



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN
ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO
SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

REYES VILLARREAL, SHIRLEY MILUSKA

ORCID: 0000-0002-1414-4609

ASESORA

VILCHEZ REYES, MARÍA ADRIANA

ORCID: 0000-0001-5412-2968

CHIMBOTE – PERÚ

2020

EQUIPO DE TRABAJO

Reyes Villarreal, Shirley Miluska

ORCID: 0000-0002-1414-4609

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Pregrado, Chimbote,
Perú

ASESORA:

Vílchez Reyes, María Adriana

ORCID: 0000-0001-5412-2968

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de ciencias de la salud,
Escuela Profesional de Enfermería. Chimbote. Perú

JURADO:

Urquiaga Alva, María Elena

ORCID: 0000-0003-4779-0113

Guillén Salazar, Leda María

ORCID: 0000-0002-4213-0682

Ñique Tapia, Fanny Rocío

ORCID: 0000-0002-1205-7309

JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR

Dra. URQUIAGA ALVA, MARÍA ELENA

PRESIDENTE

Mgtr. GUILLEN SALAZAR, LEDA MARÍA

MIEMBRO

Mgtr. ÑIQUE TAPIA, FANNY ROCÍO

MIEMBRO

Dra. VÍLCHEZ REYES, MARÍA ADRIANA

ASESOR

DEDICATORIA

A DIOS, mi padre celestial por darme salud y las fuerzas necesarias para cumplir mis metas. A mis 3 ángeles, MIS ABUELOS, Delia y Segundo y MI TÍO Flaco, que están en el cielo, me cuidan y protegen, siendo la inspiración a mi carrera profesional.

A mis hijos DANNA Y SANTIAGO, quienes son mi motivo más grande para alcanzar mis metas y por quienes me esfuerzo día a día para que se sientan orgullosos de mí. A mi esposo JIMMY, por su incontable apoyo en mis amanecidas, y sus sacrificios en su trabajo para apoyarme con mis horarios y por el impulso que me dio para terminar mi profesión. Ustedes son mi motor para seguir adelante.

A MIS PADRES, quienes con su infinito amor e incondicional apoyo, han sido ejemplo de admiración. A ti MAMÁ Miriam que me diste la vida e hiciste que nunca me rindiera apoyándome en mis decisiones, haciéndome una mujer de bien. A ti PAPÁ Víctor, por hacerme perseverante y darme la confianza a pesar de mis momentos difíciles y por nunca dejarme sola. Gracias a los dos por su comprensión.

A MI HERMANA Mila, mi gran amiga, mi confidente, mi ejemplo de persona, quien me enseñó que la vida no es fácil pero que todo se puede con empeño, quien me dio dos motivos grandes para terminar mi carrera, mis sobrinas MIREIA y ARIADNA, ustedes son un motivo más de mi esfuerzo, siempre estaré para ustedes, y a MI CUÑADO Oscar, gracias por tus palabras de apoyo y valor, te has portado como un hermano para mí.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar le agradezco a Dios, por mantenerme firme en mis momentos de flaqueza, por tomarme de la mano y hacerme sentir que si se puede, que todo tarda pero llega y que lo mejor siempre se hace esperar.

A mi asesora, la Dra. Enf. ADRIANA VILCHEZ REYES por sus valiosos consejos y guía, por su amistad y apoyo en el transcurso de la realización de este trabajo de investigación no hubiera sido posible de no ser por su disciplina, gracias por no dejarme vencer.

A las autoridades y del Colegio Privado Mixto Santa Teresita, por permitirme el ingreso, la accesibilidad y tiempo disponible para la obtención de mis datos.

A mi familia, por su apoyo económico, moral y espiritual, sin ellos y su empuje no podría ser posible el tener mi carrera profesional.

Resumen

El presente estudio de investigación titulado Determinantes de la Salud en Adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_Chimbote, 2015 de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Con el objetivo general de describir los determinantes de la salud en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_Chimbote, 2015. Cuya muestra es de 120 adolescentes, a quienes se les aplicó un cuestionario sobre determinantes de salud. Los datos fueron procesados con el software PASW Statistics versión 18.0. Para el análisis de datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales, incluyendo gráficos estadísticos. Concluyendo que los determinantes del entorno biosocioeconómico en adolescentes, más de la mitad son de sexo femenino; el grado de instrucción de la madre es secundaria incompleta/completa; el jefe de familia tiene trabajo estable. El ingreso económico familiar es de S/. 1401.00 a S/. 1800.00. La mayoría de los adolescentes tienen viviendas unifamiliares, casa propia, duermen en habitación independiente, tienen abastecimiento de agua en conexión domiciliaria, eliminan y disponen de la basura en el carro recolector que pasa diariamente por su casa. En determinantes de los estilos de vida en adolescentes, casi la totalidad no tuvieron relaciones sexuales, y la totalidad de los que tuvieron usaron condón en su primera relación sexual, en cuanto a las mujeres adolescentes no tuvieron ningún embarazo ni aborto. En determinantes de redes sociales y comunitarias de adolescentes, la totalidad no reciben apoyo social organizado, ni de organizaciones y la mayoría no reciben apoyo social natural.

Palabras clave: Adolescentes, Determinantes de la Salud, Equidad.

Abstract

The present research study entitled Determinants of Adolescent Health at the Santa Teresita Mixed Private School_Chimbote, 2015 of a quantitative, descriptive type with a single-box design. With the general objective of describe the determinants of adolescent health at the Santa Teresita Mixed Private School_Chimbote, 2015. Whose sample is 120 adolescents, who were given a questionnaire on health determinants. The data was processed with PASW Statistics software version 18.0. For the analysis of data, tables of distribution of absolute frequencies and relative percentages were built, including statistical graphs. Concluding that the determinants of the biosocioeconomic environment in adolescents, more than half are female; the mother's educational level is incomplete / complete secondary; the head of the family has a stable job. The family economic income is S /. 1401.00 to S /. 1800.00. The majority of adolescents have single-family homes, own houses, sleep in separate rooms, have water supply in their homes, dispose of and dispose of the garbage in the pick-up truck that passes daily through their house. In determinants of adolescent lifestyles, almost all of them did not have sexual relations, and all of those who had used condoms in their first sexual relationship, in terms of adolescent women had no pregnancy or abortion. In determinants of social and community networks of adolescents, the whole do not receive organized social support, or organizations and most do not receive natural social support.

Keywords: Adolescents, Determinants of Health, Equity.

CONTENIDO

	Pág.
TÍTULO DE LA TESIS	i
EQUIPO DE TRABAJO	ii
HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR	iii
HOJA DE AGRADECIMIENTO Y/O DEDICATORIA	iv
RESUMEN Y ABSTRACT	vi
CONTENIDO	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS, TABLAS Y CUADROS	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	8
III. METODOLOGÍA	26
3.1. Diseño de la investigación	26
3.2. Universo muestral	26
3.3. Definición y operacionalización de variables	27
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
3.5. Plan de análisis	43
3.6. Matriz de consistencia	45
3.7. Principios éticos	46
IV. RESULTADOS	
4.1. Resultados	47
4.2. Análisis de resultados	58
V. CONCLUSIONES	100
ASPECTOS COMPLEMENTARIOS	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	118

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS, EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015.	47
TABLA 2	
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015.....	48
TABLA 3	
DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015.	51
TABLA 4, 5, 6	
DETERMINANTES DE LA SALUD REDES SOCIALES Y COMUNITARIA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015.....	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICO DE LA TABLA 1

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS, EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015.....	141
--	-----

GRÁFICO DE LA TABLA 2

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADO CON LA VIVIENDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015.	143
---	-----

GRÁFICO DE LA TABLA 3

DETERMINANTES DE LA SALUD DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015.	150
--	-----

GRÁFICO DE LA TABLA 4, 5, 6

DETERMINANTES DE LA SALUD REDES SOCIALES Y COMUNITARIA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015.....	158
---	-----

I. INTRODUCCIÓN:

El estado de la salud, es modificado por la presencia de resultados inadvertidos, que tienen relación con los determinantes sociales de la salud, ya sean individuales o colectivas, variando su comportamiento y naturaleza, siendo vitalmente importante la determinación de diferencias o particularidades de cada área de salud. Un adecuado análisis de las Determinantes Sociales de la Salud en nivel primario de atención, va a contribuir a una comunidad saludable, influenciando en la calidad de vida de sus habitantes y su entorno (1).

Al hablarse acerca del nivel de salud de la población, realmente se habla de diversos factores determinantes del nivel de salud de las comunidades y la fracción media de estos factores influyentes sobre lo salubre que es una población concerniente a factores sociales. El 15% es solamente de factores biológicos, el 10% es de los factores ambientales y un 25% acerca de los asociados a la atención de salud. Es decir, la parte media de los productos en la salud es debido a determinantes sociales fuera del sector salud (2).

A nivel mundial, la población adolescente representa la sexta parte de la población aproximadamente. Mayormente los jóvenes gozan de buena salud, pero tanto la mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones de los adolescentes son aún considerables. Siendo así, que las enfermedades pueden llegar a afectar la capacidad del adolescente para su crecimiento y desarrollo pleno. El consumismo de alcohol y tabaco, falta de actividades físicas, práctica sin protección de relaciones sexuales y la osadía para actos violentos, ponen en

peligro su salud actual, así como también la de su adultez e inclusive la salud de su prole (3).

Según la OMS, y su nuevo informe, a diario mueren alrededor de 3000 adolescentes; es decir, aproximadamente 1,2 millones de fallecimientos al año por causas de las que mayor parte pueden evitarse. Durante el año 2015, más de los dos tercios de los fallecimientos se dieron en países con ingresos económicos bajos y medianos de Asia Sudoriental y África, siendo las causas principales de dichos fallecimientos, los accidentes de tránsito, con cerca de 115 000 adolescentes de entre 15 a 19 años, las infecciones de las vías respiratorias bajas, en adolescentes de entre 10 a 14 años con enfermedades como la neumonía, y el suicidio, con 67 000 muertes de adolescentes en el año 2015. Estos fallecimientos pueden prevenirse teniendo una mejor en cuanto a los servicios de salud, en los servicios sociales y en la educación (4).

En Latinoamérica y El Caribe, los jóvenes y adolescentes pintan una parte socialmente destacada ya que forman el 30% de la población. Los adolescentes son estimados como “un subconjunto saludable de la población”, y consecuentemente, generalmente no se le suma gran importancia a sus necesidades de salud. Sin embargo, el reforzamiento sobre el desarrollo de la salud juvenil, permite llegar a la vida adulta con más habilidades para servir a las comunidades de una manera productiva, incentivando un aumento económico. Además, diversos hábitos que dañan la salud son percibidos tempranamente en la vida, convirtiéndose en problemas de salud serios ya a la adultez (5).

El Perú se encuentra en un proceso demográfico, con una disminución de sus tasas de natalidad y el incremento de la esperanza de vida al nacer. Según el INEI, en 2015, la población adolescente constituía el 18,6% de la población peruana y será el 17,4% en el 2021. Las tasas de mortalidad en el 2015 de adolescentes varones representaron el 36,9% y en mujeres adolescentes del 33,1% de las defunciones (7).

Actualmente, Ancash se ubica en el décimo lugar como uno de los departamentos más poblados del país, contando con 1'063,459 habitantes, representando el 3,9 % de la población nacional, donde la mayor parte de la población se concentra en la Provincia del Santa con un 37,3% de la población departamental, siendo representado por la población de 12 a 17 años de edad el 10,5% del total de la población departamental, de los cuales el 50,2% son mujeres y el 49,8% son hombres. El peligro que está en riesgo de padecer los adolescentes en la región es alarmante, ya que el promedio de consumo de drogas y alcohol se registra con un 3,8%, índice equivalente al promedio nacional. En lo que respecta a prevención y acceso a servicios de orientación en la región Ancash el 51,4% de los adolescentes llega a tener acceso (8).

En el distrito de Chimbote, los adolescentes que cuentan con Seguro Integral de Salud son el 44,6% de la población adolescente total, en cuanto a educación se afirma que existen 17 centros de educación secundaria en el sector público y privado. En tanto, en el aspecto de factores de riesgo para la salud e integridad del adolescente se halla que el 12,5% están en peligro de abandono, el 11,4% se fuga de su hogar y el 6,3% frecuenta casas de juego, en el caso de consumo de drogas se halla que aumentó en un 2,7% al registrado en promedio

nacional, siendo la marihuana como la menos frecuente teniendo una disminución de consumo en 5,9%, mientras que el consumo de PBC aumento en un 100% al tenido en años anteriores. Los estilos de vida y buena salud de los adolescentes en Chimbote son alarmantes, debido a la poca preocupación de sus padres y el fácil acceso a sustancias nocivas (8).

Frente a esta realidad latente, no escapa a esta problemática de salud el Colegio Privado Mixto Santa Teresita fundado en el año 1973. Colegio Mixto de educación inicial, primaria y secundaria. Actualmente el plantel se encuentra a cargo de la Profesora Roxana Fajardo, Directora de Educación Secundaria y del Sub Director, el Profesor Julio Collazos Jiménez. Esta institución educativa se encuentra en medio de la primera cuadra del Jr. Carlos de los Heros, limitando por el este con la Av. Francisco Bolognesi y por el oeste con el mar (océano pacífico). Centrado entre la avenida mencionada y el Malecón Grau. La institución de nivel secundaria, actualmente cuenta con una plana docente de 12 profesores, un Profesional de Psicología, Personal de secretaria, un instructor de prácticas y un alumnado de aproximadamente 140 adolescentes, brindando una educación de calidad con valores (9).

En cuanto a la situación de salud de los adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita, se identificó que los problemas de salud que más padecen son las enfermedades respiratorias e infecciones digestivas, causando malestar en los adolescentes, ya que manifestaron que al sufrir estas afecciones continuamente, no pueden realizar sus actividades cotidianas, como salidas con sus amigos, actividades deportivas, no poder asistir al colegio con normalidad, lo cual afecta sus relaciones sociales.

Ante lo mostrado, se consideró de manera pertinente la ejecución del presente estudio de investigación formulando el siguiente problema:

¿Cuáles son los determinantes de la salud en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_Chimbote, 2015?

Para dar respuesta al problema se planteó el siguiente objetivo general:

- Describir los determinantes de la salud en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_Chimbote, 2015.

Para la obtención del objetivo general se planteó los siguientes objetivos específicos:

- Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico (Sexo, grado de instrucción, religión, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_Chimbote, 2015.
- Identificar los determinantes de estilos de vida: Alimentación, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad, en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_Chimbote, 2015.
- Identificar los determinantes de las redes sociales: Acceso a servicios de salud y su impacto en la salud, en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_Chimbote, 2015

Por último, el presente estudio de investigación es justificado en el área de la salud de ULADECH Católica puesto que ayuda a crear conocimiento para la comprensión de los problemas que afectan la salud de la comunidad,

proponiendo estrategias y soluciones. La calidad de vida de los adolescentes es de sumo interés investigativo ya que requiere ser investigado desde varias perspectivas, teniendo en cuenta, todas las extensiones que la definen: física, psicológica, espiritual y social, lo que permitirá originar propuestas de intervención con la participación de distintos niveles y ejecutantes del sector salud. En tal sentido, la investigación realizada tomó la función de cómo se debe cumplir un sistema de salud, puesto que ello colabora a prevenir y controlar problemas de índole sanitaria.

Los estudios de investigación bien dirigidos y adecuados son fundamentales para lograr reducir factores de transmisión, mejorando la salud de los adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita y acelerar el desarrollo sociocultural de los países. El presente estudio permite instar a los estudiantes de la salud, de ULADECH Católica a indagar más sobre estos temas y su aplicación en políticas para mejorar estos determinantes, siendo la única vía para salir de la esfera de la enfermedad y la irresponsabilidad, y llevarlos a construir un Perú cada vez más saludable y responsable. También ayuda, en general, a comprender el enfoque de determinantes sociales y su uso para una salud pública que persigue la equidad y mejoramiento en la salud de la población, particularmente, a promocionar la salud, implicando el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

Esta investigación es necesaria para el Colegio Privado Mixto Santa Teresita ya que las sugerencias y conclusiones, contribuyen a la elevación de la eficacia del “Programa Preventivo Promocional de la salud”, en los ciclos

vitales disminuyendo factores de riesgo del mismo modo que contribuye a mejorar los determinantes sociales, permitiendo aportar con información para el control y manejo de problemas sobre la salud comunitaria, mejorando todas las competencias profesionales sobre el campo de la salud pública. Además es oportuno para: La soberanía local de las gestiones de salud y municipalidades, ya que los productos del trabajo de investigación contribuirán a que los adolescentes verifiquen sus determinantes de la salud y se vean motivados a tomar diferentes actitudes promotoras para su salud, puesto que al identificar sus determinantes disminuirán el riesgo de contraer o sufrir alguna enfermedad, favoreciendo el bienestar y la salud de los mismos.

El presente informe de tesis titulado “Determinantes de la salud en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_Chimbote, 2015” se desarrolló en las instalaciones de la misma institución, con una muestra de 120 adolescentes, aplicando una metodología cuantitativa, descriptiva con diseño de una sola casilla, con el propósito de identificar los determinantes de la salud en los adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_Chimbote, 2015. Es así como se obtuvieron los principales resultados de más de la mitad de los adolescentes ha sufrido agresión física en el hogar y a pesar de esto casi la totalidad no ha pensado en quitarse la vida, la mayoría no practica actividad física y consumen muchos carbohidratos. Es por esto que con ello se busca cooperar ofreciendo apoyo para mejorar la problemática de estilos y calidad de vida que padece o está en riesgo de padecer la población adolescente.

II. REVISIÓN DE LITERATURA:

2.1. Antecedentes de la investigación:

2.1.1. Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se encontraron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación:

A nivel internacional:

Azar A, y col, (10). En su investigación “Determinantes Individuales, Sociales y Ambientales del Sobrepeso y la Obesidad Adolescente en Chile” en 2015. Su objetivo fue identificar los factores individuales sociales y ambientales que afecten la posibilidad de que los adolescentes padezcan de sobrepeso u obesidad. Metodología cuantitativa, correlacional no experimental. Obteniendo como resultados que el estatus socioeconómico, la participación de actividades deportivas y la distancia entre la escuela y el ayuno disminuyen la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad. Concluyendo así que los determinantes del sobrepeso u obesidad difieren según el estatus considerándose las desigualdades socioeconómicas de la realidad chilena.

Ruiz A, (11). En su investigación “Evaluación y Valoración de los Hábitos y Estilos de Vida Determinantes de la Salud, y del Estado Nutricional en los Adolescentes de Ceuta. 2015” en España. Los objetivos fueron evaluar el estado nutricional y determinar la prevalencia de malnutrición por déficit y por exceso de masa corporal. Estudio epidemiológico descriptivo transversal. Revela

como resultado sobresaliente los hábitos en cuanto al consumo del desayuno, donde el 19,10% de adolescentes acuden sin desayunar y con una calidad de desayuno deficiente en un 39,6%, siendo ligeramente superior en mujeres. Concluyendo que la prevalencia de malnutrición y sobrepeso en los adolescentes de Ceuta es superior a la media nacional.

Moreno C y col, (12). En su investigación “Indicadores para Detectar y Evaluar el Impacto de las Desigualdades Socioeconómicas en los Estilos de Vida y la Salud de los Adolescentes Españoles. 2016”. El objetivo fue comparar los diferentes indicadores para evaluar la posición económica y social adolescente. Metodología aleatoria estratificada. Los resultados mostraron relación entre los distintos indicadores sociales y económicos, revelando que no todas las conductas de los estilos de vida de los adolescentes están influenciadas por determinantes socioeconómicos. Concluyendo que la complejidad del análisis de desigualdades en adolescentes muestran distintos rasgos de su salud y los estilos de vida no son influenciados por aspectos socioeconómicos.

De Lima M y col, (13). En su estudio “Adaptación y Validación al Español de Cinco Escalas para Evaluar los Determinantes del Consumo de Alcohol en Adolescentes. 2017”- España. Su objetivo fue validar cinco escalas para la adopción de comportamientos implicados en el consumo episódico de alcohol

en adolescentes. Metodología observacional, transversal y multicéntrico compuesto por 397 adolescentes. Resultando que de las cinco escalas la varianza total del primer factor fue mayor al 60%, en el alfa Cronbach varió entre 0,62 a 0,91 y el coeficiente de Spearman, menor a 0,7 correlacionando las subdimensiones de las escalas. Concluyendo que las conductas están relacionadas con los hábitos de alimentación o salud adolescente con lo socioeconómico.

Aristizábal P y col, (14). En su investigación “Determinantes Sociales de la Salud y su Asociación con el Sobrepeso y Obesidad en Adolescentes. 2014 - Colombia”. Metodología de estudio de análisis de casos y controles cuyo objetivo fue detallar la asociación entre los determinantes sociales de la salud con el sobrepeso y obesidad en los adolescentes. Los resultados en cuanto a los determinantes sociales de la salud, no se encontró relación entre el nivel de escolaridad, seguridad social de salud, el nivel socioeconómico o el sobrepeso y la obesidad. Concluyendo que un factor importante para precisar la asociación entre los determinantes sociales de la salud con el sobre peso y la obesidad de los adolescentes, el nivel de escolaridad del tutor.

A nivel nacional:

Mariños J, (15). En su investigación “Efecto de Riesgo de los Determinantes Sociales y la Accesibilidad a la Atención de Salud en el Perú en 2016”. Tuvo como objetivo identificar los determinantes sociales con efecto de riesgo del acceso a la atención

institucional de salud. Metodología de estudio correlacional, no experimental cuantitativa, transversal y explicativa-predictiva. Los resultados hallados están resumidos en los constituidos por determinantes de nivel individual, hogar y entorno geoeconómico del hogar, explicando los riesgos de no poder acceder a una atención institucional de salud. Concluyendo que existe evidencia en que este riesgo esté asociado a los determinantes de riesgo de la inequidad y vulnerabilidad social.

Paredes S, (16). En su investigación “Percepción de los Adolescentes de la Calidad de Atención de los Servicios de Salud en el Centro Materno Infantil Daniel Alcides Carrión – Villa María del Triunfo, 2017”. Su objetivo fue conocer la percepción de los adolescentes de la calidad de atención de los servicios de salud. Metodología descriptiva simple, prospectiva, no experimental. Resultando que los adolescentes percibieron la calidad de atención, confiabilidad y seguridad como “regular” con 30,48%, 34,57% y 27,51% respectivamente, la capacidad de respuesta (40,89%), la empatía (26,77%) y el aspecto tangible (31,23%) como “malo”. Concluyendo que los adolescentes percibieron “regular” calidad de atención en servicios de salud.

Rivera N y col, (17). En su investigación “Habilidades Sociales y Conductas de Riesgo en Adolescentes Escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo – Trujillo, 2015”. Metodología de tipo correlacional y de corte transversal, cuyo objetivo es

determinar la relación entre el nivel de habilidades sociales y conductas de riesgo en adolescentes. Se muestran que las conductas de riesgo de los adolescentes escolarizados se desarrollan con un resultado poco significativo del 35.1%, mientras que un 64.9% significativamente mostró conductas sin riesgo de modo global, es decir que más de un tercio de la población encuestada desarrolla conductas de riesgo. Concluyendo que la relación entre las variables es altamente significativa

Calderón S y col, (18). En su estudio “Funcionamiento Familiar y su Relación con las Habilidades Sociales en Adolescentes. Institución Educativa Privada – Parroquial José Emilio Lefebvre Francoeur. Moche 2014”. Tuvo como objetivo determinar el funcionamiento familiar y su relación con las habilidades sociales en adolescentes. Metodología descriptiva-correlacional. En sus resultados, el 20,9% de adolescentes tienen nivel bajo en funcionamiento familiar y habilidades sociales, el 14,3% nivel medio en funcionamiento familiar y bajo en habilidades sociales, y el 18,7% alto nivel de funcionamiento familiar y habilidades sociales, concluyendo que existe relación entre su funcionamiento familiar y sus habilidades sociales.

Cayatopa V y col, (19). En su investigación “Conducta Previa y Factores Personales de los Adolescentes con sus Hábitos Alimenticios de la Institución Educativa José María Arguedas, Chiclayo, 2016”. Su objetivo fue determinar la relación de la

conducta y factores personales de los adolescentes con sus hábitos alimenticios. Metodología de tipo cuantitativo, correlacional. Resultando que los estudiantes con hábitos inadecuados de alimentación son el 69,3%, en conductas alimenticias el 36,4% opina que son inadecuadas y el 61,4% opinan que tienen malos hábitos en relación a sus factores personales. Concluyendo que se afirma la relación de la conducta previa y los factores personales de los adolescentes con sus hábitos alimenticios.

A nivel local:

Cruz Y, (20). En su estudio “Determinantes que Influencian el Cuidado de Enfermería en la Promoción y Recuperación de la Salud en Adolescentes. Asentamiento Humano Las Delicias II Etapa- Nuevo Chimbote, 2017”. Su objetivo fue describir los determinantes que influyen el cuidado de enfermería en la promoción y recuperación de la salud de los adolescentes. Metodología cuantitativa, descriptiva. Resultó que el 49% realiza actividad deportiva, el 82% no uso ningún método anticonceptivo y el 31% acude solo una vez al año a un establecimiento de salud. Concluyendo que menos de la mitad no realiza actividad deportiva, la mayoría no usó método anticonceptivo y menos de la mitad acude sólo una vez al año a un establecimiento de salud.

Mercedes H, (21). En su investigación “Determinantes de la Salud en Adolescentes de la Institución Educativa N° 88003. Las Américas – Chimbote, 2015”. Tuvo como objetivo describir los

determinantes de salud en adolescentes. Metodología cuantitativa descriptiva. Los resultados mostraron que el 53,1% consumen bebidas alcohólicas, el 40,42% presentaron agresión, el 62,5% cuentan con SIS-MINSA, el 43,8% opina que la calidad de atención fue regular y el 39,1% afirma la existencia de pandillaje. Concluyendo que más de la mitad consumen bebidas alcohólicas y han presentado daños a su integridad por presencia de violencia, la mayoría tiene SIS-MINSA y la calidad de atención fue regular, y menos de la mitad afirma existencia de pandillaje cerca del hogar.

Bolaños O, (22). En su investigación “Conocimiento Sobre Salud Sexual y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes del 5to Grado de Educación Secundaria, Institución Educativa Erasmo Roca. Chimbote. 2015”. Metodología descriptiva correlacional de corte transversal. Tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y la conducta sexual de riesgo de los adolescentes. Se obtuvo como resultados que los adolescentes presentaron regular nivel de conocimiento sobre salud sexual, la mayoría presentó adecuada conducta sexual de riesgo. Concluyendo que no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual con la conducta sexual de riesgo en los adolescentes.

Guevara L y col, (23). En su estudio de investigación “Nivel de Conocimiento Sobre Métodos Anticonceptivos y Prácticas Sexuales en Adolescentes Escolares. Chimbote, 2016”. Tuvo como

objetivo conocer la relación entre el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y las prácticas sexuales en adolescentes escolares. Metodología descriptiva, correlacional, de corte transversal. Se obtuvo como resultados que el 92,5% de los adolescentes en estudio presentaron prácticas sexuales adecuadas y el 7,5% prácticas sexuales inadecuadas, el 60,4% presentaron un buen nivel de conocimiento y el 29,6% un mal nivel de conocimiento del tema. Concluyendo que no existe relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas sexuales en adolescentes.

Príncipe C, (24). En su estudio “Salud Mental y Riesgo Suicida en Adolescentes de una Institución Educativa Pública de la Ciudad de Chimbote, 2016”. La investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre las variables de salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Chimbote. Metodología descriptiva correlacional. Los resultados hallados mostraron que el 81,2% no registra psicopatologías según la variable de salud mental y que el 20,9% presenta un alto nivel de riesgo suicida en cuanto a la variable de riesgo suicida. Concluyendo así en el estudio, que existe una relación negativa entre la salud mental y el riesgo suicida en los adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote.

2.2. Bases teóricas y conceptuales de la investigación:

El presente informe de investigación tiene como fundamento los modelos de determinantes de la salud de Marc Lalonde, Dahlgren y

Whitehead, quienes presentan a los determinantes de la salud mostrando los mecanismos por los cuales los determinantes sociales influyen en el estado de la salud, contribuyendo a generar inequidades en distintos grupos de la sociedad (25).

En 1973, Laframboise propone un modelo holístico que un año después fue desarrollado por Marc Lalonde (1974), en el documento “Una nueva perspectiva de la Salud de los Canadienses”, donde supone un gran avance al revelar ideas fundamentales de salud; que hoy en día son asumidas como fundamentales pilares, además conceptualizó la salud como algo más que enfermedad, estableciendo así que la salud de una población es el resultado de la interacción de un conjunto de factores o variables agrupadas en cuatro categorías o determinantes, llamada determinantes de la salud: El medio ambiente, el estilo de vida, la biología humana y el sistema de asistencia sanitaria (26).

Según el “Informe Lalonde”, los determinantes de la salud nacen en base de que no existía relación solamente entre la salud y/o enfermedad con los factores biológicos o agentes infecciosos, sino que también en que la gran parte de las enfermedades tenían su origen en el aspecto socioeconómico. Este informe fue internacionalmente aclamado por el enfoque dirigido a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Lalonde concluye de que la situación de salud de manera individual y colectiva, es muy poco influenciada por las acciones biomédicas (servicios de salud, avances farmacéuticos, hospitales, centros

de salud, etc.). A su vez analizó el impacto sobre la salud real acerca de las medidas sanitarias e inversión sanitaria en Canadá (27).

Lalonde, denomina a los determinantes de la salud como el conjunto de factores sociales y personales, económicos y medioambientales que establecen el estado de salud de las poblaciones o individuos. Dado esto, durante los últimos años y a pesar de los avances en los diagnósticos y tratamientos de las enfermedades, el sistema de salud se ha modificado de manera importante orientada a fortalecer la Atención Integral de Salud, las cuales se fundamentan en la necesidad de fortalecer la atención en el nivel primario de atención, localizado cerca a la población (28).

Debido a esto se vino a cambiar el objetivo de la atención de la salud en dicho nivel, poniendo prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, siendo esta última en la práctica, las actividades de los servicios de salud una tendencia en la prevención de las enfermedades en los individuos y en la colectividad, mediante acciones específicas (28).

Se establecieron cuatro grandes determinantes de la salud, los cuales fueron de mucha importancia en la atención de salud de los individuos y su entorno, para desarrollar su modo y costumbres al vivir. Estos determinantes son (29):

- **Medio ambiente**, incluye a los factores externos al sistema humano que estén relacionados con la salud de los cuales el individuo no tiene capacidad de controlar. Medio ambiente físico y social.

- **Estilos de vida**, incluye comportamientos individuales y colectivos de las personas, ejerciendo gran influencia en su salud. Hábitos nocivos (drogas, alcohol, nutrición inadecuada, sedentarismo, otros) que afectan la salud.
- **Servicios sanitarios**, relacionados a la calidad y cantidad de recursos usados para cubrir la demanda y necesidad de los individuos y población. Estructuras hospitalarias, organizaciones de ayuda, políticas de salud, etc.
- **Biología humana**, incluyen todos los aspectos físicos y mentales que conformen el cuerpo del ser humano. Herencia genética, maduración y envejecimiento, sistemas del cuerpo humano.

Es así que Lalonde al ver la importancia en la que juegan los determinantes de la salud en los estilos de vida en la mayoría de los procesos mórbidos que producen mortalidad identifica el porcentual entre los factores de los determinantes de la salud, es así que atribuye el 43% a los estilos de vida, el 27% los factores de la biología humana, el 19% al medio ambiente y el 11% a los servicios sanitarios (30).

