



Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería y Obstetricia  
Carrera de Enfermería

**“CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO Y FACTORES PERSONALES Y  
FAMILIARES EN ESCOLARES DE 13 A 18 AÑOS”**

Seminario tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería.

Autores: Darian Clemente Nápoles.  
Constanza Gherardelli Morales.  
Daniela Grollmus Dueñas.  
Daniela Meza Yáñez.  
Francesca Patrone Garelli.

Docentes Guía: Cecilia Jara Cortés.  
Nidia Núñez Alvarado.

Valparaíso, Chile  
2009

## **AGRADECIMIENTOS**

*Queremos dar nuestros más sinceros agradecimientos a todos aquellos que aportaron en el desarrollo de nuestro estudio, comenzando por las Docentes Cecilia Jara y Nidia Núñez, quienes con su experiencia y dedicación nos guiaron en todo momento, brindándonos las herramientas y el apoyo necesario para llevarlo a cabo; a las Corporaciones Municipales, especialmente a sus Direcciones de educación, de las Comunas de Quilpué y Villa Alemana, por facilitarnos el acceso a los establecimientos educacionales; a las directivas de dichos establecimientos, por acceder a participar en nuestro estudio; y especialmente a los escolares, quienes con ganas y sin solicitar nada a cambio, han sido el centro de nuestro trabajo.*

*Por último, pero no menos importante, queremos agradecer a nuestras familias y amigos, por el apoyo incondicional otorgado durante nuestro desarrollo académico, sin el cual, todo esto no hubiese sido posible.*

## ÍNDICE DE MATERIAS

	PÁGINAS
1.1. Agradecimientos	I
1.2. Índice de materias	II
1.3. Índice de gráficos	V
1.4. Índice de tablas	VII
 <b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	
2.1. Introducción	1
2.2. Delimitación del problema	3
2.3. Definición de términos	3
2.4. Limitaciones del estudio	4
 <b>CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL</b>	
3.1. Marco teórico	5
3.2. Objetivos generales	31
3.3. Objetivos específicos	31
3.4. Definición y operacionalización de variables	33
 <b>CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA</b>	
4.1. Tipo de diseño de investigación	48
4.1.1. Organización del trabajo en grupo	48
4.1.2. Revisión bibliográfica	48
4.2. Definición del universo	49
4.3. Diseño muestral	49
4.4. Método de recolección de datos	50

4.4.1. Descripción del instrumento	50
4.4.2. Estudio de confiabilidad del instrumento	51
4.5. Método de procesamiento y análisis de datos	52
4.5.1. Vaciamiento de datos	52
4.5.2. Criterios para análisis de la información	52
4.6. Organización del trabajo en terreno	53

#### **CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y PRESENTACIÓN EN GRÁFICOS.**

5.1. Antecedentes de la muestra	54
5.2. Satisfacción de necesidades	57
5.3. Satisfacción de necesidades según algunos factores de los escolares del estudio	59
5.4. Conductas de riesgo	61
5.5. Conductas de riesgo según algunos factores de los escolares del estudio	69
5.6. Autocuidado	73

#### **CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN, RESUMEN Y RECOMENDACIONES**

6.1. Conclusiones	76
6.2. Recomendaciones	78
6.3. Resumen	79

#### **PÁGINAS COMPLEMENTARIAS**

7.1. Referencias bibliográficas	80
7.2. Bibliografía general	82
7.3. Apéndice	87
7.3.1. Anexo 1: Consentimiento informado apoderado	87

7.3.2. Anexo 2: Consentimiento informado alumno	88
7.3.3. Anexo 3: Instructivo del instrumento	89
7.3.4. Anexo 4: Instrumento	92
7.3.5. Anexo 5: Ampliación criterios de análisis	103
7.3.6. Anexo 6: Tabla de puntajes de nivel de autocuidado	105

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁGINAS
<b>Gráfico N° 1.</b> Distribución de los escolares por establecimiento educacional	54
<b>Gráfico N° 2.</b> Distribución de los escolares por tipo de establecimiento	54
<b>Gráfico N° 3.</b> Distribución de los escolares por curso	55
<b>Gráfico N° 4.</b> Distribución por edad de los escolares	55
<b>Gráfico N° 5.</b> Distribución de los escolares por sexo	56
<b>Gráfico N° 6.</b> Distribución de los escolares por tipo de familia	56
<b>Gráfico N° 7.</b> Nivel de satisfacción de la necesidad de alimentación en los 220 escolares del estudio	57
<b>Gráfico N° 8.</b> Nivel de satisfacción de la necesidad de actividad física	58
<b>Gráfico N° 9.</b> Nivel de satisfacción de la necesidad de recreación	58
<b>Gráfico N° 10.</b> Nivel de riesgo en la conducta de consumo de tabaco	61
<b>Gráfico N° 11.</b> Edad de inicio en el consumo de tabaco	62
<b>Gráfico N° 12.</b> Número de cigarrillos que consumen los escolares diariamente	62
<b>Gráfico N° 13.</b> Nivel de riesgo en la conducta de consumo de alcohol	63
<b>Gráfico N° 14.</b> Edad de inicio en el consumo de alcohol	63
<b>Gráfico N° 15.</b> Número de vasos de alcohol que consumen habitualmente los escolares	64
<b>Gráfico N° 16.</b> Nivel de riesgo en la conducta de consumo de drogas	65
<b>Gráfico N° 17.</b> Edad de inicio en el consumo de drogas	65

<b>Gráfico N° 18.</b>	Nivel de riesgo en la conducta de relaciones sexuales precoces	66
<b>Gráfico N° 19.</b>	Edad de inicio en las relaciones sexuales precoces	67
<b>Gráfico N° 20.</b>	Distribución según frecuencia de la toma de precauciones en las relaciones sexuales	67
<b>Gráfico N° 21.</b>	Distribución según las cuatro conductas de riesgo presentes en los escolares	68
<b>Gráfico N° 22.</b>	Presencia de tres conductas de riesgo de consumo en las familias de los escolares	68
<b>Gráfico N° 23.</b>	Nivel de autocuidado en los escolares	69
<b>Gráfico N° 24.</b>	Nivel de autocuidado de los escolares según sexo	69
<b>Gráfico N° 25.</b>	Nivel de autocuidado de los escolares según edad	70
<b>Gráfico N° 26.</b>	Nivel de autocuidado de los escolares según tipo de familia	70
<b>Gráfico N° 27.</b>	Nivel de autocuidado de los escolares según tipo de establecimiento educacional	71

## ÍNDICE DE TABLAS

	PÁGINAS
<b>Tabla N° 1:</b> Distribución de escolares de la muestra según colegio y sexo	50
<b>Tabla N° 2:</b> Nivel de satisfacción de la necesidad de alimentación en los escolares según tipo de establecimiento	59
<b>Tabla N° 3:</b> Nivel de satisfacción de la necesidad de actividad física en los escolares según sexo	59
<b>Tabla N° 4:</b> Nivel de satisfacción de la necesidad de recreación en los escolares según sexo	60
<b>Tabla N° 5:</b> Nivel de riesgo en la conducta de consumo de tabaco en escolares según edad	69
<b>Tabla N° 6:</b> Nivel riesgo en la conducta de consumo de tabaco en escolares según tipo de establecimiento	69
<b>Tabla N° 7:</b> Nivel de riesgo en la conducta de consumo de alcohol en escolares según sexo	70
<b>Tabla N° 8:</b> Nivel de riesgo en la conducta de consumo de alcohol en escolares según tipo de establecimiento	70
<b>Tabla N° 9:</b> Nivel de riesgo en la conducta de consumo de drogas en escolares según sexo	71
<b>Tabla N° 10:</b> Nivel de riesgo en la conducta de consumo de drogas en escolares según tipo de establecimiento	71
<b>Tabla N° 11:</b> Nivel de de riesgo en la conducta de sexualidad precoz en escolares según tipo de establecimientos	72

# **CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN**

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa que se inicia entre los 10 a 12 años y finaliza entre los 18 a 20 años, comprende una gran cantidad de cambios, los cuales abarcan toda la esfera biosicosocial del individuo. Al abordar esta nueva etapa, el escolar enfrenta una crisis normativa, en la cual debe desarrollar su autonomía y su identidad personal. Por ser una etapa de cambios, él deberá tomar una gran cantidad de decisiones en este momento, muchas de las cuales lo acompañarán para toda la vida.

Dorothea Orem define el autocuidado como acciones dirigidas a uno mismo o al ambiente con el fin de regular el propio funcionamiento en los intereses de su propia vida, funcionamiento integrado y bienestar. Autocuidado significa cuidado ejecutado por uno mismo y para uno mismo, esto se logra cuando se ha alcanzado un estado de madurez que permite desarrollar acciones consistentes, controladas, efectivas y con un propósito, las cuales están encaminadas a permanecer sano.

La forma como el hombre satisface sus necesidades de autocuidado, corresponde a una conducta autoaprendida y la familia es la principal educadora en este aspecto. Es en ella donde los niños aprenden los valores, las creencias, normas de vida y la forma de valerse por sí mismos, siendo trascendental que en esta etapa, el adolescente incorpore el autocuidado como parte de su vida diaria, ya que de esta manera, logrará llevar una vida más sana y por lo tanto, tener niveles de salud más elevados tanto para esta etapa de vida, como para las posteriores.

Para que el escolar adquiriera niveles adecuados de autocuidado, deberá satisfacer sus necesidades de manera óptima, y también, deberá aprender a evitar conductas riesgosas.

En la presente investigación se estudiará la conducta de autocuidado en escolares adolescentes y para ello se investigará como éstos satisfacen las necesidades básicas de alimentación, actividad física y recreación, las cuales han sido elegidas por los alumnos

tesistas debido a los antecedentes que indican que el adolescente está enfrentando la satisfacción de ellas en forma poco saludable, viéndose reflejado en las cifras que señalan la problemática de salud del escolar en obesidad y otros trastornos alimentarios, además de la sedentariedad.

El sobrepeso y obesidad en Chile, presentan una prevalencia de 17% en escolares de 1° Básico y asciende a un 25% en los adultos y adultos mayores. Además según la II encuesta de calidad de vida y salud en Chile del año 2006, el 89,2% de la población realiza actividad física menos de 3 veces por semana o no realiza deporte dentro del mes.

Además se indagará en algunas conductas riesgosas en las cuales los escolares pueden estar incurriendo, específicamente consumo de tabaco, alcohol, drogas y relaciones sexuales precoces, las cuales fueron elegidas debido a las cifras del Séptimo Estudio Nacional de Drogas en la población escolar en Chile, desde 8° Básico a 4° Medio, realizado por el CONACE en el año 2007, donde la edad de inicio de consumo de tabaco y alcohol corresponde a los 13 años, con una prevalencia en el consumo de alcohol de 38%, este mismo estudio muestra que se ha mantenido el consumo de marihuana de un 15,7%. En cuanto a las relaciones sexuales precoces, según el Instituto Nacional de la Juventud, el 32,5% de los adolescentes se declara activo sexualmente entre los 15 y 19 años.

Por último, se identificarán algunos factores personales y familiares de los escolares y cómo éstos están presentes en la satisfacción de sus necesidades y la exposición a conductas de riesgo.

Se espera los hallazgos del presente estudio puedan constituir un aporte para una mejor atención del escolar adolescente por parte del profesional enfermero, otros profesionales de la salud, de los educadores y de su familia.

## **DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

Conductas de autocuidado y factores personales y familiares en escolares de 13 a 18 años de establecimientos educacionales particulares subvencionados y municipalizados con jornada escolar completa de las comunas de Quilpué y Villa Alemana en Septiembre y Octubre de 2009.

## **DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

- **Conductas de autocuidado:** Con base en la teoría de Dorothea Orem, en este estudio están referidas al Autocuidado Universal: satisfacción de necesidades y la prevención de peligros para la vida. Se consideran las conductas del adolescente para satisfacer las necesidades de alimentación, actividad física y recreación; asimismo, su comportamiento relacionado con conductas de riesgo: consumo de tabaco, alcohol, drogas e inicio de relaciones sexuales precoces.
- **Escolares:** Adolescentes entre 13 a 18 años, de ambos sexos, que cursan entre 8° Básico y 1° a 3° Medio.
- **Factores personales del adolescente:** Se refiere a edad y sexo del adolescente.
- **Factores familiares:** Tipo de familia y presencia de las conductas de riesgo en la familia con que vive el adolescente.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

### **Etapa de diseño:**

- Escasas investigaciones sobre el autocuidado en los escolares.
- Dificultad en la coordinación horaria entre los integrantes del seminario tesis, debido a carga académica y rotación de prácticos.
- Dificultad en la operacionalización de las variables y confección de las preguntas del instrumento debido complejidad de los aspectos que abarca el estudio.

### **Etapa de ejecución:**

- Demora en autorizaciones por parte de las Corporaciones de las Municipalidades de Quilpué y Villa Alemana para la aplicación de instrumentos en los establecimientos educacionales.
- Paro nacional de profesores en establecimientos educacionales municipalizados.
- Necesidad de eliminar gran cantidad de instrumentos durante la revisión de los mismos, debido a la escasa comprensión lectora de los escolares.
- El estudio había considerado a los escolares desde 7° Básico, lo que debió modificarse debido a autorización de un Colegio condicionada a escolares mayores.
- Escasa disponibilidad horaria de los integrantes del seminario tesis para recolectar y analizar datos, debido a carga académica y rotación de prácticos.

**CAPÍTULO 2:**  
**MARCO CONCEPTUAL**

## **MARCO TEÓRICO**

### **1. El adolescente**

La adolescencia es una etapa de vida de grandes cambios, que comienza entre los 10 a 12 años y finaliza entre los 18 a 20 años. Es un periodo de transición, en el que el niño se transforma en un individuo maduro en diversos aspectos, como en lo sexual, físico, psicológico y social. En la pubertad afloran las características sexuales secundarias, se produce el estirón puberal y se adquiere la capacidad de reproducción. Este periodo de vida tiene gran variabilidad individual, tanto en edad como en el inicio de su evolución, teniendo directa relación: los factores genéticos combinados con el medio ambiente que los rodea.

#### **1.1. Crecimiento y características físicas**

Durante la adolescencia hay un nuevo patrón de secreción hormonal, determinado por la acción del sistema nervioso central. Este fenómeno orgánico, se conoce como pubertad, periodo que se caracteriza por un “crecimiento acelerado, ya que ocurre el último 20 a 25% de aumento de la estatura; en promedio son de 10 a 30 cms. en varones y de 5 a 20cms. en mujeres; el peso aumenta en promedio de 7 a 30 kg. en varones y de 7 a 25 kg. En mujeres”. (1)

En esta etapa de vida, se producen diferencias evidentes con respecto al crecimiento y la distribución corporal entre uno y otro sexo. El crecimiento del esqueleto se interrumpe en las mujeres entre los 16 y 17 años, y en los varones, ocurre entre los 18 o 20 años. Esto se debe al potente efecto que tienen los estrógenos en comparación con los de la testosterona. La masa muscular es mayor en varones debido al efecto de los andrógenos, y el incremento de la fuerza y resistencia es mayor en varones. El tejido adiposo, se deposita en ciertos lugares, dando la forma característica del contorno

corporal según género. En cuanto a la piel y fanéreos, crecen en conjunto con un aumento de la sudoración y de la actividad de las glándulas sebáceas. Esto, es muy importante en la patogenia del acné. El vello aumenta de textura y cambia en cuanto a la distribución. Se producen también, cambios en el sistema cardiovascular y respiratorio, los cuales adquieren las características de los sistemas del adulto.

Durante la pubertad, ocurre la maduración sexual, que corresponde al “conjunto de transformaciones morfológicas y fisiológicas que se inician con la aparición de las características sexuales secundarias, y que culminan en un cuerpo adulto con capacidad de procrear”. (2)

Generalmente, la primera manifestación de pubertad, en las niñas, es la aparición del brote mamario, seguida por la aparición del vello púbico. La menarquia, se presenta, aproximadamente, dos años después de la aparición de los primeros signos de pubertad y ocurre entre los 10 y 15 años. El proceso completo de maduración sexual varía entre 1 a 6 años.

En el varón el inicio de la maduración sexual se manifiesta con el crecimiento de los testículos, los cuales alcanzan su tamaño adulto al cabo de 2 a 5 años. Luego del crecimiento de los testículos, aparece el vello púbico y crece el pene. Dos años después, aproximadamente, aparece el vello axilar, seguido del facial y luego, el del resto del cuerpo.

Las características sexuales primarias, “están presentes desde el nacimiento y comprenden los genitales internos y externos que determinan el sexo”. (3)

Las características sexuales secundarias, “son características fisiológicas externas presentes en cada sexo, pero que no intervienen en la reproducción”. (4). Algunos ejemplos de características sexuales secundarias son: el tamaño de los hombros; el vello facial, axilar y púbico; cambios en la piel y en la voz; el tamaño de las caderas y los cambios en el tejido mamario, entre otros.

Para medir la maduración sexual en los adolescentes, se utilizan como indicador, los Grados de Tanner, que miden las etapas por las que atraviesan el vello pubiano, tanto masculino como femenino, el desarrollo de los genitales masculinos y las mamas.

Todos los cambios que ocurren en el adolescente, a razón de la llegada de la pubertad, tienen un impacto en su autoimagen. A menudo, éste manifiesta una gran preocupación por su aspecto físico, sobresaliendo el sentimiento de ser poco atractivo o defectuoso para los demás. Asimismo, muestra una hipersensibilidad a los comentarios y apodos relacionados con su apariencia corporal.

Durante la adolescencia, el joven, debe enfrentar una inmensa cantidad de cambios, los cuales pueden influir, tanto de manera negativa como positiva en su autoimagen y, por lo tanto, en toda su esfera biosicosocial. Esto, hace indispensable que el personal de salud conozca sobre esta etapa de vida, ya que constituye la única manera de entender la actitud y comportamiento de muchos jóvenes al pasar por esta etapa, la cual, pese a formar parte del ciclo vital de todos los seres humanos, puede ser desastroso para el adolescente por el inmenso número de cambios que implica.

## **1.2. Desarrollo del adolescente según teorías del desarrollo**

### **Teoría psicosocial de Erickson**

El adolescente se encuentra en la etapa de "*Identidad versus confusión del papel*", que comprende entre los 10 y 20 años de edad. Enfrenta una crisis entre la identidad de grupo y la alineación personal, pues espera obtener una autonomía de la familia y desarrollar un sentido de identidad personal.

El sentimiento de identidad de grupo resulta fundamental en el logro de la identidad personal del adolescente. La integración al grupo de pares logra un determinado status y le ayuda a definir las diferencias entre sus pares y sus padres.

Además con esto busca incorporar a su autoconcepto, los diversos cambios corporales que experimenta, tratando de asimilar su nueva imagen.

En esta etapa se consolida la identidad sexual, el grupo de amigos comienza a poner de manifiesto algunas expectativas acerca de las relaciones heterosexuales y a medida que progresa el desarrollo, el adolescente va encontrándose con esperanzas relativas a una conducta sexual madura, tanto de los amigos como los adultos.

Los estadios emocionales de esta edad oscilan entre una madurez considerable y las conductas infantiles. A menudo el adolescente es catalogado como inestable, inconsciente e impredecible, pues pasa rápidamente del entusiasmo a un estado deprimido, ensimismado, teniendo arranques de conducta primitiva a medida que pierde el control de los instintos.

