	15

Fuente: elaboración propia

En la tabla anterior podemos apreciar los promedios de los puntajes obtenidos en la Escala “Promotora para la Salud de Adolescentes”, analizados estos según las siete sub-escalas que conforman la encuesta. Además podemos ver el resultado que se obtuvo en cada colegio en donde fue aplicado el instrumento.

En cuanto a la primera sub-escala de “Responsabilidad en Salud”, el promedio general que se obtuvo fue de 36,05 puntos, situación que se refleja de forma similar en los promedios individuales de los colegios E.Medio con una cifra de 36,42 pts. y E.Alto de 36,35 pts., pudiendo inferir que estos establecimientos presentan un mayor compromiso con respecto a su salud. Por otro lado esto se ve levemente disminuido en el E.Bajo, con un promedio de 35,3 puntos.

Con respecto a la segunda sub-escala de “Actividad Física”, el promedio general que se alcanzó fue de 11,86 puntos y en un orden decreciente se detectan los promedios del más alto con 12,22 pts. en el establecimiento E.Alto pasando por el E.Medio y finalmente con el E.Bajo con el promedio más bajo de 11,48 puntos.

La Tercera sub-escala de “Alimentación” obtuvo un promedio total de 20,77 puntos. E.Alto presenta 21,83 puntos destacando por sobre los tres, incluso superando por algunos puntos el promedio general, en cuanto al colegio E.Bajo este presentó un puntaje inferior al promedio total, siendo este de 19,97 puntos.

Al analizar la sub-escala de “Perspectiva positiva de la vida” nos encontramos con que tanto el E.Medio (17,66) como el E.Alto (17,81), presentan valores similares al promedio general de 17,49 puntos. Mientras que el establecimiento E.Bajo (16,85) presenta un promedio bajo el general.

Con respecto a la sub-escala de “Relaciones interpersonales”, el promedio general es de 22,73 pts. Por sobre el promedio total están los colegios E.Alto y E.Medio con 23,56 pts. y 23,19 pts. respectivamente, por su parte el E.Bajo obtuvo un promedio de 20,95, presentando una diferencia marcada en relación a las otras dos entidades.

En dos colegios de los encuestados los promedios que se presentaron en la sub-escala de “Manejo del estrés” son muy similares, el establecimiento E.Medio presenta una cifra de 14,96 pts. y el colegio E.Bajo 14,22 pts., cercanos al promedio general de 14,96 puntos. En cuanto al E.Alto, éste supera al promedio general, encontrándonos con una cifra de 15,51 puntos.

Finalmente en la sub-escala de “Espiritualidad” el promedio general es de 12,71 puntos, siendo muy similares los puntajes expresados tanto en el colegio E.Medio (12,83) como en

el E.Bajo (12,16). El promedio que resulto en el establecimiento E.Alto es de 13 puntos, siendo más alto que el promedio general.

#### 4.5.5 Comparación de promedios obtenidos en las sub escalas de la Encuesta “Estilos de Vida del Adolescente” por sexo.

*Tabla N°15*

Puntuación promedio obtenida en las subescalas de la escala "Estilos de Vida del Adolescente"	Sexo de los encuestados			
	Femenino	Masculino	PTJE. MIN.	PTJE. MAX.
Responsabilidad ante la salud	15,65	14,7	7	28
Actividad física	14,73	18,05	6	24
Alimentación	17,93	18,47	7	28
Perspectiva positiva de la vida	20,07	19,97	6	24
Relaciones interpersonales	19,15	17,91	6	24
Manejo del estrés	18,61	18,32	6	24
Espiritualidad	12,81	11,7	6	24

Fuente: elaboración propia

En la tabla n°15 se observan los promedios de los puntos obtenidos por la población femenina y masculina en las subescalas de la Escala “Estilos de Vida del Adolescente”. De ellos es relevante la diferencia de puntos obtenida por los hombres por sobre las mujeres en la sub escala de actividad física con 18,05 versus 14,73. En todas las otras subescalas los promedios son similares con diferencias no mayores a unos 1,5 puntos.

#### 4.5.6 Comparación de promedios obtenidos en las subescalas de la Encuesta “Promotora para la Salud de Adolescentes” por sexo.

*Tabla N°16*

Puntuación promedio obtenida en las Subescalas - Escala “Promotora para la Salud del Adolescentes”	Sexo de los encuestados			
	Femenino	Masculino	PTJE. MIN.	PTJE. MAX.
Responsabilidad ante la salud	37,02	35,39	11	55
Actividad Física	11,69	12,01	4	20
Alimentación	20,55	20,97	6	30
Perspectiva Positiva de la vida	17,49	17,51	6	30
Relaciones Interpersonales	24,02	21,75	6	30
Manejo del estrés	15,19	14,81	4	20
Espiritualidad	12,81	12,65	3	15

