



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**“PERCEPCIÓN DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y PRÁCTICA DEL
AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD MARIANO MELGAR,
AREQUIPA 2018”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**PRESENTADO POR
MARÍA DEL CARMEN HUAMAN QUINTANA**

**ASESOR:
MG. ANA MARIA VILLANUEVA SALAS**

AREQUIPA – PERÚ, NOVIEMBRE 2018

DEDICATORIA

A Dios por estar presente en cada uno de mis días dándome la fuerza para seguir hacia delante.

A mis padres y hermanas y mi sobrino por su apoyo incondicional y esfuerzo, que cada día me motivaron a seguir adelante para conseguir mis metas.

AGRADECIMIENTO

Agradezco Dios, por haberme permitido llegara aquí y darme la oportunidad de terminar mi carrera, ya que sin él nada es posible, gracias por estar en cada momento y situación de mi vida.

Agradezco a la UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, mi alma mater que me dio los conocimientos profesionales y a mis docentes por el cariño, entrega y la pasión que me brindaron.

Agradezco al CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR, por haberme permitido y facilitado la realización de este trabajo de investigación.

A mis padres que me dieron todo su amor y apoyo incondicional para la obtención de mis metas.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo: Establecer la relación que existe entre la percepción del clima social familiar y la práctica del autocuidado en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018 Metodología: es un estudio descriptivo correlacional, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 122 adolescentes de la jurisdicción del Centro de Salud Mariano Melgar, el muestreo fue no probabilístico, se utilizó cuestionarios para la práctica del autocuidado se empleó el cuestionario de práctica del autocuidados y para la variable de percepción del clima social familiar se aplicó el cuestionario de R. H. Moos, B. S. Moos y E. J. Trickett.

Se utilizó la prueba de Pearson para determinar la correlación entre las variables de estudio. Resultados: el 54,1% de los adolescentes tienen edades que van de los 12 a 14 años, el 60.7% son mujeres, el 24% son de cuarto grado de educación superior. El 55.7% perciben un clima social familiar como inadecuado, observándose como más frecuentes la inadecuada percepción del desarrollo (73%) y la relación familiar (55.7%). Con respecto a las prácticas del autocuidado el 61.5% registran una aceptable práctica del autocuidado, observándose poco más de la mitad de la población con prácticas físicas y sociales aceptables (56.6%), no aceptables las prácticas del autocuidado en el aspecto psicológico (83.6%), refiriéndose a la identidad, independencia y autonomía.

Conclusiones: Existe relación significativa entre la percepción del clima social familiar y la práctica del autocuidado en adolescentes.

Palabras clave: percepción del clima social familiar, practica del autocuidado

ABSTRACT

The present study aimed to: Establish the relationship between the perception of the family social climate and practice self-care in adolescents who attend the Mariano Melgar Health Center, Arequipa 2018 Methodology: is a cross-sectional descriptive, correlational study. The sample consisted of 122 adolescents from the jurisdiction of the Mariano Melgar Health Center, the sampling was non-probabilistic, questionnaires were used for the practice of self-care, the self-care practice questionnaire was used, and for the variable of perception of the family social climate, the questionnaire by RH Moos, BS Moos and EJ Trickett.

The Pearson test was used to determine the correlation between the study variables. Results: 54.1% of adolescents have ages ranging from 12 to 14 years, 60.7% are women, 24% are fourth grade of higher education. 55.7% perceive a family social climate as inadequate, observing as more frequent the inadequate perception of development (73%) and the family relationship (55.7%). Regarding self-care practices, 61.5% recorded an acceptable practice of self-care, observing slightly more than half of adolescents with acceptable physical and social practices (56.6%), not acceptable self-care practices in the psychological aspect (83.6 %), referring to identity, independence and autonomy.

Conclusions: There is a significant relationship between the perception of family social climate and the practice of self-care in adolescents.

Key words: perception of the family social climate, practice of self-care.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE TABLAS ADICCIONALES	vi
INTRODUCCIÓN	viii
I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema de investigación	1
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos de la investigación	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1. Antecedentes de investigación	9
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de Términos	37
2.4. Hipótesis	38
2.4.1. Hipótesis general	38
2.4.2. Hipótesis específica	38
2.5. Variables	39
2.5.1. Definición conceptual de la variable	39
2.5.2. Definición operacional de la variable	40
2.5.3. Operacionalización de la variable	41
III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.1. Tipo y nivel de investigación	42
3.2. Descripción del ámbito de la Investigación	43
3.3. Población y muestra	43
	iii

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	45
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	45
IV. RESULTADOS	50
V. DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTOS)	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	51
Características sociodemográficas de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018	
Tabla 2	52
Percepción del clima social familiar en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	
Tabla 3	53
Práctica del autocuidado de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	
Tabla 4	54
Percepción entre la relación familiar y práctica del autocuidado de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	
Tabla 5	55
Percepción entre el desarrollo familiar y práctica del autocuidado de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018	
Tabla 6	56
Percepción entre la estabilidad familiar y práctica del autocuidado de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018	
Tabla 7	57
Percepción del clima social familiar y práctica del autocuidado de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018	

ÍNDICE DE TABLAS ADICIONALES

Tabla 1	78
Percepción del clima social familiar en los adolescentes según dimensiones, que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	
Tabla 2	79
Dimensión de relación familiar – cohesión de los adolescentes, que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	
Tabla 3	80
Dimensión de relación familiar – expresividad de los adolescentes, que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	
Tabla 4	81
Dimensión de relación familiar – conflicto en adolescentes, que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	
Tabla 5	82
Dimensión de desarrollo familiar – autonomía de los adolescentes, que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	
Tabla 6	83
Dimensión de desarrollo familiar - actuación de los adolescentes, que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	
Tabla 7	84
Dimensión de desarrollo familiar – intelectual/cultural de los adolescentes, que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	

Tabla 8	85
Dimensión de desarrollo – moralidad/ religiosidad de los adolescentes, que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	
Tabla 9	86
Dimensión de estabilidad familiar – organización de los adolescentes, que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	
Tabla 10	87
Dimensión de estabilidad familiar - control de los adolescentes, que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	
.	
Tabla 11	88
Práctica del autocuidado en adolescentes según dimensiones, que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	
Tabla 12	89
Dimensión Física de la práctica del autocuidado en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	
Tabla 13	90
Dimensión social de práctica del autocuidado en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	
Tabla 14	91
Dimensión psicológica de la práctica del autocuidado en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.	

INTRODUCCIÓN

El autocuidado, se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones que sobre ella realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud y tener una mejor calidad de vida. Todas las actividades son medidas por la voluntad ya que son actos deliberados y racionales, realizamos muchas veces sin darnos cuenta, y se han transformado en parte de nuestra rutina diaria.

Los adolescentes, son un grupo vulnerable a enfermedades no solo por estar expuestos a riesgos, sino también se le atribuye la ausencia o déficit de prácticas de autocuidado, repercutiendo en las etapas de vida.

El clima social familiar, constituye una estructura natural, se elaboran pautas de interacción psicosociales, donde se establece el funcionamiento de los miembros, mostrando ejercer influencia significativa tanto en la conducta como en el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes.

Los profesionales de enfermería a cargo del cuidado de las personas y de la sociedad, estamos implicados en la salud actual de la población, debiendo diseñar estrategias de cuidado no sin antes identificar los factores que alteran su bienestar, de la percepción del adolescente en relación al clima familiar depende las decisiones de autocuidado.

El estudio aborda la relación entre la percepción del clima social familiar y práctica del autocuidado. Se ha revisado estudios de investigación de autores como Aguilar, Acevedo, Sánchez, Choque, realizados motivada por problemas observados en pregrado.

Existen muy pocos estudios científicos que contengan ambas variables. En ello radica la originalidad del estudio.

En el capítulo I; el problema de investigación, pertenencia de la investigación y enfermería, objetivos, hipótesis, Operacionalización de variables e indicadores del presente estudio.

En el capítulo II; Marco Teórico, contiene antecedentes investigativos de nivel internacional, nacional, local. Además se incluyó la información teórica a cerca de las variables estudiadas.

En el capítulo III; se presenta el marco metodológico del tipo y diseño de la investigación e instrumentos utilizados.

En el capítulo IV; se presentan los resultados esperados en tablas de frecuencias, porcentajes y Chi cuadrado.

En el capítulo V; Discusión, conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas, anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS, define al autocuidado como “las prácticas cotidianas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar su salud, estas prácticas son de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad.”(1)

Constituye una estrategia importante en la protección de la salud y la prevención de enfermedades.

El déficit de autocuidado y sus consecuencias en la salud física y psicológica también social, se presentan en sociedades desordenadas, donde no se fijan límites claros contra las diferentes situaciones de riesgo que enfrenta: consumir alcohol, tabaco, drogas, falta de actividad física, relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de su adultez e incluso la salud de sus futuros hijo, por lo que se hace necesario desarrollar desde la niñez habilidades propias como: educación vial para conducirse con normas viales, valor a los alimentos

para ayudar a desarrollar buenos hábitos de alimentación sana y ejercicio físico para gozar de una buena salud en la edad adulta, mejorando su salud antes de que los adolescentes se conviertan en padres.(2)

Los jóvenes tienen que saber cómo protegerse y disponer de los medios para ello; por tanto propiciar el desarrollo de aptitudes para la vida en los niños y adolescentes y ofrecerles apoyo psicosocial en la escuela y otros entornos de la comunidad son medidas que pueden ayudar a promover su salud. (3)

Los adolescentes (de edades entre los 12 y 17 años) representan aproximadamente una sexta parte de la población mundial (1200 millones de personas). La mayoría de los jóvenes gozan de buena salud, pero la mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones entre los adolescentes siguen siendo considerables. Las enfermedades pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente.

El fomentar comportamientos saludables durante la adolescencia y adoptar medidas para proteger mejor a los jóvenes contra los riesgos sanitarios es fundamental para la prevención de problemas de salud en la edad adulta, así como para la salud futura de los países y su capacidad para desarrollarse y prosperar. (4)

Considerando a la familia como pilar fundamental e importante en la vida de sus integrantes. Los padres tienen la responsabilidad de aportar convicciones y enseñanzas (valores, creencias, normas y formas de conducta apropiadas) sobre todo para evitar caos, conflictos y desajustes que muchas veces son irreversibles. (5)

Considerando a la familia como el primer entorno de vida, en la sociedad del ser humano, en el que se favorezcan las relaciones de atención y cariño entre padres e hijos en la etapa temprana de la vida, propiciar el desarrollo de

aptitudes para la vida puede contribuir a prevenir lamentables estadísticas que atender, proteger hogares insalubres, educar en sociedades.

En consecuencia se observa problemas en el desenvolvimiento y del estado emocional, como depresión, agresividad, baja autoestima, a raíz de los distintos problemas suscitados en el entorno familiar, además de violencia doméstica, alcohol y drogas, divorcios, familias disfuncionales, aislamientos familiar, y un elevado estrés familiar, entre otros problemas.

En un estudio realizado en Chimbote (2016) en los adolescentes prevalece un afrontamiento del autocuidado mediano el 54%, el 56% presenta un nivel de autocuidado suficiente y autocuidado insuficiente el 44%. Asimismo en una investigación (2014) realizada en Comas del Cono Norte de Lima revela que las prácticas de autocuidado en adolescentes es regular en un 59.16%. (6)

La anorexia nerviosa empieza entre los 13 años y la bulimia nerviosa a los 18 años en el Perú; la tendencia a problemas alimentarios en áreas urbanas tienen alta prevalencia en el país, llegando al 6.0% en Lima y Callao, es más elevada en mujeres con el 7.1% y en hombres en 4.9% ; las conductas bulímicas llegan a 1.6% en mujeres y 0.3% en hombres, y la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa tienen una prevalencia de 0.7% y 0.2% en mujeres, no encontrándose casos en hombres. (7)

En un estudio realizado, señala que la población de 10 a 14 años comprende el 10.76% del total de la población peruana. Según a la distribución por departamentos, Lima con mayor cantidad de adolescentes, seguido de Piura, La Libertad y Cajamarca. Respecto a la concentración de adolescentes por departamento en relación a su población, se registra a Apurímac (24.15%), Huánuco (24.02%) seguido de Huancavelica (24.01%), regiones que están dentro del Aseguramiento Universal.

El estudio además indica que el nivel educativo de los adolescentes, según el área geográfica muestra que en el área urbana el 56.3% tiene secundaria completa, mientras que en el área rural el 57.6% sólo culmina la primaria. Señala también que la quinta parte de los adolescentes a nivel nacional no acceden a las instituciones educativas y uno de los motivos, son los problemas económicos, especialmente en el sexo femenino, seguido del embarazo adolescentes en 25.3%, aumentado en 0,7% con respecto al año pasado y el 50% son embarazos no deseados.

Respecto a la identificación del daño, la población de 19 a 25 años tiene una prevalencia del abuso del alcohol de 71.8% y el 46.9% al tabaco, mientras que la población adolescente tiene una prevalencia mayor de usos de drogas ilegales como la marihuana, cocaína, etc.

La violencia física está presente en su mayoría dentro de los hogares, registrando un 25% por el padre y 22% por la madre. A su vez, los motivos de intentos de suicidio según estudio del Instituto de Salud Mental, revela que un 3.6% de adolescentes en Lima ha intentado suicidarse, en la sierra 2.9%, en la selva 1.7%. Los motivos son en su mayoría los problemas con los padres (55%) y otros parientes (22%). Asimismo, se demuestra que mientras exista mayor involucramiento de los padres, menores serán las conductas de riesgo. (7)

La promoción de la Salud como proceso, busca desarrollar habilidades personales, y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos a tener mayor control sobre su salud y al mismo tiempo, mejorarla. Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos o grupos puedan tener la posibilidad de identificar riesgos, satisfacer necesidades, y poder cambiar su entorno o hacerle frente.

