Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

"FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y AUTOESTIMA RELACIONADO CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI – AREQUIPA 2013"

Tesis presentada por los Bachilleres:

ARAPA RIVERA, BETZABETH ROXANA

CAHUANA FLORES, RICHARD ALEXANDER

Para obtener el título profesional de ENFERMERO

AREQUIPA - PERÚ

2013

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 7

B. OBJETIVOS 10

C. HIPÓTESIS 10

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES 11

B. BASE TEÓRICA 15

C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES 33

D. ALCANCES Y LIMITACIONES 35

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

A. MÉTODO Y DISEÑO DE ESTUDIO 36

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA 37

C. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA 38

D. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 40

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS **44**

CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. RESUMEN 59

B. CONCLUSIONES 60

C. RECOMENDACIONES 61

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÌCAS

ANEXOS

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág
TABLA N° 01:	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR EDAD, SEXO, AÑO DE ESTUDIOS Y TURNO. INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.	45
TABLA N° 02:	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SU FUNCIONAMIENTO FAMILIAR INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.	47
TABLA N° 03:	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AÑO DE ESTUDIO. SEGÚN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.	48
TABLA N° 04:	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.	49
TABLA N° 05:	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AÑO DE ESTUDIO. SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.	50
TABLA N° 06:	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.	51
TABLA N° 07:	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AÑO DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.	52

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

TABLA N° 08:	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.	53
TABLA N° 09:	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR NIVEL DE AUTOESTIMA. SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.	54
TABLA N° 10:	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR NIVEL DE AUTOESTIMA DIMENSION SI MISMO O GENERAL SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.	55
TABLA N° 11:	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR NIVEL DE AUTOESTIMA DIMENSION ESCUELA SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.	56
TABLA N° 12:	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR NIVEL DE AUTOESTIMA DIMENSION HOGAR SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.	57
TABLA N° 13:	POBLACIÓN DE ESTUDIO POR NIVEL DE AUTOESTIMA DIMENSION SOCIAL SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.	58

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el estado nutricional de los adolescentes se ha visto afectado por la malnutrición por defecto (desnutrición) y por exceso (sobrepeso y obesidad). Muchos adolescentes empiezan esta etapa con problemas en su estado nutricional, lo cual los hace más vulnerables a enfermedades y a una muerte prematura. En la adolescencia las necesidades de energía y nutrientes son superiores al resto de etapas de vida en el ser humano debido a los cambios fisiológicos y psicológicos que afronta los cuales influyen en su comportamiento, en sus necesidades nutricionales y hábitos alimenticios.

Hoy en día la mayoría de adolescentes controlan su propia dieta y el nivel de actividad física que realizan, esto puede conducir a la adquisición de hábitos inadecuados que en la mayoría de ellos se mantendrán a lo largo de su vida. Cada año mueren más de 2,6 millones de jóvenes entre 10 a 24 años de edad por causas prevenibles, muchas de ellas relacionadas con la alimentación como: la Hipertensión arterial, la diabetes, ateroesclerosis, entre otros (OMS, 2012).

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

Sin embargo, pocos estudios han abarcado el importante rol que juega la familia a través del funcionamiento familiar pues es una parte fundamental en el desarrollo del adolescente. Según Herrera, los adolescentes de familias disfuncionales tienen mayor riesgo de sufrir trastornos o malestares, al no recibir el apoyo y orientación de sus padres. Asimismo la autoestima y el estado nutricional de la mayoría de adolescentes puede verse influenciado por la opinión de amigos y la sociedad, ya que el adolescente busca sentirse aceptado actuando incluso en contra de su propia salud.

El profesional de enfermería puede realizar una valoración holística de los adolescentes y su contexto social considerando los factores protectores, de riesgo y redes de apoyo intersectorial utilizándolos para fortalecer el apoyo social y emocional que requiere el adolescente.