Fuente: elaboración propia

# **CAPITULO V**

## **CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES**

## **5.1.- Conclusiones**

- Los resultados obtenidos en relación a los tipos de familias de los estudiantes en estudio, arrojan que las familias del tipo nuclear biparental representan el porcentaje más alto con un 57 % de la totalidad de los estudiantes, lo que se asemeja al resultado del porcentaje nacional según el CASEN del 2009 58,6%. Este tipo de familia favorecen las relaciones interpersonales entre los integrantes del hogar, lo que sería un factor protector para el desarrollo social de los adolescentes. Cabe señalar que el 68,9% de las familias del establecimiento de nivel socioeconómico alto son nucleares biparentales.
- El colegio de nivel socioeconómico bajo presenta la mayor concentración de familia sin núcleo, con un 11% de su total, versus un 1% de los colegios de estrato socioeconómico medio y alto.
- Se establece una predominancia de padres con estudios superiores completos en el colegio de nivel socioeconómico alto con un 63,6% versus los colegios de nivel socioeconómico medio y bajo 17,1% y 6,5% respectivamente.
- En la escala “Estilos de Vida del Adolescente” nos encontramos con que el colegio de nivel socioeconómico alto obtuvo el mayor promedio con 147,86 puntos, respecto al promedio general de la muestra que fue 119,07 puntos. Paralelo a esto cabe mencionar que los resultados de esta escala en la comparación por sexos, obtiene promedios muy similares entre hombres y mujeres con alrededor de 119 puntos.
- En la escala “Promotora para la Salud de Adolescentes”, el colegio de estrato socioeconómico alto obtiene 151,49 puntos y el promedio general fue de 147,66 puntos. Respecto a la comparación de sexos, las mujeres consiguen mejor promedio que los hombres con 149,29 puntos y ellos 146,85 puntos.
- Al analizar las sub escalas que componen la Encuesta “Estilos de Vida del Adolescente”, nos encontramos con que en “actividad física”, “alimentación”, “perspectiva positiva de la vida”, “manejo del estrés” y “relaciones interpersonales”, el colegio de nivel socioeconómico alto lidera los promedios obtenidos incluso por sobre el promedio general.
- En la sub escala de “responsabilidad en salud” ocurre que tanto el colegio de nivel socioeconómico alto como el medio obtienen promedios muy similares, alrededor de los 15 puntos. Mientras que en la subescala de “espiritualidad” es el colegio de nivel socioeconómico medio quién obtiene la mayor cantidad de puntos promedio con 12,18.

- El colegio de nivel socioeconómico bajo es quien obtiene los menores promedios en los resultados de todas las subescalas de la Encuesta “Estilos de Vida del Adolescente”.
- Al analizar los resultados de las sub escalas de la encuesta “Estilos de Vida del Adolescente” según sexos, destaca que los hombres en la subescala de “actividad física” obtienen un promedio de 18,05 puntos por sobre las mujeres que obtienen 14,73 puntos promedio.
- En el análisis de las subescalas de la Encuesta “Promotora para la Salud de Adolescentes” nos encontramos con que en “actividad física”, “alimentación”, “manejo del estrés” y “espiritualidad” el establecimiento de nivel socioeconómico alto lidera en el promedio de los puntajes, además en las sub escalas de “responsabilidad en salud”, “relaciones interpersonales” y “perspectiva positiva de la vida” es nuevamente éste colegio en conjunto con el de nivel socioeconómico medio quienes lideran los puntajes promedio.
- Por su parte en todas las subescalas de la Encuesta “Promotora para la Salud de Adolescentes” el colegio de estrato socioeconómico bajo presenta los menores promedios.
- En las subescalas de la Encuesta “Promotora para la Salud del Adolescente” al analizar sus promedios por sexo nos encontramos con que relevante la diferencia de puntos obtenida por las mujeres por sobre los hombres en la sub escala de Relaciones Interpersonales con 24,02 versus 21,75 y en la sub escala de Responsabilidad en Salud donde se repite éste fenómeno en que las mujeres destacan por sobre el punto y medio sobre los hombres. En todas las otras subescalas los promedios son similares con diferencias no mayores a 0,5 puntos.

## **5.2.- Sugerencias y Recomendaciones**

### **5.2.1.- Se Sugiere y Recomienda a los Establecimientos Educativos de la Comuna de San Felipe:**

- Implementar actividades educativas para que los estudiantes adquieran conductas de hábitos de vida saludable con el fin de disminuir el porcentaje de enfermedades crónicas no transmisibles desarrolladas en la adultez, que se generan a partir de las conductas establecidas en la adolescencia.
- Que implementen el Programa Elige Vivir Sano con el fin de establecer conductas saludables, considerando que estos lugares son donde los estudiantes se desarrollan la mayor parte del tiempo.

### **5.2.2.- Se Sugiere y Recomienda a los CESFAM:**

- Utilizar estrategias para fortalecer el Programa del Adolescente con el fin de establecer conductas saludables en relación a la responsabilidad en salud de los jóvenes y con ello prevenir enfermedades crónicas no transmisibles posteriores.
- Establecer una relación cercana con las comunidades escolares, con énfasis en adolescentes, para que los jóvenes tengan la confianza de plantear sus inquietudes en relación a conductas de salud, aprovechando estas instancias para que los profesionales de la salud motiven la adquisición de conductas de hábito saludable en este grupo etario.

### **5.2.1.- Se Sugiere y Recomienda a la Universidad de Valparaíso:**

- Utilizar los recursos humanos y técnicos de sus alumnos y profesionales, en pro de realizar actividades promotoras y preventivas en centros educativos, centros de salud, etc, con el fin de establecer conductas de estilo saludable.
- Continuar con investigaciones relacionadas con conductas de estilo de vida saludable en establecimientos educativos, puesto que es la comunidad más vulnerable a establecer conductas de riesgo, como también a adquirir y modificar conocimientos y conductas,

generando cambios en la situación epidemiológica de enfermedades presentes en la edad adulta.