### **Teoría del desarrollo cognoscitiva de Piaget**

El adolescente se encuentra en la cuarta y última etapa, de “*Operaciones Formales*”, que comprende aproximadamente entre los 11 y 15 años de edad. En esta etapa va más allá de sus experiencias concretas, desarrollando la capacidad de razonamiento abstracto, idealista y lógico. Ya no se restringe sólo a lo real, sino que además se interesa por lo posible, especulando con el futuro. Es capaz de reflexionar sobre sus propios pensamientos y los ajenos, interpretando los primeros con mayor exactitud. Con frecuencia se pregunta qué opina el resto sobre él, siendo cada vez más capaz de imaginar los pensamientos de éstos.

### **Teoría del desarrollo moral de Kohlberg**

El adolescente se encuentra en el “*Nivel Postconvencional*”, de los 13 años en adelante. Hay un fuerte cuestionamiento de los valores morales o viejos principios, cuando lo hace sin tener nuevos valores que los suplan, busca un código moral que resguarde su integridad personal y guíe su conducta.

Para lograr la autonomía de los adultos, desarrolla e interioriza sus propios valores y principios morales, en los cuales basa las decisiones que implican un dilema moral, y deben ser capaces de proporcionarle los recursos necesarios para evaluar las demandas de la situación y planificar una actuación coherente con sus ideales.

### **Teoría psicosexual de Freud**

La “*Etapa Genital*” se presenta desde la adolescencia en adelante. Los cambios fisiológicos de la pubertad realimentan la libido, energía básica que estimula la sexualidad. Los impulsos sexuales que se presenta en la etapa fálica, reprimidos en a de latencia reaparecen y fluyen por los canales aprobados por la sociedad (relaciones heterosexuales y exogámicas).

## **2. Teoría del autocuidado de Orem**

Dorothea Elizabeth Orem, es una de las enfermeras americanas más destacadas por los aportes que realizó a la enfermería a lo largo de su vida. Si bien no tuvo ninguna influencia directa en sus trabajos, citó a muchas enfermeras en cada uno de sus textos. Pese a lo anterior, reconoce la importancia que tuvo, como experiencia formativa, el haberse relacionado con distintos grupos de enfermeras, estudiantes licenciados y otros colaboradores.

Uno de los aportes más importantes de esta teorista a la enfermería, corresponde a la teoría general del autocuidado, la cual se compone por 3 teorías relacionadas:

*Teoría de autocuidado:* describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. “El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por sí solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar” (5)

*Teoría de déficit de autocuidado:* describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas. “Expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado”. (6)

*Teoría de sistemas enfermeros:* describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería. Se reconocen 3 tipos de sistemas:

- Completamente compensador, en el cual el usuario constituye una unidad de cuidado dependiente.
- Parcialmente compensador, en el que tanto la enfermera como el usuario, desarrollan algunas medidas de autocuidado para éste último.
- Sistema de apoyo educativo, en donde el usuario se hace cargo de su autocuidado y la enfermera sólo regula las actividades.

De las 3 teorías antes mencionadas, en este estudio se utilizará como marco conceptual sólo la teoría de autocuidado, y de ella lo referido al Autocuidado Universal.

Para instalar el autocuidado en las personas se requiere un proceso que consta de 3 etapas:

- Toma de conciencia, donde la persona reconoce que necesita algún tipo de acción en pro de su bienestar.
- Decisión de seguir un curso particular de acción.
- Realizar la acción.

Dentro de la teoría de autocuidado, Orem establece los requisitos para éste, los cuales corresponden a los objetivos que deben ser alcanzados mediante los tipos de acciones calificadas de autocuidado.

Los requisitos de autocuidado se clasifican en:

- Universales: aquellos asociados al proceso de desarrollo, o sea, relacionados con el ciclo vital. Corresponden a las acciones destinadas a satisfacer las necesidades humanas básicas y del diario vivir, como asimismo, el evitar peligros para la vida.
- Asociados a las desviaciones del estado de salud.

Los *Requisitos de Autocuidado Universal* abarcan los elementos físicos, sociales, psicológicos y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de éstos es importante para el funcionamiento humano, y son:

1. Mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos suficiente.
2. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
3. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso.
4. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
5. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
6. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.

El presente estudio, cuyo sujeto de análisis es el adolescente, considera sus características de desarrollo físico, psicológico y social, y tomará como base para medir el autocuidado en ellos algunos requisitos del Autocuidado Universal como son los señalados con anterioridad, específicamente lo relacionado con los números 1, 3, 4 y 5.

### **3. Satisfacción de necesidades en el adolescente**

“Al inicio de la adolescencia, es la familia la que habitualmente vigila y guía al joven respecto de la satisfacción de sus necesidades. A medida que los adolescentes maduran, deben ser capaces de identificar y satisfacer sus propias necesidades y a través del autocuidado, mantener su salud y su vida. La educación y la información oportuna constituyen la base del conocimiento y las destrezas que preparan a los jóvenes para realizar elecciones positivas en materia de salud y adoptar un estilo de vida sano. Aquí, el rol del profesional de salud como facilitador es fundamental. Profesionales y

adolescentes deben trabajar en conjunto para fortalecer las oportunidades de reforzar las conductas deseadas y debilitar o suprimir las situaciones que pueden llevar al joven a adoptar hábitos indeseables” (7).

En este estudio, se abordará la satisfacción de las necesidades de alimentación, actividad física y recreación, las cuales han sido elegidas por los alumnos tesistas debido a los antecedentes que indican que el adolescente está enfrentando la satisfacción de ellas en forma poco saludable, viéndose reflejado en las cifras que señalan la problemática de salud del escolar en obesidad y otros trastornos alimentarios, además de la sedentariedad.

### **3.1. Alimentación.**

Los alimentos, además de proporcionar energía expresada como calorías, aportan los nutrientes necesarios para mantener la salud de las personas, como: proteínas, vitaminas y minerales, e incluso pequeñas cantidades de ciertos tipos de grasas esenciales.

La alimentación saludable es aquella que aporta los nutrientes que el organismo necesita, de acuerdo a los requerimientos de cada persona. El adolescente no necesita la misma alimentación que un adulto, pues influyen factores como la edad o la actividad física de las personas.

Durante la adolescencia ocurren grandes cambios propios de la pubertad: fisiológicos, psicológicos y un marcado crecimiento, los cuales influyen en los requerimientos nutricionales de los jóvenes.

Existe una preferencia innata por el sabor dulce de los alimentos que contienen azúcar, y por el sabor salado, presente con frecuencia en alimentos grasos. Esto se ve manifestado en que a menudo los escolares, al decidir libremente los alimentos que compran, tienden a preferir aquellos altos en grasas e hidratos de carbono, como golosinas, comida chatarra, snacks, bebidas gaseosas, etc.

Para lograr una alimentación más sana en el adolescente, la familia debiera fomentar el consumo de variados alimentos saludables, además de reducir la ingesta de aquellos hipercalóricos, con alto contenido de azúcar, grasas y sal. Teniendo presente que su prohibición absoluta puede aumentar el deseo de consumirlos, por lo cual se pueden dejar para determinadas ocasiones como fiestas familiares, del colegio, etc.

Con el fin de orientar a la población chilena en la adquisición de una dieta saludable, el Ministerio de Salud ha elaborado una serie de recomendaciones de consumo de alimentos que se detallan a continuación:

Se recomienda consumir 3 porciones de lácteos al día, como leche, yogur, quesillo o queso fresco, estos aportan calcio, esencial para la salud de huesos y dientes. Deben ser preferentemente semidescremados o descremados, ya que tienen la misma calidad nutricional y ayudan a prevenir la obesidad. Además los lácteos aportan proteínas muy importantes para el organismo y vitaminas del complejo B 2.

Se recomienda comer al menos 2 platos de verduras y 3 frutas de distintos colores cada día. Estos alimentos contienen fibra, por lo cual su consumo abundante favorece la digestión, ayuda a bajar el colesterol y prevenir la obesidad. Además, tienen vitaminas y minerales que ayudan a prevenir enfermedades cardiovasculares y distintos tipos de cáncer. Chile se ha sumado desde el año 2004 a la iniciativa mundial denominada “5 al día” que promueve el consumo de estos alimentos.

Es importante consumir legumbres al menos 2 veces por semana, en reemplazo de la carne, ya que contienen minerales, vitaminas y fibra, y además aportan proteínas que reemplazan a la carne sin tener la cantidad de grasas que ésta contiene.

El consumo recomendado de pescado es mínimo 2 veces por semana, cocido, al horno, al vapor o a la plancha. Éste tiene un importante aporte de proteínas, hierro y zinc. Además contiene ácidos grasos del tipo omega 3, que tiene una función importante en la prevención de las enfermedades cardiovasculares y el desarrollo del sistema nervioso.

Se recomienda preferir alimentos con menor contenido de grasas saturadas y colesterol, pues el consumo de las primeras constituye el principal factor de riesgo de colesterol alto y enfermedades cardiovasculares. Además es importante reducir el consumo de aceite y preparar frituras sólo una o dos veces al mes. Los alimentos como las paltas, aceitunas y nueces aportan grasas de buena calidad, pero se deben consumir con moderación porque tienen muchas calorías.

Es importante reducir el consumo habitual de sal y sodio, poniendo especial atención en la información nutricional de los productos procesados y enlatados, ya que estos contienen aditivos con sodio. Además se recomienda disminuir el consumo de azúcar, los alimentos procesados que la contienen aportan un exceso de calorías al ser consumidos de forma exagerada.

Es recomendado ingerir 6 a 8 vasos de agua al día, la cual es muy importante para el organismo. Dicha cantidad de agua recomendada incluye la contenida en alimentos líquidos; sin embargo, se debe tener presente el riesgo que constituye el aporte adicional de calorías e hidratos de carbono de absorción rápida, contenidos en bebidas y néctares azucarados, altamente consumidos por los jóvenes en el país.

La ingesta diaria de alimentos se debe fraccionar en 3 a 4 comidas y si es necesario 1 a 2 pequeñas colaciones saludables de bajo contenido energético. Se aconseja que la distribución de dichas comidas sea en mayor cantidad durante las primeras horas del día, para ir disminuyendo hacia la noche.

El desayuno es una comida de gran importancia, ya que irrumpe el ayuno nocturno, ayudando en la reactivación de las funciones fisiológicas. Ésta comida ayuda a los escolares en su capacidad de atención, memoria, agilidad en el pensamiento y comunicación con el entorno. Si un estudiante asiste a clases sin recibir un desayuno adecuado puede presentar dificultades en sus funciones cerebrales. Un buen desayuno debe estar compuesto por un lácteo, de preferencia en bajo contenido graso, una porción

de cereal o pan y eventualmente una fruta, la que puede ser consumida como colación si ésta existe.

Las colaciones no son necesarias a esta edad; sin embargo, se pueden consumir colaciones saludables, recomendándose preferentemente frutas, verduras, lácteos de bajo contenido graso, cereales y líquidos sin azúcar.

Con la jornada escolar completa, el adolescente se ve frecuentemente obligado a consumir, al menos, una comida fuera de casa, principalmente el almuerzo. El modo de obtención de dicha comida puede ser muy variada, el escolar puede recibir el alimento por medio de alguna institución, comprarlo en una cafetería o kiosco, o llevar el almuerzo preparado desde su casa. El problema más común asociado a este sistema es la falta de supervisión en la cantidad ingerida por los escolares, presentándose, por un lado, el riesgo de generar mayor obesidad en los adolescentes con exceso de peso –ya que permite la repetición de algunas comidas– y en otros casos la persistencia de bajo peso o inapetencia.

Habitualmente en los establecimientos educacionales existen lugares de venta de productos que no cumplen con las características de los alimentos saludables. Este tipo de alimentos contienen gran cantidad de grasas, azúcar y sodio, proporcionando un gran aporte energético; sin embargo, provocan un bajo nivel de saciedad, promoviendo la obesidad en los escolares.

Como medida para reducir el sobrepeso y la obesidad, el consejo nacional para la promoción de la salud VIDA CHILE, ha desarrollado la iniciativa de los kioscos saludables, como alternativa de alimentación sana. Éstos se han implementado en las instituciones que forman parte de la estrategia de establecimientos educacionales protectores de la salud; y en ellos los adolescentes pueden acceder en forma voluntaria y responsable a una alimentación variada y acorde a las guías alimentarias.

Cuando la satisfacción de la necesidad de alimentación se ve alterada por factores como los expuestos antes y por otros, deriva en alimentación no apropiada para

los requerimientos del adolescente y, por lo tanto, poco saludable. Todo ello conduce a problemas de sobrepeso y obesidad:

Al igual que en otros países, en Chile el exceso de peso presenta una prevalencia alta y creciente desde los primeros años de vida. La obesidad afecta al 17% de escolares de 1° Básico y es del orden de un 25% en adultos y adultos mayores.

Se entiende por sobrepeso al aumento del peso corporal por encima de un patrón de referencia dado, en relación a la talla. Se produce por un desbalance entre el consumo y el gasto de energía consumida en los alimentos. Los cuales, al tener un alto contenido de azúcar y grasas, y ser bajos en nutrientes esenciales, provocan un exceso de energía, estas calorías no gastadas se depositan y acumulan en el cuerpo en forma de grasa generando sobrepeso a corto plazo, y si no es controlado se puede traducir fácilmente en obesidad a futuro.

La obesidad, por su parte, se define como la presencia de una cantidad excesiva de tejido adiposo en relación a la masa corporal. Su principal problema tiene relación con sus efectos directos sobre la salud, transformándose en un factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial, colesterol alto y ciertos tipos de cáncer.

### **3.2. Actividad física**

Actividad física es cualquier movimiento voluntario realizado por la musculatura esquelética, que contribuye a un gasto adicional a lo utilizado para todos los procesos biológicos que nos mantienen con vida (respiración, circulación sanguínea, alimentación, etc.). Algunos ejemplos de actividad física son: caminata al aire libre, baile, andar en bicicleta, deportes, entre otros. Cuando esta actividad física se planifica con anticipación, es organizada y se repite con el objetivo de mantener o mejorar la condición física, se clasifica como ejercicio físico. Ahora bien, si este ejercicio físico se realiza cuando todas las acciones están enmarcadas en un reglamento, el objetivo final es

derrotar al rival y además está implícito el uso de características personales como las habilidades y la astucia, se denomina deporte.

La Organización Mundial de la Salud define como sedentarios a aquellas personas que realizan ejercicio menos de 3 veces por semana y además por un periodo menor de 30 minutos.

La importancia de la actividad física radica en que proporciona grandes beneficios al cuerpo y por ende, a la salud. Algunos de ellos son:

*Beneficios físicos, mentales y sociales para la salud durante la infancia y adolescencia:* Dentro de estos beneficios se encuentran, el crecimiento y desarrollo saludable del sistema cardiorrespiratorio y músculo-esquelético, el equilibrio entre las calorías consumidas y la energía gastada realizando actividad física -que da como resultado la obtención de un peso adecuado para la edad-, la prevención de factores de riesgo cardiovasculares como la HTA y el aumento de colesterol en sangre entre otros.

*Beneficios derivados de la actividad física durante la niñez que se transfieren a la edad adulta:* La obesidad adquirida en la infancia se puede mantener en la edad adulta, incluso existe evidencia de que los niños obesos tienen mayor riesgo, el doble, de continuar obesos en la edad adulta que los menores no obesos. Además hay que mencionar que los adultos obesos que presentaron el mismo problema durante su niñez y adolescencia, presentan una salud deteriorada y una mortalidad elevada. Por el contrario está claramente identificado que la actividad física en la niñez reduce significativamente el riesgo de padecer enfermedades en la etapa adulta.

*La formación del hábito de realizar actividad física saludable que se mantiene en la edad adulta:* Existen pruebas empíricas que a aquel niño o adolescente que la actividad física le ha generado una buena experiencia, como por ejemplo, una percepción saludable con respecto a su autoimagen corporal, siguen desarrollando actividad física durante la etapa adulta e incluso, durante la tercera edad, dando por consecuencia un equilibrio en su estado de salud.

El gobierno de Chile, a través de la estrategia global contra la obesidad (ego-chile), entrega las siguientes recomendaciones de actividad física:

*Caminar mínimo de 30 minutos diarios:* permite aumentar el uso de grasas almacenadas como sustrato energético, fortalecer el sistema respiratorio, aumentar el tono muscular y por consecuencia, disminuir el porcentaje de grasa corporal.

*Realizar ejercicios de elongación:* Se recomienda un mínimo de 5 minutos con el fin de mejorar la flexibilidad y movilidad de las articulaciones conjunto con el fortalecimiento de ligamentos y tendones.

*Realizar pausas activas en el trabajo:* Periodos de ejercicio físico planificados dentro de la jornada laboral, con el fin de impedir que pasemos demasiadas horas en inactividad. Ayuda a activar la musculatura, el sistema cardiorrespiratorio y contribuye, además, a mejorar la capacidad física.

*Realizar ejercicios durante 30 minutos por 3 veces por semana:* Ayuda a mejorar el metabolismo de las grasas y favorece el mayor uso de éstas. También contribuye a la mejora de la capacidad física.

*Adapta la intensidad a tu ritmo personal:* Factores como la edad, el sexo, tipo de ejercicio y el entrenamiento físico de las personas, influyen en la capacidad para realizar determinada actividad física, por eso se aconseja no intentar abusar de la intensidad con la cual se realiza dicha actividad, ya que la capacidad física va avanzando progresivamente.

Cuando el adolescente no satisface su necesidad de actividad física, de acuerdo a lo establecido por los expertos para su edad, tiene el riesgo de caer en el sedentarismo.

Actualmente se habla de sedentarismo cuando la actividad física no cubre la cantidad y frecuencia mínima considerada para mantenerse saludable, esto es 30 minutos de actividad física moderada al menos 3 veces por semana. La inactividad nos trae una serie de consecuencias negativas. El sedentarismo es un factor de riesgo para múltiples

enfermedades, como las cardiovasculares, hipertensión, diabetes, obesidad y algunos tipos de cáncer como el de colon y de mama.

### **3.3. Recreación**

La recreación es el conjunto de actividades que tiene por finalidad satisfacer necesidades individuales y/o proporcionar un descanso al individuo.

El tiempo libre es aquel periodo que se tiene disponible para realizar actividades recreativas o de ocio y que no se utiliza para realizar actividades diarias, como por ejemplo, asistir al colegio o simplemente estudiar.

Por lo tanto, la recreación tiene relación directa con el tiempo libre, ya que éste, condiciona la posibilidad de que las personas se recreen.

La Quinta Encuesta Nacional de la Juventud, realizada en el año 2008, arrojó los siguientes resultados en adolescentes de 15 a 19 años:

La actividad preferida, en ambos sexos, es escuchar música y/o radio con un valor cercano al 92%, seguida por compartir con el grupo familiar con un 86.9%, conversar o tener reuniones con su grupo de pares con un 86.2% y la televisión con un 84.4%.

Dentro de los menos preferidos están los juegos de computador con un 36.5%, participar en algún tipo de organización 21.6% y actividades artísticas como danza o pintura con un 19.7%.

Todas ellas representan formas positivas de recreación, pero los padres deben siempre velar para que su calidad y cantidad sean las adecuadas y además poner atención a su grupo de pares, ya que realizan muchas de sus actividades recreativas con éstos y la necesidad de sentirse aceptados puede llevarlos a tomar malas decisiones

#### **4. Conductas de riesgo en el adolescente**

Esta es una etapa de riesgos, el adolescente se enfrenta a situaciones que en su mayoría le es difícil de controlar y es aquí en donde se debe tener cuidado con aquellos adolescentes que se enmarcan dentro de los “jóvenes de alto riesgo” (8). Conducta de alto riesgo es definida como “la mayor probabilidad (riesgo) de que se produzcan consecuencias negativas para la salud” (9).

Entre los antecedentes de estas conductas podemos considerar elementos tales como:

*Características socio-demográficas:* sexo, edad, etnicidad, educación de los padres, extracción rural o urbana.