Frente a ello el objetivo de la investigación es determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la autoestima con el estado nutricional de los adolescentes, con el propósito de proponer programas dirigidos a mejorar el estado nutricional, autoestima y funcionamiento familiar que les permita mantener una adecuada calidad de vida.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La adolescencia es un periodo importante del crecimiento y la maduración del ser humano; durante este periodo se producen cambios físicos, psicológicos y sociales, y se establecen muchas de las características que estarán presentes durante toda su vida. Por ello, es fundamental una adecuada nutrición que le permita alcanzar el máximo desarrollo físico e intelectual. La Organización Mundial de la Salud (OMS)en el 2012 señala que la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad y que a nivel mundial una de cada cinco personas es adolescente, asimismo el 85 % de ellos viven en países pobres o de ingresos medios.Entre las principales causas de la malnutrición se encuentran la pobreza, los malos hábitos alimenticios, la mala disponibilidad de los

alimentos que comprometen la salud del adolescente causando un desequilibrio por deficiencia o exceso de nutrientes que afectan su estado nutricional (Bongiovanni, 2010)

En la actualidad muchos adolescentes de países sub desarrollados comienzan la adolescencia desnutridos, haciendo que sean más vulnerables a las enfermedades y a la mortalidad prematura, igualmente, se han incrementado los casos de sobrepeso y la obesidad en países de bajos y altos ingresos económicos. El Perú no es ajeno a esta realidad es así que entre la malnutrición por exceso se encuentran el sobrepeso que afecta, aproximadamente a 1 de cada 10 adolescentes hombres y mujeres (10.9%) mientras la obesidad a un 3,3%. representando un gran riesgo de desarrollar hipertensión arterial (HTA), dislipidemia y resistencia insulínica, diabetes mellitus y aterosclerosis temprana, además de relacionarse también con el incremento de problemas como la depresión y baja autoestima, mientras que la malnutrición por déficit: delgadez y delgadez extrema llega al 1% de acuerdo al componente nutricional de la Encuesta Nacional de Hogares y al Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (OMS, 2012; ENAHO-CENAN, 2012)

La deficiencia prolongada de determinados nutrientes conduce a su desaparición progresiva en los tejidos ocasionando alteraciones bioquímicas como mareos y fatiga. Además generan dificultades en el aprendizaje escolar, limitaciones físicas e intelectuales que repercuten en su etapa escolar y a lo largo de su vida. Sin embargo, pocos estudios han investigado la relación entre el funcionamiento familiar y autoestima con el estado nutricional en el Perú y de acuerdo con antecedentes revisados en otros contextos, Nonoal (2011) dice que la mayoría de adolescentes que comen fuera del hogar tienen entre 16 y 17 años y son en su mayoría mujeres pertenecientes a familias disfuncionales, asimismo Trejo Perla, Castro Dellanira, Facio Angélica, Mollinedo Esther & Valdez Gricelda, (2010) revela que existe una correlación positiva y significativa entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y la insatisfacción con la imagen corporal mayor en mujeres que en hombres; Moreno y Ortiz (2009).refieren

también que a mayor IMC mayor preocupación por la imagen corporal y a mayor edad mayor preocupación por la imagen corporal además se da que a mayor edad menor IMC.

Por tal motivo siendo los adolescentes un grupo importante en la ciudad de Arequipa y que según el Ministerio de Salud (MINSA, 2013) de 1, 245,251 habitantes, el 10.82% son adolescentes y de ellos, el 18.2% tiene sobrepeso el 5.5% obesidad, ubicándolo como el segundo departamento con mayor número de casos en sobrepeso, además de presentar un 1% de casos de delgadez y delgadez extrema. Según el censo del 2007 el distrito de Cerro Colorado engloba la mayor cantidad de adolescentes escolares entre las edades de 10 a 14 años (4441) y de 15 a 19 años (7902) por tal motivo se tomó como población a estudiantes de la institución educativa nacional Juan Domingo Zamacola y Jáuregui por ser un colegio representativo del distrito, conformado por adolescentes varones y mujeres de clase media, que viven en zonas urbano marginales y que por su naturaleza son susceptibles a presentar problemas en su estado nutricional.

Frente a la situación presentada se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre el funcionamiento familiar y la autoestima con el estado nutricional de los adolescentes de la institución educativa Juan Domingo Zamacola y Jáuregui Arequipa 2013?

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

B. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la autoestima con el estado nutricional de los adolescentes de la Institución Educativa Juan Domingo Zamácola y Jáuregui. Arequipa – 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a la población de estudio según: edad, sexo, año de estudio y trabajo.
- Identificar el nivel de funcionamiento familiar global de los adolescentes en estudio
- Identificar los niveles de autoestima global en sus dimensiones: General, Hogar, Escuela y Social en los adolescentes en estudio.
- Valorar el estado nutricional de los adolescentes de acuerdo al IMC para la edad.