La investigación se realiza, al evidenciar la carencia de las prácticas del autocuidado por parte de los adolescentes, en el que se observó muy poca participación e interés en temas relacionados a cambios biopsicosociales que presentan en esta etapa de vida. Al iniciar él estudió, se observó que existe poca relación entre los miembros de la familia, por desinterés, o desconocimiento sobre las relaciones interpersonales, por ello se ve afectado el clima social familiar, siendo materia de estudio.

Según lo antes mencionado el presente trabajo de investigación busca la relación entre la Percepción del Clima Social Familiar y la Práctica del Autocuidado en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre la percepción del clima social familiar y práctica del autocuidado, en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa 2018?

1.2.2. Problemas Específicos

- A.** ¿Cuáles son las características sociodemográficas en los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar?
- B.** ¿Cuál es la percepción del clima social familiar en el adolescente que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa?
- C.** ¿Cómo es la práctica del autocuidado del adolescente que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar?

- D.** ¿Existe la relación entre la percepción de la relación familiar con la práctica del autocuidado en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar?
- E.** ¿Existe la relación entre la percepción del desarrollo familiar con la práctica del autocuidado en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar?
- F.** ¿Existe la relación entre la percepción de la estabilidad familiar con la práctica del autocuidado en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar?

1.3.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Establecer la relación entre percepción del clima social familiar y práctica del autocuidado, en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos

- A.** Identificar las características sociodemográficas en los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar.
- B.** Identificar la percepción del clima social familiar en el adolescente que acuden Centro de Salud Mariano Melgar.
- C.** Determinar la práctica del autocuidado del adolescente que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar.
- D.** Relacionar la percepción entre la relación familiar y la práctica del autocuidado en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar.

- E. Identificar la percepción entre el desarrollo familiar y la práctica del autocuidado en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar.
- F. Relacionar la percepción entre la estabilidad familiar y la práctica del autocuidado en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La práctica del autocuidado de la salud en adolescentes constituye un tema de interés en el sector salud, y educación además de ámbitos donde trabajan con población adolescente; formar el autocuidado reconociendo que la familia tiene un rol importante, y su práctica corresponde a la aprendida en el hogar.

El estudio es pertinente con la profesión, ya que la enfermera participa de forma activa en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud; en un contexto biopsicosocial y familiar.

Es de utilidad porque de los resultados obtenidos permite actualizar los conocimientos sobre el clima familiar frente las prácticas de autocuidado del adolescente dando una alternativa de solución a la problemática.

Es trascendental ya que relacionara dos variables y los datos obtenidos servirán de base para otras investigaciones con otros enfoques similares que propongan alternativas de solución a la problemática encontrada.

El aporte científico es que permitirá obtener nuevos conocimientos para la carrera profesional de enfermería y minimizar los problemas de la práctica del autocuidado del adolescente desde la perspectiva de la intervención familiar, dándole sostenibilidad al autocuidado desde el primer espacio donde se desarrolla todo ser humano, que marca la formación de hábitos.

Este estudio es original a nivel local ya que permitirá identificar la relación de la percepción del clima social y familiar y la práctica de autocuidado, es muy importante y delicado, ya que constituye la fortaleza y el pilar fundamental de la sociedad.

Personalmente, por el deseo de obtener el Título de Licenciada en Enfermería.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE INVESTIGACIÓN

2.1.1. A Nivel Internacional

ESCOBAR, M. y PICO, M. (2013) Colombia, realizaron el estudio titulado "Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011" con el objetivo de describir las características de las prácticas de autocuidado de la salud, en jóvenes universitarios. Este estudio es de tipo descriptivo transversal en la que se trabajó con una población de 353 estudiantes matriculados en pregrado durante el 2do semestre del año 2009 en una universidad pública. Tuvo como resultados que las mujeres se destacan en prácticas de autocuidado relacionadas con el baño diario y el cepillado de dientes después de las comidas, respecto al uso de 12 bloqueador solar un alto porcentaje de los estudiantes no lo usan; los hombres usan con mayor frecuencia que las mujeres. (8)

AGUILAR Y VALBUENA (2014), realizaron un estudio, tuvo como objetivo determinar el clima familiar percibido por los adolescentes infractores de la ley penal y sus familiares. La población de estudio estuvo conformada por adolescentes de Maracaibo y un familiar con que convivían (120 registros), de ambos sexos, con edades comprendidas entre 12 a 18 años de edad. Se utilizó las escalas de clima familiar de Moos y Moos, adaptada por Williams y Antequera -1995. Los datos obtenidos en este estudio muestran que el 50% de los adolescentes perciben un ambiente de conflicto, el 66.7% perciben dificultad para expresar de forma abierta las opiniones y sentimientos entre sí, finalmente, el 53% percibe un nivel alto en aspectos éticos, morales y religiosos y un nivel ligeramente bajo en organización y control (marginación, desprotección y abandono). (9)

2.1.2. A Nivel Nacional

ACEVEDO, M. y BARRANTES, K. (2015), realizaron la investigación titulada “Clima social familiar y agresividad del adolescente de la Institución Educativa Divino maestro del Distrito La Esperanza. Trujillo - 2014”. Con el objetivo de determinar la relación entre el clima social familiar y el grado de agresividad. El presente estudio fue de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal. Utilizaron como instrumento la encuesta, con una muestra de 160 estudiantes de 4to. Año de educación secundaria. Se concluyó que el 62% de adolescentes presentan un clima social familiar inadecuado y el 38% adecuado. El 56% presentan agresividad moderada, el 43% agresividad baja y el 1% agresividad alta. (10)

ROJAS, E. (2015) realizó una investigación sobre “Clima social familiar y conducta social en estudiantes del quinto año del nivel secundario de una institución educativa, Trujillo – 2014”, cuyo objetivo fue analizar la relación entre el clima social familiar y la conducta social en estudiantes

del quinto año del nivel secundario de una Institución Educativa, Trujillo – 2014. La muestra fue de 132 estudiantes, varones y mujeres de quinto año del nivel secundario, entre 15 a 17 años de edad. La investigación fue de tipo sustantiva-descriptiva, con diseño descriptivo-correlacional. Los instrumentos utilizados fueron: Escala de Clima Social Familiar (FES) de Moss y Trickett y la Batería de Socialización (BAS-3) de Silva y 22 Martorell. Los resultados obtenidos señalan que la percepción del clima social familiar tiene de manera directa una relación significativa e inversa con las escalas de la conducta social. (11)

2.1.3. A Nivel Local

SÁNCHEZ, K Y SANTOS, L (2015). En la tesis “Autoestima y autocuidado en estudiantes de cuarto y quinto año, Facultad de Enfermería de la UNSA, Arequipa 2015” realizado con el objetivo de establecer relación entre el nivel de autoestima y el autocuidado de estudiantes universitarios de la profesión de enfermería en los últimos años de estudio; con tipo de estudio descriptivo de diseño correlacional y transversal; en una población de 147 estudiantes, de quienes se recolectaron datos mediante la encuesta con instrumentos como el inventario de autoestima de Coopersmith y la encuesta de “Conducta de autocuidado”; llegaron a la conclusión de que la autoestima registra niveles alto (71.43%), entre media a baja y el autocuidado promedios entre medio a alto en dimensiones de salud mental, autoexámenes y hábitos saludables, siendo menor el nivel de autocuidado en relación a la conducta sexual. Los mejores niveles son para estudiantes del quinto año y que existe relación significativa entre las variables comprobados mediante la prueba estadística T de student. (12)

Choque Á. & Sotelo, E. (2015) en su investigación “Clima social familiar y la autoestima en adolescentes en la institución educativa particular Tomas MC-Cono Norte” en la cual se busca relacionar clima social familiar y autoestima existiendo una relación significativa , es decir que mientras se fomenta un entorno familiar, que contribuye al desarrollo personal y emocional del adolescente, se dará un crecimiento y una formación adecuada de la autoestima en los adolescentes de dicha investigación.(13)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Teorías de Enfermería

A. Imogene King: “Teoría del logro de metas”

Esta teoría plantea como idea principal que el individuo es percibido como un organismo intencional, dirigido por unos objetivos hacia una meta que opera de forma racional. El entramado central de la Teoría de las Metas de logro hace referencia a la creencia de que las metas de un individuo consisten en esforzarse para demostrar competencia y habilidad en los contextos de logro, entendiendo por estos contextos logro aquellos en los que el alumno participa, tales como el entorno educativo, el deportivo y/o el familiar, y de los que puede recibir influencias para la orientación de sus metas. (14)

Meta paradigma

Salud: Ciclo dinámico del ciclo vital. La enfermedad se considera como una interferencia en la continuidad del ciclo de la vida. Implica continuos ajustes al estrés en los ambientes internos y externos, utilizando los medios personales para conseguir una vida cotidiana

óptima, por tanto es entendida, como la capacidad para funcionar en los roles sociales.

Cuidado/Enfermería: Considerada como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; las imperfecciones de la enfermera y el cliente influyen en la relación. Promueve, como mantiene y restaura la salud, y cuida en una enfermedad, lesión o a un cliente moribundo. Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados de enfermería.

Persona: Es considerado como un ser social, emocional, con capacidad de percibir, controlar y tomar decisiones. Poseedor de un correcto auto-conocimiento, por tanto puede ser participe en las decisiones que afecten su vida y su salud, aceptando o rechazando los cuidados.

Tiene tres necesidades de salud fundamental, información sanitaria útil y oportuna, cuidados para prevenir enfermedades, ayuda cuando las demandas de auto-cuidado no pueden ser satisfechas.

Entorno: No está definido explícitamente, aunque utiliza los términos ambiente interno y externo en su enfoque de los sistemas abiertos. Puede interpretarse desde la teoría general de sistemas de Betty Neuman, como un sistema abierto con límites permeables que permiten el intercambio de materia, energía e información.

Relación de la teoría con el estudio

La teoría de King en la investigación, es el estudio de las conductas y del comportamiento con el objetivo de ayudar a los adolescentes a establecer objetivos mutuos, que estén orientados a obtener metas

centrados en la comunicación y la relación de la familia con el adolescente, para que ellos puedan seguir desempeñando sus roles sociales. Que en su conjunto conlleven al desarrollo de las relaciones y desenvolvimiento.

B. Dorothea Orem. “Teoría del Autocuidado” (15)

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, 54 orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar"

Define además tres requisitos de autocuidado los cuales indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

a. Requisitos de Autocuidado Universal

Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

b. Requisitos de Autocuidado del Desarrollo

Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o

mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

c. Requisitos de Autocuidado de Desviación de la Salud

Que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Meta paradigma

- a. Persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.
- b. Salud: Es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la perfección del bienestar que tiene una persona.
- c. Enfermería: Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

- d. Entorno: Lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Relación de la Teoría con la Investigación

Las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Teniendo en cuenta que los adolescentes reciben cuidados dentro de una unidad multipersonal (la familia), la cual es la unidad de cuidado que adquiere cultura, roles y responsabilidades.

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos.

2.2.2. La Familia

a. Definición

La familia es un grupo de personas unidas por el parentesco, es la organización más importante de las que puede pertenecer el hombre. Esta unión se puede conformar por vínculos consanguíneos o por un vínculo constituido y reconocido legal y socialmente, como es el matrimonio o la adopción. (16)

b. Características de la Familia en el Perú

Los datos demográficos permiten conocer algunos aspectos de la vida familiar. Se presentan algunas características de las familias que, de una u otra manera, están relacionadas a la salud mental:

Según Duchí, et al. (1995) los hogares nucleares son mayoritarios, tanto en el medio rural como en el urbano; aunque la proporción de hogares extendidos es elevada.

- Los varones predominan como jefes del hogar.
- La edad promedio actual de ingreso a la vida marital es de 23 tres años, aunque las mujeres de bajo nivel educativo y las que viven en la selva lo hacen, en promedio a los 18 años.
- La separación legal es la más frecuente y muchas veces se acompaña de violencia que incide sobre todo en la mujer y los hombres.
- Es frecuente que el nacimiento del primer hijo se produzca antes de la unión o en los primeros meses de esta.
- El aborto constituye una de las principales causas de mortalidad materna. Se calcula que los abortos clandestinos dieron lugar al 35% de las hospitalizaciones por complicaciones del embarazo durante 1987.
- Son frecuentes las experiencias de desamparo.

c. Clima Social Familiar

A. Definición (17)

El clima social familiar está influido por la estructura de la familia, los valores imperantes en esta, el tipo de comunicación y de relación que mantienen sus miembros, las características socioculturales (etnicidad, estatus social, creencias religiosas, etc.), la estabilidad del sistema familiar, y la forma en que en este se promueve el desarrollo de sus miembros.

Cuando el clima social familiar es adecuado se caracteriza por la existencia de un ambiente que facilita el crecimiento y desarrollo de cada uno de los individuos que componen la unidad familiar. Desde una perspectiva enfermera, el crecimiento sería el logro de las tareas de desarrollo, acorde con la edad de cada miembro en todas sus dimensiones, es decir, la física, la psíquica y la social.

B. Elementos del Clima Social Familiar (18)

a. Relaciones: Mide el grado de comunicación y libre expresión al interior de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está integrado por 3 sub escalas:

- **Cohesión:** Mide el grado en que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí.
- **Expresividad:** Explora el grado en el que les permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos
- **Conflicto:** Es el grado en el que expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

b. Desarrollo: Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia, ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no por la vida en común. Comprende las sub escalas:

- **Autonomía:** Grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.
- **Actuación:** Grado en el que las actividades (tal como en el colegio o en el trabajo), se enmarcan en una estructura orientada a la acción - competencia.
- **Intelectual- Cultural:** Grado de interés en las actividades de tipo político, intelectual, social y cultural.
- **Moralidad - Religiosidad:** Importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

c. Estabilidad: Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros, integradas por las áreas:

- **Organización:** Importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
- **Control:** Grado en el que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

2.2.3. La Organización familiar influye en el autocuidado

Lo más importante para el desarrollo de una buena organización familiar, es la comunicación, en el cual cada uno de sus miembros tenga la participación activa y esté en condiciones de escuchar y ser escuchado.

