



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES
DEL 3° SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°
89002. CHIMBOTE-PERÚ, 2015**

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

AUTORA:

SANDRA YAHAIRA ZA VALETA LAVERIANO

ASESORA:

Dra. Enf. MARÍA ADRIANA VÍLCHEZ REYES

CHIMBOTE-PERÚ

2017

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. Julia Cantalicia Avelino Quiroz

PRESIDENTA

Mgtr. Leda María Guillén Salazar

SECRETARIA

Dra. Sonia Avelina Girón Luciano

MIEMBRO

DEDICATORIA

A mis padres Wilmer y María, por apoyarme en el día a día, por depositar su confianza en mí, y así se sientan orgullosos de tener otra hija profesional, dado que todo este esfuerzo es por ellos.

A mi hermano mayor Edson, por apoyarme en todo momento y estar ahí cuando más lo necesito, brindarme su tiempo y aconsejándome para poder ser una buena profesional.

A la Dra. Adriana Vílchez, por ser mi guía durante todo el camino recorrido en mi formación y por brindarme los conocimientos necesarios para poder culminar la tesis.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por haberme dado la vida, por las enseñanzas porque siempre hay algo que aprender y sobre todo porque me ayuda a mejorar día con día; y que con cada prueba que me presenta, adquiero fortaleza de espíritu y ganas de seguir sobresaliendo y salir adelante con más ahínco.

A Mis padres Wilmer y María; a mi hermano mayor Edson: Por sus constantes ayudas, amor, paciencia y apoyo en todo momento, dándome fuerzas para seguir y cumplir con mis metas trazadas.

Finalmente agradecer a mi docente la Dra. Adriana Vílchez, porque en cada clase aprendemos cosas nuevas y valiosas para enfrentar los retos de la carrera con inteligencia y sabiduría nuestra vida profesional.

RESUMEN

El presente informe de investigación tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla. Tuvo como objetivo general describir los determinantes de la salud en adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002. La muestra se halló constituida por 200 adolescentes, en donde se utilizó el instrumento: Cuestionario sobre los determinantes de salud, utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Los datos fueron procesados en el software PASW Statistics versión 18.0. Para el análisis de los datos se construyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficos estadísticos, obteniéndose los siguientes resultados: En los determinantes biosocioeconómicos más de la mitad de los adolescentes son de sexo femenino, la ocupación del jefe de familia es trabajador estable; la mayoría de las madres de los adolescentes tienen secundaria completa /secundaria incompleta; un poco más de la mitad tienen un ingreso familiar menor de 750 soles; menos de la mitad tienen abastecimiento de agua por conexión domiciliaria y el carro recolector pasa diariamente por sus casas. En los determinantes de estilos de vida la mayoría consume a diario fideos, arroz y papa; un poco más de la mitad han consumido bebidas alcohólicas ocasionalmente; menos de mitad realizan deporte en su tiempo libre. En los determinantes de las redes sociales y comunitarias, casi la totalidad no cuentan con ningún apoyo social organizado, ningún apoyo de organizaciones; la mayoría refieren que existe pandillaje; un poco más de la mitad tiene el seguro del SIS del MINSA.

Palabras clave: Adolescentes de 3° secundaria, determinantes, salud.

ABSTRACT

The present research report quantitative, descriptive type with design of an alone cabin. It had as general aim describe the determinants of the health in teenagers of 3° secondary. Educational institution N° 89002. The sample was constituted by 200 teenagers, where the instrument was in use: Questionnaire on the determinants of health, using the technology of the interview and the observation. The information was processed in the software PASW Statistics version 18.0. For the analysis of the information there were constructed distribution tables of absolute and relative percentage frequencies. As well as his respective statistical graphs, the following results being obtained: In the determinants biosocioeconómicos the majority of the mothers of the teenagers have secondary complete / secondary incomplete; more than the half of the teenagers they are of feminine sex, the occupation of the family chief is a stable worker; a bit more than the half they have a familiar minor revenue of 750 Suns; less than the half they take water supply as a domiciliary connection and the car recollector happens every day for his houses. In the determinants of ways of life the majority consumes daily noodles, rice and eats; a bit more than the half they have consumed alcoholic drinks occasionally; less than half they realize sport in his free time. In the determinants of the social and community networks, almost the totality they do not possess any social organized support, any support of organizations; the majority they say that it exists pandillaje; a bit more than the half has the insurance of SIS of the MINSA.

Keywords: 3rd teens secondary, determinants, health.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	10
2.2 Bases Teóricas y conceptuales de la investigación.....	13
III. METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y nivel de la Investigación.....	22
3.2 Diseño de la investigación.....	22
3.3 Universo muestral.....	22
3.4 Definición y Operacionalización de variables.....	23
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	33
3.6 Plan de análisis.....	35
3.7 Principios éticos.....	36
IV. RESULTADOS	
4.1 Resultados.....	38
4.2 Análisis de resultados.....	51
V. CONCLUSIONES	
5.1 Conclusiones.....	91
5.2 Recomendaciones.....	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	107

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	38
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADOLESCENTES DEL 3° SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002, CHIMBOTE-PERÚ, 2015.	
TABLA 2	39
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADOLESCENTES DEL 3° SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002, CHIMBOTE-PERÚ, 2015.	
TABLA 3	43
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADOLESCENTES DEL 3° SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002, CHIMBOTE-PERÚ, 2015.	
TABLA 4, 5, 6	47
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADOLESCENTES DEL 3° SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002, CHIMBOTE-PERÚ, 2015.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO DE TABLA 1.....	128
DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS EN ADOLESCENTES DEL 3° SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002, CHIMBOTE-PERÚ, 2015.	
GRÁFICO DE TABLA 2.....	130
DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADOLESCENTES DEL 3° SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002, CHIMBOTE-PERÚ, 2015.	
GRÁFICO DE TABLA 3.....	137
DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADOLESCENTES DEL 3° SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002, CHIMBOTE-PERÚ, 2015.	
GRÁFICO DE TABLA 4, 5, 6.....	145
DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADOLESCENTES DEL 3° SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002, CHIMBOTE-PERÚ, 2015.	

I. INTRODUCCIÓN:

En las últimas décadas del siglo XX, el mundo experimentó grandes avances científicos y tecnológicos en el campo de la biomedicina que ha tenido gran repercusión en la mejora de la salud de la humanidad. Sin embargo, al inicio del siglo XXI, no podemos mostrarnos tan optimistas y resulta sumamente preocupante constatar que existen muchos problemas de salud no resueltos y que las desigualdades en este ámbito se están acentuando de forma alarmante entre el mundo desarrollado y los países de renta más baja. La salud pública en el fin del siglo se presenta con insospechados cambios en las estructuras, los procesos y relaciones de los individuos, las instituciones y los países. Estos cambios son el resultado de factores políticos, económicos, sociales y tecnológicos que afectan a todos los países en el acceso a la información y en la homogenización de los estilos de vida (1).

En la conferencia de Alma Ata en 1976 la OMS definió la salud como el perfecto estado físico, mental y social y la posibilidad para cualquier persona de estar de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades en el orden intelectual, cultural y espiritual. Por lo que, en definitiva la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad, es un equilibrio armónico entre la dimensión física, mental y social; y está determinada por diversos factores, los cuales son conocidos como determinantes sociales de la salud (2).

Los cambios en la salud pública se producen en consonancia con los cambios en la situación de salud y esta situación de salud guarda a su vez, relación con las características biológicas y sociales de los individuos y de los grupos humanos, la estructura social y económica, la cultura, los estilos de vida imperantes en la

sociedad, los procesos demográficos y macro ecológicos y la oferta de servicios de salud. Estos cambios pueden modificarse según los avances científicos y tecnológicos que se manifiesten en el pasar de los años (1).

Cuando hablamos de nivel de salud de una población, en realidad se está hablando de distintos factores que determinan el nivel de salud de las poblaciones y la mitad de los factores que influyen sobre cuán saludable es una población tienen que ver con factores sociales. Los factores biológicos son solamente el 15%, los factores ambientales un 10% y los asociados a atención de salud en un 25%. Por lo tanto, la mitad de los efectos en salud se deben a determinantes sociales que están fuera del sector salud (3).

El concepto de determinantes se da con mayor intensidad a partir de décadas atrás, debido a que surgen muchos problemas sanitarios claves que se deben a factores de riesgo similares, entre los cuales la pobreza y la falta de recursos socioeconómicos. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (4).

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (5).

La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, ha denominado a los factores determinantes como «las causas de las causas» de la enfermedad. Y reconoce a la promoción de la salud como la estrategia más efectiva de salud pública capaz de impedir la aparición de casos nuevos de enfermedad a

nivel poblacional. Es la estrategia capaz de parar la incidencia de las enfermedades y mantener en estado óptimo la salud de las poblaciones, precisamente porque actúa sobre estas determinantes (5).

Por ello los determinantes sociales de la salud se refieren al entorno social como a las diferentes condiciones que traen graves consecuencias y afectan el estado de salud de las personas. Los determinantes sociales son objetos de políticas públicas susceptibles a ciertas modificaciones mediante intervenciones seguras (5).

En los últimos años, se han dado grandes pasos para fortalecer la promoción de la salud con una orientación moderna, que trascienda los ámbitos de la educación sanitaria individual o de la aplicación de la comunicación social al llamado de cambio de conducta por parte de cada individuo. El Ministerio de Salud, ha impulsado con fuerza un acercamiento a los temas relacionados con las determinantes de la salud y su aplicación en el campo de la salud pública (6).

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas (7).

Equidad en salud es un concepto complejo, relacionado de manera inseparable con otros tales como justicia, igualdad, necesidad y libertad. Idealmente todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello puede evitarse (8).

Inequidad en salud es aquella desigualdad, injusta, evitable y se rige por procedimientos imparciales, es causada por discriminaciones o tratamientos preferenciales, lleva implícita la idea de injusticia y de no haber actuado para evitar diferencias prevenibles. Son condiciones de desventaja de unos grupos respecto a otros para el desarrollo de las potencialidades en salud (8).

En definitiva, los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud (9).

Desde hace cuatro décadas, el tema de los campos y determinantes de la salud de las poblaciones ha ganado fuerza en las agendas sanitarias de la mayoría de los países desarrollados. Para unir esfuerzos en pos de mejorar la salud de la población, en marzo de 2005 fue creada la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) por el Dr. J. W. Lee, Director General que fue de la OMS, para ayudar a los países y los asociados mundiales en pro de la salud a abordar los factores sociales que conducen a la mala salud y las inequidades. Además afirman que actuando sobre las causas sociales de la mala salud, los gobiernos estarán en buena situación para alcanzar sus objetivos de desarrollo, reducir las inequidades en materia de salud, promover la salud de la población, y crear y sostener sociedades económicamente viables (10).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud no es sólo un modelo descriptivo, sino que supone necesariamente un imperativo ético-político. Las desigualdades en salud que no se derivan de las condicionantes biológicas o ambientales, ni de la despreocupación individual, sino de determinaciones estructurales de la sociedad, que pueden y deben ser corregidas. Del enfoque de los determinantes sociales se sigue que todos los consensos básicos que definen la estructura de la sociedad y que se traducen en tales inequidades, carecen de justificación. En último término, no importa cuánto crecimiento económico pueda exhibir un ordenamiento social: si se traduce en inequidades de salud, debe ser modificado (11).

En nuestro país existen situaciones de inequidad de la salud entre las personas. Por un lado, existen inequidades de acceso a los servicios. Por otro, hay inequidades en los resultados observados en los indicadores nacionales, diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas. Sin violentar los supuestos conceptuales del actual modelo socioeconómico, estas inequidades en salud pueden describirse como resultado natural de la generalización del libre mercado a todas las dimensiones de la vida social (11).

Estos determinantes, después que todo, afectan las condiciones en las cuales los adolescentes nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud. Las condiciones se forman de acuerdo con la distribución de recursos, posición y poder de los hombres y las mujeres de nuestras diferentes poblaciones, dentro de sus

familias, comunidades, países y a nivel mundial, que a su vez influyen en la elección de políticas (11).

No escapa esta problemática de salud en el país, viéndolo en tres grandes grupos: los problemas sanitarios, los problemas de funcionamiento de los sistemas de salud y finalmente los problemas ligados a los determinantes de la salud, los problemas ligados al agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, seguridad ciudadana, seguridad en el ambiente de trabajo, estilos de vida y pobreza hacen de vital importancia la participación de otros sectores (12).

En el Perú, hay algo más de 3,600,000 peruanos entre los 12 y 18 años de edad, lo que representa casi el 13% de la población. De ellos el 50,63% son hombres y el 49,3% mujeres. El 73,5% de los adolescentes peruanos residían en el área urbana y el 26,5% en el área rural. Se estima que en el campo, el 74% de los jóvenes son pobres mientras que en la ciudad el porcentaje es de 39,8%. La pobreza, la exclusión y la inequidad son el orden del día para estos chicos. En este año sólo se matricularon en secundaria 2 millones 300 mil alumnos, es decir la mitad de aquellos que accedieron a la primaria. El acceso a educación secundaria en el campo es aún muy deficiente pues sólo el 50% de ellos logra acceder (versus casi 80% en zonas urbanas). Igualmente, el 42% de los chicos y chicas pobres no van a la escuela secundaria, una cifra preocupante si se le compara con el 13% característico de otros grupos socioeconómicos (13).

A esta realidad no es ajena, los adolescentes del 3º secundaria, que estudian en la Institución Educativa N° 89002, que fue creada el 29 de enero de 1954, por su director fundador el ilustre pedagogo Roosevelt Menacho Duque, ocupando desde

entonces el actual local situado en Leoncio Prado N° 227. Como escuela funcionó hasta el año 1977 fecha en que adopta el nombre de Centro Educativo N° 89002 por Resolución Directoral Zonal N° 00105. En el año de 1978 el Centro Educativo amplía los servicios educativos III ciclo de Educación Básica Regular, equivalente a Educación Secundaria. Se ubica en un sector que limita por el norte con el Barrio 1, por el sur con la Plaza de Armas de Chimbote, por el este con la Institución Educativa N° 89001 y por el oeste a ½ Km del Malecón Grau. Tiene 61 años de creación hasta la actualidad, la dirección está a cargo del Magister Luis Juan Tolentino Rojas (14).

Esta institución cuenta con un total de 1705 estudiantes, a nivel primaria cuentan con 29 profesores nombrados y calificados que atienden a 604 estudiantes en sus 25 secciones y en el nivel secundaria con 49 profesores y brindan el servicio a 1101 estudiantes distribuidos en 49 secciones. A nivel secundaria, en el 3° hay 250 estudiantes adolescentes. Asimismo esta institución cuenta con una biblioteca, una sala de cómputo, un pequeño jardín, un laboratorio, un espacio donde sacan copias, un campo deportivo y un quiosco donde ofrece a los estudiantes cualquier variedad de alimentos saludables y no saludables. En cuanto a su infraestructura es de material noble, hay presencia de contenedores de reciclaje y por último cuenta con servicios básicos como: agua, desagüe, luz, teléfono (14).

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación es el siguiente:

¿Cuáles son los determinantes de la salud en adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote-Perú, 2015?

Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general:

Describir los determinantes de la salud en adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002.

Para poder conseguir el objetivo general, me he planteado los siguientes objetivos específicos:

Identificar los determinantes del entorno biosocioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción de la madre, ingreso económico, ocupación); entorno físico (Vivienda, servicios básicos, saneamiento ambiental) de los adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002.

Identificar los determinantes de los estilos de vida: Alimentos que consumen las personas, hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física) de los adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002.

Identificar los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Acceso a los servicios de salud y su impacto en la salud, apoyo social de los adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002.

Finalmente la Investigación se justifica en el campo de la salud de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote porque permite obtener resultados oportunos que ayudan a contrarrestar o tratar de cambiar aquellos determinantes negativos que ponen en riesgo o afecta la salud de estos adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002, asimismo porque permite fomentar conocimiento a los demás e informar los resultados para que las organizaciones encargadas puedan intervenir oportunamente y a partir de ello se tracen estrategias y soluciones que contribuyan con la prevención y control de los problemas sanitario, mejorando el desarrollo del país en todos sus aspectos.

El presente estudio pretende que los estudiantes de la salud, de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, investiguen más sobre estos temas y su aplicación en políticas para corregir estos determinantes, único recorrido para salir del círculo de la enfermedad y la pobreza, y llevarlos a construir un Perú cada vez más estable y saludable. También contribuye a comprender el enfoque de determinantes sociales y su utilidad para una buena salud pública que persigue la promoción, equidad y mejora de la salud de los adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002, en particular, implica el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

Esta investigación es necesaria para el puesto de salud Víctor Raúl, para que intervengan oportunamente, ya sea con estrategias preventivas promocionales, que contribuyan a elevar la eficiencia del Programa Preventivo promocional de la salud principalmente en la etapa de vida adolescente y reducir los factores de riesgo, así como mejorar los determinantes sociales, permitiendo contribuir con información para el manejo y control de los problemas en salud de la comunidad y mejorar las competencias profesionales en el área de la Salud Pública.

Además es conveniente para las autoridades regionales de las Direcciones de salud Ancash y municipios en el campo de la salud, así como para los adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002 y la población a nivel nacional; porque nos permite informar y difundir los resultados de la investigación, para que así, las personas identifiquen sus determinantes de salud y se motiven a optar cambios a conductas promotoras de salud, ya que al conocer sus determinantes podrán disminuir el riesgo de contraer enfermedades y favorecer la salud y el bienestar de ellos mismos.

II REVISIÓN DE LITERATURA:

2.1. Antecedentes de la investigación:

2.1.1 Investigación actual en el ámbito extranjero:

Se obtuvieron los siguientes estudios relacionados a la presente investigación en estudio:

A nivel internacional:

Hernández H, (15). En su investigación: “Modelo de Creencias de Salud y Obesidad. Un Estudio de los Adolescentes de la Provincia de Guadalajara, 2011”; concluye que la prevalencia de la obesidad es ligeramente mayor en los adolescentes de Guadalajara en relación al índice nacional, ya que hay un mayor número de chicos con obesidad que de chicas y en ambos géneros la mayor incidencia es a los 12 años. Asimismo que los hábitos alimentarios, la práctica de actividad física y el tiempo de ocio dedicado a actividades sedentarias, actúan más como factores de riesgo de la obesidad que como conductas de estilo de vida saludable, dado que los adolescentes no tienen conocimientos suficientes sobre obesidad, su etiología y los problemas que se derivan a nivel físico, psíquico y social a corto, medio y largo plazo.

Padrón H, (16). En su investigación titulada: “Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación, Tabasco – México, 2011”, concluye que la duración y la calidad de vida de los seres humanos, no dependían exclusivamente de los procesos biológicos, sino que estaba atada a factores sociales y económicos que condicionaban o facilitaban, la conservación de la

buena salud y la prolongación de la vida. Es innegable que una política amplia y general que influya en la educación, el empleo y la aceptación social tiene un impacto significativo en la condición sanitaria de los latinoamericanos, en lo general y de los mexicanos, en lo particular.

Villegas M, (17). En su investigación: “La calidad de atención brindada por el profesional de salud a los usuarios externos en el área de emergencia del Hospital San Vicente de Paul de Colombia, durante el periodo noviembre 2010 a agosto 2011”, utilizando el método de estudio de tipo observacional, descriptivo y prospectivo no experimental en 300 usuarios, llegó a la siguiente conclusión: La eficacia e impacto del servicio en la satisfacción de su necesidad de atención es cuestionable ya que un 41% manifiesta que debe regresar nuevamente para ser atendido, sin embargo de ello la falta de recursos económicos por parte de la población hace que regrese nuevamente por un "mal servicio", pero el 57 % restante admite que la calidad de atención es rápida y oportuna la atención los profesionales de salud lo hacen con la mayor calidad y calidez humana.

A nivel Nacional:

Guzmán P, (18). En su investigación: “Ideas irracionales y dimensiones de la personalidad en adolescentes con intento de suicidio, Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2012”. La muestra estuvo constituida por 57 adolescentes (38 mujeres, 19 varones) de 14 a 18 años, que fueron internados en el Hospital Nacional Hipólito Unanue

por haber realizado intento de suicidio. Concluye que los adolescentes con intento de suicidio presentan una mayor cantidad de ideas irracionales en comparación con los adolescentes que no han realizado tales intentos. Por lo que las ideas irracionales están fuertemente asociadas con la inestabilidad emotiva y la presencia de desajustes personales y de adaptación con el medio social, incluyendo la emergencia de conducta suicida.

Burga D, Sandoval J, (19). En su investigación: “El Mundo Adolescente: Estilos de Vida de las Adolescentes de una Institución Educativa - Chiclayo 2012”. Los resultados demostraron que al ser la adolescencia una etapa conflictiva, vulnerable a los cambios por influencias, estas tienden a tener una inclinación hacia los inadecuados estilos de vida con predominio en la alimentación y sedentarismo, haciéndolas más susceptibles a tener mayores problemas de salud, siendo la familia la primera fuente de influencia en las adolescente para la obtención de esos estilos de vida.

A nivel local:

Kise C, (20). En su investigación: “Determinantes de la salud en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas en el A.H. Villa María - Nuevo Chimbote, 2013”. La muestra fue constituida por 100 adolescentes; se obtuvo como resultados que el 93% de los adolescentes con problemas de consumo de sustancias psicoactivas tienen un grado de instrucción de secundaria incompleta, el 85% tiene un ingreso económico menor de 750 soles, teniendo un trabajo eventual el 43%.

Concluyendo que estos adolescentes están llevando estilos de vida no saludables e inadecuados para el bienestar de su propia salud.

Oliva E, Solís A, (21). En su investigación: “Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización El Pacífico - Nuevo Chimbote, 2015”; obtuvo como resultados que la edad promedio de entrevistados son de 17,0 años, donde el 68,2% son estudiantes, principalmente de secundaria (56,5%). El 63,5% tiene enamorado/a y mantiene relaciones sexuales, con edad de inicio entre los 13 y 16 años, considerándose el 98,8% heterosexual. El 48,2% de adolescentes conocen de manera global sobre la sexualidad, destacando la dimensión de Prevención de ITS/VIH métodos anticonceptivos como prevención del embarazo (68,2%) y el 67,1% presenta actitudes favorables hacia la vivencia de una sexualidad responsable y gratificante. Concluyendo así que los adolescentes en su mayoría conocen su sexualidad y presentan actitudes favorables para una vida sexualmente responsable y segura.

2.2 Bases teóricas y conceptuales de la investigación

El presente informe de investigación se fundamenta en las bases conceptuales de determinantes de salud de Mack Lalonde, Dahlgren y Whitehead, presentan a los principales determinantes de la salud. Para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud, y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones (22).

En 1974, Mack Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, en que se reconoce el estilo

de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en el sentido más amplio – junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes (23).

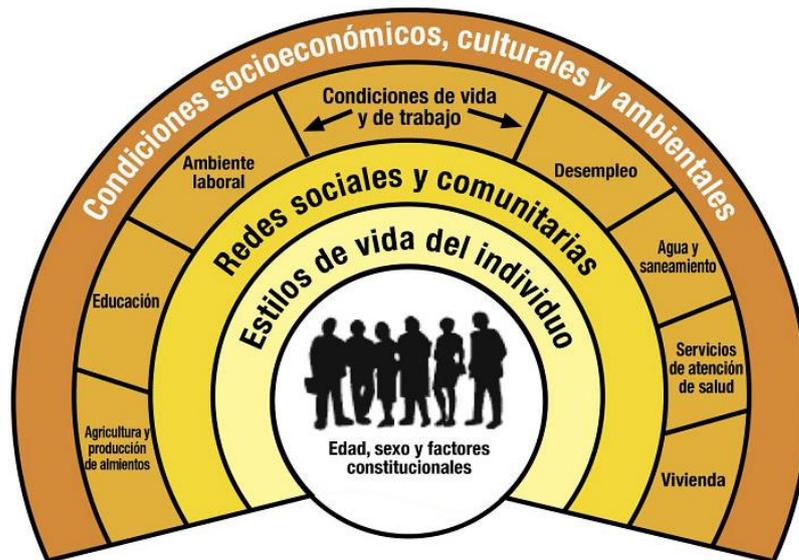


Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead: producción de inequidades en salud. Explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. Las personas desfavorecidas tienden a presentar una prevalencia mayor de conductas de riesgo (como

fumar) y también tienen mayores barreras económicas para elegir un modo de vida más sano (24).

Más afuera se representan las influencias sociales y de la comunidad. Las interacciones sociales y presiones de los pares influyen sobre los comportamientos personales en la capa anterior. Las personas que se encuentran en el extremo inferior de la escala social tienen menos redes y sistemas de apoyo a su disposición, lo que se ve agravado por las condiciones de privación de las comunidades que viven por lo general con menos servicios sociales y de apoyo. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. Aquí, las malas condiciones de vivienda, la exposición a condiciones de trabajo más riesgosas y el acceso limitado a los servicios crean riesgos diferenciales para quienes se encuentran en una situación socialmente desfavorecida. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles.

Estas condiciones, como la situación económica y las relaciones de producción del país, se vinculan con cada una de las demás capas. El nivel de vida que se logra en una sociedad, por ejemplo, puede influir en la elección de una persona a la vivienda, trabajo y a sus interacciones sociales, así como también en sus hábitos de comida y bebida. De manera análoga, las creencias culturales acerca del lugar que ocupan las mujeres en la sociedad o las actitudes generalizadas con respecto a las comunidades étnicas minoritarias influyen también sobre su nivel de vida y posición socioeconómica. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (24).