*Características Individuales:* nivel educacional, notas de la escuela, religiosidad, personalidad y sus características.

*Características familiares:* grado de cohesión, flexibilidad, calidad de la comunicación.

*Plano comunitario:* podemos separar las características del sistema educacional, de pares, de los medios de comunicación de masas que llegan al adolescente.

Factores macroeconómicos: situación de empleo, oportunidades educacionales, nivel de ingreso.

##### **4.1. Consumo de tabaco**

Son universalmente conocidos los efectos dañinos del tabaco en la salud, y a pesar de ello es considerable su consumo a nivel mundial y nacional, siendo horizontal en lo que respecta a edad, estratos sociales y sexos.

El inicio del consumo de tabaco en la adolescencia se asocia en forma importante a ciertos factores, los cuales a su vez tienden a perpetuar su consumo. Entre ellos se encuentran los ambientales, personales y demográficos; por ejemplo, tabaquismo de los

padres, mayor susceptibilidad a la influencia de los pares y bajo nivel socioeconómico o pertenecer a una familia uniparental.

La edad de inicio de consumo de tabaco es de 13 años, considerando la expectativa de vida en Chile, que es alrededor de los 78 años, se está hablando de 65 años consumiendo tabaco, dañando seriamente la salud de los escolares. Además no sólo el tabaco daña a quien lo consume, sino a quienes rodean al fumador, lo que aumentaría en forma considerable la tasa de incidencia en cáncer y patologías respiratorias.

Según estudios Chile es el tercer país a nivel mundial con mayor prevalencia del tabaco y el primero a nivel americano. En relación a los adolescentes, según género, las mujeres tienen mayor consumo que los hombres. Al realizar una comparación con otros países, en los adolescentes chilenos existe:

- Mayor cantidad de adolescentes con riesgo de iniciar consumo de tabaco.
- Mayor exposición de los adolescentes chilenos al tabaco intra y extradomiciliario.
- Mayor acceso a venta de cigarros.
- Menor percepción de enseñanza escolar en relación al tema.

Dentro de los factores de riesgo en el consumo de tabaco en escolares, se encuentra: la baja autoestima, falta de actividad deportiva, alta concurrencia a fiestas, grupo de amigos que fumen, sobre todo su mejor amigo(a), padres o familiares fumadores especialmente la madre.

#### **4.1.1. Consecuencias en la conducta**

El inicio temprano del consumo de tabaco está muy relacionado con la presencia de conducta de riesgo en la adultez:

*Consumo de alcohol:* según estudio este consumo se triplica en aquellos adultos que iniciaron un consumo temprano del tabaco.

*Consumo de marihuana:* en aquellos adolescentes que iniciaron su consumo de tabaco a los 15 años, su consumo de marihuana a los 18 años se triplica.

*Problemas sociales y académicos:* en aquellos adolescentes que iniciaron su consumo de tabaco a los 13 años, hay mayor incidencia de abuso de drogas y embarazo adolescente a los 18 años.

## **4.2. Consumo de alcohol**

El consumo de alcohol en los adolescentes es un tema preocupante, ya que muchos inician su consumo a temprana edad. Si bien el consumo de alcohol en adolescentes ha existido durante toda la historia chilena, estaba supeditado muchas veces a ciertos “momentos” o celebraciones, ya sea años nuevos, cumpleaños, galas, etc. y también representaba el paso de la niñez a la adultez, ya que según la sociedad los adultos beben alcohol no los niños. Esto ha cambiado en los últimos años, ya sea por un mayor acceso al alcohol, la liberación de los jóvenes y todo lo que conlleva la adolescencia y el experimentar.

La adolescencia se centra en la búsqueda de identidad y en ser aceptado por los pares, muchas veces, es esto lo que impulsa a los jóvenes a iniciar el consumo de alcohol, pues por no querer ser alejado del grupo, evitar bromas y mostrarse más “valiente y con onda”, muchas veces inicia su consumo, lo que conlleva a otros riesgos tales como riñas, accidentes e intoxicaciones.

### **4.2.1. Alcoholismo adolescente**

Según estudios del CONACE el inicio en el consumo de alcohol es alrededor de los 13 años.

Al beber alcohol en una fiesta, los escolares adquieren mayor fluidez, confianza y les sirve para disfrutar más, pero algunos no sólo beben en ocasiones especiales o celebraciones, pues existe un 10% que se vuelve alcohólico.

Según el Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar en Chile, desde 8° Básico a 4° Medio, realizado por CONACE el año 2007, la prevalencia en el consumo de alcohol ha bajado de 44% a 38%. Hay una diferencia a nivel de género, ya que la prevalencia cae de un 44.4% a un 38.4% en los hombres y de 44% a 38.4% en las mujeres, este descenso también se ve reflejado en todos los cursos analizados por dicho estudio de 22% a 18%.

Hay aumento en el uso intensivo de alcohol –haber tomado más de 10 días en el último mes– de un 8% a un 9%, aumentando junto con la declaración de beber alcohol un sábado por la noche, de 53% a un 54%. Una comparación a nivel de medida internacional -beber más de 5 vasos de alcohol en una salida habitual- se mantiene estable con un 12%.

Se destaca la influencia de los pares en el consumo de alcohol, es así que el porcentaje de quienes tienen amigos que toman alcohol regularmente, aumenta de 67.4% a un 74.1%. Según otros estudios, ocurre lo contrario cuando el mejor amigo del escolar no consume alcohol, la ingesta es menor o nula.

#### **4.3. Consumo de drogas**

Las drogas se definen como cualquier sustancia natural o sintética, que por sus efectos en el SNC, al ser introducida al organismo, es capaz de alterar la actividad psíquica y el funcionamiento de organismo, y cuyo uso prolongado o frecuente generalmente provoca dependencia física o psíquica.

El consumo de drogas en los cursos aumenta con los años, esto está relacionado con la etapa de vida, ya que a medida que el niño crece e ingresa a la adolescencia, éste busca mayor independencia de los padres, experimentar nuevas sensaciones y pertenecer a un grupo de pares. Esto último tiene una importancia significativa, ya que muchas veces el experimentar con drogas o su consumo regular, está relacionado con integrar y/o agradar a los pares.

Las drogas más usadas en adolescentes en Chile: marihuana, cocaína, pasta base y en menor cantidad éxtasis e inhalatorios.

Según el Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar en Chile de 8° Básico a 4° Medio el año 2007, se ha mantenido el consumo de marihuana de un 15,5% al año 2005 a un 15,7% al año 2007, permaneciendo estable en los cursos de 8° Básico, 2° y 3° Medio, y con un aumento significativo en alumnos de 1° Medio de un 2,7% al año 2005 a un 3,6%. Respecto al uso según género, hay pequeñas diferencias entre hombres y mujeres, 16,7% y 14,8% respectivamente, lo mismo según colegios, en públicos municipalizados 15,5% y 15,8 % particulares subvencionados. En relación al uso frecuente de marihuana, éste se ha mantenido en el tiempo, en lo que respecta a admitir usar marihuana por una o dos veces, a usarla más de 10 veces en el mes ha tenido un aumento considerable de 2,2% a 3,3%.

Un factor importante en el consumo de marihuana es el hecho de que los adolescentes sienten que tienen un fácil acceso a ella, ya que es considerada una droga “normal” de consumo entre los adolescentes, por lo tanto su acceso es más fácil en comparación con otras drogas como cocaína, pasta base o inhalatorios. Esto queda expresado claramente en la percepción de acceso de los escolares llegando a un 42%, con una percepción de acceso a la droga en los colegios de un 43%, disparándose desde el año 2001, en el cual dicho valor fue de 38%.

Si se habla que el uso de marihuana está relacionado con el grupo de pares y poder acceder al grupo, queda claramente relacionado con la oferta de marihuana por “parte de los amigos” que ha tenido claro un aumento de un 37,6% el año 2005 a un 43,6% el año 2007. Este aumento es transversal en cuanto a sexo, curso y tipo de establecimiento educacional.

#### **4.3.1. Cocaína y pasta base**

El consumo escolar de cocaína se ha mantenido estable, según un estudio del CONACE realizado el 2005, arrojando un consumo de un 2.9%, el mismo estudio realizado el año 2007 arrojó un 3% de consumo en los escolares desde 8° Básico a 4° Medio, con una disminución del 4%, siendo un 6% el año 2005. Es en este mismo estudio que el consumo de pasta base en escolares se estima en un 2.5%.

A diferencia de otras drogas, como la marihuana, el sesgo entre hombres y mujeres es marcado siendo casi el doble en hombres. Si se enfoca en el consumo de cocaína tenemos un 5.4% en hombres y 2.8% en mujeres. En lo referido al uso de pasta base en establecimientos educacionales, el consumo es mayor en los municipalizados que en los subvencionados.

Cabe destacar que hay un aumento en la percepción de los jóvenes en lo referente al uso de drogas, su accesibilidad, su consumo entre escolares y dentro de los colegios, lo que resulta un tema preocupante.

#### **4.4. Relaciones sexuales precoces.**

La mayoría de los cambios en las actitudes sexuales tienen su base durante la adolescencia. Sin embargo, hay una diferencia de género en relación al desarrollo de actitudes hacia la actividad sexual prematrimonial. Dichos comportamientos sexuales, están influidos socialmente por las creencias, pensamientos y percepciones acerca del sexo.

Los cambios biológicos que ocurren en el adolescente, provocan nuevas formas de pensar, de sentir y de comportarse en relación a sí mismo y a los demás; es así que el impulso sexual se orienta a la búsqueda de un encuentro con otro. Por otra parte, existen cambios corporales, en el gusto, aceptación de la propia apariencia y la relación con las personas del sexo opuesto, provocando ansiedad debido a la necesidad de adaptarse a esta nueva apariencia y corporalidad. Con todos estos cambios el adolescente es capaz

de darse cuenta de que el cuerpo es una fuente de placer y de interacciones con el sexo opuesto.

La actividad sexual prematrimonial se ve asociada a una tendencia al retraso en la edad del matrimonio, debido a que pasan gran parte de su adolescencia y madurez sexual en el proceso de formación, siendo dependientes económicamente entre los 23 y 24 años.

Al principio de esta etapa, el adolescente tiende a aceptar los códigos tradicionales establecidos como lineamiento para su conducta sexual. Sin embargo, con el tiempo comienza a pensar cada vez de manera más independiente, adhiriéndose en forma progresiva a la influencia de los valores externos, como los de sus pares. Comienza a adoptar una actitud sexual más tolerante, y a su vez aprende de otros adolescentes.

Los padres desempeñan un papel importante en el desarrollo de la identidad sexual de sus hijos y en su percepción de lo que se espera en relación a masculinidad y feminidad para cada género. La identidad de género, el rol de género y la orientación sexual constituyen la identidad sexual de cada persona, la cual se expresa por medio de la sexualidad.

“En el año 1993, el Instituto Nacional de la Juventud realizó la primera encuesta sobre la percepción de los jóvenes y sus comportamientos frente a diferentes temas: sexualidad, la actividad sexual activa varía de acuerdo a la edad y al sexo, declarándose activos el 32,5% de los adolescentes entre 15 y 19 años” (10).

En América Latina, entre un 9 a 50% de las mujeres han tenido relaciones sexuales antes de los 19 años, mientras que en los varones ésta cifra corresponde a un 15 a 65%. En el caso de Chile, en el año 1998, el 21% de las mujeres y el 36% de los hombres han tenido relaciones sexuales entre los 11 y 19 años; teniendo un promedio de edad de inicio de éstas, de 16,5 años en hombres y 17,2 años en mujeres.

Actualmente se observa un inicio de las relaciones sexuales a edad más temprana, siendo un fenómeno complejo de analizar debido a su multicausalidad. Con el tiempo, las razones para tener la primera relación sexual han cambiado, llevando a considerar que actualmente la presión del grupo de pares tiene una mayor importancia. Sin embargo, el adolescente aún no tiene la madurez psicológica para asumir una sexualidad adulta, sino que es al final de esta etapa donde se establece la identidad sexual.

La edad inicio de la actividad sexual y el uso de métodos de anticoncepción, se ven influenciados por diversos factores en el adolescente, como: el nivel de educación de éste y de su familia, programas de educación sexual, nivel de autoestima, proyecto de vida, comunicación con su familia y percepción de la relación de pareja de sus padres, entre otros.

Generalmente pocos adolescentes utilizan anticonceptivos en la primera relación sexual, a pesar de tener los conocimientos y el acceso a éstos. Dentro de los motivos de esta conducta, se encuentran: la relación sexual no esperada, no creen embarazarse, percepción de que su uso afecta el placer y las relaciones románticas, además de la falta de información y disponibilidad en algunos casos.

Los métodos de anticoncepción más comunes son: los anticonceptivos orales, preservativo y coito interrumpido; por esta razón, el presente estudio se basará en dichos métodos para medir las conductas según el nivel de riesgo.

## **5. La familia del adolescente**

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad, el primer grupo de referencia con el cual el ser humano establece vínculos afectivos continuos y cercanos, el primer medio de educación y de formación de las personas que se integrarán a la sociedad. Los procesos de socialización que se dan en el seno de la familia delimitan los primeros

rasgos de identidad y sentido de pertenencia de las personas con su grupo social, además transmiten pautas de comportamiento y valores culturales importantes para el núcleo familiar, modelándolas para cumplir un rol en la sociedad.

### **5.1. Tipos de familia**

La familia es un sistema social compuesto por dos o más individuos, parientes o no, con un fuerte compromiso emocional y que viven dentro de un hogar común. Existen distintos tipos de familias:

*Familia nuclear:* formada por un sólo núcleo familiar, constituida por una pareja adulta con hijos o sin ellos, o por uno de los progenitores y sus hijos. La familia nuclear se subdivide en:

- Familia nuclear simple: Formada por la pareja sin hijos.
- Familia nuclear biparental: Formada por el padre y la madre con uno o más hijos.
- Familia nuclear monoparental: Formada por el padre o la madre con uno o más hijos.

*Familia extensa o extendida:* formada por dos núcleos familiares. Está integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros que pueden ser o no parientes. Puede ser extendida por allegados o extendida generacional.

*Familia Compuesta:* integrada por dos parejas que viven bajo el mismo techo, ligados por lazos de consanguinidad, puede ser padre con un hijo casado y su cónyuge, o abuelos y padres de varios hijos.

*Familia Unipersonal:* constituida por una persona sola.

*Hogar No Familiar:* constituido por dos o más personas que no tienen vínculos de parentesco entre sí.

## 5.2. Funciones de la familia

La familia es el elemento indispensable para el desarrollo del individuo, ésta es quién se encarga de educar al ser humano, entregar valores, tareas, sentimientos, etc. De acuerdo a la interacción del adolescente con la familia será la calidad del factor protector hacia cualquier conducta de riesgo.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos ha concluido, en base a la evidencia existente, que esta interacción afecta el rendimiento escolar, la competencia social y las relaciones interpersonales del niño.

Los problemas conductuales que pueden presentar los escolares están directamente relacionados con la capacidad de los padres de ser sensibles frente a las conductas y necesidades de sus hijos. Los padres empáticos facilitan la expresión de sentimientos en los niños y la aparición de conductas sociales positivas.

Para proteger el desarrollo del niño existen 4 funciones de la familia:

*Satisfacer las necesidades básicas del adolescente:* los padres deben satisfacer las necesidades básicas para la vida, incluyendo alimentación, salud, educación y techo. La satisfacción de estas necesidades está relacionada con el nivel de ingresos y educación de los padres, y de acuerdo a la priorización que den a éstas será el crecimiento y la sobrevida de los adolescentes.

*Función Protectora:* Los padres se hacen responsables de proteger la integridad física, espiritual y cultural, alejando a sus hijos de las amenazas provenientes del medio natural, grupos o instituciones. A medida que los adolescentes crecen, se empiezan hacer cargo de su cuidado, la función de los padres es de supervisar y colocarles límites. Debido al estilo de vida actual se hace cada vez más difícil que los padres puedan monitorizar el autocuidado del adolescente, por lo que tienen la función de enseñarle destrezas de autocuidado, para que éste pueda velar por su seguridad física, psicológica y emocional.

*Apoyo y guía para el crecimiento y desarrollo:* Implica promover los aspectos del desarrollo infantil como son: aspectos cognitivos, sociales, emocionales, morales, espirituales, sexuales, culturales y educacionales. Esto se realiza fijando límites, teniendo un sistema de recompensa y castigo, existiendo una comunicación verbal y no verbal y presentando valores. Para lograrlo, el padre debe ser afectuoso, establecer límites elevados, pero no imposibles, tener buena comunicación y adecuada resolución de problemas. Todo lo anterior se resume como estilos de crianza manteniendo un apego, pero al mismo tiempo, estableciendo límites para el adolescente.

*Función de apoyo en relación con el medio externo:* el padre debe relacionar al hijo con instituciones, personas que puedan guiarlo y ayudarlo en la toma correcta de decisiones, además de confiar en las alternativas que él tome, apoyándolo y guiándolo cuando se estime necesario.

## **OBJETIVOS GENERALES**

1. Describir conductas de autocuidado en los escolares del estudio, a través de la satisfacción de algunas necesidades básicas y presencia de conductas de riesgo.
2. Identificar algunos factores personales y familiares de los escolares del estudio.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.1. Identificar en los escolares la satisfacción de 3 necesidades básicas.
  - 1.1.1. Alimentación.
  - 1.1.2. Actividad Física.
  - 1.1.3. Recreación.
- 1.2. Identificar presencia de conductas de riesgo en los escolares.
  - 1.2.1. Consumo de tabaco.
  - 1.2.2. Consumo de alcohol.
  - 1.2.3. Consumo de drogas.
  - 1.2.4. Relaciones sexuales precoces.
- 1.3. Determinar nivel de autocuidado en los escolares.

- 2.1. Identificar el sexo de los escolares.
- 2.2. Identificar su edad.
- 2.3. Identificar factores familiares del escolar.
  - 2.3.1. Identificar el tipo de familia al que pertenece el escolar.
  - 2.3.2. Identificar conductas familiares de riesgo.
    - Identificar consumo de tabaco en padres o familiares que conviven con el escolar.
    - Identificar consumo de alcohol en padres o familiares que conviven con el escolar.
    - Identificar consumo de drogas en padres o familiares que conviven con el escolar.

## DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### 1. Variable principal

#### 1.1. Conductas de autocuidado en el escolar

*Definición conceptual:* Con base en la teoría de Dorothea Orem, están referidas al Autocuidado Universal: satisfacción de necesidades y la prevención de peligros para la vida. Se consideran las conductas del adolescente para satisfacer las necesidades de alimentación, actividad física y recreación. Asimismo, su comportamiento relacionado con conductas de riesgo: consumo de tabaco, alcohol y drogas, e inicio precoz de actividad sexual.