Siendo importante la organización familiar en el autocuidado, el cual les incita a adquirir responsabilidades que en el transcurso de su vida les va hacer útil, ya que ellos contribuirán de manera especial en la formación del ser social y determinarán los caracteres psicológicos así como de su comportamiento en el futuro.

2.2.4. Autocuidado

a. Definición:

Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y lleva a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y así continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. (19)

b. Prácticas de Autocuidado del Adolescente

A. Aspecto físico:

• Alimentación (20)

La alimentación del adolescente debe favorecer un adecuado crecimiento y desarrollo y promover hábitos de vida saludables para prevenir trastornos nutricionales. Esta etapa puede ser la última oportunidad de preparar nutricionalmente al joven para una vida adulta más sana. La promoción de alimentación y nutrición saludable en la y el adolescente, tiene que tomar en cuenta estos factores y además los cambios propios en la evolución de la personalidad, como el afianzamiento de la independencia,

la búsqueda de nuevos patrones de socialización, la preocupación por la figura corporal, etc., que condicionan nuevos estilos de vida y patrones de alimentación. La especial atención que ponen los adolescentes por la imagen corporal, los condiciona en ocasiones a llevar dietas restrictivas para acercarse a un patrón ideal de belleza, influenciado por los modelos sociales del momento, y puede dar lugar a serios trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia).

Durante la adolescencia, además del aumento en requerimientos energéticos, también se producen mayores necesidades en aquellos nutrientes implicados en la acreción tisular, como son nitrógeno, hierro y calcio. En general se recomienda comer la mayor variedad posible de alimentos, guardar un equilibrio entre lo que se come y la actividad física, elegir una dieta abundante en cereales, verduras y frutas, elegir una dieta pobre en grasa, grasa saturada y sal, y elegir una dieta que proporcione suficiente calcio y hierro para satisfacer los requerimientos de un organismo en crecimiento. La distribución calórica de la ingesta debe mantener una proporción correcta de principios inmediatos: 10-15% del valor calórico total en forma de proteínas, 50-60% en forma de hidratos de carbono y 30-35% como grasa. El reparto calórico a lo largo del día debe realizarse en función de las actividades desarrolladas, evitando omitir comidas o realizar algunas excesivamente copiosas. Es fundamental reforzar el desayuno, evitar picoteos entre horas. Se sugiere un régimen de cuatro comidas con la siguiente distribución calórica: desayuno, 25% del valor

calórico total; comida, 30%; merienda, 15- 20%, y cena 25-30%.

El agua es el principal componente químico de nuestro cuerpo y representa cerca del 60% del peso corporal. Cada célula y cada sistema de tu organismo depende del agua: ya sea para transportar nutrientes, eliminar toxinas o para mantener hidratados ciertos órganos y tejidos. Si no tomas agua, te da sed, que es una señal de que tu cuerpo se está deshidratando, es decir, que está perdiendo el agua que necesita para poder cumplir con todas las funciones vitales. Consumir entre 1.5 a 2.5 litros al día que equivale a 8 vasos de agua debería estar en la lista de deberes de todos, y los adolescentes no son la excepción, ellos la necesitan más que nunca, porque sus cuerpos están en constante cambio físico y metabólico.

- **Ejercicio y Actividad**

Para los adolescentes, la actividad física consiste en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias. Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de Enfermedades No Transmisibles, se recomienda que los niños y jóvenes de 5 a 17 años inviertan como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada (caminar, a paso rápido, bailar, tareas domésticas, paseos y deportes con niños) a vigorosa (manejar bicicleta, correr, aeróbicos, natación, deportes. (38)

La actividad física por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportará un beneficio aún mayor para la salud. La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.

La realización de una actividad física adecuada ayuda a los jóvenes a: desarrollar un aparato locomotor (huesos, músculos y articulaciones) sano; desarrollar un sistema cardiovascular (corazón y pulmones) sano; aprender a controlar el sistema neuromuscular (coordinación y control de los movimientos); mantener un peso corporal saludable. La actividad física se ha asociado también a efectos psicológicos beneficiosos en los jóvenes, gracias a un mejor control de la ansiedad y la depresión.

Asimismo, la actividad física puede contribuir al desarrollo social de los jóvenes, dándoles la oportunidad de expresarse y fomentando la autoconfianza, la interacción social y la integración. También se ha sugerido que los jóvenes activos pueden adoptar con más facilidad otros comportamientos saludables, como evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, y tienen mejor rendimiento escolar. (21)

- **Sueño y descanso (22)**

El sueño es alimento para el cerebro. Durante el sueño se desarrollan importantes funciones del organismo y de la

actividad cerebral. La falta de sueño puede ser nociva e incluso mortal. La apariencia empeora, puedes sentirte apático y tu eficacia se empobrece. Dormir mal puede afectarnos en la relación con nuestros familiares y amigos, en nuestros resultados académicos, en nuestra actividad deportiva. La falta de sueño expone a accidentes, lesiones y/o enfermedades.

El tiempo total de sueño disminuye de las 10 horas de la infancia media a aproximadamente 8 y media horas a los 16 años. Existen diferencias muy significativas del patrón de sueño en las noches de los días de clases y los fines de semana, los adolescentes duermen menos tiempo cuando van a clases que los días que no van al colegio. Se observa una disminución continua de sueño de más o menos 2 horas en la adolescencia media y tardía.

Si los adolescentes van restringiendo su sueño en forma acumulativa, aparecen signos evidentes de somnolencia diurna. Los adolescentes mayores refieren tener somnolencia diurna y escaso sueño nocturno en comparación con los adolescentes de menor edad. Algunas investigaciones demuestran que los requerimientos de sueño no disminuyen, sino que de hecho aumentan en la medida que el adolescente madura. El tiempo total del sueño en los adolescentes disminuye por los deberes escolares, fiestas y otros eventos.

El trastorno de sueño más frecuente observado en la adolescencia es el Síndrome de Retraso de Fase el que se produce cuando el adolescente va retrasando cada vez más la hora de dormir, haciendo que su sistema

circadiano dé respuesta a los sintonizadores externos, es decir al haber luz, estímulos ambientales distracciones, música, alcohol, comida, el organismo cambia su ritmo, aumentando el metabolismo y siendo incapaz de conciliar el sueño. Los adolescentes acostumbran a tener patrones de sueño cambiantes a lo largo de la semana, suelen acostarse y levantarse tarde los fines de semana, factor que puede afectar a su ritmo biológico y a su calidad de sueño.

B. Aspecto social:

- **Relación consigo mismo (23)**

En cuanto al desarrollo en las relaciones sociales consigo mismo hay que decir que durante la adolescencia, además de generarse un cambio en el tipo de relación con los demás, también surge en el adolescente una nueva comprensión de sí mismo.

- **Relación con sus padres (23)**

Un paso evolutivo obligatorio es que el adolescente logre emanciparse de su familia a medida que se convierte en adulto joven e independiente. En la adolescencia, el individuo se da cuenta de que los adultos significativos para él no tienen todas las respuestas ni todas las soluciones, por lo que un cierto grado de rebeldía contra los padres es común y normal. Al comienzo de la pubertad, las adolescentes suelen estar más en desacuerdo con sus madres.

Los adolescentes varones, en especial los que maduran precozmente, también suelen estar en desacuerdo más con sus madres que con sus padres. Estos conflictos disminuyen con el paso del tiempo, sin embargo las relaciones de los adolescentes con sus madres suelen cambiar más que las que tienen con sus padres. Es muy probable que, a medida que se independizan de sus padres, los adolescentes busquen el consejo de los progenitores de su mismo sexo. En esta etapa de la vida se produce la emancipación psíquica del joven respecto de sus padres. Esta emancipación será más o menos traumática según el modelo de autoridad paterna (más o menos autoritario); el momento de tensión, sin embargo, siempre se produce, siempre se da una separación.

El joven intenta separarse para obtener independencia, pero a la vez siente nostalgia de la protección paterna. Se produce, pues, una tensión entre estos dos sentimientos. El adolescente se halla en una situación ambigua, que además hoy en día se alarga por razones socioeconómicas y culturales. A todo esto hay que añadir lo que supone el primer enamoramiento.

- **Relación con sus pares (23)**

Por último cabría hablar de la amistad y del desarrollo en la relaciones con el grupo de iguales. El tiempo que el adolescente comparte con sus amigos aumenta durante la adolescencia. Los padres no deben alarmarse si ven que su hijo adolescente disfruta el tiempo compartido con sus amigos más que en otras actividades y manifiesta que se siente más

comprendido y aceptado por ellos y dedica cada vez menos tiempo a sus padres y a otros miembros de la familia.

Si bien las amistades de la infancia solían basarse en las actividades comunes, en la adolescencia éstas se amplían e incluyen además de las actividades compartidas, similitud de actitudes, valores, lealtad e intimidad.

También suele existir un mismo nivel de compromiso acerca de los intereses académicos y educativos. Las conversaciones íntimas, especialmente entre las chicas adolescentes, con un alto grado de revelaciones personales les ayudan a desarrollar y explorar sus identidades, como también su sexualidad y los sentimientos que ésta despierta en ellas. Las amistades de los chicos adolescentes no suelen ser tan íntimas como las de las chicas. Los varones se inclinan a formar alianzas con un grupo de amigos que reafirma el valor de cada uno a través de acciones y actos más que a través de revelaciones interpersonales.

No en vano, los chicos desarrollan la intimidad interpersonal más despacio y más tarde que las chicas. La intimidad con alguien de otro sexo crece con más precocidad en las chicas que en los chicos. A medida que se intensifican las relaciones con compañeros de otro sexo, decae en algo la relación con los del propio sexo. Por último y en relación con el aspecto social del adolescente y sus amigos, hay que decir que no es

cierto que los padres dejen de influir en el adolescente, en sus decisiones o en su género de vida. Tampoco la influencia que los amigos ejercen es más intensa que la de los padres.

- **Hábitos (24)**

Las características de egocentrismo que presentan los adolescentes, los hacen no percibir el riesgo al que se exponen. Presentan una manera audaz de desplegar sus acciones, situación que lo expone a riesgos físicos y psicosociales vitales. Algunos de los riesgos que les impide mantener la normalidad se encuentran en el abuso de sustancias como alcohol y drogas.

Entre las drogas de uso más frecuentes, se encuentra el alcohol, que es fácil de adquirir, y está en sus propios hogares. Se cree que los hombres beben más que las mujeres, y las causas que se aluden para producir esta conducta es el hecho de que los jóvenes lo ven como una acción de gente grande y después continúan realizándolo por el mismo hecho que los adultos, para darle vida a los acontecimientos sociales, escapar de los problemas o quedar bien con el grupo de pares. Existen jóvenes que presentan problemas frente a la ingesta de alcohol provocándose adicción, ya sea por problemas genéticos o por evasión de la realidad. Se ha observado que en más de la mitad de los accidentes automovilísticos fatales de los jóvenes, existía la ingesta de alcohol.

Una variable importante a la que están expuestos los adolescentes lo constituyen las campañas publicitarias permanentes en pro del tabaco y el alcohol, presentados como actividad atractiva y pro social, símbolo de libertad y status adulto, estas alusiones justifican también el uso de otras drogas, especialmente la marihuana. Si se considera que el uso de drogas se plantea por la necesidad de satisfacer el área afectiva, se debe tener presente que esta es una etapa particularmente difícil en el plano de las relaciones interpersonales, en que muchas veces se puede hacer difícil una buena relación del adolescente con los padres.

Milton Rojas especialista en temas de drogadicción indicó que según estudios de Cedro los jóvenes en el Perú inician el consumo de drogas sobre todo de marihuana a partir de los 12 años. Asimismo, indicó que un cigarrillo de marihuana equivale a fumar entre tres o cuatro cigarrillos de tabaco. Rojas mencionó “las funciones cognitivas es la herramienta más importante en los jóvenes en edad escolar y universitaria. Si consumen drogas se daña y se deteriora la capacidad de memoria, atención y concentración”.

- **Sexualidad (25)**

La sexualidad y el desarrollo de la identidad sexual son las características más interesantes y atemorizantes en la adolescencia, tanto para los padres como para los hijos. En la educación sexual se pueden distinguir diversos aspectos: el biológico, el psicológico, el

religioso y el moral. En muchas ocasiones los padres y profesores desean entregar esta orientación, pero pueden sólo enfocarse a los fenómenos biológicos, dejando a un lado el contexto psicológico y afectivo.

La educación sexual siempre ha sido un problema no fácil de enfocar, los adolescentes de hoy, se encuentran con una serie de dificultades y realidades inevitables, como lo es la "sexualización" y el erotismo de algunos ambientes y amplios sectores de la vida cotidiana, por medio de la televisión, las revistas, anuncios, películas, canciones, etc. Los conocimientos que se adquieren generalmente a través de conversaciones con amigos, pero esta información está mezclada de conocimientos aislados, mitificados y carecen de fundamentos serios y consistentes. El inicio sexual puede producirse no sólo a deseos específicamente sexuales, también a necesidad de aprobación de sus pares, rebeldía, reafirmación de la identidad sexual, necesidad de apoyo y cariño, sometimiento, o simple curiosidad.

Los riesgos de la sexualidad a toda edad son los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. Los adolescentes con su sentimiento de omnipotencia y ansias de explorar, se exponen especialmente a mayor número de parejas sexuales. Esto afecta de sobre manera a la mujer, ya que es ella la que debe hacerse cargo del hijo y es la que pasa por múltiples problemas que van desde los problemas de nutrición, con los padres, con los

estudios y la mayoría de las veces con la pareja. Para los varones también es adverso asumir un rol para el que no están psicológicamente preparados, ocasionalmente evaden la responsabilidad.

C. Aspecto psicológico:

- **Independencia (26)**

La independencia se desarrolla en el marco de referencia, “cómo yo pienso, cómo siento en relación con lo que piensan mis padres, con lo que piensan mis amigos, la sociedad, el mundo, cómo se pensaba en el pasado y cómo se pensará en el futuro”. Inicialmente la independencia empieza a descubrirla cuando se expresa y los demás corresponden a la comunicación, posteriormente se expresa y comporta de forma individual.