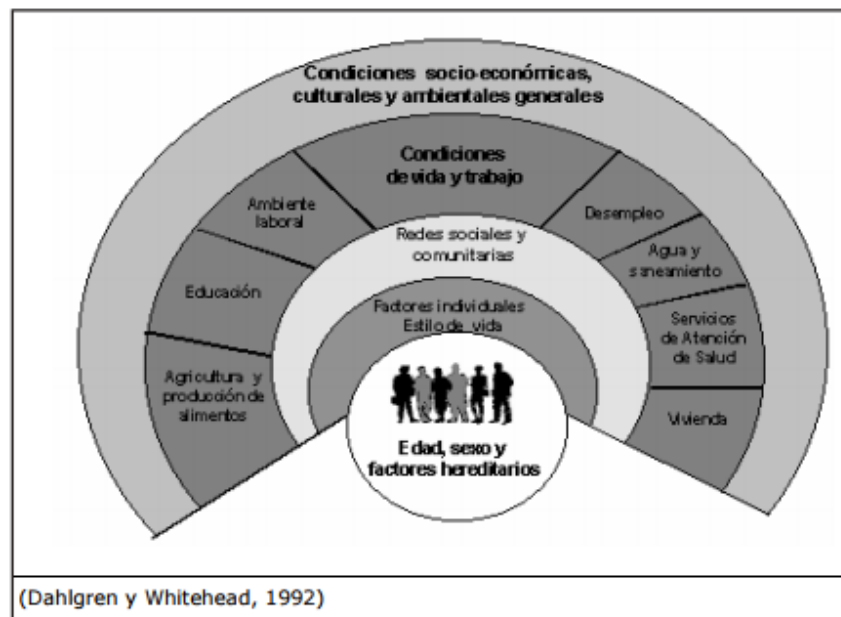


Las interacciones entre todos los factores que han sido identificados por Marc Lalonde y otros, particularmente las condiciones sociales, han quedado diagramadas en el modelo planteado por Dahlgren y Whitehead (30): Producción de la desigualdad en salud. Argumenta de cómo es que las desigualdades sociales en salud, tienden a ser el resultado de las interrelaciones entre las distintas categorías de condiciones causales, que va desde el mismo individuo hasta las comunidades, y al grado de las políticas de salud nacional (31).

Los sujetos de manera individual se encuentran en medio del esquema, conformados de sexo, factores genéticos y edad influyentes en la salud. Continuando al exterior siguiente del centro, están representadas las conductas personales y los estilos de vida. Los individuos desfavorecidos muestran una prevalencia elevada de factores de conductas negativas (tabaquismo y mala alimentación), así como también afrontan dificultades económicas que les impide tener un estilo de vida más saludable (31).

A continuación en la próxima esfera, se representa las influencias sociales y comunitarias, que influyen en las conductas de los individuos. En la próxima esfera, se encuentran los condicionantes de trabajo y vida, el suministro de alimentos y la accesibilidad a servicios primordiales. En esta esfera, las bajas condiciones de vida (vivienda pobre, trabajo riguroso y restricción a servicios), crean desigualdades para los desfavorecidos socialmente. Por encima de todas las esferas, se encuentran las condiciones

culturales, económicas y medio-ambientales que prevalecen en conjunto en la sociedad (32).



Según este modelo, existen tres tipos de determinantes sociales de la salud. Están en primer lugar los determinantes estructurales, que tienen que ver con los factores que afectan directamente a la estratificación social y la distribución del poder, es decir, estos se encuentran en el contexto socioeconómico y político, hallándose ejes como la clase social, el género, la edad, la raza, y el lugar de procedencia o residencia (33).

En segundo lugar están los determinantes intermedios que incluyen a los recursos materiales, tales como las condiciones de empleo (situación laboral, precariedad) y condiciones de trabajo (riesgos físicos, organización y entorno psicosocial), la carga de trabajo no remunerado del hogar y cuidado de las personas, nivel de ingresos y situación económica, calidad de vivienda, área de residencia y sus características (33). Finalmente, en tercer lugar se hallan los determinantes proximales, siendo

el comportamiento individual y los estilos de vida que bien pueden favorecer o dañar la salud (34).

Los determinantes estructurales van a determinar las jerarquías de poder en la sociedad, es decir; van a repercutir en las oportunidades para tener una buena salud por medio de la exposición a los llamados determinantes intermedios (35).

La última conclusión a la que arribaron los profesionales que representaban los Sistemas de Salud de todos los países, convocados por la OMS, fue la salud es un completo estado de bienestar físico, psíquico y social transitorio, y no solamente la ausencia de enfermedad, como se afirmaba anteriormente (35). En la actualidad, la OMS ha ampliado y matizado la anterior definición y entiende por salud el logro del más alto nivel de bienestar físico, psíquico y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la comunidad (36).

El fomento de comportamientos saludables durante la etapa adolescente y la asimilación de medidas de protección a los jóvenes contra peligros sanitarios es fundamental para la prevención de problemas de salud en la adultez, así como para la futura buena salud de los países y su capacidad de desarrollo y prosperidad (36).

La salud poblacional hace esencial, a la ética, la calidad de vida, grado de desarrollo y viabilidad de la población. El estado de salud individual y colectiva de una sociedad, condiciona profunda e inevitablemente a su desarrollo tanto intelectual, económico, productivo así como social.

Históricamente se definía a la salud como la ausencia de enfermedad en el cuerpo (37).

Contemporáneamente, se puede asegurar que durante el estudio de ciertos temas, tales como: salud, vida, enfermedad y muerte, no son únicamente de ramas médicas, sino que también será resultado de una neovisión con soporte también en otras ramas, tales como la sociología, la antropología, la psicología, entre otras ramas. El último argumento al que llegaron los expertos que representan al sistema de salud de distintos países, solicitados por la OMS, fue que la salud es un completo estado de bienestar físico, psíquico y social transitorio, y no sólo la privación de la enfermedad, como se decía en épocas anteriores (38).

Los productos de todos estos estudios durante las últimas décadas, originados de distintas ramas que estudian al ser humano, posibilitó que actualmente puedan sumarse en un conocimiento que supere el anterior estereotipo “biomédico” hasta el día de hoy influyente y carente, encontrando a un nuevo prototipo, como es el “biopsicosocial” (38).

Los determinantes de la salud son característicos, fundadas en el estilo de vida afectados por extensas fortalezas sociales, económicas y políticas que contribuyen la calidad de la salud individual. Dichos atributos insertan más no se confinan al desarrollo infantil, a la enseñanza, al nivel de ingresos, el empleo, y la distribución de la vivienda, la seguridad alimentaria y nutrición, así como también la raza, el género y el estrés (39).

Los determinantes sociales de la salud expresan las inequidades sanitarias, es decir, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países acerca de la situación sanitaria (40).

Los determinantes sociales de la salud son entendidos como condiciones sociales en que los individuos viven y trabajan, impactando sobre su salud. También se ha expresado como las características sociales en que la vida se desarrolla. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al ámbito social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se mueven en consecuencias para la salud (41).

El compromiso de actuar sobre los determinantes sociales ha conllevado al desarrollo de marcos conceptuales, facilitando así el entendimiento de los desarrollos sociales que influyen en la salud, identificando las entradas de las intervenciones. La comprobación de los modelos propuestos y su desarrollo, ayuda a la comprensión del enfoque de determinantes sociales y su uso para una salud pública que procura la equidad en salud (41).

Reforzar la comprensión de la población sobre los determinantes de la salud y la importancia de la participación social, en actos que minimicen las ranuras sanitarias orientándose en el principio de equidad (42). La equidad en la salud, es definida como ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de los individuos, comunidades o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas (43).

El concepto de inequidad implica que las desigualdades halladas son injustas y/o evitables, es decir éstas pueden prevenirse y remediarse, teniendo sus inicios en los procesos de acuerdo a los estratos sociales de una comunidad, por tanto están asociados con la realidad de la política y los vínculos de poder dentro de una sociedad, derivándose del poder y la riqueza de las posiciones sociales (45).

En cuanto a la salud, es aún un ámbito de pobres avances para nuestro país, continuando las ineficientes políticas del siglo XX, siendo recurrente la pérdida de oportunidades. Para llevar a cabo una exitosa reforma de salud hacia la equidad y el desarrollo, requiriendo concertar una política de Estado, estableciendo una financiación moderna y equitativa del seguro social. Iniciar con la transformación por un derecho fundamental a la salud, la equidad y el desarrollo, necesita decisión, brindar la prioridad correspondiente a la salud, concertando con todos el logro de una política de Estado. El modelo coordinado de sistema se encamina a una transición evolutiva hacia la seguridad social universal y ésta se demostró en diferentes países ser el modelo de sistema de salud más completo y equitativo (45).

En conclusión, las inequidades sociales en salud están directa o indirectamente dadas por factores sociales, económicos y ambientales, así como por comportamientos de vida sensibles a los factores estructurales. Por consiguiente, el origen de las inequidades en salud son derivadas del conjunto de determinantes sociales, económicos y políticos que anteceden

a la generación de las causas que influyen en la salud de los individuos
(46).

III. METODOLOGÍA:

3.1. Diseño de la investigación

Cuantitativo: El estudio de investigación cuantitativo es sustentado mediante un sistema experimentado de investigación de variables determinadas previamente utilizando datos de naturaleza numérica, es decir en porcentajes y datos estadísticos (47).

Descriptivo: Se trata de conocer las situaciones, costumbres así como actitudes que vayan a predominar mediante de la descripción precisa de actividades, procedimientos, objetivos e individuos. (48).

Diseño de una sola casilla: Usa un solo grupo con el propósito de obtener un único informe de lo que pueda existir al momento de la investigación. Es utilizado para resolver problemas de identificación (49, 50).

3.2. Universo muestral

El universo muestral estuvo constituido por 120 adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita.

3.2.1. Unidad de análisis

Cada adolescente del Colegio Privado Mixto Santa Teresita, que formó parte de la muestra y respondió a los criterios de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Adolescente que estudia en el Colegio Privado Mixto Santa Teresita más de 3 años.
- Adolescente del Colegio Privado Mixto Santa Teresita que aceptó participar en el estudio.

- Madre del adolescente del Colegio Privado Mixto Santa Teresita que tuvo la accesibilidad de poder participar en el cuestionario como fuente informante sin importar condición, sexo biosocioeconómica y nivel de escolaridad.
- Adolescente del Colegio Privado Mixto Santa Teresita que tuvo la disponibilidad de participar en el cuestionario como informantes sin importar sexo, condición biosocioeconómica y nivel de escolarización.

Criterios de Exclusión:

- Adolescente del Colegio Privado Mixto Santa Teresita que presentó algún trastorno mental.
- Adolescente del Colegio Privado Mixto Santa Teresita que presentó problemas de comunicación.

3.3. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICO

Sexo

Definición Conceptual.

Refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos (51).

Definición Operacional.

Se usó la escala nominal

- Masculino

- Femenino

Grado de Instrucción

Definición Conceptual.

Nivel más elevado de los estudios ya hechos o aún en curso, sin considerar si se concluyeron o están de manera provisional o definitivamente inconclusos (52).

Definición Operacional.

Se usó la escala Ordinal

- Sin instrucción
- Inicial / Primaria
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta
- Superior completa / Superior incompleta
- Superior no universitaria completa e incompleta

Ingreso Económico

Definición Conceptual.

Aquella cantidad de dinero que una familia reúne o puede gastar en un periodo determinado de tiempo, sin aumentar ni disminuir sus activos netos (53).

Definición Operacional.

Escala de razón

- Menor de 750
- De 751 a 1000

- De 1001 a 1400
- De 1401 a 1800
- De 1801 a más

Ocupación del jefe de familia

Definición Conceptual.

Oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido (54)

Definición Operacional.

Se usó la escala nominal

- Trabajador estable
- Eventual
- Sin ocupación
- Jubilado
- Estudiante

Vivienda

Definición conceptual.

Lugar o infraestructura donde se llevan a cabo la gran mayoría de actividades básicas de la vida diaria, brindando cobijo y donde se desempeñan conductas domésticas (55).

Definición operacional.

Se usó la escala nominal

- Vivienda Unifamiliar

- Vivienda multifamiliar
- Vecindad, quinta choza, cabaña
- Local no destinada para habitación humana
- Otros

Tenencia

- Alquiler
- Cuidador / alojado
- Plan social (dan casa para vivir)
- Alquiler venta
- Propia

Material del piso:

- Tierra
- Entablado
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos
- Láminas asfálticas
- Parquet

Material del techo:

- Madera, estera
- Adobe
- Estera y adobe
- Material noble ladrillo y cemento

- Eternit

Material de las paredes:

- Madera, estera
- Adobe
- Estera y adobe
- Material noble ladrillo y cemento

Miembros de la familia que duermen por habitaciones

- 4 a más miembros
- 2 a 3 miembros
- Independiente

Abastecimiento de agua:

- Acequia
- Cisterna
- Pozo
- Red pública
- Conexión domiciliaria

Eliminación de excretas:

- Aire libre
- Acequia , canal
- Letrina

- Baño público
- Baño propio
- Otros

Combustible para cocinar:

- Gas, Electricidad
- Leña, Carbón
- Bosta
- Tuza (coronta de maíz)
- Carca de vaca

Energía Eléctrica:

- Sin energía
- Lámpara (no eléctrica)
- Grupo electrógeno
- Energía eléctrica temporal
- Energía eléctrica permanente
- Vela

Disposición de basura:

- A campo abierto
- Al río
- En un pozo
- Se entierra, quema, carro recolector

Frecuencia que pasan recogiendo la basura por su casa

- Diariamente
- Todas las semana pero no diariamente
- Al menos 2 veces por semana
- Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas

Eliminación de basura

- Carro recolector
- Montículo o campo limpio
- Contenedor específicos de recogida
- Vertido por el fregadero o desagüe
- Otros

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

Definición Conceptual.

Forma general de vida, basada en la interacción entre condiciones de vida y los patrones individuales de conducta (56).

Definición operacional.

Se usó la escala nominal

Hábito de fumar.

- Si fumo, diariamente
- Si fumo, pero no diariamente
- No fumo actualmente, pero he fumado antes

- No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual

Consumo de bebidas alcohólicas.

Se usó la escala nominal

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

- Diario
- Dos a tres veces por semana
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Ocasionalmente
- No consumo

Número de horas que duerme.

- 6 a 8 horas
- 8 a 10 horas
- 10 a 12 horas

Frecuencia en que se bañan.

- Diariamente
- 4 veces a la semana
- No se baña

Reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina.

Si () No ()

Actividad física en tiempo libre.

Se usó la escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

- Caminar
- Deporte
- Gimnasia
- No realizo

Actividad física en estas dos últimas semanas durante más de 20 minutos

- Caminar
- Gimnasia suave
- Juegos con poco esfuerzo
- Correr
- Ninguno

Conducta alimenticia de riesgo.

- Preocupación por engordar
- Come demasiado
- Pérdida del control para comer
- Vómitos auto inducidos
- Ingesta de medicamentos (Diuréticos, laxantes, pastillas)
- Restricción en la conducta (Ayuno, dietas, ejercicios)

Daño a su salud por alguna violencia por agresión.

- Armas de fuego
- Objetos cortantes
- Puñetazos, patadas, golpes
- Agresión sexual
- Otras agresiones o maltratos
- No presente

Lugar de la agresión o la violencia

- Hogar
- Escuela
- Transporte o vía pública
- Lugar de recreo o deportivo
- Establecimiento comercial
- Otros

Si tiene problemas ha pensado quitarse la vida.

Si () No ()

Tiene relaciones sexuales.

Si () No ()

Primera relación sexual hizo uso de algún método anticonceptivo.

- Condón
- Pastillas, inyectable, píldora de emergencia
- Óvulos, jalea, espumas, ritmo, calendario
- Ningún método

Tuvo algún embarazo o algún aborto.

Si () No ()

Tiempo que acude a un establecimiento de salud.

- Una vez en el año
- Dos veces en el año
- Varias veces en el año
- No acudo

Alimentación:

Definición Conceptual.

Acto voluntario, el cual lleva acabo de manera consciente, condicionada por factores sociales, culturales, biológicos, genéticos (57).

Definición Operacional.

Se usó la escala nominal

Dieta: Frecuencia de consumo de alimentos.

- Diario
- 3 o más veces por semana
- 1 o 2 veces a la semana
- Menos de 1 vez a la semana
- Nunca o casi nunca

**III.DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y
COMUNITARIAS:**

Definición Conceptual.

Estructuras o dinámicas de vínculos o interacciones entre miembros de un territorio, bien sean instituciones (públicas y privadas), organizaciones y grupos de tipos diferentes, comunidades, familias o personas. (58).

Apoyo social natural:

Definición Operacional.

Se usó la escala nominal

- Familiares
- Amigos
- Vecinos
- Compañeros espirituales
- Compañeros de trabajo
- No recibo

Apoyo social organizado.

Se usó la escala nominal

- Organizaciones de ayuda al enfermo
- Seguridad social
- Empresa para la que trabaja
- Instituciones de acogida
- Organizaciones de voluntariado
- No recibo

Apoyo de organizaciones del estado.

- El programa beca 18
- Programa nacional de alimentación escolar
- Programa de cooperación 2012-2016
- Comedores populares

Acceso a los servicios de salud.

Definición Conceptual:

Grado en el cual los individuos y los grupos de individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica (59).

Uso de un servicio de salud en los 12 últimos meses:

Escala nominal de Institución de salud atendida

- Hospital
- Centro de salud
- Puesto de salud
- Particular
- Otros

Lugar de atención que fue atendido.

- Muy cerca de su casa
- Regular
- Lejos
- Muy lejos de su casa
- No sabe

Tipo de seguro.

- ESSALUD
- SIS-MINSA
- SANIDAD
- Otros

Tiempo de espera en la atención.

- Muy largo
- Largo
- Regular
- Corto
- Muy corto
- No sabe

La calidad de atención recibida.

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala
- No sabe

Pandillaje o delincuencia cerca de la vivienda.

Si () No ()

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas:

En la presente investigación se hizo uso de la entrevista, así como de la observación para la aplicación del instrumento.

Instrumento:

En la presente investigación se utilizó un (1) instrumento para proceder a la recolección de datos que se especifican a continuación:

Instrumento No 01

El instrumento fue realizado en fundamento al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita. El cual fue elaborado por la investigadora Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes, y está compuesto por 37 ítems compartidos en 4 fragmentos de la manera siguiente (Anexo 04)

- Datos de Identificación, donde son obtenidas las iniciales o pseudónimo del adolescente entrevistado.
- Los determinantes sobre el entorno biosocioeconómico (Sexo, grado de instrucción, ingreso económico familiar, ocupación del jefe de familia, vivienda, abastecimiento de agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica, disposición de basura).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, horas de sueño, frecuencia de baño, actividad física), daños a la salud por violencia y alimentos

consumidos habitualmente por los adolescentes del Colegio Privado Mixto.

- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: apoyo social natural, apoyo social organizado, acceso a servicios de salud y existencia de pandillaje o delincuencia (60)

Control de Calidad de los datos.

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue realizada por medio de la pregunta a personas del área de Salud actuando como jueces; este trabajo fue realizado por medio de reuniones de trabajo, teniendo el objetivo de evaluar la propuesta hecha sobre el Cuestionario sobre determinantes de la salud en adolescentes, el cual fue planteado por la Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes, quien es Directora de la actual línea de Investigación. Mediante las reuniones, se dio a los participantes, como jueces; información acerca de la matriz de la operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para el análisis y socialización de las apreciaciones, luego cada participante difundió los análisis realizados al cuestionario propuesto, los cuales permitieron ejecutar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las interrogantes que estén relacionadas a los determinantes de la salud en adolescente del Colegio Privado Mixto Santa Teresita.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se registró por medio de la calificación mediante criterio de profesionales, diez en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para finalidad de este

análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

$$V = \frac{\bar{x} - l}{k}$$

Donde:

\bar{x} : Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita (Anexo 2).

Confiabilidad

Confiabilidad interevaluador

Se evaluó aplicando el cuestionario a la misma persona por dos entrevistadores diferentes en un mismo día, garantizando que el fenómeno no ha cambiado. Se realiza a un mínimo de 15 personas.

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad interevaluador (Anexo 3) (61).

3.5. Plan de análisis

3.5.1. Procedimientos de la recolección de datos:

Para la recopilación de datos de la presente investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se informó y se pidió consentimiento a las madres de los adolescentes y a los adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación fueron estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con las madres de los adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se coordinó con los adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita su accesibilidad y tiempo para el día del empleo del instrumento.
- Se procedió a realizar el instrumento a cada adolescente del Colegio Privado Mixto Santa Teresita.
- Se realizó la lectura del contenido o las instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento fue realizado en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.5.2. Análisis y Procesamiento de los datos:

Los datos fueron ingresados a una base de datos de Microsoft Excel, luego exportados a una base de datos en el software PASW Statistics, versión 18.0, para su procesamiento. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos.

3.6. Matriz de consistencia:

Titulo	Enunciado del problema	Objetivo general	Objetivos específicos	Metodología
Determinantes de la salud en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_ Chimbote, 2015	¿Cuáles son los determinantes de la salud en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_ Chimbote, 2015?	Describir los determinantes de la salud en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_ Chimbote, 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico (Sexo, grado de instrucción, religión, ingreso económico, ocupación, condición de trabajo); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental), en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_ Chimbote, 2015 - Identificar los determinantes de estilos de vida: Alimentación, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física), morbilidad, en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_ Chimbote, 2015. - Identificar los determinantes de las redes sociales: Acceso a servicios de salud y su impacto en la salud, en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_ Chimbote, 2015 	Tipo cuantitativo, descriptivo y diseño de una sola casilla

3.7. Principios éticos:

En todo trabajo de investigación llevado a cabo, previamente el investigador debe estimar los aspectos éticos del mismo, tanto por el tema seleccionado como por el método a seguir, así también el proponerse si los resultados obtenidos son éticamente posibles, respetando la dignidad de la persona de la doctrina social de la iglesia (62).

Anonimato:

Se aplicó el cuestionario orientándoles a los adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita que la investigación fue anónima y que la información obtenida fue solo para fines de la investigación.

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesta respetando la intimidad de los adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita, útil para fines investigativos.

Honestidad

Se informó a los adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita los fines de la investigación, cuyos resultados se encontraron plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Solo se trabajó con las madres de los adolescentes y los adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Anexo 04).

IV. RESULTADOS:

4.1. Resultados

I. DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1. DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015

Sexo	N	%
Masculino	54	45,0
Femenino	66	55,0
Total	120	100,0

Grado de instrucción de la madre	N	%
Sin nivel de instrucción	0	0,0
Inicial/Primaria	6	5,0
Secundaria Completa/Incompleta	32	26,6
Superior Completa/Incompleta	44	36,7
Superior no universitaria completa/incompleta	38	31,7
Total	120	100,0

Ingreso económico (Soles)	N	%
Menor de S/. 750.00	15	12,5
De S/. 751.00 a S/. 1000.00	12	10,0
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	23	19,2
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	39	32,5
De S/. 1801.00 a más	31	25,8
Total	120	100,0

Ocupación del jefe de familia	N	%
Trabajador estable	100	83,3
Eventual	18	15,0
Sin ocupación	0	0,0
Jubilado	2	1,7
Estudiante	0	0,0
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez, Directora de la línea de investigación, aplicado en el Colegio Privado Mixto Santa Teresita, 2015.

II. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	92	76,7
Vivienda multifamiliar	27	22,5
Vecindad, quinta, choza, cabaña	1	0,8
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	120	100,0
Tenencia	N	%
Alquiler	21	17,5
Cuidador/alojado	3	2,5
Plan social (dan casa para vivir)	1	0,8
Alquiler venta	6	5,0
Propia	89	74,2
Total	120	100,0
Material del piso	N	%
Tierra	1	0,8
Entablado	9	7,5
Loseta, vinílicos o sin vinílicos	64	53,3
Laminas asfálticas	21	17,5
Parquet	25	20,9
Total	120	100,0
Material del techo	N	%
Madera, estera	0	0,0
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	0	0,0
Material noble, ladrillo y cemento	117	97,5
Eternit	3	2,5
Total	120	100,0

Continúa...

Material de las paredes	N	%
Madera, estera	0	0,0
Adobe	0	0,0
Estera y adobe	2	1,7
Material noble ladrillo y cemento	118	98,3
Total	120	100,0
N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	0	0,0
2 a 3 miembros	33	27,5
Independiente	87	72,5
Total	120	100,0
Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	20	16,6
Pozo	2	1,7
Red pública	0	0,0
Conexión domiciliaria	98	81,7
Total	120	100,0
Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	0	0,0
Acequia, canal	0	0,0
Letrina	0	0,0
Baño público	4	3,3
Baño propio	116	96,7
Otros	0	0,0
Total	120	100,0
Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	120	100,0
Leña, carbón	0	0,0
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0

Continúa...

Total	120	100,0
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	2	1,7
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	4	3,3
Energía eléctrica permanente	114	95,0
Vela	0	0,0
Total	120	100,0
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	13	10,8
Al río	0	0,0
En un pozo	0	0,0
Se entierra, quema, carro recolector	107	89,2
Total	120	100,0
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	54	45,0
Todas las semana pero no diariamente	41	34,2
Al menos 2 veces por semana	25	20,8
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	0	0,0
Total	120	100,0
Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	102	85,0
Montículo o campo limpio	14	11,7
Contenedor específico de recogida	4	3,3
Vertido por el fregadero o desagüe	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez, Directora de la línea de investigación, aplicado en el Colegio Privado Mixto Santa Teresita, 2015.

III. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	0	0,0
Si fumo, pero no diariamente	6	5,0
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	25	20,8
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	89	74,2
Total	120	100,0
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N	%
Diario	1	0,8
Dos a tres veces por semana	0	0,0
Una vez a la semana	0	0,0
Una vez al mes	0	0,0
Ocasionalmente	29	24,2
No consumo	90	75,0
Total	120	100,0
N° de horas que duerme	N	%
[06 a 08]	33	27,5
[08 a 10]	79	65,8
[10 a 12]	8	6,7
Total	120	100,0
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	90	75,0
veces a la semana	30	25,5
No se baña	0	0,0
Total	120	100,0
Tiene reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina	N	%
Si	110	91,7
No	10	8,3
Total	120	100,0

Continúa...

Actividad física que realiza en su tiempo libre	N	%
Caminar	28	23,3
Deporte	47	39,2
Gimnasia	16	13,3
No realizo	29	24,2
Total	120	100,0

En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos	N	%
Caminar	28	23,3
Gimnasia suave	25	20,8
Juegos con poco esfuerzo	14	11,7
Correr	29	24,2
Ninguna	24	20,0
Total	120	100,0

Daño a su salud por alguna violencia por agresión:	N	%
Armas de fuego	0	0,0
Objetos cortantes	0	0,0
Puñetazos, patadas, golpes	72	60,0
Agresión sexual	0	0,0
Otras agresiones o maltratos	33	27,5
No presente	15	12,5
Total	120	100,0

Indique el lugar de la agresión o violencia	N	%
Hogar	65	61,9
Escuela	13	12,4
Transporte o vía pública	0	0,0
Lugar de recreo o deportivo	8	7,6
Establecimiento comercial	0	0,0
Otros	19	18,0
Total	105	100,0

Continúa...

Si tiene problemas ha pensado quitarse la vida:	N	%
Si	31	25,8
No	89	74,2
Total	120	100,0
Tiene relaciones sexuales	N	%
Si	8	6,7
No	112	93,3
Total	120	100,0
Primera relación sexual hizo uso de algún método anticonceptivo:	N	%
Condón	8	100,0
Pastillas, inyectable, píldora de emergencia	0	0,0
Óvulos, jalea, espumas, ritmo, calendario	0	0,0
Ningún método	0	0,0
Total	8	100,0
Tuvo algún embarazo o algún aborto	N	%
Si	0	0,0
No	8	100,0
Total	8	100,0
Tiempo que acude a un establecimiento de salud	N	%
Una vez en el año	11	9,2
Dos veces en el año	19	15,8
Varias veces en el año	71	59,2
No acudo	19	15,8
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez, Directora de la línea de investigación, aplicado en el Colegio Privado Mixto Santa Teresita, 2015.

TABLA 3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015

Alimentos que consume	Diario		3 o más veces a la semana		1 o 2 veces a la semana		Menos de 1 vez a la semana		Nunca o casi nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Frutas	56	46,7	42	35,0	18	15,0	4	3,3	0	0,0	120	100,0
Carne	53	44,2	37	30,8	28	23,3	2	1,7	0	0,0	120	100,0
Huevos	14	11,7	49	40,8	49	40,8	6	5,0	2	1,7	120	100,0
Pescado	11	9,2	34	28,3	40	33,3	35	29,2	0	0,0	120	100,0
Fideos, arroz	90	75,0	20	16,7	8	6,7	2	1,7	0	0,0	120	100,0
Pan, cereales	76	63,3	30	25,0	12	10,0	2	1,7	0	0,0	120	100,0
Verduras, hortalizas	26	21,7	29	24,1	60	50,0	3	2,5	2	1,7	120	100,0
Legumbres	19	15,8	16	13,3	62	51,7	17	14,2	6	5,0	120	100,0
Embutidos	11	9,2	19	15,8	47	39,2	34	28,3	9	7,5	120	100,0
Lácteos	66	55,0	40	33,3	11	9,2	3	2,5	0	0,0	120	100,0
Dulces, gaseosas	2	1,7	17	14,2	55	45,8	39	32,5	7	5,8	120	100,0
Refrescos	10	8,3	15	12,5	50	41,7	42	35,0	3	2,5	120	100,0
Frituras	4	3,3	5	4,2	38	31,7	60	50,0	13	10,8	120	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez, Directora de la línea de investigación, aplicado en el Colegio Privado Mixto Santa Teresita, 2015.

TABLA 3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015

Conducta alimenticia de riesgo	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Preocupación por engordar	44	36,7	76	63,3	120	100,0
Come demasiado	28	23,3	92	76,7	120	100,0
Pérdida del control para comer	6	5,0	114	95,0	120	100,0
Vómitos auto inducidos	2	1,7	118	98,3	120	100,0
Ingesta de medicamentos (Laxantes, diuréticos, pastillas)	10	8,3	110	91,7	120	100,0
Restricción en la conducta (ayuno, dietas, ejercicios)	40	33,3	80	66,7	120	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez, Directora de la línea de investigación, aplicado en el Colegio Privado Mixto Santa Teresita, 2015.

IV. DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 4. DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	78	65,0
Centro de salud	19	15,8
Puesto de salud	12	10,0
Clínicas particulares	10	8,4
Otras	1	0,8
Total	120	100,0
Motivo de consulta por lo que acude a un establecimiento de salud	N	%
Antes de iniciar la práctica de algún deporte competitivo.	4	3,3
Infecciones, trastornos respiratorios o digestivos.	74	61,7
Mareos, dolores o acné.	31	25,8
Cambios en los hábitos del sueño o alimentación.	11	9,2
Trastornos en el hábito y en el ánimo, en el comportamiento o la presencia de conductas de riesgo, como consumo de alcohol y drogas.	0	0,0
Total	120	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	19	15,8
Regular	72	60,0
Lejos	21	17,5
Muy lejos de su casa	8	6,7
No sabe	0	0,0
Total	120	100,0
Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	69	57,5
SIS – MINSA	35	29,2
SANIDAD	16	13,3
Otros	0	0,0

Continúa...

Total	120	100,0
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	9	7,5
Largo	29	24,2
Regular	59	49,2
Corto	15	12,5
Muy corto	2	1,7
No sabe	6	5,0
Total	120	100,0
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	12	10,0
Buena	31	25,8
Regular	61	50,8
Mala	16	13,3
Muy mala	0	0,0
No sabe	0	0,0
Total	120	100,0
Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Si	87	72,5
No	33	27,5
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud, elaborado por la Dra. Adriana Vílchez, Directora de la línea de investigación, aplicado en el Colegio Privado Mixto Santa Teresita, 2015.

Tabla 5. DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	23	19,2
Amigos	2	1,7
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	0	0,0
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	95	79,1
Total	120	100,0

Recibe algún apoyo social organizado:	N	%
Organizaciones de ayuda al enfermo	0	0,0
Seguridad social	0	0,0
Empresa para la que trabaja	0	0,0
Instituciones de acogida	0	0,0
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	120	100,0
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud, elaborado por la Dra. Adriana Vélchez, Directora de la línea de investigación, aplicado en el Colegio Privado Mixto Santa Teresita, 2015.