- Que se establezcan nexos permanentes entre los estudiantes de la carrera de Enfermería en práctica y los establecimientos educacionales, con el fin de establecer una retroalimentación asociado a los conocimientos entregados por los estudiantes de enfermería, y la información obtenida de este grupo etario con el fin de fortalecer la realización de intervenciones en relación a las conductas pesquisadas, asociado a conductas de riesgo para la salud, como en el mejoramiento de aquellas conductas a favor de la salud de los adolescentes.

# CAPITULO VI

# BIBLIOGRAFIA

### **Bibliografía**

- 3ra edition *Health Promotion un Nursing Practice*, Pender (1996)
- Becoña, E. Vázquez, F. & Oblitas, L. (2004). “PROMOCIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES”. En Investigación en Detalle Número 5. [En línea]. ALAPSA. Bogotá.
- *Bishop, G. (1994). Health Psychology: Integrating mind and body. Singapore: Allyn y Bacon.*
- C J Caspersen, K E Powell, and G M Christenson. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985 Mar-Apr; 100(2): 126–131.
- C. Navas; H.Villegas,(2007), Espiritualidad y Salud. Saberes Compartidos, N°1-oct-Nov-dic 2007, pág.34-42
- *Caballero, E., Becerra, R. , Hullin, C.(2010) Proceso de enfermería e informática para la gestión del cuidado. Editorial Mediterraneo. Primera edición.*
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986, Canadá.
- *Chen, M. Y., Wang, E. K., Yang, R. J., & Liou, Y. M. (2003). Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. Public Health Nurs, 20(2), 104-110. doi: 20204 [pii]*
- Chiang, R.A. (1997). Psicología Ambiental. Valparaíso: Universidad de Valparaíso-Editorial.)
- E. Barra; R. Cerna; D. Kramm; V. Véliz (2006), *Problemas de salud, estrés, afrontamiento depresión u apoyo social en adolescentes*. Terapia psicológica, 2006, vol 24, N° 1, 55-61
- Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010, Ministerio de Salud, República de Chile. [Http://www.encuestanacionaldesalud.cl](http://www.encuestanacionaldesalud.cl)
- Fernando Vio del R. , Judith Salinas C. PROMOCIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN CHILE: UNA POLÍTICA CON NUEVOS DESAFÍOS. Revista chilena de nutrición. Vol. 33, Suplemento N°1, Octubre 2006.
- Florenzano, E. (1995). Familia y salud de los jóvenes. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Glosario OMS

- González Jiménez, Emilio. “La enfermera en el ámbito escolar: importancia en la prevención y promoción de la salud”. *Enfermería Comunitaria (rev. digital)* 2012, 8(1)
- Guía de alimentación saludable y necesidades nutricionales del adulto, Sonia Olivares e Isabel Zacarías Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos (INTA) U.Chile 1999
- *Hendricks, C., Murdaugh, C., & Pender, N. (2006). The Adolescent Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. J Natl Black Nurses Assoc, 17(2), 1-5.*
- INJUV, 2010
- *Kirscht, J. P. (1983). Preventive health behavior: A review of research and issues. Health Psychology, 2(3), 277-301. doi: 10.1037/0278-6133.2.3.277*
- L. Magaña; M. Zavala; I. Ibarra; M.T. Gómez y M.M. Gómez (2003). *El sentido de la vida en Estudiantes de Primer Semestre de la Universidad de la Salle Bajío.* Revista del Centro de Investigación de la Universidad La Salle (Mex.), 2004, Vol. 6, N°22, 5-13.
- L. Ramos C. (2007). *Tesis doctora: Hábitos, comportamientos y actitudes de los adolescentes inmigrantes sobre nutrición. Recomendaciones Educativas.* Universidad de Granada, Departamento de Didáctica de las Ciencias Experimentales, 2007.
- Lopategui Corsino, E. (2006). *Bienestar y Calidad de Vida.* New Jersey: John Wiley & Sons, 580 pp
- M. Nebot, E. Comín, J. R. Villalbí, C. Murillo. LA ACTIVIDAD FISICA DE LOS ESCOLARES: UN ESTUDIO TRANSVERSAL. *Rev San Hig Púb* 1991; 65: X5-331.
- *Magdaleno, M., Morello, P., & Infante-Espínola, F. (2003). Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública Mex, 45 supl(1), 5132-5139.*
- *Matarazzo, J. (1995). Conducta y salud: integración de la ciencia y la práctica de la psicología y medicina, un siglo después. Psicología contemporánea, 2, 16-31.*
- *McAlister, A. (1981). Social and environmental influences of health behavior. Health Education Quarterly, 8, 25-31.*
- Ministerio de Salud (2011) *Orientaciones Técnicas para el control de Salud Integral de Adolescentes "Control Joven Sano".*