Fuente: Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud

Existen según este modelo tres tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros son los estructurales, que producen las inequidades en salud, incluye vivienda, condiciones de trabajo, acceso a servicios y provisión de instalaciones esenciales, los segundos son los llamados determinantes intermediarios, resulta de las influencias sociales y comunitarias, las cuales pueden promover apoyo a los miembros de la comunidad en condiciones desfavorables, pero también pueden no brindar apoyo o tener efecto negativo y los terceros los proximales, es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. Los individuos son afectados por las pautas de sus amistades y por las normas de su comunidad (25).

Los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar a través de su acción sobre los intermediarios. Es decir, estos

últimos pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar.

a) Determinantes estructurales

Según el modelo, los determinantes estructurales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social; de ellos, se entiende, depende el nivel educativo que influye en la ocupación y ésta última en el ingreso. En este nivel se ubican también las relaciones de género y de etnia. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. La posición socioeconómica, a través de la educación, la ocupación y el ingreso, configurará los determinantes sociales intermediarios (25).

b) Determinantes intermediarios

Incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales. El sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar (25).

c) Determinantes proximales

Es la conducta personal y las formas de vida que pueden promover o dañar la salud. El marco conceptual propuesto sobre los determinantes

sociales de la salud es una herramienta útil para estudiar los impactos en salud más relevantes para la población, identificar los determinantes sociales más importantes y su relación entre sí, evaluar las intervenciones existentes y proponer nuevas acciones (25).

La definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Esta definición no ha sido reemplazada por ninguna otra más efectiva; incluso aunque no está libre de defectos. Quizás la razón de este éxito radica en haber remarcado un concepto fundamental: la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud (22).

Al igual que el modelo de Dahlgren y Whithead, los ámbitos presentan una gradiente que va desde la esfera personal de las prácticas en salud hasta el Estado, pasando por estructuras intermedias como la comunidad, servicios de salud, educación, territorio y trabajo. De este modo, los ámbitos derivados del enfoque de Determinantes de la Salud integran todos los ámbitos de acción más significativos en los mapas mentales de la comunidad, intentando generar una compatibilidad modélica entre el enfoque teórico de determinantes sociales de la salud y las estructuras fundamentales del mundo de la vida de las personas. Los ámbitos, con sus respectivas definiciones, son los siguientes (25).

Mi salud: Este ámbito se refiere al estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones. Serie de condiciones físicas en que se encuentra un ser vivo en una circunstancia o un momento determinados.

Comunidad: Este ámbito se refiere a un tipo de organización social cuyos miembros se unen para lograr objetivos comunes. Los individuos de una comunidad están relacionados porque tienen las mismas necesidades. La comunidad constituye un escenario ideal para el trabajo sociocultural y puede definirse puntos jurídicos, económicos, políticos o sociológicos.

Servicios de salud: Este ámbito se refiere a aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas.

Educación: Este ámbito refleja la transmisión de conocimientos a una persona para que esta adquiera una determinada formación y vele por su propia salud.

Trabajo: Este ámbito expresa el esfuerzo personal para la producción y comercialización de bienes y/o servicios con un fin económico, que origina un pago en dinero. Actividad legal remunerada.

Territorio (ciudad): Este ámbito hace extensivo a la tierra o terreno que posee o controla una persona, una organización o una institución, en donde se tiene acceso a servicios sanitarios básicos.

En el ámbito de la salud es importante entender la importancia del óptimo funcionamiento del sistema de salud en una sociedad, y los derechos y responsabilidades que cada persona tiene. La salud de la población aborda el entorno social, laboral y personal, teniendo como fin primordial conseguir un estado adecuado en la protección de la salud de los ciudadanos bajo el supuesto de incrementar la calidad de vida de la población y los servicios que promueven y mantienen la salud (25).

La adolescencia es un periodo de la vida en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad, anterior a la adultez. Transcurre desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad, entre los 12 años, hasta el desarrollo completo del cuerpo y el comienzo de la edad adulta, que finaliza a los 17 años, 11 meses y 29 días aproximadamente. La palabra adolescente se refiere a un joven entre la pubertad y el completo desarrollo del cuerpo, adolescente deriva del verbo latino *adolescere* que significa crecer, desarrollarse (26).

Los factores de riesgo que afectan la salud del adolescente ya sea de manera social, emocional, física o psicológica son: los accidentes de tráfico, las enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA, el suicidio, abandono, las infecciones respiratorias, actos violentos, el consumo de alcohol o tabaco, sedentarismo, trastornos mentales, problemas escolares, trastornos de la conducta alimentaria, embarazos y partos precoces, abortos, enfermedades infecciones, violencia, desnutrición y obesidad,

estilos de vida no saludables, consumo de drogas, baja autoestima, prácticas sexuales a temprana edad, depresión, alteraciones psicopatológicas, alteraciones neurológicas y problemas dermatológicos, pobreza, entre otros (27).

Las intervenciones de enfermería en la salud del adolescente son: programas preventivos en la comunidad, también actividades que se realizan dentro de un hospital en cuanto a la función asistencial e investigación, visitas domiciliarias, sesiones educativas, talleres educativos, programas sobre la alimentación, estrategias del adolescente, consejerías, promoción de la salud mental, programas de salud sexual y reproductiva, inmunizaciones, campañas de salud, monitoreo y seguimiento hacia los adolescentes que se encuentran en riesgo o que son más vulnerables, entre otros (28).

III. METODOLOGÍA:

3.1. Tipo y nivel de la investigación

Cuantitativo: Magnitudes numéricas dentro del campo estadística (29).

Descriptivo: Implica describir el comportamiento de un sujeto (30).

3.2. Diseño de la investigación

Diseño de una sola casilla (31, 32).

3.3. Universo muestral

El universo muestral estuvo constituido por 200 adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002.

3.3.1. Unidad de análisis

Adolescentes de 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002, que formaron parte del universo muestral y respondieron a las reglas del trabajo de investigación.

Criterios de Inclusión

- Adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002 que aceptaron participar en el estudio.
- Adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002 que tuvieron la oportunidad de participar en la investigación como informantes, sin importar sexo, condición socioeconómica y nivel de instrucción.

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002 que presentó algún trastorno mental.
- Adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002 que presentaron problemas de comunicación.

3.4. Definición y Operacionalización de variables

I. DETERMINANTES DEL ENTORNO BIOSOCIOECONOMICO

Sexo

Definición Conceptual.

Conjunto de características fisiológicas, biológicas y sexuales con las que nacen y diferencian a los hombres y mujeres. (33).

Definición Operacional

Escala nominal

- Masculino
- Femenino

Edad

Definición Conceptual.

Tiempo de vida de una persona contando desde su nacimiento hasta la actualidad (34).

Definición Operacional

Escala de razón:

- Adolescente de 12 a 14 años, 11 meses y 29 días.
- Adolescente de 15 a 17 años, 11 meses y 29 días.

Grado de instrucción

Definición Conceptual

Nivel de estudios más alto conseguido por una persona, estudie o no en la fecha de referencia, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país (35).

Definición Operacional

Escala Ordinal

- Sin nivel instrucción
- Inicial/Primaria
- Secundaria Completa / Secundaria Incompleta
- Superior Universitaria
- Superior no universitaria

Ingreso Económico

Definición Conceptual

Cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de Ingresos económicos, sueldos o salarios (36).

Definición Operacional

Escala de razón

- Menor de 750 nuevos soles.
- De 751 a 1000 nuevos soles .
- De 1001 a 1400 nuevos soles .
- De 1401 a 1800 nuevos soles.
- De 1801 a más nuevos soles.

Ocupación

Definición Conceptual

Es el oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido (37).

Definición Operacional

Escala Nominal

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

Vivienda

Definición conceptual

Lugar protegido o construcción acondicionada que brinda refugio, abrigo, comodidad y descanso a las personas (38).

Definición operacional

Escala nominal

- Vivienda Unifamiliar
- Vivienda multifamiliar

- Vecindada, 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
- En tablado
- 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
- Individual

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

- Eléctrico
- Kerosene
- Vela
- Otro

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

Conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal. (39).

Definición operacional

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

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 duermen

- 6 a 8 horas
- 08 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.

Escala nominal

Tipo de actividad física que realiza:

Caminar () Deporte () Gimnasia () No realiza ()

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

Escala nominal

Si () No ()

Tipo de actividad:

Caminar () Gimnasia suave () Juegos con poco esfuerzo () Correr ()
Deporte () ninguno ()

Conducta alimenticia de riesgo

- Preocupación por engordar
- Come demasiado
- Pérdida del control para comer
- Vómitos auto inducidos

- Ingesta de medicamentos (Laxantes, diuréticos, 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

Proceso mediante el cual las personas consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir (40).

Definición Operacional

Escala ordinal

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

Representación de las estructuras complejas de relaciones que se establecen o pueden potencialmente hacerlo entre diferentes actores (41).

Apoyo social natural

Definición Operacional

Escala nominal

- Familia
- Amigo

- Vecino
- Compañeros espirituales
- Compañeros de trabajo
- No recibo

Apoyo social organizado

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
- Comedor popular
- Vaso de leche
- Otros

Acceso a los servicios de salud

Definición Conceptual

Es la puerta de entrada o utilización de un servicio de salud, garantizando el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado a la que pueden adquirir toda persona (42).

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

Escala nominal

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 ()

3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

En el presente informe de investigación se utilizó la entrevista y la observación para la aplicación del instrumento.

Instrumento

En el presente informe de investigación se utilizó 1 instrumento para la recolección de datos que se detallan a continuación:

Instrumento No 01

El instrumento se elaboró en base al Cuestionario sobre los determinantes de la salud en los adolescentes de 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002. Elaborado por la investigadora del presente estudio y está constituido por 38 ítems distribuidos en 4 partes de la siguiente manera (ANEXO N° 01).

- Datos de Identificación, donde se obtuvo las iniciales o seudónimo del adolescente entrevistado.
- Los determinantes del entorno biosocioeconómico (Edad, sexo, grado de instrucción, ingreso económico, ocupación, vivienda, agua, eliminación de excretas, combustible para cocinar, energía eléctrica).
- Los determinantes de los estilos de vida: hábitos personales (Tabaquismo, alcoholismo, actividad física, horas de sueño, frecuencia del baño), alimentos que consumen los adolescentes de 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002.
- Los determinantes de las redes sociales y comunitarias: Apoyo social natural, organizado, acceso a los servicios de salud.

Control de Calidad de los datos:

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 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002, desarrollada 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 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002.

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).

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

Dónde:

\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 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002 (ANEXO N° 02).

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 N° 03) (43).

3.6. Plan de análisis**3.6.1 Procedimientos de recolección de datos:**

Para la recolección de datos del presente informe de investigación se considerara los siguientes aspectos:

- Se informó y se pidió el consentimiento a los adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002, haciendo hincapié

que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.

- Se coordinó con los adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002, su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada adolescente del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones del instrumento.
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.6.2 Análisis y Procesamiento de los datos:

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

3.7 Principios éticos

Se valoró previamente los aspectos éticos de la misma, tanto por el tema elegido como por el método seguido, así como plantearse si los resultados que se puedan obtener son éticamente posibles (44).

Anonimato

Se aplicó el cuestionario indicándoles a los adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002 que la investigación es

anónima y que la información obtenida será solo para fines de la investigación.

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad

Se informó a las adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002, los fines de la investigación, cuyos resultados se encuentran plasmados en el presente estudio.

Consentimiento

Se trabajó con los adolescentes del 3° secundaria. Institución Educativa N° 89002, que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (ANEXO N° 04).

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1 DETERMINANTES DE LA SALUD BIOSOCIOECONÓMICOS

TABLA 1

DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE-PERÚ, 2015

Sexo	N	%
Masculino	83	41,5
Femenino	117	58,5
Total	200	100,0
Edad	N	%
Adolescentes de 12 a 14 años, 11 meses y 29 días.	105	52,5
Adolescentes de 15 a 17 años, 11 meses y 29 días.	95	47,5
Total	200	100,0
Grado de instrucción de la madre	N	%
Sin nivel de instrucción	7	3,5
Inicial/Primaria	36	18,0
Secundaria Completa/Incompleta	123	61,5
Superior Completa/Incompleta	28	14,0
Superior no universitaria completa/incompleta	6	3,0
Total	200	100,0
Ingreso económico (Soles)	N	%
Menor de S/. 750.00	108	54,0
De S/. 750.00 a S/. 1000.00	63	31,5
De S/. 1001.00 a S/. 1400.00	18	9,0
De S/. 1401.00 a S/. 1800.00	3	1,5
De S/. 1801.00 a más	8	4,0
Total	200	100,0
Ocupación del jefe de familia	N	%
Trabajador estable	114	57,0
Eventual	79	39,5
Sin ocupación	7	3,5
Jubilado	0	0,0
Estudiante	0	0,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en Adolescentes del 3º Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote - Perú, 2015. Elaborado por la Dra. Adriana Vilchez, Directora de la línea de investigación.

4.1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

TABLA 2

DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE-PERÚ, 2015

Tipo	N	%
Vivienda unifamiliar	108	54,0
Vivienda multifamiliar	85	42,5
Vecindad, quinta, choza, cabaña	5	2,5
Local no destinada para habitación humana	0	0,0
Otros	2	1,0
Total	200	100,0
Tenencia	N	%
Alquiler	29	14,5
Cuidador/alojado	6	3,0
Plan social (dan casa para vivir)	2	1,0
Alquiler venta	5	2,5
Propia	158	79,0
Total	200	100,0
Material del piso	N	%
Tierra	31	15,5
Entablado	6	3,0
Loseta, vinílicos o sin vinílicos	146	73,0
Laminas asfálticas	11	5,5
Parquet	6	3,0
Total	200	100,0
Material del techo	N	%
Madera, estera	11	5,5
Adobe	7	3,5
Estera y adobe	18	9,0
Material noble, ladrillo y cemento	105	52,5
Eternit	59	29,5
Total	200	100,0

Continúa...

Material de las paredes	N	%
Madera, estera	8	4,0
Adobe	12	6,0
Estera y adobe	14	7,0
Material noble ladrillo y cemento	166	83,0
Total	200	100,0

N° de personas que duermen en una habitación	N	%
4 a más miembros	21	10,5
2 a 3 miembros	87	43,5
Independiente	92	46,0
Total	200	100,0

TABLA 02. DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA EN ADOLESCENTES DEL 3° SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

Abastecimiento de agua	N	%
Acequia	0	0,0
Cisterna	52	26,0
Pozo	7	3,5
Red pública	58	29,0
Conexión domiciliaria	83	41,5
Total	200	100,0

Eliminación de excretas	N	%
Aire libre	5	2,5
Acequia, canal	1	0,5
Letrina	5	2,5
Baño público	0	0,0
Baño propio	189	94,5
Otros	0	0,0
Total	200	100,0

Continúa...

Combustible para cocinar	N	%
Gas, Electricidad	195	97,5
Leña, carbón	5	2,5
Bosta	0	0,0
Tuza (coronta de maíz)	0	0,0
Carca de vaca	0	0,0
Total	200	100,0
Energía eléctrica	N	%
Sin energía	0	0,0
Lámpara (no eléctrica)	0	0,0
Grupo electrógeno	0	0,0
Energía eléctrica temporal	4	2,0
Energía eléctrica permanente	195	97,5
Vela	1	0,5
Total	200	100,0
Disposición de basura	N	%
A campo abierto	61	30,5
Al río	0	0,0
En un pozo	12	6,0
Se entierra, quema, carro recolector	127	63,5
Total	200	100,0
Frecuencia con qué pasan recogiendo la basura por su casa	N	%
Diariamente	65	32,5
Todas las semana pero no diariamente	45	22,5
Al menos 2 veces por semana	59	29,5
Al menos 1 vez al mes pero no todas las semanas	31	15,5
Total	200	100,0

Continúa...

Conclusión...

Suele eliminar su basura en alguno de los siguientes lugares:	N	%
Carro recolector	169	84,5
Montículo o campo limpio	21	10,5
Contenedor específico de recogida	8	4,0
Vertido por el fregadero o desagüe	1	0,5
Otros	1	0,5
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en Adolescentes del 3º Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote - Perú, 2015. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez, Directora de la línea de investigación.

4.1.3. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

TABLA 03

DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE-PERÚ, 2015

Fuma actualmente:	N	%
Si fumo, diariamente	2	1,0
Si fumo, pero no diariamente	41	20,5
No fumo, actualmente, pero he fumado antes	50	25,0
No fumo, ni he fumado nunca de manera habitual	107	53,5
Total	200	100,0
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	N	%
Diario	3	1,5
Dos a tres veces por semana	1	0,5
Una vez a la semana	1	0,5
Una vez al mes	17	8,5
Ocasionalmente	103	51,5
No consumo	75	37,5
Total	200	100,0
Nº de horas que duerme	N	%
[06 a 08]	101	50,5
[08 a 10]	99	49,5
[10 a 12]	0	0,0
Total	200	100,0
Frecuencia con que se baña	N	%
Diariamente	159	79,5
veces a la semana	41	20,5
No se baña	0	0,0
Total	200	100,0

Continúa...

Tiene reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina		N	%			
Si		154	77,0			
No		46	23,0			
Total		200	100,0			
Actividad física que realiza en su tiempo libre		N	%			
Caminar		46	23,0			
Deporte		86	43,0			
Gimnasia		11	5,5			
No realizo		57	28,5			
Total		200	100,0			
En las dos últimas semanas que actividad física realizó durante más de 20 minutos		N	%			
Caminar		49	24,5			
Gimnasia suave		24	12,0			
Juegos con poco esfuerzo		21	10,5			
Correr		50	25,0			
Ninguna		56	28,0			
Total		200	100,0			
Conducta alimenticia de riesgo	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Preocupación por engordar	113	56,5	87	43,5	200	100,0
Come demasiado	49	24,5	151	75,5	200	100,0
Pérdida del control para comer	22	11,0	178	89,0	200	100,0
Vómitos auto inducidos	32	16,0	168	84,0	200	100,0
Ingesta de medicamentos (Laxantes, diuréticos, pastillas)	13	6,5	187	93,5	200	100,0
Restricción en la conducta(ayuno, dietas, ejercicios)	106	53,0	94	47,0	200	100,0
Daño a su salud por alguna violencia por agresión:		N	%			
Armas de fuego		5	2,5			
Objetos cortantes		16	8,0			
Puñetazos, patadas, golpes.		33	16,5			
Agresión sexual		0	0,0			
Otras agresiones o maltratos		17	8,5			
No presente		129	64,5			
Total		200	100,0			

Continúa...

Lugar de la agresión o la violencia:	N	%
Hogar	14	19,7
Escuela	24	33,8
Transporte o vía pública	22	31,0
Lugar de recreo o deportivo	9	12,7
Establecimiento comercial	1	1,4
Otros	1	1,4
Total	71	100,0
Si tiene problemas ha pensado quitarse la vida:	N	%
Si	97	48,5
No	103	51,5
Total	200	100,0
Tiene relaciones sexuales	N	%
Si	88	44,0
No	112	56,0
Total	200	100,0
Primera relación sexual hizo uso de algún método anticonceptivo:	N	%
Condón	24	27,3
Pastillas, inyectable, píldora de emergencia	11	12,5
Óvulos, jalea, espumas, ritmo, calendario	0	0,0
Ningún método	53	60,2
Total	88	100,0
Tuvo algún embarazo o algún aborto	N	%
Si	8	6,8
No	109	93,2
Total	117	100,0
Tiempo que acude a un establecimiento de salud	N	%
Una vez en el año	63	31,5
Dos veces en el año	22	11,0
Varias veces en el año	45	22,5
No acudo	70	35,0
Total	200	100,0

Continúa...

TABLA 03. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA EN ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

Conclusión...

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	100	50,0	52	26,0	30	15,0	17	8,5	1	0,5	200	100,0
Carne	73	36,5	87	43,5	36	18,0	2	1,0	2	1,0	200	100,0
Huevos	37	18,5	85	42,5	55	27,5	19	9,5	4	2,0	200	100,0
Pescado	15	7,5	52	26,0	87	43,5	39	19,5	7	3,5	200	100,0
Fideos,arroz	125	62,5	47	23,5	24	12,0	3	1,5	1	0,5	200	100,0
Pan,	113	56,5	57	28,5	22	11,0	6	3,0	2	1,0	200	100,0
Verduras, hortalizas	64	32,0	40	20,0	58	29,0	35	17,5	3	1,5	200	100,0
Legumbres	28	14,0	49	24,5	73	36,5	38	19,0	12	6,0	200	100,0
Embutidos	43	21,5	64	32,0	49	24,5	31	15,5	13	6,5	200	100,0
Lácteos	56	28,0	77	38,5	45	22,5	20	10,0	2	1,0	200	100,0
Dulces,	53	26,5	59	29,5	41	20,5	28	14,0	19	9,5	200	100,0
Refrescos	60	30,0	58	29,0	50	25,0	22	11,0	10	5,0	200	100,0
Frituras	33	16,5	60	30,0	62	31,0	29	14,5	16	8,0	200	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en Adolescentes del 3º Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote - Perú, 2015. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez, Directora de la línea de investigación.

4.1.4 DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

TABLA 04

DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE-PERÚ, 2015

Institución de salud en la que se atendió en estos 12 últimos meses	N	%
Hospital	71	35,5
Centro de salud	54	27,0
Puesto de salud	42	21,0
Clínicas particulares	21	10,5
Otras	12	6,0
Total	200	100,0
Motivo de consulta por lo que acude a un establecimiento de salud	N	%
Antes de iniciar la práctica de algún deporte competitivo.	28	14,0
Infecciones, trastornos respiratorios o digestivos.	94	47,0
Mareos, dolores o acné.	56	28,0
Cambios en los hábitos del sueño o alimentación.	20	10,0
Trastornos en el hábito y en el ánimo, en el comportamiento o la presencia de conductas de riesgo, como consumo de alcohol y drogas.	2	1,0
Total	200	100,0
Considera Usted que el lugar donde lo (la) atendieron está:	N	%
Muy cerca de su casa	34	17,0
Regular	87	43,5
Lejos	41	20,5
Muy lejos de su casa	29	14,5
No sabe	9	4,5
Total	200	100,0

Continúa...

Tipo de seguro	N	%
ESSALUD	84	42,0
SIS – MINSA	108	54,0
SANIDAD	0	0,0
Otros	8	4,0
Total	200	100,0
El tiempo que esperó para que lo (la) atendieran ¿le pareció?	N	%
Muy largo	31	15,5
Largo	32	16,0
Regular	100	50,0
Corto	24	12,0
Muy corto	4	2,0
No sabe	9	4,5
Total	200	100,0
Calidad de atención que recibió en el establecimiento de salud fue:	N	%
Muy buena	48	24,0
Buena	48	24,0
Regular	92	46,0
Mala	6	3,0
Muy mala	2	1,0
No sabe	4	2,0
Total	200	100,0

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE-PERÚ, 2015

Pandillaje o delincuencia cerca de su casa:	N	%
Si	150	75,0
No	50	25,0
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en Adolescentes del 3º Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote - Perú, 2015. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez, Directora de la línea de investigación.

TABLA 5

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL Y ORGANIZADO EN ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE-PERÚ, 2015

Recibe algún apoyo social natural:	N	%
Familiares	76	38,0
Amigos	37	18,5
Vecinos	0	0,0
Compañeros espirituales	1	0,5
Compañeros de trabajo	0	0,0
No recibo	86	43,0
Total	200	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	1	0,5
Organizaciones de voluntariado	0	0,0
No recibo	199	99,5
Total	200	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en Adolescentes del 3º Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote - Perú, 2015. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez, Directora de la línea de investigación.

TABLA 6

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN DE QUIÉN RECIBE APOYO EN ADOLESCENTES DEL 3° SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE-PERÚ, 2015

Recibe algún apoyo social de organizaciones:	SI		NO		Total	
	N	%	N	%	N	%
El programa beca 18	1	0,5	199	99,5	200	100,0
Comedor popular	4	2,0	196	98,0	200	100,0
Vaso de leche	11	5,5	189	94,5	200	100,0
Otros	5	2,5	195	97,5	200	100,0

Fuente: Cuestionario de Determinantes de la Salud en Adolescentes del 3° Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote - Perú, 2015. Elaborado por la Dra. Adriana Vílchez, Directora de la línea de investigación.

4.2 Análisis de resultado:

Tabla 1: Del 100% (200) de los adolescentes de 3° secundaria de la Institución Educativa N°89002, el 58,5% (117) son de sexo femenino; el 52,5% (105) de los adolescentes tienen de edad de 12 a 14 años, 11 meses y 29 días; el 61,5% (123) de las madres de los adolescentes tienen un grado de instrucción de secundaria completa/secundaria incompleta; el 54,0% (108) tienen un ingreso económico menor de 750 soles; el 57,0% (114) en cuanto a la ocupación de los jefes de familia tienen un trabajo estable.

El adolescente, es de los 12 hasta los 17 años, 11 meses y 29 días, es un joven que se encuentra en una etapa de crecimiento y desarrollo, es capaz de comprender acerca de su capacidad de reproducción y va a comenzar a planificar y pensar ciertamente en su futuro. Si hablamos del aspecto físico, los cambios que comienzan a registrarse son varios. En las mujeres, se presenta la primera menstruación, comienzan a crecer los pechos, se desarrolla el vello en todo el cuerpo, las caderas se ensanchan y al estar “activo” el sistema reproductor, la mujer comienza a ser fértil (apta para procrear). En el hombre, los cambios son otros: se desarrolla el pene y los testículos, comienzan a experimentarse las primeras erecciones y eyaculaciones, la voz se torna más gruesa, aparece el vello en diferentes partes del cuerpo, pero sobre todo en el pecho, la cara y el pubis. Un adolescente va adoptar aptitudes y actitudes diferentes, cambios en sus estados de ánimo, rebeldía (45).