Tabla 6. DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015

Recibe algún apoyo social de organizaciones:	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
El programa beca 18	0	0,0	120	100,0	120	100,0
Programa de alimentación escolar	0	0,0	120	100,0	120	100,0
Programa de cooperación 2012-2016	0	0,0	120	100,0	120	100,0
Comedores populares	0	0,0	120	100,0	120	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud, elaborado por la Dra. Adriana Vélchez, Directora de la línea de investigación, aplicado en el Colegio Privado Mixto Santa Teresita, 2015.

4.2. Análisis de resultados:

En tabla 1: Del 100% (120) de adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita; el 55% (66) son del sexo femenino, el grado de instrucción de la madre el 36,7% (44) tienen secundaria incompleta/completa, el ingreso económico familiar es el 32,5 % (39) es de S/. 1401.00 a S/. 1800.00, en ocupación del jefe de familia el 83,3% (100) tienen trabajo estable.

Los resultados obtenidos de la presente investigación están relacionados con los estudios de Ortiz M, (63) donde concluye que la mayor parte de adolescentes en estudio son del sexo femenino, teniendo en su mayoría a las madres de los adolescentes con grado de instrucción superior completa / incompleta. Así como también se asemejan a los estudios de Moreno C, (12) donde concluye que en su muestra aleatoria de adolescentes en estudio más de la mitad son del sexo femenino, con un nivel educativo de sus madres de superior completa/incompleta (universitario/no universitario) en la mayoría de los casos.

Así mismo, estos resultados difieren a los encontrados por Huamán R, (64) en su investigación, donde se concluye que el sexo de los adolescentes en su mayoría es el masculino y el grado de instrucción de las madres de los adolescentes mayormente es de Inicial/Primaria.

Hoy en día, la igualdad de género y el empoderamiento femenino a nivel mundial se ha hecho cada día más importante, tanto es así, que en la población de adolescentes en estudio, la mayoría resultaron ser mujeres, esto debido a que la ideología de los padres por mantener una buena

educación de sus hijas y el colegio al mantener una reputación intacta en cuanto a su plana docente y disciplina, brindó confianza a los padres para elegir al colegio como base de estudios para sus menores hijas, con el fin que tengan un futuro diferente a otras adolescentes que estudian en colegios nacionales.

En el año 2017, la UNESCO reportó 758 millones de analfabetos en el mundo en su informe Mundial sobre Aprendizaje y la Educación de Adultos (GRALE III), donde se destacó que 115 millones de ellos son de 15 a 24 años, los cuales no saben leer o escribir una frase sencilla. Así como también se expresó que la mayor parte de personas excluidas en la escuela son mujeres (el 9,7% de mujeres del mundo no están escolarizadas, por un 8,3% de hombres). Análogamente, la mayoría (63%) de la población mundial con escasas competencias lectoras son mujeres (65).

Así también según la INEI (66), el analfabetismo se considera para toda persona que tiene 15 a más años de edad y no sabe leer ni escribir, indicando que en el Perú hasta el ENAHO 2014 existen 1 millón 300 personas analfabetas, el 75% de ellas son adultos mayores y el resto jóvenes con edades entre 15 y 20 años, siendo las 5 regiones con mayor porcentaje de analfabetismo a: Huánuco con 16,6% de analfabetos, Huancavelica con 14,9%, Apurímac con 14,5%, Ayacucho con 13,8% y Cajamarca con 11,8%. Las regiones con menos tasas de analfabetismo son Lima (2,3%), el Callao (2,3%), Ica (3,1%), Tumbes (3,4%) y Arequipa (4,2%), todas por debajo del promedio nacional (6,2%).

El analfabetismo afecta principal y en mayor proporción a las mujeres que a los hombres y en su mayoría a las de zonas rurales. Así, en el año 2014 se detectó que el 9,6% de la población del país, eran mujeres analfabetas, mientras que sólo el 3,1% eran hombres, siendo una brecha de 6,5%, esto debido a la cultura machista de las áreas rurales donde los hombres tienen el derecho y las mayores posibilidades de estudiar, mientras que las mujeres se les educa para dedicarse expresamente al hogar (66).

De esto, se refiere que en cuanto al sexo, en su estricta definición se sabe que es una variable biológica y genética la cual divide a los seres humanos en dos únicas posibilidades de mujer y varón. Bajo esta perspectiva, el sexo es una variable netamente física, producida biológicamente, manifestado en roles sociales, especialización de trabajo, actitudes, ideas y generalmente en la familia, donde la producción es realizada en el medio ambiente ideal (67).

El grado de instrucción que tienen las madres de los adolescentes, es un dato de importancia ya que al tener una madre con educación superior se relaciona con una mejor percepción sobre la sexualidad de los adolescentes, lo cual se traduce en que si mayor es la capacidad intelectual de la madre, mejor comunicación tendrá con la hija o hijo, entablando un nivel de confianza adecuado entablar para temas de sexualidad (68).

En la presente investigación, los adolescentes en estudio en su mayoría son del sexo femenino, de los cuales el nivel de educación de sus madres mayormente es superior completa/incompleta. En cuanto a menos de la

mitad que resultaron ser varones, se refleja el poco empeño por parte de los padres en brindar a los adolescentes varones una educación de calidad en un colegio particular, ya que siendo realidades diferentes en colegios nacionales donde la mayoría del alumnado son varones, existe una brecha en cuanto a la cantidad de mujeres y varones adolescentes que estudian en el Colegio Particular Mixto “Santa Teresita”.

De las madres de los adolescentes del Colegio Privado Mixto “Santa Teresita” se afirma que menos de la mitad tienen grado de instrucción superior completa/incompleta, de las cuales todas son madres jóvenes, quienes algunas manifestaron que iniciaron la maternidad sin compañía ni guía de sus madres, lo que les dificultó la crianza de sus hijos desde pequeños, llevando a éstos que mientras crecían iban perdiendo respeto, esto ocasionado por la poca disciplina que se les imponía por parte de sus madres. Un tema de cuidado, ya que al no ponerles rigidez en esta etapa de sus vidas, los adolescentes imponen rebeldía lo que puede traer como consecuencia existencia de pandillaje en el caso de varones, o embarazos precoces en el caso de las adolescentes femeninas.

Así también las madres de los adolescentes manifestaron que pudieron desarrollar sus estudios posteriormente con normalidad gracias al apoyo de sus parejas, lo que les permitió llegar a un nivel de educación mediano alto, permitiéndoles brindar una buena estabilidad económica a sus hijos adolescentes así como también les permite ayudar a colaborar con los ingresos económicos del hogar, pero que no podían acompañarlos en ocasiones importantes como actuaciones en el colegio, escuela de padres,

premiaciones, ya que al dedicarse al trabajo descuidaron esa parte como rol de madres, tanto ellas y sus esposos, viendo las repercusiones en el comportamiento de sus hijos, quienes a través de actos rebeldes en el colegio y en casa, exigían pasar tiempo con ellos, y eso mantiene un sentimiento de culpa en las madres.

Abanto A, (67) concluye que en menos de la mitad de los hogares de los adolescentes, el ingreso económico familiar es entre 1001 a 1400 soles, teniendo a los padres jefes de familia (padre o madre) como trabajadores estables en su mayoría. A la vez, Sosaya M, Aroni A, (69) concluye que el ingreso económico familiar es medio/alto para la canasta básica y que casi la totalidad de los jefes de familia cuentan con trabajo de manera estable y formal.

Estos resultados son diferentes a los hallados por Guevara D, (70) donde concluye que se mantiene un ingreso económico familiar menor a 750 soles y que el jefe de familia mantiene un trabajo de forma eventual, poniendo en riesgo la estabilidad económica familiar.

En el año 2018 en Perú, una de las últimas disposiciones del ex Presidente del Perú Pedro Pablo Kuczynski, fue aprobar el aumento de la Remuneración Mínima Vital (RMV) de S/ 850.00 a S/ 930.00. Según Gerónimo López, secretario general de la CGTP, indicó que este incremento no satisface al ingreso económico de la clase trabajadora frente a la complicada situación económica que vive el país en la actualidad, ya que el costo de vida en la actualidad es de S/ 1640.00 (71).

En cuanto a los ingresos económicos, estos son las ganancias en su totalidad que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, sea una privada o pública, individual o grupal. Es decir en términos generales, los ingresos económicos son elementos tanto monetarios como los no monetarios que se acumulan y generan como una consecuencia del círculo ganancia-consumo (72).

De la ocupación se dice que ésta constituye para muchas personas, en su mayoría mujeres, como un proyecto fundamental de vida, pero los estudios realizados dan cuenta de la existencia de conflictos que genera su realización. Se propone como su definición a toda actividad con sentido en la que la persona participa de manera cotidiana pudiendo ser nombrada por la cultura (73).

En los hogares de los adolescentes del Colegio Privado Mixto “Santa Teresita”, el ingreso económico familiar es un factor importante para el sustento familiar en cuanto a estudios, canasta básica familiar, vestido, etc. Los adolescentes manifestaron que sus padres hacen lo posible por cubrirles sus gastos y antojos, pero que les aclaran que no todo es lujo y dinero, pues al estudiar en un colegio particular y siendo más de un hijo es necesario limitarse en gastos vanos, aunque tengan un ingreso económico familiar estable. A esto se suma el que sus ingresos económicos de S/.1401.00 a S/.1800.00 sean permanentes, debido a que los padres son trabajadores estables, lo que les permite adquirir productos en beneficio de su desarrollo saludable.

Estos determinantes de la salud son un conjunto de factores tanto personales, sociales, económicos así como ambientales, los cuales van a determinar el estado de salud de los individuos o comunidades. A su vez comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la población de la sociedad, su educación, su trabajo y sus condiciones de ocupación. Combinándose todos estos, se crean diferentes condiciones de vida las cuales van a ejercer un gran impacto sobre la salud (74).

En los adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita, los determinantes de la salud, son paralelamente estables, por lo que existen pocas probabilidades de que se desestabilice su estilo de vida. El estilo de vida saludable en los adolescentes en estudios está de acuerdo a sus comportamientos, así como a los ingresos y educación de los padres de familia, ya que éstos influyen en su bienestar.

En cuanto a los determinantes del entorno biosocioeconómico que se han observado en la población en estudio de la presente investigación, aunque son visiblemente estables, también pone en riesgo de volverlos una población vulnerable ante cualquier enfermedad ya sea física o mental o en un entorno de crisis económica, ya que si bien es cierto la mayoría tienen padres con trabajos e ingresos económicos estables, actualmente el país no es permanente en el aspecto económico y laboral, y éstos pueden quedar sin empleo en cualquier momento, afectando a los adolescentes quienes no lograrían sus metas profesionales, desencadenando problemas emocionales en ellos por lo que tendrían que privarse de ciertos placeres,

haciendo de esto una influencia importante en la vida del adolescentes y su familia.

En la tabla 2: Del 100% (120) adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita; en tipo de vivienda el 76,7% (92) son de tipo de vivienda unifamiliar, en tenencia el 74,2% (89) son de tenencia propia, en el material del piso el 53,3% (64) es de loseta, vinílicos o sin vinílicos, el material del techo el 97,5% (117) es de material noble, el material de paredes el 98,3% (118) es de material noble ladrillo y cemento, en el número de personas que duermen en una habitación el 72,5% (87) es independiente.

En abastecimiento de agua el 81,7% (98) son de conexión domiciliaria, en eliminación de excretas el 96,7% (116) tienen baño propio, en combustible para cocinar el 100% (120) usan para cocinar gas, electricidad, en energía eléctrica el 95% (114) cuentan con energía eléctrica permanente, en disposición para basura el 89,2% (107) se entierra, quema, carro recolector, en frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa es el 45% (54) diariamente, la eliminación de basura el 85% (102) eliminan en carro recolector.

Arbildo M, (75) en su investigación concluyó que la mayoría de los adolescentes tienen una vivienda unifamiliar, propia, de material noble, con habitaciones independientes, y servicios básicos permanentes. Así también, de manera similar Morales M, (76) concluye que casi en la totalidad de las viviendas sólo habitan los adolescentes y su familia nuclear, siendo ésta de tenencia propia y de material noble y ladrillos.

Un estudio que difiere con los resultados encontrados en esta investigación es el hallado por Montoya L, (77) donde se concluye que en la mayoría de los hogares de los adolescentes de la comunidad del amazonas nativo Wawain Imaza, habitan familias extensas, con tenencia ilegal por invasión de terreno, las cuales casi la totalidad son de material en paredes de yarina y piso de tierra dura, poniendo en riesgo la integridad y salud tanto del adolescente como de sus familiares.

Las condiciones de la vivienda pueden tener una gran repercusión sobre la salud física, social como mental, ya que al ser reconocida como uno de los determinantes de las desigualdades en la salud, de acuerdo al nivel socioeconómico de las personas, se darán las probabilidades de vivir en buenas o peores condiciones de vivienda, y por tanto de buena o mala salud. La vivienda en cuanto a sus dimensiones relacionadas con condiciones físicas suelen suponer un problema, ya que éstas deben de contar con disponibilidad de baño, suministros de agua y red pública, etc. (78).

Las propiedades esencialmente en la construcción de las viviendas consisten en la solidez y resistencia a los cambios climáticos como el calor o frío así como que sea perdurable permisiva y que facilite actividades domésticas. De los componentes de la construcción de una vivienda, las terminaciones del piso cumplen una función principal y fundamental como es el aislamiento de las fugas de agua, con consecuencias sobre la higiene de las habitaciones. Las paredes cumplen funciones de resistencia y delimitación de espacios posibilitando privacidad de los ocupantes. En el

caso de paredes externas suman condiciones de aislamiento térmico y acústico. La función del techo sólido es imprescindible para el aislamiento de la humedad, como principal indicador de enfermedades respiratorias dentro de la vivienda (78).

Por tanto, las viviendas unifamiliares son definidas como construcciones destinadas a una sola familia que proporcionan mayor espacio evitando así el hacinamiento, así mismo también permiten la privacidad; una vivienda propia desde el punto de vista financiero, simplemente es lo más inteligente que hacer porque el dinero del alquiler es dinero que jamás se recuperará y ese dinero que se piensa gastar es mejor invertirlo en la adquisición de una vivienda porque es algo que crece en valor y construye su propio valor neto y al ser propio aumenta los ingresos económicos, beneficiando a todos los miembros de la familia (79).

En el caso de la privacidad que los adolescentes en estudio mantienen al tener una habitación para ellos, es de suma importancia ya que manifestaron gustarles su privacidad, que sus padres y hermanos respeten su espacio, donde ellos sienten que se pueden expresar sin limitación, y aunque sus padres les ponen reglas, sienten a su habitación como su propio espacio.

En cuanto a la vivienda de los adolescentes en estudio, en su mayoría es unifamiliar de tenencia propia, de material noble y con habitaciones independientes, lo que les permite a los adolescentes mantener su privacidad. Los adolescentes del Colegio Privado Mixto “Santa Teresita”

manifestaron la tenencia de una vivienda unifamiliar debido a que, en cierta mayoría, los abuelos dejaron como herencia dichas viviendas con el fin de asegurar el futuro de sus familias. Otra realidad es que en algunos la adquisición de la vivienda es gracias al trabajo y esfuerzo de sus padres. Los adolescentes sienten que el tener una casa en donde sólo viva su familia nuclear es mucho mejor, ya que mantienen una conexión más estrecha entre los miembros de la familia y los problemas se quedan entre ellos y sus paredes, además de mantener y cuidar su infraestructura.

Las condiciones de vivienda de los adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita, son buenas en base a su infraestructura y servicios de saneamiento básico, ya que son hechas de material noble. Es por ello que los adolescentes manifestaron sentirse bien estando en casa, que su hogar es acogedor y que se sienten cómodos llevando visitas a su casa. Un factor importante para ellos en esta etapa es que no se avergüenzan del aspecto de sus hogares, aseguran que sus madres mantienen limpio sus espacios y que ellos se encargan de la limpieza de sus habitaciones así como también en ayudar en el aseo del hogar. Cabe destacar que al tener un espacio limpio y confortable, los adolescentes no estarán predispuestos a contraer enfermedades, manteniendo su estado de salud de manera óptima, además de contar con su saneamiento básico completo.

Soto A, (80) encontró que el 100% de la población cuenta con el servicio de agua potable, y de esto el 80% de la población cuenta con abastecimiento de agua por red con conexión domiciliaria y energía eléctrica dentro de sus hogares. A su vez, Pacha M, (81) concluye que casi

la totalidad de las viviendas de los adolescentes cuentan con conexión de agua potable, alumbrado eléctrico y la mayoría eliminan sus excretas en inodoros conectados al alcantarillado.

Aguirre M, (82) difiere en su investigación concluyendo que la mayoría de los adolescentes viven en hogares de familias desintegradas, con altos niveles de pobreza, unido a ello, carencias de servicios básicos como: electricidad, agua potable, sanitario y condiciones escasas en la vivienda de: techo, paredes y piso; haciendo más vulnerable a las familias y los adolescentes frente a enfermedades y desastres naturales particularmente inundaciones y terremotos. Celis L, (83). En su estudio, concluyó que la prestación de servicios básicos del hogar afectan a la disminución de las brechas urbano - rural y el mejoramiento de coberturas de las comunidades de la zona rural, obteniendo que el mayor porcentaje de escasez de saneamiento básico se encuentra en zonas rurales, mientras que en las urbanas es casi la totalidad de la población con la que cuenta.

La estrategia de vivienda saludable es un transporte para atender a los Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas de América Latina y el Caribe (ALC) en el cumplimiento del compromiso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Una vivienda saludable se refiere al espacio de refugio que promueve la salud y aplicando de forma directa e indirecta una influencia de manera positiva en el cumplimiento de los ODM. Ejerce una influencia directa en el cumplimiento de las metas referidas explícitamente a los temas de salud o que estén relacionados expresamente con las tareas del sector salud, promoviendo así el desarrollo

equilibrado de una vida sana familiar, con acceso a servicios básicos de la vivienda, encontrándose asociado con las condiciones mejores de la vida poblacional (84).

Según el INEI (2018), los servicios básicos en un centro poblado son necesarios para llevar una vida saludable, siendo de interés el análisis de la situación de los servicios básicos los cuales están priorizados en electrificación, abastecimiento de agua, servicios higiénicos y recolección domiciliaria de basura. En el año 2018 a nivel nacional, el 89,2% de viviendas contaba con energía eléctrica por red pública constituyendo un incremento de 1,1 puntos en relación al año 2017 (88,1%), siendo la más beneficiada la región Costa del país con una cobertura del 94,5%, en la región Selva, un 79,2% disponía de este servicio (85).

Así mismo según la Encuesta Nacional de Programas Estratégicos 2015-2018, el 87,1% de los hogares son abastecidos de agua por red pública, en la región Costa, el 92,6% de los hogares usaba agua por red pública dentro o fuera de la vivienda. Por otro lado, a nivel nacional el 61,7% de los hogares elimina sus excretas en conexión a red pública de desagüe dentro de la vivienda, mientras que el 12,0% de los hogares manifestó no contar con ningún tipo de disposición para eliminar excretas. A su vez, de los hogares urbanos, la disposición de basura era del 95,3%, donde el 46,5% era de frecuencia diaria y el 27,5% con frecuencia interdiaria y el 26,0% era semanalmente (85).

En cuanto al agua se destaca como uno de los recursos naturales más importantes que se relaciona directamente con la calidad de vida de la

población y es determinante para el funcionamiento del sistema económico. Conviene señalar que la escasez del agua no solo es el resultado de un desequilibrio entre las necesidades hídricas derivadas del crecimiento económico y demográfico determinadas por la naturaleza y de la política pública de las condiciones en las que se encuentra el recurso agua. La disponibilidad de agua depende de las condiciones que presente el ciclo hidrológico y de la velocidad con que son extraídos para cubrir los requerimientos de las actividades económicas y de la población, por lo que garantizar su preservación es necesario realizar una gestión integral del agua (86).

A su vez, la energía eléctrica es un servicio que con un papel importante en el desarrollo de las sociedades, ya que puede transformarse en diferentes formas de energía, como la lumínica, mecánica y térmica. Su uso, es una de las bases de la tecnología, ya que permite el avance de la misma. A diario se ofrecen en el mercadeo los equipos más sofisticados los cuales brindan recreación, entretenimiento y comodidades a nuestra sociedad (87).

En el hogar de los adolescentes en estudio de la presente investigación, los servicios de agua cuenta con conexión domiciliaria, poseen baño propio, usan gas o electricidad para la cocina, la energía eléctrica es permanente, y la conexión domiciliaria es la mayor abastecedora de agua, lo cual permite que dentro de las viviendas haya agua permanente para la cocina, el aseo personal, de vivienda y vestuario, esto es de importancia para ayudar al mantenimiento y estabilidad de la salud de los integrantes

de la familia y de los adolescentes exclusivamente, ya que esto evitará la proliferación de enfermedades dentro del hogar, destacando la importancia de uno de los servicios básicos que deben existir obligatoriamente en el domicilio.

La energía eléctrica se ha vuelto imprescindible en los hogares, no siendo indiferente en la de los adolescentes del Colegio Privado Mixto “Santa Teresita” que manifestaron ser de suma importancia en sus vidas el tener luz y que sin luz todo es aburrido, ya que ésta permite la distracción de muchos de ellos al escuchar música, ver televisión, conectarse al internet y cargar sus teléfonos celulares. Esto puede presentar un problema en la vida saludable de los adolescentes, ya que se están volviendo dependientes de la energía eléctrica, dejando de lado las actividades al aire libre y la comunicación familia.

Aunque para las madres de los adolescentes la energía eléctrica resulta de gran utilidad, ya que cuentan con aparatos electrónicos para el aseo del hogar como es el caso de lavadoras, aspiradoras, plancha de ropa, etc. y con esto mantener su vivienda en buen estado.

Una investigación que se asemeja al presente estudio es la hecha por Dicovskiy L, Gonzalez D, Videa M, (88) en la que concluye que la mayoría de las familias de los adolescentes en estudio utilizan el tren del municipio para eliminar la basura ya que pasa diariamente y evitan incrementar focos infecciosos cerca de sus hogares.

Es así que Rodas C, (89) difiere y concluye que solo un 2,6% de las familias habitantes utilizan los carros recolectores para la eliminación de

su basura, ya que prefieren quemarla o enterrarla, al no pasar un carro recolector de basura y prefieren ahorrar dinero en lugar de pagar a un recolector. A su vez Vásquez Y, (90) concluye que los alrededores de las viviendas de los adolescentes se encontraban en desfavorables condiciones de higiene, con inadecuada eliminación de residuos sólidos y líquidos, así como también la crianza en los alrededores de animales domésticos.

Según la Ley General de Residuos Sólidos (Ley 27314), promulgada en el año 2000 a fin de reducir los impactos contaminantes que los residuos afectan en la salud y el ambiente. La gestión del Departamento Ambiental del país maneja de manera integral, articulada, integrada y compatible, los planes, políticas, programas y estrategias que intervienen para el anejo de residuos sólidos, aplicando lineamientos de política establecidos de acuerdo a ley (91).

En el 2019, la ciudad de Chimbote atravesó uno de los problemas ambientales más críticos que se pudo mencionar, el problema del recojo de la basura, por los que botaderos de desechos domésticos y sanitarios se duplicaban por la falta de carros recolectores de residuos sólidos, lo cual preocupaba a los moradores de distintas localidades una grave contaminación ambiental. Por lo que, el actual alcalde del distrito, Roberto Briceño Franco tuvo que solicitar e invertir del erario municipal para la compra de nuevos carros recolectores de basura, ya que según dijo la gestión anterior dejó a la mayoría inoperativos. Cabe destacar que el problema fue resuelto a fines de año con la adquisición de 10 unidades modernas a gas para cubrir la demanda de la ciudad (92).

El inadecuado manejo de basura y residuos contaminan el ambiente (aire, agua superficies y subterráneos), degradando los suelos al verter productos químicos o domésticos, los cuales son corrosivos, tóxicos e inflamables, por ejemplo productos como pinturas, pesticidas, aceites, baterías, los cuales son potencialmente peligrosos, requiriendo un especial manejo para su desecho (91).

La basura o residuos sólidos, son desechos, desperdicios o sobrantes de las actividades cotidianas de las personas, clasificándose en desechos gaseosos, líquidos y sólidos, así también por su origen en desechos orgánicos e inorgánicos (91).

En los hogares de los adolescentes del presente estudio, se deshecha su basura en el carro recolector de basura que pasa recogiendo diariamente o todas las semanas pero no diariamente la basura por sus hogares, sus viviendas cuentan con los servicios de saneamiento básico, así como los servicios de recolección de basura los cuales se depositan en carros recolectores y algunos en montículos o campos limpios, lo cual puede conllevar a un foco de enfermedades si la vivienda está cerca a ello, debido a los vectores transmisibles de enfermedades (moscas, cucarachas, ratas, etc.). El recojo de la basura es diario o semanalmente pero no diario, lo que ayuda a que el entorno de las viviendas de los adolescentes permanezca limpio y libre de focos infecciosos, ayudando a mantener la salud de los adolescentes y su entorno.

En conclusión los determinantes del entorno biosocioeconómico relacionados con la vivienda, casi la totalidad de los adolescentes de la

presente investigación, manifestaron tener un manejo adecuado de la recolección y lugar de expulsión de la basura, mostrando tener una buena educación ambiental ya que son conscientes que el acúmulo de basura traen diferentes enfermedades, lo que los lleva a estar pendientes del carro recolector para no tener que estar ensuciando las esquinas cerca a sus viviendas, conservando así el medio ambiente. Es decir, que esto contribuye al cuidado de la naturaleza, adoptando hábitos saludables en sus comunidades.

En la tabla 3: Del 100% (120) de adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita; el 74,2% (89) no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual, en frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas el 75% (90) no consume, el N° de horas que duermen el 65,8% (79) son de 8 a 10 horas, la frecuencia en que se bañan el 75% (90) es diariamente, en reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina el 91,7% (110) si presenta reglas y expectativas claras, la actividad física que realiza en su tiempo libre el 39,2% (47) es deporte, de las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos el 24,2% (29) es correr, en daño a su salud por alguna violencia por agresión el 60% (72) ha presentado violencia por agresión con puñetazos, patadas, golpes; en el lugar de la agresión o violencia el 61,9% (65) fue en el hogar.

En si tiene problemas ha pensado quitarse la vida, el 74,2% (89) no han pensado en quitarse la vida; el 93,3% (112) no tiene relaciones sexuales; el 100% (8) si utilizaron condón como método anticonceptivo; en cuanto a las mujeres adolescentes el 100% (66) no tuvieron algún

embarazo o algún aborto. En cada cuanto tiempo acuden a un establecimiento de salud el 59,2% (71) acuden varias veces en el año, en alimentos que consumen en fideos y arroz el 75% (90) consumen a diario, pan y cereales, el 63,3% (76) consumen a diario, en carnes lácteos el 55% (66) consumen a diario. En cuanto a la conducta alimenticia de riesgo de los adolescentes el 63,3% (76) no tienen preocupación por engordar, el 33,3% (40) de los adolescentes tienen restricción en la conducta (ayuno, dietas, ejercicios).

En si tiene problemas ha pensado quitarse la vida, el 74,2% (89) no han pensado en quitarse la vida; el 93,3% (112) no tiene relaciones sexuales; el 100% (8) si utilizaron condón como método anticonceptivo; en cuanto a las mujeres adolescentes el 100% (66) no tuvieron algún embarazo o algún aborto. En cada cuanto tiempo acuden a un establecimiento de salud el 59,2% (71) acuden varias veces en el año, en alimentos que consumen en fideos y arroz el 75% (90) consumen a diario, pan y cereales, el 63,3% (76) consumen a diario, en carnes lácteos el 55% (66) consumen a diario. En cuanto a la conducta alimenticia de riesgo de los adolescentes el 63,3% (76) no tienen preocupación por engordar, el 33,3% (40) de los adolescentes tienen restricción en la conducta (ayuno, dietas, ejercicios).

Vílchez A, (93) en su investigación concluye que la mayoría de los adolescentes (75,3%) no fuma, ni ha fumado nunca, más de la mitad (65,3%) no consume bebidas alcohólicas, más de la mitad de los adolescentes duermen un promedio de 8 a 10 horas. Es así también que

Duffy D, (94) en su investigación conformada por 348 estudiantes, concluyó que el 42,5% sí habían consumido tabaco en algunas oportunidades, el 67,5% respondió que no habían consumido bebidas alcohólicas, que en su mayoría resultaron ser mujeres (63,2%), teniendo horas promedio para su descanso diario.

Es así que Ramos O, (95) difiere en su investigación donde concluye que de los adolescentes encuestados sólo el 38,5% no han consumido tabaco alguna vez y casi la totalidad (88,9%) han consumido bebidas alcohólicas, teniendo pocas horas para dormir por las actividades sociales en las que participaban.

Sabiendo que la adolescencia es un periodo de transición, durante el cual se desarrollan ciertas capacidades, así como también comportamientos nuevos, enfrentando el desafío a los adolescentes de adoptar comportamientos saludables así como también comportamientos de riesgo para la salud, entre ellos se incluyen el consumo de tabaco y alcohol y la toma de decisiones que afecten su salud o su vida, así como también el aporte calórico requerido para su edad según su peso y su talla, lo que se ve alterado por el consumo de sustancias tóxicas para su salud (96).

En cuanto al tabaco es principalmente la primera sustancia lícita consumida por los adolescentes. El comportamiento tabaquista se inicia generalmente en la adolescencia. El consumo de tabaco aumenta de manera significativa en los adolescentes que tienen comportamientos de riesgo, como el consumo de drogas ilícitas y alcohol. El hecho de fumar

de los amigos, padres y hermanos, presenta asociación positiva con el tabaquismo adolescente (97).

Así mismo, el alcohol siendo una sustancia más psicoactiva usada por los adolescentes. A pesar de lo ilegal que es su consumo en la adolescencia, continúa siendo un problema importante en el ámbito de salud pública, ya que es un factor de mayor riesgo para la salud de este grupo etario, presentando mayor tendencia al consumo de varias bebidas alcohólicas en una sola ocasión y terminar por embriagarse, lo que aumenta los riesgos para la salud, así como el riesgo de accidentes vehiculares y relaciones sexuales no protegidas (98).

El sueño y el descanso forman parte esencial del cambio biológico hormonal de los adolescentes como son vigilia/sueño, definiéndose como el estado del organismo, regular, recurrente y reversible, caracterizado por una relativa tranquilidad. El sueño es un proceso fisiológico necesario, durante el cual la persona no está fácilmente en contacto con su entorno, de manera consciente desarrollando una papel importante y crítico en el desarrollo precoz del cerebro, en el aprendizaje y en la consolidación de la memoria (99).

Para esto, el promedio de sueño de los adolescentes debe ser de 9 horas de sueño por noche, pero muchos duermen solo seis horas o menos. La cantidad de horas que el adolescente duerme repercute directamente en el rendimiento escolar, uno de los propósitos del sueño aparece en la última parte del sueño que guarda lo aprendido durante el día, reteniendo lo vivido (100).

Acerca de la higiene personal, se sabe que tiene como objetivo la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades, es por esto que se deben cumplir ciertas normas o hábitos de higiene en nuestra vida personal así como familiar, trabajo, escuela, o comunidad, sobretodo en la vida adolescente, ya que es en esta etapa en la que es de suma importancia seguir este hábito, debido a la gran carga hormonal que tienen y con ello desprenden un sinfín de olores, que pueden afectar psicológicamente al adolescente ya que por medio de burlas, puede ocasionarle cierta ira que lo lleve a peleas rompiendo reglas impuestas (101).

En la presente investigación, hubo ciertos adolescentes que manifestaron que actualmente no fumaban pero que si lo habían hecho antes; con este antecedente, el riesgo que corren los adolescentes es volver a tener el hábito de fumar, lo que pondría el riesgo su salud así como el inicio de otros vicios o malos hábitos sociales como son las drogas o el alcohol.