- Molina, H. (2002), Estrategias de Promoción de Salud en la Adolescencia, PUC, Publicación Especial en Curso Salud y Desarrollo del Adolescente.
- Mónica Limia Legrá (2010), Cambio de mentalidad: Responsabilidad de salud, Index Enferm v.19 n.1 Granada ene.-mar. 2010
- Monjas, M.I. (1999). Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas de edad escolar. Madrid: CEPE. Universidad de Valladolid.
- Nebot, E. Comín, J. R. Villalbí, C. Murillo (1991), Revista Española de Salud Pública, Vol. 65. Num. 4.
- Oblitas, L. (2001). *Psicología de la salud. México: Plaza y Valdés.*
- Oblitas, L. (2003). *Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson.*
- Oblitas, L. (2004). *20 enfoques psicoterapéuticos contemporáneos. Bogotá: PSICOM.*
- OPS (2005). IMANServicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington DC, Estados Unidos.
- OPS. (2010). Estrategia y plan de acción regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010–2018.
- Organización Mundial de la Salud . “Promoción de la Salud ,Glosario”. Ginebra.WHO/HPR/HEP/98.1
- Papalia, Diana E. Desarrollo humano. México. McGraw Interamericana, 2007. Ed. 9.
- Pender, N, 4ta edición de *Health Promotion in Nursing Practice 2002*
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2010). *Health Promotion in Nursing Practice (Sixth ed.): Prentice Hall.*
- Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.
- R. Kertész (2010). *Calidad de Vida, Salud y Manejo del Stress.* Rev. Del Instituto de Calidad de Vida y Salud, 2010, Vol. 1, N°1, 7-25.
- Ref. Investigación sobre el sentido, Argos N° 36-2002 pp 31-60
- Revista del Centro de Investigación de la Universidad La Salle (Mex.), 2004, Vol. 6, N°22, 5-13.
- Revista Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 15, No.1, Colombia Enero - junio 2010, págs. 128 – 143).
- *Revista Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 15, No.1, Colombia Enero - junio 2010, págs. 128 – 143.*

- Salinas, J., Cancino, A., Pezoa, S., Salamanca, F., & Soto, M. (2007). *Vida Chile 1998–2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile*. *Rev Panam Salud Publica*, 21(2/3), 136-144.
- Sells, C., & Blum, R. (1996). *Morbidity and mortality among U.S. adolescents: An overview of data and trends*. *Am J Public Health*, 86(4), 513-519.
- Sexta Encuesta Nacional de Juventud 2010, INJUV, Gobierno de Chile
- Smeltzer, S. C. & Bare, B, G, 2005, *Enfermería Medicoquirúrgica*. Editorial McGraw-Hill Iberoamericana
- Trejo, H (2010), *Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo*, en *Enfermería Neurológica* (vol 9 n°1)
- Trejo, H (2010), *Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo*, en *Enfermería Neurológica* (vol 9 n°1)
- Vio, F., Albala, C., & Crovetto, M. (2000). *Promoción de la salud en la transición epidemiológica de Chile*. *Rev Chil Nutr*, 27, 21-27.
- WHO. (2004). *The WHO cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: Findings from 2001-2002*. *J Sch Health* 74, 204-206.
- Y. Pastor, I. Balaguer, M. García Merita, Universidad de Oviedo, *Relaciones entre el autoconocimiento y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio, phisothema*, 2006, volumen18, n° 1, pp 18-24

### **Web grafía**

- <http://www.who.int/es/>
- [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/index.html)
- [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/es/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/index.html)
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>

# CAPITULO VII

## ANEXOS

## ANEXO 1

### Consentimiento Informado

Yo, \_\_\_\_\_,  
RUT \_\_\_\_\_

Padre/Apoderado comprendo lo que implica la participación en el proyecto y consiento en  
que \_\_\_\_\_ mi \_\_\_\_\_ hijo/a

\_\_\_\_\_  
RUT \_\_\_\_\_, curso \_\_\_\_\_, participe del estudio “Conductas de  
Estilo de Vida Saludable en Estudiantes de Enseñanza Media de la Ciudad de San Felipe”.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Apoderado

## INSTRUCTIVO CONSENTIMIENTO INFORMADO

### ¿A quiénes está dirigido este documento?

Este documento de consentimiento informado está dirigido a los padres y/o apoderados de los alumnos que cursan de 1ro a 4to medio de diferentes colegios de la ciudad de San Felipe.

### ¿Cuál es el objetivo de este documento?

Invitar a los padres y/o apoderados a participar en la investigación “*Conductas de Estilos de Vida Saludable en Adolescentes de Colegios de Enseñanza Media en la Ciudad de San Felipe en el año 2012*” que lidera la enfermera guía y el grupo de estudiantes de enfermería de a Universidad de Valparaíso sede San Felipe.

### ¿Cuál es el objetivo de una investigación?

Esta iniciativa busca Evaluar el perfil de conducta relacionadas a la salud del adolescente de estudiantes de 1ro a 4to medio de la ciudad de San Felipe, entendiendo que dicha

información permitiría a los profesionales de área de la salud disponer de evidencia necesaria para el trabajo en colegios y en atención primaria de manera de fomentar conductas saludables incorporando a la familia y la comunidad.

### ¿Dónde y cuándo se realizaran las encuestas? ¿La información recogida es confidencial?

Estas encuestas las realizaremos en el colegio, en el horario de clases, en las salas respectivas, con previa autorización de la dirección del establecimiento. Toda la información será recogida directamente por los investigadores. El establecimiento recibirá un resumen de los datos obtenidos por grupo curso, nunca individual.