Estudio que es similar con la investigación tenemos a:

Desporio Y, (46). En su estudio titulado: “Determinantes de la salud en adolescentes con bullying. I.E “Andrés Avelino Cáceres N° 89008.Chimbote

2012”, obtuvo como resultados después de haber aplicado un cuestionario, que la mayoría de los adolescentes son de 12 a 14 años, el grado de instrucción de la madre es de secundaria completa/incompleta, el 55% de los adolescentes son de sexo femenino, su ingreso económico el 58,5% es menor de 750 nuevos soles.

Estudio que se asemeja con la investigación tenemos a:

Islado A, (47). En su estudio titulado: “Determinantes de la salud en adolescentes gestantes. Puesto de Salud Miraflores Alto – Chimbote, 2012”, la muestra estuvo constituida por 100 adolescentes gestantes, a quienes se aplicó un instrumentó: obteniéndose los siguientes resultados: que la mayoría de las adolescentes gestantes tienen un grado de instrucción Secundaria Completa / Secundaria Incompleta; un ingreso económico menor de 750 soles; y la ocupación del jefe de familia es de ocupación estable.

Asimismo estudio como:

Cáceres A, Núñez L, Rodríguez D, Montero C, (48). En su investigación: “Un estudio del ingreso familiar a través del ahorro, Venezuela, 2011.”, obtuvo como resultados que los gastos de recreación y ahorro disminuyeron y se trasladaron hacia alimentación, vivienda y servicio, en concordancia la teoría de las perspectivas y el modelo de dos períodos; posiblemente como consecuencia de un impacto negativo de un 11,5% en los niveles del ingreso real. Esto es consistente con la información aportada por las familias y el Banco Central de Venezuela que refleja una disminución del 13,13% para el período en estudio. Se constata que el nivel de ahorro puede medir la capacidad del ingreso familiar.

Estudio que difiere con la investigación tenemos a:

Ortiz M, (49). En su investigación titulada: “Determinantes de la salud de los adolescentes del Caserío Alto de los Castillos la Arena- Piura 2013, aplicándose a una población de 520, la muestra estuvo constituida por 215 adolescentes que habitan en el Caserío Alto de los Castillos la Arena- Piura. Se concluye que: Con referencia a los determinantes de la salud biosocioeconómicos de los adolescentes tenemos: la mayoría son adolescentes de sexo femenino, mayoría son adolescentes de 15 años a 17 años, 11 meses y 29 días, la mayoría de los adolescentes tienen un grado de instrucción Sec. Completa/ Sec. Incompleta; la mayoría no tiene ingresos.

Asimismo estudio como:

Ramírez M, (50). En su investigación: “Determinantes del Nivel de Ingreso de las Familias en la Ciudad de Tingo María, 2013-2014.”, se encuestó a 136 familias en forma aleatoria, obteniendo como resultados que los factores que determinan el nivel de ingreso familiar en la ciudad de Tingo María, son el nivel educativo alcanzado por los jefes de hogar, la actividad económica que realizan, el sexo y el estado civil que tienen. El nivel de ingreso familiar promedio mensual se estimó en S/.1 500.00 nuevos soles.

El sexo se define como el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer. El sexo viene determinado por la naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace. En el sistema XY para la determinación del sexo, el sexo de un organismo está determinado por el genoma que hereda. La determinación del sexo genético por lo general depende de asimétrica heredada por los

cromosomas sexuales los cuales guardan las características genéticas que influyen en el desarrollo; el sexo puede ser determinado por la presencia de un cromosoma sexual o por la cantidad de estos en un organismo (51).

En cuanto a la edad es el tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. La edad es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo. Cada ser viviente tiene, de manera aproximada, una edad máxima que puede alcanzar. Al referirnos a los humanos, la edad media del hombre es mayor o menor dependiendo del nivel de desarrollo de una nación (52).

Asimismo en cuanto el nivel de instrucción de una persona es el nivel de estudios más alto conseguido por una persona, estudie o no en la fecha de referencia, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país (53).

Como también el ingreso económico es la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de Ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás. En el ámbito de la economía, el concepto de ingresos es sin duda uno de los elementos más esenciales y relevantes con los que se puede trabajar. Entendemos por ingresos a todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. En términos más generales, los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y que generan como consecuencia un círculo de consumo-ganancia (54).

Por último la ocupación es un término que proviene del latín *occupatio*, se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer. En otras palabras la ocupación es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas (55).

En la presente investigación la mayoría de las madres de los adolescentes tienen secundaria completa/secundaria incompleta; más de la mitad de los adolescentes son de sexo femenino, la ocupación del jefe de familia es trabajador estable; un poco más de la mitad de los adolescentes tienen entre 12 a 14 años 11 meses y 29 días, tienen un ingreso familiar menor de 750 nuevos soles.

Según cifras y estudios, hoy en día en la actualidad, podemos definir que el sexo femenino cada vez está tomando empoderamiento en la sociedad y ganándose su lugar, dado que ya no existe superioridad entre hombre y mujer, porque ambos se encuentran en la misma línea con los mismos derechos e igualdad.

Después de observar los resultados obtenidos de los adolescentes en estudio existe un mayor porcentaje de adolescentes que son de sexo femenino, por lo que esto nos refleja claramente que hay más existencia de matriarcado, según lo referido por los adolescentes hay más mujeres que hombres, en cada aula de 3ero de secundaria de dicha institución educativa.

Hoy en día en nuestra sociedad el grado de instrucción resulta ser de gran importancia a la hora de encarar con ciertas garantías de éxito en el futuro, debido a que hay más posibilidades de trabajo para aquellas personas con un

nivel de instrucción completo o terminado, pero en la actualidad es la realidad de muchas personas, el tener un grado de instrucción incompleto por lo que esto va generar menos ingresos económicos en las familias, pocas oportunidades de un trabajo seguro, asimismo puede generar burlas o discriminación frente a la sociedad.

Según lo manifestado por los adolescentes en estudio, ellos refieren que el grado de instrucción de sus madres es secundaria completa y otras secundaria incompleta, ya que no lograron completar sus estudios por falta de interés por parte de ellas, por desconocimiento, por sobrecarga de actividades en el hogar, por temor hacer discriminadas, ya que tiempos atrás se tenía una mente que las mujeres solo se dedicaban al hogar y no a los estudios.

En cuanto a la ocupación del jefe de la familia, los adolescentes manifestaron que más de la mitad tienen un trabajo estable porque algunos de ellos son profesores y otros trabajan en carros alquilados donde entregan cuenta diaria al dueño del carro, sin embargo los adolescentes refieren que el jefe de familia puede solventar sus propios gastos, ya que esto como bien sabemos va influir mucho en cómo viven en el día a día, como también de las oportunidades que pueden tener para mantenerse estables, mejorando así su calidad de vida, va aportar un ingreso económico bueno a su familia, para poder contribuir con la canasta básica familiar y así satisfacer sus necesidades de toda la familia.

Por último hoy en día, vivir con ingreso económico menor de 750 nuevos soles, es un indicador que no es el adecuado, dado que no es considerado ni siquiera un ingreso mínimo mensual para poder sostener o solventar los gastos

recurrentes que se dan en el hogar como la vestimenta, los alimentos, la vivienda, estudios de los hijos. Dado que depende mucho de la existencia o no de los mismos, debido a que puede determinar el tipo de calidad de vida de una familia o individuo. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en promedio para todo el Perú, una persona es pobre extrema si no tiene ingresos para acceder a una canasta básica de alimentos como otros bienes y servicios relacionados como: Vivienda, Vestido, Educación, entre Otros. La canasta básica actualizada es de S/. 850 nuevos soles.

Según lo manifestado por los adolescentes, algunos refieren que tienen un ingreso familiar menor de S/. 750 nuevos soles, debido a que el jefe de familia es el que aporta económicamente, por lo que no tienen otro ingreso adicional a este, pero según lo referido por los adolescentes si se ajusta a sus necesidades básicas, pero según resultados obtenidos en este trabajo podemos decir que hay un porcentaje que no puede tener una mejor calidad de vida con este ingreso económico.

Tabla 2: Del 100% (200) de los adolescentes de 3° secundaria de la Institución Educativa N°89002 en relación a su vivienda; el 54,0% (108) tienen un tipo de vivienda unifamiliar; el 79,0% (158) cuentan con vivienda propia; el 73,0% (146) su material de piso es de loseta, vinílicos o sin vinílicos; el 52,5% (105) su techo es de material noble, ladrillo y cemento; el 83,0% (166) de las paredes de las viviendas son de material noble ladrillo y cemento; el 46,0% (92) tienen una habitación independiente; el 41,5% (83) se abastecen de agua por conexión domiciliaria; el 94,5% (189) tienen baño propio; el 97,5% (195) utilizan gas y

electricidad para cocinar; el 97,5% (195) tienen energía eléctrica permanente; el 63,5% (127) elimina su basura enterrándola, quemándola o en un carro recolector; el 32,5% (65) refieren que pasan recogiendo la basura por sus casas diariamente; el 84,5% (169) eliminan su basura en el carro recolector.

Estudio que difiere con la investigación tenemos a:

Mosqueira M, Sabino N, (56). En su investigación: “Errores arquitectónicos, constructivos y estructurales de 270 viviendas construidas informalmente en 5 ciudades de la costa del Perú, 2011”, obtuvo como resultados que las viviendas informales son construidas por pobladores, albañiles y maestros de obra, sin asesoramiento técnico o profesional. Muchas veces estas son vulnerables ante los sismos y colapsan, causando innumerables pérdidas económicas y lamentables pérdidas de vida. Se encuestaron un total de 270 viviendas ubicadas en Chiclayo (30), Trujillo (30), Lima (150), Ica (30) y Arequipa (30). Los resultados obtenidos contribuyeron al desarrollo de una cartilla para la construcción y mantenimiento de viviendas de albañilería confinada en zonas de alto peligro sísmico. Se espera que, con una adecuada difusión, esta cartilla pueda servir para que los pobladores y albañiles puedan conocer mejor cómo pueden construir viviendas sismorresistentes de albañilería confinada.

Asimismo estudios como:

Vallejo C, (57). En su investigación: “Análisis de las políticas y programas de vivienda del Ecuador: 2011”, concluye que en términos generales el déficit de vivienda en Ecuador ha disminuido en alrededor de nueve por ciento ya que paso de 2´145,700 en el 2007 a 1´931,130 para el 2010, sin embargo todavía el 31% de los hogares residen en viviendas con algún tipo de problema. Estos problemas

se relacionan a: no tenencia segura de vivienda, viviendas que están construidas con materiales de baja calidad, existe hacinamiento es decir que el número de personas en el hogar por cuarto es superior a tres, pero este problema es aún más grave en los sectores rurales especialmente en los hogares pobres donde se observa prácticamente el doble de lo observado a nivel nacional.

Una vivienda es aquel espacio físico, lugar protegido, cuya principal razón de ser será la de ofrecer refugio y descanso para las personas. Las condiciones de la vivienda han sido reconocidas como uno de los principales determinantes de la salud de las personas. Las condiciones de la vivienda pueden promover o limitar la salud física, mental y social de sus residentes. Vivienda Saludable es la concepción de la vivienda como agente de la salud de sus moradores. Implica un enfoque sociológico y técnico de enfrentamiento a los factores de riesgo y promueve una orientación para la ubicación, edificación, habilitación, adaptación, manejo, uso y mantenimiento de la vivienda y su entorno, así como la educación sanitaria de sus moradores sobre estilos y condiciones de vida saludables (58).

La tenencia de vivienda se define como la acción de tener o poseer una casa o vivienda a la cual puede controlar de alguna manera. Existen algunos tipos de tenencia de vivienda, la propia: es la vivienda que ha sido adquirida por el jefe de hogar, la cual puede estar totalmente pagada. Alquilada: Es la vivienda donde pagan un alquiler mensual por vivir en la totalidad o parte de la vivienda. Otra forma: es la vivienda que ha sido cedida gratis por razones de amistad o del estado (59).

En la presente investigación la mayoría de las familias de los adolescentes en cuanto a tenencia del hogar es propia, el material del piso es de loseta, vinílicos o sin vinílicos, las paredes es de material noble, ladrillo y cemento; un poco más de la mitad su tipo de vivienda es unifamiliar, el techo es de material noble, ladrillo y cemento; menos de la mitad duermen en una habitación independiente.

Se sabe que la calidad de la vivienda está directamente relacionada con la salud de quienes la habitan, por ello la mayoría de los adolescentes y sus familias, deben contar con una vivienda saludable que los proteja en el día a día, ante algún riesgo o daño que podría llegar a suceder, ya que una vivienda bien segura va brindar seguridad y comodidad para los que lo habiten. Asimismo el tener una casa propia es un bienestar para los adolescentes y miembros que lo habitan, dado que no tienen que pagar nada porque es de su propiedad por lo que existe una comodidad y satisfacción. Si hablamos del material del piso, de las paredes y del techo es de suma importancia que estén bien reforzadas con material noble porque una vivienda bien construida va proteger y va brindar seguridad ante cualquier situación o evento adverso que se pueda presentar.

Una vivienda segura, propia y bien construida permite cubrir las necesidades básicas en los adolescentes y sus padres, como la necesidad de abrigo, permitiendo así gozar de privacidad y un espacio personal. Por otro lado el tener una habitación independiente en la vivienda, implica privacidad, comodidad, seguridad y autonomía para el adolescente, ya que va permitir

adquirir libertad de uno mismo, evitando así cualquier situación estresante que puede alterar a los demás.

Según información obtenida por los adolescentes, ellos manifestaron que la mayoría de ellos cuentan con vivienda propia, que su vivienda se encuentra construida con material noble pero que el piso es un piso normal sin vinílicos, asimismo los adolescentes refieren que tienen su propia habitación para dormir y eso les da más libertad, permitiéndole privacidad y autonomía para hacer sus cosas cómodamente, asimismo refieren que su vivienda es un lugar confrontable, acogedor y seguro.

Como también tenemos a:

Quiroz J, Orellana R, (60). En su investigación: “Uso y manejo de leña combustible en viviendas de seis localidades de Yucatán, México, 2012; el estudio se realizó en 1153 viviendas de seis localidades de Yucatán, se obtuvo como resultados que el promedio de consumo en las localidades de estudio oscilo entre 1,26 y 2,89 kg/día/habitante, el promedio general de los sitios estudiados fue de 2,06 kg/día/habitante. Concluye que la colecta se hace a una distancia promedio de 3,8 km respecto a la vivienda. La leña se colecta fundamentalmente como material seco desprendido o seco en pie, debido a su menor peso. Los usos fundamentales son la cocción de alimentos y calentamiento de agua de baño, 41 son las especies más usadas como combustible, pero las principales son: *Acacia gaumeri*, *Havardia albicans*, *Lysiloma latisiliquum*, *erectus* y *Piscidia piscipula*, entre otras, debido a su mayor abundancia, fácil encendido, duración en el fuego y/o baja emisión de humo.

El combustible para cocinar se define como combustible a cualquier sustancia que tiene la capacidad de arder en presencia de un comburente (oxígeno en la mayoría de los casos) mediante la aplicación de una energía de activación, que puede ser una chispa. Como combustibles sólidos más utilizados podemos distinguir el carbón o la madera. El carbón es uno de los materiales más utilizados en centrales térmicas para calentar el agua de las calderas y con esta generar electricidad. La madera se utiliza igualmente para calentar el agua aunque en su caso se dedica más al consumo doméstico (61).

En la presente investigación casi la totalidad de la familia de los adolescentes utilizan gas y electricidad para cocinar.

Hoy en día por las tecnologías y el mundo revolucionado con toda la globalización, es lo adecuado que las personas utilicen el gas, porque ellos vienen a hacer un sistema que consume menos energía, por lo tanto es más económico y más rápido al momento de preparar los alimentos debido a que los demás materiales pueden ser perjudiciales para la salud ya que existe el riesgo de adquirir una serie de enfermedades no solo para los adolescentes sino también para todos en general. Por último hoy en día existe una gran variedad de electrodomésticos que hacen una manera más fácil para cocinar pero también requieren de dinero y un buen manejo adecuado.

Según lo manifestado por los estudiantes, ellos refieren que sus familias utilizan el gas como combustible porque es mucho más accesible y rápido para cocinar sus diferentes alimentos, y no tienen dificultad para adquirirlo rápidamente, ya que cuando el gas se termina tienen una tienda cercana para

comprarlo o también otros llaman para que les traigan a domicilio y así evitan pérdidas de tiempo y ahorran tiempo seguro.

Asimismo estudios como:

Márquez J, Mora C, Bastidas L, (62). En su investigación: “Censo de población y vivienda. Pueblo indígena Timote, El Paramito Alto, municipio Miranda, estado Mérida, 2011”, concluye que el 88,2% de las viviendas no disponen de servicio sanitario, lo que implica que realicen sus necesidades biológicas en zonas cercanas a sus casas. Con respecto a la disposición de la basura, la queman, la entierran o la vierten alrededor de la vivienda; la basura reciclable la cambian por alimentos y/o víveres en el pueblo de Timotes. Más de la mitad de las viviendas utilizan exclusivamente la leña como combustible para cocinar, y las otras utilizan la leña y el gas licuado.

Las excretas son deposiciones que evacua el organismo humano: materia fecal y orina. La eliminación de excretas son el conjunto de deposiciones orgánicas de humanos y animales. Cuando estas no se eliminan adecuadamente pueden provocar daños a la salud de las personas. Las excretas poseen una gran cantidad de microbios, muchos de ellos causantes de enfermedades como la diarrea, el cólera, parasitismo, hepatitis, fiebre tifoidea, y otras, que pueden provocar la muerte a personas adultas y a los niños. Estos riesgos se incrementan especialmente en situaciones de emergencia, por no contar con un sistema adecuado de evacuación y disposición de las excretas tanto a nivel de las comunidades afectadas como en los sitios donde se concentran los afectados (63).

La basura es todo material y producto no deseado considerado como desecho y que se necesita eliminar porque carece de valor económico. La OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) define como residuo a «aquellas materias generadas en las actividades de producción y consumo, que no han alcanzado un valor económico en el contexto en el que son producidas». El manejo de residuos es el término empleado para designar al control humano de recolección, tratamiento y eliminación de los diferentes tipos de residuos. Estas acciones son a los efectos de reducir el nivel de impacto negativo de los residuos sobre el medio ambiente y la sociedad (64).

En la presente investigación casi la totalidad eliminan sus excretas en baño propio; la mayoría entierra su basura, la queman o pasa el carro recolector y suelen eliminar su basura en el carro recolector; menos de la mitad refieren que el carro recolector pasa diariamente.

La falta de condiciones higiénicas en la evacuación de las heces es un importante factor de contaminación del suelo y del agua, y una fuente de enfermedades infecciosas para los adolescentes, en particular para la población vulnerable. Por otro lado si hablamos de la basura, a través de los años de la historia de la medicina, se ha observado una relación que existe entre basuras y enfermedad. Al analizar con sentido epidemiológico las numerosas epidemias que se producían en el pasado, y el desencadenamiento de las mismas, se puede apreciar que las basuras jugaban un papel importante en la propagación de las enfermedades, hasta la actualidad se siga observando y pensando lo mismo. Como bien sabemos los desechos formados por todos los desperdicios sólidos putrescibles y no putrescibles, favorecen la reproducción y desarrollo de

vectores transmisores de enfermedad, además de las molestias y malos olores que provocan.

Por lo que el rápido aumento de la densidad de población en el mundo está convirtiendo la recogida y eliminación de las basuras domésticas y los desperdicios comerciales, industriales y agrícolas en un problema muy complejo que puede tener graves consecuencias para la salud de una comunidad.

Según los resultados obtenidos por los adolescentes, ellos manifestaron que pasan recogiendo diariamente la basura por sus casas por lo que es algo beneficioso para ellos y su familia, así evitan adquirir enfermedades que pongan en riesgo su salud y así también evitan todos los vecinos el acumulo de desechos tóxicos para su salud y la aparición de algunos vectores perjudiciales para todos aquellos que viven en dichas comunidades.

Estudio que difiere con la investigación tenemos a:

Rojas J, (65). En su investigación: “Diagnóstico socioeconómico distrito Desaguadero-Perú, 2013”, obtuvo como resultados que en cuanto a los servicios básicos: energía eléctrica y agua en el distrito Desaguadero, aún resultan insuficientes; sólo el 44,5% cuenta con servicios de agua y el 48,4% cuenta con servicio de energía eléctrica dentro de su vivienda, estos servicios se encuentran concentrados mayormente en la zona urbana y en menor cobertura en la zona rural y urbano-marginal.

La red de abastecimiento de agua potable es un sistema que permite que llegue el agua desde el lugar de captación al punto de consumo en condiciones correctas, tanto en calidad como en cantidad. Este sistema se puede clasificar por

la fuente del agua en: agua de mar, agua superficial; esta procede de lagos o ríos, agua de lluvia almacenada, agua subterránea y las aguas procedentes de manantiales naturales. Es importante tener en cuenta que esta agua antes de ser enviadas a las viviendas se transformará en agua potable, dependiendo el origen de estas, se le hará un proceso de saneamiento y desinfección (66).

La energía eléctrica es la forma de energía que resultará de la existencia de una diferencia de potencial entre dos puntos, situación que permitirá establecer una corriente eléctrica entre ambos puntos si se los coloca en contacto por intermedio de un conductor eléctrico para obtener el trabajo mencionado. En tanto, la energía eléctrica es una energía capaz de transformarse en muchísimas otras formas de energía como ser: la energía luminosa, la energía térmica y la energía mecánica. El proceso funciona de la siguiente manera: la energía eléctrica se transformará en corriente eléctrica por medio de un cable conductor metálico por la diferencia de potencial que un generador esté en ese momento aplicando en sus extremos (67).

En la presente investigación casi la totalidad cuentan con energía permanente; menos de la mitad su abastecimiento de agua es de conexión domiciliaria.

El abastecimiento de agua es de suma importancia para el ser humano y para todos los seres vivos, porque es uno de los servicios básicos indispensable que debe contar todo domicilio. El tener acceso de agua potable, con conexión domiciliaria es beneficioso para todos y por lo cual tenemos que cuidar y utilizar lo necesario, ya que como bien sabemos cada vez el agua se está agotando, se está terminando debido a los malos usos y manejos de algunos seres humanos

que desperdician el agua, como también hay personas que viven en comunidades vulnerables que no cuentan con una conexión domiciliaria por lo que adquieren el agua de una forma no segura que sin saber si no es manipulada adecuadamente con las medidas de higiene puede desencadenar una serie de enfermedades que pueden alterar la salud de las personas debido a que es agua no apto para el consumo humano.

La energía permanente es otro servicio beneficioso para todos nosotros y necesario para nuestra vida cotidiana, ya que actualmente el uso de la electricidad es fundamental para realizar gran parte de nuestras actividades; gracias a este tipo de energía tenemos una mejor calidad de vida. Con tan solo oprimir botones obtenemos luz, calor, frío, imagen o sonido. Su uso es indispensable y difícilmente nos detenemos a pensar acerca de su importancia y de los beneficios al utilizarla eficientemente. El ahorro de energía eléctrica es un elemento fundamental para el aprovechamiento de los recursos energéticos; ahorrar equivale a disminuir el consumo de combustibles en la generación de electricidad evitando también la emisión de gases contaminantes hacia la atmósfera.

Según resultados obtenidos, los adolescentes manifestaron que cuentan con energía eléctrica las 24 horas del día, por lo que es de gran ayuda y beneficioso para que realicen sus actividades y tareas que les dejan a estos adolescentes en el colegio, para que miren televisión, escuchen música, entre otros. Asimismo en cuanto al abastecimiento de agua, ellos refieren que tienen conexión domiciliaria y pueden realizarse su higiene tanto personal como de su higiene y manipulación de sus alimentos diarios. Por último algunos de ellos manifestaron que sus

padres pagan el servicio de la luz y del agua cada dos meses para que no se les sobrecargue mensualmente.

Tabla 3: Del 100% (200) de los adolescentes de 3° secundaria de la Institución Educativa N°89002, el 53,5% (107) no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual; el 51,5% (103) consumen ocasionalmente bebidas alcohólicas; el 50,5% (101) duermen de 6 a 8 horas diarias; el 79,5% (159) se bañan diariamente; el 77,0% (154) si tienen reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta o disciplina; el 43,0% (86) realizan deporte en sus tiempos libres, el 28,0% (56) en estas dos últimas semanas no realizaron ninguna actividad durante más de 20 min; en cuanto a la conducta alimenticia de riesgo de los adolescentes el 56,5% (113) tienen preocupación por engordar, el 53,0% (106) tienen restricción en la conducta(ayuno, dietas y ejercicios); el 16,5% (33) de los adolescentes presentaron violencia por agresión; asimismo el 33,80% (24) fueron agredidos en la escuela; el 48,5% (97) han pensado en quitarse la vida ante algún problema; el 44,0% (88) han tenido relaciones sexuales; el 60,23% (53) no utilizaron ningún método anticonceptivo; en cuanto a las mujeres adolescentes el 6,84% (8) tuvieron algún embarazo o algún aborto. El 35,0% (70) no acuden a un establecimiento de salud.