Al tener contacto con los adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita, algunos de ellos manifestaron haber consumido alcohol ocasionalmente en alguna oportunidad, si bien es cierto que esto no es habitual en ellos, la influencia social que tienen puede interferir en este estilo de vida, poniendo en riesgo su salud así como también la relación que tienen con sus padres y su entorno, afectando no sólo sus relaciones interpersonales sino su nivel de desempeño escolar y su estilo de vida saludable.

Los adolescentes del Colegio Privado Mixto “Santa Teresita”, mayormente manifestaron que tienen un patrón de sueño de entre 8 a 10 horas, aunque existe cierto número que manifestaron dormir sólo de 6 a 8 horas, lo cual afecta en su puntualidad al ir a su centro de estudios y les ha ocasionado problemas con el instructor encargado ya que los padres han sido notificados sobre las continuas tardanzas que han tenido, esto debido a que se desvelan por estar en redes sociales o viendo series televisivas, así también se perjudican porque al sentirse cansados, algunos manifestaron que tienen pereza de hacer ejercicios, tareas y hasta no querer bañarse, viéndose afectada su apariencia.

Y, aunque algunos actualmente no fuman pero sí lo han hecho antes, existiendo un antecedente de haber tenido un mal hábito social poniendo en riesgo su salud. Por otro lado, la mayoría no consumen bebidas alcohólicas y unos cuantos manifestaron que sí consumen ocasionalmente bebidas alcohólicas, lo cual a su edad puede convertirse en un vicio trayendo consigo demás vicios que pueden afectar su salud y la relación con su entorno. De esto, es un poco más de la mitad quienes aseguran dormir entre 8 a 10 horas, aunque manifiestan bañarse diariamente, por lo que mayormente son mujeres, la feminidad y el atractivo por el sexo opuesto hace que cuiden un poco más que antes su apariencia y por esto implica su aseo diario.

Vílchez A, (93) concluye que los adolescentes no presentaban expectativas y reglas claras con respecto a su conducta, menos de la mitad de los adolescentes realizaban como actividad física el caminar en un

promedio de más de 20 minutos, más de la mitad no presentaban violencia por agresión, siendo su hogar el lugar de la agresión. Ramos O, (95) concluye que menos de la mitad de los adolescentes (29,6%) realizan como actividad física en sus tiempos libres el deporte, aduciendo que no presentaban violencia en la mayoría de los casos, así como el conocimiento de sus reglas y expectativas de conducta.

Así como existe el estudio que difiere hecho por Sotomayor P, (102) donde concluye según sus resultados que el 66,3% tiene como actividad física algún deporte, el 45,4% presentó agresión física y/o mental en un determinado momento, y sólo 51,9% tiene ideas claras sobre su conducta.

Las reglas y la disciplina son básicamente una herramienta durante la formación de los adolescentes ya que pasan por una etapa de rebeldía, fomentando ser una persona responsable y estable, siendo muy importante el adquirir normas y límites definidos, exigiendo respeto a los demás, con el fin de que tengan un desarrollo íntegro en cuanto a comportamiento social así como intrafamiliar, haciendo mejorar su contexto con la sociedad (20).

En el presente estudio, los adolescentes en su mayoría afirman tener en claro las reglas y expectativas acerca de la conducta y disciplina que deben tener, lo cual está bien porque al estar en una etapa de rebeldía la disciplina es clave para formar personas de bien en un futuro y el buen comportamiento evita que generen problemas para la sociedad como son la delincuencia y el pandillaje. Con buenas expectativas, estos

adolescentes realizan diferentes actividades físicas y de recreación en beneficio de su salud y su entorno.

Por tanto, la recreación debe ser diferenciada de la diversión negativa, ya que esta última se refiere a pasatiempos y actividades que proporcionan placer pero con consecuencias negativas para la persona y sociedad. Sin embargo, la recreación incluye una diversidad de actividades que se clasifican en: deportes, juegos, actividades físicas, actividades artísticas, recreaciones sociales, actividades al aire libre y relacionado con la naturaleza, actividades de enriquecimiento, pasatiempos y turismo. Todas estas actividades proporcionan beneficios físicos, intelectuales, sociales, psicológicos y espirituales a los adolescentes, su familia y su ambiente. La importancia de la recreación radica en la contribución del mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes por medio de los beneficios brindados (103).

Los beneficios de la recreación es que promueven los estilos de vida saludables proporcionando experiencias positivas a los adolescentes, quienes desearan repetir, llevando al aumento de la actividad física, mejorando su salud mental y física. De esta manera los adolescentes desarrollaran habilidades interpersonales útiles, relacionándose con amigos por medio de actividades compartidas en el proceso del desarrollo de su autoestima y su confianza. Otro beneficio es que promueve el desarrollo de las actitudes sociales de manera positiva, facilitando crear amistades de toda su vida con otras personas que compartan interese

similares al de ellos, mientras practican actividades recreativas, estando fuera de las calles y alejados de malas influencias (104).

Los adolescentes gustan de interactuar con personas que compartan de sus intereses, dedicándole tiempo y energía para las actividades por las que se sientan apasionados. Por ejemplo, el unirse a un equipo de deporte ya sea del colegio o la comunidad es una manera excelente de que se mantenga activo mientras, a su vez, socializan con sus compañeros de equipo. El teatro, música y política estudiantil pueden ser otras actividades que le puedan tomar tiempo después del colegio, y que también les proporcionaran una manera de expresión y crecimiento personal nutriendo su talento (104).

La violencia contra los adolescente se ha justificado actualmente como si fuera de manera necesaria para corregir conductas no aprobadas por los padres o cuidadores. Tanto así es continua que ya es considerada como una situación habitual a manera de disciplina violenta y maltrato doméstico durante la adolescencia y la primera infancia. A nivel mundial, 130 millones de adolescentes estudiantes experimentan casos de acoso escolar violento. Cada 7 minutos, un adolescente es asesinado en un acto violento, la mayor parte de las muertes de adolescentes se deben a violencia interpersonal. En el 2015, dos de cada tres adolescentes murieron a causa de homicidio, mientras que otros mueren por violencia colectiva (105).

Las reglas y expectativas de vida acerca de las reglas y conductas de los adolescentes en estudio casi en su totalidad las tienen claras, manifestando que para relajarse en momentos de tensión propios de su

edad, menos de la mitad se dedicaban a hacer deporte, otro tanto, a caminar y algunos hacían gimnasia, aunque hubo una cantidad significativa que manifestó preferir no practicar ninguna actividad física en su tiempo libre. El punto sobre maltrato, los adolescentes aseguraron mayormente haber sufrido violencia por agresión como puñetazos, patadas o golpes, lo que resulta preocupante ya que para un adolescente en pleno desarrollo físico y psicológico, el amor, la confianza, las demostraciones de afecto por parte de sus amistades y padres o demás familiares es importante para la estabilidad emocional que conllevan sus cambios hormonales.

Los adolescentes de la presente investigación, en su mayoría asumieron ser deportistas, fútbol y vóley de preferencia, aunque algunos preferían las caminatas, ya que aducen que no les gusta el deporte porque genera discusiones entre compañeros, por la competencia que implica el practicar fútbol o vóley y eso no les agrada, porque finalmente sus compañeros terminan agrediendo a manera de juego que luego lo tornan personal, y como consecuencia de esto son sancionados y notificados a sus padres, quienes terminan por castigarlos de otras maneras.

En el presente estudio, los adolescentes varones indicaron que estas agresiones recibidas ocurrieron mayormente en su hogar, algunos manifestaron que fueron por juegos bruscos que terminaron en peleas finalmente, algunos por parte de la madre que les imponía respeto y otros por el padre que les imponían autoridad. Los adolescentes manifestaban sentirse felices con su vida por lo que tenían muchos deseos de vivir y que no habían pretendido quitarse la vida ante sus problemas; el quitarse la

vida para otros había sido una opción que se les cruzó por la mente en más de una ocasión, lo que solucionaron hablando con sus madres, hermanos mayores, tíos y hasta con el psicólogo del colegio, quien les ayudó a esclarecer que esa no era la solución para solucionar sus problemas.

Los otros casos de violencia que experimentaron los adolescentes, en su mayoría, son por riñas entre hermanos o primos, otros entre amigos de barrio y con menos frecuencia entre compañeros de colegio, en el caso de violencia en adolescentes mujeres, éstas adujeron que sus madres mayormente, las castigaban de manera violenta porque no aprobaban o llegaban a descubrir una relación sentimental que no aprobaban queriendo evitar, mediante castigos con golpes, que inicien a temprana edad su vida sexual y puedan tener un embarazo precoz.

En el presente estudio de investigación, los adolescentes del Colegio Privado Mixto “Santa Teresita”, indicaron haber sufrido de violencia por agresión como golpes, puñetazos, patadas y algunos mediante palabras ofensivas y soeces, todo esto ocurrido mayormente en el hogar, algunas veces en la calle y el colegio, lo que desestabiliza el autoestima y el aspecto psicológico del adolescente, llegando a pasar por las mentes de algunos de quitarse la vida. Aunque la mayoría tiene un claro pensamiento de la disciplina que ejercen sus padres y tutores sobre ellos, la mayoría de los casos de agresión que se hicieron presentes fueron por comportamientos inadecuados fuera de las reglas de disciplina que se les impone en el hogar, para lo que los padres optaron por el castigo físico en forma de disciplina, actos que fueron reconocidos en un mea culpa de los adolescentes.

Estos resultados se relacionan con Maturana J y col, (106) concluyendo que el 47,6% de los adolescentes señaló que con quien tienen mayor comunicación sobre sexo son los padres. El 72,2% señalan que nunca intentaron quitarse la vida. El 90% de los adolescentes manifiesta conocer los métodos anticonceptivos y de esto, el 93,5% lo utilizaron en su primera relación sexual, siendo preferentemente el preservativo el que usarían, ya que se los obsequian en los programas para jóvenes en sus centro de atención de salud al que acuden regularmente.

Así mismo, Dávila C, (107) concluye que menos de la mitad de los adolescentes iniciaron una vida sexual activa, en su mayoría fueron varones quienes aseguraron que usaron preservativo como método de cuidado, siendo las adolescentes mujeres quienes en la mayoría adujeron que no intentaron atentar contra su vida, y que en su mayoría son ellas las que son llevadas por sus madres a un establecimiento de salud para su revisión.

A su vez Rodríguez L, (108) difiere en su investigación que más de la mitad de adolescentes (57%) iniciaron su vida sexual, existiendo adolescentes embarazadas, quienes menos de la mitad (14%) manifestaron que intentaron suicidarse por el momento que atravesaban. Así también este mismo estudio, se asemeja en los resultados de la presente investigación en donde predomina el sexo masculino como los que iniciaron su vida sexual, de los cuales la mayoría (82%) usaron método anticonceptivo.

A nivel del mundo, 15 millones de mujeres adolescentes han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas, de estas 9 millones fueron en los últimos años, las cuales tienen un alto índice de suicidios por la opresión sexual que sufrieron, el estigma social y el desequilibrio psicológico que a su temprana edad atraviesan (105).

El suicidio es la acción auto infligida para ocasionarse la muerte de manera deliberada, donde interfieren diferentes tiempos de una continuidad a la cual se llama “conducta suicida”. El suicidio es un problema muy común de salud pública mundial con gran carga psicosocial para las personas, familias y comunidades. La mayoría de suicidios ocurren en países sub desarrollados, en donde la identificación se torna complicada ya que por falta o limitación de recursos, se hace insuficiente conseguir un apoyo a quienes necesitan dichas orientaciones. Latinoamérica y el Caribe presentan la menor tasa de suicidios el 0,00061% de sus habitantes, pero aumentó hasta el 5,31% desde el 2015 hasta la fecha presentándose principalmente en la población adolescente (107).

El intento de suicidio es el factor de riesgo principal en la sociedad, constituyendo una gran carga socio económica por el uso de servicios de salud para tratar las lesiones hechas, con un impacto psicológico y social que conllevan a una discapacidad a largo plazo. Los factores asociados a un intento de suicidio en adolescentes son la presencia de problemas de conducta, la edad, consumo de sustancias nocivas, disfunción familiar, violencia o baja autoestima, como el no tener una buena experiencia en su

primera relación sexual, sentimientos de burla o culpa por haber experimentado relaciones sexuales de manera abrupta, al no terminar de conocer lo que implica su sexualidad, poniendo en riesgo su vida al contraer diferentes tipos de enfermedades (107).

Actualmente según la ENDES II, la salud reproductiva de los adolescentes constituye una problemática no sólo desde el plano reproductivo, sino desde el plano económico y de salud. En el aspecto moral de nuestra sociedad, el embarazo adolescente proviene de la clase socio-económica baja en un 40%, apreciando que más del 50% de adolescentes ya había mantenido relaciones sexuales antes de terminar la etapa de la pubertad, la edad de los adolescentes está establecida para la determinación de los periodos vitales en la valoración del riesgo reproductivo (109).

Debido a su etapa de vida, un pequeño número despertó la curiosidad sobre iniciar su vida sexual, aunque la mayoría manifestó aún no sentirse listo para eso. Los adolescentes que iniciaron su primera relación sexual manifestaron haber usado condón como método anticonceptivo, pues al recibir muchos talleres acerca de enfermedades de transmisión sexual y embarazo precoz optaron ese método como el más seguro. En el caso de las mujeres, todas manifestaron nunca haber tenido un embarazo o aborto, y la mayoría de los adolescentes acudieron varias veces en el año a un establecimiento de salud.

En los adolescentes en estudio, durante la entrevista dudaron en confiar el tema del inicio de sus relaciones sexuales, pero al entrar en

confianza un pequeño número, entre varones y mujeres, confirmaron haber iniciado sus relaciones sexuales, quienes en su totalidad aseguraron el haberse cuidado en su primera relación sexual con el método de condón, ya que confesaron tener amigos y amigas con embarazos adolescentes y enfermedades que adquirieron mediante la práctica de éstas, y fue por eso que optaron por cuidarse con este método, indicando que adquieren este método en los establecimientos de salud. La mayoría de los adolescentes en estudio acuden a un establecimiento de salud varias veces al año, por diferentes dolencias, y como en este caso para orientación sexual.

Vásquez Y, (90) asemeja sus resultados a los de la presente investigación, en los que concluye que más de la mitad de los adolescentes de su estudio prefieren los cereales, carnes rojas, pollo y pescado diariamente, más de la mitad consumen granos, lácteos y verduras, y el 70% manifestó no presentar ni restricciones alimenticias.

Así también los presentes resultados difieren con los hallados por Díaz C, (110) en su investigación concluyendo que los adolescentes del sexo femenino presentan un bajo consumo en cereales, frutas, verduras y carbohidratos, así como también presentan un mal hábito de llevar una vida sedentaria. Osorio O, (111) concluye que los adolescentes presentan consumo elevado de gaseosas, cereales y bebidas azucaradas. Así como también se observa que consumen en menos proporción lácteos, azúcares, leguminosas, aceites y verduras. Hay la existencia de un porcentaje elevado de adolescentes quienes se saltan las comidas principales.

Los requerimientos nutricionales en los adolescentes son de manera limitada, estableciendo ingestas recomendadas para este grupo por extrapolación de los datos en niños y adultos. El requerimiento calórico es superior al de cualquier otra edad, estimándose con el patrón de actividad, velocidad de crecimiento y el sexo de los adolescentes. Los requerimientos de proteínas se basan en función a las necesidades para mantener el componente corporal proteico obteniendo un crecimiento adecuado, aportando entre un 10% y un 15% de calorías de la dieta (112).

En los lípidos, el contenido energético en grasas es imprescindible en la alimentación de los adolescentes para enfrentar sus elevadas necesidades calóricas que requieren a esta edad con el objetivo de prevenir enfermedades cardiovasculares, siendo su aporte procedente entre el 30% - 35% del total diario. Los carbohidratos deben representar entre el 55% - 60% de la dieta diaria, preferentemente en forma de hidratos de carbono complejos, constituyendo una importante fuente de fibra (112).

Es así que las conductas alimentarias de riesgo, son conductas disfuncionales que se ubican en el medio de la conducta alimentaria normal y en el trastorno de conducta alimentaria. Las conductas alimentarias de riesgo, incluyen atracones, dietas restrictivas, abuso de laxantes, exceso de ejercicio, vómito auto inducido y ayunos, todos estos dirigidos al control o reducción del peso corporal. Las causas acerca de estas conductas son alteraciones neurológicas, género (femenino mayormente) y la etapa de vida como es caso de la adolescencia, así como también el aspecto psicológico y social (115).

En cuanto a la alimentación, los adolescentes del Colegio Privado Mixto “Santa Teresita” consumen mayormente a diario carbohidratos como fideos, arroz, pan o cereales, un poco menos de la mitad consumen a diario frutas, carnes y lácteos. La mitad de los adolescentes en estudio consumen legumbres, verduras y hortalizas, dulces o gaseosas, refrescos o huevos 1 o 2 veces a la semana, y los únicos alimentos que no consumen frecuentemente o al menos 1 vez a la semana son las frituras y los embutidos, lo que concluye una alimentación no balanceada para su requerimiento nutricional. Debido a esto, la mayoría manifestó no tener conducta de riesgo, aunque menos de la mitad reflejaron que la conducta de riesgo que tienen es la preocupación por engordar y se restringían haciendo ayuno, dietas o ejercicios.

El consumo de carbohidratos en los adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita, es alto, ya que la mayoría lo consume, si bien es cierto en la adolescencia se debe tener un buen aporte calórico por su desgaste de energía en actividades diarias de actividad y ejercicio, el incremento en el consumo de éstos se debe tratar con medida, ya que el descontrol puede ocasionar enfermedades de obesidad, diabetes juvenil y demás problemas que puedan complicar su salud así como su estado anímico y de autoestima, así como también el interés por no querer consumir demasiada comida desarrollando conductas no adecuadas en función a su alimentación, ya que esto puede traer como consecuencias la presencia de anemia, desnutrición por el poco consumo calórico requerido para su edad según su peso, talla y sexo.

En el estudio realizado, los adolescentes mayormente manifestaron no padecer de ninguna conducta alimenticia de riesgo, lo que indica que existe problema aparente, pero un poco menos de la mitad manifestó tener la preocupación por engordar, todas fueron mujeres, aduciendo que prefieren mantener una buena silueta es significado de sentirse bonitas, y de poder ser llamativas para el sexo opuesto, pocas de ellas acreditaban que lo hacían por salud. Este problema puede hacerse más grande llegando a otro tipo de enfermedades o trastornos si no se sabe controlar bien por parte de las mismas adolescentes o de parte de los padres o cuidadores.

En conclusión los determinantes de los estilos de vida, tal y como lo explica el modelo de Lalonde, son conductas las cuales adoptan los individuos a favor de su beneficio o daño a su salud. En el presente estudio la mayoría de adolescentes adoptan conductas de estilo de vida saludables, al mostrar que no fuman, ni nunca han fumado de manera habitual, no consumen frecuentemente bebidas alcohólicas, descansan las horas adecuadas para su edad y realizan actividades físicas en su tiempo libre, contribuyendo a su buen desarrollo físico y mental.

Es así que estos determinantes, también se refieren al que cada individuo escoge llevar una vida constructiva y productiva, y en el caso del presente estudio, los adolescentes cumplen con su propio cuidado, llevando estilos de vida saludables, desarrollándose adecuadamente para mantener un buen futuro, con ayuda y orientación del profesional de enfermería a través de sus controles de crecimiento y desarrollo, donde todo profesional enfermero debe tener la empatía de interactuar con un

adolescente, permitiendo de esta manera un resultado efectivo mediante la promoción y prevención, brindando cuidados y consejería basada en la modificación de conductas que pueden perjudicar su salud, por ser este determinante el más influyente en la vida de las personas y sobretodo en la de los adolescentes.

En la tabla 4, 5 y 6: Del 100% (120) de adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita; en Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses el 65% (78) se atendieron en un hospital, el motivo de la consulta por la que acuden a un establecimiento de salud el 61,7% (74) es por infecciones, trastornos respiratorios o digestivos, en si considera usted que el lugar donde la atendieron está, el 60% (72) considera que está regular, en tipo de seguro el 57,5% (69) cuenta con ESSALUD, en el tiempo que esperó para que lo(la) atendieran el 49,2% (59) la espera fue regular, en la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud el 50,8% (61) es regular la atención.

En pandillaje o delincuencia cerca de su casa el 72,5% (87) si hay pandillaje o delincuencia cerca de su casa. En recibe algún apoyo social natural el 79,1% (95) no reciben, en recibe algún apoyo social organizado el 100% no reciben ningún apoyo social organizado; en apoyo social de las organizaciones el 100% no recibe apoyo social de las organizaciones.

Estos resultados son similares con los obtenidos por Neira R, y Quiroga J, (114) en su investigación donde concluyen que más de la mitad se atendió en un centro de salud los últimos 12 meses por problemas respiratorios, un poco más de la mitad recibió una calidad de atención de

manera regular, considerando como regular el tiempo en llegar al centro de salud, contando con seguridad social. Además de Maceira D, y col, (115) en su investigación llegando a concluir que la mitad de los adolescentes en estudio indica que su atención de salud es “muy buena” y sólo un 12% lo califica como “regular”, siendo el problema de salud que más los aqueja la tos, angina, gripe o resfrío, siendo la mitad de los adolescentes los que acuden a un centro de salud para su atención.

Diferentes son los de Ramos K, (116) donde concluye que el 27,91% tuvo atención en una institución de salud en el último año, considerando al lugar donde se atendieron a larga distancia de sus hogares, el 45% acudieron por problemas de acné, mareos o dolores, el 47,92% tiene como seguro de atención al SIS-MINSA, en el cual menos de la mitad recibió una buena atención.

La población adolescente no es asociada a la presencia de umbrales bajos en cuanto a riesgo sanitario, al menos desde la perspectiva clínica. La percepción de la salud de este grupo etario, como las dolencias o problemas de salud declarados corresponden a perfiles de baja necesidad del sistema. Sin embargo, las diferencias de conducta entre necesidades y las razones de consulta, así como las preocupaciones de adolescentes en materia sanitaria, revelando prioridades al momento del diseño de estrategias de inclusión de los adolescentes al sistema de salud. En particular, la población adolescente plantea un desafío, en tanto requiera, de orientación tanto del sistema de salud como de su entorno familiar,

comunitario y escolar, permitiéndole identificar sus necesidades no sólo de atención, sino también de información (117).

Es así que los servicios de salud en Perú están agrupados en dos sub sectores: público y privado. La primera parte está compuesto por el MINSA, EsSalud, y servicios de las Fuerzas Armadas del Perú y de la Policía Nacional del Perú. El MINSA posee la mayor cobertura de los servicios de salud a nivel nacional y administra cerca del 84.7% de los establecimientos entre hospitales, centros de salud y puestos de salud que se ubican en las zonas urbanas, urbano – marginales y rurales. El sub sector privado otorga sus servicios en las ciudades principales del Perú, y es conformado por las clínicas, consultorios y organismos no gubernamentales (117).

Es por este motivo, que los adolescentes en estudio manifestaban acudir mayormente a un hospital para su atención de salud, precisaban no sentirse muy mal al momento de acudir como para atenderse en un consultorio particular o una clínica como sugerían sus madres, y que sus molestias no eran de gran necesidad, ya que ellos se sentían bien, pero acudían al hospital para tranquilizar a sus madres y se convencieran que no necesitaban gran atención, otros alegaban que necesitaban una excusa para no acudir al día siguiente a clases y fingían sentirse mal y preferían ir a un hospital como excusa y no a una clínica donde probablemente les hicieran análisis con más detalle y se vieran descubiertos.

Aunque mayormente manifestaban que la frecuencia de sus visitas al hospital era por infecciones respiratorias o digestivas, siendo para ellos

más accesible un hospital ya que al tener padres trabajadores estables tenían acceso a seguros de salud, los cuales no implicaban hacer gastos extras en sus hogares.

Los adolescentes en estudio, mayormente se atendieron en un hospital en los últimos 12 meses, por problemas como infecciones respiratorias o digestivas, muchos consideraban que su lugar de atención se ubicaba a regular distancia de su hogar. Manifestaron un poco más de la mayoría tener como tipo de seguro a ESSALUD, seguido de SIS-MINSA y algunos en la SANIDAD, los adolescentes manifestaron quejas de su lugar de atención pues les pareció que el tiempo en que demoraban en atenderlos era regular, y les ganaba la impaciencia, además de que la mayoría calificaron como regular la calidad de atención que recibieron, aunque para algunos la consideraban como buena. Así como también, manifestaron tener miedo llegar tarde a casa después de una consulta por la existencia de pandillaje cerca de sus hogares, lo que pone en riesgo su integridad.

En el presente estudio, un poco más de la mitad de los adolescentes indicaron tener como tipo de seguro a ESSALUD, debido a que sus padres son trabajadores que están en planilla de empresas privadas, otros indicaron tener SIS-MINSA, quienes manifiestan que les resulta tener una atención más detallada que en el seguro, así como también adolescentes que tienen el seguro de la SANIDAD por ser hijos de policías, quienes indicaron que la calidad de atención entre regular y buena, lo cual si es regular, como se denota en la mayoría, pone en riesgo su salud, ya que si

manifiestan ir por infecciones este problema se puede agravar si no se recibe atención inmediata y de calidad.

Los adolescentes mayormente indicaron que el lugar queda a regular distancia de sus hogares, muchos indicaron a manera personal que se fueron del establecimiento de salud sin recibir la atención, debido al tiempo de espera y como mayormente han requerido atención en horas de la noche, prefieren regresar temprano por temor al peligro cerca de sus hogares, como la salida de los pandilleros a las esquinas que hacen disturbios por los alrededores.

Franco N, (118) concluye de manera similar que el 64% afirman la existencia de pandillaje cercano a sus hogares, la totalidad de los adolescentes no recibe apoyo de ningún tipo. Así también Jara M, (119) en los que concluye que el 85,3% manifiesta delincuencia cerca de su hogar, y el 100% de los escolares adolescentes no reciben apoyo social natural ni tampoco apoyo social y organizado.

Así mismo Orcasita L, y col, (120) difiere en su investigación concluyendo que los adolescentes en estudio si perciben apoyo social de sus redes de apoyo, como son su familia en mayor frecuencia y amigos, y menos de la mitad considera que no existe pandillaje cerca de sus hogares, por considerar como normal actos como esos en sus alrededores.

Es así que, el pandillaje es uno de los principales problemas que afectan a la juventud. Por lo general las pandillas se presentan en grupos que pasan la niñez a la adolescencia y todos con el objetivo de alentar a su equipo o en defensa de su barrio. El pandillaje se forma en adolescentes de

bajos recursos económicos o con problema familiares o por falta de comunicación de padres e hijos (121).

En cuanto al apoyo social, es una temática que ha logrado alcanzar una gran importancia dentro de lo que es el campo investigativo debido a que trae beneficios en el desarrollo de los individuos, principalmente en los adolescentes, desde hace poco esta temática se ha incorporado dentro del contexto social, generando actualmente que existan algunos referentes investigativos que se han visto orientados a la población adolescente (117).

A diferencia del apoyo social natural, el apoyo social organizado, tiene la ventaja de ser sólido en cuanto a estructura y funcionamiento, no dependiendo de relaciones afectivas, siendo accesibles para casi toda la población. Algunos inconvenientes existentes son que tienen actuación lenta ya que precisa de estudios previos y algunos trámites para su realización, y la relación del tramitador tiene que ser ajena al beneficiario, como sería en este caso al adolescente enfermo (122).

Los adolescentes en estudio, indicaron en su mayoría que existe el pandillaje y la delincuencia cerca de sus casas, lo que manifiestan les dan temor, puesto que ya han sido víctimas de esto, generándoles inseguridad de su propio alrededor, así como también despertó la preocupación de sus padres, prohibiéndoles llegar tarde a sus hogares para evitar que actos delictivos atenten contra su integridad.

Casi la totalidad de los adolescentes del presente estudio, manifestaron no recibir ningún apoyo social natural, aunque algunos indicaron que algunos familiares como son sus padrinos o abuelos que se encuentran en

el exterior, les brindan apoyo ya sea para sus estudios como para su vestimenta o lujos y caprichos como manifestaron algunos.

En esta investigación, los adolescentes del Colegio Privado Mixto “Santa Teresita”, afirmaron no recibir algún apoyo social organizado, así como tampoco de alguna organización del estado, debido a que sus condiciones económicas son estables y les ocasionan algún tipo de carencia que les haga requerir ayuda social de algún programa.

Los servicios de salud para adolescentes son muy pocos, hoy en día la mayoría de hospitales no cuentan con un ambiente exclusivo para la atención de la población adolescente, siendo éste un motivo importante para que los adolescentes no asistan frecuentemente a un establecimiento de salud, ya que ellos por estar en la edad de la incomprensión necesitan privacidad y confort, un espacio en el cual se sientan en confianza y protegidos.

De tal manera se concluye que el actuar del profesional de enfermería ante el cuidado de los adolescentes, es ofrecerle confianza para que puedan desenvolverse y puedan expresar sus experiencias o inquietudes, con la finalidad de poder intervenir y brindar soluciones necesarias a sus problemas contando a su vez con la ayuda de los padres o tutores. Es así, que una atención de calidad, es importante porque va a permitir que el adolescente acuda de manera regular a sus controles.

V. CONCLUSIONES:

- En los determinantes del entorno biosocioeconómico en adolescentes, más de la mitad son de sexo femenino; el grado de instrucción de la madre es secundaria incompleta/completa; el ingreso económico es de S/. 1401.00 a S/. 1800.00 nuevos soles, y el jefe de familia tiene trabajo estable. La totalidad usan gas o electricidad para cocinar y tienen viviendas con techo y paredes de material noble, cuentan con baño propio y energía eléctrica permanente. La mayoría tienen viviendas unifamiliares, propia, habitación independiente, abastecimiento de agua en conexión domiciliaria y eliminan y disponen de la basura en el carro recolector el cual pasa diariamente por su casa. Más de la mitad tienen el piso de loseta, vinílicos, todo esto le permite al adolescente en estudio desarrollarse en un ambiente propicio, sin riesgo a enfermedades ni agentes nocivos a su salud.
- Los determinantes de los estilos de vida en adolescentes, casi la totalidad de los adolescentes no han tenido relaciones sexuales, y la totalidad de los que tuvieron usaron condón en su primera relación sexual y en cuanto a las mujeres adolescentes no tuvieron ningún embarazo ni aborto. Casi la totalidad tienen sus reglas y expectativas claras y consistentes. La mayoría no fuman actualmente ni han fumado nunca de manera habitual, tampoco consumen bebidas alcohólicas, se bañan diariamente y no pensaron en quitarse la vida. Más de la mitad duermen de 8 a 10 horas, han sufrido agresión o violencia en el hogar y acuden al establecimiento de salud varias veces al año. Menos de la mitad hacen deporte en su tiempo libre, y corren por 20 minutos. En su dieta consumen diariamente pan, cereales, carnes y

lácteos, y más de la mitad no tienen preocupación por engordar y hacen restricciones como ayuno, dietas, ejercicios.

- Los determinantes de redes sociales y comunitarias de adolescentes, en su totalidad no reciben algún apoyo social organizado, ni de organizaciones y la mayoría no reciben algún apoyo social natural y expresaron que existe pandillaje o delincuencia cerca de sus casas. Más de la mitad se atendieron en un hospital acudiendo a consulta por infecciones, trastornos respiratorios o digestivos; refieren que la ubicación del lugar donde lo atendieron está en regular distancia de sus casas, cuentan con ESSALUD y que recibieron una regular atención. Menos de la mitad dijo que el tiempo de espera fue regular. Es de importancia una debida y oportuna atención en salud, ya que al no recibirla a tiempo pone en riesgo la integridad y la salud de los adolescentes.

ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

Recomendaciones:

- Coordinar con las autoridades del Colegio Privado Mixto “Santa Teresita”, sobre el desarrollo de charlas acerca de estilos de vida y comportamientos sociales, tales como drogadicción, alcoholismo y tabaquismo; resaltando la participación de los padres, docentes y adolescentes del colegio en estudio a fin cuidar su seguridad propia a través de sus conductas.
- El departamento de psicología del Colegio privado Mixto “Santa Teresita”, debería reforzar el nivel de perspectiva acerca de las reglas y expectativas en los adolescentes con el fin de que aprendan a tener en cuenta sus pensamientos y el de otros, sus padres, amigos o maestros.
- Para los adolescentes del Colegio Privado Mixto “Santa Teresita” se debería aplicar y desarrollar actividades de sensibilización sobre las habilidades de adaptación en cuanto a solución de problemas y resolución de conflictos a fin de evitar enfrentamientos o desarrollo de bullying entre los adolescentes, con ayuda de los padres.
- Es conveniente coordinar con las autoridades del Colegio Privado Mixto “Santa Teresita”, talleres sobre sentimientos en proceso de maduración a los adolescentes a fin de que se establezcan las identidades sexuales y comportamientos sexuales saludables acordes al desarrollo de los adolescentes.
- Para las redes de salud es conveniente una evaluación de implementación de programas para la promoción y la investigación en el área de los determinantes de la salud del adolescente, a fin de contribuir con la mejora de sus condiciones de vida en actividad/ejercicio, sueño/descanso y nutrición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. López C, Alonso P. Definiciones, características y problemas en el empleo de indicadores en salud. Revista Cubana Salud Pública. [Revista en Internet]. 2015. [Citado 15 de octubre 2017]. Disponible en: [\[Link\]](#)
2. Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. 2da.ed. Chile: OPS; 2006.
3. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: Riesgos para la salud y soluciones. Mayo: 2017. Citado 15 octubre 2017. [Centro de prensa]. Disponible en: [\[Link\]](#)
4. Organización mundial de la Salud. Cada año fallecen más de 1,2 millones de adolescentes por causas que, en su mayor parte, podrían evitarse. Ginebra. 16 mayo 2017. [Centro de prensa]. Recopilado de: [\[Link\]](#)
5. Organización Panamericana de la Salud. Salud del adolescente. Citado 16 octubre 2017. [Portal web]. Disponible en: [\[Link\]](#)
6. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la Salud en Perú. Perú: Lima. Citado 16 octubre 2017. [Portal web]. Disponible en: [\[Link\]](#)
7. Gonzáles F. Ministerio de Salud. MINSa. Documento técnico: Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. 2017. Perú: Lima. Julio 2017. [Biblioteca virtual]. Disponible en: [\[Link\]](#)
8. Ministerio de Justicia y derechos humanos. Consejo Nacional de Política Criminal: Plan estratégico local de prevención y tratamiento del adolescente en conflicto con la Ley Penal. 2015-2016. Chimbote-Santa. [Documento web]. Disponible en: [\[Link\]](#)

9. Dirección regional de la Ugel Santa. Reseña Histórica del Colegio Privado Mixto Santa Teresita – Chimbote, 2015. [Citado el 14 de setiembre del 2015].
10. Azar A, Franetovic G, Martinez M, Santos H. Individual, social and environmental determinants of overweight and obesity among Chilean adolescents. Rev Med Chil. 2015; 143 (5):598-605.
11. Ruiz A. Universidad de Granda. Evaluación y valoración de los hábitos y estilos de vida determinantes e salud, y del estado nutricional en los adolescentes de Ceuta. España: Granada. 2015. [Tesis doctoral]. Disponible en: [\[Link\]](#)
12. Moreno C., Moreno M., Balbuena F. Indicadores para detectar y evaluar el impacto de las desigualdades socioeconómicas en los estilos de vida y la salud de los adolescentes españoles. Apuntes de Psicología, 34 (2-3), 177-188. [Artículo en línea]. España: 2016. Disponible en: [\[Link\]](#)
13. Lima M., Vargas A., Gil E., Martínez J., Lima J., De Vries H. Adaptation and validation of five scales to measure determinants of binge drinking in adolescents. Adaptación y validación al español de cinco escalas para evaluar los determinantes del consumo de alcohol en adolescentes. [Internet]. 2017; 40 (2): 1-14. Disponible en: [\[Link\]](#)
14. Aristizábal P., García D., Vélez C. Social determinants of health and their association with adolescents being overweight and obesity. Orinoquia. 2014;18 (2):66-77.
15. Mariños J. Efecto de riesgo de los determinantes sociales y la accesibilidad a la atención de salud en el Perú en 2016. 2018. [Tesis post grado]. Disponible en: [\[Link\]](#)

16. Paredes, S. Percepción de los adolescentes de la calidad de atención de los servicios de salud en el Centro Materno Infantil Daniel Alcides Carrión – Villa María del Triunfo, 2017. [Tesis]. Disponible en: [\[Link\]](#)
17. Rivera N. y col. Habilidades sociales y conductas de riesgo en adolescentes escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo – Trujillo, 2015. [Tesis en línea]. Disponible en: [\[Link\]](#)
18. Calderón S., Fonseca F. Funcionamiento Familiar y su Relación con las Habilidades Sociales en Adolescentes. Institución Educativa Privada - Parroquial José Emilio Lefebvre Francoeur. Moche - 2014. 2014;1-61.
19. Cayatopa V., Cruzado V. Conducta previa y factores personales relacionados a los hábitos alimenticios de adolescentes de la Institución Educativa José María Arguedas, Chiclayo, 2016. [Tesis] [Pimentel – Perú]: Universidad Señor De Sipán; 2017. 100 p.
20. Cruz, Y. Determinantes que influyen el cuidado de enfermería en la promoción y recuperación de la salud en adolescentes. Asentamiento Humano Las Delicias II Etapa – Nuevo Chimbote, 2017. [Informe de investigación] [Chimbote – Perú], 2018. 81 p.
21. Mercedes, S. Determinantes de la salud en adolescentes de la Institución Educativa N° 88003. Las Américas – Chimbote, 2015. Perú: Chimbote. 2017. [Tesis en línea]. Disponible en: [\[Link\]](#)
22. Bolaños O. Conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en adolescentes de 5to grado de educación secundaria, Institución Educativa Erasmo Roca. Chimbote. 2015. [Tesis de maestría]. Recopilado de: [\[Link\]](#)

23. Guevara L., Reyna S. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y prácticas sexuales en adolescentes escolares. Chimbote, 2016. Perú: Nuevo Chimbote. 2016. [Tesis en línea]. Disponible en: [\[Link\]](#)
24. Príncipe C. Salud mental y riesgo suicida en adolescentes de una institución educativa pública de la ciudad de Chimbote. 2016. Perú: Nuevo Chimbote. 2016. Disponible en: [\[Link\]](#)
25. Vega J. y col., Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Chile. Citado el 16 de setiembre de 2017. [Contenido en línea]. Disponible en: [\[Link\]](#)
26. Gonzáles M. Universidad Santiago de Compostela: Intervención de la Universidad en la Promoción de la Salud de sus Estudiantes. España: Santiago de Compostela. 2013. [libro en línea]. Disponible en: [\[Link\]](#)
27. Galli A., Pagés M., Swieszkowki S. Contenidos Transversales: Factores determinantes de la salud. 2017; 1-8. Disponible en: [\[Link\]](#)
28. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. 2011. 1-5. [Artículo médico]. Disponible en: [\[Link\]](#)
29. Calero J., De Miguel A. Educación para la salud (Modelos). Diccionario de epidemiología, salud pública y comunitaria. Edición Universitaria Ramón Areces. España: Madrid. 2005: 79-80.
30. Velasco C. El modelo de Lalonde como marco descriptivo dentro de las investigaciones sobre *Cryptosporidium* spp del grupo de investigación gastrohnp de la Universidad del Valle de Cali, Colombia. 2015. Vol 17. N° 3: 204-207. [Artículo web]. Disponible en: [\[Link\]](#)

31. Wong C. Determinantes Sociales de la salud. 2012. [Documento compilado].
Disponible en: [\[Link\]](#)
32. Engler T., Peláez M. Banco Interamericano de desarrollo: Más vale por viejo.
Washington DC. [Libro en línea]. Disponible en: [\[Link\]](#)
33. Garry E. y col., Medicina del estilo de vida: Hábitos, entorno, prevención y
promoción de la salud. 3º Edición. España: Barcelona. 2017. [Libro en línea].
Recopilado de: [\[Link\]](#)
34. Moisso A., Fundamentos de la Salud Pública: Determinantes de la salud. Capítulo
6. Chile. Consultado el 23 de setiembre de 2017. [Documento en línea].
Disponible en: [\[Link\]](#)
35. E-educativa. Tema 1: Concepto e indicadores de salud: Evolución y visión actual
[Internet]. España: 2017. [Citado 16 de setiembre 2017]. Disponible en: [\[Link\]](#)
36. Bedia A. Estilo de vida de los adolescentes y jóvenes y el impacto de la enfermería.
Universidad de Cantabria: Casa de salud Valdecilla. España. 2016 [Citado 16
setiembre 2017]. Recopilado de: [\[Link\]](#)
37. Koch, O., Cravero A., Farre S. 1993. Patología Humana y Medio Ambiente.
Elementos de Política Ambiental. 1993. Citado 15 octubre 2017. [Enciclopedia en
línea]. Disponible en: [\[Link\]](#)
38. Herrero S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del
lenguaje formal en las ciencias de la salud. [Internet]. España: Santa Cruz de la
Palma. 2016. [Citado 15 octubre 2017]. Disponible en: [\[Link\]](#)
39. Braveman P, Cubbin C, Egerter S, Williams D. 2011. The Social determinants of
health: coming of age. Annu. Rev. Public Health 32:3. 1 – 3. 18. [Citado 15
octubre 2017].

40. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. [Internet]. Citado 16 octubre 2017. Disponible en: [\[Link\]](#)
41. Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. [En línea]. Disponible en: [\[Link\]](#)
42. Ríos A. Perspectiva en Salud: Determinantes de la salud en el Perú. Revista Peruana de Salud. [Presentación en línea]. [Citado 16 octubre 2017]. Disponible en: [\[Link\]](#)
43. Organización Mundial de la Salud. Definición práctica del equipo de equidad de la OMS. [Citado 16 octubre 2017].
44. Graham H., Kelly M., Health inequalities: concepts, frameworks and policy. NHS Briefing Paper. 2014. [Citado 16 octubre 2017].
45. Sánchez F. La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. Perú: Lima. 2013. [Revista académica]. Disponible en: [\[Link\]](#)
46. Rodriguez C., Globalización y salud: La pandemia del VIH: Ejemplo de desigualdad global en salud. España. 2017. [Libro en línea]. Recopilado de: [\[Link\]](#)
47. Sarduy Y. El análisis de información y las investigaciones cuantitativas y cualitativas. Rev. Cubana Salud Pública. [Internet]. 2007; 33(3). Disponible en: [\[Link\]](#)
48. Hernández R., Metodología de la Investigación. México: Ed. Mc Hill. 2003. [Artículo en internet]. [Citado 16 setiembre 2017]. Disponible en: [\[Link\]](#)
49. Schoenbach V., Diseños de estudio analítico. 2004. Consultado 17 setiembre 2017. [Monografía en internet]. Disponible en: [\[Link\]](#)
50. Canales F., Alvarado E., Metodología de la Investigación. 20° Reimpresión. México: Ed. Limusa; 2004. [Citado 17 setiembre 2017].

51. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud sexual. Guatemala.
Citado 17 octubre 2017. [Diplomado web]. Disponible en: [\[Link\]](#)
52. Eustat. Nivel de instrucción. España. [Temario web]. [Citado 17 octubre 2017].
Disponible en: [\[Link\]](#)
53. EcoFinanzas. Ingreso Económico. [Diccionario web]. [Citado 17 octubre 2017].
Disponible en: [\[Link\]](#)
54. Graduados Colombia. Observatorio Laboral. Ocupación. [Diccionario web].
[Citado 17 octubre 2017]. Disponible en: [\[Link\]](#)
55. Cooper, C. House as Mirror of Self: Exploring the Deeper Meaning of Home.
Berkeley: Conari Press.
56. Moreno Y. Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre
el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana [tesis doctoral]. Valencia:
Servei de Publicacions, Universitat de Valencia; [Citado 17 octubre 2017].
57. Gonzalez R. Aranceta. Capitulo II. Marco teórico. México. Citado 17 octubre
2017. [Web]. Disponible en: [\[Link\]](#)
58. MINSALUD. Orientaciones para la conformación y fortalecimiento de redes
sociales y comunitarias en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones
Colectivas – PIC. [Portal web]. Colombia: Bogotá. 2015. Recopilado de: [\[Link\]](#)
59. Germán D., Gutiérrez J., García S. Acceso efectivo a los servicios de salud:
operacionalizando la cobertura universal en salud. [Artículo en línea]. México:
Cuernavaca. 2015. Disponible en: [\[Link\]](#)
60. González M. Diseños experimentales de investigación. [Monografía en internet].
España; 2010. [Citado 2015 Set 12]. Disponible en: [\[Link\]](#)

61. Hernández, y otros. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2015 Set 12]. Disponible en: [\[Link\]](#)
62. Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2015 sep. 13]. Disponible en: [\[Link\]](#)
63. Ortíz M. Determinantes de la Salud de los adolescentes del caserío de los Altos de los Castillos La Arena-Piura. Perú: 2015. [Tesis doctoral]. Recopilado de: [\[Link\]](#)
64. Huamán R. Determinantes de la salud en adolescentes en la Institución Educativa Jesús Nazareno Tamboya – Yamango - Morropón. [Tesis en línea]. Perú: 2013. Recopilado de: [\[Link\]](#)
65. Lestage A. Analfabetización y alfabetización. UNESCO. [Citado 2018 julio 02]. Recopilado de: [\[Link\]](#)
66. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. Tasa de Analfabetismo. Cap. 06. [Citado 2018 julio 02]. Disponible en: [\[Link\]](#)
67. Girondella L. Sexo y género: Definiciones. Contrapeso. Info. [Artículo web]. [Citado: 27 junio 2018]. Recopilado de: [\[Link\]](#)
68. Abanto A. Determinantes de la salud en estudiantes de la especialidad Agropecuaria del Instituto Río Santa 2015; 01: 371-382. Perú: Ancash. 2014.
69. Sosaya M, Aróni A. Estilos de vida saludable en adolescentes de 4to y 5to de secundaria de la “I.E. Casimiro Cuadros” sector I – Cayma- 2016. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Arequipa: Universidad Ciencias de la Salud de Arequipa, Facultad Ciencias de la Salud; 2016.

70. Guevara D. Determinantes de la salud en adolescentes de segundo año de secundaria. Institución Educativa San Pedro- Chimbote, 2015. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Perú: Chimbote. 2017.
71. Bessombes C. Gobierno aprueba que el salario mínimo vital en el Perú suba a S/. 930. La República. Perú: Lima. 2018. [Artículo web]. Disponible en: [\[Link\]](#)
72. Arrue K. Definición de ingresos. [Citado 2018 junio 28]. [Artículo en internet]. Disponible en: [\[Link\]](#)
73. Alvarez E. y Col. Definición y desarrollo del concepto de ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. Comité de Ciencia de la Ocupación de la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile. [Web]. Chile. [Citado: 2018 junio 28]. Disponible en: [\[Link\]](#)
74. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Ginebra. [Citado 2018 junio 28].
75. Arbildo, M. Determinantes de la salud en adolescentes de la Institución Educativa “Fe y alegría 14”. Nuevo Chimbote, 2014. Perú: Nuevo Chimbote. 2016. [Tesis en línea]. Disponible en: [\[Link\]](#)
76. Morales M. Características Sociodemográficas y Habilidades Sociales en los Adolescentes de la Institución “José María Eguren Barranco” – Abril, 2016. [Tesis para el Título Profesional]. Universidad Privada San Juan Bautista. Perú. 2016.
77. Montoya L. Determinantes Sociales de la Salud de las Adolescentes Embarazadas en la Comunidad Nativa Wawain Imaza – Amazonas, 2016. [Tesis para Maestría]. Universidad San Martín de Porres. Perú. 2016

78. Novoa, A. y Col. El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda. Gaceta Sanitaria, 28, 44-50. 2014.
79. Porto J. y Merino M. Definición de: Definición de vivienda unifamiliar. [Web]. Publicado: 2015. Recopilado de: [\[Link\]](#)
80. Soto A. La sostenibilidad de los sistemas de agua potable en el centro poblado Nuevo Perú, distrito La Encañada – Cajamarca, 2014. Universidad Nacional de Cajamarca. Perú: Cajamarca. 2014. [Tesis]. Disponible en: [\[Link\]](#)
81. Pacha M. Modelo educativo para prevenir parasitosis intestinal en adolescentes de octavo, noveno y décimo años de la escuela de educación básica Manuela Espejo de la ciudad de Ambato. Ecuador: Ambato. 2019. [Tesis en línea]. Disponible en: [\[Link\]](#)
82. Aguirre M. Estudio sobre formas de vida de los jóvenes de el salvador desde la perspectiva de: la educación, trabajo, salud, y vivienda. Ministerio de Trabajo y Previsión Social: MININTRAB. El Salvador. [Citado 2018 junio 29]. Disponible en: [\[Link\]](#)
83. Celis L. Análisis de la política de agua potable y saneamiento básico para el sector rural en Colombia – Periodo de gobierno 2010 – 2014. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia: Bogotá. 2014. [Tesis]. Recopilado de: [\[Link\]](#)
84. Vivienda saludable: Reto del milenio en los asentamientos precarios de América Latina y El Caribe: Guía para las autoridades nacionales y locales - Caracas: OPS/OMS. Venezuela, 2016. [Citado 2018 mayo 09]. Disponible en: [\[Link\]](#)

85. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Programas Estratégicos 2011 – 2014. Servicios I. Perú. [Citado 2018 mayo 10]. Disponible en: [\[Link\]](#)
86. Cruz A. y Martínez P. El recurso agua en el entorno de las ciudades sustentables. CULCyT, (31); 2015.
87. González, C. y Col. Eficiencia Energética: Uso racional de la energía eléctrica en el sector administrativo. Consumo eficiente. 2014.
88. Dicovskiy L., Videa M., González D. Caracterización del Barrio Alexis Argüello, Estelí, Nicaragua. El Higo. [Revista en línea]. 2016. [citado 25 Enero 2019]; 6 (1): 21–29. Disponible en: [\[Link\]](#)
89. Rodas C. Tipos de hacinamiento en las viviendas del Barrio "Higos Urco". Chachapoyas - 2015. [Tesis licenciatura]. Chachapoyas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez De Mendoza De Amazonas; 2016.
90. Vásquez Y, y col. Determinantes de la salud en adolescentes de la comunidad Cerro Guayabal, Ecuador. Revista Cubana de Salud Pública. v. 45, 2º Edición. Disponible en: [\[Link\]](#)
91. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda Perú; 2017.
92. Ibañez A. Piden a alcalde resolver el grave problema en el recojo de la basura en Chimbote. Diario La República. Perú. 2019. [Web]. Disponible en: [\[Link\]](#)
93. Vílchez M. Determinantes de la salud en adolescentes de las instituciones educativas de la jurisdicción de la Red Pacífico Norte, Chimbote, 2016. In Crescendo Ciencias de la salud, 4(1), 25-39. 2017. Recopilado de: [\[Link\]](#)

94. Duffy D. Factores de riesgo y factores protectores asociados al consumo de alcohol en niños y adolescentes. Argentina: Buenos Aires. 2014. [Internet]. Disponible en: [\[Link\]](#)
95. Ramos O, Bahos L, Buitron Y. Actitudes, prácticas y estilos de vida en adolescentes de instituciones de educación secundaria de la ciudad de Popayán, 2016. Investigaciones Andinas [Internet]. Colombia. 2017; 19 (34): 1845-1862. Disponible en: [\[Link\]](#)
96. Da Silva M. y Leite M. Consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia. Rev. Latinoamericana de Enfermería. [Artículo web]. [Citado 2018 junio 28]; 16(1):142-50. Disponible en: [\[Link\]](#)
97. American Academy of Pediatrics. Committee on substance abuse tobacco's toll: implications for the pediatrician. Pediatrics [Citado 2018 junio 29]; 107(4):794-8.
98. Li F., Barrera M., Hops H., Fisher K. The longitudinal influence of peers on the development of alcohol use in late adolescence: A growth mixture analysis. J Behav Med. [Citado 2018 junio 29]; 25(3):293-315.
99. Solari B. Trastornos del sueño en la adolescencia. Revista Médica Clínica Las Condes. [Artículo web]. Vol. 26. 01. 2015. Pág. 60 – 65. Recopilado de: [\[Link\]](#)
100. Dewald J. y Col. La influencia de la calidad del sueño, la duración del sueño y la somnolencia en el rendimiento escolar en niños y adolescentes: una revisión meta analítica. Reseñas de Sleep Medicine. [Artículo web]. Vol. 14, 03. Pág. 179 – 189. 2010. Recopilado de: [\[Link\]](#)
101. UNICEF. Los hábitos de higiene. Venezuela. [Web]. [Citado 15 Mayo 2018]. Disponible en: [\[Link\]](#)

102. Sotomayor P, Aquino V, Jiménez O, Trejo M. Actividad Física y Sedentarismo: Determinantes Sociodemográficos, familiares y su impacto en la Salud del Adolescente. *Revista de Salud Pública*. 2014. [Artículo en línea]. 16(2): 161-172. Disponible en: [\[Link\]](#)
103. Salazar C. INIE. Actividades recreativas y sus beneficios para personas Nicaragüenses residentes en Costa Rica. [Revista en línea]. Costa Rica. [Citado 15 mayo 2018]. Vol. 10. Disponible en: [\[Link\]](#)
104. Ayala C. El papel de la recreación en mantener a los adolescentes fuera de problemas. [Citado 16 mayo 2018]. [Internet]. Disponible en: [\[Link\]](#)
105. United Nations Children's Fund. Una situación habitual .Violencia en las vidas de los niños y los adolescentes [sede Web]. Nueva York-Estados Unidos: UNICEF . 2017. [Acceso 15 de agosto de 2018]. Disponible en: [\[Link\]](#)
106. Maturana, J., Alberto, C., Alvarez Leon, J. G., Carbonel Luyo, W. F., & Neira Goyeneche, J. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. *Acta médica peruana*, 26(3), 175-179. 2014.
107. Dávila A., Luna. Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. México. 2019. 90(6): 606-616. Disponible en: [\[Link\]](#)
108. Rodríguez L. Reconociendo las Características Sexuales, Sociales y Reproductivas, en Adolescentes de 15 a 18 años. Perú: Lima. 2014. [Artículo web]. Recopilado de: [\[Link\]](#)
109. Begazo, R. Varas, T. La adolescencia como problema de salud reproductiva. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 40(2), 33-39. Lima. 2015.
110. Díaz C., Díaz G., Bacallao J., Ramírez H., Alemañy E. Factores sociales de estilos de vida de adolescentes de un consultorio Médico de Familia de la

- Atención Primaria de Salud. [Internet]. Cuba: La Habana. 2017. 16(3): 454-468.
Disponible en: [\[Link\]](#)
111. Osorio O. Trama de la alimentación: Prácticas alimenticias y alimentarias de los adolescentes escolarizados del Colegio - Nuestra Señora de Guadalupe, Cali, Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. [Citado 2018 junio 28].
Recopilado de: [\[Link\]](#)
112. Madruga D., Pedrón C. Alimentación del adolescente. In Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Tomo 5. Gastroenterología, hepatología y nutrición. Madrid. 2002. [Citado 15 mayo 2018]. Recopilado de: [\[Link\]](#)
113. Altamirano M., Vizmanos B., Unikel C. Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. RPSP/PAJPH. 2011; 30 (5): 401-7.
114. Colmenares N., Quiroga J. Análisis de los determinantes principales que explican la pobreza. Caso: centro poblado Los Olivos, Distrito de Sullana. Universidad Nacional de Piura. Perú: 2010. [Tesis en línea]. Recopilado de: [\[Link\]](#)
115. Maceira D. y Col. Necesidades y Acceso a los Servicios de salud de la Población Adolescente en el Norte Argentino. 2012. [Artículo web]. Disponible en: [\[Link\]](#)
116. Ramos K. Determinantes de la salud en adolescentes. Institución Educativa La Libertad-Chimbote, 2016. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Uladech Católica Chimbote: 2018. [Tesis en línea] Disponible en: [\[Link\]](#)

117. MINSA. Experiencias de planificación de los recursos humanos en salud, Perú 2007 – 2010. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Perú: Lima. 2011. [Citado 29 junio 2018]. [Serie bibliográfica]. Disponible en: [\[Link\]](#)
118. Franco N. Determinantes de la salud en adolescentes maltratados en sus hogares. [Tesis]. ULADECH. Chimbote: 2014. [Citado el 19 febrero 2019].
119. Jara M. Determinantes de la salud en escolares con parasitosis intestinal de una Institución Educativa en Nuevo Chimbote – Perú. ULADECH. [Tesis]. Chimbote: 2014. [Citado el 19 febrero 2019].
120. Orcasita L. y Col. Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija – Santander. Colombia. Rev. Psicología. Vol. 30 (2). 2012. Recopilado de: [\[Link\]](#)
121. Ulloa L. La violencia familiar como factor determinante del incremento del pandillaje pernicioso de los adolescentes escolares de la unidad de gestión educativa local (UGEL – 05) periodos 2013 – 2015. Perú: Lima. 2016. Disponible en: [\[Link\]](#)
122. Ortego M., López S., Álvarez M. Ciencias Psicosociales I - Apoyo Social. 2005; 24. Disponible en: [\[Link\]](#)

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO SOBRE DETERMINANTES DE LA SALUD EN
ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA
TERESITA_CHIMBOTE, 2015

Elaborado por Dra. Enf. Vélchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACION:

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona.....

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

1. Sexo: Masculino () Femenino ()

2. Edad:.....

3. Grado de instrucción de adolescente y madre:

3.1.Grado de instrucción del adolescente

- Sin instrucción ()
- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
- Superior completa / Superior incompleta ()

3.2.Grado de instrucción de la madre

- Sin nivel instrucción ()
- Inicial/Primaria ()
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta ()
- Superior completa / Superior incompleta ()
- Superior no universitaria completa e incompleta ()

4. Ingreso económico familiar en nuevos soles

- Menor de 750 ()
- De 751 a 1000 ()
- De 1001 a 1400 ()
- De 1401 a 1800 ()
- De 1801 a más ()

5. Ocupación del jefe de familia:

- Trabajador estable ()
- Eventual ()
- Sin ocupación ()
- Jubilado ()
- Estudiante ()

6. Vivienda

6.1.Tipo:

- Vivienda Unifamiliar ()
- Vivienda multifamiliar ()
- Vecindada, quinta choza, cabaña ()
- Local no destinada para habitación humana ()
- Otros ()

6.2.Tenencia:

- Alquiler ()
- Cuidador/alojado ()
- Plan social (dan casa para vivir) ()
- Alquiler venta ()
- Propia ()

6.3.Material del piso:

- Tierra ()
- Entablado ()
- Loseta, vinílicos o sin vinílicos ()
- Láminas asfálticas ()
- Parquet ()

6.4.Material del techo:

- Madera, estera ()
- Adobe ()
- Estera y adobe ()
- Material noble ladrillo y cemento ()
- Eternit ()

6.5.Material de las paredes:

- Madera, estera ()
- Adobe ()
- Estera y adobe ()
- Material noble ladrillo y cemento ()

6.6.Cuantos personas duermen en una habitación

- 4 a más miembros ()
- 2 a 3 miembros ()
- Independiente ()

7. Abastecimiento de agua:

- Acequia ()
- Cisterna ()
- Pozo ()
- Red pública ()
- Conexión domiciliaria ()

8. Eliminación de excretas:

- Aire libre ()
- Acequia , canal ()
- Letrina ()
- Baño público ()
- Baño propio ()
- Otros ()

9. Combustible para cocinar:

- Gas, Electricidad ()
- Leña, Carbón ()

- Bosta ()
- Tuza (coronta de maíz) ()
- Carca de vaca ()

10. Energía eléctrica:

- Sin energía ()
- Lámpara (no eléctrica) ()
- Grupo electrógeno ()
- Energía eléctrica temporal ()
- Energía eléctrica permanente ()
- Vela ()

11. Disposición de basura:

- A campo abierto ()
- Al río ()
- En un pozo ()
- Se entierra, quema, carro recolector ()

12. ¿Con qué frecuencia pasan recogiendo la basura por su casa?

- Diariamente ()
- Todas las semana pero no diariamente ()
- Al menos 2 veces por semana ()
- Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas ()

13. ¿Suelen eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares?

- Carro recolector ()
- Montículo o campo limpio ()
- Contenedor específicos de recogida ()
- Vertido por el fregadero o desagüe ()
- Otros ()

II. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

14. ¿Actualmente fuma?

- Si fumo, diariamente ()
- Si fumo, pero no diariamente ()

- No fumo actualmente, pero he fumado antes ()
- No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual ()

15. ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?

- Diario ()
- Dos a tres veces por semana ()
- Una vez a la semana ()
- Una vez al mes ()
- Ocasionalmente ()
- No consumo ()

16. ¿Cuántas horas duerme Ud.?

6 a 8 horas () 08 a 10 horas () 10 a 12 horas ()

17. ¿Con que frecuencia se baña?

Diariamente () 4 veces a la semana () No se baña ()

18. Tiene establecidas sus reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina.

Si () No ()

19. ¿En su tiempo libre realiza alguna actividad física?

- Caminar ()
- Deporte ()
- Gimnasia ()
- No realizo ()

20. ¿En las dos últimas semanas realizó actividad física durante más de 20 minutos?

- Caminar ()
- Gimnasia suave ()
- Juegos con poco esfuerzo ()
- Correr ()
- Ninguno ()

21. ¿Ha presentado alguna conducta alimenticia de riesgo?

- Preocupación por engordar: Si () No ()

- Come demasiado: Si () No ()
- Pérdida del control para comer: Si () No ()
- Vómitos auto inducidos: Si () No ()
- Ingestas de medicamentos: Diuréticos, laxantes, pastillas Si () No ()
- Restricción en la conducta: Ayuno, dietas, ejercicios: Si () No ()

22. En el último año ha sufrido algún daño a su salud por alguna violencia por agresión:

- Armas de fuego ()
- Objetos cortantes ()
- Puñetazos, patadas, golpes ()
- Agresión sexual ()
- Otras agresiones o maltratos ()
- No presente ()

23. Indique el lugar de la agresión o violencia:

- Hogar ()
- Escuela ()
- Transporte o vía pública ()
- Lugar de recreo o deportivo ()
- Establecimiento comercial ()
- Otros ()

24. Cuando ha tenido algún problema, ha pensado en quitarse la vida:

Si () No ()

25. Tiene relaciones sexuales:

Si () No ()

Si su respuesta es afirmativa: En su primera relación sexual hizo uso de algún método anticonceptivo:

- Condón ()
- Pastillas, inyectable, píldora de emergencia ()
- Óvulos, jalea, espumas, ritmo, calendario ()

- Ningún método

26. Si es Mujer

- Tuvo algún embarazo Si () No ()
- Tuvo algún aborto Si () No ()

27. Cada cuanto tiempo acude a un establecimiento de salud:

- Una vez al año ()
- Dos veces en el año ()
- Varias veces durante el año ()
- No acudo ()

DIETA:

28. ¿Con qué frecuencia usted y su familia consumen los siguientes alimentos?

Alimentos	Diario	3 o más veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
• Fruta					
• Carne pollo, res, cerdo, etc.)					
• Huevos					
• Pescado					
• Fideos, arroz, papas...					
• Pan, cereales					
• Verduras y hortalizas					
• Legumbres					
• Embutidos, enlatados					

• Lácteos					
• Dulces, gaseosas					
• Refrescos con azúcar					
• Frituras					

III. DETERMINANTE DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

29. ¿Recibe algún apoyo social natural?

- Familiares ()
- Amigos ()
- Vecinos ()
- Compañeros espirituales ()
- Compañeros de trabajo ()
- No recibo ()

30. ¿Recibe algún apoyo social organizado?