### ¿Qué riesgos y beneficios tiene al participar de esta investigación?

Se debe mencionar de manera explícita, que NO existe ningún riesgo para su Hijo el contestar los instrumentos, además de que las calificaciones de su hijo tampoco se verán afectadas por la decisión de participar o no participar. Es importante dejar claro que la

participación es voluntaria y que usted o su hijo no recibirá ningún tipo de beneficio material o económico.

**¿A quién recurre si tiene más dudas?**

Si tiene algunas otras preguntas sobre este proceso y/o si en cualquier momento del estudio le surgen dudas sobre los derechos de su hijo/a como participante de la investigación, se puede contactar con la enfermera Esterbina Olivares, al teléfono 81390186 o al e-mail: [eolivaresv@yahoo.com](mailto:eolivaresv@yahoo.com).

## ANEXO 2

### Asentimiento

“Conductas de estilos de Vida de Saludables en Adolescentes de Colegios de Enseñanza Media en la Ciudad de San Felipe en el año 2012”.

Yo, \_\_\_\_\_,  
alumno, de \_\_\_\_\_ de enseñanza media, del  
colegio \_\_\_\_\_, entiendo que la investigación consiste en  
contestar un cuestionario para estudiar el perfil de conductas relacionadas con estilos de  
vida saludables de estudiantes de 1° a 4° Medio de la ciudad de San Felipe. Sé que puedo  
elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He  
leído esta información y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer  
preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo.  
Yo, asiento en participar en este estudio.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Investigador:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha:        /        /2012

### ANEXO 3

#### Carta Autorización Directores Establecimientos

San Felipe, 27 Abril 2012.

A: Sr/a Director de Colegio  
De: Profesora, María Angélica Colvin C.  
Secretaria Académica, Carrera de Enfermería.  
Campus San Felipe, Universidad de Valparaíso.

Estimada Sr/a Director/a:

Luego de saludarla, me dirijo a usted para informarle que un grupo de estudiantes de la Carrera de Enfermería que se encuentran cursando el 4º año de la carrera, están desarrollando un Seminario de Tesis, que les permitirá optar al grado de Licenciado de la Carrera de Enfermería.

La presente, además de informarle lo señalado, es para **solicitar su autorización** para poder realizar dicha investigación en escolares de enseñanza media que asisten a ese establecimiento educacional. Dicha investigación se realizará dentro del primer semestre y hasta el mes de agosto del presente año aproximadamente.

Si Ud. tiene a bien acoger esta petición, le solicitamos enviar un oficio con la autorización respectiva, a la investigadora responsable para agregarla como antecedente en el Proyecto del Estudio que se envía al Comité de Ética del Servicio de Salud Aconcagua.

**Tema de tesis:** “Conductas de Estilo de Vida Saludable en Adolescentes de Enseñanza Media de Colegios de la Ciudad de San Felipe en el año 2012”.

**Investigadora responsable:** Profesora, Esterbina Olivares Vergara.

**Estudiantes tesistas que realizarán el estudio:**

Paulina Isabel Arenas Jofré	17.353.722-0
Daniela Patricia Contreras Moya	16.656.370-4
María Ignacia García Ovalle	15.996.250-4
Karina Bernarda Huerta Otárola	15.763.582-4
Javiera Paulina Lueiza Quezada	17.300.543-1
Cristina Andrea Peña Sandoval	17.300.864-3
Eduardo Franco Valdebenito Santander	16.577.429-9
Christa Valentina Zúñiga Vicuña	16.653.090-3

Agradecida de su colaboración,  
Saluda Atentamente:

**Profesora, María Angélica Colvin C.**  
**Secretaria Académica**  
**Carrera de Enfermería**

## ANEXO 4

### Encuesta Características Socio-demográficas del Adolescente.

1.-Indicar fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

2.- ¿Cuál es tu sexo? Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

3.- ¿Cuál es tu religión? (Marque con una X según corresponda)

a) Católico \_\_\_\_\_

b) Cristiano \_\_\_\_\_

c) Mormón \_\_\_\_\_

c) Evangélico \_\_\_\_\_

d) Testigo de Jehová \_\_\_\_\_

e) Otros ¿Cuál? \_\_\_\_\_

4.-Sin contarte a ti ¿Cuántas personas viven contigo? \_\_\_\_\_

¿Quiénes son? (Responde con un “SI” si estos familiares viven contigo, y con un “NO” si no lo hace. Para el caso que corresponda, indica el número de familiares)

	Sí	No	¿Cuántos?
b) Mi madre			
c) Mi padre			
d) Mis tías y/o tíos			e) ¿Cuántos?
f) Mis primos y/o primas			g) ¿Cuántas?
h) Mi(s) hermana(s) o hermano (s)			i) ¿Cuántas?
j) Mi(s) abuelo(s) y/o abuela(s)			k) ¿Cuántas?
l) Con otras personas que no están en la lista y no son			m) ¿Cuántas?

familiares			
------------	--	--	--

5.- Entre tus hermanos ¿Qué lugar ocupas? (Marque con una X según corresponda)

- a) Primero \_\_\_\_\_
- b) Segundo \_\_\_\_\_
- c) Tercero \_\_\_\_\_
- d) Cuarto \_\_\_\_\_
- e) Quinto \_\_\_\_\_
- f) Otro lugar \_\_\_\_\_
- g) Hijo único \_\_\_\_\_

6.- ¿Cuál fue el último grado escolar completado por tu padre o apoderado masculino?  
(Marque con una X según corresponda)?