#### Dimensiones

##### 1.1.1. Satisfacción de las necesidades en el escolar

#### Subdimensión:

##### 1.1.1.1. Satisfacción de la necesidad de alimentación

#### Indicadores:

- Comida ingerida diariamente

#### Subindicadores:

- Desayuno
- Colación
- Almuerzo
- Once
- Cena

- Frecuencia de cada una de las comidas

**Subindicadores:**

- Ningún día
- 1 - 3 días
- 4 - 6 días
- Todos los días

- Alimentos ingeridos en las distintas comidas: desayuno, almuerzo, once, cena y colación

**Subindicadores:**

- Leche (natural y/o con saborizantes como milo, cola-cao, frutilla, vainilla, etc.)
- Queso o quesillo
- Postres envasados (jalea, flan, arroz con leche, sémola, chiquitín, etc)
- Yogurt
- Té (clásico, verde, blanco, rojo, etc.)
- Café
- Café descafeinado, Eco
- Verduras (ensaladas, tortillas de verduras, etc.)
- Frutas (crudas, cocidas, conservas, jugo de fruta natural)
- Carnes rojas
- Pescado, pollo, pavo
- Legumbres (lentejas, porotos, garbanzos, etc.)
- Huevos
- Sopa o crema en sobre

- Sopa hecha en casa (de verdura, de carne, cazuela, etc.)
- Arroz
- Pastas (fideos, tallarines, lasaña, etc.)
- Papas (puré, cocida, pastel de papas, etc)
- Charquicán, carbonada, etc.
- Cereales (chocapic, zucaritas, avena quaker, natur, etc.)
- Pan
- Galletas dulces o saladas
- Queques o pasteles
- Mermelada, miel y/o manjar
- Mantequilla o margarina
- Embutidos (paté, vienasas, jamón, choricillos, queso crema, etc)
- Mayonesa
- Palta
- Comida chatarra (completo, hamburguesa, pizza, papas fritas, empanadas fritas, etc.)
- Snack (papas fritas, ramitas, cheetos, suflés, etc.)
- Azúcar
- Endulzante
- Bebidas o jugos artificiales
- Sal (aporte extra)
- Otro(s) alimento(s)

**Subdimensión:**

1.1.1.2. Satisfacción de la necesidad de actividad física

**Indicadores:**

**Subindicadores:**

- Frecuencia de actividad física realizada diariamente por 30 minutos o más

- Ningún día
- 1 - 2 días
- 3 - 4 días
- 5 - 6 días
- Todos los días

- Actividad física fuera del colegio diariamente por 30 minutos o más

**Subindicadores:**

- Sí
- No

- Lugares más frecuentes donde realiza actividad física

**Subindicadores:**

- Lugares cercanos (barrio, plaza, etc.)
- Centro deportivo o gimnasio
- Excursiones
- Otros lugares

## **Subdimensión**

### 1.1.1.3. Satisfacción de la necesidad de recreación

#### **Indicadores:**

- Actividades realizadas

#### **Subindicadores:**

- Taller de música
- Taller de baile
- Manualidades
- Reuniones con amigos
- Lectura
- Grupos parroquiales
- Ver televisión
- Usar computador
- Juegos de video o consolas
- Andar en bicicleta
- Caminatas al aire libre
- Deportes (fútbol, basquetbol, natación, tenis, etc.)
- Otras(s) actividad(es)

- Frecuencia

#### **Subindicadores:**

- Nunca
- Rara vez
- 1 - 2 veces por semana
- 3 - 5 veces por semana
- Todos los días de la semana

- Tiempo diario destinado a la recreación
  - Subindicadores:**
    - Menos de 1 hora
    - 1 - 2 horas
    - Más de 2 horas

#### 1.1.2. Conductas de riesgo en el escolar

##### Subdimensión

##### 1.1.2.1. Consumo de tabaco

##### Indicadores:

- Consumo de tabaco

##### Subindicadores:

- Sí
- No

- Edad de inicio

##### Subindicadores:

- Menos de 10 años
- 10 - 11 años
- 12 - 13 años
- 14 - 15 años
- 16 años
- 17 años o más

- Frecuencia

##### Subindicadores:

- Todos los días
- Todos los fines de semana
- Ocasionalmente (sólo en: fiestas, reuniones con amigos)

- Cantidad diaria

**Subindicadores:**

- 1 cigarrillo
- 2 - 3 cigarrillos
- 4 - 5 cigarrillos
- 6 - 7 cigarrillos
- 8 - 9 cigarrillos
- 10 cigarrillos o más

**Subdimensión**

1.1.2.2. Consumo de alcohol

**Indicadores:**

- Probar alcohol

**Subindicadores:**

- Sí
- No

- Consumo de alcohol

**Subindicadores:**

- Sí
- No

- Edad de inicio

**Subindicadores:**

- Menos de 11 años
- 11 - 12 años
- 13 - 14 años
- 15 - 16 años
- 17 años o más

- Tipo de alcohol **Subindicadores:**
  - Cerveza
  - Vino
  - Pisco
  - Ron
  - Otra bebida alcohólica
  
- Frecuencia de consumo mensual **Subindicadores:**
  - Ningún día
  - 1 - 2 veces al mes
  - 3 - 5 veces al mes
  - 6 o más veces al mes
  
- Cantidad de alcohol ingerida cada vez que bebe **Subindicadores:**
  - 1 vaso
  - 2 - 3 vasos
  - 3 - 5 vasos
  - 6 vasos o más
  
- Lugar de consumo habitual **Subindicadores:**
  - Casa
  - Casa de familiares
  - Casa de amigos
  - Fiestas
  - Parques y plazas
  - Otro lugar

- Forma de obtención del alcohol      **Subindicadores:**
  - Compra
  - Dado por padres o familiares
  - Pide a persona mayor que lo compre
  - Dado por amigos
  - Sustraído de la casa
  - Otra forma
  
- Episodio de embriaguez      **Subindicadores:**
  - Sí
  - No
  
- Cantidad de episodios de embriaguez      **Subindicadores:**
  - 1 - 2 veces
  - 3 - 9 veces
  - 10 o más veces
  - Cada vez que consume alcohol

**Subdimensión**

1.1.2.3. Consumo de drogas

**Indicadores:**

- Consumo de drogas

**Subindicadores:**

- Sí
- No

- Motivo de consumo **Subindicadores:**
  - Curiosidad
  - Incentivo o presión de amigos/compañeros
  - Imitación de los padres
  - Otro motivo
  
- Edad de inicio de consumo **Subindicadores:**
  - Menos de 11 años
  - 11 - 12 años
  - 13 - 14 años
  - 15 - 16 años
  - 17 años o más
  
- Tipo de drogas **Subindicadores:**
  - Marihuana
  - Cocaína
  - Pasta base
  - Otras drogas
  
- Frecuencia de consumo **Subindicadores:**
  - Menos de 1 vez
  - 1 - 3 veces
  - 4 - 5 veces
  - 6 o más veces

- Lugar de consumo

**Subindicadores:**

- Casa
- Casa de familiares
- Casa de amigos
- Fiestas
- Parques y plazas
- Otro lugar

- Con quién consume

**Subindicadores:**

- Solo
- Con amigo(s)
- Con compañero(s)
- Con pareja
- Con gente que conoce en fiestas
- Con familiar(es)

**Subdimensión**

1.1.2.4. Relaciones sexuales precoces

**Indicadores:**

- Inicio de actividad sexual

**Subindicadores:**

- Sí
- No

- Edad de inicio
  - Subindicadores:**
    - Menos de 11 años
    - 11 - 12 años
    - 13 - 14 años
    - 15 - 16 años
    - 17 años o más
  
- Motivo de inicio
  - Subindicadores:**
    - Amor
    - Curiosidad
    - Deseo
    - Presión de amigos
    - Presión de la pareja
    - Imitación de los amigos
    - Soledad
    - Otra razón
  
- Frecuencia de la toma de precauciones
  - Subindicadores:**
    - Siempre
    - A veces
    - Nunca
  
- Tipo de precaución
  - Ninguna
  - Preservativo
  - Coito interrumpido
  - Anticonceptivo
  - Otro método

## **2. Variables secundarias**

### 2.1. Factores personales

*Definición conceptual:* Se refiere a edad y sexo del escolar.

#### **Dimensiones**

##### 2.1.1. Sexo

#### **Indicadores:**

- Femenino
- Masculino

##### 2.1.2. Edad

#### **Indicadores:**

- 13 años
- 14 años
- 15 años
- 16 años
- 17 años
- 18 años o más

## 2.2. Factores familiares del escolar

*Definición Conceptual:* Se refiere a tipo de familia del escolar y conductas de riesgo en padres o familiares.

### **Dimensiones**

#### 2.2.1. Tipo de familia del escolar

##### **Subdimensión**

- 2.2.1.1. Nuclear completa
- 2.2.1.2. Nuclear incompleta
- 2.2.1.3. Extendida completa
- 2.2.1.4. Extendida incompleta

#### 2.2.2. Conductas de riesgo en padres o familiares

##### **Subdimensión**

- 2.2.2.1. Consumo de tabaco en padres o familiares que conviven con el escolar

##### **Indicadores:**

- Si
- No

2.2.2.2. Consumo de alcohol en padres o familiares que conviven con el escolar

**Indicadores:**

- Si
- No

2.2.2.3. Consumo de drogas en padres o familiares que conviven con el escolar

**Indicadores:**

- Si
- No

# **CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA**

## **TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es descriptiva, cuantitativa, transversal y de carácter exploratorio.

### **▪ Organización del trabajo en grupo**

El grupo de tesis se constituyó a partir de la cátedra Metodología de la Investigación dictada en el segundo semestre del tercer año de la Carrera de Enfermería y está constituido por 5 estudiantes.

El problema investigado corresponde al área de Enfermería Pediátrica, específicamente el Autocuidado en Escolares de 13 a 17 años.

Para el funcionamiento del grupo se constituyó una Directiva conformada por: Presidenta, Vicepresidenta, Secretaria, Tesorera, Encargado de revisión bibliográfica.

Para el desarrollo del Seminario-Tesis se contó con la asesoría de las profesoras Cecilia Jara y Nidia Núñez, ambas pertenecientes al Departamento de Enfermería del Niño y Adolescente.

Con ellas se fijaron sesiones semanales; asimismo se efectuaron reuniones sólo de los tesisistas, según lo requería el avance en el proceso investigativo.

### **▪ Revisión bibliográfica**

Con el objetivo de delimitar el problema se realizó una amplia revisión bibliográfica sobre el tema, en forma individual y, a continuación, analizada en grupo. En forma esporádica se siguió revisando bibliografía, a fin de profundizar el marco teórico.

## **DEFINICIÓN DEL UNIVERSO**

El Universo estuvo conformado por escolares de 13 a 18 años que cursaban 8° Básico, 1°, 2° y 3° Medio en 4 colegios (2 municipalizados y 2 particulares subvencionados) de las comunas de Quilpué y Villa Alemana. Los colegios municipalizados fueron: Liceo Técnico Profesional Mary Graham (Villa Alemana) y el Colegio Andrés Bello López (Quilpué). Los particulares subvencionados fueron: Colegio Aconcagua (Quilpué) y Colegio Nacional Santa Ana (Villa Almena).

La inclusión de estos colegios estuvo determinada por la autorización otorgada por los directivos de los establecimientos y la mayor accesibilidad de los tesisistas a ellos.

## **DISEÑO MUESTRAL**

Los criterios de inclusión para los sujetos del estudio fueron:

1. Alumnos regulares asistentes a clases el día de recolección de datos.
2. Alumnos que dieran su consentimiento informado.

Los cuestionarios se aplicaron tomando al azar un 8° Básico, un 1°, un 2° y un 3° Medio en cada uno de los colegios; ello totalizó 486 escolares. Al revisar las respuestas debió eliminarse más del 50% de los cuestionarios por estar incompletos o erróneamente respondidos, lo que se debió principalmente, a la baja comprensión de lectura de los alumnos; ello, a pesar de haber probado el instrumento y modificado los pocos aspectos que ofrecieron dificultad.

Finalmente la muestra quedó constituida por 220 escolares distribuidos como se indica a continuación.

**Tabla N°1. Distribución de escolares de la muestra según Colegio y Sexo**

Curso	Colegios Municipalizados		Colegios Part. Subven.		Total
	Hombre	Mujeres	Hombre	Mujeres	
<b>8° Básico</b>	19	13	14	14	60
<b>1° Medio</b>	9	16	14	13	52
<b>2° Medio</b>	20	14	10	15	59
<b>3° Medio</b>	11	8	15	15	49
<b>Total</b>	60	50	53	57	
<b>Total Final</b>	110		110		220

### **MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para medir las variables del estudio se confeccionó un instrumento consistente en un cuestionario autoinformado que se aplicó en forma colectiva a los escolares de cada uno de los cursos de la muestra. **(ANEXO 4)**

- **Descripción del instrumento**

El cuestionario consta de 8 ítemes con un total de 48 preguntas referidas a:

- I. Datos Personales, Familiares y del Colegio del escolar: 6 preguntas cerradas, de alternativas (N° 1 a 6).
- II. Satisfacción de la necesidad de alimentación: 3 preguntas de alternativas (N° 7 a 9), ésta última constituye una encuesta alimentaria respecto al día anterior.
- III. Satisfacción de la necesidad de actividad física: 3 preguntas de alternativas (N° 10 a 12).
- IV. Satisfacción de la necesidad de recreación: 2 preguntas constituidas por 2 cuadros con alternativas de respuesta (N° 13 y 14).

V. Consumo de tabaco: 6 preguntas de alternativas, la mayoría excluyentes (N° 15 a 20).

VI. Consumo de bebidas alcohólicas: 12 preguntas de alternativas, la mayoría excluyentes (N° 21 a 32).

VII. Consumo de Drogas: 9 preguntas de alternativas excluyentes, y no excluyentes (N° 33 a 41).

VIII. Relaciones Sexuales: 7 preguntas de alternativas excluyentes, y no excluyentes (N° 42 a 48).

▪ **Estudio de confiabilidad del instrumento**

Se efectuó a través de la prueba del instrumento, el cual se aplicó al azar en un 8° Básico de uno de los Colegios del estudio, con 37 escolares presentes ese día. Se probó aplicándolo en las mismas condiciones establecidas para la recolección definitiva.

**Objetivos de la prueba:**

1. Pesquisar preguntas que presenten dificultad a la hora de responderlas.
2. Determinar tiempo promedio para la aplicación del instrumento por curso.
3. Identificar posibles modificaciones con el fin de facilitar la comprensión de las preguntas.
4. Observar reacciones de los escolares durante la prueba para promover un ambiente dinámico favorable.

**La prueba permitió:**

1. Efectuar modificaciones en las preguntas que ofrecían dificultad de comprensión.
2. Determinar tiempo promedio de aplicación por curso, el cual fue de 35 minutos.
3. Conocer comportamiento de los escolares durante la aplicación.

## MÉTODO DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

- **Vaciamiento de datos.**

Para el vaciamiento, tabulación y análisis de los datos se utilizó el programa Microsoft Office 2007 y el programa estadístico SPSS versión 17.

- **Criterios para el análisis de la Información**

Para analizar la variable principal “*Conductas de autocuidado en el escolar*”, con base en el marco teórico se establecieron 3 categorías para la satisfacción de las necesidades: **saludable, poco saludable y muy poco saludable**, considerando lo recomendado para la edad escolar adolescente.

Para las “*conductas de riesgo*” se establecieron 5 categorías: **sin riesgo, bajo riesgo, moderado riesgo, alto riesgo y muy alto riesgo**, considerando aquí precocidad de inicio de la conducta, frecuencia, cantidad de consumo y gravedad del daño especialmente. (ANEXO 5)

Se asignó un porcentaje total de 100 puntos a la medición de la variable, el cual se distribuyó en las distintas categorías según criterios de análisis. (ANEXO 6)

Finalmente, para determinar el **nivel de autocuidado** del escolar se establecieron 5 categorías, tomando como puntaje máximo los 100 puntos asignados a la medición de la variable, lo que se grafica en el siguiente cuadro:

<b>CATEGORIZACION NIVEL DE AUTOCUIDADO</b>	
MUY BUENO	80 a 100 puntos
BUENO	60 a 79 puntos
REGULAR	40 a 59 puntos
DEFICIENTE	20 a 39 puntos
MUY DEFICIENTE	0 a 19 puntos

### **ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO**

Previo a la recolección de los datos debió tramitarse la autorización con los directivos de las respectivas Corporaciones Municipales y de los colegios incluidos en la muestra. Ello a través de cartas y entrevistas con las autoridades educacionales.

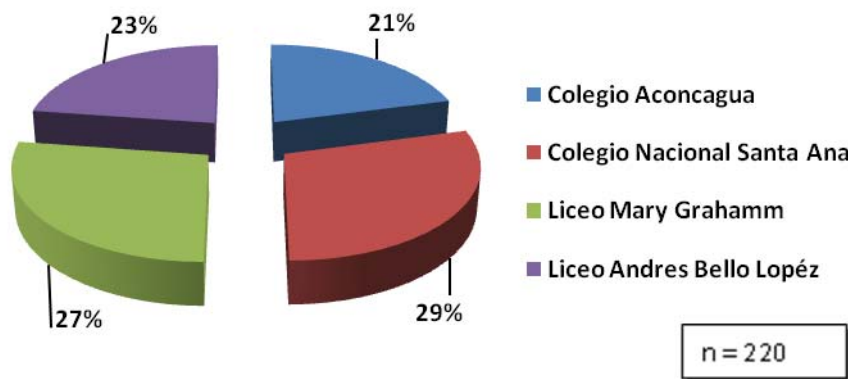
Una vez obtenidas las autorizaciones se tuvieron reuniones en los distintos colegios para calendarizar la aplicación del instrumento en los cursos correspondientes al estudio y también, conocer si se tenía el consentimiento de los padres; lo cual; fue confirmado por los directores.

El periodo de recolección se desarrolló durante los meses de agosto y septiembre del año 2009 y se realizó con la presencia de todos los testistas en cada uno de los establecimientos educacionales que participaron en esta investigación.

**CAPÍTULO 4:**  
**RESULTADOS Y PRESENTACIÓN**  
**EN GRÁFICOS**

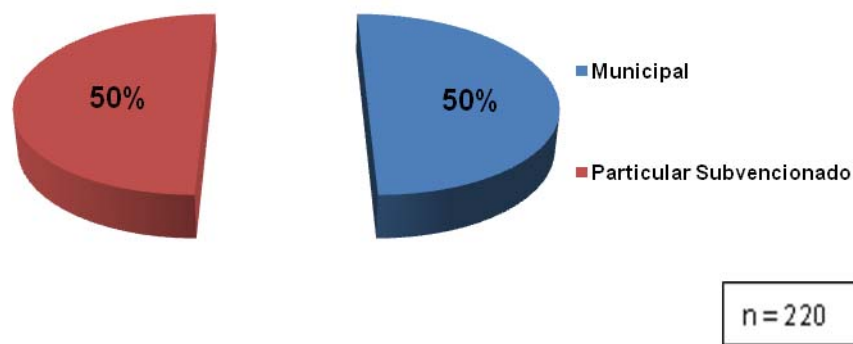
## 1. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

**Gráfico N° 2. Distribución de los escolares por establecimiento educacional**



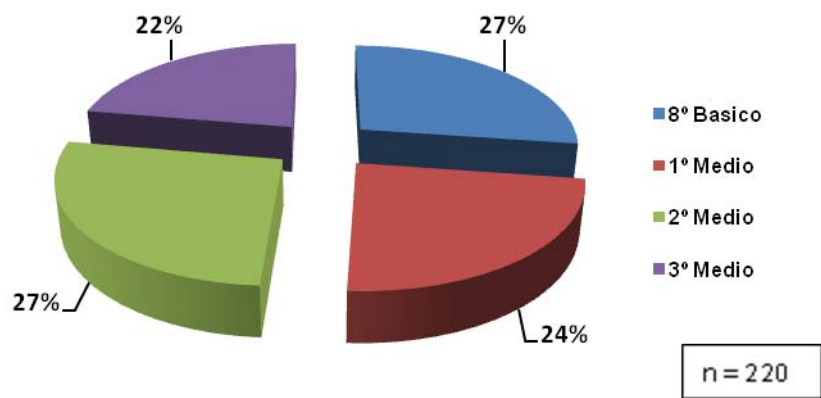
Se observa que los mayores porcentajes de escolares encuestados pertenecen a los colegios Nacional Santa Ana y Liceo Mary Graham.