Romper con los lazos de dependencia infantil para poder tener una identidad propia es el principal criterio para señalar el final de la adolescencia y el comienzo de la vida adulta. Esta identidad implica la independencia de los padres en cuanto a la adopción de un sistema de valores propios, elección vocacional, autonomía económica y un adecuado ajuste psico sexual. Se alcanza la autonomía e independencia, la persona es capaz de tomar sus propias decisiones y aceptar las consecuencias de ellas, tener una identidad clara de sí misma, saber quién es, cómo pedir y aceptar ayuda de otros y posteriormente, ser capaz de tener un trabajo y formar un hogar si es su elección.

- **Identidad**

Es cuando la persona inicia a tomar conciencia de sí mismo, quien soy yo, que soy ahora y que voy a ser de ahora en adelante. La búsqueda de ser yo, surge de una comparación entre su pensamiento y que ve fuera. Su identidad es influida por factores como lectura de libros, sus profesores, sus padres, líderes políticos y de otros, ídolos de la televisión y cine, información y conocimiento en general. El logro de la identidad significa la interpretación exitosa de la imagen personal y su adecuación en la sociedad. (27)

- **Autoestima**

La autoestima se define como los sentimientos que una persona tiene sobre sí misma. En la adolescencia es frecuente que se produzca una disminución de la autoestima debida a la creciente manifestación de los cambios que se producen, los pensamientos que surgen y la forma diferente de pensar acerca de las cosas. En este periodo, los adolescentes se vuelven más reflexivos sobre quiénes son y quiénes desean ser y observan las diferencias entre el modo en que actúan y el modo en que piensan que deberían hacerlo. Una vez que comienzan a reflexionar sobre sus acciones y características, se ven confrontados con la percepción que tienen de sí mismos. Fijémonos en las chicas adolescentes que suelen dar más importancia al hecho de sentirse atractivas y, si no lo logran, su autoestima disminuye. (27)

2.2.5. Adolescencia

A. Definición

Para la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP), se declaró que el término adolescencia se refiere a la población cuyas edades comprenden entre los 10 a 19 años, criterios tomados en cuenta por el ministerio de salud con la finalidad de unificar estándares internacionales y además realizar evaluaciones objetivamente verificables. No obstante actualmente el ministerio de salud (MINSa), ha modificado dicho rango de edades para estar de acorde con la normativa nacional. Actualmente, la etapa de vida adolescente es la población comprendidas desde los 12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días., bajo Resolución Ministerial n° 538 – 2009/MINSa, 14 de agosto del 2009. (28)

La pubertad empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños. Las niñas tienen su primera menstruación generalmente a los 12 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre generalmente hacia los 13 años. No obstante, las niñas pueden empezar a menstruar a los 8 años.

Hay indicios de que la pubertad está comenzando mucho más temprano; de hecho, la edad de inicio tanto en las niñas como en los niños ha descendido tres años en el transcurso de los últimos dos siglos. Esto obedece, en gran parte, a las mejores condiciones de salud y nutrición. Considerando lo establecido en la Resolución

Ministerial N° 538-2009/MINSA, se considera adolescentes a aquellas personas entre los 12 y 17 años de edad. (29)

B. Principales cambios en la etapa de la adolescencia: biológico, psicológico y social

El término pubertad proviene del latín “pubere” que significa pubis con vello. Es un proceso biológico en el que se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, así como la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular y se logra la talla adulta.

La definición de pubertad obedece a criterios estadísticos, es decir, si la aparición de los caracteres sexuales secundarios se encuentran dentro del intervalo de $\pm 2,5$ DE (desviación estándar) para sexo y población de referencia. Se considera inicio pubertal normal a la aparición de telarquia entre los 8-13 años en las niñas y el aumento del tamaño testicular entre los 9-14 años en los niños. (30)

La adolescencia se inicia en la pubertad y se encuentra en el medio de la niñez y la adultez. Al situarla dentro de la perspectiva del desarrollo global de toda la existencia se puede considerar que este período cursa entre dos importantes transiciones, de la niñez a la adolescencia y de ésta a la vida adulta. Como momento del desarrollo, la adolescencia implica para la persona transformaciones de tipo biológico que son de carácter universal, es decir, que todos los seres humanos las experimentan. Durante esta etapa ocurren una serie de modificaciones corporales que involucran el aumento en la talla y el peso, así como la madurez de los órganos sexuales internos y externos y la capacidad fisiológica para reproducirse. (31)

Desde el punto de vista psicológico y social, la adolescencia marca una época de la vida en la cual adquieren gran importancia las

relaciones afectivas de amistad y amor con otros/as adolescentes. Es un tiempo de descubrimiento de sí mismo/a –incluyendo al propio cuerpo y la manera cómo interesar a sus iguales–, de revelación de los/as otros/as y del mundo en general. Se trata de un período en el cual se produce un salto en el desarrollo cognoscitivo y ocurre una apertura hacia nuevos y diversos espacios y perspectivas intelectuales. (31)

Hay en este momento de la vida una necesidad apremiante por conquistar la autonomía y la independencia, ocurren conflictos con los/as padres/madres y otras figuras de autoridad por quebrantar normas que antes eran acatadas. Aunque puede ser un tiempo de crisis, preocupaciones, dudas e inseguridad, también representa una época de conquistas en términos del desarrollo propio y en el aporte que los y las adolescentes pueden hacer al desarrollo de la sociedad, siempre y cuando ésta logre ofrecerles la atención y protección que ellos/as requieren y estimular adecuadamente su participación activa en los cambios que la colectividad demanda. (31)

Hablar de los y las adolescentes supone considerar diversos aspectos de orden biológico, psicológico y social. Implica también señalar a seres humanos sujetos de derechos y responsabilidades en el entorno en el cual ocurre su desarrollo. La duración de la adolescencia queda definida al diferenciar los términos adolescencia y juventud. (31)

El/la adolescente superó la pubertad –y los cambios biológicos asociados a ella– está formándose para dar estructura a su personalidad, alcanzar la identidad sexual y lograr profesionalizarse. El/la joven ya ha adquirido todo esto en el/la adolescente son metas por conquistar, se encuentra en posesión de responsabilidades, de independencia económica y disfruta de libertades. (32)

La “madurez” física y la “madurez” social son los hitos que marcan la diferencia entre uno y otro momento. En materia de protección, los diferentes instrumentos legales a nivel internacional establecen marcos distintos, pero en conjunto garantizan el resguardo de los derechos de los y las adolescentes. Por ejemplo, la Convención sobre los Derechos del Niño señala en su Artículo 1: “se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. (32)

La Convención Iberoamericana de Derechos de los jóvenes en su Artículo 1 contempla “bajo las expresiones joven, jóvenes y juventud a todas las personas, nacionales o residentes en algún país de Iberoamérica, comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad”. (33)

C. Adolescencia y la salud (29)

La adolescencia es un período de cambios durante los cuales los y las adolescentes desarrollan sus capacidades para aprender, experimentar, utilizar el pensamiento crítico, expresar su libertad creativa y participar en procesos sociales y políticos. Asegurar el desarrollo de estas capacidades debería ser una prioridad de toda sociedad. Aunque, debemos reconocer la existencia de obstáculos que se oponen a ese desarrollo, como los asociados a la pobreza, la falta de oportunidades o la ausencia de redes y entornos protectores. Es por ello que la sociedad y el Estado deben reconocer las ventajas que estos grupos de población representan para el logro del desarrollo social y económico del país.

Así, para promover el desarrollo de adolescentes, es necesario que las intervenciones, que tienen ese objetivo, formen parte de una estrategia conjunta y coordinada, que se apoyen en un marco político

y legal adecuado, así como en inversiones en sectores que contribuyen al desarrollo de resultados sociales, todo esto enmarcado en los principios y normas de derechos humanos, equidad, interculturalidad e igualdad de género y en la política de Estado el fortalecimiento de la familia, protección y promoción de la niñez, la adolescencia y la juventud.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.3.1. Adolescencia

Es una etapa relevante de la vida del hombre, en la que el joven, después de haber desarrollado su función reproductiva y determinarse como individuo único, va definiendo su personalidad, identidad sexual y roles que desempeñará en la sociedad, como también, un plan de vida para decidir qué orientación va a tener, de esta forma, cuando ya haya logrado estas metas, constituirse en adulto. (34)

2.3.2. Funcionamiento Familiar

Es la capacidad que tiene la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros y adaptarse a las situaciones de cambio. La familia se considera funcional cuando es capaz de propiciar la solución a los problemas, de modo que estos no lleguen a afectar a la satisfacción de las necesidades de sus miembros. Igualmente una familia funcional es aquella capaz de realizar un tránsito armónico de una etapa a otra de su ciclo vital. Para ello debe mantener su organización, desarrollar los procesos familiares, realizar las actividades de la vida diaria y mantener un entorno seguro y protector. (35)

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1. Hipótesis General

La percepción de clima social familiar se relaciona con la práctica del autocuidado en los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa.

2.4.2. Hipótesis Específicas

- H1** Cuáles son las características sociodemográficas en los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar.
- H2.** Cuál es la percepción del clima social familiar en el adolescente que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa.
- H3** Cómo es la práctica del autocuidado del adolescente que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar.
- H4.** Existe la relación entre la percepción de la relación familiar con la práctica del autocuidado en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar.
- H5.** Existe la relación entre la percepción del desarrollo familiar con la práctica del autocuidado en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar.
- H6.** Existe la relación entre la percepción de la estabilidad familiar con la práctica del autocuidado en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar.

2.5. VARIABLES

Variable X. Percepción del Clima Social Familiar.

Indicadores:

- Relaciones.
- Desarrollo.
- Estabilidad.

Variable Y. Prácticas del autocuidado.

Indicadores:

- Físico.
- Social.
- Psicológico.

2.5.1. Definición Conceptual de las Variables

A. Práctica del Autocuidado: “Aquellas actividades que realizan los individuos, las familias, o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario” (36)

B. Clima Social Familiar: Conducta de características psicosociales e institucionales de un determinado grupo de personas asentado en un ambiente. Estudia las relaciones entre el hombre –Medio Ambiente en un aspecto dinámico.(37)

2.5.2. Definición Operacional de las Variables

- A. Percepción del Clima Social Familiar:** Proceso mental de selección, organización e interpretación de información a partir de su experiencia previa, de manera lógica o significativa en relación a su entorno sumado por aportaciones personales de cada miembro de la familia, evaluado en tres dimensiones: relación, desarrollo y estabilidad, los datos serán recogidos en un cuestionario, donde las medias serán adecuado e inadecuado.
- B. Práctica del Autocuidado:** Conjunto de acciones preventivas de carácter físico, psicológico y social, realizadas libremente por el adolescente en el cuidado de su salud, considerando tres aspectos: físico, social y psicológico, que serán medidos como aceptable y no aceptable.

2.5.3. Operacionalización de Variables

Variables	Indicadores	Sub Indicadores	Item	Instrumento	Categoría	Escala
Variable X Percepción del Clima Social Familiar	Relaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Cohesion. • Expresividad. • Conflicto. 	1 al 30	Cuestionario	Adecuado Inadecuado	Nominal
	Desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomía. • Actuación. • Intelectual / cultural. • Moralidad / religiosidad. 	31 al 70			
	Estabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Organización. • Control 	71 al 90			
Variable Y Práctica del autocuidado	Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación. • Ejercicio / actividad. • Reposo / sueño 	1 al 19	Cuestionario	Aceptable No Aceptable	Nominal
	Social	<ul style="list-style-type: none"> • Relación consigo mismo. • Relación con sus padres. • Relación con sus pares. • Hábitos. • Sexualidad. 	20 al 32			
	Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Independencia. • Identidad. • Autoestima. 	33 al 43			

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

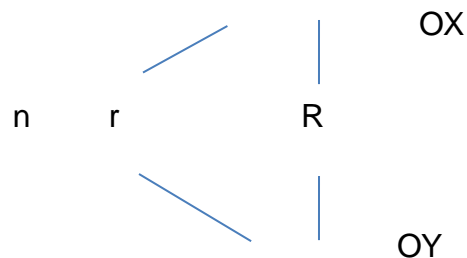
3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo

El tipo de investigación fue correlacional de enfoque cuantitativo. Por el número de variables es bivariado, por la temporalidad es retrospectiva, por el número de medición es transversal y por el lugar de investigación es de campo.

3.1.2. Nivel de Investigación

Es diseño fue correlacional transversal no experimental.



Dónde:

n : muestra de estudio.

OX : medición de la variable.

OY : medición de la variable.

r : relación entre variables.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

A. Ubicación Espacial

La investigación se realizó en el Centro de Salud Mariano Melgar, que está ubicado en el distrito de Mariano Melgar del departamento de Arequipa, Calle Ica 303 Urb. San Lorenzo, de categoría I-4, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población. El establecimiento cuenta con los servicios de Medicina general, Odontología, Obstetricia, Consultorios de Enfermería (Niño sano y Vacunación), Consultorio de Adolescente, Psicología, Nutrición, Laboratorio y Farmacia, que atiende, de lunes a domingo las 24 horas del día.

B. Ubicación Temporal

La investigación se desarrolló entre los meses de setiembre del 2017 hasta Agosto del 2018.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La investigación estuvo conformada por 1018 adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa.

3.3.2. Muestra

La muestra de la investigación fue no probabilístico, elegidos por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de análisis.

$$n = \frac{(Z)^2 \times (p) \times (q) \times N}{(E)^2 \times (N-1) + (Z)^2 \times (p) \times (q)}$$

Dónde: n = muestra.
 Z = constante 1.96.1
 p = probabilidad de ocurrencia.
 q = probabilidad de no ocurrencia.
 N = Población total.
 E = error estimado 5%.

Desarrollando:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (0.9) \times (0.1) \times 1018}{(0.05)^2 \times (1018-1) + (1.96)^2 \times (0.9) \times (0.1)}$$

n = 122 adolescentes.