- a) Ninguna \_\_\_\_\_
- b) Básica incompleta \_\_\_\_\_
- c) Básica completa \_\_\_\_\_
- d) Media incompleta \_\_\_\_\_
- e) Media completa \_\_\_\_\_
- f) Estudios superiores incompletos \_\_\_\_\_
- g) Estudios superiores completos \_\_\_\_\_
- h) No se \_\_\_\_\_
- i) Otros estudios \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

7.- ¿Cuál fue el último grado escolar completado por tu madre o apoderada femenina?  
(Marque con una X según corresponda)?

- a) Ninguna \_\_\_\_\_
- b) Básica incompleta \_\_\_\_\_
- c) Básica completa \_\_\_\_\_
- d) Media incompleta \_\_\_\_\_
- e) Media completa \_\_\_\_\_
- f) Estudios superiores incompletos \_\_\_\_\_
- g) Estudios superiores completos \_\_\_\_\_
- h) No se \_\_\_\_\_
- i) Otros estudios \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

8.- ¿En qué curso estas? (Marque con una X según corresponda)

- a) Primero medio \_\_\_\_\_
- b) Segundo medio \_\_\_\_\_
- c) Tercero medio \_\_\_\_\_
- d) Cuarto medio \_\_\_\_\_

9.-Existe alguna de estas enfermedades en tu familia (Marque con una X según corresponda)

- a) Diabetes \_\_\_\_\_
- b) Hipertensión \_\_\_\_\_
- c) Otros \_\_\_\_\_
- d) Lo desconoce \_\_\_\_\_

10.-Si alguno de tus padres tiene alguna de las enfermedades nombradas anteriormente responde:

¿Asiste a control de su enfermedad? (Marque con una X según corresponda)

a) Si asiste \_\_\_\_\_

b) No asiste \_\_\_\_\_

c) Lo desconoce \_\_\_\_\_

11.- Lugar de residencia. (Marque con una X según corresponda)

a) Urbano \_\_\_\_\_

b) Rural \_\_\_\_\_

12.- ¿Hace cuánto que vive en aquel lugar? (Marque con una X según corresponda)

a) Menos de 1 año \_\_\_\_\_

b) 1 a 4 años \_\_\_\_\_

c) 5 a 9 años \_\_\_\_\_

c) Mas de 10 años \_\_\_\_\_

### **Instructivo Encuesta Sociodemográfica del Adolescente**

- 3.- En esta pregunta se refiere a que respondas cual es la fe que tú prácticas.
- 4.- En esta pregunta queremos saber el número de tu familia sin incluirte dentro de ella, además de saber quiénes son los que pertenecen a esta familia especificando en el número de ellas ( por ejemplo si vives con tus hermanos cuantos tienes).
- 5.- Con esta pregunta queremos saber qué lugar entre tus hermanos ocupas de acuerdo al orden de nacimiento. Si tu respuesta no está dentro de las alternativas marque la opción “otro lugar”, y si no tiene hermano marque la opción “hijo único”.
- 6.- Se refiere hasta que tipo de enseñanza llego tu padre (por ejemplo de séptimo hacia abajo corresponde a básica incompleta, si termino octavo es básica completa. De tercero medio hacia abajo es media incompleta, si termino cuarto medio es media completa).
- 7.- Se refiere hasta que tipo de enseñanza llego tu madre (por ejemplo de séptimo hacia abajo corresponde a básica incompleta, si termino octavo es básica completa. De tercero medio hacia abajo es media incompleta, si termino cuarto medio es media completa).
- 8.- Cual es el curso en que estas en este momento.
- 9.- Con esta pregunta queremos saber si algún integrante de tu grupo familiar posee alguna enfermedad crónica tales como las que mencionamos en el cuestionario. Si posee alguna que no está especificada escribe en la letra C especificando cual es.
- 10.- Con esta pregunta queremos saber si asiste a algún médico para mantener en control su enfermedad.
- 11.- Con esto queremos saber si tu casa se ubica en la ciudad o en el campo.
- 12.- En esta pregunta queremos saber hace cuánto tiempo vives en el campo o en la ciudad (por ejemplo si vives hace ocho años debes marcar la alternativa C que va entre 5 a 9 años).

**ANEXO 5**

**Escala Promotora para la Salud de Adolescentes.**

**Instrucciones:**

Este cuestionario contiene oraciones respecto a tu manera de vida y tus hábitos personales. Por favor responde a cada oración de la forma que más refleje tu manera de vida, y trata de no dejar ninguna pregunta en blanco.

Por favor rellena el cuadrado con la opción que refleje mejor lo que has hecho este año.