En los alimentos que consumen; el 50,0% (100) consumen a diario frutas, el 62,5% (125) consumen fideos, arroz y papa a diario, el 56,5% (113) consumen pan y cereales a diario, el 32,0% (64) consumen verduras y hortalizas a diario, el 30,0% (60) consumen refrescos con azúcar a diario; el 43,5% (87) consumen 3 o más veces a la semana carnes, un 42,5% (85) consumen huevos, el 32,0% (64) consumen embutidos, un 38,5% (77) consumen lácteos y un 29,5% (59)

consumen dulces y gaseosas; el 43,5% (87) consumen 1 o 2 veces a la semana pescado, el 36,5% (73) consumen legumbres y un 31,0% (62) consumen frituras.

Estudio que se asemeja con la investigación tenemos a:

Telumbre J, Sánchez B, (68). En su investigación: “Consumo de alcohol en adolescentes del Estado de Guerrero, México, 2014”, obtuvieron como resultados que el 72,1% de los adolescentes han consumido alcohol alguna vez en la vida y el 46,9% en el último año, la edad de inicio del consumo de alcohol fue a los 14 años. En relación al tipo de consumo de alcohol predominó un consumo dañino en el 38% de los adolescentes, seguido por un consumo sensato de alcohol (37,2%) y el 24,8% presenta un consumo perjudicial de alcohol. Los resultados muestran que el consumo de alcohol en los adolescentes representa un problema prioritario de salud, lo cual hace necesario el diseño e implementación de programas de prevención dirigidas a este grupo de la sociedad.

El Consumo de bebidas alcohólicas es la ingesta de aquella bebida en cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida, y cuya concentración sea igual o superior al 1 por ciento de su volumen. Podemos distinguir diversos tipos de bebidas alcohólicas por su modo de producción, bien sea por fermentación alcohólica o destilación/maceración de sustancias generalmente fermentadas (69).

En la presente investigación un poco más de la mitad han consumido bebidas alcohólicas ocasionalmente.

El consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes a temprana edad puede desencadenar una serie de perjuicios que pueden poner en riesgo su salud,

asimismo los adolescentes se encuentran en constante riesgo debido a ciertos patrones de consumo debido a varios factores. Fisiológicamente, se encuentran todavía experimentando cambios en su desarrollo. El cerebro del adolescente se encuentra en un alto nivel de desarrollo. Como bien sabemos la ley establece una edad específica para poder comprar y/o consumir bebidas alcohólicas en casi todos los países en donde el consumo de alcohol ha sido legalizado. Esto se debe a que el consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad tiene repercusiones en la salud y desarrollo de la persona.

Los estudios revelan que el consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad, los episodios recurrentes de consumo en la adolescencia y beber hasta embriagarse pueden afectar negativamente el desarrollo mental, los hábitos de estudio y el desarrollo de las habilidades necesarias para una correcta transición a la edad adulta. Por ello el alcoholismo puede considerarse uno de los males más terribles de la humanidad.

Según lo manifestado por los adolescentes, ellos refirieron que han consumido bebidas alcohólicas pero solo en ocasiones especiales, como por ejemplo en el cumpleaños de un amigo o primo, cuando han salido a bailar entre amigos, pero que ya no consumen por temor a que sus padres se enteren y reciban un severo castigo, asimismo porque les afecta en su rendimiento académico y en su estado de salud.

Asimismo este estudio de:

Lavielle P, Pineda V, Jáuregui O, Castillo M, (70). En su investigación: “Actividad física y sedentarismo: Determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud del adolescente, México, 2013”, obtuvieron como

resultados que el 66,3 % tenía un nivel de actividad física menor al recomendado y el 51,9 % eran sedentarios. La falta de actividad física y las conductas sedentarias estuvieron asociada con el género (mujeres 56,8 % vs. 45,4 % hombres). Las características de la familia no influyeron sobre estas conductas de riesgo. Los adolescentes con buena salud fueron más activos (36,1 % vs. 27 %) y menos sedentarios (49,3 % vs. 59,4 %) que aquellos que reportaron un estado poco saludable. Concluyen que las conductas sedentarias y la falta de actividad física están más determinadas por factores sociodemográficos que por aspectos familiares. Estas conductas tienen influencia en la salud de los adolescentes.

Actividad física es todo aquel movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas (71).

En la presente investigación menos de la mitad de los adolescentes realizan deporte en su tiempo libre, en las dos últimas semanas no realizaron actividad física durante 20 minutos.

Practicar ejercicio o realizar actividad física es una de las acciones que más benefician a la salud de una persona a lo largo de su existencia. No sólo ayuda a que el organismo tenga un mejor y correcto funcionamiento, sino que también permite lograr un estado mental saludable. Además, es uno de los métodos preventivos más eficientes contra muchas enfermedades, incluyendo el síndrome metabólico, que comprende varios factores de riesgo para desarrollar una

enfermedad cardiovascular, entre los que figuran la obesidad abdominal, diabetes de tipo II, hipertensión o en casos graves, infartos y derrames cerebrales. Sin embargo, en las últimas décadas la actividad física se ha visto desplazada por un mayor sedentarismo conforme la vida moderna y la tecnología, por lo que exige que las personas pasen cada vez más horas del día sentadas y dedicadas al estudio o al trabajo, sumado a un desarrollo tecnológico en constante aumento. Todo esto lleva a un sedentarismo tal alto que ya empieza a considerarse como un peligro para la salud de estos adolescentes.

Según lo manifestado por los adolescentes, algunos no realizan actividad física más de 20 minutos, porque les cansa, desgastan energías y les demanda tiempo. Sin embargo hay un porcentaje de estos adolescentes que si realizan deporte porque son participes de la selección de futbol y otras de vóley de su colegio.

Como también tenemos este estudio que difiere a nuestra investigación:

Cajas D, Punin R, Verdugo E, (72). En su investigación: “Impactos biológicos, psicológicos y sociales del embarazo en las adolescentes que acuden al hospital Miserior Perteneciente Al Cantón Gualaquiza. 2014”, obtuvieron como resultados que el 86,4% de embarazos estuvo entre las edades de 16 a 19 años, los factores predisponentes fueron: relaciones sexuales sin protección 80,7%, falta de información sobre sexualidad 54,5%, inicio de vida sexual activa precoz 5,7%; Los impactos sociales fueron que el 30,7% de adolescentes embarazadas dejaron de estudiar, el 34,1% son amas de casa, los impactos biológicos más frecuentes en la madre Infecciones Urinarias 58% y en el niño bajo peso 23,9%; los impacto psicológico, el 37,5 presentaron bajo autoestima,

del 48,9% el embarazo no fue deseado. Concluyen que el embarazo en adolescentes produce impactos sociales, impactos biológicos e impactos psicológicos.

Estudio que difiere con la investigación tenemos a:

Herrera E, (73). En su investigación: “Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano San Luis, I Etapa del distrito de Nuevo Chimbote, 2011”, obtuvo como resultados que en la edad media 16 años, el 33,8% de adolescentes refirió haber iniciado sus relaciones sexuales con una edad mínima de 14 años, con un rango de 15 a 17 años (15-17 años: 72,2%; 18-19 años: 27,8%). Respecto al nivel de conocimiento general, el 68,75% de adolescentes no conoce las cuatro dimensiones básicas de la sexualidad: anatomía y fisiología sexual, ciclo de respuesta sexual, ITS y metodología anticonceptiva. La mayoría de adolescentes (70%) presenta una actitud global desfavorable hacia la sexualidad. Concluye que la mayoría de adolescentes entrevistados presenta un conocimiento deficiente sobre las dimensiones básicas de la sexualidad, con una actitud desfavorable hacia la misma.

Las relación sexual se puede definir como el contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos. La relación sexual abarca muchas posibles actividades o formas de relación entre dos personas y no se limita solo a coito o penetración. Como también es el conjunto de comportamientos que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar o recibir placer sexual (74).

Se denomina embarazo precoz a aquel estado en que la mujer se encuentra procreando una vida sin ser aún mayor de edad, o para otros, cuando es menor de 20 años. Es decir se producen en las mujeres adolescentes, entre el inicio de la adolescencia o pubertad, como también se llama a esta etapa que se localiza entre los 11 y 14 años, y el final de la adolescencia, dado que es una etapa en que la mujer se encuentra en edad fértil (75).

En la presente investigación casi la totalidad de los adolescentes no han tenido ningún embarazo o algún aborto; la mayoría al iniciar su primera relación sexual no hicieron uso de ningún método anticonceptivo; más de la mitad no han tenido relaciones sexuales.

El inicio de las relaciones sexuales, hoy en día se sospecha con mayor frecuencia, debido a que los adolescentes se encuentran en la etapa de desarrollo y de interesarse por su sexo opuesto y se dejan llevar por sus instintos sin ni siquiera pensar en las consecuencias que ese acto podría traer. Como bien sabemos el tener relaciones a temprana edad va desencadenar una serie de factores que pueden poner en riesgo la vida de estos adolescentes, ya que esto se debe a la falta de conocimiento por parte de ellos y por no orientarse y tomar las medidas preventivas necesarias. Los factores que se pueden presentar son los factores sociales, psicológicos, físicos y mentales.

Las parejas que tienen relaciones sexuales deben utilizar métodos anticonceptivos en forma adecuada y cada vez que tienen relaciones, para evitar un embarazo no deseado, como también tiene que pensar muy bien antes de actuar porque de ahí ya no hay vuelta atrás.

El embarazo precoz es un problema actual que está considerado como un problema prioritario de salud, su influencia en la sociedad mundial van tomando más conciencia acerca de ser más directo con la juventud e informarles acerca de los métodos de anticoncepción, mucho se habla sobre los riesgos que acompañan el embarazo en la adolescencia, tanto para la madre como para su pequeño hijo, pero a pesar de todo hay quienes asumen esa responsabilidad, siendo muy jóvenes y sin la debida preparación. El embarazo en edades tempranas de la vida, está acompañado de riesgos biológicos y sociales, en el primer caso, al aborto, pues una adolescente por no tener la madurez requerida en sus órganos reproductivos, no está preparada para asumir un parto y es por eso que en la mayoría de los casos, aparecen complicaciones, e incluso las muchachas pueden quedar estéril. La manera más eficaz de evitar un embarazo precoz es la abstinencia.

Según lo manifestado por los adolescentes, algunos refieren que no han tenido relaciones sexuales hasta el momento, debido a que su prioridad es acabar con sus estudios y ser profesionales. Pero existe otro cierto porcentaje de adolescentes en estudio que refirieron que ya habían iniciado sus relaciones sexuales y que en su primera relación no utilizaron ningún método anticonceptivo, porque desconocían de ello y no sabían cómo utilizarlo correctamente. En el caso de las mujeres adolescentes existe un mínimo porcentaje que si han tenido algún aborto, mientras que otras adolescentes no han pasado por esa situación todavía. Por ultimo algunos adolescentes refieren que decidieron iniciar sus relaciones sexuales porque quisieron experimentar, sin saber que podrían traer consecuencias graves, por lo que existe riesgos o

posibilidades, de que estos adolescentes hayan adquirido enfermedades de transmisión sexual o infecciones sin haberse dado cuenta, debido a que no se protegieron.

Como también tenemos a:

Torres A, (76). En su investigación titulada: “Efectos de la privación del sueño en el rendimiento académico en adolescentes de secundaria del Instituto Educativo Venezuela, 2010-2011”; se obtuvo como resultados que un porcentaje significativo de estos estudiantes refieren que duermen entre 8 y 10 horas diarias, cifras estas recomendadas por los especialistas. Concluyendo que esto podría estar influyendo en su rendimiento académico, ya que presentan efectos característicos de la privación del sueño en personas que no duermen las horas reglamentarias para su edad, tales como: irritabilidad, somnolencia, bostezos, falta de concentración, quedarse dormidos en el salón de clase, entre otros.

El sueño es una instancia fundamental para restaurar las funciones corporales, mentales, fisiológicas y bioquímicas, entre otras, el que se constituye en una necesidad, que tiene que ser satisfecha en calidad y cantidad adecuadas para cada persona. No todas las personas necesitan dormir igual número de horas. En promedio, un si nos enfocamos en los adolescentes generalmente, ellos necesitan una media de nueve horas para dormir, un adulto entre 6 y 8 horas, mientras que una persona de edad avanzada puede tener suficiente con 5 o 6 horas (77).

En la presente investigación un poco más de la mitad de los adolescentes duermen de 6 a 8 horas.

Si hablamos de los adolescentes, el dormir es tan importante como el aire que respiramos, el agua o la comida que ingerimos y en los adolescentes es fundamental para su desarrollo, ya que dormir es alimentar el cerebro. El sueño nos ayuda a mantenernos sanos y a “recargar baterías” en nuestros sistemas corporales, para que así podamos disfrutar al máximo de las actividades cotidianas, además el “sueño” es un aspecto fundamental para verse mejor, estar creativo y sano. Aquellos que no reciben suficiente sueño cada noche pueden sufrir una regulación de la grasa corporal inadecuada, deterioro de la función cognitiva y obstaculización en el desempeño atlético. En promedio, los adolescentes necesitan entre ocho y nueve horas y media de sueño para rendir bien en todas sus actividades.

Lamentablemente, muchos de ellos no alcanzan a dormir esta cantidad de tiempo tan necesaria para su rutina y su salud. Dormir mal o dormir poco uno o dos días no implica un problema. El tema es cuando la falta de sueño se vive día a día, porque tal déficit en el descanso repercute en la capacidad de prestar atención, el estado de ánimo, el rendimiento deportivo, etc. En este sentido, distintos expertos han vinculado la falta de sueño con el hecho de sacar peores notas en el colegio y con sufrir problemas emocionales como tristeza o depresión. Conocer la importancia del sueño y lo distinto que es en la adolescencia puede ayudar a que los padres incorporen hábitos junto a sus hijos que les permitan descansar más y mejor, para poder rendir bien en todos los ámbitos, no solo en la escuela y tener una buena salud.

Según lo manifestado por los adolescentes, ellos refirieron que duermen de 6 a 8 horas diarias porque tienden a acostarse temprano y no desvelarse, pero existe excepciones de otros adolescentes que se acuestan tarde pero que se levanta temprano para realizar sus diferentes actividades diarias. Por ultimo también refirieron que algunas veces por acostarse a dormir tarde, ya sea porque salieron a pasear o porque se desvelaron en un cumpleaños, al día siguiente amanecen cansados y les juega una mala pasada en su rendimiento académico.

Estudio que es similar con la investigación tenemos a:

Santinelli M, (78). En su investigación: “Hábitos alimentarios y estilo de vida en adolescentes de 13 a 17 años de edad, que concurren a la Escuela Secundaria de Pavón Arriba, de la provincia de Santa Fe, 2011”, se obtuvo como resultados que en cuanto a la selección de alimentos: los lácteos, el pan, las frituras y las golosinas son los de mayor consumo semanal, siendo las hortalizas, frutas, legumbres y el pescado los de menor consumo. Después de haber analizado los datos recabados se concluye que se observa que en la alimentación de los adolescentes existen diferencias en la calidad nutricional de los alimentos que consumen, con respecto a lo recomendado para su edad.

La alimentación es la acción y efecto de alimentar o alimentarse, es decir, es un proceso mediante al cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos para obtener de estos los nutrientes necesarios para sobrevivir y realizar todas las actividades necesarias del día a día. También, la alimentación es conceptualizada como la ingestión de alimentos por parte de los organismos para conseguir los nutrientes necesarios y así con esto obtener las energías y lograr un desarrollo equilibrado. Si hablamos del adolescente, ellos tienen

necesidades nutritivas marcadas por procesos de maduración sexual, aumento de talla y peso, aumento de masa corporal y aumento de masa ósea, por lo que requiere mayor cantidad de energía y nutrientes como carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales, en forma equilibrada o balanceada (79).

En la presente investigación, la mayoría de los adolescentes consumen a diario fideos, arroz y papa; menos de la mitad consumen 3 o más veces a la semana carne, 1 o 2 veces a la semana pescado, menos de 1 vez a la semana pescado y nunca o casi nunca los dulces y gaseosas.

El consumir alimentos saludables en la adolescencia ayuda a tener una mejor vida y previene una serie de enfermedades graves como cardiovasculares, infartos de miocardio y accidentes vasculares cerebrales. Además comer bien ayuda a combatir el estrés y nos protege de trastornos menores como los resfriados o la gripe y así también el tener una alimentación equilibrada en una buena cantidad y frecuencia adecuada contribuye a mantener un nivel de energía y mejorar el rendimiento académico, ayudando así en sus procesos de aprendizaje.

En cuanto a la alimentación de los adolescentes, ellos requieren mayor cantidad de energía y nutrientes, como carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales en forma equilibrada y balanceada. Diariamente el adolescente debe consumir un 30% de proteínas, un 50–60% carbohidratos, un 10-15% de grasas. Se debe enfatizar la ingesta de frutas, hortalizas, granos enteros, legumbres, carnes magras y pescados, productos lácteos bajos en grasa, así como otros alimentos pobres en grasa saturadas, ácidos grasos trans o con exceso de azúcar o sal. El aporte energético de cada día debe distribuirse de la

siguiente manera: desayuno alrededor del 25% de las calorías, el almuerzo el 30%, la merienda el 15% y por último la cena con el 30% restante. No solo es importante la cantidad de alimentos que comemos, sino también su calidad, ya que ambas influyen en el mantenimiento adecuado de nuestra salud.

Según lo manifestado por los adolescentes, de todos los alimentos lo que más consumen a diario son los carbohidratos, debido a que son alimentos requeridos para el adolescente, pero ellos refieren que muy poco consumen el pescado siendo este un alimento básico, rico en omega 3, contiene proteínas, vitaminas, minerales. Asimismo refieren que no les gusta el pescado porque desde pequeños han sido consentidos por sus padres para no comerlo, como también porque el pescado tiene una parte negra que con tan solo olerlo les tiende a vomitar y el sabor es desagradable es por ello que consumen muy poco el pescado. Por último como bien sabemos esa parte negra del pescado es el más alimento porque contiene hierro y va fortalecer los huesos de estos adolescentes, ya que se encuentran en una etapa de crecimiento y desarrollo.

Tabla 4,5,6: Del 100% (200) de los adolescentes de 3º secundaria de la Institución Educativa N°89002, el 43,0% (86) no reciben ningún tipo de apoyo social natural; el 99,5% (199) no reciben ningún tipo de apoyo social organizado; en cuanto al apoyo de organizaciones, el 5,5% (11) de los adolescentes reciben vaso de leche, el 2,5% (5) reciben apoyo de otras organizaciones, el 2,0% (4) pertenecen a un comedor popular y el 0,5% (1) recibe el programa beca 18. El 35,5% (71) se atendió en estos últimos 12 meses en un hospital; el 47,0% (94) acudió a un establecimiento de salud por

infecciones, trastornos respiratorios o digestivos; el 43,5% (87) consideran que el lugar donde lo atendieron está en regular distancia a su casa; el 54,0% (108) cuentan con SIS-MINSA; el 50,0% (100) opinan que el tiempo que espero para que lo atendieran fue regular; el 46,0% (92) opina que la calidad de atención que recibieron el establecimiento de salud fue regular; el 75,0% (150) afirman que si existe pandillaje o delincuencia cerca de sus casas.

Estudio que se asemeja con la investigación tenemos a:

Saldaña O, Sanango M, (80). En su investigación titulada: “Calidad de atención científico humanístico que presta el personal de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción del usuario del centro de salud de Cojitambo. Azogues, 2014”, obtuvo como resultados que los usuarios no se sienten muy satisfechos por la atención recibida, dado que el personal de enfermería en algunas ocasiones no presta interés a los problemas y necesidades de salud. Al momento de entrega de turnos los usuarios muestran inconformidad ocasionado por la prioridad que se brinda a las personas que han reservado el turno por vía telefónica siendo así mayor el tiempo de espera para recibir la atención puesto que algunos usuarios indican desconocer el número telefónico del centro de salud. Concluyendo que la calidad de atención de enfermería hacia el usuario no se basa simplemente en la mejora de la infraestructura o servicios que brinda el centro de salud sino en la atención humanizada y de calidad.

Asimismo tenemos otro estudio de:

Darío R, Arena L, Betancur J, Gómez S, (81). En su investigación titulada: “Percepción de la calidad en la atención de salud. Manizales, 2014”, concluye

que los factores relacionados con la percepción de la calidad en la prestación de los servicios de salud están relacionados básicamente con las expectativas que los usuarios tienen para recibir un servicio que cumpla con la satisfacción de sus necesidades, las mismas están orientadas al mejoramiento del estado de salud de las personas, al respecto los elementos o circunstancias que influyen significativamente en los usuarios son: la oportunidad en la atención, el cumplimiento en los horarios de atención de las citas y la calidad humana del personal que ofrece el servicio.

Calidad de atención de la salud es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Consiste en la prestación de servicios de tal forma que se aborden los derechos de las y los clientes. Asimismo la calidad de atención es un proceso para la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los mismos. Los clientes constituyen el elemento vital de cualquier organización. Sin embargo, no todas las organizaciones consiguen adaptarse a las necesidades de sus clientes ya sea en cuanto a calidad, eficiencia o servicio personal (82).

En la presente investigación la mitad de los adolescentes consideran que el tiempo que espero para ser atendido fue regular; menos de la mitad consideran que el lugar donde se tendieron está en regular distancia a sus casas y consideran que la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud fue regular.

Hoy en día la calidad de atención es una de las quejas más frecuentes de las personas que acuden a los centros de salud, los hospitales y las clínicas, es el

poco cuidado que varios de ellos tienen en los sistemas de atención al cliente, y por lo tanto, en su calidad. Por lo general, cuando un paciente acude a un hospital o clínica, es porque desea efectuarse un chequeo médico, a lo que se denomina prevención, o porque ya tiene una dolencia y necesita un diagnóstico y un tratamiento para poder curarse, es decir. Esta delicada situación hace que el paciente sea realmente vulnerable emocionalmente y a veces los que trabajan en los hospitales o clínicas y deben tener alguna relación directa con él, se olvidan de ello. Por último es necesario brindar una buena calidad de atención para que así los usuarios sientan esa satisfacción y tengan más confianza al momento de atenderse, no debemos hacerles esperar tanto tiempo tenemos que priorizar según los riesgos que presenten en ese momento, brindando así un cuidado individualizado e integral y sobre todo de calidad.

Si hablamos de los controles de CRED en el Adolescente, la atención se ofrece en los establecimientos de salud y también en otros escenarios, tales como el hogar, la escuela, la comunidad, el centro de trabajo. La atención se inicia con la evaluación integral, la misma que comprende: la atención del motivo de consulta, la atención preventiva promocional o recuperativa y la elaboración del plan de atención integral individualizado. La evaluación integral debe realizarse por lo menos una vez al año, en un máximo de tres sesiones. La atención del adolescente incluye: control de medidas antropométricas, control de signos vitales, control visual, control de agudeza auditiva, examen de postura, aplicación de test del: CIA, habilidades psicosociales y tamizaje de violencia familiar, la entrega de los cuidados esenciales correspondientes, la orientación, la consejería integral, la identificación de otras necesidades y riesgos, la cita para

el control del motivo de consulta y la continuación del plan de atención y la referencia, de acuerdo al caso.

Según lo manifestado por los adolescentes en estudio, ellos refirieron que muchas veces cuando sufren de alguna dolencia y recurren ya sea a los hospitales, puestos, postas o centros de salud, no son atendidos como ellos quisieran debido a que el trato que los profesionales les dan es déspota e inadecuado, como también las horas que pasan allí haciendo colas largas para que sean atendidos eso les disgustan, por lo que ellos no están muy contentos con la atención que reciben y es por ello que manifiestan que la atención es regular. Por otro lado los adolescentes también manifestaron que en cuanto a sus controles de crecimiento y desarrollo (CRED), ellos no acuden a su control, debido a la falta de conocimiento, otros por falta de interés y otros simplemente porque no son atendidos como ellos quisieran, ya que la calidad de atención es un poco baja de profesional a usuario.

Asimismo este estudio se asemeja a la investigación:

Ypanaqué P, Martins M, (83). En su investigación titulada: “Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana, 2015”, obtuvo como resultados que las personas aseguradas y las afiliadas al EsSalud tuvieron más probabilidades de usar la consulta ambulatoria que las personas no aseguradas y los afiliados al SIS. Los afiliados al SIS acudieron principalmente a los centros y puestos de salud (47,1%), mientras que los afiliados a otros seguros utilizaron mayoritariamente los hospitales y clínicas. Los no asegurados usaron como primera opción las farmacias y boticas (46,7%) con la finalidad de solucionar

sus problemas de salud. En todos los seguros se realizó pago de bolsillo por la consulta, los medicamentos y los exámenes auxiliares. La percepción de "no gravedad" fue la principal razón de no búsqueda de atención en los asegurados (40,0%) y no asegurados (41,4%); no obstante la falta de dinero mostró una diferencia importante entre asegurados (10,6%) y no asegurados (16,3%).

El seguro de salud se puede definir como un complemento a la sanidad pública y pueden ser de mucha utilidad en caso que nos planteemos una protección adicional para nuestra salud. El Seguro de Salud proporciona al titular y a su familia una cobertura sanitaria, asistencial y en ocasiones de carácter económico, cubre los costos, en el supuesto de sufrir alguna dolencia o enfermedad. Entre los tipos de seguro tenemos el SIS - MINSA, ESSALUD, SANIDAD, entre otros (84).

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. Entre ellos tenemos puestos de salud, hospitales, centros de salud entre otros (85).

En la presente investigación un poco más de la mitad tiene el seguro del SIS-MINSA; menos de la mitad se atendieron en un hospital estos 12 últimos meses.