**Gráfico N° 2. Distribución de los escolares por tipo de establecimiento**



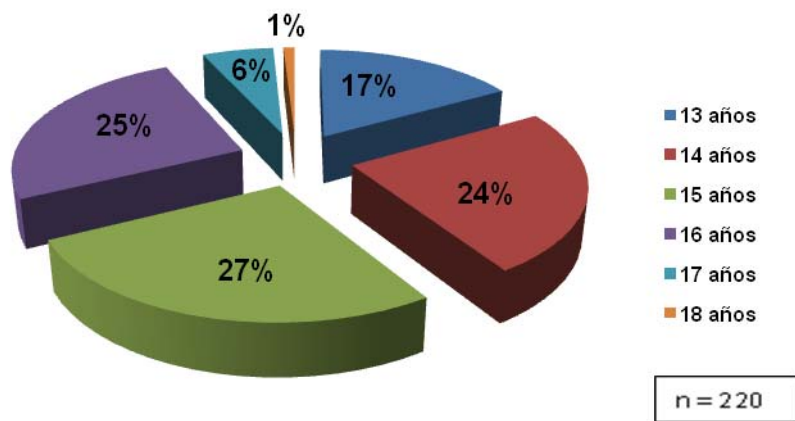
Se aprecia un equilibrio en la distribución de los escolares encuestados en los dos tipos de establecimientos de la muestra.

**Gráfico N° 3. Distribución de los escolares por curso**



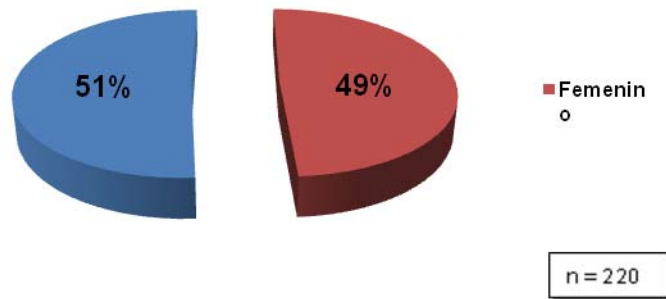
Existe un mayor número de escolares que pertenecen a 8° Básico y a 2° Medio, con un 27% en cada uno de esos cursos.

**Gráfico N° 4. Distribución por edad de los escolares**



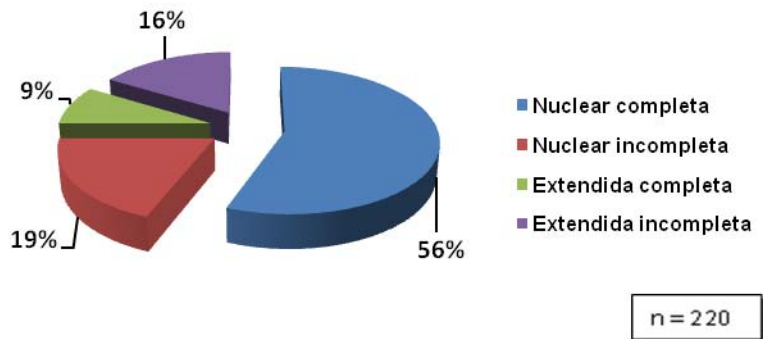
Se observa que los escolares de 13 y 14 años, corresponden al 41% del total de la muestra, y los de 15 a 17 años, suman 58%.

**Gráfico N° 5. Distribución de los escolares por sexo**



Prácticamente la mitad de la muestra se encuentra constituida por mujeres y la otra mitad por hombres.

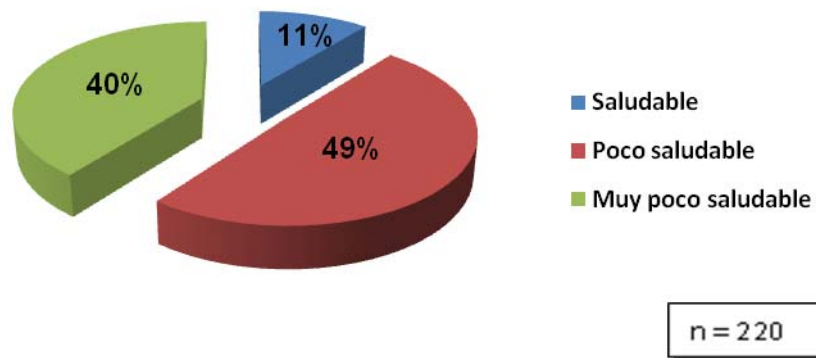
**Gráfico N° 6. Distribución de los escolares por tipo de familia**



El 65% de la muestra está constituida por escolares procedentes de familias completas; es decir, biparentales, cifra muy cercana a la realidad nacional, según la encuesta Casen 2006 el 61,2% de los hogares se encontraban constituidos por familias biparentales. Por otra parte, hay 1/5 de escolares procedentes de familias monoparentales (19%), porcentaje inferior al 25,6% de encuesta Casen 2006 para los hogares que se encontraban constituidos de esta manera. Por último, 1/4 de los escolares provienen de familias extendidas (25%), porcentaje que excede al obtenido por la misma encuesta antes señalada (19,3%).

## 2. SATISFACCIÓN DE NECESIDADES

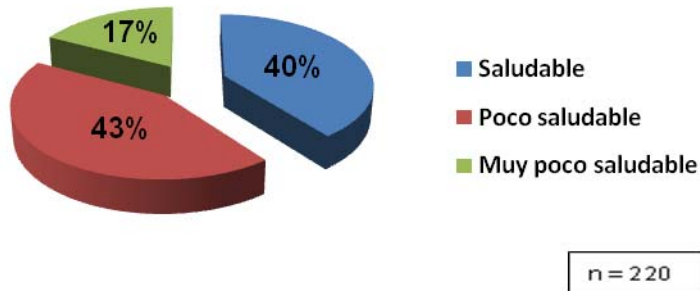
**Gráfico N° 7. Nivel de satisfacción de la necesidad de alimentación en los 220 escolares del estudio (\*)**



Se observa que el 49% de los escolares tienen un tipo de alimentación poco saludable, lo que aumenta la probabilidad en ellos de portar sobrepeso, obesidad u otro problema nutricional con riesgo a futuro de enfermedades cardiovasculares, principalmente. Sorprende que sólo el 11% se alimenta de manera saludable, es decir, tienen una ingesta de alimentos equilibrada de acuerdo a su edad.

*(\*) A continuación todos los gráficos se referirán a los 220 escolares del estudio, con excepción de aquellos que señalan específicamente un **n** diferente.*

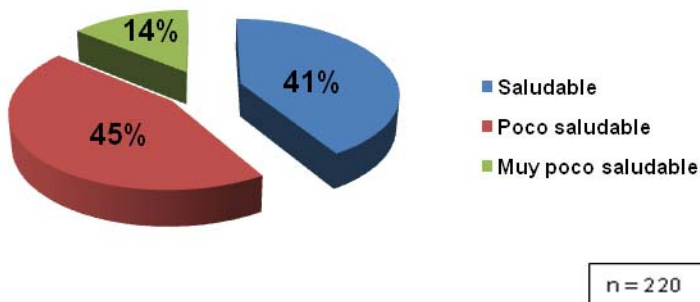
**Gráfico N° 8. Nivel de satisfacción de la necesidad de actividad física**



Más de la mitad de los escolares (60%) presenta una actividad física poco, o muy poco saludable, es decir, insuficiente para su edad, lo que refuerza

hábitos sedentarios. Ello, agregado a las cifras del gráfico anterior, aumenta el riesgo de sobrepeso y obesidad con las conocidas patologías derivadas de éstas; asimismo, las implicancias en el desarrollo de orden psicológico y social. Sin embargo, existe un 40% de los escolares que practican una actividad física saludable; es decir, de acuerdo a lo recomendado para satisfacer esta necesidad y que redonda en una mejor salud.

**Gráfico N° 9. Nivel de satisfacción de la necesidad de recreación**



Llama la atención el porcentaje similar de actividad física saludable (40%) con el de recreación saludable (41%) que presentan los escolares. Ello podría

deberse a que una apropiada recreación en esta edad implica también gasto energético, los resultados indicarían que el 41% de los escolares prefieren recrearse de forma activa y que predominan las actividades con gasto energético. No obstante hay un 14% que elige ocupar su tiempo libre en actividades de escaso gasto energético; es decir, muy poco saludable.

## SATISFACCIÓN DE NECESIDADES SEGÚN ALGUNOS FACTORES DE LOS ESCOLARES DEL ESTUDIO

**Tabla N° 2: Nivel de satisfacción de la necesidad de alimentación en los escolares según tipo de establecimiento**

Alimentación	Tipo de colegio		
	Municipalizado	Particular subvencionado	Total
Saludable	33,3%	66,7%	24
Poco saludable	48,6%	51,4%	109
Muy poco saludable	56,3%	43,7%	87
<b>Total</b>			<b>220</b>

Se observa que la mayoría de los escolares que tienen alimentación saludable pertenecen a colegios particulares subvencionados (66,7%). Esto podría estar relacionado con las características socioeconómicas de los escolares de estos establecimientos educacionales.

**Tabla N° 3: Nivel de satisfacción de la necesidad de actividad física en los escolares según sexo**

Actividad física	Sexo		
	Masculino	Femenino	Total
Saludable	71,3%	28,7%	87
Poco saludable	41,0%	59,0%	95
Muy poco saludable	29,0%	71,0%	38
<b>Total</b>			<b>220</b>

Se observa que la mayoría de los escolares que poseen un nivel muy poco saludable corresponde a mujeres (71%). Esto se debe a que no realizan actividad física por 30 minutos, tres veces a la semana.

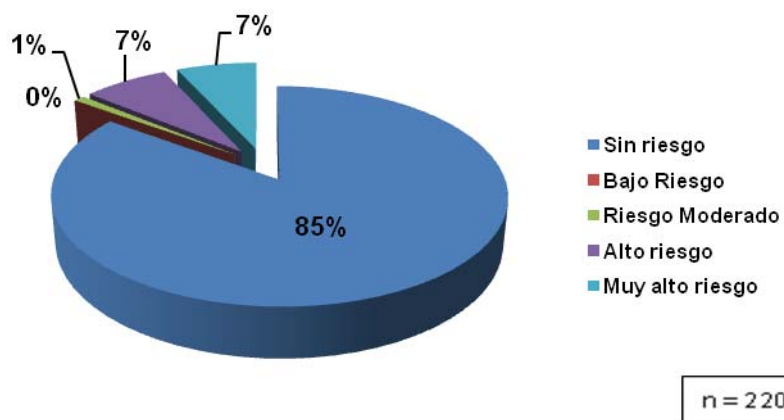
**Tabla N° 4: Nivel de satisfacción de la necesidad de recreación en los escolares según sexo**

Recreación	Sexo		
	Masculino	Femenino	Total
Saludable	55,0%	45,0%	91
Poco saludable	45,9%	54,1%	98
Muy poco saludable	54,8%	45,2%	31
<b>Total</b>			<b>220</b>

Se repite la situación al igual que en la tabla anterior, en que son los hombres quienes presentan un mayor nivel saludable

### 3. CONDUCTAS DE RIESGO

Gráfico N° 10. Nivel de riesgo en la conducta de consumo de tabaco



Se observa que el 15% de los escolares consume o ha consumido tabaco. Pese a que este porcentaje representa una minoría dentro del total de la muestra, impresiona que el 14% de los que consumen, se encuentran en el rango de alto o muy alto riesgo, lo que significa que consumen tabaco desde muy temprana edad o, en grandes cantidades o, de manera frecuente. Estos escolares se encuentran más susceptibles a iniciar el consumo de otras drogas como marihuana, pasta base, cocaína, ya que el consumo de estas sustancias, la mayoría de las veces, se encuentra precedida por consumo de tabaco.

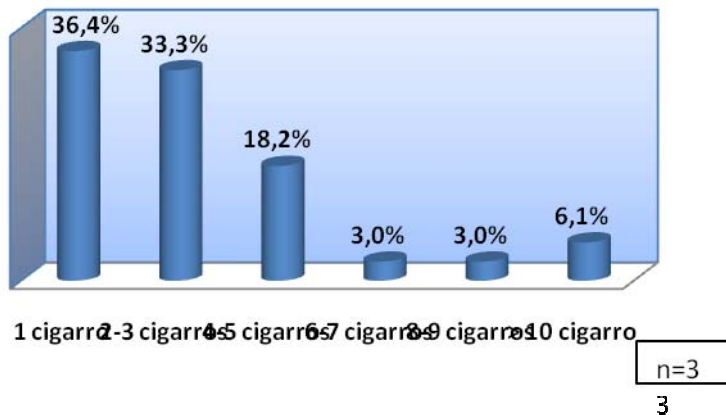
**Gráfico N° 11. Edad de inicio en el consumo de tabaco**



Según CONACE, la edad de inicio del consumo de tabaco en Chile es de 13 años, realidad que se asemeja enormemente a los resultados obtenidos en este estudio, que

describe que el 42,4% de los escolares iniciaron el consumo de tabaco entre los 12 y 13 años. Por haber comenzado a consumir tabaco a temprana edad, estos escolares se encuentran más susceptibles a portar cáncer y patologías respiratorias.

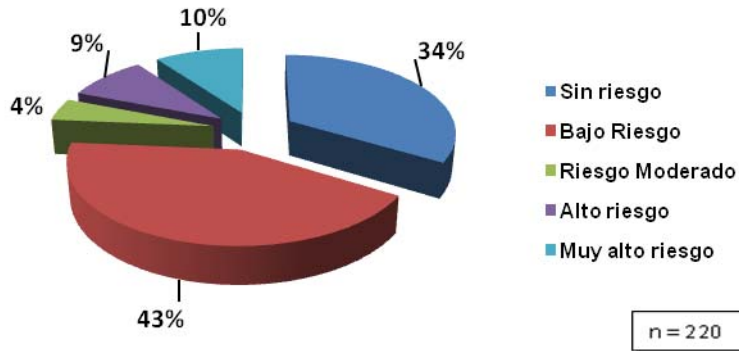
**Gráfico N° 12. Número de cigarrillos que consumen los escolares diariamente**



La mayor tendencia de consumo diario se refleja claramente en aquellos adolescentes que consumen 1 cigarrillo al día y representan el 36,4%, mientras que los que

consumen entre 6 - 7 y 8 - 9 cigarrillos diarios no representan más que el 3% en ambos casos. Según el último estudio de CONACE de consumo nacional de drogas en población escolar en Chile realizado en el año 2007, y tomando como referencia la prevalencia del consumo actual o del último mes, se ve claramente un descenso en el consumo diario de cigarrillos de un 42% a un 35% entre los años 2005 y 2007.

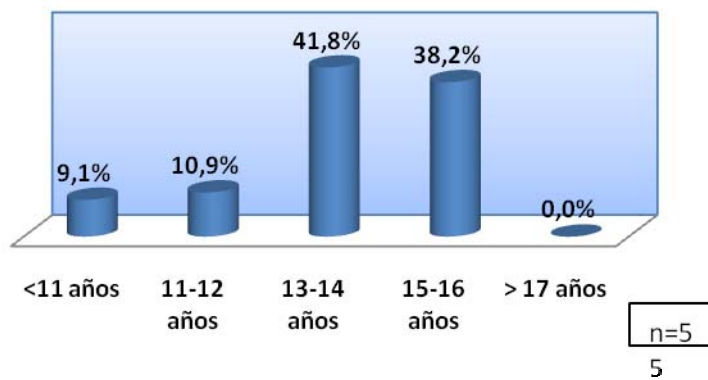
**Gráfico N° 13. Nivel de riesgo en la conducta de consumo de alcohol**



Se observa que la mayoría de los escolares de la muestra (66%), han consumido o, se encuentran consumiendo actualmente alcohol.

Llama la atención que el 19% de la muestra, presenta un alto o muy alto riesgo para esta conducta, lo que indica, principalmente, que consumen alcohol en grandes cantidades, esto, los expone a riesgos como: riñas, accidentes e intoxicaciones; poniendo en juego su salud.

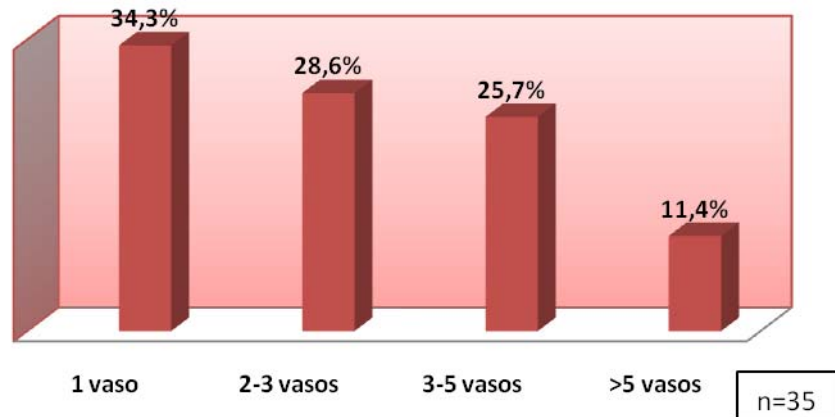
**Gráfico N° 14. Edad de inicio en el consumo de alcohol**



Gran parte de los escolares (41,8%), ha iniciado el consumo de alcohol entre los 13 y 14 años. Si contrastamos este porcentaje con el resultado de la encuesta realizada por CONACE

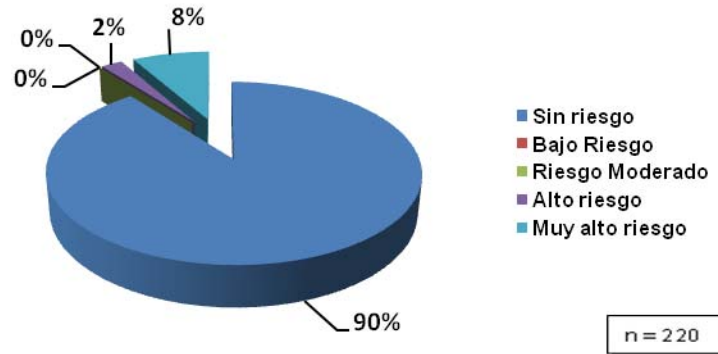
el año 2007, la cual menciona que la edad de inicio de consumo de alcohol corresponde a los 13 años en promedio, se evidencia la relación existente entre ambos estudios. Por otra parte, preocupa que un 9,1% de los escolares ha iniciado la conducta antes de los 11 años, edad que corresponde al inicio de la adolescencia, etapa en la cual los escolares comienzan a buscar nuevas experiencias, situación que puede explicar esta conducta.