3.3.3. Criterios de Inclusión

- A. Adolescentes que vivan en familia nuclear o extensa, anuclear.
- B. Adolescentes de ambos sexos.
- C. Adolescentes de 12 a 17 años.
- D. Con consentimiento informado.

3.3.4. Criterios de Exclusión

- A. Adolescentes que no deseen participar.
- B. Adolescentes sin consentimiento informado.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnicas

Para ambas variables se utilizó la técnica de la encuesta.

3.4.2. Instrumentos

El instrumento que se utilizó para ambas variables fueron cuestionarios.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

A. Validación de Instrumentos

a. Cuestionario de práctica del autocuidado del adolescente

- **Autores:** R. H. Moos, B. S. Moos y E. J. Trickett.
- **Procedencia:** Universidad Nacional Mayor San Marcos, Lima Perú, 2014.
- **Aplicación:** Adolescentes.
- **Duración:** 10 minutos aproximadamente.
- **Finalidad:** Evaluar y describir las prácticas del autocuidado de salud de los adolescentes.

Validación del instrumento

CRITERIOS	SI
1. La formulación del problema es adecuada.	0.00781
2. El instrumento facilitara el logro de los objetivos de investigación.	0.00781
3. El instrumento está relacionado con la variable de estudio.	0.00781

4. El número de ítems del instrumento es correcto.	0.00781
5. La redacción de los ítems del instrumento es correcta.	0.06250
6. El diseño del instrumento facilitara el análisis y procesamiento de datos.	0.00781
7. Eliminaría algún ítem en el instrumento.	0.00781
8. Agregaría algún ítem en el instrumento (especifique).	0.22656
9. El diseño del instrumento será accesible a la población.	0.00781
10. La redacción es clara, sencilla y precisa.	0.00781

Se ha considerado

0: si la respuesta es negativa

1: si la respuesta es positiva

$$p = \sum p/10$$

$$p = 0.35154/10$$

$$p = 0.035$$

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo; de los resultados obtenidos por cada juez, estos son menores de 0.05 por lo tanto el área de concordancia es significativa.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO SEGÚN PEARSON

$$r = \frac{\sum XY - \frac{\sum X \sum Y}{N}}{\sqrt{\left(\sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{N}\right)} \sqrt{\left(\sum Y^2 - \frac{(\sum Y)^2}{N}\right)}}$$

N: Tamaño del conjunto x e y.

x: Sumatoria de puntajes simples de la variable x.

$\sum y$: Sumatoria de puntajes simples de la variable y.

$\sum x^2$: Sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable y.

$\sum y^2$: Sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable x.

r xy : Coeficiente de regresión el conjunto x e y.

Si $r > 0,20$ el instrumento es válido, por lo tanto este instrumento según el coeficiente de r de Pearson es válido en 43 ítems. El ítem 29 no es válido.

DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO COEFICIENTE DE KUDER – RICHARSON (K – R)

Para determinar el coeficiente de fiabilidad se utilizó la fórmula de Kuder-Richardson 20 (para ítems dicotómicos, respuesta 1 o 0):

$$R = \left(\frac{N}{N-1} \right) \cdot \left(1 - \frac{\sum p_i \cdot q_i}{S_t^2} \right)$$

Donde:

N: número de ítems

$$p_i = \left(\frac{\text{número de individuos que responden al ítem correctamente}}{\text{total de individuos estudiados}} \right)$$

$q_i = 1 - p_i$

S_t^2 : varianza total

Se consideró un coeficiente $R \geq 0,81$ como aceptable. Por lo tanto cuando es > 0.5 la confiabilidad es significativa.

DIMENSIONES		
Física	0 a 13	Inadecuada
	14 a 20	Adecuada
Social	0 a 8	Inadecuada
	9 a 11	Adecuada
Psicológica	0 a 10	Inadecuada
	11 a 12	Adecuada

Baremo práctica del autocuidado:

Práctica no aceptable	0 a 32 Puntos
Práctica aceptable	33 a 43 Puntos

b. Cuestionario de Clima Social Familiar

Autores: R. H. Moos, B. S. Moos y E. J. Trickett.

Procedencia: Universidad de Stanford 1974, revisada en 1982.

Adaptación: César Ruiz Alva y Eva Guerra Turín - Lima 1993 Abner Pereda Infantes-Olimpiades Gonzáles P. Pamparomás 2007.

Aplicación: Adolescentes y adultos. Individual o colectiva.

Duración: 20 minutos aproximadamente.

Finalidad: Evaluar y describir las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. (Moos, Moos y Trickett, 1989).

CONFIABILIDAD: Los coeficientes de fiabilidad van de 0.88 a 0.91 con una medida de 0.89 para el examen individual, siendo las áreas Cohesión, Intelectual – Cultural, Expresión y Autonomía, las más altas. (La muestra usada para este estudio de confiabilidad fue de 139 jóvenes con promedio de 17 años en la Ciudad de Lima).

En el test –retest con 2 meses de lapso los coeficientes eran de 0.86 en promedio (variando de 3 a 6 puntos).

VALIDEZ: Aprobado mediante la prueba de Bell específicamente el área de Ajuste en el Hogar y con el TAMAI el área familiar.

La muestra individual fue de 100 jóvenes y de 77 familias.

AREAS FES	BELL		TAMAI
	Adolescentes	Adultos	
Cohesión	0.57	0.60	0.62
Conflicto	0.60	0.59	0.59
Organización	0.51	0.57	---
Expresividad	0.53		0.53

DIMENSIONES		
RELACIONES	19 – 30	Adecuado
	0 – 18	Inadecuado
DESARROLLO	25 – 40	Adecuado
	0 – 24	Inadecuado
ESTABILIDAD	13 – 20	Adecuado
	0 – 12	Inadecuado

BAREMOS CLIMA SOCIAL FAMILIAR

Adecuado	55 a más
Inadecuado	0 – 54

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la realización de la investigación, se presentó un oficio al Director del Centro de Salud Mariano Melgar para la ejecución del presente proyecto, una vez obtenido el permiso, se procedió a la recolección de datos, se aplicó las encuestas a los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar.

Una vez obtenidos dichos datos, se codificaron, analizaron y procesaron, posteriormente se siguió con la presentación de resultados, seguido de la formulación de conclusiones y planeamiento de sugerencias.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

Tabla 1

Características sociodemográficas de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

Edad	Fi	%
12 a 14 años	66	54,1
15 a 17 años	56	45,9
Sexo		
Femenino	74	60,7
Masculino	48	39,3
Grados de estudios		
Segundo	37	9,9
Tercero	36	9,6
Cuarto	90	24
Quinto	87	23,2
Total	122	100

Fuente: elaboración propia 2018

En la presente tabla se aprecia las características socio demográficas en los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, un 54,1% tienen entre 12 -14 años, un 60,7% de sexo femenino, el 24,0 % están en cuarto grado de estudios secundarios.

Tabla 2

Percepción del Clima Social Familiar en los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

Percepción del Clima Social Familiar	Fi	%
Adecuado	54	44,3
Inadecuado	68	55,7
Total	122	100,0

Fuente: elaboración propia 2018

En la tabla se observa que de 122 adolescentes; el 55,7% perciben un clima social familiar inadecuado y el 44,3% perciben el clima social familiar adecuado.

Tabla 3

Prácticas del autocuidado de los adolescentes que Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

Práctica del Autocuidado	Fi	%
Aceptable	75	61,5
No aceptable	47	38,5
Total	122	100.0

Fuente: elaboración propia 2018

En la tabla se observa que, de 122 adolescentes el 61,5% registran una aceptable práctica del autocuidado y el 38,5 % prácticas no aceptables constituyéndose en una población con riesgo en su salud.

Tabla 4

Percepción entre la Relación familiar y Práctica del autocuidado de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

Relación Familiar	Práctica del Autocuidado				Total	
	Aceptable		No aceptable			
	Fi	%	fi	%	Fi	%
Adecuado	51	41,8	3	2,5	54	44,3
Inadecuado	24	19,7	44	36,1	68	55,7
Total	75	61,5	47	38,5	122	100,0

Fuente: elaboración propia 2018

$$r = 0,6$$

En la tabla se observa, que la práctica del autocuidado es aceptable en 41,8% de los que tuvieron una relación familiar adecuada, mientras que el 36,1% los estudiantes con práctica del autocuidado no aceptable.

La prueba de Pearson, se observa una moderada relación entre la relación familiar y la práctica del autocuidado de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

Tabla 5

Percepción entre el Desarrollo familiar y Práctica del autocuidado de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

Desarrollo Familiar	Práctica del Autocuidado				Total	
	Aceptable		No aceptable			
	Fi	%	Fi	%	fi	%
Adecuado	33	27,0	0	0,0	33	27,0
Inadecuado	42	34,4	47	38,5	89	73,0
Total	75	61,5	47	38,5	122	100,0

Fuente: elaboración propia 2018

$$r = 0.6$$

En la tabla se observa que el 38,5% de adolescentes que tiene las prácticas del autocuidado, tuvieron un desarrollo familiar inadecuado. Y el 27,0% de práctica del autocuidado aceptable tuvieron un desarrollo familiar adecuado.

La prueba de Pearson, se observa una moderada relación entre el desarrollo familiar y la práctica del autocuidado de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

Tabla 6

Percepción entre la Estabilidad familiar y Práctica del autocuidado de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

Estabilidad Familiar	Práctica del Autocuidado				Total	
	Aceptable		No aceptable			
	Fi	%	fi	%	fi	%
Adecuado	63	51,6	15	12,3	78	63,9
Inadecuado	12	9,8	32	26,2	44	36,1
Total	75	61,5	47	38,5	122	100,0

Fuente: elaboración propia 2018

$$r = 0,5$$

En la tabla se observa que un 51,6% de adolescentes que tienen práctica del autocuidado aceptable, hay una estabilidad familiar adecuada. De los estudiantes con una práctica del autocuidado no aceptable el 26,2% tiene una estabilidad familiar inadecuada.

La prueba de Pearson, observa una moderada relación entre la percepción adecuada en la dimensión de estabilidad familiar y una inadecuada relación con la no aceptable práctica del autocuidado de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

Tabla 7

Percepción del Clima Social Familiar y Práctica del autocuidado de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

Percepción del Clima Social Familiar	Práctica del autocuidado				Total	
	Aceptable		No aceptable		fi	%
	Fi	%	Fi	%		
Adecuado	54	44,3	0	0,0	54	44,3
Inadecuado	21	17,2	47	38,5	68	55,7
Total	75	61,5	47	38,5	122	100,0

Fuente: elaboración propia 2018

$$r = 0,7$$

En la tabla, se observa que el 44,3% de adolescentes con práctica aceptable del autocuidado, tiene una percepción adecuada del clima social familiar y el 38,5% con práctica del autocuidado no aceptable, tienen percepción inadecuada del clima social familiar.

La prueba de Pearson, observa una alta relación entre la percepción del clima social familiar y la práctica del autocuidado de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

CAPÍTULO V

DISCUSION

En la Tabla 1, se observa que más de la mitad de los adolescentes que acuden al Centro de Salud, Mariano Melgar son del sexo femenino, la mitad tiene entre los 12 – 14 años y la 1/4 pertenecen al 4 y 5 grado de educación secundaria.

En la Tabla 2, se observa la percepción del clima social familiar, en más de la mitad de los adolescentes es “inadecuado”, en tanto la relación familiar y desarrollo familiar de sus integrantes se refiere, y un poco menos de la mitad lo perciben como “adecuado”, de igual manera, Acevedo, M. y Barrantes, k. encontró que el 62% de los adolescentes presentan un clima social familiar inadecuado y el 38% adecuado, mostrando desacuerdo con el grado de comunicación y expresión dentro de la familia así como el grado de interacción conflictiva en el hogar, estos resultados tienen similitud con lo encontrado por Aguilar y Valbuena, realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar el clima familiar percibido por los adolescentes infractores de la ley penal y sus familiares, obteniendo una muestra que el 50% de los adolescentes perciben un ambiente de conflicto, el 66.7%

perciben dificultad para expresar de forma abierta las opiniones y sentimientos entre sí, finalmente, el 53% percibe un nivel alto en aspectos éticos, morales y religiosos y un nivel ligeramente bajo en organización y control (marginación, desprotección y abandono).

Clima social familiar, es importante, ya que en él se establecen las relaciones entre sus miembros, siendo cruciales para desarrollar estrategias de afrontamiento hacia los futuros cambios que puedan acarrear los adolescentes, buscando el apoyo en otras personas para enfrentar los cambios físicos, emocionales y sociales de esta etapa.

En la Tabla 3, nos indica la práctica del autocuidado del adolescente es aceptable en 5 de 10 de los adolescente, destacando el aspecto físico un 56,6%, las cuales se refieren a como el adolescente cuida de su salud en base a sus necesidades básicas, alimentación, actividad física, entre otras y el aspecto social con 56,6%, debido a que se evidencia un porcentaje que cuidan de sí mismos, no se provocan daño y piden ayuda cuando se sienten mal, este hallazgo coincide con lo encontrado por ESCOBAR, M. Y PICO, M, evidencio las características de las prácticas de autocuidado de la salud, en jóvenes quienes destacan en prácticas de autocuidado relacionadas con el cuidado físico como alimentación, ejercicio y sueño.

Contrastando a lo encontrado por SÁNCHEZ, K Y SANTOS, L., en su estudio concluye que la autoestima registra niveles alto (71.43%), entre media a baja y el autocuidado promedios entre medio a alto en dimensiones de salud mental, autoexámenes y hábitos saludables, siendo menor el nivel de autocuidado en relación a la conducta sexual. En los resultados obtenidos mi trabajo, se observa que la Autoestima se encuentra en promedio bajos, y los hábitos sexuales con promedios entre medio a alto.

Puede observarse que no solo la autoestima, ni los hábitos sexuales influyen en la práctica del autocuidado, sino también en este grupo atareó influye la percepción del clima social familiar.