El seguro de salud en este caso el SIS-MINSA es accesible para todos y es gratis, ya que en cualquier momento estamos propensos a sufrir algo inesperado que ponga en riesgo nuestra salud, por ello debe convertirse en una prioridad para todos nosotros, ya que nadie es inmune a las enfermedades o accidentes. El Seguro Integral de Salud está orientado a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de la población, priorizando aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. Los requisitos para asegurarse son: copia de DNI, copia de recibo de agua o luz.

Según lo manifestado por los adolescentes, ellos refieren que cuentan con el seguro del SIS-MINSA y que al ir atenderse a cualquier institución de salud tienen que llevar la hoja de sus SIS, para que puedan ser atendidos y tienen que hacer unas colas inmensas para ser atendidos. Por otro lado estos adolescentes en estudio refieren que recurren más a los hospital por este se encuentra más equipado y tiene al alcance una gama de equipos y materiales necesarios ante cualquier emergencia.

Este estudio también se asemeja a la investigación:

Salazar J, Torres T, Reynaldos C, Figueroa N, González A, (86). En su investigación titulada: “Factores asociados a la delincuencia en adolescentes de Guadalajara, Jalisco 2009 - 2010”, concluye que el objetivo del estudio fue identificar condiciones de vida de los adolescentes acusados por cometer delitos contra la salud y robo desde una perspectiva psicosocial. Se revisaron los expedientes de los menores remitidos al Centro Tutelar de Menores de Jalisco. En los expedientes consta la valoración psicológica, social, educativa, médica y propuesta judicial, así como información administrativa. La muestra se

conformó por 122 expedientes de adolescentes, de los cuales 50 por ciento fueron acusados por delitos contra la salud, y el otro 50 por ciento, por robo; 100 fueron expedientes de hombres y 22 de mujeres.

La delincuencia es la cualidad del delincuente o la acción de delinquir. El delincuente es quien delinque; es decir, quien comete delito (un quebrantamiento de la ley). Asimismo se puede definir como una acción que ejercen personas al violar las leyes y por las cuales, en caso de ser condenadas por tales hechos, se deben cumplir un castigo impuesto por un juez (87).

En la presente investigación la mayoría de los adolescentes, refieren que existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa.

La delincuencia en la actualidad es cosa de todos los días, ya que va en aumento las cifras por lo que esto perjudica el bienestar y va contra la integridad de la persona, porque se ha convertido en un problema social que está afectando a todos ya sea de manera directa e indirecta. Cada vez son más afectados los adolescentes que sufren de algún robo, dejando hasta heridos y en otros casos hasta muertos. Por otro lado muchas veces estos adolescentes están expuestos a formar parte de ello, ya sea porque son influenciados de manera negativa por los amigos o terceras personas, que solo buscan formar y mantenerlos en un círculo vicioso que puede traer consecuencias graves tanto para el adolescente como para su familia.

Según lo manifestado por los adolescentes, ellos refieren que existe pandillaje en lugares más transitados por ellos, como por ejemplo: en los parques cerca de sus casas, cuadras antes de llegar a sus domicilios. Asimismo

manifiestan que han sido víctimas de robos, en donde les han quitado sus celulares, dinero, algunas pertenencias y cosas de valor que traían en ese momento. Por último también refieren que han sido expuestos a una serie de palabras groseras cuando han puesto resistencia al momento del robo.

Este estudio es similar a la investigación:

Obeso R, (88). En su estudio titulado: “Determinantes de la salud en adolescentes con anemia I.E Inmaculada De La Merced – Chimbote- 2012, obtuvo como resultados que la mayoría de los adolescentes no reciben ningún apoyo social organizado y no reciben ningún apoyo de organizaciones; menos de la mitad recibe apoyo de familiares.

El apoyo social es el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza y que pueden producirse tanto en situaciones cotidianas como de crisis. Entre los sistemas de apoyo social tenemos redes de apoyo social natural: La familia, amigos y allegados, compañeros de trabajo, vecinos, compañeros espirituales. Otro son las redes de apoyo social organizado: Organizaciones de ayuda al enfermo, seguridad social, empresa para la que se trabaja, instituciones de acogida, organizaciones de voluntariado (89).

En la presente investigación casi la totalidad de los adolescentes no reciben ningún apoyo social organizado, no reciben ningún apoyo de organizaciones; menos de la mitad no reciben ningún apoyo social natural.

Si hablamos de las redes de apoyo natural, este es un tipo de apoyo que la familia debe brindar al adolescente, ya que cuando una persona se siente sola lo

primero que quisiera que este a su lado son sus padres, respaldándoles en todo dándole ánimos para seguir y no fracasar, pero muchas veces el adolescente no recurre a su familia y recurre a otras personas de que en vez que le haga un beneficio le va perjudicar debido a que los amigos muchas veces son los encargados de influenciar y manipular para mal.

A comparación con el apoyo social organizado, estas si son accesibles para casi todos los individuos, pero muchas veces no la reciben gran parte de ello, debido a que existen ciertos factores que influyen a que este apoyo no llegue casi a todos las personas por falta de comunicación, información y desinterés por parte de la población; ya que muchas veces estos programas no llegan exactamente a las personas que más lo necesitan y que deberían ser específicamente los beneficiados por lo contrario la realidad es otra ya que por falta de conocimiento los beneficiados son otros.

A ello podemos acotar que estos adolescentes desconocen del Programa Beca 18 que el estado tiene para ellos, el cual es un programa conformado por jóvenes peruanos que cuenten con alto rendimiento académico y bajos recursos económicos, pobres, pobres extremos y poblaciones vulnerables o en situaciones especiales, y que hayan ingresado a una institución de educación superior y carrera elegible. Sus requisitos son: ser peruano, acreditar alto rendimiento académico, haber estudiado culminado la secundaria en el año 2013, 2014, 2015, encontrarse en una situación de pobreza o pobreza extrema, entre otros.

Según lo manifestado por los adolescentes en estudio, ellos refieren que cuando tienen algún problema prefieren tratar de arreglarlo por si mismos o recurren a sus amigos porque no tienen mucha confianza a sus padres, por lo que

ya existe un mínimo porcentaje de que estos adolescentes que pueden irse por el mal camino ya que no tienen a nadie que le apoye o le brinde seguridad. A diferencia de otros adolescentes que manifestaron que si cuentan con el apoyo de sus padres cuando lo necesitan. Por otro lado los adolescentes también refirieron que desconocen del apoyo de organizaciones del estado, tanto ellos como sus padres, por lo que esto implica que no hay mucha difusión por parte del gobierno y muchas veces ese es el motivo principal por el cual los adolescentes no reciben ese tipo de apoyo, dado que estos servicios que brinda el estado son completamente gratuitos y fáciles de acceder a ello, pero por desconocimiento no reciben de esta ayuda dada por el estado.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

- En los determinantes biosocioeconómicos de los adolescentes del 3° secundaria de la Institución Educativa N° 89002, casi la totalidad eliminan sus excretas en baño propio, utilizan gas y electricidad para cocinar, cuentan con energía eléctrica permanente; la mayoría de las madres de los adolescentes tienen secundaria completa e incompleta, la tenencia del hogar es propia, el material del piso es de loseta, vinílicos o sin vinílicos, las paredes es de material noble, ladrillo y cemento, la basura la entierran, la queman o pasa el carro recolector y suelen eliminar su basura en el carro recolector; más de la mitad de los adolescentes son de sexo femenino, la ocupación del jefe de familia es trabajador estable; un poco más de la mitad de los adolescentes tienen entre 12 a 14 años 11 meses y 29 días, tienen un ingreso familiar menor de 750 nuevos soles, su tipo de vivienda es unifamiliar, el techo es de material noble, ladrillo y cemento; menos de la mitad duermen en una habitación independiente, su abastecimiento de agua es de conexión domiciliaria y el carro recolector pasa diariamente por sus casas.
- En los determinantes de los estilos de vida de los adolescentes del 3° secundaria de la Institución Educativa N° 89002, casi la totalidad no han tenido ningún embarazo o algún aborto; la mayoría se bañan diariamente, tienen reglas y expectativas claras y consistentes acerca de su conducta y/o disciplina, no presentaron ninguna agresión o violencia que dañen su salud y al iniciar su primera relación sexual no hicieron uso de ningún método

anticonceptivo, consumen a diario fideos, arroz y papa; más de la mitad de los adolescentes no han tenido relaciones sexuales, tienen preocupación por engordar; un poco más de la mitad no fuman, ni han fumado nunca de manera habitual, han consumido bebidas alcohólicas ocasionalmente, duermen de 6 a 8 horas, llevan una restricción en su conducta alimenticia (ayuno, dietas, ejercicios), no han pensado quitarse la vida ante un problema; menos de la mitad de los adolescentes realizan deporte en su tiempo libre, en las dos últimas semanas no realizaron actividad física durante 20 minutos, han sido agredidos dentro de su escuela y no acuden a un establecimiento de salud, consumen 3 o más veces a la semana carne, 1 o 2 veces a la semana pescado, menos de 1 vez a la semana pescado y nunca o casi nunca los dulces y gaseosas.

- En los determinantes de redes sociales y comunitarias de los adolescentes del 3° secundaria de la Institución Educativa N° 89002, casi la totalidad no reciben ningún apoyo social organizado, no reciben ningún apoyo de organizaciones; la mayoría refieren que existe pandillaje o delincuencia cerca de su casa; un poco más de la mitad tiene el seguro del SIS- MINSA; la mitad de los adolescentes consideran que el tiempo que espero para ser atendido fue regular; menos de la mitad no reciben ningún apoyo social natural, se atendieron en un hospital estos 12 últimos meses, acudieron a un establecimiento de salud por infecciones, trastornos respiratorios y digestivos, consideran que el lugar donde se atendieron está a regular distancia a sus casas y consideran que la calidad de atención que recibieron en el establecimiento de salud fue regular.

5.2. Recomendaciones:

- Sensibilizar y concientizar a las autoridades, para que por medio de los resultados encontrados coordinen, elaboren y ejecuten acciones a favor de un adecuado estilo de vida y demás acudan al establecimiento de salud a un chequeo anual y que sean atendidos favorablemente, de manera que se invierta los recursos necesarios y el presupuesto en salud que tienen a su cargo a fin de disminuir algunas enfermedades que atentan contra la salud de los adolescentes del 3° secundaria de la Institución Educativa N° 89002.
- Difundir los resultados obtenidos en el lugar donde se ejecutó y en diferentes localidades, a fin de contribuir y enriquecer los conocimientos para mejorar los estilos de vida en los adolescentes del 3° secundaria de la Institución Educativa N° 89002.
- Coordinar con el director de la Institución educativa a que invite a las enfermeras del puesto de salud a que realicen frecuentemente talleres educativos con la participación de los padres de familia para concientizar y darles orientación acerca de todo lo que deseen saber o conocer.
- Realizar nuevas investigaciones en diferentes campos de la provincia tales como instituciones educativas, AA.HH, pueblos jóvenes, Distritos o por qué no decirlos zonas rurales; en base a los resultados obtenidos en el presente estudio, de manera que permitan mejorar su calidad de vida y de igual manera que sirva para concientizar a la población sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable y conocer los factores que determinan una vida productiva y saludable o problemas en la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno E. La salud pública en el siglo XXI. Argentina: CIMEL, edición N° 7. 2002. Pág. 6.
2. Tardy M. ¿Qué es la Salud para la Organización Mundial de la Salud?. [página en internet]. Argentina: 2007-2011. [Citado 2010 Ago. 15]. Disponible en: http://www.psico-web.com/salud/concepto_salud_03.htm
3. 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.
4. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. [página en internet]. Perú: 2017. [Citado 15 junio 2017]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
5. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition, BLANE D, BRUNNER E, WILKINSON D (eds), Health and Social Organization. London. Routledge. Pp. 71-93.
6. LipLicham, C; Rocabado, F. Determinantes sociales de la salud en Perú / Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud; 2005. 84 pp.
7. Valdivia G. Aspectos de la situación de salud del adolescente en Chile. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile ;1994; 23:18-22.
8. Spinelli H, Urquía M, Bargalló M, Alazraqui M. Equidad e Inequidad en Salud. [página en internet]. Argentina: 2013. [Citado 15 junio 2017]. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedes.pdf>

9. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. The Stationary Office. Great Britain ; 1998.
10. Álvarez A, García A, Rodríguez S, Bonet M. Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol. [revista en la Internet]. 2007. [citado 29 marzo 2012]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1512/infid06212.htm>
11. Ministerio de Salud. “Foros: Construyamos Juntos una Mejor Salud para Todos y Todas”. Chile. Impreso en Puerto Madero; 2010.
12. Ministerio de Salud. Plan Nacional concertado de salud. Perú. Julio; 2007.
13. UNICEF. Situación de la Salud: Adolescencia. [página en internet]. Perú: 2016. [actualizado 03 abril 2016; citado 03 abril 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm
14. Dirección Regional de la Ugel Santa. Reseña Histórica De La Institución Educativa N° 89002. Chimbote – Perú, 2015.
15. Hernández H. Modelo de Creencias de Salud y Obesidad. Un estudio de los Adolescentes de la Provincia de Guadalajara, 2011. [página en internet]. España: Alcalá de Henares, 2011. [actualizado 26 enero 2011; citado 16 junio 2017]. Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/9024/TESIS%20HELENA%20HERNANDEZ%20MARTINEZ.pdf?sequence=1>
16. Padrón H. “Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación, Tabasco – México, 2011. [página en internet]. México: Tabasco, 2011. [actualizado 22 junio 2011; citado 16 junio 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007

17. Villegas M. La calidad de atención brindada por el profesional de salud a los usuarios externos en el área de emergencia del Hospital San Vicente de Paul de Colombia, durante el periodo noviembre 2010 a agosto 2011. [página en internet]. Colombia: 2011. [actualizado 21 abril 2016; citado 21 abril 2016]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/salomonhuamanquina/tesis-final-corregida-huamn-quia>

18. Guzmán P. Ideas irracionales y dimensiones de la personalidad en adolescentes con intento de suicidio, Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2012. [página en internet]. Perú: Lima, 2012. [citado 16 junio 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3302/1/Guzman_gp.pdf

19. Burga D; Sandoval J. El Mundo Adolescente: Estilos de Vida de las Adolescentes de una Institución Educativa - Chiclayo 2012. [página en internet]. Chiclayo: 2012. [actualizado 21 abril 2016; citado 21 abril 2016]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/138/1/TL_Burga_Guzman_Di_ego.pdf

20. Kise, C. Determinantes de la Salud en Adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas, Villa María – Nuevo Chimbote, 2013. [página en internet]. Nuevo Chimbote: 2013. [Citado el 16 junio 2017]. Disponible en: <http://Erp.Uladech.Edu.Pe/Archivos/03/03012/Documentos/Repositorio/2013/01/12/021638/20140128111707.Pdf>

21. Oliva E; Solís A. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización El Pacifico - Nuevo Chimbote, 2015. [página en internet]. Perú: 2015. [actualizado 21 abril 2016; citado 21 abril 2016]. Disponible en: <http://obstetricia.uladech.edu.pe/en/investigacion/finish/13-2013/113-conocimientos-y-actitudes-sexuales-en-adolescentes-de-la-urbanizacion-el-pacifico-nuevo-chimbote-2015>

22. Vega J, Orielle A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: Perú; 2002. Edición, editorial.
23. Selig J. Reflexiones sobre el tema de las inequidades en salud. Documento presentado al curso Fundamentos de los Determinantes Sociales de la Salud. OPS.: Washington; 2009.
24. Dalhigren G, Whitehead M. Levelling up (Part 2) a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health No. 3. OMS Regional Office for Europe. University of Liverpool: Denmark; 2006.
25. Barragán H. Fundamentos de salud pública. Cap. 6, Determinantes de la salud. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007. Pg.161-189.
26. Méndez L. Significado de adolescencia. [página en internet]. Perú: 2016. [actualizado 03 abril 2016; citado 03 abril 2016]. Disponible en: <http://www.significados.com/adolescencia/>
27. Salmerón M, Casas J. Problemas de salud en la adolescencia. [página en internet]. Madrid: 2013. [actualizado marzo 2013; citado 03 abril 2016]. Disponible en: <http://www.pediatruiintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/problemas-de-salud-en-la-adolescencia/>
28. Hetiquez F. Intervenciones de enfermería en beneficio de los adolescentes. Universidad de la Frontera. España: 2da edición. Extraído el 03 de abril de 2016.
29. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed . Mexico: Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 2000.

30. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Artículo en internet]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2003. [Citado 15 agosto 2010]. Disponible en URL: <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>.
31. Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 paginas]. Disponible en URL: <http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
32. Canales F, Alvarado E. Metodología de la Investigación. 20ava. Reimpresión, México: Ed. Limusa; 2004.
33. Girondella L. Sexo y Género: Definiciones. [página en internet]. Colombia: 2012. [actualizado 23 febrero 2012; citado 17 junio 2017]. Disponible en: <http://contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones/>
34. Pérez J. Definición de Edad. [página en internet]. Madrid: 2015. [actualizado 15 mayo 2015; citado 17 junio 2017]. Disponible en: <http://definicion.de/edad/>
35. Gonzales J. Nivel de instrucción. [página en internet]. Cuba: 2016. [actualizado 23 julio 2016; citado 17 junio 2017]. Disponible en: <http://campuscitep.rec.uba.ar/mod/glossary/view.php?id=11413&mode=letter&hooK=N>
36. Juárez D. Ingreso económico. [página en internet]. Perú: 2017. [actualizado 07 junio 2017; citado 17 junio 2017]. Disponible en: http://www.eco-finanzas.com/diccionario/I/INGRESO_ECONOMICO.htm
37. Morgan P. Ocupación. [página en internet]. Colombia: 2013. [actualizado 06 diciembre del 2013, citado 18 junio 2017]. Disponible desde el URL: <http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article-145083.html>

38. Mendoza F. Definición de vivienda. [página en internet]. España: 2016. [actualizado 25 junio 2016; citado 18 junio 2017]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/marco_conceptual_cpv2010.pdf
39. Dávila E. Definición de estilos de vida. [página en internet]. Guatemala: 2015 [actualizado 26 octubre 2015; citado 18 junio 2017]. Disponible en: <http://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/vida-sana/estilo-de-vida/>
40. Martínez R. Definición de alimentación. [página en internet]. Barcelona: 2016 [actualizado 20 agosto 2016; citado 18 junio 2017]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/salud/alimentacion.php>
41. Martos E. Redes Comunitarias: La perspectiva de abordaje. [página en internet]. Gandía: 2016 [actualizado 15 Diciembre 2016; citado 18 junio 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/43290427/Redes-Comunitarias-La-perspectiva-de-abordaje-desde-el-Trabajo-Social>
42. Sánchez L. “Satisfacción en los servicios de salud y su relación con la calidad en hospitales públicos”. [Titulo para optar el grado de Médico Cirujano]. Pachuca 2005. Disponible en <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
43. Hernández O. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España. [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>.
44. Martínez N, Cabrero J, Martínez M. Metodología de la investigación: Consideraciones Éticas. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm

45. Torres R. Definición de adolescente. [página en internet]. España: 2007. [actualizado 25 junio 2007; citado 02 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/adolescente.php>
46. Desposorio Y. Determinantes De La Salud En Adolescentes Con Bullying. I.E “Andrés Avelino Cáceres” N^a89008. [Tesis Doctoral]. Chimbote: 2012. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/12/021692/20140128110929.pdf>
47. Islado A. Determinantes de la salud en adolescentes gestantes. Puesto de Salud Miraflores Alto – Chimbote. [página en internet]. Perú: 2012 [actualizado Diciembre 2014; citado 08 marzo 2016]. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/354/238>
48. Cáceres A, Núñez L, Rodríguez D, Montero C. Un estudio del ingreso familiar a través del ahorro, Venezuela, 2011. [página en internet]. Venezuela: 2011. [actualizado junio 2011; citado 27 marzo 2016]. Disponible en: http://www2.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-36172007000100012&lng=es&nrm=i
49. Ortiz M. Determinantes de la salud de los adolescentes del Caserío Alto de los Castillos la Arena- Piura 2013. [página en internet]. Perú: 2013 [actualizado Diciembre 2013; citado 06 abril 2016]. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000037473>
50. Ramírez M. Determinantes del Nivel de Ingreso de las Familias en la Ciudad de Tingo María, 2013-2104. [página en internet]. Perú: 2013-2014. [actualizado 26 junio 2014; citado 05 abril 2016]. Disponible en: <http://www.unas.edu.pe/web/content/determinantes-del-nivel-de-ingreso-de-las-familias-en-la-ciudad-de-tingo-mar%C3%ADa>

51. Gutiérrez H, Maredo C. ¿Qué es Sexo?. Argentina: El Cid, editor 2005 pág. 28 – 32.
52. Definición ABC. Definición de edad. [página en internet]. 2016. [citado 08 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/edad.php>
53. Citep. Grado de instrucción. [página en internet]. Perú. [citado 11 marzo 2016]. Disponible en: <http://campuscitep.rec.uba.ar/mod/glossary/view.php?id=11413&mode=letter&hook=N&sortkey=&sortorder=>
54. Definición ABC. Definición de Ingresos. [página en internet]. Perú. [Actualizado 08 mayo 2015; citado el 16 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>
55. Buzan T. Una Incógnita En Ocupación. España: Ediciones Deusto, S.A. 2005.
56. Mosqueira M, Sabino N. Errores arquitectónicos, constructivos y estructurales de 270 viviendas construidas informalmente en 5 ciudades de la costa del Perú, 2011. [página en internet]. Perú: 2011 [actualizado 26 octubre 2011; citado 27 marzo 2016]. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/850>
57. Vallejo C. Análisis de las políticas y programas de vivienda del Ecuador: 2011. [página en internet]. Ecuador: 2011. [Actualizado octubre 2011; citado 05 abril 2016]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3514/1/Vallejo%20Salazar%20C%20A%20Alberto.pdf>
58. OPS/OMS. Vivienda Saludable. [página en internet]. México: 2010. [Actualizado 20 junio 2010; citado 16 marzo 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=823

59. Universidad de los Andes Venezuela. Conceptos y definiciones de población y vivienda. [página en internet]. Venezuela. [citado 05 abril 2016]. Disponible en: http://iies.faces.ula.ve/censo90/Conceptos_definiciones_de_poblaci%C3%B3n_vivienda.html
60. Quiroz J, Orellana R. Uso y manejo de leña combustible en viviendas de seis localidades de Yucatán, México, 2012. [página en internet]. México: 2012. [Actualizado 11 diciembre 2012; citado 05 abril 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-04712010000200004
61. Expower. Combustible, comburente y energía de activación. [página en internet]. España. [citado 05 abril 2016]. Disponible en: <http://www.expower.es/combustible-comburente-energia.htm>
62. Márquez J, Mora C, Bastidas L. Censo de población y vivienda. Pueblo indígena Timote, El Paramito Alto, municipio Miranda, estado Mérida, 2011. [página en internet]. Mérida: 2011. [Actualizado diciembre 2011; citado 05 abril 2016]. Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-30692008000300007&lng=es&nrm=i
63. Tegucigalpa C. Manejo Adecuado De Las Excretas En Situaciones De Emergencias Y Desastres. [página en internet]. Honduras: 2010. [Actualizado 17 julio 2010; citado 08 mayo 2015]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/desastres/honmaese.pdf>
64. Cuestas F; Fernández T. Eliminación De Basura: Desechos Y Residuos. España: TEA. Ediciones, 2010, pág.65.
65. Rojas J. Diagnóstico socioeconómico distrito Desaguadero-Perú, 2013. [página en internet]. Perú: 2013. [actualizado agosto 2013; citado 27 marzo 2016]. Disponible en: http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/0DBDAD6C5C062

[86705257964006F042F/\\$FILE/PIGARS-Diagnostico-socioeconomico-Desa-Peru.pdf](http://86705257964006F042F/$FILE/PIGARS-Diagnostico-socioeconomico-Desa-Peru.pdf)

66. Organización Mundial De La Salud; El abastecimiento de agua, el saneamiento y el desarrollo de la higiene. [página en internet]. Perú: 2015. [Actualizado 10 mayo 2015; citado 10 mayo 2015]. Disponible en: http://www.who.int/water_sanitation_health/higiene/es/
67. Definición ABC, Definición de Energía Eléctrica. [página en internet]. Perú. [Actualizado 08 mayo 2015; citado 08 mayo 2015]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/tecnologia/energia-electrica.php>
68. Telumbre J, Sánchez B. Consumo de alcohol en adolescentes del Estado de Guerrero, México, 2014. [página en internet]. México: 2014 [actualizado diciembre 2014; citado 16 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/217/235>
69. Blogspot. Definición y clasificación de bebidas alcohólicas. [página en internet]. Lima: 2011 [actualizado 01 junio 2011; citado 04 abril 2016]. Disponible en: <http://alcoholismo-123.blogspot.pe/2011/06/definicion-y-clasificacion-de-bebidas.html>
70. Lavielle P, Pineda V, Jáuregui O, Castillo M. Actividad física y sedentarismo: Determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud del adolescente, México, 2013. [página en internet]. México: 2013 [actualizado 12 marzo 2013; citado 16 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42232582001>
71. OMS; Actividad Física. [página en internet]. 2015. [Actualizado 10 mayo 2015; citado 10 mayo 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