- Organizaciones de ayuda al enfermo ()
- Seguridad social ()
- Empresa para la que trabaja ()
- Instituciones de acogida ()
- Organizaciones de voluntariado ()
- No recibo ()

31. Recibe apoyo de algunas de estas organizaciones:

- El programa beca 18 si () no ()
- Programa de alimentación escolar si () no ()
- Programa de cooperación 2012-2016 si () no ()
- Comedores populares si () no ()

32. ¿En qué institución de salud se atendió en estos 12 últimos meses:

- Hospital ()

- Centro de salud ()
- Puesto de salud ()
- Clínicas particulares ()
- Otros ()

33. El motivo de la consulta por la que acude a un establecimiento de salud es

- Antes de iniciar la práctica de algún deporte competitivo ()
- Infecciones, trastornos respiratorios o digestivos ()
- Mareos, dolores o acné ()
- Cambios en los hábitos del sueño o alimentación ()
- Trastornos en el hábito y en el ánimo, en el comportamiento o la presencia de conductas de riesgo, como consumo de alcohol y drogas ()

34. Considera usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:

- Muy cerca de su casa ()
- Regular ()
- Lejos ()
- Muy lejos de su casa ()
- No sabe ()

35. Qué tipo de seguro tiene Usted:

- ESSALUD ()
- SIS-MINSA ()
- SANIDAD ()
- Otros ()

36. El tiempo que espero para que lo (la) atendieran en el establecimiento de salud ¿le pareció?

- Muy largo ()
- Largo ()

- Regular ()
- Corto ()
- Muy corto ()
- No sabe ()

37. En general, ¿la calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue?

- Muy buena ()
- Buena ()
- Regular ()
- Mala ()
- Muy mala ()
- No sabe ()

38. ¿Existe pandillaje o delincuencia cerca a su casa?

Si ()

No ()

Muchas gracias, por su colaboración

ANEXO 2

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO:

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

La evaluación cualitativa fue concretada a través de la consulta a personas del área de Salud como que actuaron como jueces; este trabajo se realizó en reuniones de trabajo, con el objetivo de evaluar la propuesta del Cuestionario sobre determinantes de la salud en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_Chimbote, 2015 desarrollado por Dra. Enf. Vílchez Reyes Adriana, Directora de la presente línea de Investigación.

Durante las reuniones se brindó a los participantes como jueces información respecto a la matriz de operacionalización de la variable y la propuesta del cuestionario, para su análisis y socialización de las opiniones, luego cada participante emitió las observaciones realizadas al cuestionario propuesto, las cuales permitieron realizar los ajustes necesarios a los enunciados y categorías de respuestas de las preguntas relacionadas a los determinantes de la salud en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_Chimbote, 2015

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

Validez de contenido: Se exploró mediante la calificación por medio de criterio de expertos, diez en total, acerca de la pertinencia de los reactivos en relación al constructo evaluado por dimensiones. Para efectos de este análisis, se utilizó para la evaluación de la validez de contenido la fórmula de V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004).

$$V = \frac{\bar{x} - l}{k}$$

Donde:

\bar{x} : Es la media de las calificaciones de los jueces en la muestra.

l : Es la calificación más baja posible.

k : Es el rango de los valores posibles.

Procedimiento llevado a cabo para la validez:

1. Se solicitó la participación de un grupo 10 jueces expertos del área de Salud.
2. Se alcanzó a cada uno de los expertos la “FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015”.
3. Cada experto para cada ítems del cuestionario respondió a la siguiente pregunta:
¿El conocimiento medido por esta pregunta es...
 - Esencial?
 - útil pero no esencial?
 - no necesaria?
4. Una vez llenas las fichas de validación, se anotó la calificación que brindaron cada uno de los expertos a las preguntas
5. Luego se procedió a calcular el coeficiente V de Aiken para cada una de las preguntas y el coeficiente V de Aiken total. (Ver Tabla 1)
6. Se evaluó que preguntas cumplían con el valor mínimo (0,75) requerido teniendo en cuenta que fueron 10 expertos que evaluaron la validez del contenido. De la evaluación se obtuvieron valores de V de Aiken de 0,998 a 1 (ver Tabla 2)

Tabla 1

V de Aiken de los ítems del Cuestionario sobre determinantes de la salud en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_Chimbote, 2015

Nº	V de Aiken	Nº	V de Aiken
1	1,000	17	1,000
2	1,000	18	1,000
3	1,000	19	0,950
4	1,000	20	0,950
5.1	1,000	21	1,000
5.2	1,000	22	1,000
5.3	1,000	23	1,000
5.4	1,000	24	1,000
5.5	1,000	25	1,000
5.6	1,000	26	1,000

6	1,000	27	1,000
7	1,000	28	1,000
8	1,000	29	1,000
9	1,000	30	1,000
10	1,000	31	1,000
11	1,000	32	1,000
12	1,000	33	1,000
13	1,000	34	1,000
14	1,000	35	1,000
15	1,000	36	1,000
16	1,000	37	1,000
Coefficiente V de Aiken total			0,998

El coeficiente V de Aiken total es 0,998, este valor indica que el instrumento es válido para recabar información respecto a los determinantes de la salud en adolescentes del Colegio Privado Mixto Santa Teresita_Chimbote, 2015

ANEXO N° 3

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad inter evaluador

Se evalúa aplicando el cuestionario a la misma persona por dos entrevistadores diferentes en un mismo día, garantizando que el fenómeno no ha cambiado. Se realiza a un mínimo de 15 personas.

A través del Coeficiente de Kappa se estudia el porcentaje de concordancia entre los entrevistadores, un valor a partir de 0,8 se considera muy bueno para evaluar la confiabilidad inter evaluador.

TABLA 2

REGISTRO DE LAS CALIFICACIONES DE CADA UNO DE LOS EXPERTOS A LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO

N°	Expertos consultados										Sumatoria	Promedio	n (n° de jueces)	Número de valores de la escala de valoración	V de Aiken
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Experto 8	Experto 9	Experto 10					
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
2.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
2.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5.2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5.3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
5.6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000

18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
19	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
20	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
22	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
24	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
27	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
28	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
29	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
30	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
35	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
Coefficiente de validez del instrumento															0,998



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE LOS

DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES DEL COLEGIO

PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO:

INSTITUCIÓN DONDE LABORA ACTUALMENTE:

INSTRUCCIONES: Colocar una “X” dentro del recuadro de acuerdo a su evaluación.

(*) Mayor puntuación indica que está adecuadamente formulada.

DETERMINANTES DE LA SALUD	PERTINENCIA ¿La habilidad o conocimiento medido por este reactivo es....?			ADECUACIÓN (*) ¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P2.1								

Comentario:									
P2.2									
Comentario:									
P3									
Comentario:									
P4									
Comentario									
P5									
P5.1									
Comentario:									
P5.2									
Comentario:									
P5.3									
Comentario:									
P5.4									
Comentario:									
P5.5									
Comentario									
P5.6									
Comentario									

P6								
Comentario:								
P7								
Comentario:								
P8								
Comentario:								
P9								
Comentario:								
P10								
Comentario:								
P11								
Comentario:								
P12								
Comentario:								
DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA								
P13								
Comentario:								
P14								
Comentario:								

P15								
Comentario:								
P16								
Comentario:								
P17								
Comentario:								
P18								
Comentario:								
P19								
Comentario:								
P20								
Comentario:								
P21								
Comentario:								
P22								
Comentario:								
P23								
Comentario								
P24								
Comentario								

P25								
Comentario								
P26								
Comentario								
P27								
Comentario								
DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIA								
P28								
Comentario								
P29								
Comentario								
P30								
Comentario								
P31								
Comentario								
P32								
Comentario								
P33								
Comentario								
P34								
Comentario								
P35								
Comentario								
P36								
Comentario								

P37								
Comentario								

VALORACIÓN GLOBAL:					
¿El cuestionario está adecuadamente formulado para los destinatarios a encuestar?	1	2	3	4	5
Comentario:					

Gracias por su colaboración.

ANEXO N°04



UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES DEL
COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA_CHIMBOTE, 2015**

Yo,.....

acepto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de la Investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas.

El investigador se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informaran de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

FIRMA

.....

DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

GRÁFICO 01

GRÁFICO SEGÚN EL SEXO DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

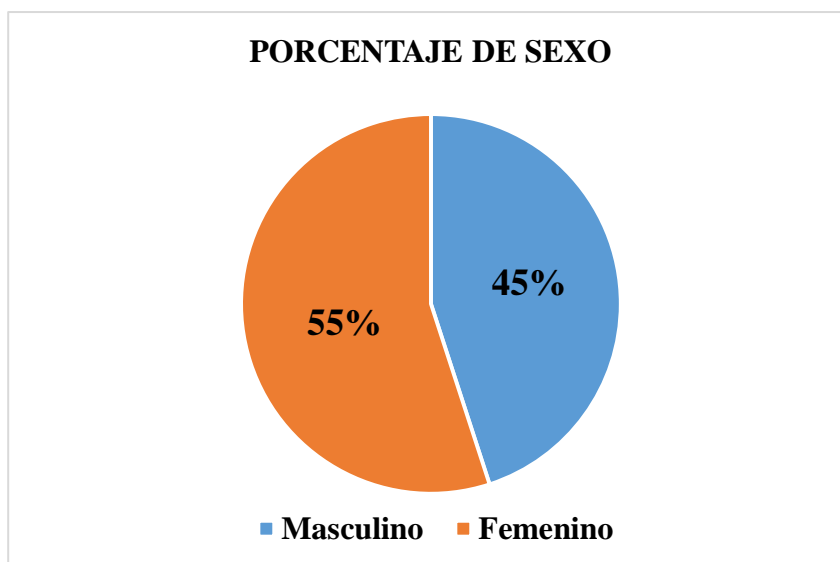


Figura: Tabla 1

GRÁFICO 02

GRÁFICO SEGÚN EL PORCENTAJE DE GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

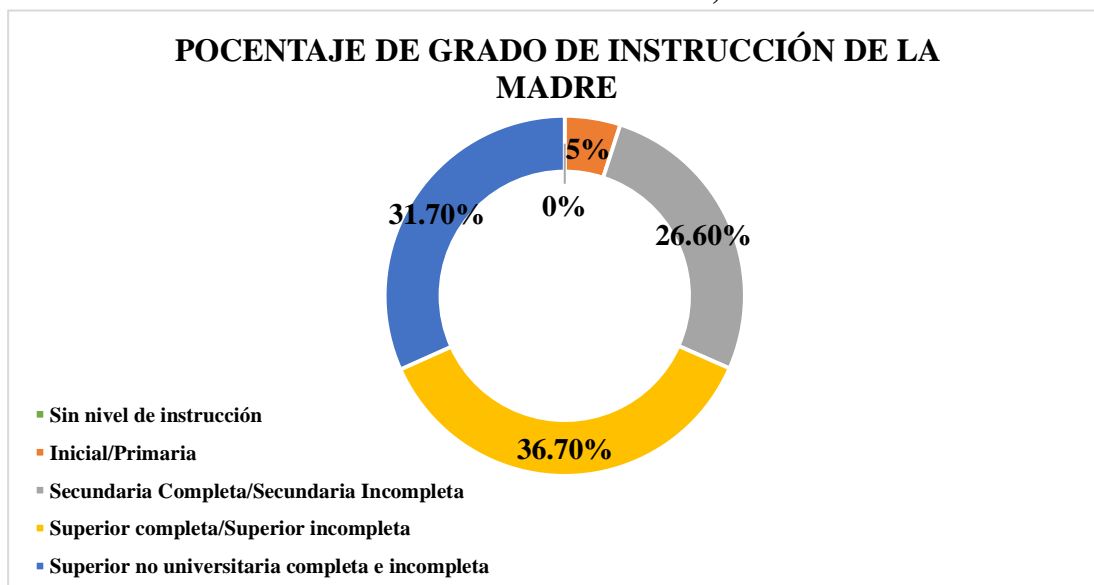


Figura: tabla 1

GRÁFICO 03

GRÁFICO SEGÚN LOS INGRESO ECONOMICO DE LOS PADRES DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

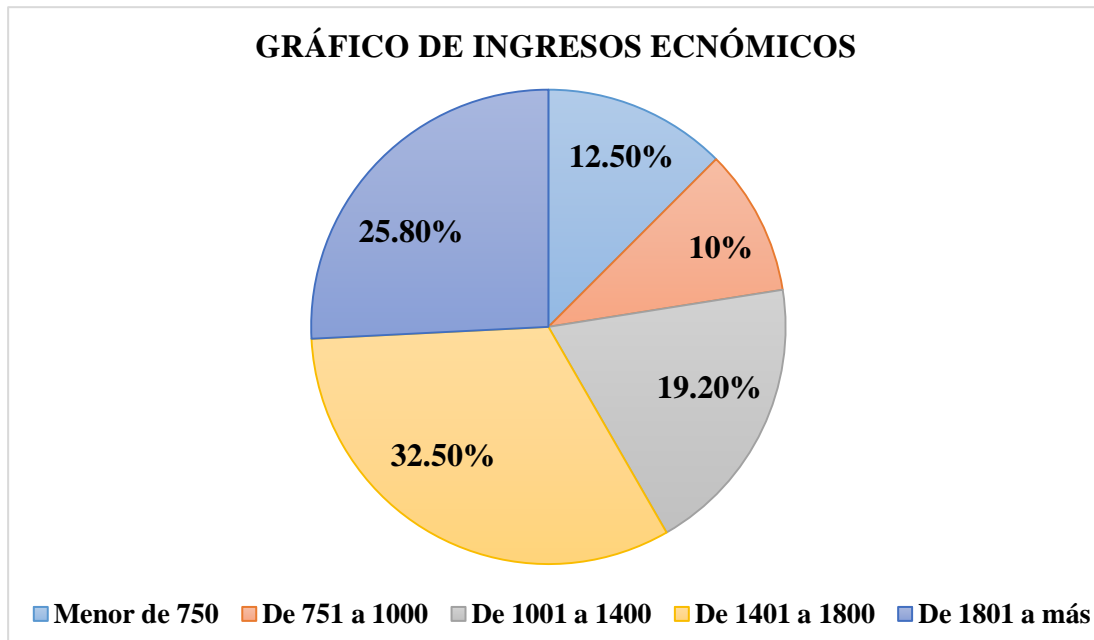


Figura: tabla 1

GRÁFICO 04

GRÁFICO SEGÚN LA OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

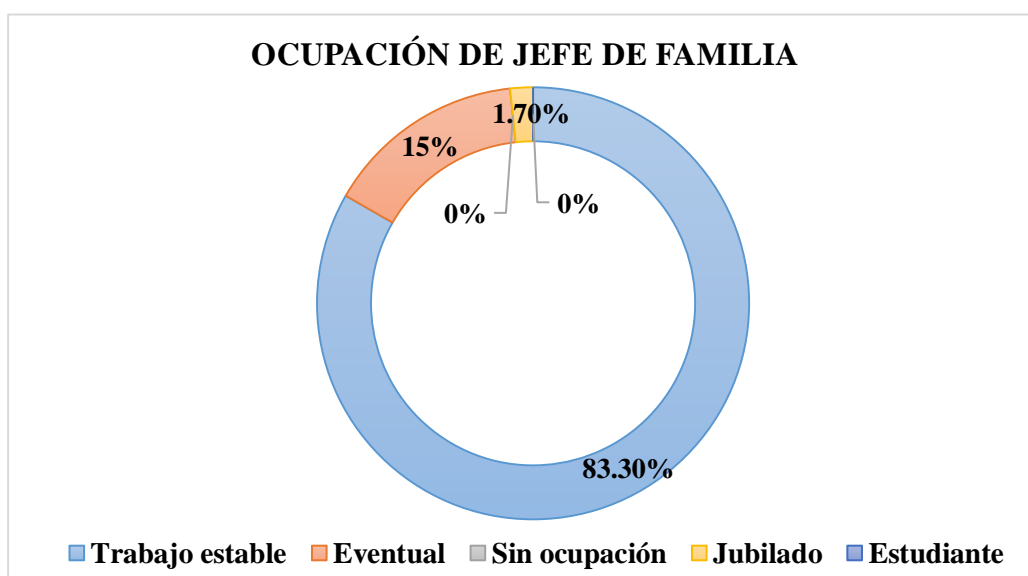


Figura: tabla 1

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRÁFICO 05

GRÁFICO SEGÚN EL TIPO DE VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

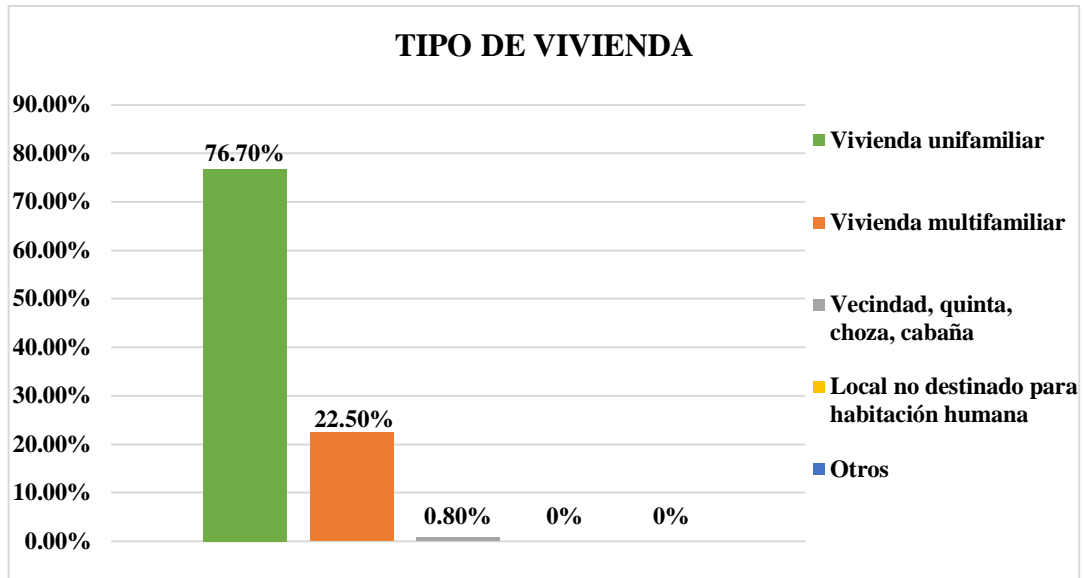


Figura: tabla 2

GRÁFICO 06

GRÁFICO SEGÚN LA TENDENCIA DE VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

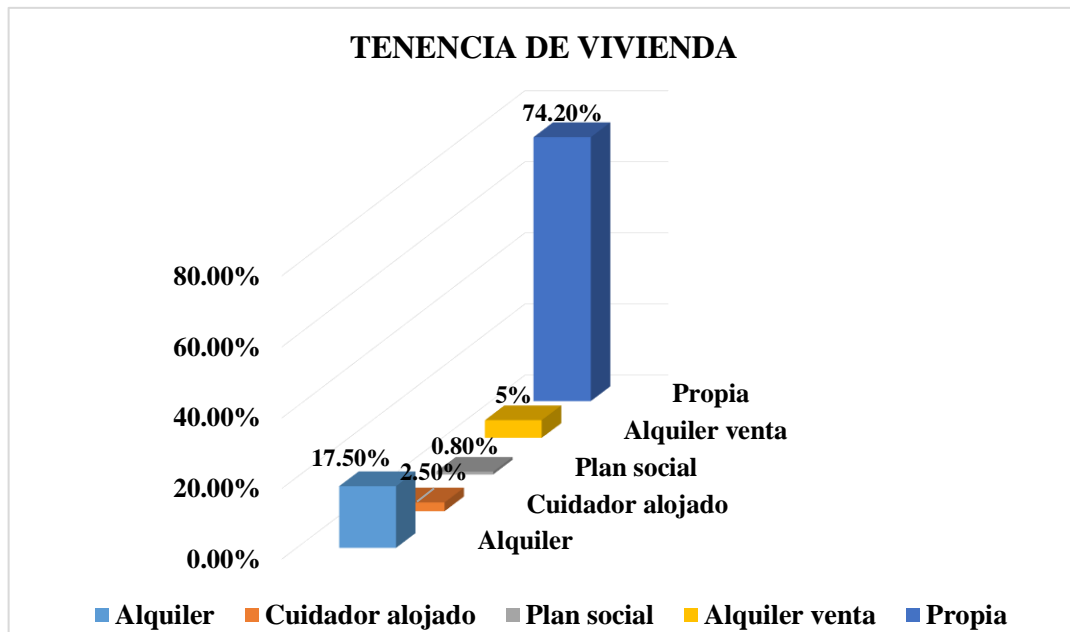


Figura: tabla 2

GRÁFICO 07

GRÁFICO SEGÚN EL MATERIAL DE PISO DE LA VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

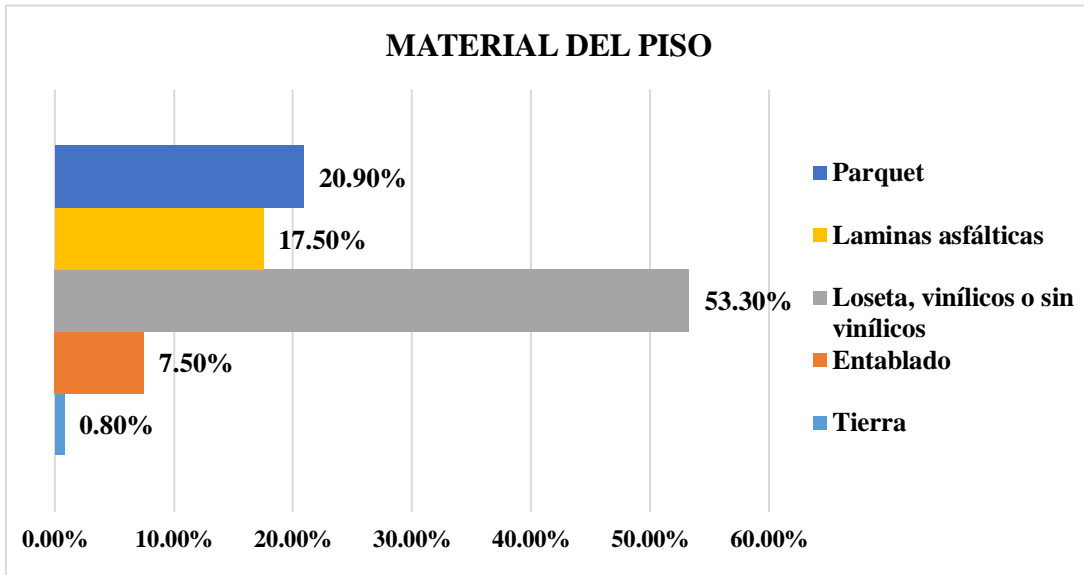


Figura: tabla 2

GRÁFICO 08

GRÁFICO SEGÚN EL MATERIAL DE TECHO DE LA VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

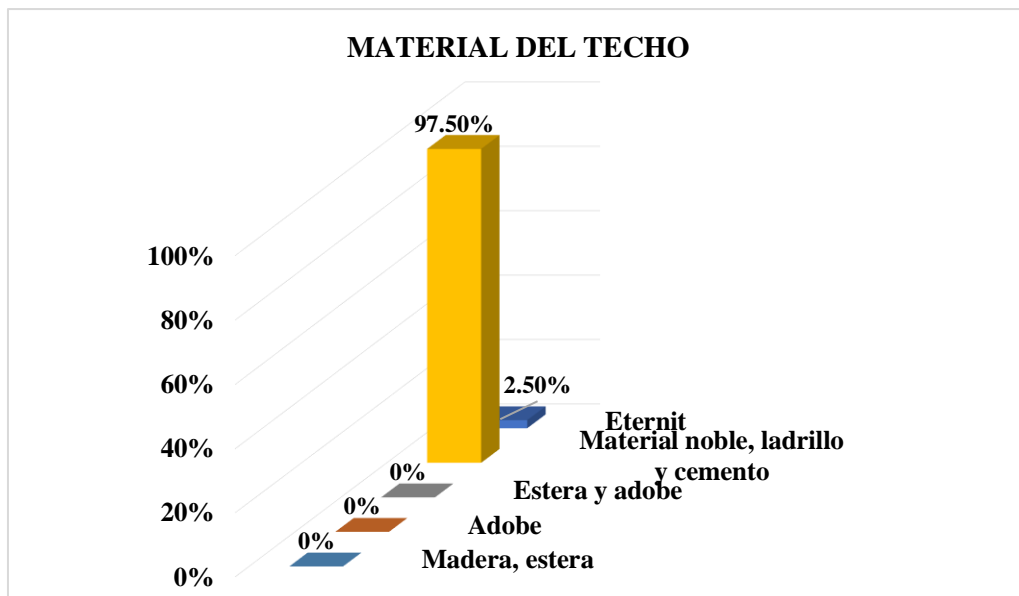


Figura: tabla 2

GRÁFICO 09

GRÁFICO SEGÚN EL MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

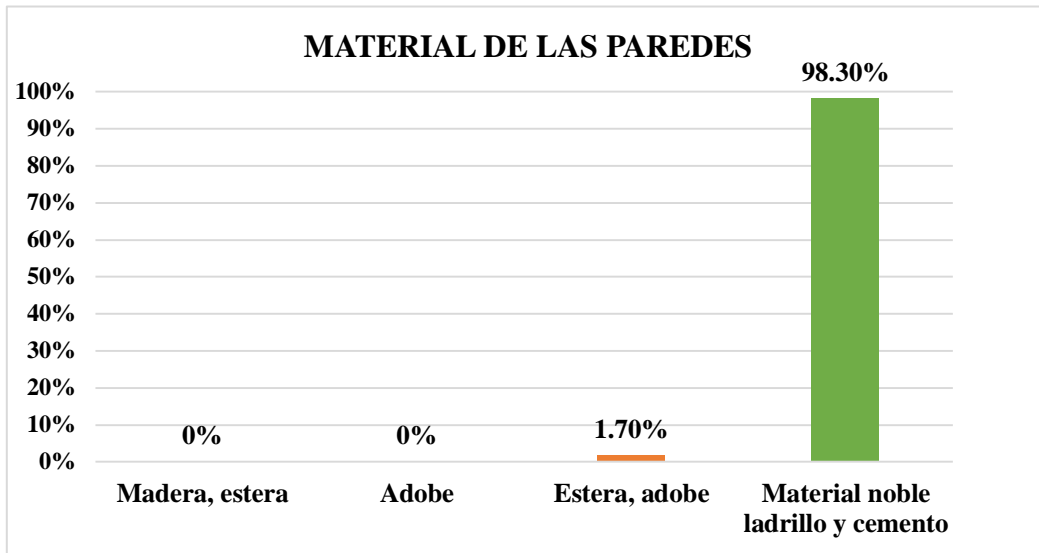


Figura: tabla 2

GRÁFICO 10

GRÁFICO SEGÚN LAS PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACION DE LAS VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

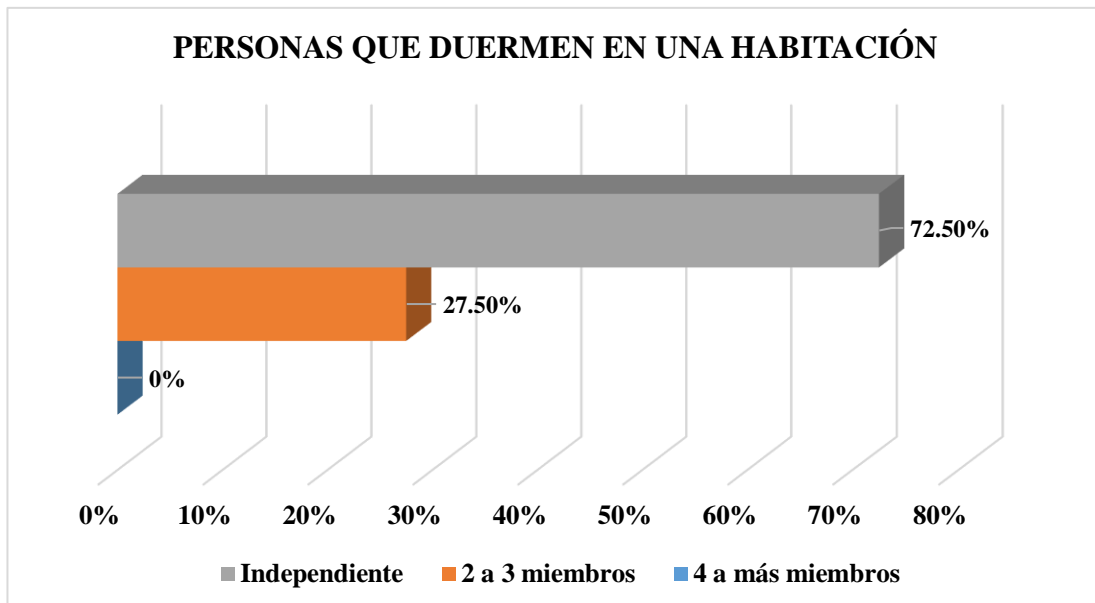


Figura: tabla 2

GRÁFICO 11

GRÁFICO SEGÚN EL ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LAS VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