**Gráfico N° 15. Número de vasos de alcohol que consumen habitualmente los escolares**

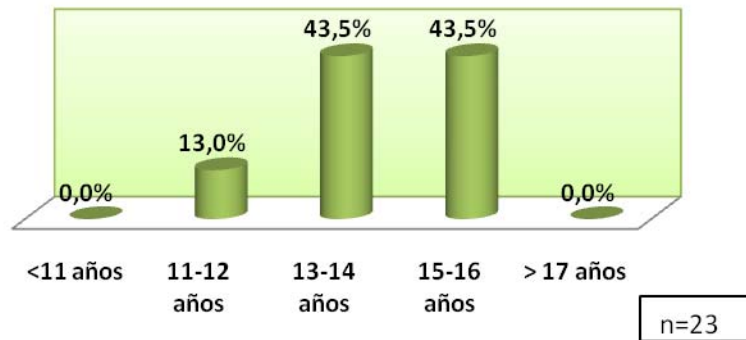


La mayoría de los escolares que consumen alcohol beben 1 vaso de éste habitualmente (34,3%). Los que beben 5 o más vasos corresponden al 11,4%, realidad que se acerca bastante a los resultados obtenidos en el Séptimo Estudio Nacional de drogas en la población escolar de Chile desde 8° Básico a 4° Medio, realizado por el CONACE en el año 2007, el cual arrojó un 12%. Las consecuencias que trae el consumo de alcohol en adolescentes difieren en relación a los adultos, en adolescentes destacan más alteraciones de las relaciones con la familia, compañeros y profesores, bajo rendimiento escolar, agresiones, violencias, alteraciones del orden público y conductas de alto riesgo, como conducir tras haber bebido alcohol, así como actividades sexuales de riesgo que conllevan embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

**Gráfico N° 16. Nivel de riesgo en la conducta de consumo de drogas**

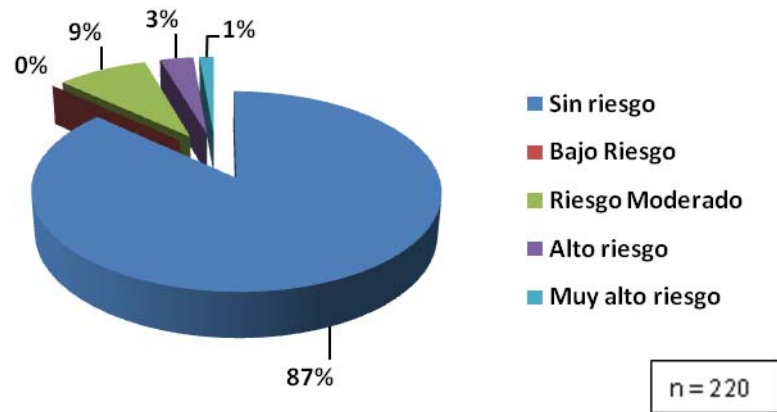


**Gráfico N° 17. Edad de inicio en el consumo de drogas**



Según los gráficos precedentes, se observa que sólo un 10% de los escolares consume drogas (gráfico N° 16), pese a representar un porcentaje menor dentro del total de la muestra, éstos presentan un consumo de alto o muy alto riesgo, lo que significa, que en su mayoría, han iniciado el consumo a temprana edad. Esta situación se refleja en el gráfico 17, del cual se desprende que el 100% de los escolares iniciaron el consumo de drogas antes de los 17 años. De este porcentaje, preocupa que un 13% inició el consumo antes de los 13 años. El promedio de inicio en el consumo de drogas a nivel nacional según el último estudio de CONACE del año 2007, es a la edad de 15 años. En este estudio, el promedio de edad de inicio es de 14 años, o sea, iniciaron el consumo de drogas antes que el promedio Nacional.

**Gráfico N° 18. Nivel de riesgo en la conducta de relaciones sexuales precoces**

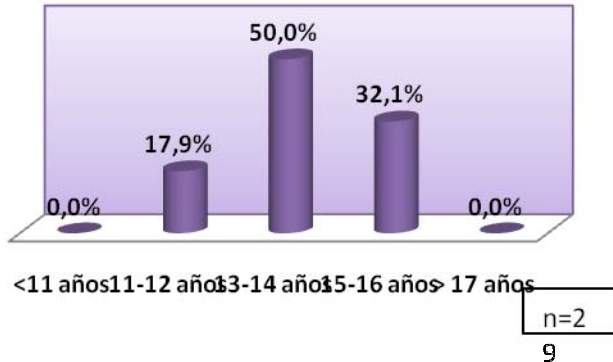


El 13% de los escolares presenta ésta conducta de riesgo, lo que significa que ya se ha iniciado sexualmente.

Se destaca que un 4% de los escolares presenta un alto y muy alto riesgo de la conducta; esto significa que toma precauciones a veces o nunca respectivamente, es decir, pocos adolescentes utilizan métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales, lo que los expone no sólo a contraer un embarazo, sino también, a contagiarse de enfermedades de transmisión sexual.

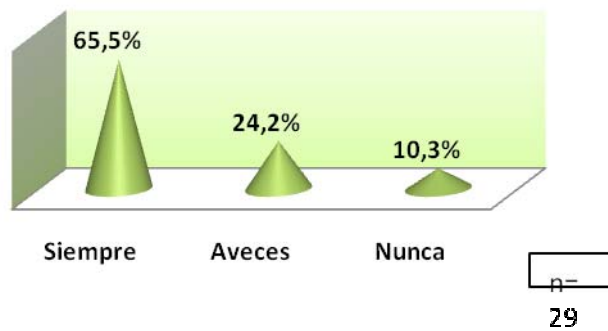
Contrario a lo anterior, la mayoría de los escolares (87%), no presenta esta conducta de riesgo y, por lo tanto, tienen un mayor autocuidado.

**Gráfico N° 19. Edad de inicio en las relaciones sexuales precoces**



En el 67,9% de los escolares que han tenido relaciones sexuales, su inicio ha sido a una edad menor de 15 años, al hacer un contraste con la realidad nacional el inicio promedio para ambos sexos es a los 17 años, lo que significaría que existe una disminución en la edad de inicio de esta conducta. Además, debe destacarse que la mayor concentración de escolares que han iniciado actividad sexual se encuentra entre los 13 y 14 años. Asimismo, llama la atención que existe un 17,9% de los escolares que se ha iniciado sexualmente entre los 11 y 12 años, edad que corresponde al inicio de la adolescencia; esta conducta debiera estar presente al final de esta etapa cuando el adolescente haya logrado mayor madurez física, psicológica y social.

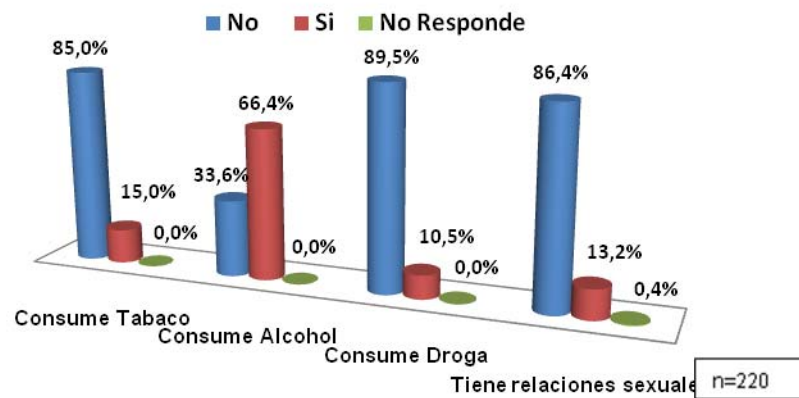
**Gráfico N° 20. Distribución según frecuencia de la toma de precauciones en las relaciones sexuales**



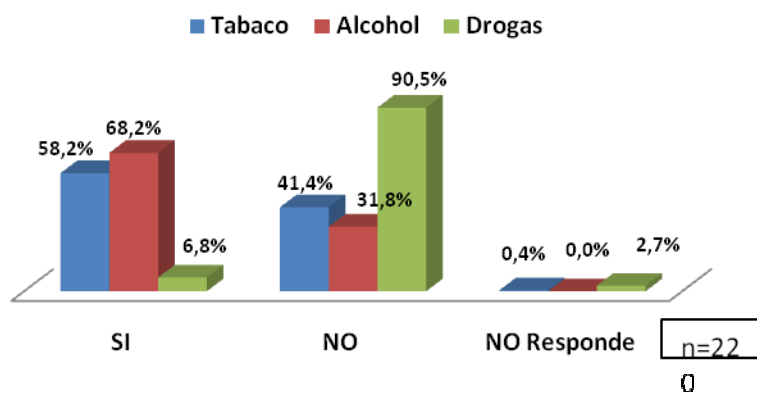
Se observa que el 10,3% de los escolares que tienen relaciones sexuales precoces, nunca toma precauciones, poniéndolos en riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual o un embarazo. El 65,5% siempre

toma precauciones, lo que significa que presentan un nivel mayor de autocuidado, pese a ello, todos tienen riesgos debido a las implicancias que conlleva esta conducta, como por ejemplo, contraer un embarazo no deseado.

**Gráfico N° 21. Distribución según las cuatro conductas de riesgo presentes en los escolares**



**Gráfico N° 22. Presencia de tres conductas de riesgo de consumo en las familias de los escolares**



Según las tres conductas de riesgo estudiadas en ambos gráficos, destaca que el consumo de alcohol representa la mayor incidencia, tanto en

los escolares del estudio (gráfico N° 21), como en sus familias (gráfico N° 22), lo que representa el 66,4% y el 68,2% respectivamente. Podemos decir, entonces, que las

conductas familiares se reflejan en el actuar de los hijos, o sea, ésta pasa a ser el modelo de los escolares en cuanto a las conductas de riesgo estudiadas.

Esta situación se reafirma al analizar ambos gráficos en relación al consumo de drogas, ya que la conducta se presenta en el 10,5% de los escolares y en las familias, pese a presentarse en un porcentaje menor ( 6,8% ), éstos son bastante cercanos.

## CONDUCTAS DE RIESGO SEGÚN ALGUNOS FACTORES DE LOS ESCOLARES DEL ESTUDIO

**Tabla N° 5: Nivel de riesgo en la conducta de consumo de tabaco en escolares según edad**

Tabaco	Edad						Total
	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	
<b>Sin riesgo</b>	18,2%	25,7%	26,2%	25,7%	3,7%	0,5%	187
<b>Bajo Riesgo</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0
<b>Riesgo Moderado</b>	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	2
<b>Alto riesgo</b>	12,5%	12,5%	25,0%	31,2%	18,8%	0,0%	16
<b>Muy alto riesgo</b>	6,7%	20,0%	33,3%	20,0%	20,0%	0,0%	15
<b>Total</b>							<b>220</b>

Los escolares de 15 años presentan un mayor porcentaje de consumo de tabaco en nivel de muy alto riesgo, mientras que a medida que se acercan a las edades extremas, este porcentaje disminuye, lo cual podría deberse a la menor cantidad de escolares en dichas edades.

**Tabla N° 6: Nivel riesgo en la conducta de consumo de tabaco en escolares según tipo de establecimiento**

Tabaco	Tipo de colegio		Total
	Municipalizado	Particular subvencionado	
<b>Sin riesgo</b>	46,5%	53,5%	187
<b>Bajo Riesgo</b>	0,0%	0,0%	0
<b>Riesgo Moderado</b>	100,0%	0,0%	2
<b>Alto riesgo</b>	62,5%	37,5%	16
<b>Muy alto riesgo</b>	73,3%	26,7%	15
<b>Total</b>			<b>220</b>

Se observa que la mayoría de los escolares que poseen un alto o muy alto riesgo, pertenecen a establecimientos educacionales municipalizados

**Tabla N° 7: Nivel de riesgo en la conducta de consumo de alcohol en escolares según sexo**

Alcohol	Sexo		
	Masculino	Femenino	Total
<b>Sin riesgo</b>	56,8%	43,2%	74
<b>Bajo Riesgo</b>	50,0%	50,0%	94
<b>Riesgo Moderado</b>	40,0%	60,0%	10
<b>Alto riesgo</b>	20,0%	80,0%	20
<b>Muy alto riesgo</b>	68,2%	31,8%	22
<b>Total</b>			<b>220</b>

Se observa que los que poseen un muy alto riesgo para esta conducta corresponden, mayoritariamente, a varones (68,2%).

**Tabla N° 8: Nivel de riesgo en la conducta de consumo de alcohol en escolares según tipo de establecimiento**

Alcohol	Tipo de colegio		Total
	Municipalizado	Particular subvencionado	
<b>Sin riesgo</b>	52,7%	47,3%	74
<b>Bajo Riesgo</b>	50,0%	50,00%	94
<b>Riesgo Moderado</b>	50,0%	50,00%	10
<b>Alto riesgo</b>	30,0%	70,00%	20
<b>Muy alto riesgo</b>	59,1%	40,9%	22
<b>Total</b>			<b>220</b>

No existen diferencias entre establecimientos municipalizados y particulares subvencionados al considerar los niveles de alto riesgo y muy alto riesgo.

**Tabla 9: Nivel de riesgo en la conducta de consumo de drogas en escolares según sexo**

Drogas	Sexo		
	Masculino	Femenino	Total
<b>Sin riesgo</b>	48,7%	51,3%	197
<b>Bajo Riesgo</b>	0,0%	0,0%	0
<b>Riesgo Moderado</b>	0,0%	0,0%	0
<b>Alto riesgo</b>	80,0%	20,0%	5
<b>Muy alto riesgo</b>	66,7%	33,3%	18
<b>Total</b>			<b>220</b>

Se observa que la mayoría de los escolares que poseen un alto y muy alto riesgo corresponden a hombres con un 80% y un 66,7% respectivamente.

**Tabla 10: Nivel de riesgo en la conducta de consumo de drogas en escolares según tipo de establecimiento**

Drogas	Tipo de colegio		
	Municipalizado	Particular subvencionado	Total
<b>Sin riesgo</b>	47,7%	52,3%	197
<b>Bajo Riesgo</b>	0,0%	0,0%	0
<b>Riesgo Moderado</b>	0,0%	0,0%	0
<b>Alto riesgo</b>	40,0%	60,0%	5
<b>Muy alto riesgo</b>	77,8%	22,2%	18
<b>Total</b>			<b>220</b>

Se observó que la mayoría de los que presentan un nivel de muy alto riesgo, pertenecen a establecimientos educacionales municipalizados (77,8%).

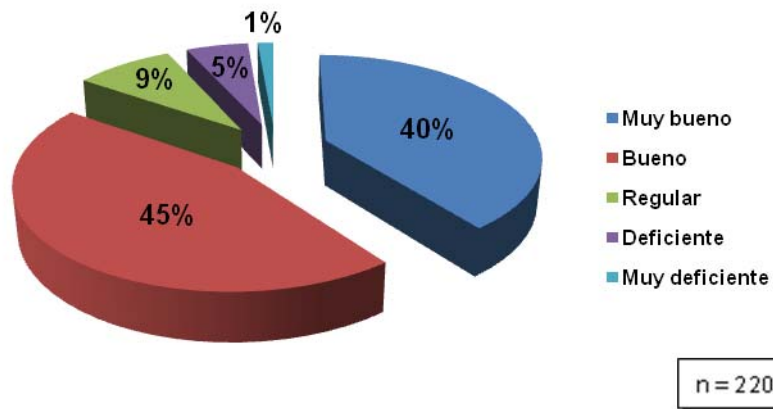
**Tabla 11: Nivel de de riesgo en la conducta de sexualidad precoz en escolares según tipo de establecimientos**

Sexualidad	Tipo de colegio		
	Municipalizado	Particular subvencionado	Total
<b>Sin riesgo</b>	47,6%	52,4%	191
<b>Bajo Riesgo</b>	0,0%	0,0%	0
<b>Riesgo Moderado</b>	63,2%	36,8%	19
<b>Alto riesgo</b>	71,4%	28,6%	7
<b>Muy alto riesgo</b>	66,7%	33,3%	3
	<b>Total</b>		<b>220</b>

Llama la atención que en los establecimientos educacionales municipalizados hay un mayor porcentaje de escolares que presentan un nivel de riesgo alto o muy alto en comparación con establecimientos particulares subvencionados.

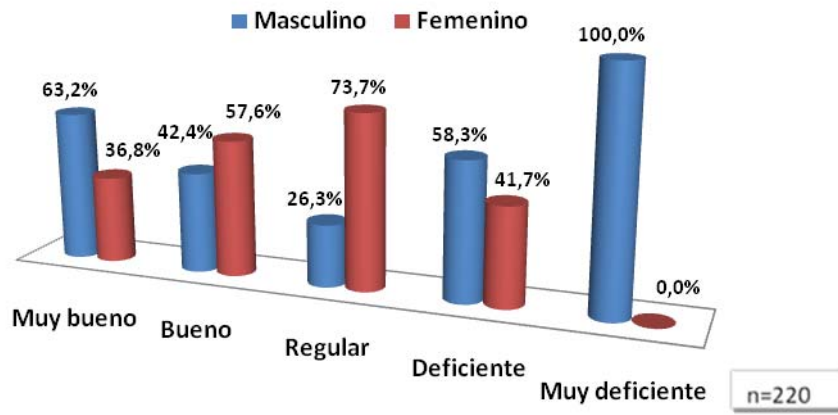
## 6. NIVEL DE AUTOCUIDADO

Gráfico N° 23. Nivel de autocuidado en los escolares



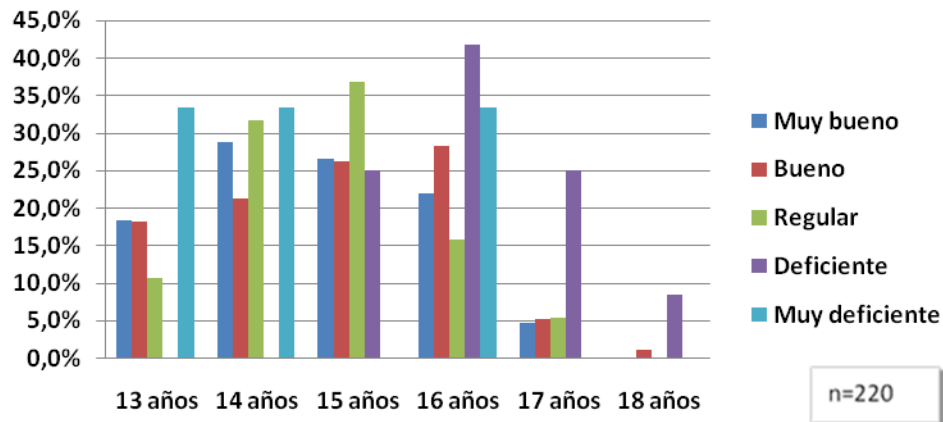
Se observa que un 6% de los escolares de la muestra tienen un nivel de autocuidado deficiente o muy deficiente. Esto se debe a que no tienen satisfechas sus necesidades adecuadamente y a que presentan conductas riesgosas. Tal es el caso de la alimentación, en la cual el 40% de los escolares de la muestra se encuentra en la categoría de muy poco saludable (gráfico N° 7). Con respecto a la presencia de conductas riesgosas, la que más destaca es el consumo de alcohol, ya que en ésta encontramos un 19% de escolares en la categoría de alto o muy alto riesgo (gráfico N°13).

**Gráfico N° 24. Nivel de autocuidado de los escolares según sexo**



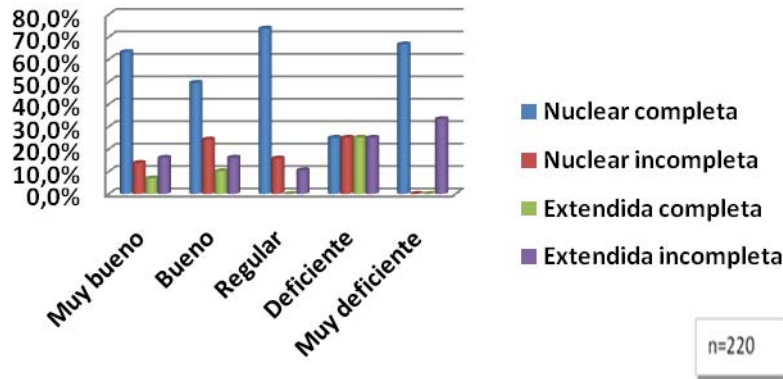
Se observa que la mayoría de los escolares que posee un nivel de autocuidado deficiente o muy deficiente corresponde a hombres. Esta situación se manifiesta claramente en el consumo de alcohol (tabla N° 7), donde los que poseen un muy alto riesgo corresponden mayoritariamente a este sexo (68,2%).

**Gráfico N° 25. Nivel de autocuidado de los escolares según edad**



Llama la atención que en el nivel deficiente de autocuidado sobresalen los escolares de 16 años, mientras que en el resto de los niveles no se observa gran diferencia entre las edades.