72. Cajas D, Punin R, Verdugo E. Impactos biológicos, psicológicos y sociales del embarazo en las adolescentes que acuden al hospital Misericordioso Perteneciente Al Cantón Gualaquiza. 2014. [página en internet]. Ecuador: 2014 [citado 08 marzo 2016]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20903/1/Tesis.pdf>
73. Herrera E. Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano San Luis, I Etapa del distrito de Nuevo Chimbote, 2011. [página en internet]. Perú: 2011. [actualizado 20 junio 2014; citado 16 marzo 2016]. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/ULADECH_CATOLICA/36
74. Juárez L. Definición de relación sexual. [página en internet]. 2014. [Actualizado marzo 2014; citado 04 abril 2016]. Disponible en: <http://sexualidadseguridad.blogspot.pe/2010/03/definicion-de-relacion-sexual.html>
75. Definición ABC, Definición de embarazo precoz. [página en internet]. 2016 [citado 04 abril 2016]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/embarazo-precoz.php>
76. Torres A. Efectos de la privación del sueño en el rendimiento académico en adolescentes de secundaria del Instituto Educativo Venezuela, 2010-2011. [página en internet]. Venezuela: 2010 – 2011. [citado 04 abril 2016]. Disponible en: https://www.academia.edu/8226626/Efectos_de_la_privacion_del_sue%C3%B1o_-_Tesis
77. Egusquiza O. El Sueño. [página en internet]. Madrid: 2008. [Actualizado 24 setiembre 2008; citado 10 mayo 2015]. Disponible en: http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/general/sueno.htm

- 78.** Santinelli M. Hábitos alimentarios y estilo de vida en adolescentes de 13 a 17 años de edad, que concurren a la Escuela Secundaria de Pavón Arriba, de la provincia de Santa Fe, 2011. [página en internet]. Santa Fe: 2011. [Actualizado marzo 2011; citado 24 abril 2016]. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC110709.pdf>
- 79.** MINSA. Alimentación y Nutrición durante la Adolescencia. [página en internet]. 2006. [Actualizado 19 setiembre 2006; citado 26 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adolescente/adol-alimynut.asp>
- 80.** Saldaña O, Sanango M. Calidad de atención científico humanístico que presta el personal de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción del usuario del centro de salud de Cojitambo. Azogues, 2014. [página en internet]. Ecuador: 2014. [citado 04 abril 2016]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21295/1/TESIS.pdf>
- 81.** Darío R, Arena L, Betancur J, Gómez S. Percepción de la calidad en la atención de salud. [página en internet]. Manizales: 2014 [citado 04 abril 2016]. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/921/Ruben%20Dario%20Acevedo%20Parra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 82.** Fernández J. Calidad en la atención al cliente. [página en internet]. 2009. [Actualizado 6 febrero 2009; citado 04 abril 2016]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/jcfdezmxvtas/calidad-en-la-atencin-al-cliente>
- 83.** Ypanaqué P, Martins M. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana, 2015. [página en internet]. Perú: 2015. [Actualizado 3 julio 2015; citado 04 abril 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000300008&script=sci_arttext

- 84.** MAPFRE. Seguros de salud o enfermedad. [página en internet]. 2016. [Actualizado 04 abril 2016; citado 04 abril 2016]. Disponible en: <https://segurosypensionesparatodos.fundacionmapfre.org/syp/es/seguros/tipos-de-seguros/seguros-personales/tipos-seguros-salud-enfermedad-ventajas/>
- 85.** OMS. ¿Qué es un sistema de salud?. [página en internet]. 2005. [Actualizado 09 noviembre 2005; citado 04 abril 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- 86.** Salazar J, Torres T, Reynaldos C, Figueroa N, González A. Factores asociados a la delincuencia en adolescentes de Guadalajara, Jalisco 2009 – 2010. [página en internet]. Guadalajara: 2009 - 2010. [Actualizado 30 noviembre 2010; citado 04 abril 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000200005
- 87.** Murillo L. Definición de delincuencia. [página en internet]. 2012. [citado 04 abril 2016]. Disponible en: <http://definicion.de/delincuencia/>
- 88.** Obeso R. Determinantes de la salud en adolescentes con anemia I.E Inmaculada De La Merced – Chimbote- 2012. [página en internet]. Chimbote: 2012. [citado 04 abril 2016]. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2013/01/12/021648/20140128111836.pdf>
- 89.** Universidad de Cantabria. ¿Qué es apoyo social?. [página en internet]. 2014. [citado 05 abril 2016]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-13.-el-apoyo-social-1/13.1.2-bfque-es-el-apoyo-social>

ANEXOS N° 01



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**CUESTIONARIO SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN
ADOLESCENTES DEL 3° SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°
89002. CHIMBOTE-PERÚ, 2015**

Elaborado por Vílchez Reyes Adriana

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

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

Dirección.....

I. DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICO

1. Sexo: Masculino () Femenino ()

2. Edad:

• Adolescente de 12 a 14 años, 11 meses y 29 días ()

• Adolescente de 15 a 17 años, 11 meses y 29 días ()

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. Cuántas 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 ()
- Comedor popular si () no ()
- Vaso de leche si () no ()
- Otros 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 N° 02

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 3° Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote-Perú, 2015 desarrollado por Ms. 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 3° Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote-Perú, 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).

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

Dónde:

\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 3° Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote-Perú, 2015.

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 3° Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote-Perú, 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 3° Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote-Perú, 2015.

N°	V de Aiken	N°	V de Aiken
1	1,000	18	1,000
2	1,000	19	1,000
3	1,000	20	0,950
4	1,000	21	0,950
5	1,000	22	1,000
6.1	1,000	23	1,000
6.2	1,000	24	1,000
6.3	1,000	25	1,000
6.4	1,000	26	1,000
6.5	1,000	27	1,000
6.6	1,000	28	1,000
7	1,000	29	1,000
8	1,000	30	1,000
9	1,000	31	1,000
10	1,000	32	1,000
11	1,000	33	1,000
12	1,000	34	1,000
13	1,000	35	1,000
14	1,000	36	1,000
15	1,000	37	1,000
16	1,000	38	1,000
17	1,000		
Coficiente 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 3° Secundaria. Institución Educativa N° 89002. Chimbote-Perú, 2015.

ANEXO N° 03

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD:

Confiabilidad interevaluador

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 interevaluador.

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	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
3.2	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	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.2	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	3	30	3	10	3	1,000
6.4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	10	3	1,000
6.6	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	3	3	3	30	3	10	3	1,000
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	2	3	3	29	2,9	10	3	0,950
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
38	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 3º
SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE-PERÚ,
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			ADECUACIÓN (*)				
	¿La habilidad o conocimiento medido por este reactivo es....?			¿Está adecuadamente formulada para los destinatarios a encuestar?				
	Esencial	Útil pero no esencial	No necesaria	1	2	3	4	5
4 DETERMINANTES BIOSOCIOECONOMICOS								
P1								
Comentario:								
P2								
Comentario:								
P3								

Comentario:									
P3.1									
Comentario:									
P3.2									
Comentario:									
P4									
Comentario:									
P5									
Comentario									
P6									
P6.1									
Comentario:									
P6.2									
Comentario:									
P6.3									
Comentario:									
P6.4									
Comentario:									
P6.5									
Comentario									
P6.6									
P7									
Comentario:									
P8									
Comentario:									
P9									
Comentario:									
P10									

Comentario:									
P11									
Comentario:									
P12									
Comentario:									
P13									
Comentario:									
5 DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA									
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									
P28									
Comentario									
6 DETERMINANTES DE LAS REDES SOCIALES Y COMUNITARIA									
P29									
Comentario									
P30									
Comentario									
P31									
Comentario									
P32									
Comentario									
P33									
Comentario									
P34									
Comentario									
P35									
Comentario									
P36									
Comentario									

P37								
Comentario								
P38								
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 ÁNGELES DE CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO

**DETERMINANTES DE LA SALUD EN ADOLESCENTES DEL 3°
SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE-
PERÚ, 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 1

GRÁFICO SEGÚN SEXO EN ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

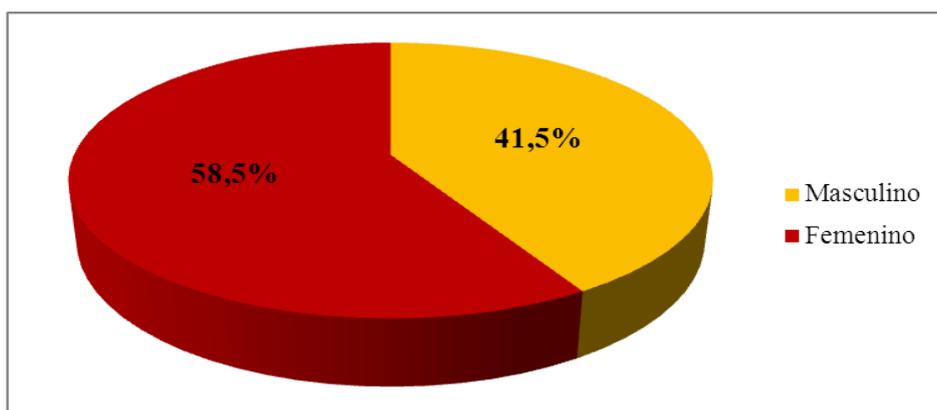


Figura: Tabla N°01

GRÁFICO 2

GRÁFICO SEGÚN EDAD EN ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

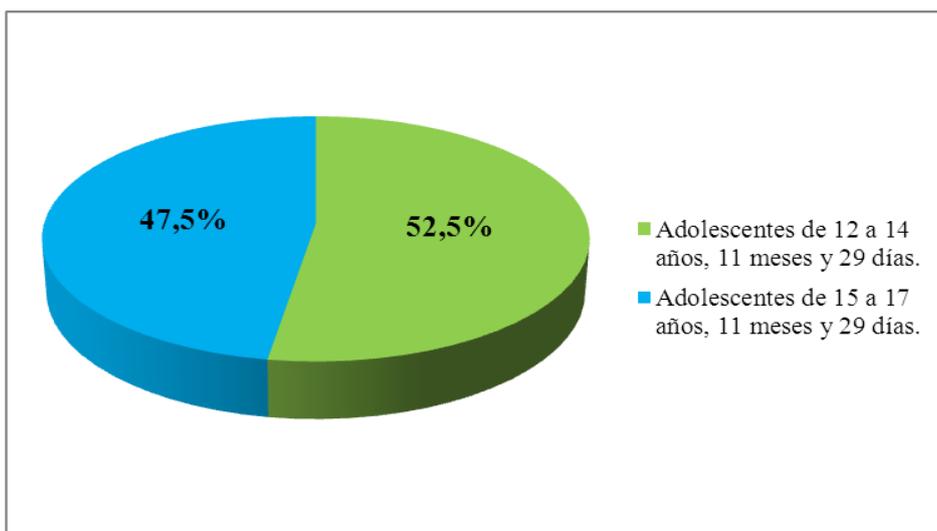


Figura: Tabla N°01

GRÁFICO 3

GRÁFICO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA Nº 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

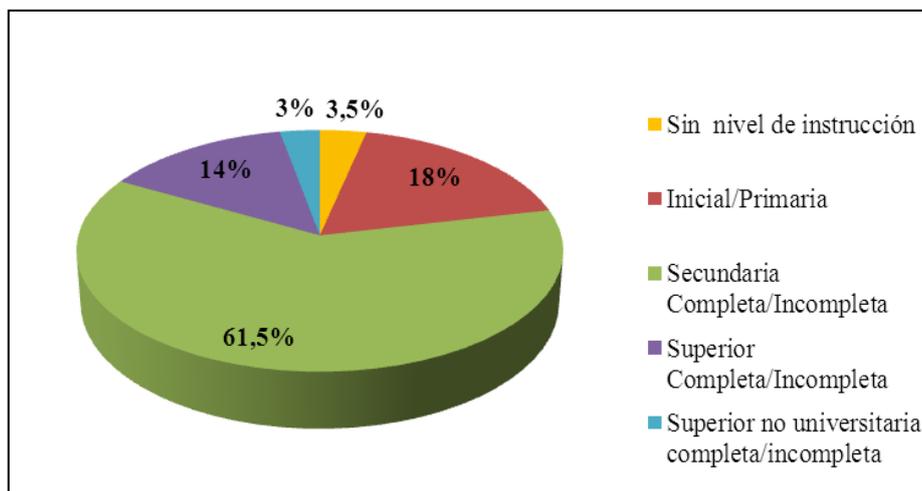


Figura: Tabla N°01

GRÁFICO 4

GRÁFICO SEGÚN INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA Nº 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

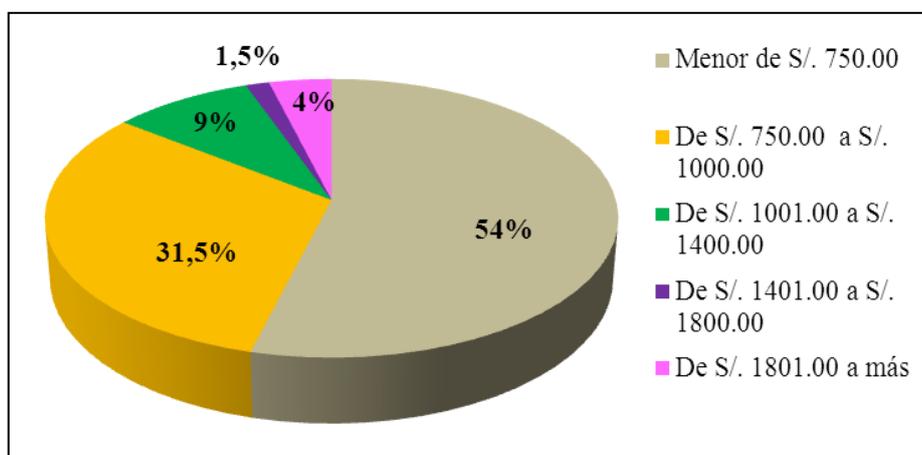


Figura: Tabla N°01

GRÁFICO 5

GRÁFICO SEGÚN OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA EN ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

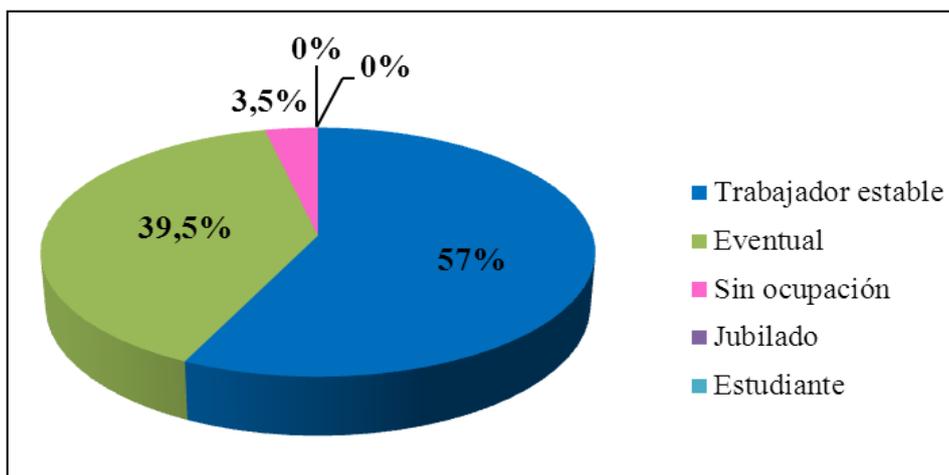


Figura: Tabla N°01

DETERMINANTES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

GRÁFICO 6

GRÁFICO SEGÚN TIPO DE VIVIENDA EN ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

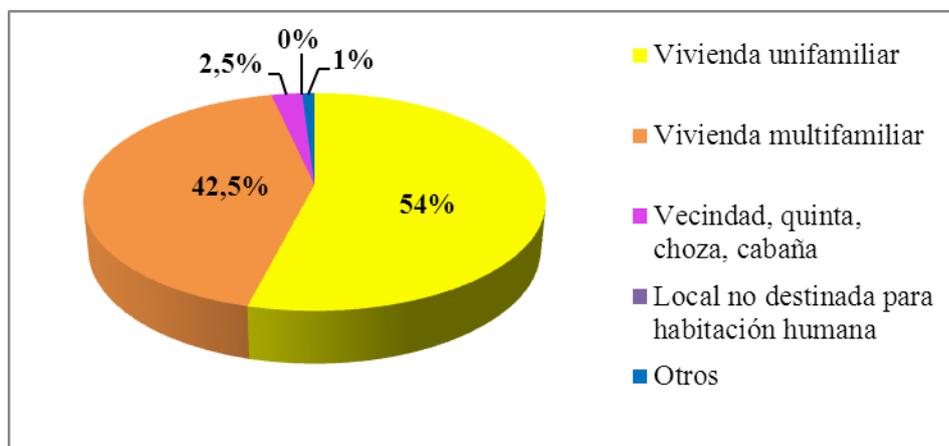


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 7

GRÁFICO SEGÚN TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

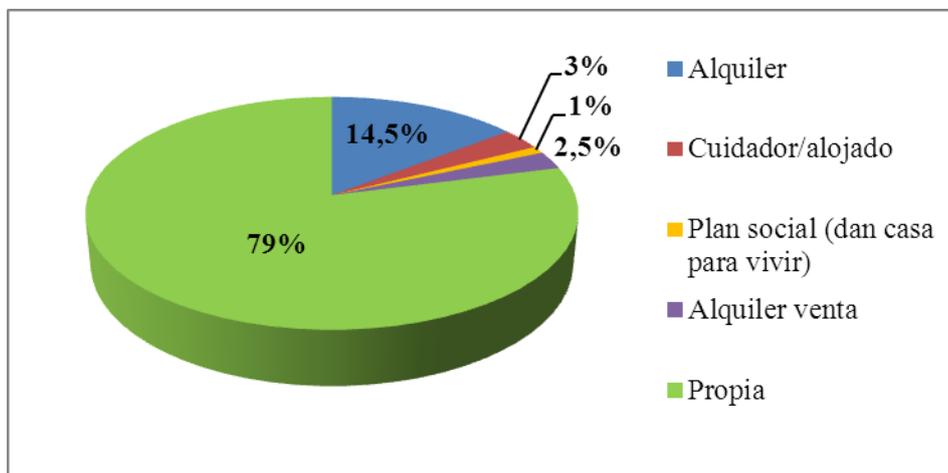


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 8

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

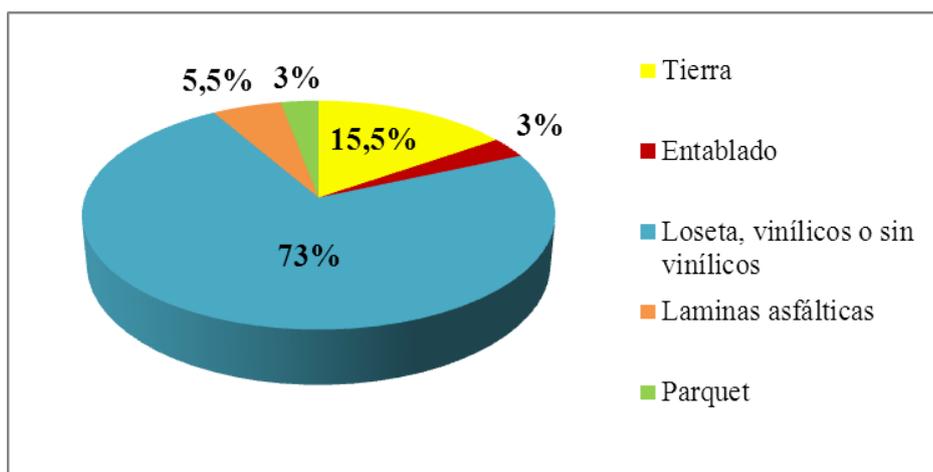


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 9

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DEL TECHO DE LA VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA Nº 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

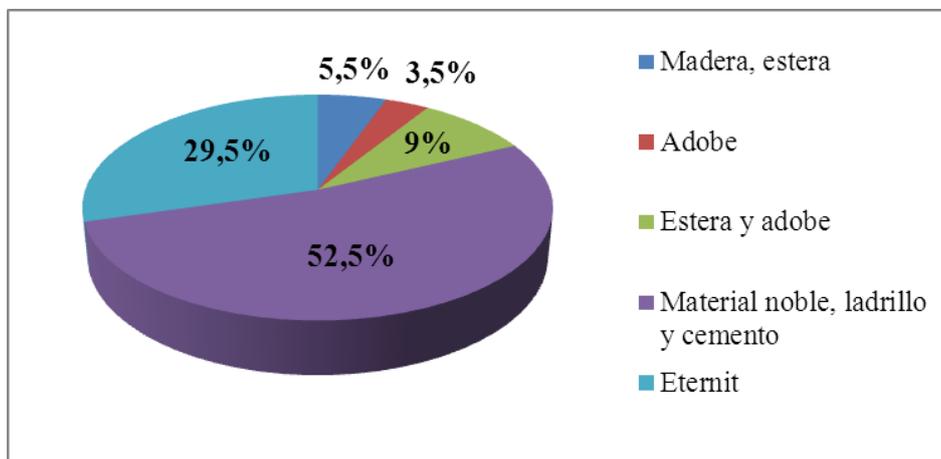


Figura: Tabla Nº02

GRÁFICO 10

GRÁFICO SEGÚN MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA Nº 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

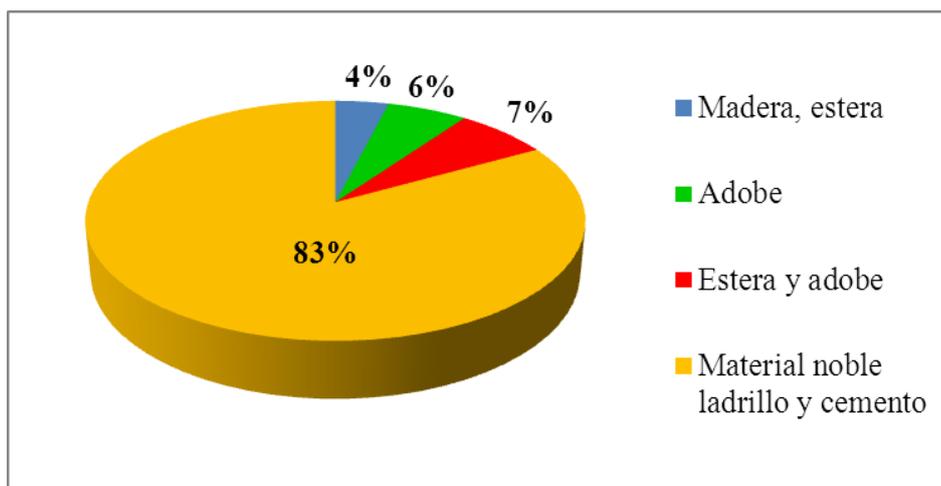


Figura: Tabla Nº02

GRÁFICO 11

GRÁFICO SEGÚN NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN UNA HABITACIÓN DE LA VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA Nº 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

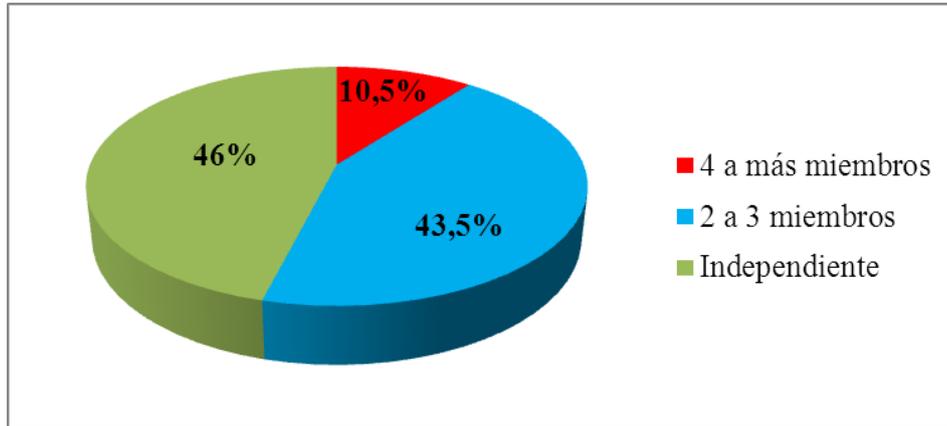


Figura: Tabla Nº02

GRÁFICO 12

GRÁFICO SEGÚN ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LA VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA Nº 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