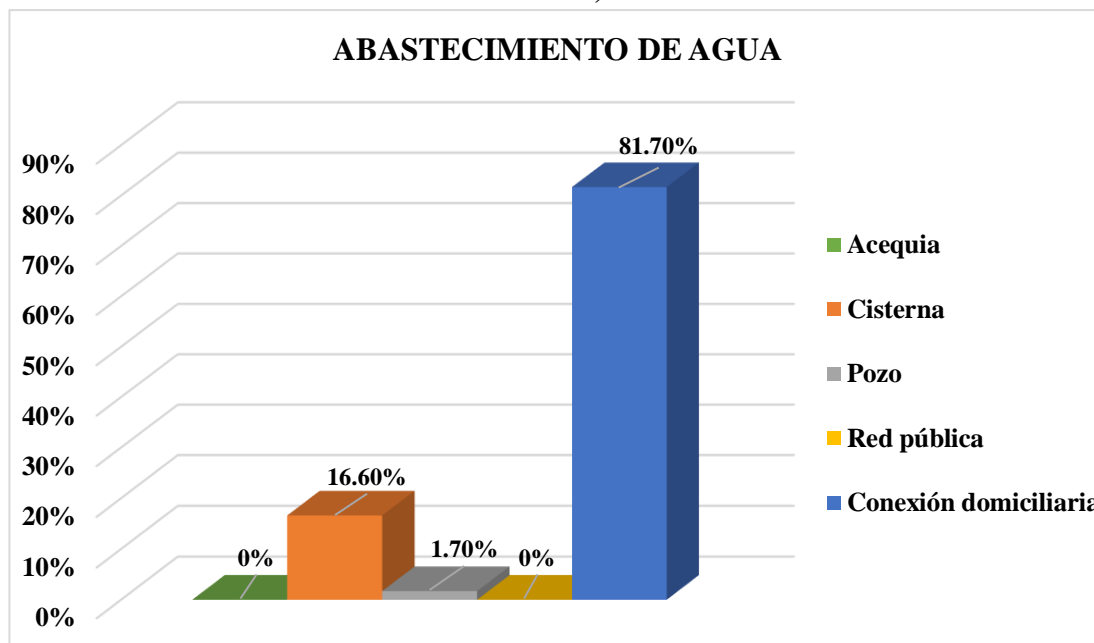


Figura: tabla 2

GRÁFICO 12

GRÁFICO SEGÚN LA ELIMINACIÓN DE EXCRETOS DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

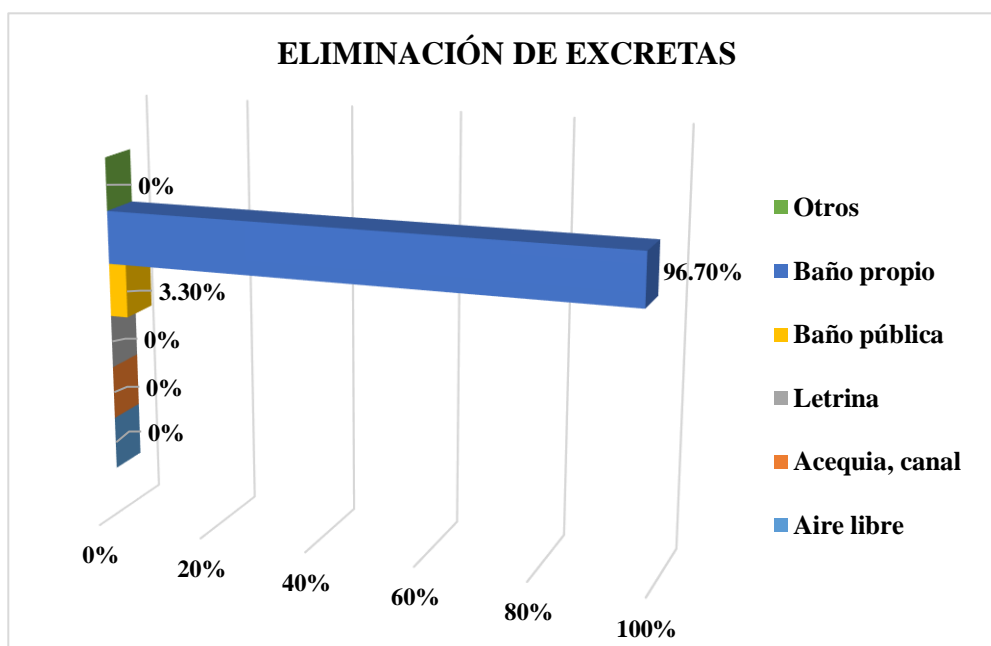


Figura: tabla 2

GRÁFICO 13

GRÁFICO SEGÚN EL COMBUSTIBLE PARA COCINAR EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

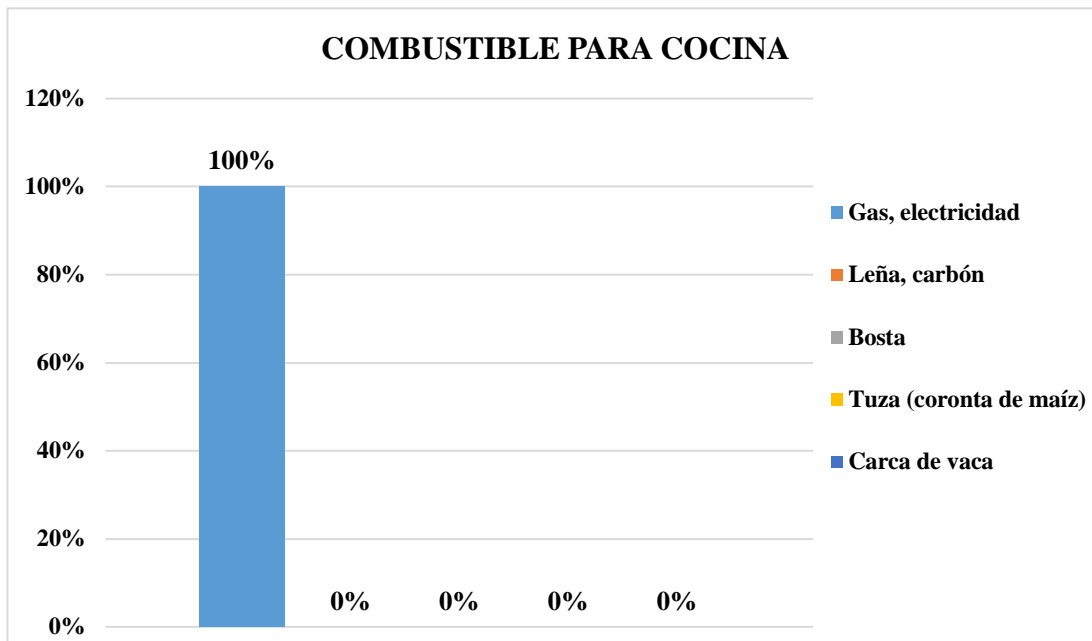


Figura: tabla 2

GRÁFICO 14

GRÁFICO SEGÚN LA ENERGÍA ELÉCTRICA EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

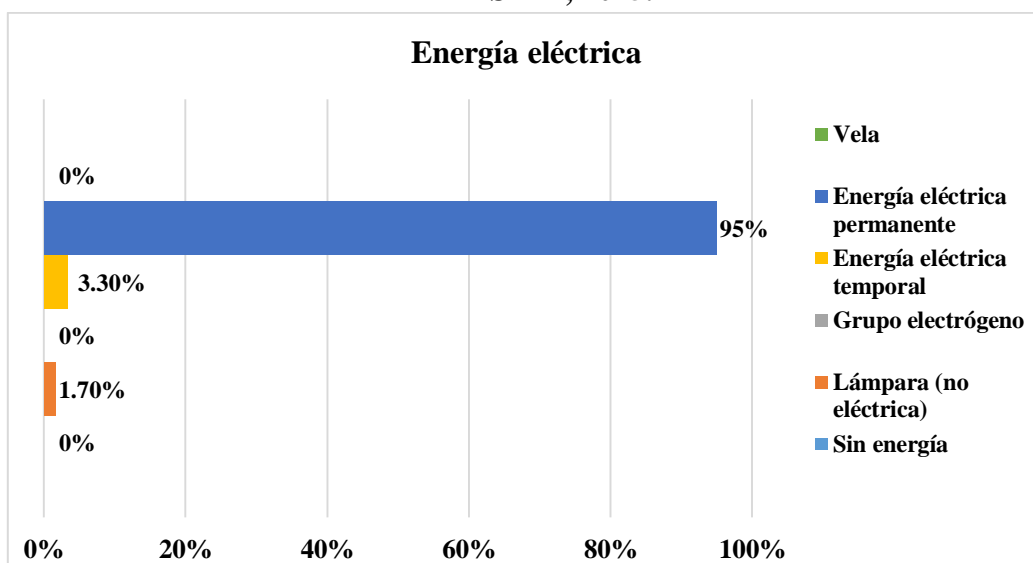


Figura: tabla 2

GRÁFICO 15

GRÁFICO SEGÚN LA DISPOSICIÓN DE BASURA DE LA VIVIENDAS DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

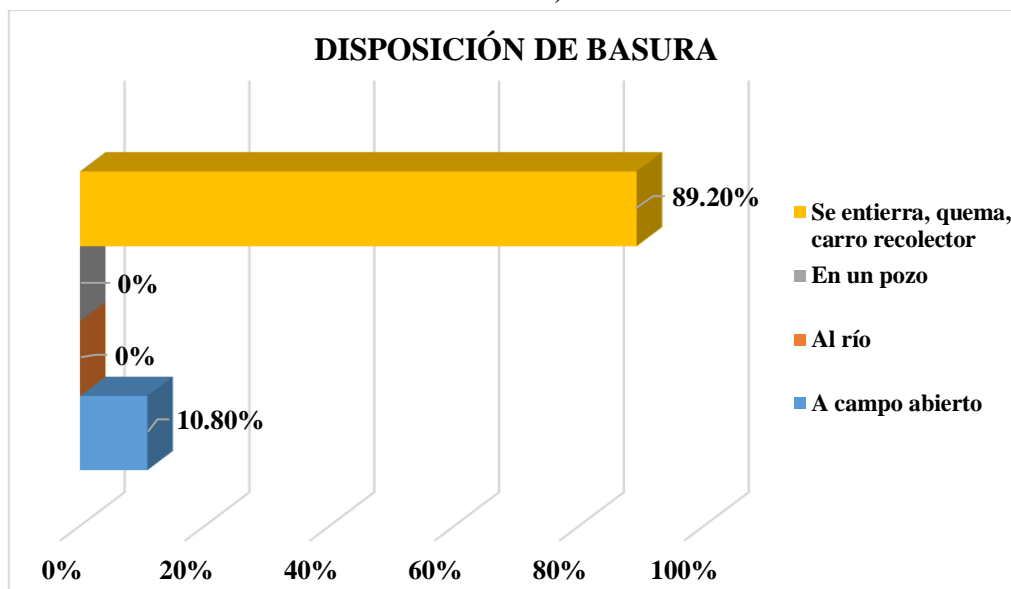


Figura: tabla 2

GRÁFICO 16

GRÁFICO SEGÚN LA FRECUENCIA DE RECOJO DE BASURA DE LAS VIVIENDAS DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

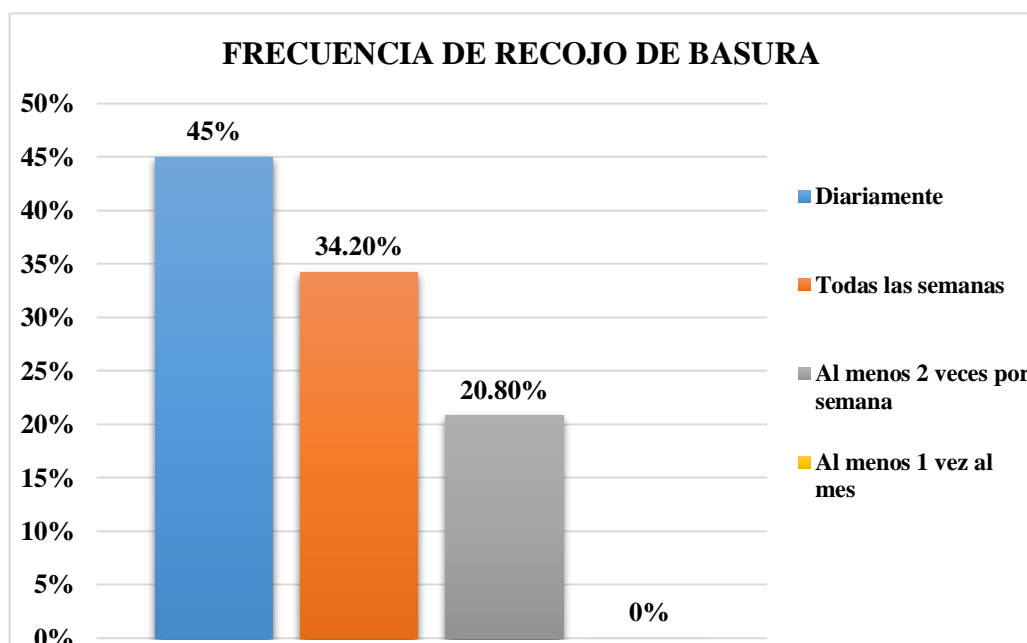


Figura: tabla 2

GRÁFICO 17

GRÁFICO SEGÚN LOS LUGARES DE ELIMINACION DE BASURA DE LAS VIVIENDAS DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

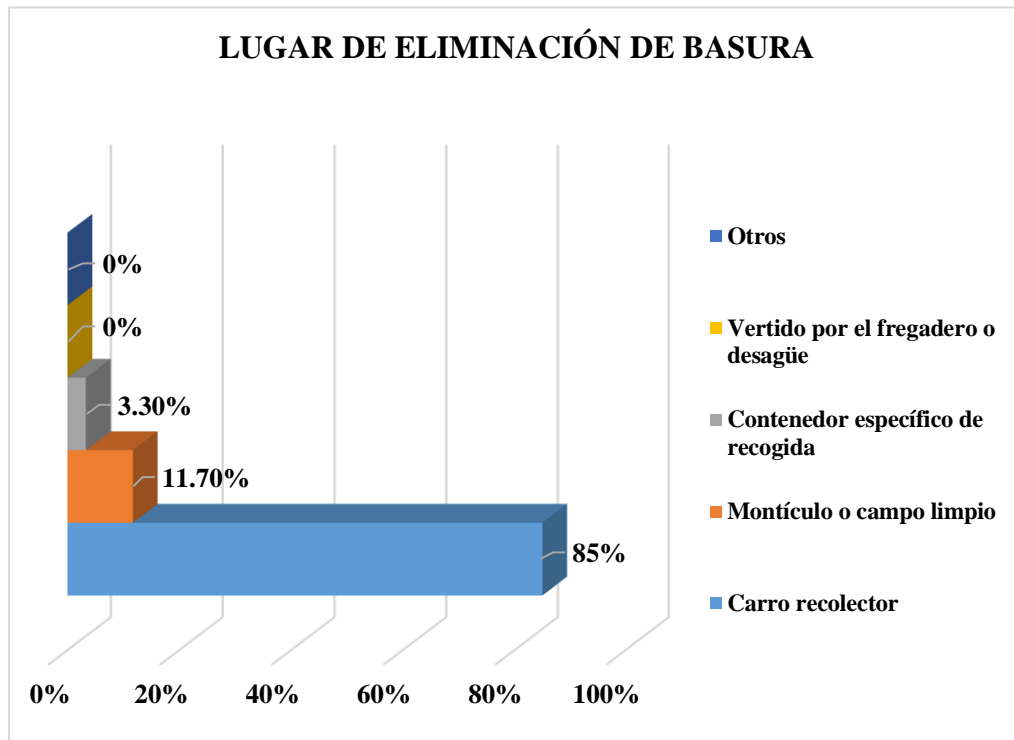


Figura: tabla 2

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRÁFICO 18

GRÁFICO SEGÚN TIENEN HÁBITO DE FUMAR ACTUALMENTE DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

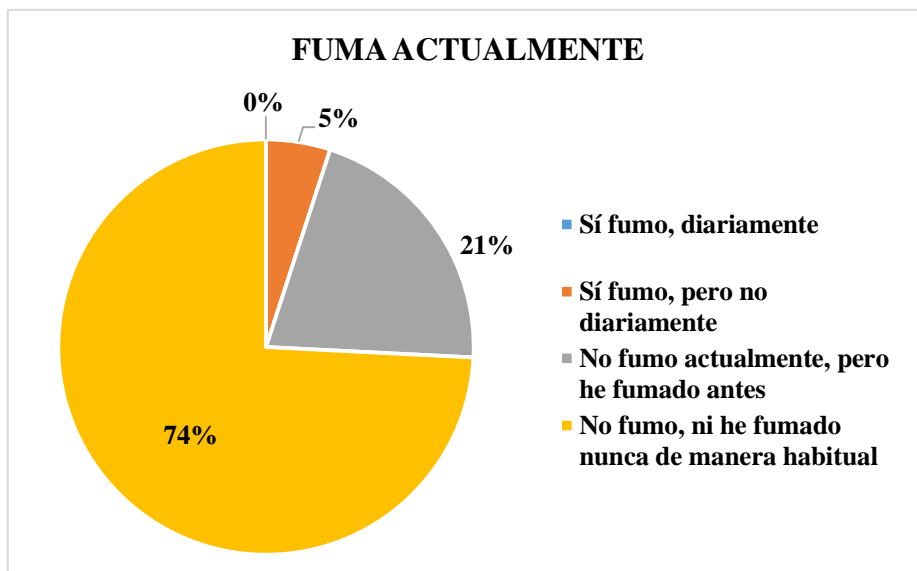


Figura: tabla 3

GRÁFICO 19

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUÉ INGIEREN BEBIDAS ALCOHÓLICAS DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.



Figura: tabla 3

GRÁFICO 20
GRÁFICO SEGÚN NÚMERO DE HORAS QUE DUERMEN LOS
ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA,
2015.

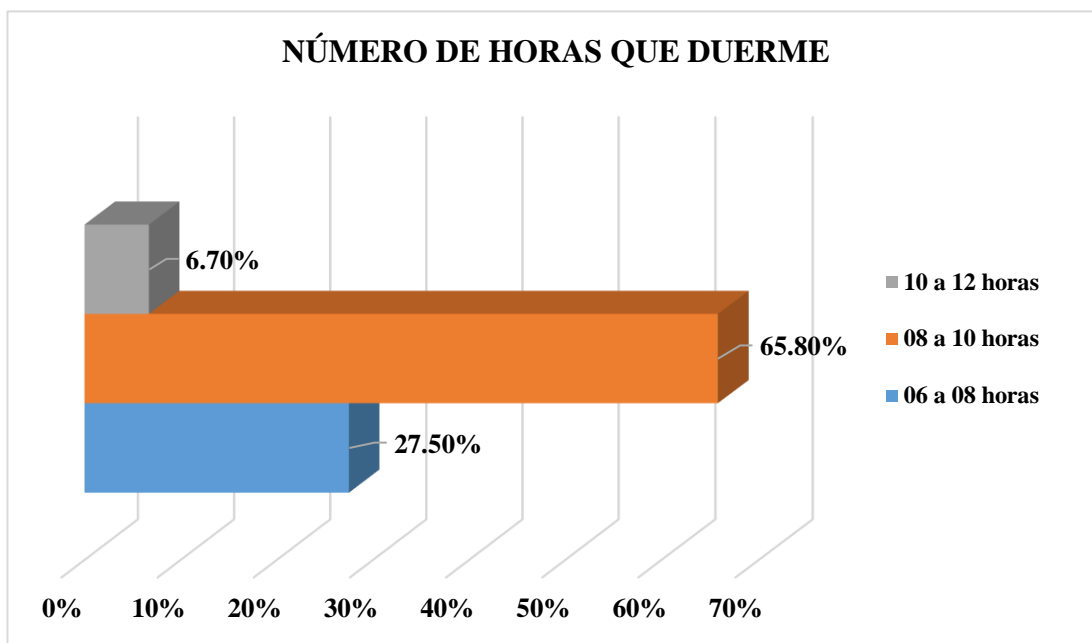


Figura: tabla 3

GRÁFICO 21
GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑAN LOS
ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA,
2015.

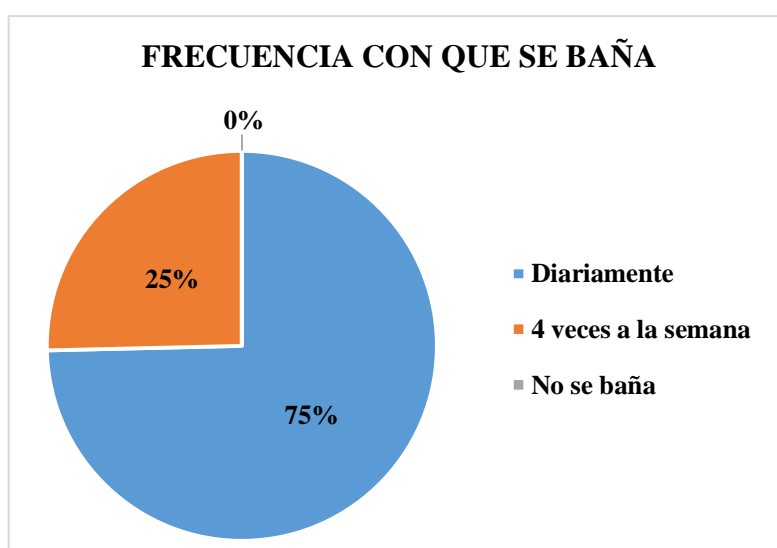


Figura: tabla 3

GRÁFICO 22

GRÁFICO SEGÚN SI TIENE REGLAS CLARAS DE SU CONDUCTA Y/O DISCIPLINA DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

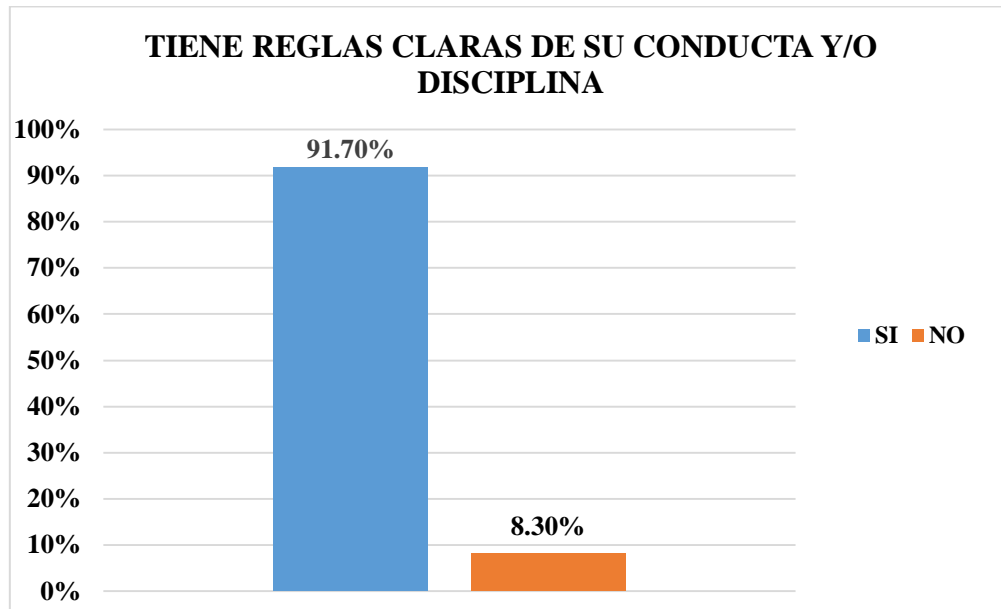


Figura: tabla 3

GRÁFICO 23

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA DE ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

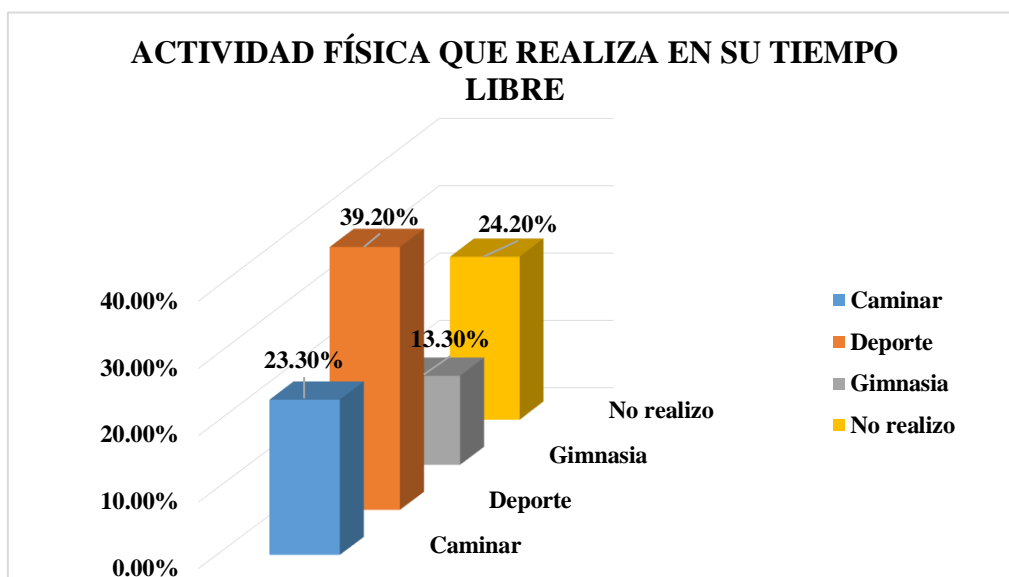


Figura: tabla 3

GRÁFICO 24

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA DE ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS DURANTE MÁS DE 20 MINUTOS DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

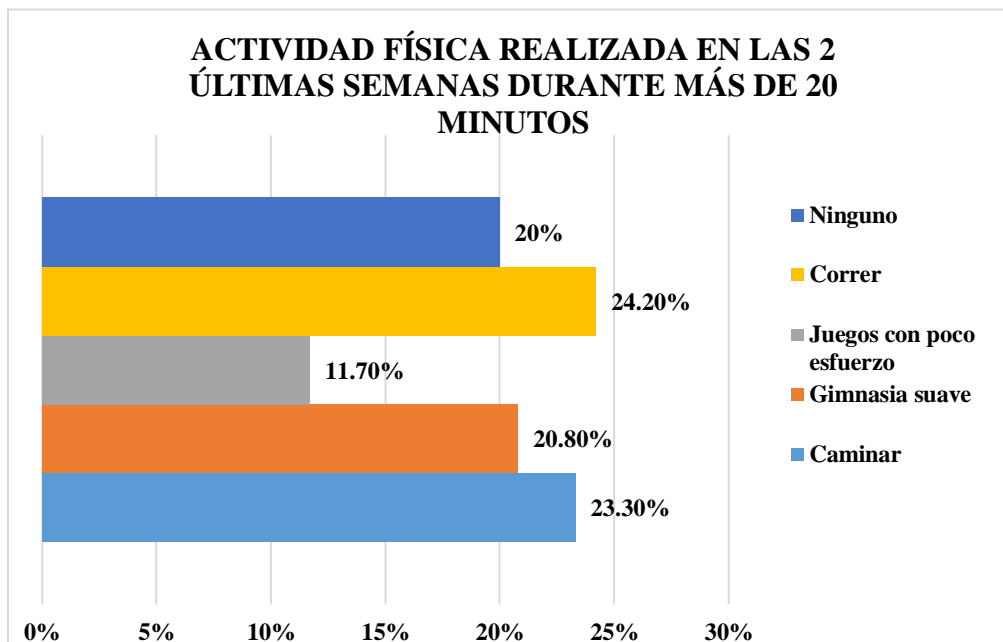


Figura: tabla 3

GRÁFICO 25

GRÁFICO SEGÚN DAÑO A SALUD POR ALGUNA VIOLENCIA POR AGRESIÓN DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

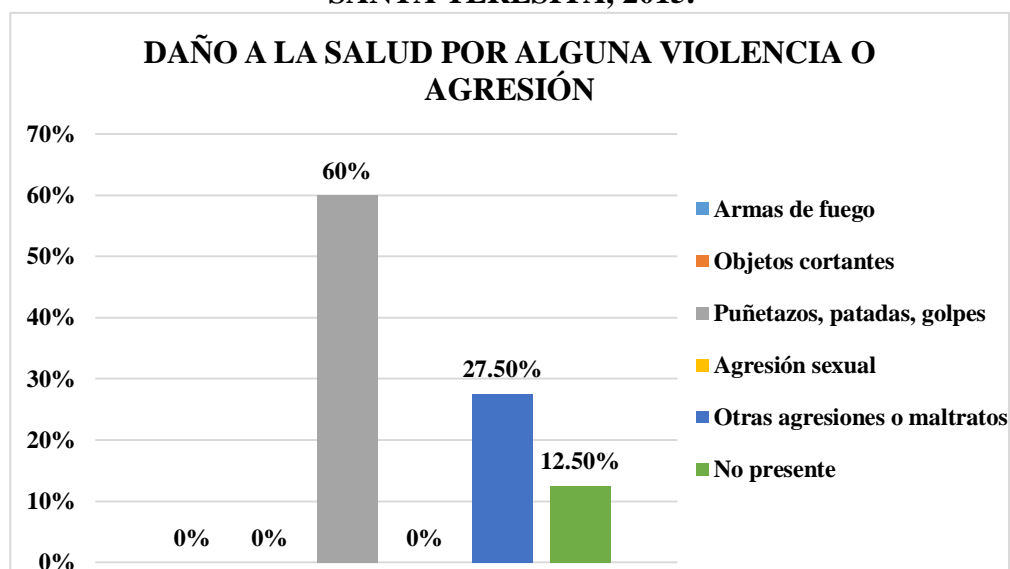


Figura: tabla 3

GRÁFICO 26

GRÁFICO SEGÚN LUGAR DE LA AGRESIÓN O LA VIOLENCIA DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

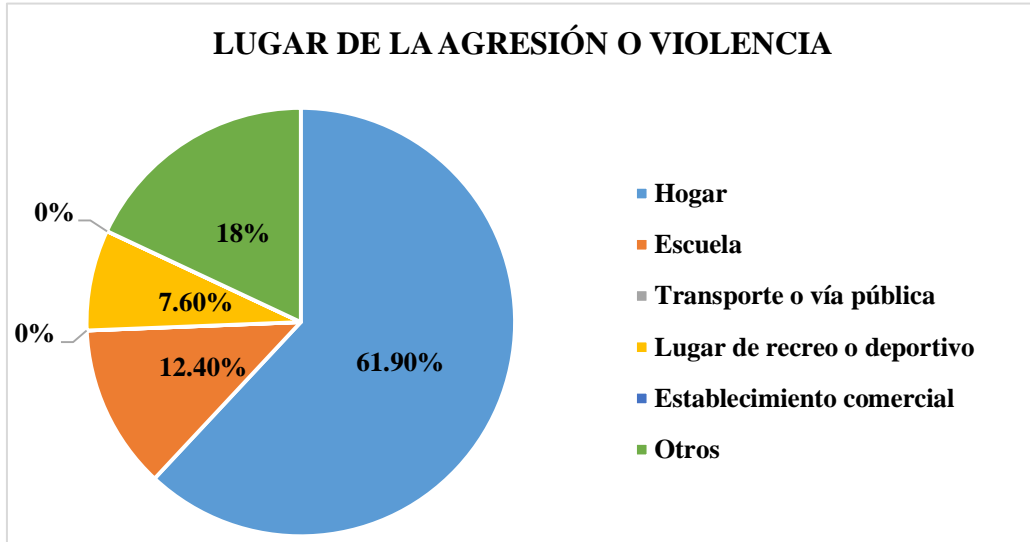


Figura: tabla 3

GRÁFICO 27

GRÁFICO SEGÚN SI TIENE PROBLEMAS HA PENSADO EN QUITARSE LA VIDA DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

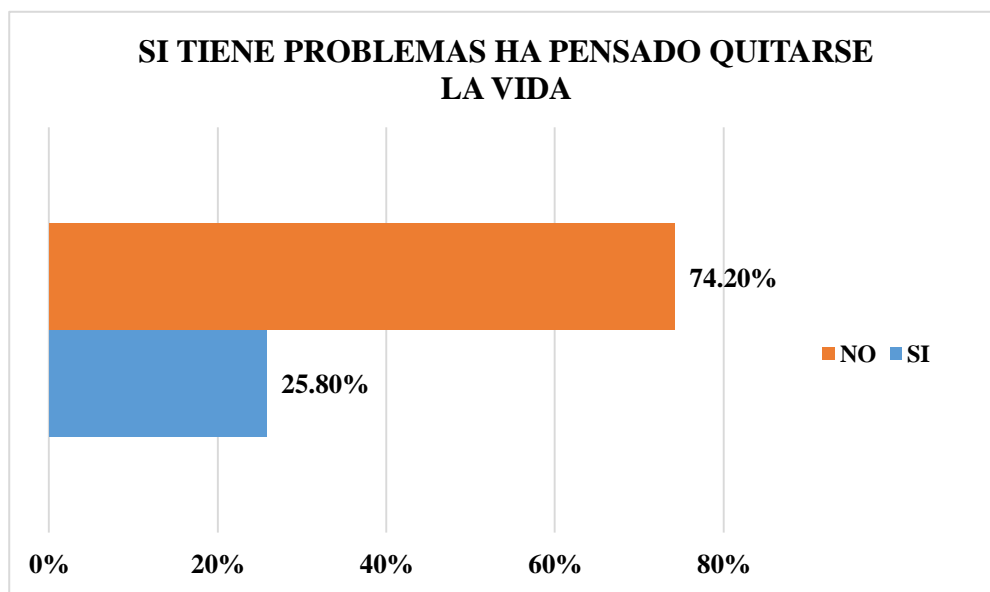


Figura: tabla 3

GRÁFICO 28

GRÁFICO SEGÚN SI TIENES RELACIONES SEXUALES LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

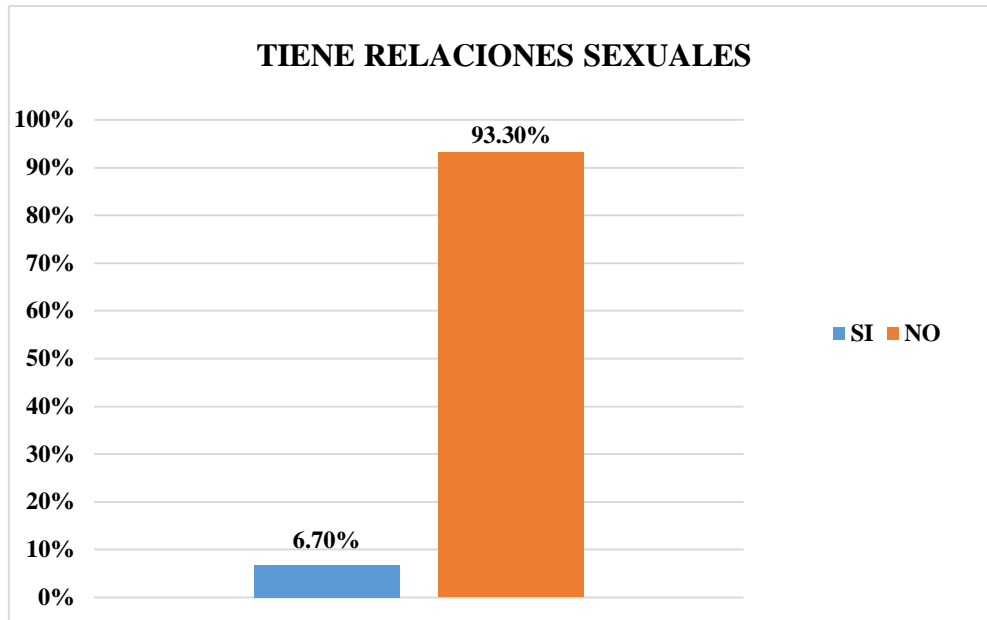


Figura: tabla 3

GRÁFICO 29

GRÁFICO SEGÚN SI USARON ALGÚN MÉTODO LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