En cuanto a la dimensión psicológica es muy alta la frecuencia de adolescentes con prácticas inaceptables (83.6%), estando la autoestima de los adolescentes comprometida.

En la tabla 4, los adolescentes, tienen una adecuada percepción de relación familiar (41.8%), en el que los adolescentes, se sienten más unidos como familia, esto les permite la ayuda y apoyo mutuo para actuar con libertad y expresar sus sentimientos de forma directa, la cual se evidencia que tengan una aceptable práctica del autocuidado.

En la tabla 5; los adolescentes tienen una inadecuada percepción de desarrollo familiar influye en la práctica no aceptable del autocuidado menos de la mitad de los adolescentes (38,5%), aquí vemos la capacidad de los miembros de la familia para actuar en diversos escenarios, como la escuela; la capacidad para ser independientes, la formación espiritual y social que los padres forman en la convivencia diaria. Esta es una evidencia más del riesgo en el que están expuestos los adolescentes a problemas psicosociales como el pandillaje, el alcoholismo, la drogadicción, etc.

En la tabla 6, los adolescentes tienen la adecuada percepción de estabilidad familiar influye en la práctica aceptable del autocuidado (51.6%). Ya que el ambiente familiar es organizado y específico en cuanto a sus expectativas, posee capacidad de control y sensibilidad frente a los cambios; se podría decir entonces que los adolescentes que perciben estas características en sus familias, tendrán una aceptable práctica del autocuidado.

De manera global, ambas variables se relacionan en su totalidad, ya que si queremos mejorar la práctica del autocuidado, es importante considerar el clima social familiar, por tanto, este factor se convierte en un camino de solución para la situación problemática.

CONCLUSIONES

- PRIMERA** Se determinó las características socio demográficas de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar son: entre 12 - 14 años el 54,1%; de sexo femenino 60,7%, de cuarto y quinto de secundaria el 63,1% de adolescentes.
- SEGUNDA** Se identificó el clima social familiar de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar como inadecuado en más de la mitad de los adolescentes (55,7%).
- TERCERA** Se determinó que la práctica del autocuidado de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar es aceptable en más de la mitad de los adolescentes (61,5%).
- CUARTA** Los adolescentes que perciben el clima social en la dimensión de relación familiar como adecuada (44,3%) manifiestan una práctica del autocuidado aceptable (61,5%). Así mismo si perciben un clima social familiar inadecuado en la dimensión de relación (55,7%) refieren una práctica del autocuidado no aceptable (38,5%). La prueba de Pearson evidencia que hay una moderada relación entre los dos.

QUINTA Los adolescentes que perciben el clima social en la dimensión de desarrollo familiar como adecuado (27,0%) manifiestan una práctica del autocuidado aceptable (61,5%). Así mismo si perciben un clima social familiar inadecuado en la dimensión de desarrollo (73,0%) refieren una práctica del autocuidado no aceptable (38,5%). La prueba de Pearson evidencia que hay una moderada relación entre los dos.

SEXTA Los adolescentes que perciben el clima social en la dimensión de estabilidad familiar como adecuado (63,9%) manifiestan una práctica del autocuidado aceptable (61,5%). Así mismo si perciben un clima social familiar inadecuada en la dimensión de estabilidad (36,1%) refieren una práctica del autocuidado no aceptable (38,5 %). La prueba de Pearson evidencia que hay una moderada relación entre las dos variables.

SÉPTIMA La percepción del clima social familiar se relaciona con la práctica del autocuidado del adolescente, con mayor significancia las dimensiones de relación que implica cohesión, expresividad y conflicto; así como la dimensión de desarrollo que implica autonomía, actuación, intelectualidad, recreación y moralidad.

RECOMENDACIONES

1. A las enfermeras que trabajan en el Centro de Salud Mariano Melgar, orientar sobre consecuencias que trae una mala práctica del autocuidado, involucrando a la familia en el cuidado de su salud.
2. A los adolescentes, difundir prácticas del autocuidado, ya que perciben problemas psicológicos, en el cual fortalezcan su conducta y toma de decisiones.
3. Al Centro de Salud, que aproveche la coyuntura entre la percepción del clima social familiar y práctica del autocuidado, para diseñar estrategias, de promoción de salud extra mural y en horarios que se adapten a la necesidades de la familia.
4. A las Enfermeras, a motivar el desarrollo de estrategias que favorezcan la comunicación y libre expresión dentro del entorno familiar, así como la resolución asertiva de conflictos, estimulando el sentimiento de pertenencia, referencia e identificación con sus miembros.
5. Al Centro de Salud, propulsar la integración responsable del adolescente a la comunidad, además de la interiorización y acatamiento de normas que conduzcan al proceso adaptativo de la socialización.
6. Al personal de salud, desarrollar talleres dirigidos a adolescentes y familiares para que practiquen el autocuidado, de esta manera la familia se convierta en fuente de soporte para proporcionar una buena calidad de vida.

7. A las enfermeras, continuar las estrategias de aseguramiento para el empoderamiento de las prácticas del autocuidado de la salud del adolescente, sumando a ellas el uso de la tecnología de información y comunicación (TIC) como el m - learning mediante dispositivos móviles a los que son accesibles la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS, Salud y Cuidado de los Adolescentes. [Página en Internet] Tema 33 de Salud, 2013. Disponible en:
http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/.
Visitado el 13/04/2018.
2. Tabón O. (1986) El Autocuidado. Una Habilidad Para Vivir
<http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>.
Visitado el 13/04/2018.
3. SDG Indicators, Global Database. (2018) Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones.
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Visitado el 12/05/2018.
4. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones
<http://www.okspanishnews.com/index.php/en/noticia/detalle/4463>.
Visitado el 12/05/2018.
5. Callata F. Clima social familiar y nivel de autoestima en Adolescentes de la I. E. Manuel Veramendi E hidalgo. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2012.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2257/ENcafidmh.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Visitado el 12/05/2018.
6. Rojas C, Salas J, Olivera R. Estudio transversal de prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas [Tesis para título de enfermería]. Comas: Centro De Salud Collique III Zona, Universidad Ciencias Humanidades; Disponible en:
<http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/113/CD-TENF-078-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Visitado el 13/04/2018.

7. Gonzales F. (2017) Documento Técnico Situación de la Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú MINSA PERU
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>. Visitado el 09/04/2018.
8. Escobar y Cols. (2011) "Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011" Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 31, núm. 2, Universidad de Antioquia Medellín, Colombia:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028113003>.
Visitado el 13/04/2018.
9. Aguilar, A. y Valbuena (2014) "Clima familiar percibido por adolescentes infractores de la ley penal y sus familiares" Universidad Rafael Urdaneta. Venezuela.
Visitado el 12/05/2018.
10. Acevedo M, Barrantes K. (2015), "Clima social familiar y agresividad del adolescente de la Institución Educativa Divino maestro del Distrito La Esperanza. Trujillo - 2014". Visitado el 13/04/2018.
11. Rojas, E. (2015). Clima social familiar y conducta social en estudiantes del quinto año del nivel secundario de una institución educativa, Trujillo – 2014 (Tesis de Pregado).
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1802>. Visitado el 09/04/2018.
12. Sanchez K. (2015) Autoestima y autocuidado en estudiantes de cuarto y quinto año. Facultad de enfermería de la UNAS - Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa 2015.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/377/M-21585.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Visitado el 09/04/2018.

13. Choque Á. & Sotelo, E. (2015). Clima Social Familiar y la autoestima en adolescentes en la I. E. P. Thomas MC – Cono Norte (Tesis de pregrado), Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa. Visitado el 09/04/2018.
14. Hellin G. (2017) Motivación, Autoconcepto Físico, Disciplina Y Orientación Disposicional En Estudiantes De Educación Física, TESIS Universidad de Murcia – España,
<https://www.cafyd.com/REVISTA/ojs/index.php/bbddcafyd/article/view/164/102>. Visitado el 25/06/2018.
15. Huallpa J. (2014). RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR. TESIS Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Perú.
http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2046/459_2014_huallpa_cartagena_jv_facs_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Visitado el 19/05/2018.
16. Enciclopedia de Conceptos (2017). "Familia" Concepto de Familia
<https://concepto.de/familia/>. Visitado el 25/06/2018.
17. Valoración enfermera de la familia. Guía básica: Clima Social Familiar
https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/page_07.htm. Visitado el 19/05/2018.
18. Moos R, Moos B, Trickett E. (1974) The Social Climate Scale: An overview, Palo Alto, California. Consulting Psychologists Press. Visitado el 25/04/2018.
19. RAILE ALLIGOOD, Martha y MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería Séptima edición. España. Edi De S.L. ISBN 978-84-8086-716-0. 2011. Visitado el 25/04/2018.

- 20.** Martínez A. Alimentación y Salud Pública. 2° ed. Madrid – España: Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2002, pág. 580, 581.
Visitado el 25/04/2018.
- 21.** OPS. Modelo de Atención Integral de Salud. Etapa e Vida Adolescente. Perú, 2004. Pág. 78. Visitado el 25/04/2018.
- 22.** Pineda S, Aliño M. Concepto de Adolescencia. Manual de Prácticas Clínicas para la atención en la adolescencia. Pág. 15 – 23.
http://www.sdl.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf. Visitado el 30/05/2018.
- 23.** Krauskoff Dina. Adolescencia y Educación. 2da ed. Costa Rica: EUNED; 2007. Visitado el 30/05/2018.
- 24.** Centro de Información y Educación para Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO). <http://www.cedro.org.pe/#105>.
Visitado el 30/05/2018.
- 25.** Organización Panamericana de la Salud. Lundgren R. Protocolos de Investigación para el Estudio de la Salud Sexual y Reproductiva. Visitado el 30/05/2018.
- 26.** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de Atención Integral y Diferencia para las y los adolescentes. Guatemala pág. 10.
http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeSalud/ComponenteAdolescentes/Modelo_Atencion_Integral%20de%20las%20y%20los%20adolescentes.pdf. Visitado el 24/05/2018.

- 27.** León A. (2012) Relaciones Sociales en la Adolescencia <https://sites.google.com/site/rincondelcanario/relaciones-sociales-en-la-adolescencia>. Visitado el 24/05/2018.
- 28.** Avalos K. (2016). Autoestima en Adolescentes. TESIS Universidad de Ciencias y Humanidades. Perú.
<http://repositorio.uich.edu.pe/bitstream/handle/uch/85/Avalos%20Uceda%2c%20Katherine%20Luisa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
Visitado el 30/05/2018.
- 29.** Ministerio de Salud. (2017) Documento Técnico. Situación de salud de los Adolescentes y los Jóvenes en el Perú.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>. Visitado el 30/05/2018.
- 30.** Guemes M, Ceñal M, Hidalgo M. España (2017). Pubertad y Adolescencia.
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCENCIA/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>.
Visitado el 24/05/2018.
- 31.** DI SEGNI S. (2013). Ser adolescente en la postmodernidad. En G., Obiols y S., Di Segni, (pp. 80-131). Adolescencia, postmodernidad y escuela. Buenos Aires: Novedades Educativas. Visitado el 16/06/2018.
- 32.** Organización de Naciones Unidas (1990). Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en: <http://www.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>. Visitado el 24/05/2018.
- 33.** Fiscalía General del Estado. Circular nº 1/2017 de Fiscalía General del Estado, 6 de Junio de 2017.
<https://doctrina-administrativa.vlex.es/vid/682440461>. Visitado el 30/05/2018.

- 34.** Artículo (2015). ECURED. La Adolescencia. CUBA
<https://www.ecured.cu/Adolescencia>. Visitado el 24/05/2018.
- 35.** Valoración enfermera de la familia. Guía básica
https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/page_09.htm.
Visitado el 30/05/2018.
- 36.** Litano J. Prácticas de autocuidado en adolescentes de la I. E. Virgen de Varmen Nº 6014 VTM – Lima, 2014. Visitado el 30/05/2018.
- 37.** Quispe P. & Tomaylla A. (2016) clima social familiar y su relación con el rendimiento académico de las alumnas de la especialidad de tecnología del vestido de la facultad de tecnología de la universidad nacional de educación Enrique Guzmán y Valle. Visitado el 30/05/2018.
- 38.** OMS. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Washington. 2004, pág. 11. Visitado el 30/05/2018.

Anexos

Anexo 1

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la Bachiller María del Carmen Huamán Quintana, de la Universidad Alas Peruanas - Arequipa. La meta de este estudio es: Establecer la relación entre percepción del clima social familiar y práctica del autocuidado, en adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa 2018.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en los cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria y anónima. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradecemos su participación.

CUESTIONARIO DE PRÁCTICA DEL AUTOCUIDADOS

I. PRESENTACIÓN

Se le pide responder las preguntas de la encuesta. La participación de este estudio es completamente voluntaria. La información que se recogerá será confidencial. Sus respuestas a la encuesta serán anónimas. Si alguna pregunta durante la encuesta le parece incómoda, tiene el derecho de hacerlo saber al investigador o de no responderlas.