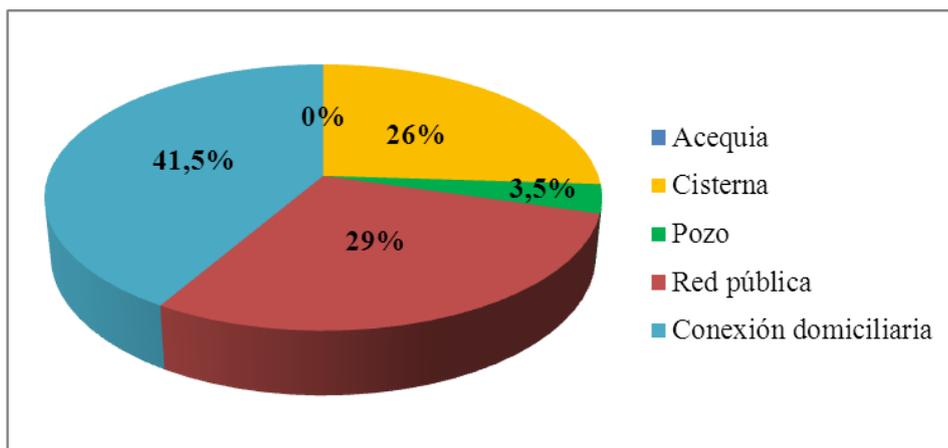


Figura: Tabla Nº02

GRÁFICO 13

GRÁFICO SEGÚN ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

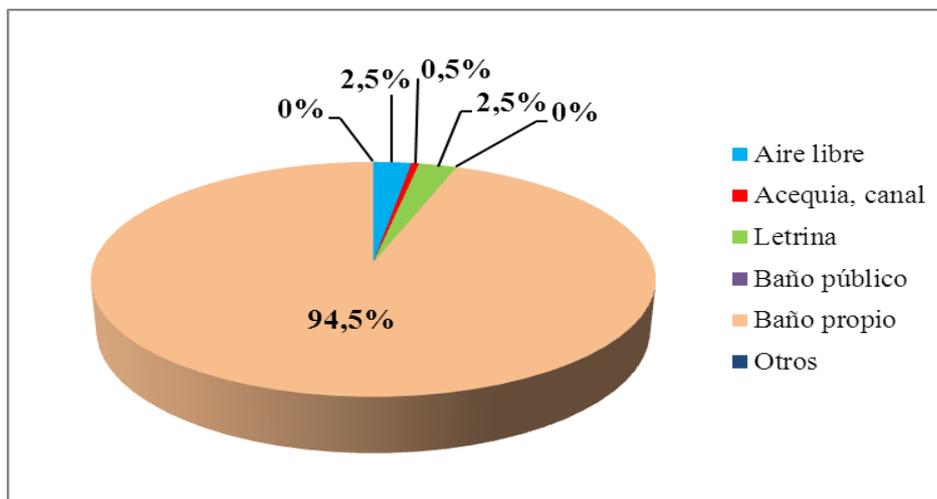


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 14

GRÁFICO SEGÚN COMBUSTIBLE QUE SE UTILIZA PARA COCINAR EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

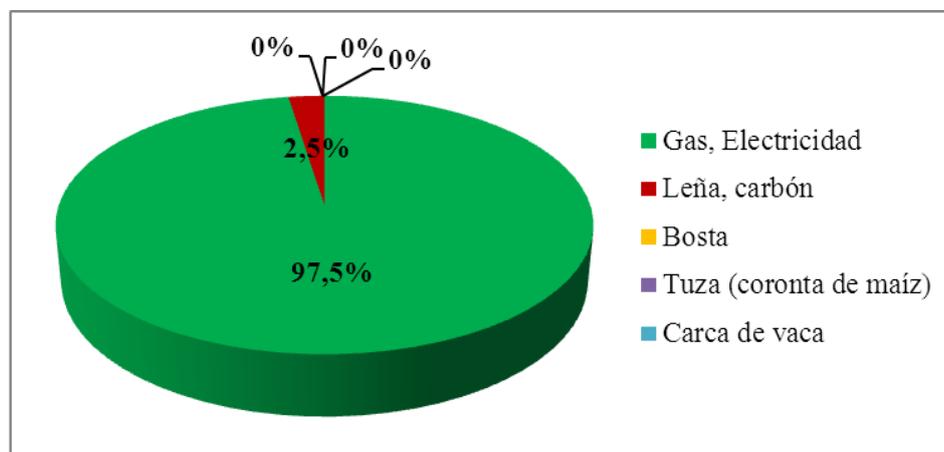


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 15

GRÁFICO SEGÚN ENERGÍA ELÉCTRICA QUE SE UTILIZA PARA COCINAR EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

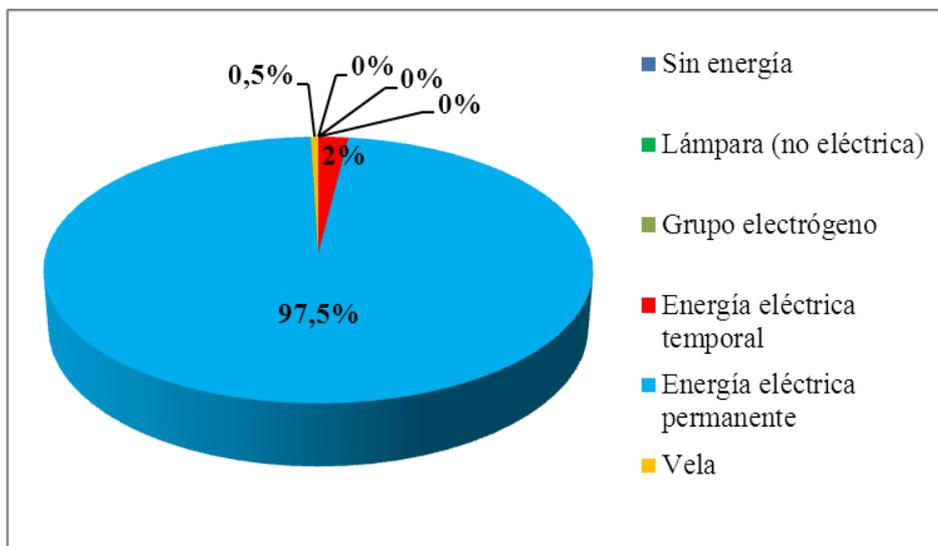


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 16

GRÁFICO SEGÚN DISPOSICIÓN DE LA BASURA EN LAS VIVIENDAS DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

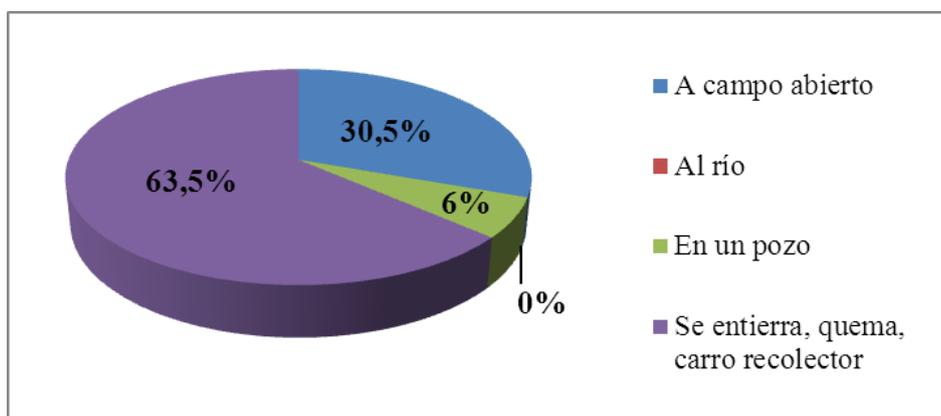


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 17

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUÉ PASAN RECOGIENDO LA BASURA POR LAS VIVIENDAS DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

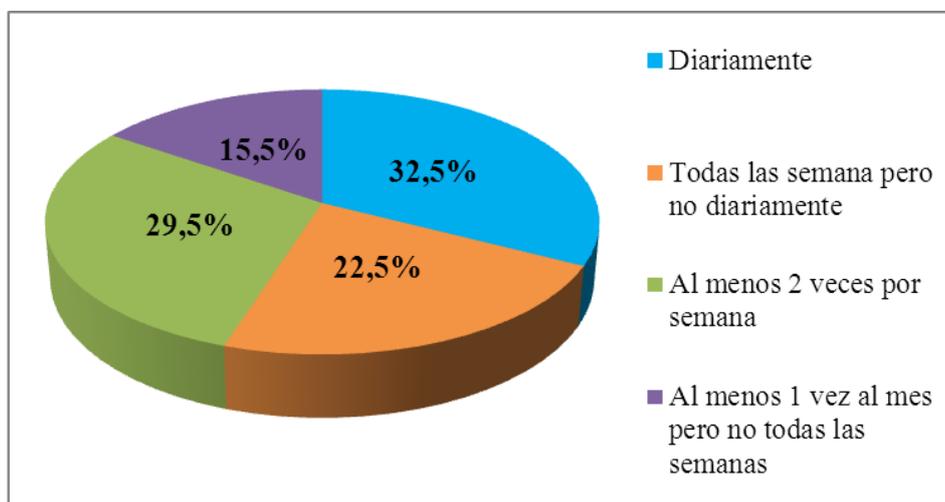


Figura: Tabla N°02

GRÁFICO 18

GRÁFICO SEGÚN LUGARES DÓNDE SUELEN ELIMINAR LA BASURA DE LAS VIVIENDAS DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

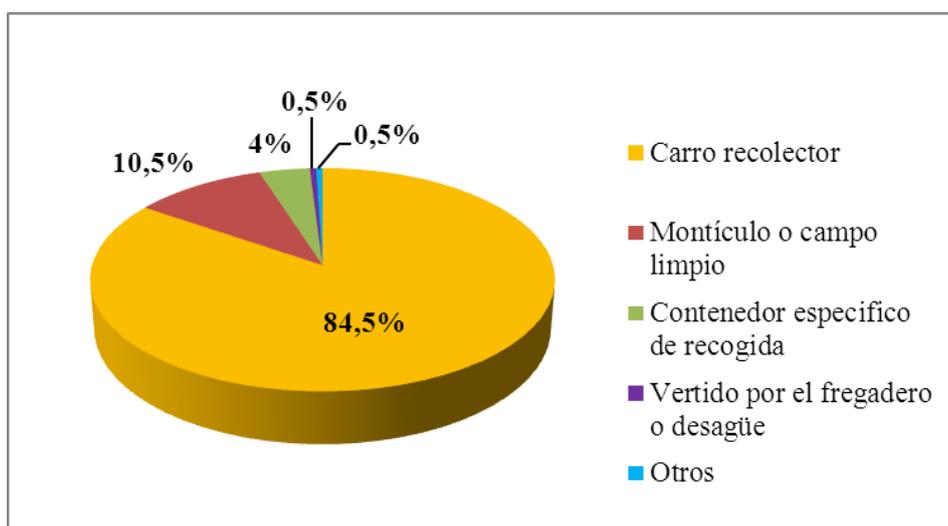


Figura: Tabla N°02

DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA

GRÁFICO 19

GRÁFICO SEGÚN HÁBITO DE FUMAR DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

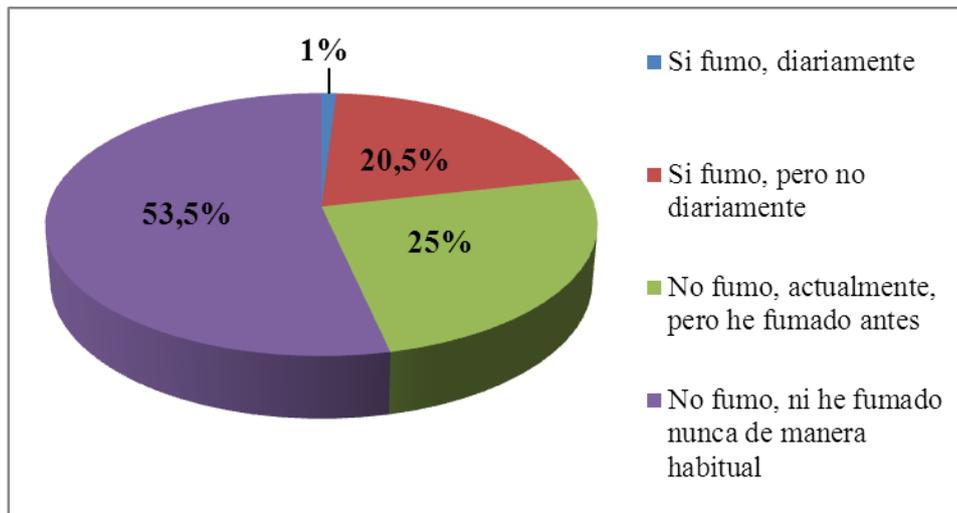


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 20

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON QUÉ INGIEREN BEBIDAS ALCOHÓLICAS LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

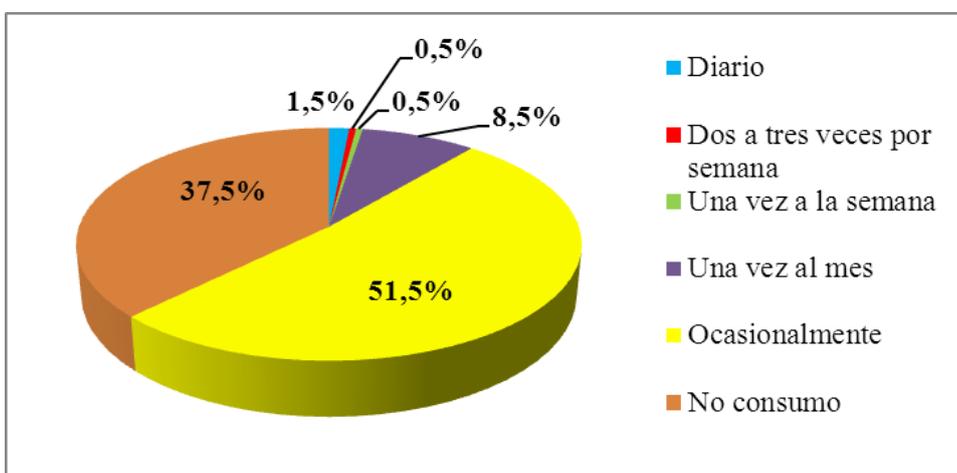


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 21

GRÁFICO SEGÚN NÚMERO DE HORAS QUE DUERMEN LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

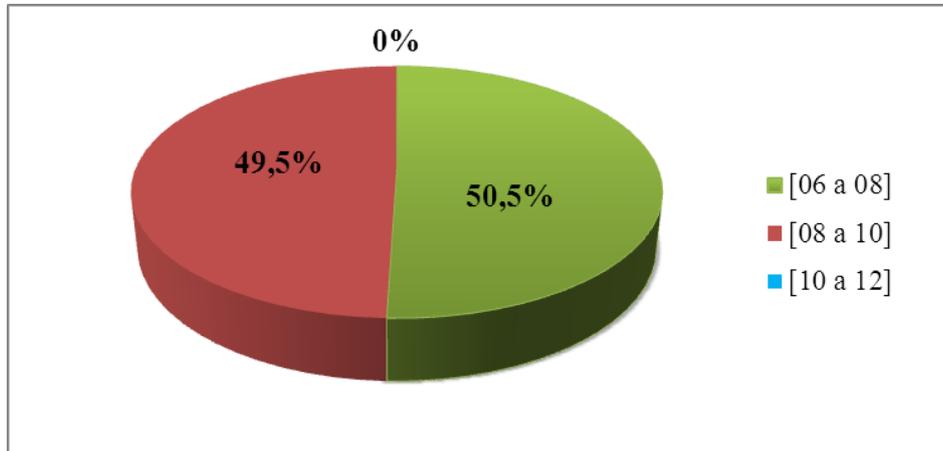


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 22

GRÁFICO SEGÚN FRECUENCIA CON LA QUE SE BAÑAN LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

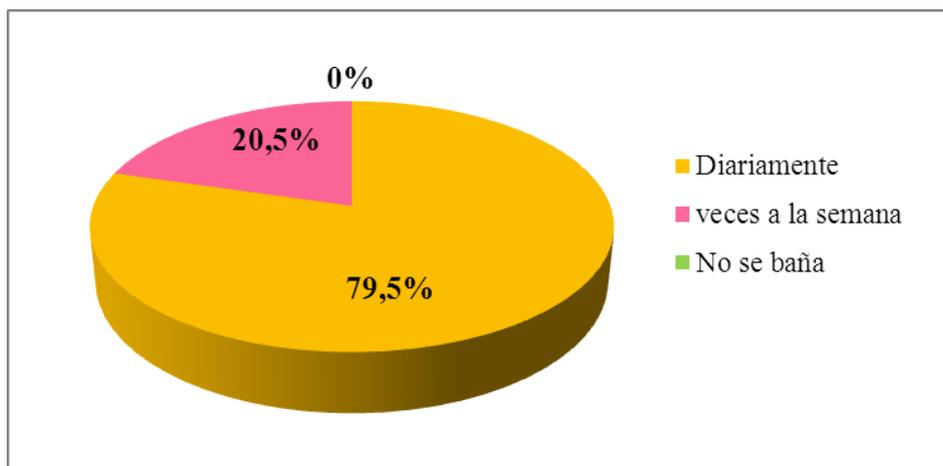


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 23

GRÁFICO SEGÚN REGLAS Y ESPECTATIVAS CLARAS Y CONSISTENTES ACERCA DE LA CONDUCTA Y/O DISCIPLINA DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

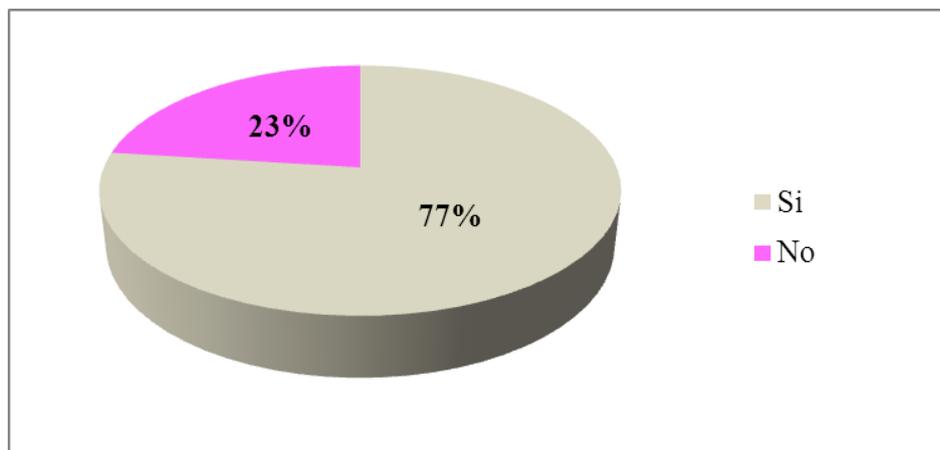


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 24

GRÁFICO SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZAN EN SU TIEMPO LIBRE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

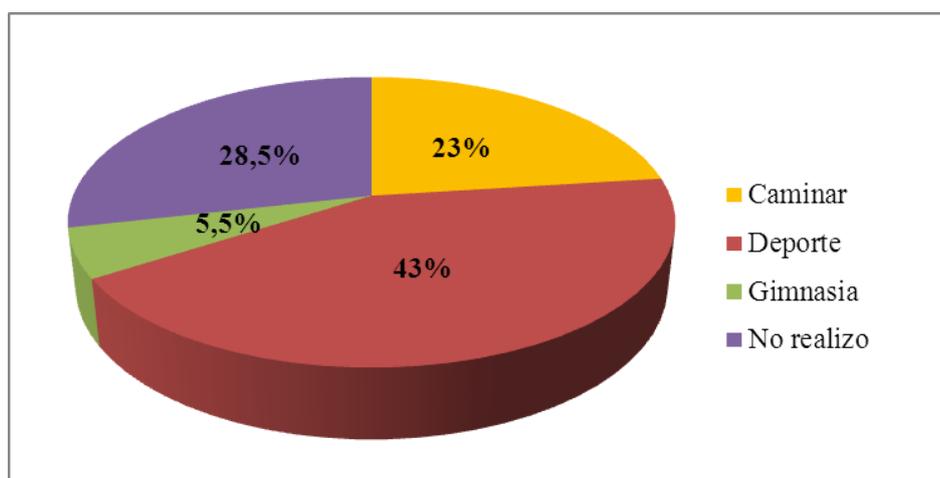


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 25

GRÁFICO SEGÚN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS QUE REALIZARON ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE MAS DE 20 MINUTOS LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

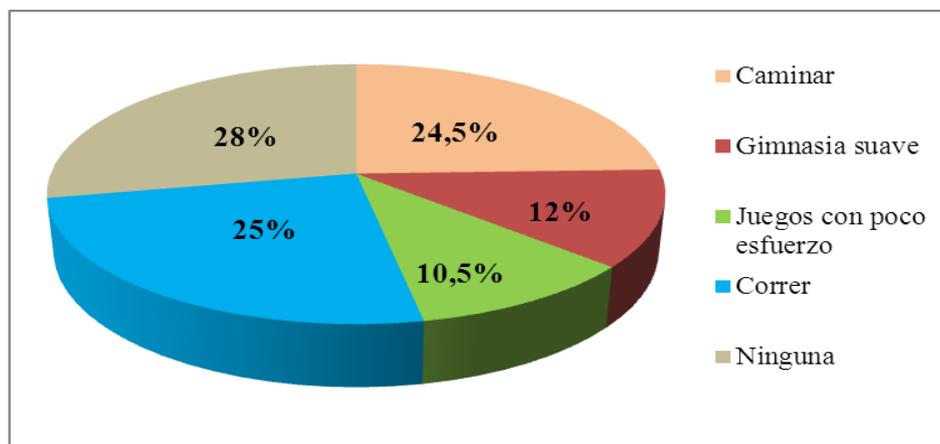


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 26

GRÁFICO SEGÚN CONDUCTA ALIMENTICIA DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

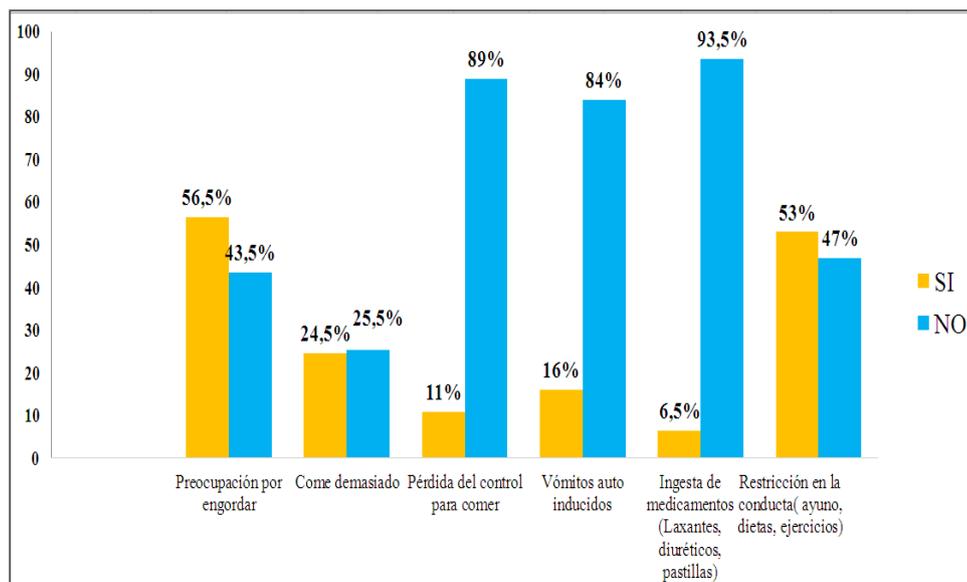


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 27

GRÁFICO SEGÚN DAÑO A SU SALUD POR ALGUNA VIOLENCIA POR AGRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

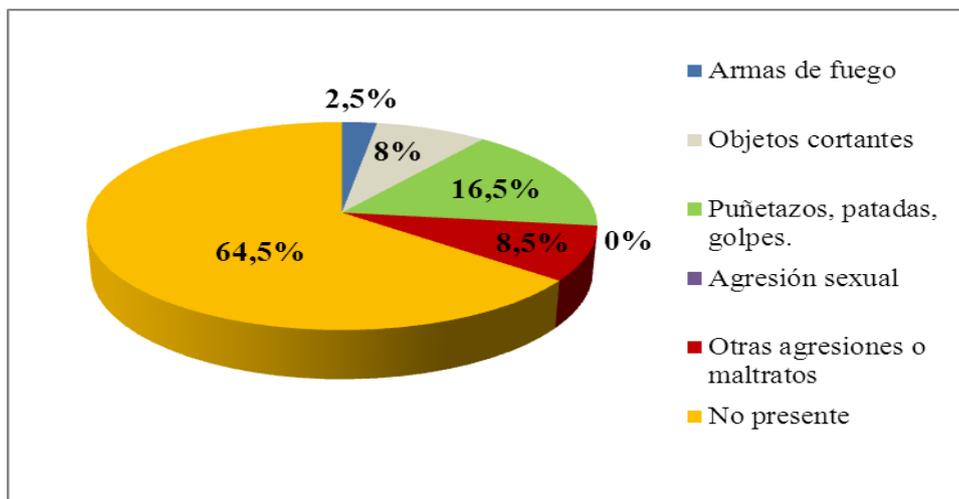


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 28

GRÁFICO SEGÚN LUGAR DE LA AGRESIÓN O VIOLENCIA EN LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

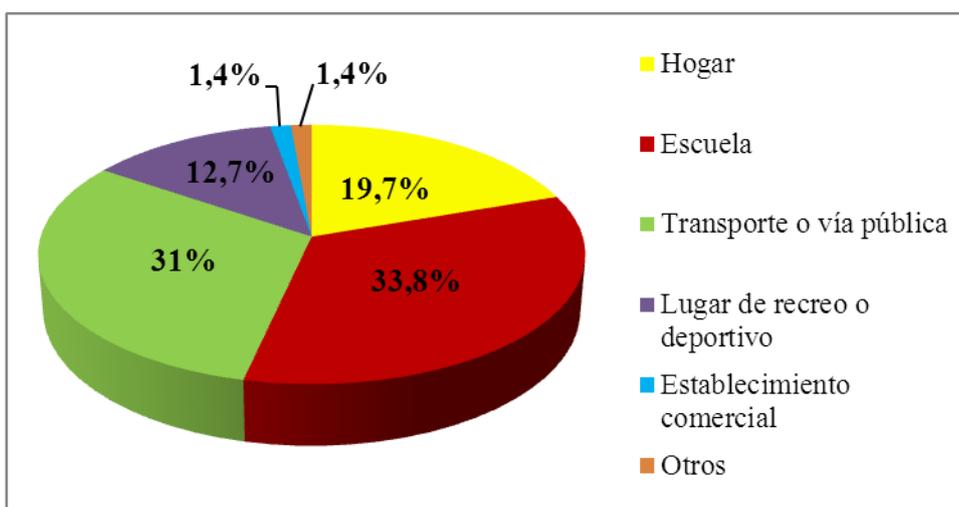


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 29

GRÁFICO SEGÚN PROBLEMAS QUE HAN TENIDO, HAN PENSADO QUITARSE LA VIDA LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