Item	10%	25%	50%	75%	100%
	Nunca	A veces	La mitad de las veces	A menudo	Siempre
1. Como tres comidas diarias					
2. Escojo alimentos que contienen poca grasa					
3. Incluyo fibra en mi dieta (por ejemplo, frutas y verduras)					
4. Bebo, al menos, 1.5L de agua al día (o cerca de 6 a 8 tazas)					
5. Cada comida incluye los cinco grupos alimenticios (harinas, lácteos, carnes, frutas y verduras)					
6. Tomo desayuno todos los días					
7. Expreso mi punto de vista y comparto mis sentimientos con otros					
8. Me preocupo por los demás.					
9. Hablo de mis preocupaciones con otras personas.					
10. Intento sonreír o reír a diario.					
11. Me gusta mantenerme en contacto con mis familiares					
12. Trato de tener buenas amistades.					
13. Hablo de mis problemas con otros.					
14. Leo las etiquetas del contenido de productos antes comprar					
15. Cuido mi peso					
16. Hablo acerca de cuestiones de salud con mi doctor o enfermera					
17. Observo con detención mi cuerpo al menos 1 vez al mes					
18. Me lavo los dientes y uso hilo dental después de cada comida					
19. Me lavo las manos antes de comer.					
20. Leo información sobre la salud.					

21. Trato de escoger comidas sin preservantes o aditivos					
22. Trato de quererme a mi mismo(a).					
23. Trato de sentirme feliz y contento(a).					
24. Casi siempre tengo una manera de pensar positiva.					
25. Intento comprender mis fortalezas y debilidades y las acepto					
26. Hago el esfuerzo de corregir mis defectos.					
27. Hago el intento de saber qué es importante para mi.					
28. Hago el esfuerzo por sentirme una persona interesante y motivada diariamente					
29. Hago el esfuerzo por creer que mi vida tiene sentido.					
30. Hago ejercicios para estirarme diariamente (ejercicios de elongación)					
31. Hago ejercicio vigorosamente por al menos 30 minutos, 3 veces al día					
32. Tengo clases de acondicionamiento físico en la escuela, todas las semanas (Clases de Educación Física)					
33. Hago calentamiento (o pre-calentamiento) antes de hacer un ejercicio físico exigente.					
34. Trato de sentarme y pararme derecho(a) (Trato de tener una buena postura)					
35. Trato de tener tiempo para relajarme.					
36. Trato de encontrar la causa de mi estrés.					
37. Hago un esfuerzo en observar mis cambios emocionales					
38. Duermo 6-8 horas cada noche					
39. Programo mis horarios y fijo mis prioridades.					
40. Trato de no perder el control cuando me suceden cosas que parecen injustas					

**ANEXO 6**

**Estilos de Vida del Adolescente.**

Instrucciones: Piensa cuidadosamente sobre cada una de las siguientes afirmaciones y dinos cuan frecuentemente tu tienes esta conducta marcando con una “X”: 1 (si es Nunca), 2 (se es A veces), 3 (si es frecuentemente) y 4 (si es Siempre).

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. Pasas tiempo conversando con otros miembros de tu familia	1	2	3	4
2. Pasa tiempo con tu familia en actividades tales como: caminar, jugar, etc.	1	2	3	4
3. Busco al orientador <sup>1</sup> del colegio o voy al doctor si no me siento bien	1	2	3	4
4. Hago alguna actividad física que requiera esfuerzo por 20 minutos o más, 3 días a la semana (futbol, atletismo, aeróbica, ciclismo, natación)	1	2	3	4
5. Logro dormir entre 6 a 8 horas en las noches	1	2	3	4
6. Felicito a otros cuando hacen algo bien	1	2	3	4
7. Evito comer “dulces” u otro alimentos con mucha azúcar	1	2	3	4
8. Leo sobre temas de salud	1	2	3	4
9. Converso con otros sobre mis creencias espirituales	1	2	3	4
10. Elijo productos lácteos con poca grasa (descremados o semi-descremados)	1	2	3	4
11. Me dejo un tiempo de relajó cada día	1	2	3	4
12. Trato de ser receptivo a los sentimientos de otros	1	2	3	4
13. Tomo desayuno	1	2	3	4
14. Les hago preguntas al doctor o a la enfermera si es que no he entendido alguna instrucción	1	2	3	4
15. Siento que hay algo superior que guía mi vida	1	2	3	4

<sup>1</sup> Podría ser la psicóloga del colegio.