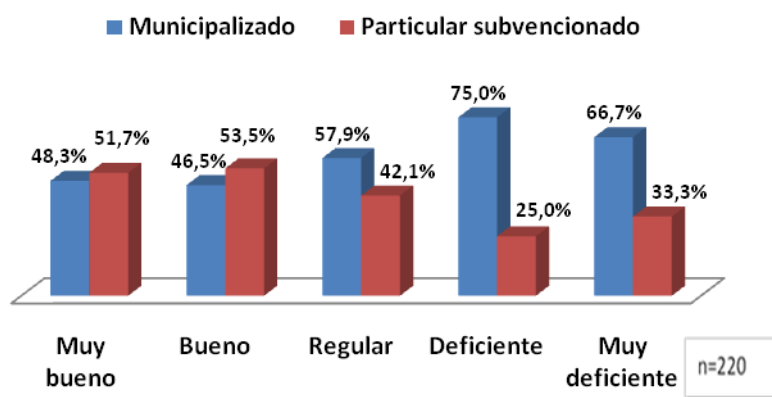
**Gráfico N° 26. Nivel de autocuidado de los escolares según tipo de familia**



Se observa que la familia nuclear completa sobresale en la mayoría de los niveles de autocuidado, esto sucede debido a que gran parte de los

escolares de la muestra pertenece a este tipo de familia, arrastrando los resultados. Sin embargo, llama enormemente la atención que esto no ocurra en el nivel de autocuidado deficiente, el cual se distribuye en forma equitativa, correspondiendo a 25% en todos los tipos de familia.

**Gráfico N° 27. Nivel de autocuidado de los escolares según tipo de establecimiento educacional**



Llama la atención que los porcentajes de escolares que poseen un nivel de autocuidado muy bueno o bueno son prácticamente iguales entre

ambos tipos de establecimientos educacionales. A diferencia de esto, se observa que aquellos que poseen un nivel de autocuidado deficiente o muy deficiente, se encuentran concentrados principalmente, en escolares de nivel socioeconómico bajo.

**CAPÍTULO 5:  
DISCUSIÓN, RESUMEN Y  
RECOMENDACIONES**

## **CONCLUSIONES**

### **Satisfacción de necesidades**

Se detectó que prácticamente la mitad de los escolares se alimenta de manera muy poco saludable, situación que no tiene diferencias importantes según el sexo y la edad de ellos. Por el contrario, se encontró diferencia en el nivel de alimentación de escolares de colegios municipalizados y particulares subvencionados, ya que en los últimos existen más escolares que se alimentan de manera saludable y, a la vez, existen menos que lo realizan de manera muy poco saludable. Ello los puede llevar a portar sobrepeso, obesidad u otro problema nutricional con riesgo, a futuro, de enfermedades cardiovasculares.

En cuanto a la necesidad de actividad física, se detectó una diferencia importante con respecto al sexo, ya que la mayoría de los escolares que poseen un nivel saludable corresponden a varones. Resultados similares se observaron en la necesidad de recreación, lo que podría deberse a las características diferentes por género.

### **Conductas riesgosas**

Pese a que el 85% de los escolares no consumen tabaco ni lo han probado, preocupa que del 15% restante, prácticamente el 94% presenta un alto o muy alto riesgo para la conducta, lo que quiere decir, principalmente, que consumen gran cantidad de cigarrillos al día. Los escolares que se encuentran en aquellos niveles de riesgo poseen, en su mayoría, 15 o 16 años y en cuanto al tipo de establecimiento educacional, los más altos porcentajes se observaron en los municipalizados.

Continuando con las conductas de riesgo, se observó que en cuanto al consumo de alcohol, el 66% lo ha iniciado y de ellos, mayoritariamente, los hombres presentan un muy alto riesgo (68,2%). Con respecto al tipo de establecimiento educacional al que pertenecen los escolares, no se observan diferencias relevantes en los niveles de riesgo.

En cuanto al consumo de drogas, el 10% de la muestra presenta la conducta, y existe diferencias importantes con respecto a la distribución de ellos según sexo, ya que en el nivel de muy alto riesgo, se encuentran mayoritariamente hombres (80%). Con respecto al tipo de establecimiento educacional, se observó que la mayoría de los que presentan un nivel de muy alto riesgo, pertenecen a establecimientos educacionales municipalizados (77,8%).

En cuanto a los niveles de riesgo en la conducta de relaciones sexuales precoces, llama la atención que en los establecimientos educacionales municipalizados hay un mayor porcentaje de escolares que presentan un nivel de riesgo alto o muy alto en comparación con establecimientos particulares subvencionados.

Al analizar las 4 conductas de riesgo estudiadas, se observó que la única que se encuentra presente en la mayoría de los escolares corresponde al consumo de alcohol, ya que cada una de las 3 conductas restantes no representan más de un 15% de la muestra.

Resulta indispensable abordar las conductas de riesgo en conjunto, lo que refleja los distintos niveles de autocuidado que poseen los escolares del estudio. Podemos decir entonces, que quienes poseen un nivel muy bueno de autocuidado, en su mayoría, son hombres y en cuanto a esta conducta no existen diferencias importantes con respecto a la edad, pero sí, con respecto al establecimiento educacional, ya que la mayoría de los escolares que tienen un nivel de autocuidado deficiente y muy deficiente pertenecen a colegios municipalizados.

Finalmente no podemos olvidar la influencia que tiene la familia en la presencia de las conductas de riesgo, ya que se observó que aquellas que se encuentran presentes en los familiares con quienes viven los escolares de la muestra, se repiten en porcentajes muy similares, inclusive, en algunas de ellas de manera casi exacta, en los escolares.

Esta situación resulta ser un reflejo de la importancia que tiene que las familias posean conductas saludables con el fin de que los descendientes, instauren para sus vidas este modelo y no uno que pudiese ser perjudicial para su salud.

## **RECOMENDACIONES**

A continuación se presentan recomendaciones orientadas a aumentar el autocuidado en los escolares y pesquisar precozmente los riesgos a los que están expuestos.

### **A nivel Nacional:**

- Instaurar programas de intervención a nivel de atención primaria en salud del escolar para controlar la exposición a factores de riesgo y la formación en el autocuidado, incentivando la práctica de este último.

### **A nivel Comunitario:**

- Que los Establecimientos Educativos trabajen junto a las familias en la instauración de medidas saludables y prevención de factores de riesgo. Basado en la importancia del modelo que la familia constituye para sus hijos (ratificado en el presente estudio).
- Dar a conocer los resultados de la investigación a los Establecimientos Educativos que participaron en el estudio con el fin de estimular la creación de proyectos a nivel local en lo referido a autocuidado y exposición a factores de riesgo.

### **A nivel de Pregrado y Postgrado**

- Se sugiere a los futuros seminaristas de tesis realizar una investigación más exhaustiva sobre el tema aquí expuesto, pero con una muestra de 1000 niños de tipo probabilística con error de muestreo.

## RESUMEN

¿Qué nivel de autocuidado tienen los escolares?, esta interrogante nos llevó a realizar un estudio descriptivo cuantitativo, el cual tuvo como objetivos generales: describir las conductas de autocuidado en escolares adolescentes basándose en la teoría de Dorothea Orem, para lo cual se consideró la satisfacción de 3 necesidades: alimentación, actividad física y recreación, y presencia de 4 conductas de riesgo; además, identificar algunos factores personales y familiares de los sujetos del estudio.

Se utilizó una muestra de conveniencia conformada por 220 escolares entre 13 y 18 años de 4 colegios (2 municipalizados y 2 particulares subvencionados) de las comunas de Quilpué y Villa Alemana. A ellos se aplicó un cuestionario autoinformado, previa autorización de los colegios y consentimiento informado de padres y escolares.

Los resultados mostraron que respecto a la satisfacción de necesidades, gran parte de la muestra se encuentra en la categoría de poco saludable, alcanzando en cada una de ellas un porcentaje cercano al 50%. En las conductas de riesgo, se observó que la única que estuvo presente en la mayoría de los escolares fue el consumo de alcohol (66,4%), mientras que cada una del resto de las conductas analizadas, no supera el 15% de la muestra.

Finalmente, el estudio reveló que en el nivel de autocuidado el 85% de la muestra se encuentra en la categoría de bueno o muy bueno, mientras que sólo un 6% presenta un nivel deficiente o muy deficiente, lo cual podría deberse a las características de la muestra y a que la presencia de tres conductas de riesgo fue baja en los escolares de la investigación.



# **PÁGINAS COMPLEMENTARIA**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) BAHAMONDES, M. Crecimiento y desarrollo del adolescente. [Apunte] Universidad Valparaíso, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Cátedra Enfermería del niño y adolescente I. [2008]. 1 p.
- (2) BAHAMONDES, M. Crecimiento y desarrollo del adolescente. [Apunte] Universidad Valparaíso, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Cátedra Enfermería del niño y adolescente I. [2008]. 2 p.
- (3) BAHAMONDES, M. Crecimiento y desarrollo del adolescente. [Apunte] Universidad Valparaíso, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Cátedra Enfermería del niño y adolescente I. [2008]. 3 p.
- (4) BAHAMONDES, M. Crecimiento y desarrollo del adolescente. [Apunte] Universidad Valparaíso, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Cátedra Enfermería del niño y adolescente I. [2008]. 3 p.
- (5) TAYLOR, S. Dorothea E. Orem, La teoría enfermera del déficit de autocuidado. En: MARRINER, A. y RAILE, M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. España. Elsevier, 2003, 196 p.
- (6) TAYLOR, S. Dorothea E. Orem La teoría enfermera del déficit de autocuidado. En: MARRINER, A. y RAILE, M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. España. Elsevier, 2003, 196 p.
- (7) BAHAMONDES, M. Crecimiento y desarrollo del adolescente. [Apunte] Universidad Valparaíso, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Cátedra Enfermería del niño y adolescente I. [2008]. 7 p.
- (8) FLORENZANO, R. Conductas de riesgo y factores protectores. [en línea] Curso salud y desarrollo del adolescente, modulo 4, lección 16

<<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion16/M4L16leccion2.html>> [consulta: 2 octubre 2008].

- (9) FLORENZANO, R. Conductas de riesgo y factores protectores. [en línea] Curso salud y desarrollo del adolescente, modulo 4, lección, 16

<<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion16/M4L16leccion2.html>> [consulta: 2 octubre 2008].

- (10) MOLINA, R., SANDOVAL J., GONZÁLEZ E. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. España. Mediterráneo, 2003. 102 p.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. ZUBAREW, T., ROMERO M., POBLETE F. Adolescencia: Promoción, Prevención y Atención de Salud. Universidad Católica de Chile, 2003. pp. 221 – 224.
2. SMELTZER, S y BORE, B. Enfermería médicoquirúrgica de Brunner y Suddarth. 9ª ed. México. McGraw Hill Interamericana, 2002, volumen I.
3. TAYLOR, S. Dorothea E. Orem La teoría enfermera del déficit de autocuidado. En: MARRINER, A. y RAILE, M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. España. Elsevier, 2003, pp. 189 – 201.
4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). PINEDA E., ALVARADO E., CANALES F. Metodología de investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud. Paltex .1994, pp. 1 – 44.
5. PAPALIA, D., WENDKOS S., DUSKIN R. Psicología del desarrollo. 8ª ed. Colombia. McGraw Hill, 2001, pp. 594 – 610.
6. UNICEF. La supervisión de salud del niño y adolescente. Chile. Mediterráneo, 2000, pp. 134 – 137.
7. CRAIG, G. Adolescencia: Desarrollo de la Personalidad y Socialización. 8ª ed. México. Pearson education SA, 2001. pp. 375 – 407.
8. MOLINA R., SANDOVAL J., GONZÁLEZ E. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Mediterráneo, 2003. pp. 4 – 17, 24 – 39, 102 – 106, 415 – 427, 769 – 782.
9. FLORENZANO, R. y VALDÉS M. El adolescente y sus conductas de riesgo. 3ª ed. Ediciones universidad católica de Chile, 2005, pp. 99 – 112.
10. SANTROCK, John W. Desarrollo infantil. 11ª ed. Colombia. McGrawHill, 2001. pp. 39 – 44, 223 – 224.

11. PSICOPEDAGOGÍA. [en línea]  
<<http://www.psicopedagogia.com/definicion/recreacion>>  
[consulta: 05 julio 2009].
12. GOBIERNO DE CHILE, INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD,  
Quinta encuesta nacional de la juventud. [en línea]  
<<http://www.injuv.gob.cl/pdf/quintaencuestanacionaldejuventud.pdf>> [consulta:  
13 agosto 2009].
13. FLORENZANO, R. Conductas de riesgo y factores protectores. [en línea] Curso  
salud y desarrollo del adolescente, modulo 4, lección 16  
<[http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion16/M4L16leccion  
2.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion16/M4L16leccion2.html)> [consulta: 2 octubre 2008].
14. DEVAUD, N. y SPOTORN Á. Medicina evolutiva del desarrollo puberal.  
[en línea] Revista. Chilena. Pediatría. Julio 2004. Volumen 75, número 4.  
<[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=50370-  
41062004000400010&Ing=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50370-41062004000400010&Ing=es&nrm=iso)> [Consulta: 03 octubre 2008].
15. CATTANI, A. Pubertad normal. [en línea]  
<<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/Pubertad.html>>  
[consulta: 2 noviembre 2008].
16. GONZÁLEZ, L. y BERGER K. Consumo de tabaco en adolescentes: factores de  
riesgo y factores protectores [en línea] Ciencia y enfermería. Diciembre 2002.  
Volumen 8, número 2.  
<[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0177-95532002000200004 &script =sci  
\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0177-95532002000200004&script=sci_arttext)> [consulta: 3 mayo 2009].

17. VALDIVIA, G., SIMONETTI F., CUSMILLE P., RAMIREZ V., HIDALGO C., PALMA B., CARRASCO J. Consumo de tabaco en población menor de 18 años: estudio de prevalencia en escolares de Chile [en línea]. Revista médica de Chile. Febrero 2004. Volumen 132, número 2.  
<[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000200006](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000200006&script=sci_arttext)  
&script=sci\_arttext> [consulta: 17 julio 2009].
18. GOBIERNO DE CHILE, CONACE. Séptimo estudio nacional de drogas en población escolar de Chile, 2007, 8° básico a 4° medio, informe de principales resultados [en línea]  
<[http://www.conace.cl/inicio/pdf/informe\\_ejecutivo\\_Estudio\\_Escolares\\_Conace\\_2007\\_16-06-2008.pdf](http://www.conace.cl/inicio/pdf/informe_ejecutivo_Estudio_Escolares_Conace_2007_16-06-2008.pdf)> [consulta: 13 Septiembre 2009].
19. GUMUCIO, M. Desarrollo Psicosocial y Psicosexual en la Adolescencia. [en línea] Curso salud y desarrollo del adolescente. Modulo I, lección 2  
<<http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion02/M1L2leccion.html>> [consulta: 11 noviembre 2008].
20. ECHAGUEZ, L. La salud en la adolescencia y las tareas de los servicios de salud. [en línea]  
<<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple11.html>>  
[consulta: 12 noviembre 2008].
21. GOBIERNO DE CHILE. Guía educativa para una vida saludable guías alimentarias, actividad física y tabaco. [en línea]  
<[http://www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosynutricion/estrategiaintervencion/guia\\_educativa\\_vida\\_saludable\\_fisica\\_tabaco.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosynutricion/estrategiaintervencion/guia_educativa_vida_saludable_fisica_tabaco.pdf)>  
[consulta: 14 de julio del 2009].
22. AZNAR, L. Actividad física en la adolescencia. [en línea]  
<<http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf>> [consulta: 10 julio 2009].

23. GUZMAN, P. La salud del niño en edad escolar. [en línea] <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/SaludEsc.html>> [consulta: 12 agosto 2009].
24. TABOURNE, C. La recreación: necesidades y beneficios a lo largo de la vida. [en línea] <<http://psicoeducativa.wordpress.com/2008/01/05/la-recreacion-necesidades-y-beneficios-a-lo-largo-de-la-vida/>> [consulta: 13 agosto 2009].
25. HENRIQUEZ, M. Uso del tiempo libre en la adolescencia. [en línea] <[http://www.sochipe.cl/nueva/html/estetoscopio/7-6/7\\_6\\_adolescencia.htm](http://www.sochipe.cl/nueva/html/estetoscopio/7-6/7_6_adolescencia.htm)> [consulta: 13 agosto 2009].
26. JARA, C. Taller aplicación teorías del desarrollo en el adolescente. [Apunte] Universidad Valparaíso, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Cátedra Enfermería del niño y adolescente I [2008].
27. BAHAMONDES, M. Crecimiento y desarrollo del adolescente. [Apunte] Universidad Valparaíso, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Cátedra Enfermería del niño y adolescente I. [2008].
28. ORELLANA, R. La familia. [Clase] Universidad Valparaíso, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Cátedra Enfermería familiar y comunitaria I. [2004].
29. MONDACA, Marcela. Teoría de enfermería en la valoración familiar [Diapositivas] Universidad Valparaíso, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Cátedra Enfermería familiar y comunitaria III. [2009], 44 diapositivas.
30. MINISTERIO DE SALUD. Estrategia global contra la obesidad (Ego-Chile). Santiago de Chile.
31. MINISTERIO DE SALUD. II Encuesta de calidad de vida y salud Chile 2006. Santiago de Chile
32. MINISTERIO DE SALUD. Guía de alimentación del niño(a) menor de 2 años, guía de alimentación hasta la adolescencia. Santiago de Chile, 2005.

33. BRIDA, V. y ROJAS P. Tabaco en adolescentes. Parte I: Epidemiología [en línea] <<http://www.medicinafamiliaruc.cl/html/articulos/184.html>> [consulta: 28 Septiembre 2009].
34. BRIDA, V, ROJAS P Tabaco en adolescentes parte II [en línea] <<http://www.medicinafamiliaruc.cl/html/articulos/185.html>> [consulta: 11 septiembre 2009].

## ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO APODERADO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Valparaíso, ..... de ..... del 2009

Yo, ....., apoderado del alumno (a) ..... que actualmente cursa ..... Año de Enseñanza ..... en el establecimiento educacional ..... autorizo a mi pupilo, participar en la investigación realizada por un grupo de alumnos tesistas pertenecientes a IV año de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

Tengo en mi absoluto conocimiento que para realizar dicha investigación, los alumnos entregaran un cuestionario anónimo que abarca temas como *alimentación, actividad física, recreación, consumo de alcohol, tabaco y drogas, y sexualidad en los escolares*. También doy testimonio que estoy informado (a) del derecho de mi hijo (a) a retirarse de la investigación en el momento que desee sin sufrir repercusión alguna y también a no responder una determinada pregunta si no lo desea.

Reconozco que los datos obtenidos en este estudio son estrictamente confidenciales y que se recopilan solo con fines investigativos.

Totalmente informado (a) acepto la participación de mi hijo (a).

.....

**Firma**

## ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO ALUMNO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Valparaíso, ..... de ..... del 2009.

Yo, ..... deseo participar en la investigación que están haciendo los alumnos tesistas de IV año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

El alumno tesista me ha explicado en qué consiste la investigación, ha dado respuesta a todas mis dudas y me ha indicado como responder el cuestionario.

Entiendo que mi participación es totalmente anónima y voluntaria, y que puedo retirarme de esta investigación en el momento que lo desee sin que esto traiga ninguna repercusión negativa para mí, y que los datos obtenidos son de total confidencialidad y sólo son recopilados con fines investigativos.

Estoy totalmente de acuerdo con participar de la investigación.

.....

**Firma**

## **ANEXO 3: INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO**

### **INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO**

#### **Aspectos Generales**

El instrumento será aplicado por alumnos de 4° año de Enfermería, de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, de la Universidad de Valparaíso, los cuales conforman el grupo de seminario de tesis.