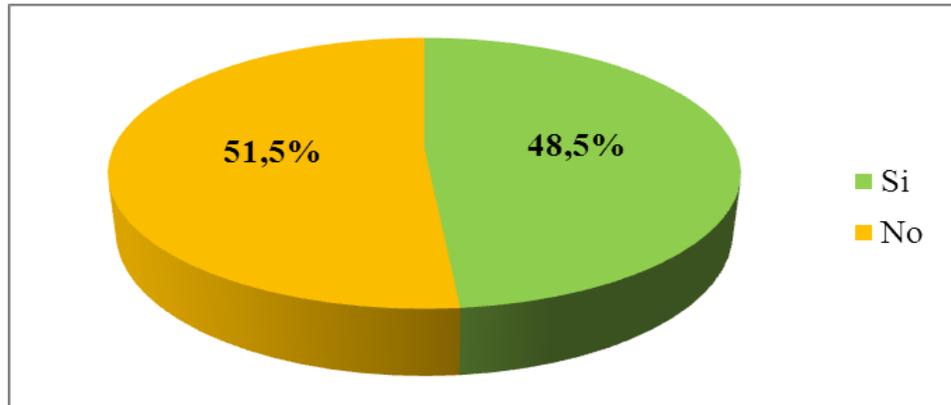


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 30

GRÁFICO SEGÚN RELACIONES SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

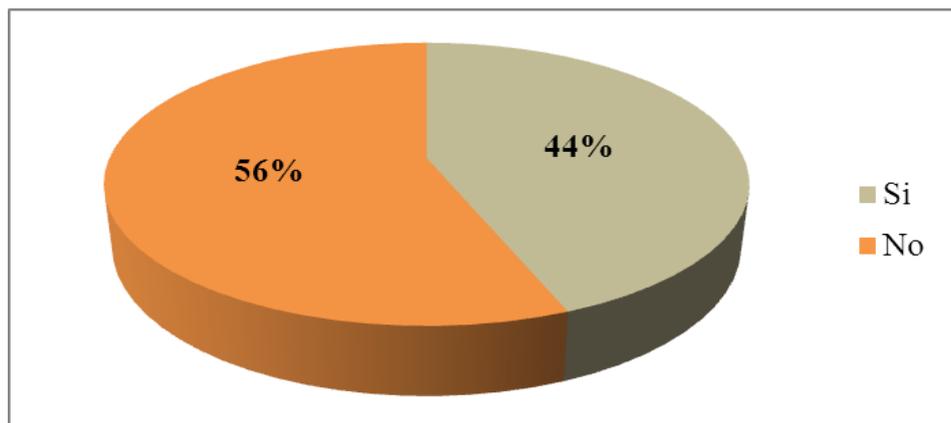


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 31

GRÁFICO SEGÚN USO DE ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

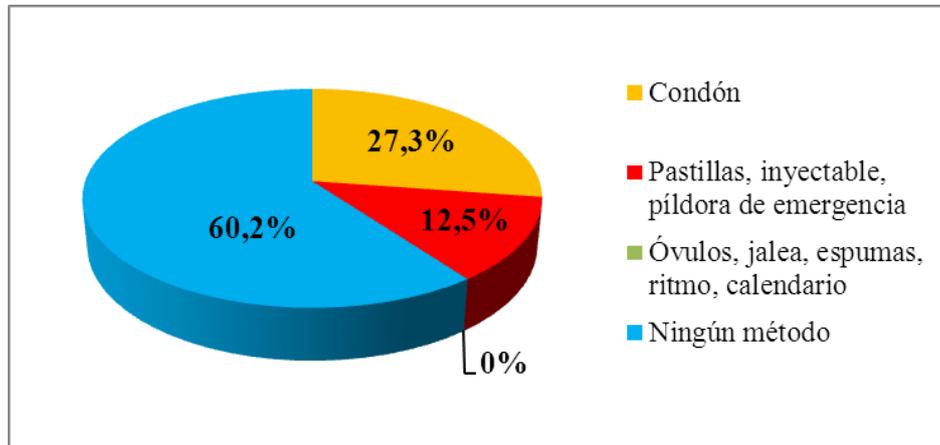


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 32

GRÁFICO SEGÚN EL EMBARAZO O ALGÚN ABORTO EN LAS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

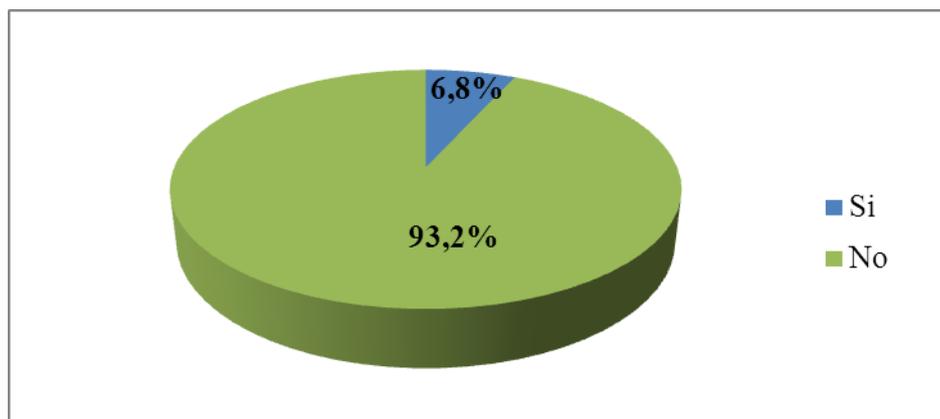


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 33

GRÁFICO SEGÚN TIEMPO QUE ACUDEN AÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

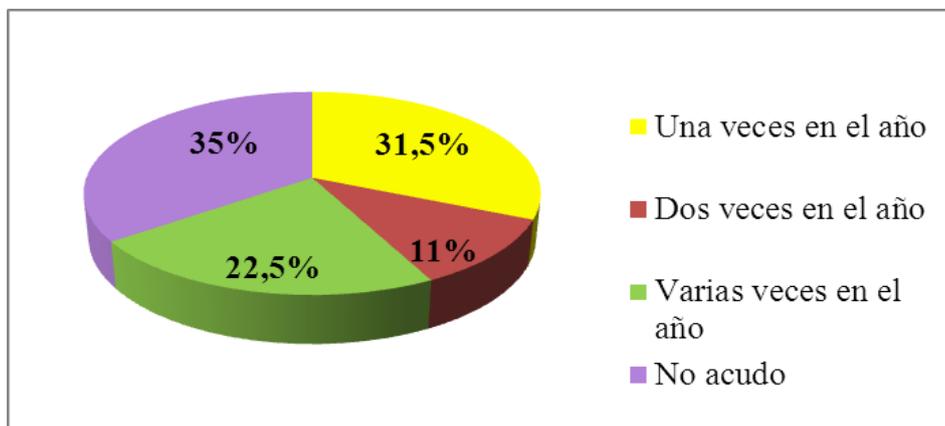


Figura: Tabla N°03

GRÁFICO 34

GRÁFICO SEGÚN CONSUMO DE ALIMENTOS EN LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

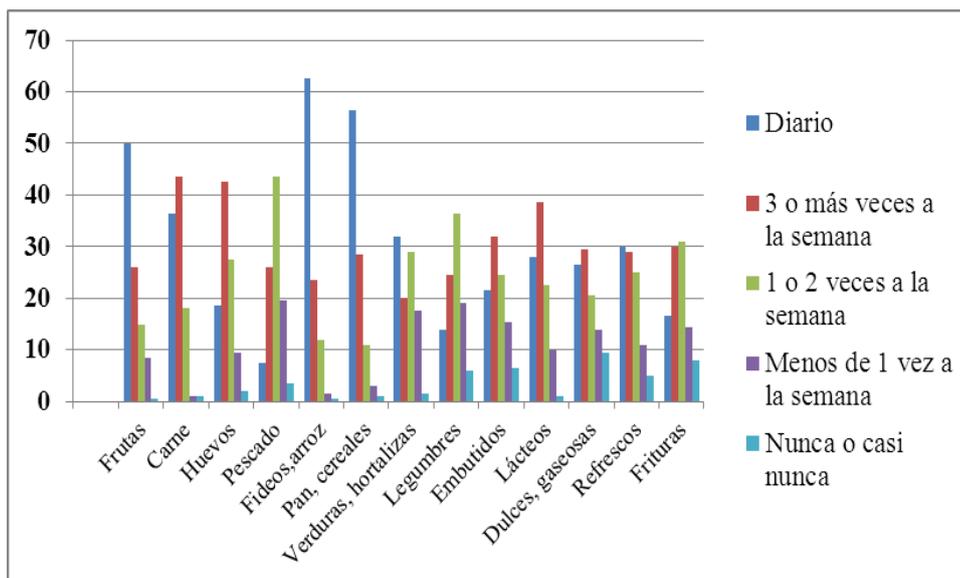


Figura: Tabla N°03

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS

GRÁFICO 35

GRÁFICO SEGÚN INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE SE ATENDIERON EN ESTOS 12 ÚLTIMOS MESES LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

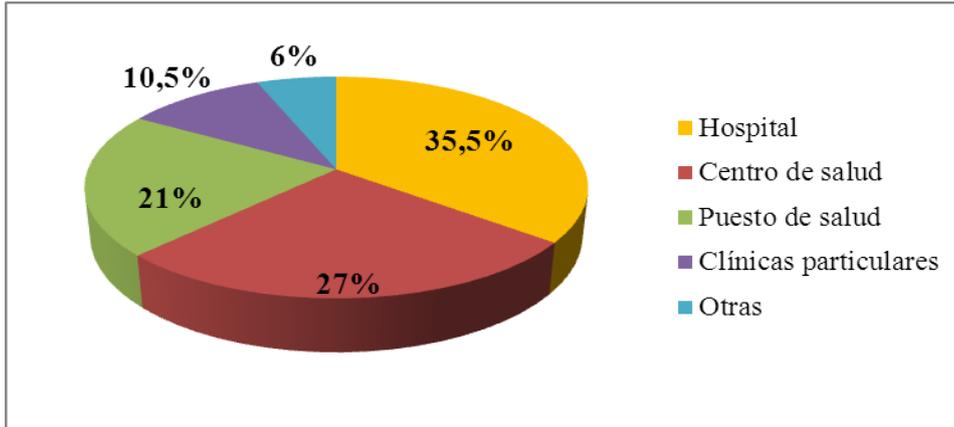


Figura: Tabla N°04

GRÁFICO 36

GRÁFICO SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA POR LO QUE ACUDEN A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

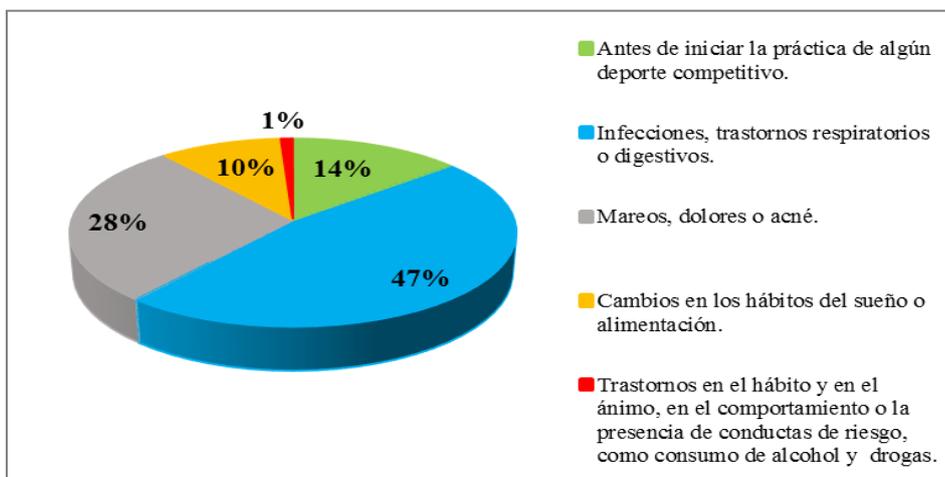


Figura: Tabla N°04

GRÁFICO 37

GRÁFICO SEGÚN UBICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE ATENDIERON EN RELACIÓN A LA UBICACIÓN DE LA VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

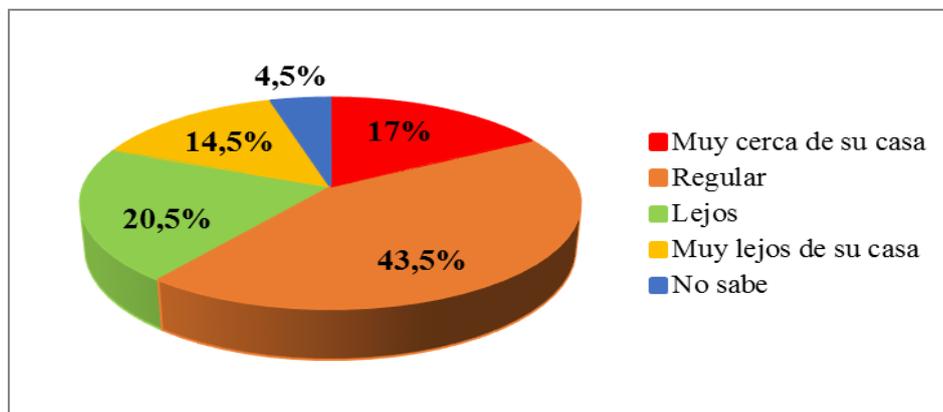


Figura: Tabla N°04

GRÁFICO 38

GRÁFICO SEGÚN TIPO DE SEGURO QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

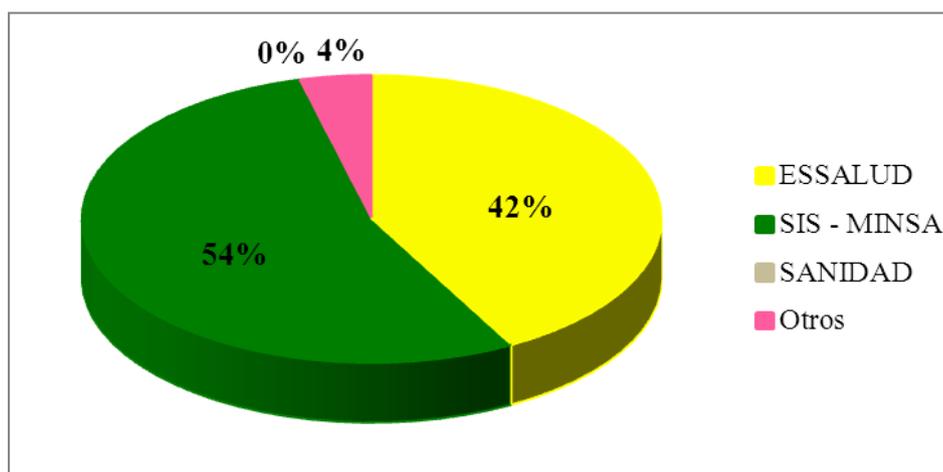


Figura: Tabla N°04

GRÁFICO 39

GRÁFICO SEGÚN PERCEPCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

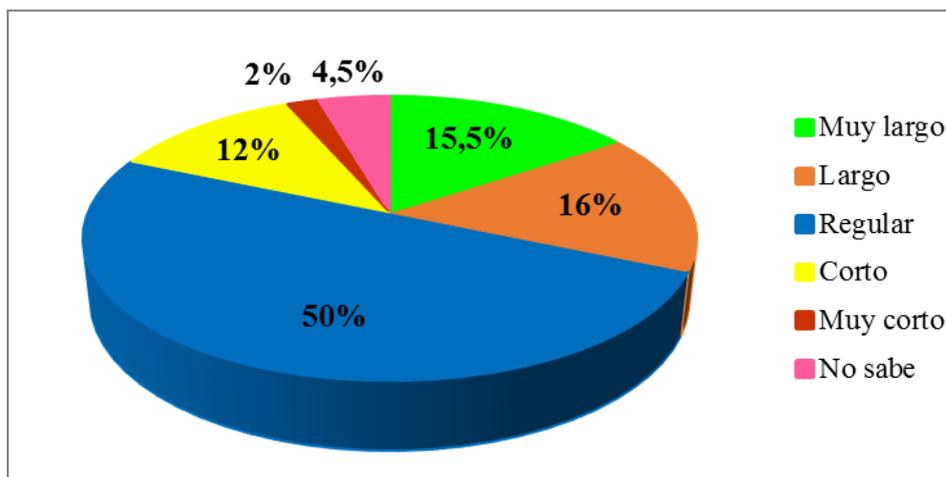


Figura: Tabla N°04

GRÁFICO 40

GRÁFICO SEGÚN CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE RECIBIERON LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

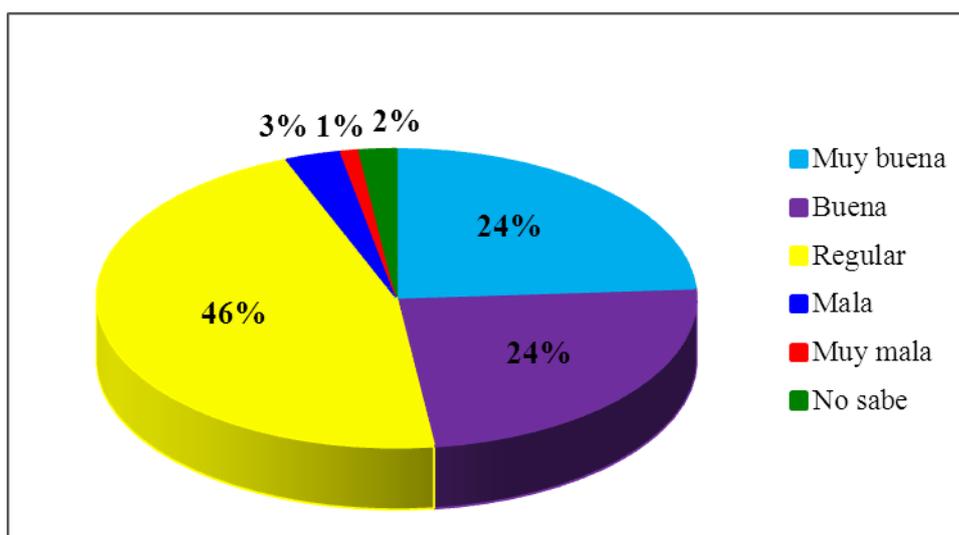


Figura: Tabla N°04

GRÁFICO 41

GRÁFICO SEGÚN PRESENCIA DE PANDILLAJE O DELICUENCIA CERCA DE LA VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

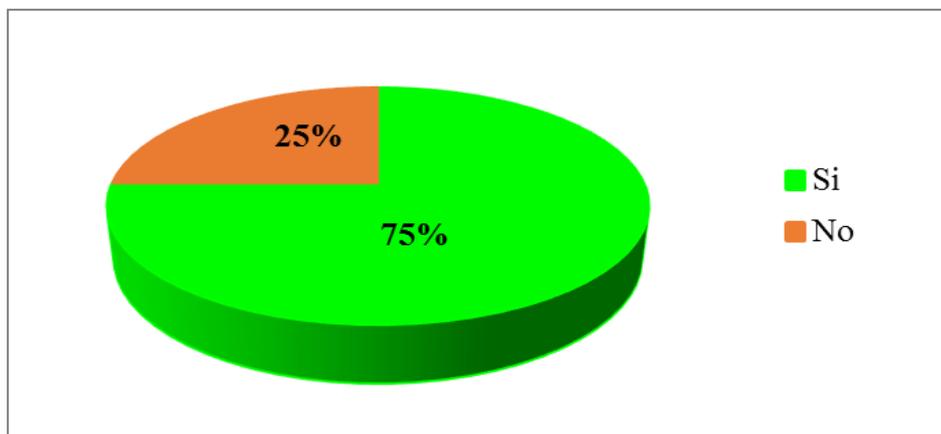


Figura: Tabla N°04

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN APOYO SOCIAL NATURAL

GRÁFICO 42

GRÁFICO SEGÚN RECIBEN ALGÚN APOYO SOCIAL NATURAL LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

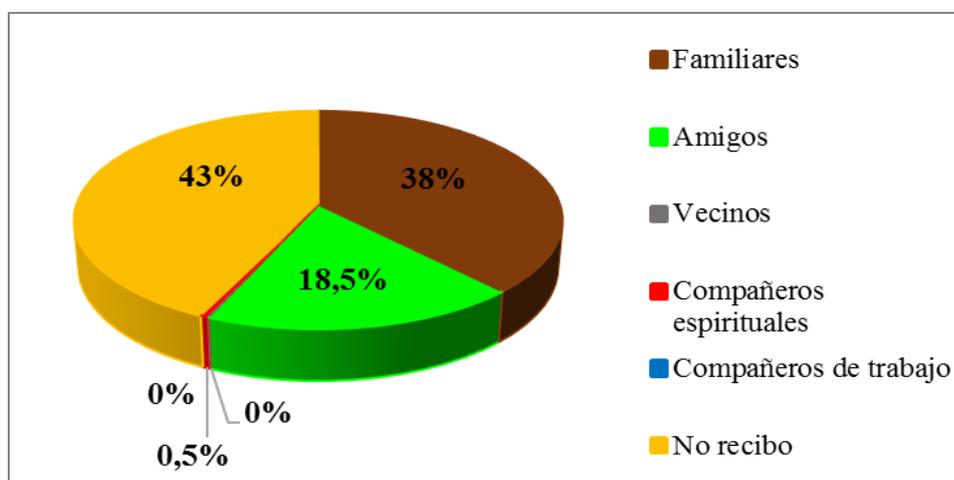


Figura: Tabla N°05

GRÁFICO 43

GRÁFICO SEGÚN RECIBEN ALGÚN APOYO SOCIAL ORGANIZADO LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

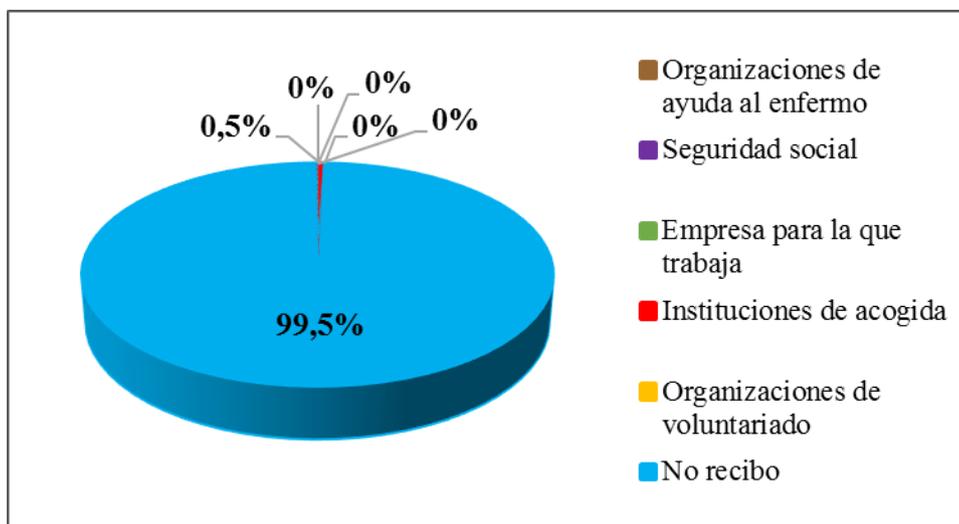


Figura: Tabla N°05

DETERMINANTES DE REDES SOCIALES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN

GRÁFICO 44

GRÁFICO SEGÚN APOYO QUE RECIBEN DE ALGUNAS ORGANIZACIONES LOS ADOLESCENTES DEL 3º SECUNDARIA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 89002. CHIMBOTE- PERÚ, 2015

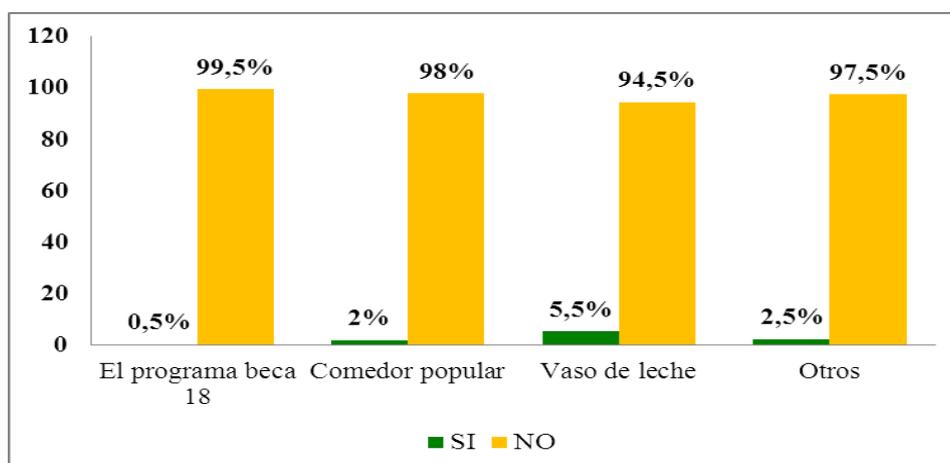


Figura: Tabla N°06