I. DATOS GENERALES

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad: 12 a 14 años () 15 a 17 años ()

Grado y Sección:

II. PRACTICAS DE AUTOCUIDADO

ITEM	SI	NO
1. ¿Ingieres 8 vasos de agua al día?.		
2. ¿Realizas siempre las tres comidas principales: desayuno, almuerzo y cena?.		
3. ¿Desayunas todos los días?.		
4. ¿Consumes diariamente cereales integrales, pan, arroz, papa, fideos, fruta, verduras, leche, yogurt, queso?.		
5. ¿Consumes por lo menos una vez a la semana, pollo, pescado, carne, huevo, menestras?.		
6. ¿Consumes frecuentemente grasas, embutidos, dulces, gaseosas, helados, golosinas?.		
¿Realizas dietas rigurosas para controlar tu peso?.		
¿Desayunas, almuerzas o cenas en compañía de familiares?.		
9. ¿Realizas actividad física moderada (caminatas a paso rápido, tareas domésticas, pasear en bicicleta, bailar) durante un mínimo de 60 minutos diarios?.		
10. ¿Practicas actividades físicas en grupo y divertidas?.		
11. ¿Practicas algún deporte durante 60 min todos los días?.		
12. ¿Duermes 8 horas diarias?.		
13. ¿Duermes antes de las 11 de la noche?.		
14. ¿Reposas o descansas por momentos durante el día?.		
15. ¿Tienes información sobre sexualidad?.		
16. ¿Tienes relaciones sexuales sin protección?.		
17. ¿Consumes drogas como la cocaína, marihuana, terokal?.		
18. ¿Consumes bebidas alcohólicas como vino, cerveza, ron con		

gaseosa, pisco, vodka?.		
19. ¿Fumas?.		
20. ¿Tienes amigos que formen parte de una pandilla?.		
21. ¿Te conoces y te comprendes?.		
22. ¿Cuándo no te gusta algo que hiciste te insultas o te golpeas?.		
23. ¿Cuándo te sientes mal, triste o tienes problemas pides ayuda?.		
24. ¿Sueles conversar con tus padres?.		
25. ¿Siempre discutes con tus padres?.		
26. ¿Hablas o conversas con personas sin importar quiénes son/ con personas extrañas?.		
27. ¿Participas en actividades grupales?.		
28. ¿Cuándo tus compañeros de clase te agreden física o verbalmente lo resuelves conversando?.		
29. ¿Siempre conversas con tus compañeros, amigos, gente cercana que te rodea?.		
30. ¿Te gusta compartir momentos con tus amigos (as)?.		
31. ¿Insultas o agredes a las personas que no te agradan?.		
32. ¿Cuándo estas con tus amigos y sientes que te presionan para hacer algo que tu no quieres defiendes tu decisión?.		
33. ¿Tomas tus decisiones?.		
34. ¿Asumes las consecuencias de tus decisiones?.		
35. ¿Te decides por lo que la mayoría prefiere?.		
36. ¿Te gusta ser cómo eres?.		
37. ¿Quisieras ser como alguna de tus amigas (os) o algún personaje de la TV?.		
38. ¿Te gustaría cambiar alguna parte de tu cuerpo porque no te agrada?.		
39. ¿Te sientes orgullosa (o) de quién eres?.		
40. ¿Si te molestan por algún aspecto tuyo te sientes mal por mucho tiempo?.		
41. ¿Te sientes importante?.		
42. ¿Crees que eres importante para los demás?.		
43. ¿Te gusta arreglarte y cuidar de tu aspecto físico?.		

Gracias

ANEXO 3: CUESTIONARIO DEL TEST DE MOOS

INSTRUCCIONES:

A continuación te presentamos una serie de frases que Tú, tienes que leer y decidir si te parecen verdaderos (V) o falsos (F) en relación con tu familia. Si consideras que la frase es cierta para algunos miembros de la familia y para otros falsa marque la respuesta que corresponde a la mayoría. Te recordamos que la presente nos ayudará a conocer lo que Tú piensas y conoces sobre tu familia, no intentes reflejar la opinión de los demás miembros de la familia en que vives.

01	En mi familia, nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.	V	F
02	En mi familia, guardamos siempre nuestros sentimientos sin comentar a otros.	V	F
03	En nuestra familia, peleamos mucho.	V	F
04	En mi familia por lo general, ningún miembro decide por su cuenta.	V	F
05	Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.	V	F
06	En mi familia, hablamos siempre de temas políticos y sociales.	V	F
07	Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.	V	F
08	Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las actividades de la iglesia.	V	F
09	Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.	V	F
10	En mi familia, tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.	V	F
11	En mi familia, muchas veces da la impresión que solo estamos "pasando el rato".	V	F
12	En mi casa, hablamos abiertamente de lo que queremos o nos parece.	V	F
13	En mi familia, casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.	V	F
14	En mi familia, nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.	V	F
15	Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.	V	F
16	En mi familia, casi nunca asistimos a reuniones culturales y deportivas.	V	F
17	Frecuentemente vienen mis amistades a visitarnos a casa.	V	F
18	En mi casa, no rezamos en familia.	V	F
19	En mi casa, somos muy ordenados y limpios.	V	F
20	En mi familia, hay muy pocas normas de convivencia que cumplir.	V	F
21	Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.	V	F
22	En mi familia es difícil "solucionar los problemas" sin molestar a todos.	V	F
23	En mi familia a veces nos molestamos de lo que algunas veces golpeamos o rompemos algo.	V	F
24	En mi familia, cada uno decide por sus propias cosas.	V	F
25	Para nosotros, no es muy importante el dinero que gana cada uno de la familia.	V	F
26	En mi familia, es muy importante aprender algo nuevo o diferente.	V	F
27	Alguno de mi familia práctica siempre algún deporte.	V	F
28	En mi familia, siempre hablamos de la navidad, Semana Santa, fiestas patronales y otras.	V	F
29	En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.	V	F
30	En mi familia, una sola persona toma la mayoría de las decisiones.	V	F
31	En mi familia, estamos fuertemente unidos.	V	F

32	En mi casa, comentamos nuestros problemas personalmente.	V	F
33	Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.	V	F
34	Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.	V	F
35	En mi familia, nosotros aceptamos que haya competencia y "que gane el mejor"	V	F
36	En mi familia, nos interesan poco las actividades culturales.	V	F
37	En mi familia, siempre vamos a excursiones y paseos.	V	F
38	No creemos en el cielo o en el infierno.	V	F
39	En mi familia, la puntualidad es muy importante.	V	F
40	En mi casa, las cosas se hacen de una forma establecida.	V	F
41	Cuando hay algo que hacer en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario de la familia.	V	F
42	En mi casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.	V	F
43	Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.	V	F
44	En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.	V	F
45	Nos esforzamos por hacer las cosas cada vez un poco mejor.	V	F
46	En mi casa, casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.	V	F
47	En mi casa, casi todos tenemos una o dos aficiones.	V	F
48	Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.	V	F
49	En mi familia, cambiamos de opinión frecuentemente.	V	F
50	En mi casa, se da mucha importancia al cumplimiento de las normas.	V	F
51	Los miembros de mi familia nos ayudamos unos a otros.	V	F
52	En mi familia cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.	V	F
53	En mi familia, cuando nos peleamos nos vamos a las manos.	V	F
54	Generalmente en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema.	V	F
55	En mi casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.	V	F
56	Alguno de nosotros toca algún instrumento musical.	V	F
57	Ninguno de mi familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o del colegio.	V	F
58	En mi familia, creemos en algunas cosas en las que hay que tener Fe.	V	F
59	En mi casa, nos aseguramos que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.	V	F
60	En las decisiones familiares de mi casa, todas las opiniones tienen el mismo valor.	V	F
61	En mi familia, hay poco espíritu de trabajo en grupo.	V	F
62	En mi familia, los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.	V	F
63	Cuando hay desacuerdos en mi familia, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.	V	F
64	Los miembros de mi familia reaccionan firmemente unos a otros, para defender sus derechos.	V	F
65	En mi familia, apenas nos esforzamos para tener éxito.	V	F
66	Los miembros de mi familia, practicamos siempre la lectura.	V	F
67	En mi familia, asistimos a veces a cursos de capacitación por afición o por interés.	V	F
68	En mi familia, cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.	V	F
69	En mi familia, están claramente definidas las tareas de cada persona.	V	F
70	En mi familia, cada uno tiene libertad para lo que quiere.	V	F
71	En mi familia, realmente nos llevamos bien unos a otros.	V	F

72	En mi familia, generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.	V	F
73	Los miembros de mi familia, estamos enfrentados unos con otros.	V	F
74	En mi casa, es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás.	V	F
75	“Primero es el trabajo, luego es la diversión “es una norma en mi familia.	V	F
76	En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.	V	F
77	Los miembros de mi familia, salimos mucho a divertirnos.	V	F
78	En mi familia, leer la Biblia es algo importante.	V	F
79	En mi familia, el dinero no se administra con mucho cuidado.	V	F
80	En mi casa, las normas son muy rígidas y “tienen” que cumplirse.	V	F
81	En mi familia, se da mucha atención y tiempo a cada uno.	V	F
82	En mi familia, expresamos nuestras opiniones en cualquier momento.	V	F
83	En mi familia, creemos que no se consigue mucho elevando la voz.	V	F
84	En mi familia, no hay libertad para expresar claramente lo que uno piensa.	V	F
85	En mi familia, hacemos comparaciones sobre nuestro rendimiento en el trabajo o el estudio.	V	F
86	A los miembros de mi familia, nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.	V	F
87	Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar la radio.	V	F
88	En mi familia, creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.	V	F
89	En mi casa, generalmente después de comer se recoge inmediatamente los servicios de cocina y otros.	V	F
90	En mi familia, uno no puede salirse con su capricho.	V	F

Gracias

ANEXO 4

CUADROS ADICIONALES

Tabla 1

Percepción del Clima Social Familiar en los adolescentes según dimensiones que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

Dimensiones del Clima Social Familiar	Adecuado		Inadecuado		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%
Relación	54	44,3	68	55,7	122	100,0
Desarrollo	33	27,0	89	73,0	122	100,0
Estabilidad	78	63,9	44	36,1	122	100,0

Fuente: elaboración propia 2018

En la tabla se observa la percepción del adolescente de cada una de las dimensiones del clima social familiar, Observándose como más frecuente la inadecuada percepción del desarrollo un 73% y relación con un 55,7%, y la dimensión de la estabilidad familiar es percibida de manera adecuada 63,9%.

Tabla 2**Dimensión de Relación familiar – Cohesión de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.**

ITEM		Correcto	%	Incorrecto	%
-	En mi familia, nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.	116	95,1	6	4,9
-	En mi familia, guardamos siempre nuestros sentimientos sin comentar a otros.	44	36,1	78	63,9
-	En nuestra familia, peleamos mucho.	21	17,2	101	82,8
-	En mi familia por lo general, ningún miembro decide por su cuenta.	54	44,3	68	55,7
-	Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.	86	70,5	36	29,5
-	En mi familia, hablamos siempre de temas políticos y sociales.	75	61,5	47	38,5
-	Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.	74	60,7	48	39,3
-	Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las actividades de la iglesia.	48	39,3	74	60,7
-	Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.	80	65,6	42	34,4

Fuente: elaboración propia 2018

Dentro de los indicadores podemos observar que dentro del grupo familiar existe una buena aceptación, en las relaciones entre ellos, los miembros de la familia se apoyan mutuamente en la toma de decisiones, mediante la comunicación.

Tabla 3**Dimensión de Relación familiar –Expresividad de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.**

ITEM	Correcto	%	Incorrecto	%
-En mi familia, tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.	65	53,3	57	46,7
-En mi familia, muchas veces da la impresión que solo estamos “pasando el rato”.	57	46,7	65	53,3
-En mi casa, hablamos abiertamente de lo que queremos o nos parece.	87	71,3	35	28,7
-En mi familia, casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.	60	49,2	62	50,8
-En mi familia, nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.	71	58,2	51	41,8
-Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.	101	82,8	21	17,2
-En mi familia, casi nunca asistimos a reuniones culturales y deportivas.	77	63,1	45	36,9
-Frecuentemente vienen mis amistades a visitarnos a casa.	83	68,0	39	32,0
-En mi casa, no rezamos en familia.	39	32,0	83	68,0
-En mi casa, somos muy ordenados y limpios.	96	78,7	26	21,3

Fuente: elaboración propia 2018

En los indicadores podemos observar, que los miembros de la familia en su mayoría están demostrando sus sentimientos, emociones y opiniones de una manera libre sin percibir perjuicios de ningún miembro de la familia .

Tabla 4

Dimensión de Relación familiar – conflicto de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

ITEM	Correcto	%	Incorrecto	%
- En mi familia, hay muy pocas normas de convivencia que cumplir.	83	68,0	39	32,0
-Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.	99	81,1	23	18,9
- En mi familia es difícil “solucionar los problemas” sin molestar a todos.	83	68,0	39	32,0
-En mi familia a veces nos molestamos de lo que algunas veces golpeamos o rompemos algo.	54	44,3	68	55,7
-En mi familia, cada uno decide por sus propias cosas.	50	41,0	72	59,0
-Para nosotros, no es muy importante el dinero que gana cada uno de la familia.	65	53,3	57	46,7
-En mi familia, es muy importante aprender algo nuevo o diferente.	102	83,6	20	16,4
-Alguno de mi familia práctica siempre algún deporte.	77	63,1	45	36,9
-En mi familia, siempre hablamos de la navidad, Semana Santa, fiestas patronales y otras.	105	86,1	17	13,9
-En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.	54	44,3	68	55,7
-En mi familia, una sola persona toma la mayoría de las decisiones.	86	70,5	36	29,5

Fuente: elaboración propia 2018

Podemos observar, que dentro los indicadores no afectan la forma en que los integrantes de la familia puedan expresar sus sentimientos de cólera, agresividad, de tal forma ellos pueden expresarse con libertad.

Tabla 5

Dimensión de Desarrollo familiar – Autonomía de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

ITEM	Corr.	%	Inco.	%
- En mi familia, estamos fuertemente unidos.	41	33,6	81	66,4
- En mi casa, comentamos nuestros problemas personalmente.	71	58,2	51	41,8
- Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.	39	32,0	83	68,0
- Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.	21	17,2	101	82,8
- En mi familia, nosotros aceptamos que haya competencia y “que gane el mejor”	39	32,0	83	68,0
- En mi familia, nos interesan poco las actividades culturales.	77	63,1	45	36,9
- En mi familia, siempre vamos a excursiones y paseos.	78	63,9	44	36,1
- No creemos en el cielo o en el infierno.	9	7,4	113	92,6
- En mi familia, la puntualidad es muy importante.	98	80,3	24	19,7
- En mi casa, las cosas se hacen de una forma establecida.	41	33,6	81	66,4

Fuente: elaboración propia 2018

Se observa que la familia tiene un alto grado de toma de decisiones propias por cada uno de sus miembros. Traducido en alto grado de independencia y seguridad en sí mismos.