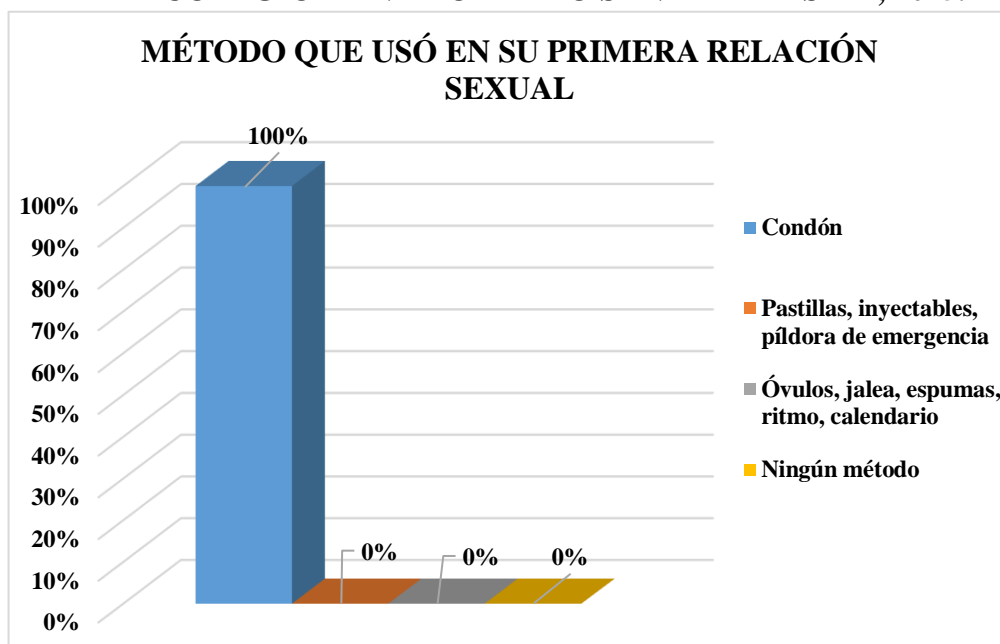


Figura: tabla 3

GRÁFICO 30

GRÁFICO SEGÚN SI TUVO ALGUN EMBARAZO O ABORTO LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

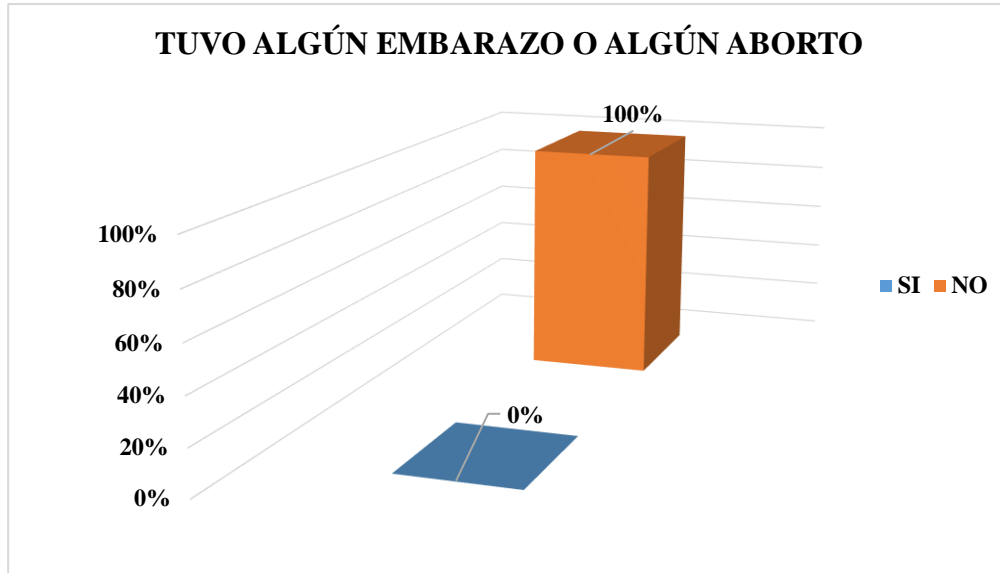


Figura: tabla 3

GRÁFICO 31

GRÁFICO SEGÚN EL TIEMPO QUE ACUDEN A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

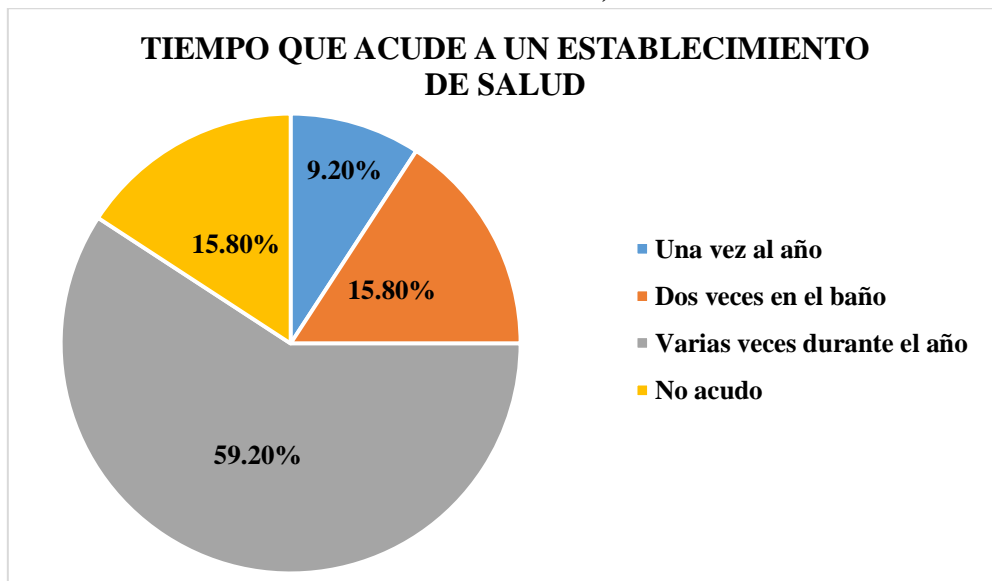


Figura: tabla 3

GRÁFICO 32

GRÁFICO SEGÚN CONSUMO DE ALIMENTOS DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

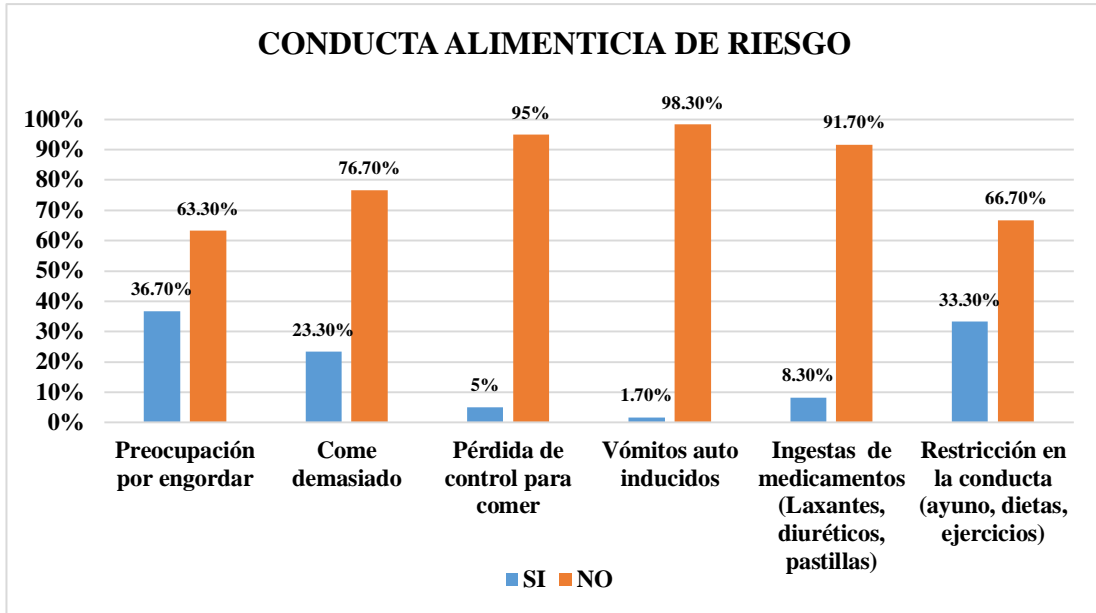


Figura: tabla 3

GRÁFICO 33

GRÁFICO SEGÚN CONDUCTA ALIMENTICIA DE RIESGO DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

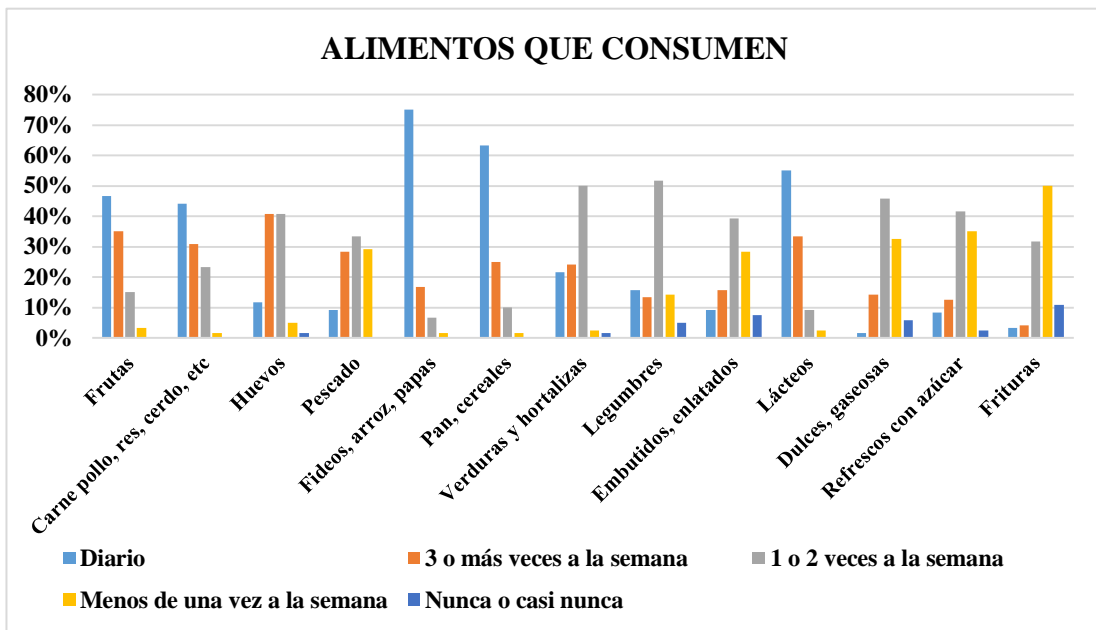


Figura: tabla 3

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRÁFICO 34

GRÁFICO SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIERON EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

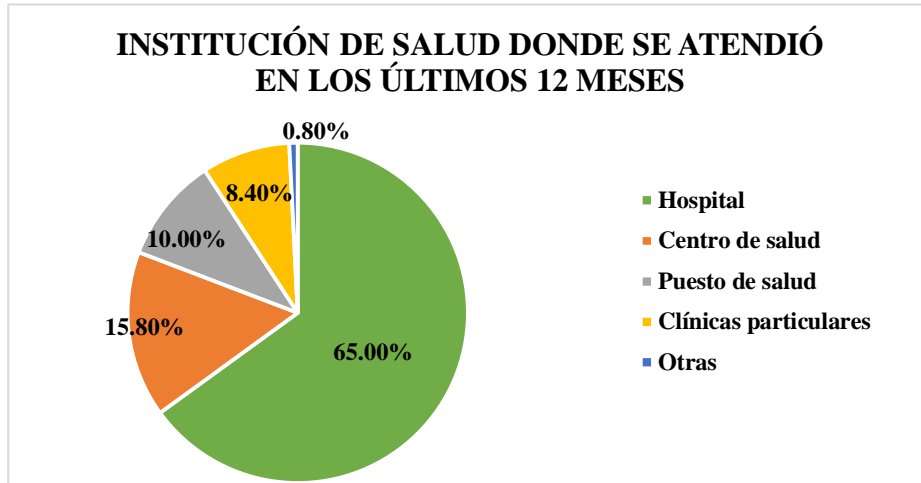


Figura: tabla 4

GRÁFICO 35

GRÁFICO MOTIVO DE CONSULTA POR LA QUE ACUDE A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

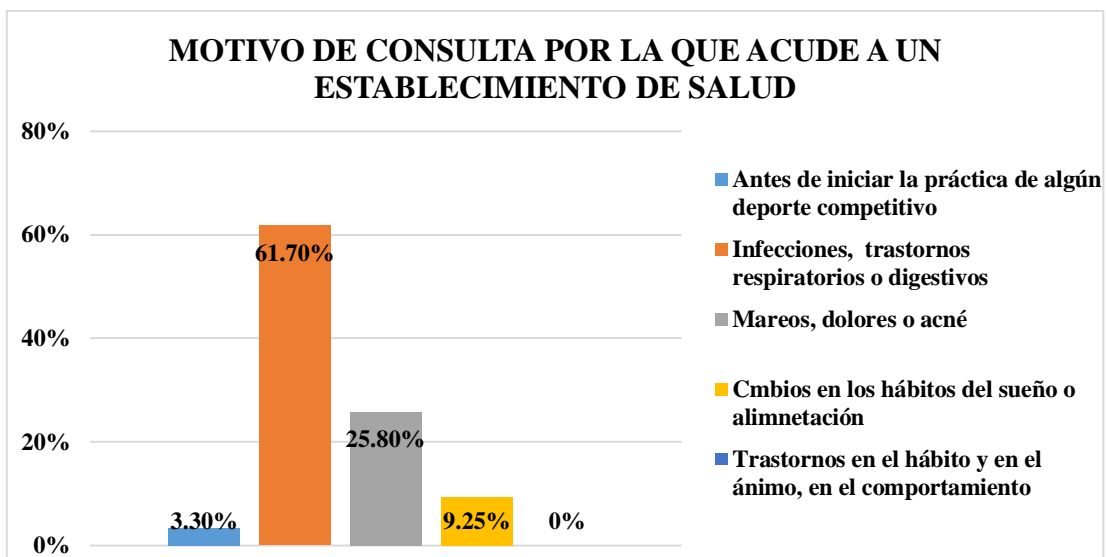


Figura: tabla 4

GRÁFICO 36

GRÁFICO SEGÚN UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE LO ATENDIERON EN RELACIÓN A LA UBICACIÓN DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

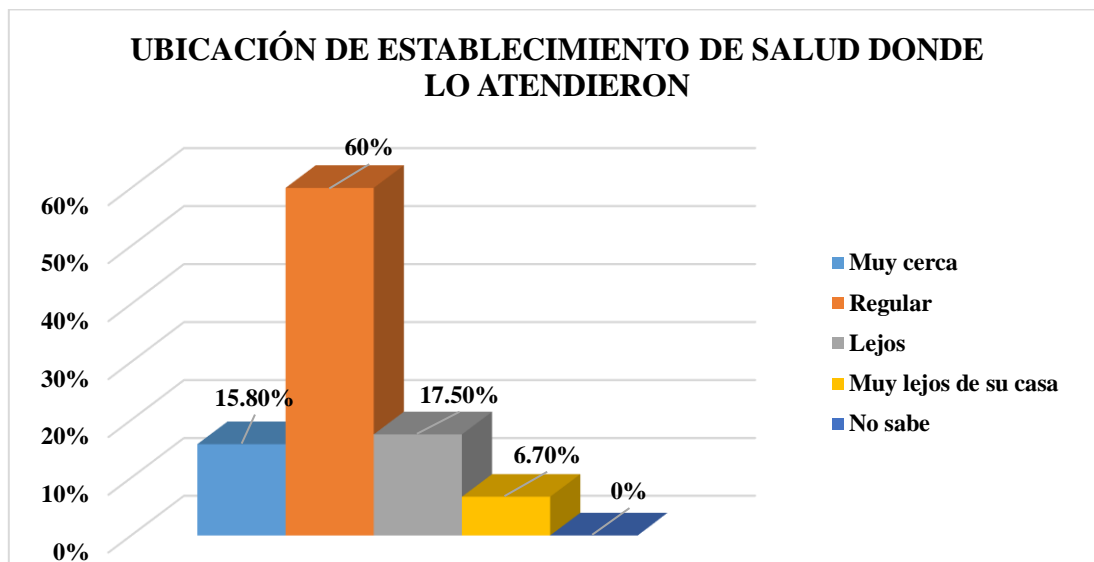


Figura: tabla 4

GRÁFICO 37

GRÁFICO SEGÚN TIPO DE SEGURO QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

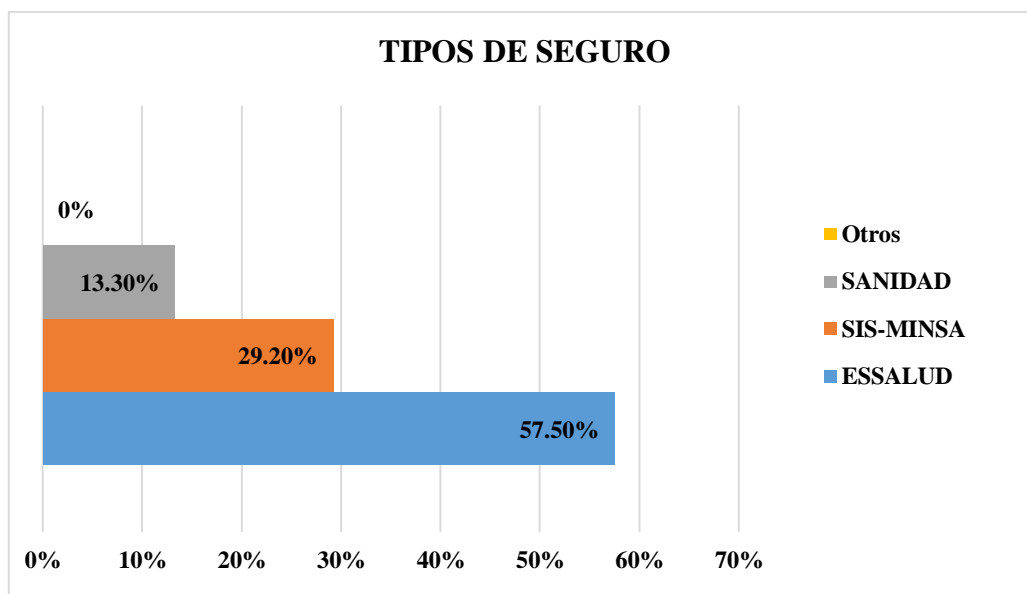


Figura: tabla 4

GRÁFICO 38

GRÁFICO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

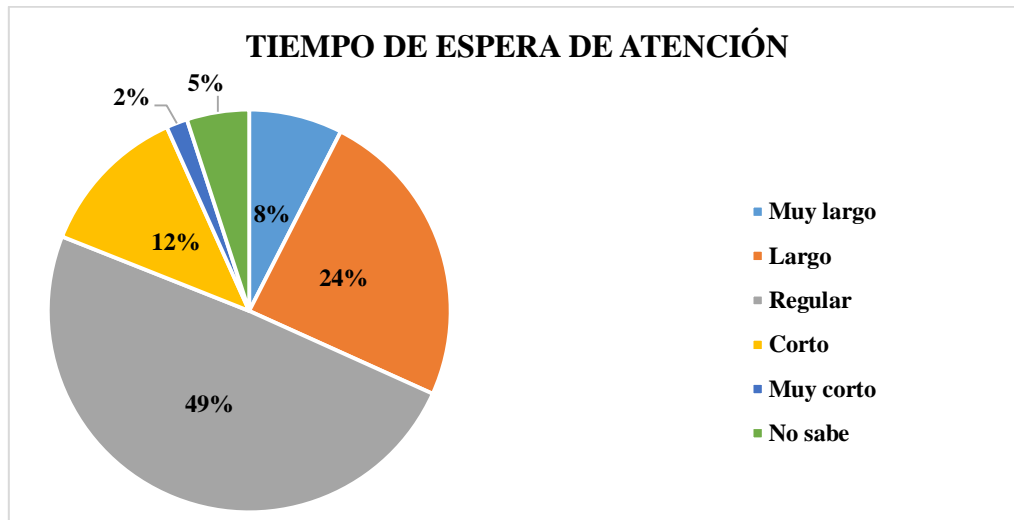


Figura: tabla 4

GRÁFICO 39

GRÁFICO SEGÚN CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE RECIBIERON LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

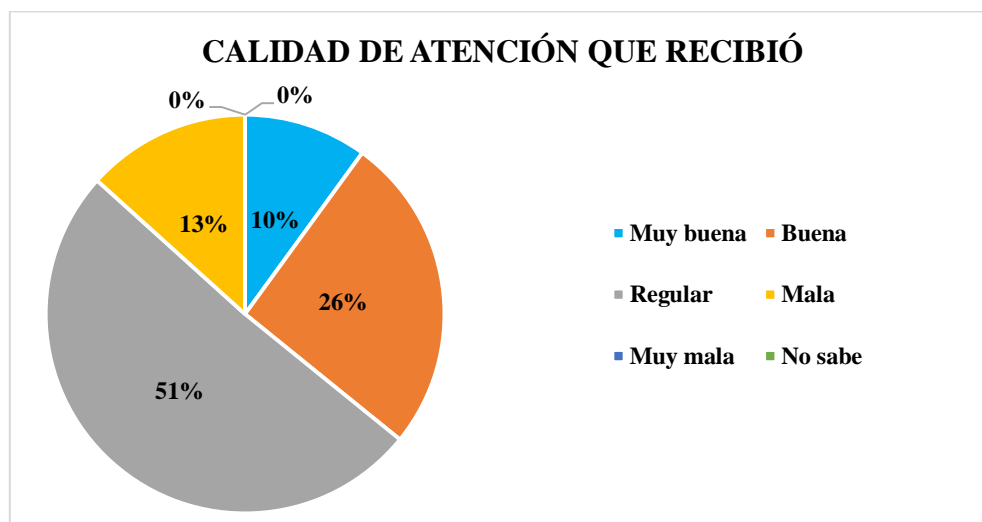


Figura: tabla 4

GRÁFICO 40

GRÁFICO SEGÚN PRESENCIA DE PANDILLAJE O DELICUENCIA CERCA DE LA VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

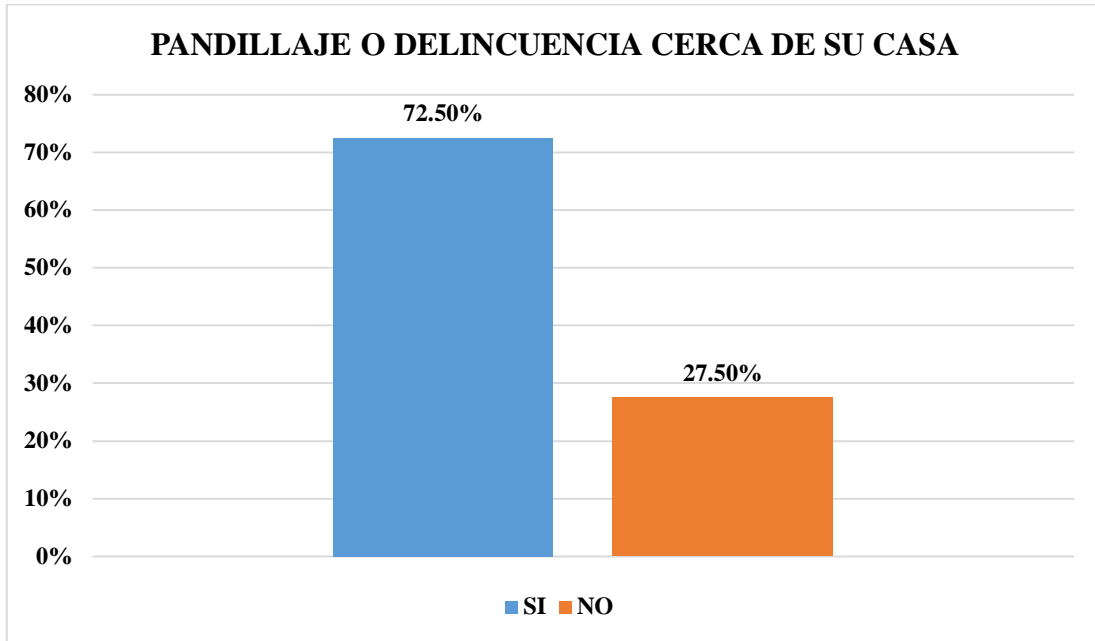


Figura: tabla 4

DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL

GRÁFICO 41

GRÁFICO SEGÚN EL APOYO SOCIAL NATURAL QUE RECIBE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

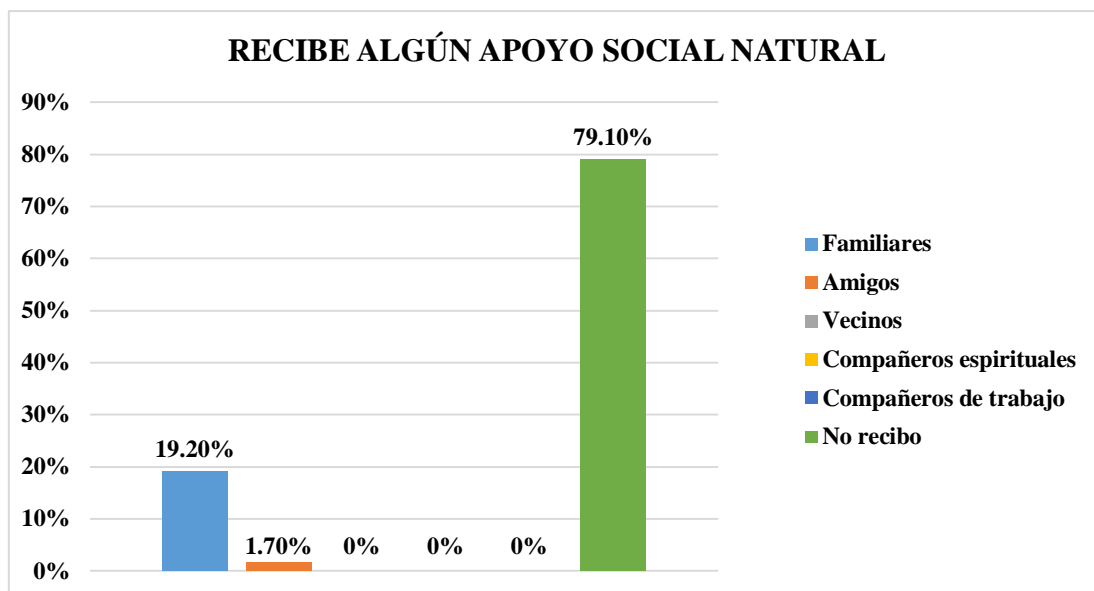


Figura: tabla 5

GRÁFICO 42

GRÁFICO SEGÚN EL APOYO SOCIAL ORGANIZADO QUE RECIBE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

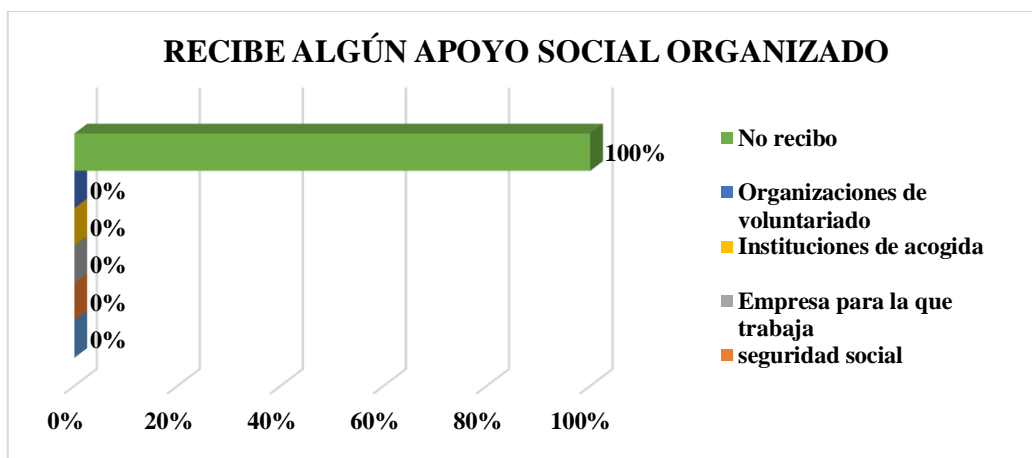


Figura: tabla 5

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN

GRÁFICO 43

GRÁFICO SEGÚN EL APOYO SOCIAL ORGANIZADO QUE RECIBE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO PRIVADO MIXTO SANTA TERESITA, 2015.

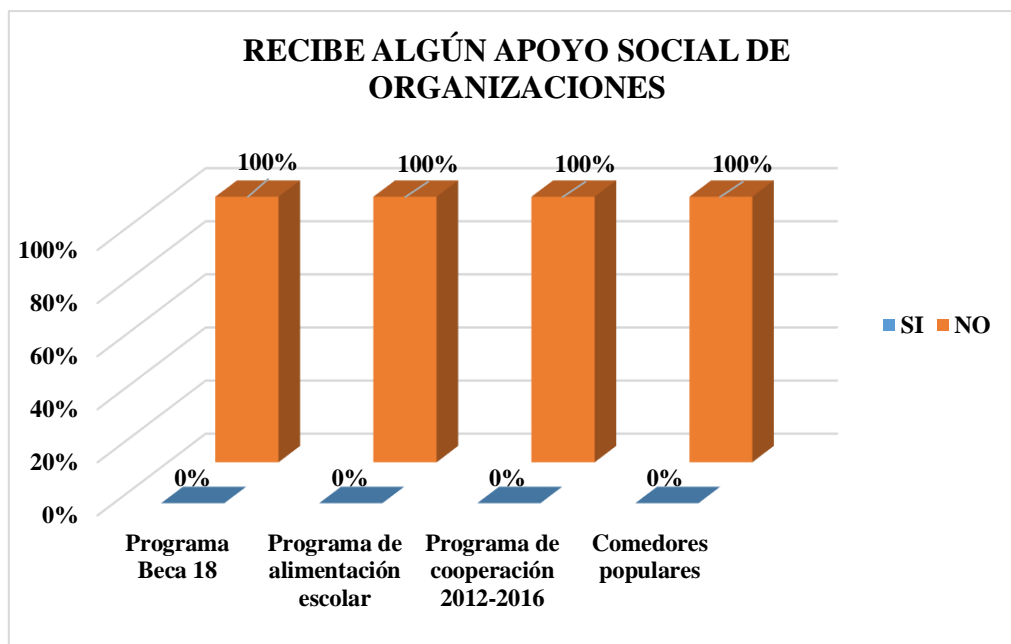


Figura: tabla 6