El instrumento será aplicado a escolares entre 8° Básico y 3° Medio de establecimientos educacionales particulares subvencionados y municipalizados de las comunas de Villa Alemana y Quilpué. Será aplicado a la totalidad de los alumnos presentes en cada uno de los cursos seleccionados.

En aquellos establecimientos que tengan más de un curso por nivel, se le aplicará el instrumento solo a uno de ellos, el cual será elegido al azar o, por disponibilidad horaria de los mismos.

Los alumnos tesistas se presentarán en los establecimientos seleccionados el día acordado con las autoridades, con uniforme de comunidad y con piocha de identificación. Llegarán 15 minutos antes del horario acordado con el director del establecimiento o jefe de UTP, para contar con el tiempo necesario para preparar el material, disponer orden de los bancos en la sala y presentarse con profesores jefes de cada curso en que se aplicará el instrumento.

Según disponibilidad horaria de los seminaristas se distribuirán de a parejas en cada curso para la aplicación del instrumento, si se presenta algún curso con un número importante de alumnos (más de 45 escolares), serán tres seminaristas a cargo de aplicar el instrumento.

## **Aspectos Específicos**

Los alumnos seminaristas se identificarán (nombre, universidad, carrera a la que pertenecen y curso), darán a conocer la temática de la investigación que están realizando (título) y expondrán los objetivos de la aplicación del instrumento ante el curso a encuestar y al profesor presente en ese momento en la sala. Se les explicará que la encuesta es anónima y que están en todo el derecho de rechazar responderla, si así ocurriera se les pide que se mantengan en sus asientos y en silencio hasta que culmine la aplicación.

En un papelógrafo se explicará la manera correcta de contestar el instrumento:

Respuesta correcta:

Respuesta incorrecta:  MALO

Se entregará a cada alumno presente un instrumento.

Uno de los alumnos seminaristas leerá en voz alta las instrucciones de la encuesta y al terminar preguntará si existen dudas.

Al momento de la aplicación del instrumento deben existir las siguientes condiciones:

- Presencia en la sala de un profesor jefe o persona de autoridad del establecimiento, quién ayudará a los alumnos seminaristas a mantener el orden durante la aplicación del instrumento.
- Inexistencia de presión por el tiempo.
- Los escolares deberán permanecer sentados y los alumnos seminaristas de pie.

Se explicará a los alumnos que durante el periodo de aplicación del instrumento, podrán realizar todas las preguntas que estimen conveniente. La forma de hacerlo, será levantando la mano en silencio, luego de esto, acudirá un alumno seminarista a aclarar las dudas. Es importante mencionar que cualquier alumno seminarista podrá concurrir a resolver dudas, ya que todos se encuentran preparados para ello.

El tiempo de duración de la aplicación del instrumento será de 45 minutos aproximadamente. Este podría sufrir algunas variaciones dependiendo de cuanto demoren los escolares en contestar el instrumento.

Al terminar de responder, cada escolar deberá levantar la mano y entregar su hoja de respuesta al alumno seminarista más próximo.

Cuando hayan sido entregados los instrumentos en su totalidad, se les dará las gracias a los escolares por su participación y también al profesor o autoridad presente en la sala.

Posterior al término de la aplicación de los instrumentos estos serán revisados por los alumnos tesistas, para así separar aquellos instrumentos que fueron en su totalidad respondidos de forma correcta de aquellos incompletos.

Para evitar pérdidas y/o errores, los instrumentos serán previamente ordenados en forma correlativa, y rotulados con el curso y colegio en el cual fueron aplicados.

Se contará con 5 instrumentos de reserva en caso de error, equivocación o pérdida de algún instrumento en el momento de trabajar con la muestra.

## ANEXO 4: INSTRUMENTO

### ENCUESTA DE AUTOCUIDADO EN ESCOLARES

Somos un grupo de alumnos tesisistas de IV año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso que nos encontramos realizando una investigación sobre el autocuidado en los escolares, en establecimientos educacionales de la V región.

Los datos que se recogen en este estudio son estrictamente confidenciales y se recopilan sólo con fines investigativos.

La siguiente encuesta consta de 48 preguntas, las cuales están divididas en 8 ítemes referidos a: tus datos personales, alimentación, actividad física, recreación, hábito tabáquico, hábito alcohólico, consumo de drogas y sexualidad.

A continuación deberás responder las preguntas, marcando con una X el casillero correspondiente. Ej: .

En el caso de que te equivoques, escribe al lado del casillero marcado la palabra MALO y luego marca la respuesta correcta. Ej:  MALO

#### I. DATOS PERSONALES.

##### 1. Nombre del Establecimiento Educacional:

---

##### 2. Tipo de Establecimiento Educacional.

- Municipalizado  Particular subvencionado

##### 3. Curso.

- 8° Básico  2° Medio  
 1° Medio  3° Medio

##### 4. Edad.

- 13 años  16 años  
 14 años  17 años  
 15 años  18 años o más

**5. Sexo.**

Masculino

Femenino

**6. ¿Con quién(es) vives normalmente? Puedes marcar una o más alternativas.**

Papá

Abuelo(s)

Mamá

Otro(s), ¿Quién(es)? \_\_\_\_\_.

Hermano(s)

**II. ALIMENTACIÓN.**

**7. ¿Cuáles de las siguientes comidas consumes TODOS LOS DÍAS? Puedes marcar una o más alternativas.**

Desayuno

Cena

Almuerzo

Colación

Once

**8. ¿Cuántos días a la semana consumes cada una de las siguientes comidas? Marca con una X los casilleros correspondientes.**

	<b>Desayuno</b>	<b>Colación</b>	<b>Almuerzo</b>	<b>Once</b>	<b>Cena</b>
Ningún día					
1 - 3 días					
4 - 6 días					
Todos los días					

**9. ¿Qué alimentos CONSUMISTE AYER en las distintas comidas. Marca con una X los casilleros correspondientes.**

<b>Tipo de alimento</b>	<b>Desayuno</b>	<b>Colación</b>	<b>Almuerzo</b>	<b>Once</b>	<b>Cena</b>
Leche (natural y/o con saborizantes como milo, cola-caao, frutilla, vainilla, etc.)					
Queso o quesillo					
Postres envasados (jalea, flan, arroz con leche, sémola, chiquitín, etc.)					
Yogurt					
Té (clásico, verde, blanco, rojo, etc.)					
Café					
Café descafeinado, Eco					
Verduras (ensaladas, tortillas de verduras, etc.)					
Frutas (crudas, cocidas, conservas, jugo de fruta natural)					
Carnes rojas					
Pescado, pollo, pavo					
Legumbres (lentejas, porotos, garbanzos, etc.)					
Huevos					
Sopa hecha en casa (de verdura, de carne, cazuela, etc.)					
Sopa o crema en sobre					
Arroz					
Pastas (fideos, tallarines, lasaña, etc.)					
Papas (puré, cocida, pastel de papas, etc.)					
Charquicán, carbonada, etc.					
Cereales (chocapic, zucaritas, avena quaker, natur, etc.)					
Pan					
Galletas dulces o saladas					
Queques o pasteles					
Mermelada, miel y/o manjar					
Mantequilla o margarina					
Embutidos (paté, vienesas, jamón, choricillos, queso crema, etc.)					
Mayonesa					
Palta					
Comida chatarra (completo, hamburguesa, pizza, papas fritas, empanadas fritas, etc.)					
Snack (papas fritas, ramitas cheetos, suflés, etc.)					

*Favor continuar tabla en siguiente página.*

Azúcar					
Endulzante					
Bebidas o jugos artificiales					
Sal (si tú le agregas)					
Otro(s) alimento(s), ¿Cuál(es)?					

### III. ACTIVIDAD FÍSICA.

**10. En la última semana ¿CUÁNTOS DÍAS hiciste actividad física DURANTE 30 MINUTOS O MÁS?**

- Ningún día
  5 - 6 días  
 1 - 2 días
  Todos los días  
 3 - 4 días

**11. ¿Realizas actividad física fuera del Colegio/Liceo?**

- Sí
  No

***Si tu respuesta es NO, pasa a la pregunta nº 13.***

**12. ¿Dónde pasas más tiempo realizando actividad física fuera del colegio? Puedes marcar una o más alternativas.**

- En lugares cercanos (barrio, plaza, etc.)
  En excursiones  
 En centro deportivo o gimnasio
  Otro(s) lugar(es), ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

#### IV. RECREACIÓN.

13. ¿Cuántas veces realizas las siguientes actividades recreativas? Marca con una X los casilleros correspondientes.

	Nunca	Rara vez	1 - 2 veces por semana	3 - 5 veces por semana	Todos los días de la semana
Taller de música					
Taller de baile					
Manualidades					
Reuniones con amigos					
Lectura					
Grupos parroquiales					
Ver televisión					
Usar Computador					
Juegos de video o consolas					
Andar en bicicleta					
Caminatas al aire libre					
Deportes (fútbol, básquetbol, natación, tenis, etc.)					
Otra(s) actividad(es), ¿Cuál(es)?					

14. De las actividades recreativas que marcaste en la pregunta anterior, ¿CUÁNTO TIEMPO dedicas a cada una de ellas por vez? Marca con una X los casilleros correspondientes.

	Menos de 1 hora	1 - 2 horas	Más de 2 horas
Taller de música			
Taller de baile			
Manualidades			
Reuniones con amigos			
Lectura			
Grupos parroquiales			
Ver televisión			
Usar computador			
Juegos de video o consolas			
Andar en bicicleta			
Caminatas al aire libre			
Deportes (fútbol, básquetbol, natación, tenis, etc.)			
Otra(s) actividad(es), ¿Cuál(es)?:			

**V. CONSUMO DE TABACO.**

**15. ¿Fumas?**

- Sí  No

***Si tu respuesta es NO, pasa a la pregunta nº 20.***

**16. ¿Qué edad tenías la PRIMERA vez que fumaste?**

- Menos de 10 años  14 - 15 años  
 10 - 11 años  16 años  
 12 - 13 años  17 años o más

**17. ¿Con qué frecuencia fumas?**

- Todos los días  Ocasionalmente (sólo en: fiestas, reuniones con amigos)  
 Todos los fines de semana

**18. ¿Cuántos cigarros fumas en UN DÍA?**

- 1 cigarrillo  6 - 7 cigarrillos  
 2 - 3 cigarrillos  8 - 9 cigarrillos  
 4 - 5 cigarrillos  10 cigarrillos o más

**19. ¿Sabes tus padres que fumas?**

- Sí  No

**20. ¿Quién de tu familia fuma? Puedes marcar una o más alternativas.**

- Nadie  Hermanos  
 Padre  Otro(s) familiar(es) que vive(n) en tu casa, ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_  
 Madre

**VI. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.**

**21. ¿Has probado bebidas alcohólicas alguna vez?**

- Sí  No

***Si tu respuesta es NO, pasa a la pregunta nº 32.***

**22. ¿Has seguido tomando bebidas alcohólicas?**

- Sí  No

***Si tu respuesta es NO, pasa a la nº 32.***

**23. ¿Qué edad tenías cuando empezaste a probar o beber alcohol?**

- Menos de 11 años  15 - 16 años  
 11 - 12 años  17 años o más  
 13 - 14 años

**24. ¿Qué tipo de bebida alcohólica tomas con MAYOR frecuencia?**

- Cerveza  Ron  
 Vino  Otra bebida alcohólica, ¿Cuál?  
 Pisco \_\_\_\_\_.

**25. En el ÚLTIMO MES ¿Cuántas veces has tomado bebidas alcohólicas?**

- Ningún día  3 - 5 veces al mes  
 1 - 2 veces al mes  6 o más veces al mes

***Si tu respuesta es NINGÚN DÍA, pasa a la pregunta nº 32.***

**26. ¿Cuántos vasos tomas HABITUALMENTE? (vaso= 200cc)**

- 1 vaso  3 - 5 vasos  
 2 - 3 vasos  6 vasos o más

**27. ¿En qué lugar tomas bebidas alcohólicas con MAYOR frecuencia?**

- En mi casa  En parques y plazas  
 En casa de familiares  Otro lugar, ¿Cuál?  
 En casa de amigos \_\_\_\_\_.  
 En fiestas

**28. ¿Cómo consigues las bebidas alcohólicas con MAYOR frecuencia?**

- Las compro  Me las dan mis amigos  
 Me las dan mis padres o familiares  Lo saco de mi casa  
 Le pido a una persona mayor que las compre  Otra forma de conseguirlas ¿Cuál?  
\_\_\_\_\_.

**29. ¿Te has embriagado alguna vez?**

- Sí  No

***Si tu respuesta es NO, pasa a la pregunta n° 32.***

**30. Desde que consumes bebidas alcohólicas ¿Cuántas veces te has embriagado?**

- 1 - 2 veces  Cada vez que tomo bebidas alcohólicas  
 3 - 9 veces  
 10 o más veces

**31. ¿Tus padres saben que has probado y/o tomas bebidas alcohólicas?**

- Sí  No

**32. ¿Quién de tu familia toma bebidas alcohólicas? Puedes marcar una o más alternativas.**

- Nadie  Hermanos  
 Padre  Otro(s) familiar(es) que vive(n) en tu casa, ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_  
 Madre

## **VII. CONSUMO DE DROGAS.**

**33. ¿Has consumido drogas alguna vez?**

- Sí  No

***Si tu respuesta es NO, pasa a la pregunta n° 41.***

**34. ¿Cuál fue el motivo que te llevó a consumir drogas?**

- Curiosidad  Imitación de los padres  
 Incentivo o presión de amigos/compañeros  Otro motivo, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**35. ¿Qué edad tenías cuando PROBASTE la droga?**

- Menos de 11 años  15 - 16 años  
 11 - 12 años  17 años o más  
 13 - 14 años

**36. ¿Cuál de las siguientes drogas has consumido? Puedes marcar una o más alternativas.**

- Marihuana
  Otra(s) droga(s), ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_  
 Cocaína  
 Pasta base

**37. Desde que iniciaste el consumo, ¿Cuántas veces al MES consumes cada una de las drogas MARCADAS EN LA RESPUESTA ANTERIOR? Marca con una X los casilleros correspondientes.**

	Menos de 1 vez	1 - 3 veces	4 - 5 veces	6 o más veces
Marihuana				
Cocaína				
Pasta base				
Otra(s) droga(s)				

**38. ¿Dónde consumes drogas con mayor frecuencia?**

- En mi casa
  En fiestas  
 En casa de familiares
  En parques y plazas  
 En casa de amigos
  Otro lugar, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**39. ¿Con quién consumes drogas con MAYOR frecuencia?**

- Solo
  Con mi pareja  
 Con amigo(s)
  Con gente que conozco en fiestas  
 Con compañero(s)
  Con familiar, ¿Quién? \_\_\_\_\_

**40. ¿Tus padres saben que consumes drogas?**

- Sí
  No

**41. ¿Quién de tu familia consume drogas? Puedes marcar una o más alternativas.**

- Nadie
  Hermanos  
 Padre
  Otro(s) familiar(es) que vive(n) en tu casa, ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_  
 Madre

**VIII. SEXUALIDAD.**

**42. ¿Has pololeado?**

- Sí  No

***Si tu respuesta es NO, pasa a la pregunta n° 44.***

**43. ¿Estás pololeando?**

- Sí  No

**44. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?**

- Sí  No

***Si tu respuesta es NO, la encuesta HA TERMINADO.***

**45. ¿A qué edad tuviste relaciones sexuales por primera vez?**

- Menos de 11 años  15 - 16 años  
 11 - 12 años  17 años o más  
 13 - 14 años

**46. ¿Qué razón tuviste para tener relaciones sexuales?**

- Amor  Imitación de los amigos  
 Curiosidad  Soledad  
 Deseo  Otra(s) razón(es), ¿Cuál(es)?  
 Presión de amigos \_\_\_\_\_  
 Presión de la pareja

**47. ¿Tomas precauciones cuando tienes relaciones sexuales?**

- Siempre  Nunca  
 A veces

**48. ¿Qué precaución tomas cuando tienes relaciones sexuales? Puedes marcar una o más alternativas.**

- Ninguna  Anticonceptivos  
 Uso preservativo  Otro(s) método(s), ¿Cuál(es)?  
 Practico coito interrumpido \_\_\_\_\_

MUCHAS GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA.



## ANEXO 5: AMPLIACIÓN CRITERIOS DE ANÁLISIS

Ampliando lo señalado en la Metodología:

En la satisfacción de cada una de las necesidades se establecieron indicadores trazadores otorgándole **mayor puntaje** a las conductas que correspondían a las recomendaciones para el escolar adolescente (marco teórico).

Ejemplos:

Para **alimentación**: Debían consumir 4 comidas diarias incluyendo 3 porciones de lácteos, 2 de verduras y 3 de frutas cada día, legumbres 2 veces por semana, carne o pescado 2 veces por semana, disminución consumo de grasas saturadas, azúcares y sal, etc.

Para **actividad física**: Debían realizar actividad física durante 30 minutos por lo menos 3 veces por semana, actividad deportiva dentro o fuera del colegio, etc.

Para **recreación**: Debían tener actividades interactivas con pares por lo menos una o 2 veces por semana; también que incluyeran gasto energético, además se consideró el tiempo de recreación.

Para las conductas de riesgo las categorías también se establecieron considerando indicadores trazadores tales como precocidad de inicio de la conducta; cantidad y frecuencia de consumo, gravedad del daño.

Se otorgó el mayor puntaje a las categorías (niveles) **sin riesgo** y **bajo riesgo**, decreciendo el puntaje en los otros niveles hasta hacerse **negativo** en el alto y muy alto riesgo.

Ejemplos:

Para todas las conductas lógicamente, los escolares que no las presentaban se categorizaban **sin riesgo**.

En cambio el muy alto riesgo era:

- En consumo de tabaco: si habían consumido 4 o más cigarrillos al día.
- En consumo de alcohol: si se habían embriagado.
- En consumo de drogas: si habían iniciado el consumo a los 14 o menos años y por 1 o más veces al mes.
- En relaciones sexuales precoces: si nunca tomaban precauciones al tener relaciones.

## ANEXO 6: TABLA DE PUNTAJES DE NIVEL DE AUTOCUIDADO

### I. Satisfacción de necesidades

<b>Alimentación</b>	<b>Puntaje</b>
Saludable	26
Poco saludable	16
Muy poco saludable	8

<b>Actividad física</b>	<b>Puntaje</b>
Saludable	12
Poco saludable	8
Muy poco saludable	4

<b>Recreación</b>	<b>Puntaje</b>
Saludable	12
Poco saludable	8
Muy poco saludable	4

### II. Conductas de riesgo

<b>Consumo de tabaco</b>	<b>Puntaje</b>
Sin riesgo	10
Bajo riesgo	8
Mediano riesgo	6
Alto riesgo	-2
Muy alto riesgo	-4

<b>Consumo de alcohol</b>	<b>Puntaje</b>
Sin riesgo	14
Bajo riesgo	12
Mediano riesgo	10
Alto riesgo	-2
Muy alto riesgo	-4

<b>Consumo de drogas</b>	<b>Puntaje</b>
Sin riesgo	14
Bajo riesgo	12
Mediano riesgo	10
Alto riesgo	-2
Muy alto riesgo	-4

<b>Relaciones sexuales precoces</b>	<b>Puntaje</b>
Sin riesgo	12
Bajo riesgo	10
Mediano riesgo	8
Alto riesgo	-2
Muy alto riesgo	-4

<b>Categorización nivel de autocuidado</b>	
Muy bueno	80 a 100 puntos
Bueno	60 a 79 puntos
Regular	40 a 59 puntos
Deficiente	20 a 39 puntos
Muy deficiente	0 a 19 puntos