Tabla 6**Dimensión de Desarrollo familiar – Actuación de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.**

ITEM	Correcto	%	Incorrecto	%
Cuando hay algo que hacer en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario de la familia.	62	50,8	60	49,2
En mi casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.	83	68,0	39	32,0
Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.	39	32,0	83	68,0
En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.	21	17,2	101	82,8
Nos esforzamos por hacer las cosas cada vez un poco mejor.	92	75,4	30	24,6
En mi casa, casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.	74	60,7	48	39,3
En mi casa, casi todos tenemos una o dos aficiones.	69	56,6	53	43,4
Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.	104	85,2	18	14,8
En mi familia, cambiamos de opinión frecuentemente.	48	39,3	74	60,7
En mi casa, se da mucha importancia al cumplimiento de las normas.	89	73,0	33	27,0

Fuente: elaboración propia 2018

Se observa que en el ambiente familiar existe poca competencia para la toma de decisiones debido a que en su mayoría hay buena comunicación familiar entre sus miembros por ello se traduce en las diferentes actividades que se puedan realizar como en el trabajo, colegio o actividades de recreación.

Tabla 7**Dimensión de Desarrollo familiar – Intelectual / cultura de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.**

ITEM	Correcto	%	Incorrecto	%
Los miembros de mi familia nos ayudamos unos a otros.	102	83,6	20	16,4
En mi familia cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.	92	75,4	30	24,6
En mi familia, cuando nos peleamos nos vamos a las manos.	107	87,7	15	12,3
Generalmente en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema.	48	39,3	74	60,7
En mi casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.	48	39,3	74	60,7
Alguno de nosotros toca algún instrumento musical.	53	43,4	69	56,6
Ninguno de mi familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o del colegio.	68	55,7	54	44,3
En mi familia, creemos en algunas cosas en las que hay que tener Fe.	107	87,7	15	12,3
En mi casa, nos aseguramos que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.	101	82,8	21	17,2

Fuente: elaboración propia 2018

Se observa que los miembros de la familia toman un gran interés por los aspectos intelectual y cultural pero muy poco interés en sus miembros por los aspectos culturales y sociales.

Tabla 8**Dimensión de Desarrollo familiar – Moralidad / Religiosidad de los adolescentes que acuden al Centro de Salud.
Mariano Melgar, Arequipa 2018.**

ITEM	Corre cto	%	Incorre cto	%
-En las decisiones familiares de mi casa, todas las opiniones tienen el mismo valor.	99	81,1	23	18,9
-En mi familia, hay poco espíritu de trabajo en grupo.	84	68,9	38	31,1
-En mi familia, los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.	87	71,3	35	28,7
-Cuando hay desacuerdos en mi familia, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.	72	59,0	50	41,0
-Los miembros de mi familia reaccionan firmemente unos a otros, para defender sus derechos.	36	29,5	86	70,5
-En mi familia, apenas nos esforzamos para tener éxito.	95	77,9	27	22,1
-Los miembros de mi familia, practicamos siempre la lectura.	65	53,3	57	46,7
-En mi familia, asistimos a veces a cursos de capacitación por afición o por interés.	48	39,3	74	60,7
-En mi familia, cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.	84	68,9	38	31,1
-En mi familia, están claramente definidas las tareas de cada persona.	104	85,2	18	14,8
-En mi familia, cada uno tiene libertad para lo que quiere.	59	48,4	63	51,6

Fuente: elaboración propia 2018

Se observa que dentro de los miembros de la familia existe un alto grado ético en la forma de realizar acciones que afecten a la familia en diferentes ámbitos y muy poco interés por la parte religiosa y la fe para realizar sus actividades y acciones.

Tabla 9

Dimensión de Estabilidad familiar – Organización de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

ITEM	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
-En mi familia, realmente nos llevamos bien unos a otros.	113	92,6	9	7,4
-En mi familia, generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.	84	68,9	38	31,1
-Los miembros de mi familia, estamos enfrentados unos con otros.	98	80,3	24	19,7
-En mi casa, es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás.	65	53,3	57	46,7
-“Primero es el trabajo, luego es la diversión “es una norma en mi familia.	84	68,9	38	31,1
-En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.	95	77,9	27	22,1
-Los miembros de mi familia, salimos mucho a divertirnos.	77	63,1	45	36,9
-En mi familia, leer la Biblia es algo importante.	60	49,2	62	50,8
-En mi familia, el dinero no se administra con mucho cuidado.	95	77,9	27	22,1
-En mi casa, las normas son muy rígidas y “tienen” que cumplirse.	51	41,8	71	58,2

Fuente: elaboración propia 2018

Observamos que los miembros de la familia están organizados mediante jerarquía y se distribuyen de esa manera las actividades, toma de decisiones y en la manera de planificar las actividades a realizarse en familia.

Tabla 10**Dimensión de Estabilidad familiar – Control de los adolescentes que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.**

ITEM	Correcto	Correcto	Correcto	Correcto
-En mi familia, se da mucha atención y tiempo a cada uno.	89	73,0	33	27,0
-En mi familia, expresamos nuestras opiniones en cualquier momento.	92	75,4	30	24,6
-En mi familia, creemos que no se consigue mucho elevando la voz.	77	63,1	45	36,9
-En mi familia, no hay libertad para expresar claramente lo que uno piensa.	101	82,8	21	17,2
-En mi familia, hacemos comparaciones sobre nuestro rendimiento en el trabajo o el estudio.	71	58,2	51	41,8
-A los miembros de mi familia, nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.	75	61,5	47	38,5
-Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar la radio.	51	41,8	71	58,2
-En mi familia, creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.	71	58,2	51	41,8
-En mi casa, generalmente después de comer se recoge inmediatamente los servicios de cocina y otros.	99	81,1	23	18,9
-En mi familia, uno no puede salirse con su capricho.	69	56,6	53	43,4

Fuente: elaboración propia 2018

Se observa que dentro de los integrantes de la familia, existe un alto grado orden y control de las reglas las cuales ayudan a seguir una dirección dentro de la familia para un objetivo común.

Tabla 11

Práctica del autocuidado en adolescentes según dimensiones, que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

Dimensiones de la Practica del Autocuidado	Aceptable		No aceptable		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	%
Físico	69	56,6	53	43,4	122	100,0
Social	69	56,6	53	43,4	122	100,0
Psicológico	20	16,4	102	83,6	122	100,0

Fuente: elaboración propia 2018

En la tabla se observa que el 83,6% de adolescentes tienen inadecuadas prácticas del autocuidado en el aspecto psicológico, con relación al aspecto físico y social se observa en cifras iguales el 56,6 %.

Tabla 12

Dimensión Física de la práctica del autocuidado de los adolescentes según sub indicadores, que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

ITEM	Correcto	%	Incorrecto	%
-¿Ingieres 8 vasos de agua al día?.	81	66,4	41	33,6
-¿Desayunas todos los días?.	101	82,8	21	17,2
- ¿Consumes diariamente cereales integrales, pan, arroz, papa, fideos, fruta, verduras, leche, yogurt, queso?.	95	77,9	27	22,1
-¿Consumes por lo menos una vez a la semana, pollo, pescado, carne, huevo, menestras?.	113	92,6	9	7,4
-¿Consumes frecuentemente grasas, embutidos, dulces, gaseosas, helados, golosinas?.	54	44,3	68	55,7
-¿Realizas dietas rigurosas para controlar tu peso?.	95	77,9	27	22,1
-¿Desayunas, almuerzas o cenas en compañía de familiares?.	95	77,9	27	22,1
- ¿Realizas actividad física moderada (caminatas a paso rápido, tareas domésticas, pasear en bicicleta, bailar) durante un mínimo de 60 minutos diarios?.	84	68,9	38	31,1
- ¿Practicas actividades físicas en grupo y divertidas?.	81	66,4	41	33,6
-¿Practicas algún deporte durante 60 min todos los días?.	69	56,6	53	43,4
- ¿Duermes 8 horas diarias?.	75	61,5	47	38,5
-¿Duermes antes de las 11 de la noche?.	57	46,7	65	53,3
-¿Reposas o descansas por momentos durante el día?.	68	55,7	54	44,3
-¿Tienes información sobre sexualidad?.	95	77,9	27	22,1
-¿Tienes relaciones sexuales sin protección?.	119	97,5	3	2,5
-¿Consumes drogas como la cocaína, marihuana, terokal?.	119	97,5	3	2,5
- ¿Consumes bebidas alcohólicas como vino, cerveza, ron con gaseosa, pisco, vodka?.	101	82,8	21	17,2
- ¿Fumas?.	107	87,7	15	12,3

Fuente: elaboración propia 2018

Se observa que dentro de los adolescentes existe en su mayoría de buenos hábitos que contribuyen a un buen desarrollo físico que tienen que ser adoptados por más adolescentes.

Tabla 13

Dimensión de Social de la práctica del autocuidado de los adolescentes según sub indicadores, que acuden al Centro de Salud. Mariano Melgar, Arequipa 2018.

ITEM	Correcto	%	Incorrecto	%
- ¿Tienes amigos que formen parte de una pandilla?	113	92,6	9	7,4
- ¿Te conoces y te comprendes?	101	82,8	21	17,2
- ¿Cuándo no te gusta algo que hiciste te insultas o te golpeas?	101	82,8	21	17,2
- ¿Cuándo te sientes mal, triste o tienes problemas pides ayuda?	81	66,4	41	33,6
- ¿Sueles conversar con tus padres?	92	75,4	30	24,6
- ¿Siempre discutes con tus padres?	101	82,8	21	17,2
- ¿Hablas o conversas con personas sin importar quiénes son/ con personas extrañas?	111	91,0	11	9,0
- ¿Participas en actividades grupales?	107	87,7	15	12,3
- ¿Cuándo tus compañeros de clase te agreden física o verbalmente lo resuelves conversando?	80	65,6	42	34,4
- ¿Siempre conversas con tus compañeros, amigos, gente cercana que te rodea?	110	90,2	12	9,8
- ¿Te gusta compartir momentos con tus amigos (as)?	116	95,1	6	4,9
- ¿Insultas o agredes a las personas que no te agradan?	119	97,5	3	2,5
- ¿Cuándo estas con tus amigos y sientes que te presionan para hacer algo que tu no quieres defiendes tu decisión?	75	61,5	47	38,5

Fuente: elaboración propia 2018

Se observa que las prácticas sociales en los adolescentes son adecuadas, pero se deben practicar más en los diferentes ámbitos y se puedan masificar y estandarizar, para su mejor y más continua práctica.

Tabla 14

Dimensión de Psicológica de la práctica del autocuidado de los adolescentes según sub indicadores, que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa 2018.

ITEM	Correc.	%	Incorrec.	%
- ¿Tomas tus decisiones?.	116	95,1	6	4,9
- ¿Asumes las consecuencias de tus decisiones?.	107	87,7	15	12,3
- ¿Te decides por lo que la mayoría prefiere?.	50	41,0	72	59,0
-¿Te gusta ser cómo eres?.	110	90,2	12	9,8
- ¿Quisieras ser como alguna de tus amigas (os) o algún personaje de la TV?.	107	87,7	15	12,3
-¿Te gustaría cambiar alguna parte de tu cuerpo porque no te agrada?.	57	46,7	65	53,3
- ¿Te sientes orgullosa (o) de quién eres?.	104	85,2	18	14,8
- ¿Si te molestan por algún aspecto tuyo te sientes mal por mucho tiempo?.	101	82,8	21	17,2
-¿Te sientes importante?.	80	65,6	42	34,4
-¿Crees que eres importante para los demás?.	71	58,2	51	41,8
-¿Te gusta arreglarte y cuidar de tu aspecto físico?.	110	90,2	12	9,8

Fuente: elaboración propia 2018

Se observa que los adolescentes existen en su mayoría una práctica no aceptable del autocuidado en el aspecto psicológico, que afecta a los adolescentes en las distintas áreas de su desarrollo.

ANEXO 5

MAPA DEL PERÚ



MAPA DE AREQUIPA - PERÚ



MAPA DEL DISTRITO DE MARIANO MELGAR – AREQUIPA



CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR - AREQUIPA



PLAN DE INTERVENCIONES DEL ROL DE ENFERMERIA

1. Fomentar sesiones educativas, tanto en el centro de salud y centros educativos, por parte del personal de enfermería, enfocados en la prevención del consumo de alcohol y drogas.
2. Aumentar el número de actividades que involucren la relación entre padres e hijos, no solo las actividades curriculares sino también las familiares y personales, para ayudar en la convivencia y la compenetración familiar, favoreciendo la comunicación y su convivencia familiar.
3. En el centro salud; brindar consejería integral para el cuidado de la imagen corporal de los y de las adolescentes, debido a los cambios físicos que desarrollan en esta etapa.
4. En el Centro de Salud, trabajar estrechamente con el área de psicología en adolescentes, a los que se les detectaron problemas de cualquier índole (físico, social, mental, espiritual), dando seguimiento a los casos detectados.
5. Brindar charlas de alimentación saludables, para evitar trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia y la anorexia.
6. Brindar consejería sobre sexualidad: control del embarazo, en el que reafirmen su aceptación personal e identidad con su propio género y las consecuencias que puedan acarrear.
7. Realizar eventos deportivos y actividades físicas, donde los integrantes de familia y los adolescentes convivan y actúen de maneras saludables.
8. Hacer mesas redondas para resolver las preguntas o dudas acerca de los conflictos que pueden haber en los adolescentes.
9. Organizar guías sobre resolución de dudas, emancipación y convivencias familiares en relación a la sociedad.

10. Trabajar en niños y pre púber temas de autoestima, aceptación e identidad personal tanto en la familia y en la sociedad.
11. Guiar a los docentes y tutores en los conceptos de tiempo, dedicados a las actividades trabajo y educación para así propiciar tiempos adecuados para ocio y descanso en los que desarrolla el intelecto.
12. Incentivar a los y las adolescentes, a ser partes de grupos donde se desarrollan actividades de acuerdo a sus gustos y afinidades, para desenvolverse y desarrollar diferentes habilidades.