16. Participo de deportes y actividades de recreación	1	2	3	4
17. Acepto cosas de mi vida que no puedo cambiar	1	2	3	4
18. Me atrae el futuro	1	2	3	4
19. Paso tiempo con mis amigos	1	2	3	4
20. Asisto a un grupo que comparte mis creencias espirituales	1	2	3	4
21. Como 2 a 4 porciones de frutas al día	1	2	3	4
22. Asisto a actividades de prevención de problemas de salud (y que mejoren mi vida)	1	2	3	4
23. Me siento feliz de como soy	1	2	3	4
24. Como 3 a 5 porciones de verduras cada día	1	2	3	4
25. Me doy el tiempo para hacer algo que me gusta	1	2	3	4
26. Trabajo o me esfuerzo para conseguir cosas importantes en mi vida	1	2	3	4
27. Camino o hago alguna actividad física en mi tiempo libre	1	2	3	4
28. Espero confiado cada día <sup>2</sup>	1	2	3	4
29. Me involucro en actividades que me ayudan a crecer espiritualmente	1	2	3	4
30. Como distintos tipos de carnes (pollo, pescado, carnes rojas, cerdo)	1	2	3	4
31. Soluciono los conflictos conversando más que peleando	1	2	3	4
32. Juego con mis amigos juegos que requieran esfuerzo (futbol, tenis, basquetbol, etc.)	1	2	3	4
33. Pido ayuda al orientador del colegio cuando lo necesito <sup>3</sup>	1	2	3	4
34. Le pregunto a doctores o enfermeras de cómo mejorar mi salud	1	2	3	4
35. Paso tiempo rezando o meditando	1	2	3	4
36. Trato de pensar en cosas agradables antes de dormir	1	2	3	4
37. Me esfuerzo por ayudar a otros	1	2	3	4
38. Me pongo metas que puedo alcanzar	1	2	3	4
39. Me siento bien cuando hago algo bien	1	2	3	4
40. Hago actividad física de tal forma de hacer trabajar a mi corazón y transpirar	1	2	3	4
41. Uso mis creencias espirituales para guíame en lo que hago	1	2	3	4
42. Bebo 6 o más vasos de agua cada día	1	2	3	4
43. Converso con alguien cercano mis problemas para resolverlos	1	2	3	4

<sup>2</sup> Literalmente “Espero cada nuevo día”, tienen una connotación positiva.

<sup>3</sup> Se correlaciona mucho con afirmación N°3.

44. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud (como fumar, usar drogas, beber, etc.)	1	2	3	4
--	---	---	---	---

### **Instructivo Encuesta**

Interpretación

Perfil de Estilos de vida de los Adolescentes (ALP) - form R2.

Instrucción de respuestas: cada pregunta se responderá de la siguiente manera

Nunca = 1.

A veces = 2.

Frecuentemente = 3.

Siempre = 4.

Las preguntas se clasificarán según los siguientes ítems:

- Estilos de vida adolescente: Desde la pregunta 1 a 44.
  - Responsabilidad ante la Salud: 3, 8, 14, 22, 33, 34,44.
3. Busco al orientador del colegio o voy al doctor si no me siento bien.
8. Leo sobre temas de salud.
14. Les hago preguntas al doctor o a la enfermera si es que no he entendido alguna instrucción.
22. Asisto a actividades de prevención de problemas de salud (y que mejoren mi vida).
33. Pido ayuda al orientador del colegio cuando lo necesito.
34. Le pregunto a doctores o enfermeras de cómo mejorar mi salud.
44. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud (como fumar, usar drogas, beber, etc.).
- Actividad Física: 2, 4, 16, 27, 32, 40.
2. Pasa tiempo con tu familia en actividades tales como: caminar, jugar, etc.

4. Hago alguna actividad física que requiera esfuerzo por 20 minutos o más, 3 días a la semana (fútbol, atletismo, aeróbica, ciclismo, natación).

16. Participo de deportes y actividades de recreación.

27. Camino o hago alguna actividad física en mi tiempo libre.

32. Juego con mis amigos juegos que requieran esfuerzo (fútbol, tenis, basquetbol, etc.).

40. Hago actividad física de tal forma de hacer trabajar a mi corazón y transpirar.

- Alimentación: 7, 10, 13, 21, 24, 30, 42.

7. Evito comer “dulces” u otro alimentos con mucha azúcar.

10. Elijo productos lácteos con poca grasa (descremados o semi-descremados).

13. Tomo desayuno.

21. Como 2 a 4 porciones de frutas al día.

24. Como 3 a 5 porciones de verduras cada día.

30. Como distintos tipos de carnes (pollo, pescado, carnes rojas, cerdo).

42. Bebo 6 o más vasos de agua cada día.

- Perspectiva positiva de la vida: 18, 23, 26, 28, 38, 39.

18. Me atrae el futuro.

23. Me siento feliz de como soy.

26. Trabajo o me esfuerzo para conseguir cosas importantes en mi vida.

28. Espero confiado cada día.

38. Me pongo metas que puedo alcanzar.

39. Me siento bien cuando hago algo bien.

- Relaciones interpersonales: 1, 6, 12, 19, 31, 37.

1. Pasas tiempo conversando con otros miembros de tu familia.

6. Felicito a otros cuando hacen algo bien.
12. Trato de ser receptivo a los sentimientos de otros.
19. Paso tiempo con mis amigos.
31. Soluciono los conflictos conversando más que peleando.
37. Me esfuerzo por ayudar a otros.
  - Manejo del estrés: 5, 11, 17, 25, 36, 43.
5. Logro dormir entre 6 a 8 horas en las noches.
11. Me dejo un tiempo de relajación cada día.
17. Acepto cosas de mi vida que no puedo cambiar.
25. Me doy el tiempo para hacer algo que me gusta.
36. Trato de pensar en cosas agradables antes de dormir.
43. Converso con alguien cercano mis problemas para resolverlos.
  - Espiritualidad: 9, 15, 20, 29, 35, 41.
9. Converso con otros sobre mis creencias espirituales.
15. Siento que hay algo superior que guía mi vida.
20. Asisto a un grupo que comparte mis creencias espirituales.
29. Me involucro en actividades que me ayudan a crecer espiritualmente.
35. Paso tiempo rezando o meditando.
41. Uso mis creencias espirituales para guíame en lo que hago.