C. HIPÓTESIS

Es probable que el funcionamiento familiar y la Autoestima se relacionen con el estado nutricional de los adolescentes de la Institución educativa Juan Domingo Zamácola y Jáuregui del distrito de Cerro-Colorado---Arequipa-2013.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

YUNGAN, E. (2011) Ecuador, en su investigación “Hábitos Alimentarios, Estilos de Vida y Estado Nutricional en adolescentes del colegio Víctor Proaño Carrión de Calpi. Provincia de Chimborazo - 2010”, tuvo como objetivo determinar la relación entre Hábitos alimentarios, Estilos de Vida y Estado Nutricional. Estudio no experimental de tipo transversal, constituido por 160 adolescentes entre 12 y 19 años de edad. Se utilizó una encuesta, un formulario y la medición antropométrica, se concluyo que el 75% de la población tenía un peso y talla adecuada, mientras el 25% restante presento desmedro y emaciación. Según los estilos de vida el 71% de los adolescentes mantuvo una actividad física leve.

NONOAL, E. (2011) México, en su investigación "Factores Familiares Asociados a Conductas de Riesgo Alimentarias en Adolescentes del CCH Vallejo", tuvo como objetivo identificar los factores familiares asociados a la conducta alimentaria, el estudio fue de tipo Transversal Analítico, la muestra estuvó conformada por 932 adolescentes entre 14 y 19 años de ambos sexos. A traves de un cuestionario, un instrumento para evaluar la cohesión y adaptabilidad de la familia y la medición antropométrica (evaluación del IMC), se concluyo que: El 60.1% de adolescentes entre 16 y 17 años presentaron síntomas depresivos, encontrandose asociación entre la insatisfacción corporal y la sintomatología depresiva. Poco más de la mitad de adolescentes tuvo un peso y talla normal, la mayoria de los adolescentes que comian fuera del hogar tenian entre 16 y 17 años principalmente mujeres, pertenecientes a familias disfuncionales.

COYOLI, A. (2010) México, en su investigación "Funcionamiento Familiar y Obesidad" el objetivo fue conocer si existe relación entre la repetición generacional del síntoma de obesidad y el funcionamiento familiar a través de un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, la población estuvo compuesta por 48 personas de ambos sexos entre 25 a 60 años del ISSSTE de la ciudad de Morelia. Se utilizaron como instrumentos el Apgar familiar, Genogramas y un cuestionario, se concluyo que ciertamente no habia una correlación directa entre el funcionamiento familiar y la repetición generacional del síntoma de obesidad.

AGUILAR, M. y COL. (2010) Perú en su investigación "Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa", tuvo como objetivo determinar la relación de la obesidad y el sobrepeso con la baja autoestima y depresión en adolescentes de ambos sexos entre los 6 y 19 años mediante la recopilación de distintos estudios los resultados de la investigación fueron que existe una relación inversa entre la autoestima y la obesidad, con respecto a la depresión, la relación encontrada fue directa. Además se identifico que el grupo femenino se vio más afectado en relación al masculino, debido a la cultura social.

TREJO, P. y COL. (2010) Cuba, realizaron el estudio "Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal (IMC) en adolescentes", con el objetivo de identificar la asociación entre la insatisfacción con la imagen corporal y el IMC en adolescentes. Por medio de un estudio descriptivo, correlacional y comparativo, la muestra estuvo conformada por 231 alumnos de una secundaria pública del Municipio de Fresnillo, Zacatecas, México. Se utilizó como instrumento el cuestionario de Figura Corporal (BSQ-34). Con el siguiente resultado: El 17.7 % presento insatisfacción leve y el 0.5% insatisfacción moderada. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 32%. Encontrándose una correlación positiva y significativa entre el IMC y la insatisfacción con la imagen corporal, mayor en mujeres que hombres, concluyéndose que el IMC es un factor asociado a la insatisfacción con la imagen corporal.

PÉREZ M. y COL. (2009) Chile, en su investigacion "Asociación entre síntomas depresivos satisfacción corporal y estado nutricional en niños y adolescentes". El objetivo fue estudiar la relación entre síntomas depresivos, estado nutricional e insatisfacción corporal en adolescentes a traves de un estudio de tipo observacional descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada por 285 adolescentes, de ambos sexos entre 10 y 19 años de 5° básico a 4° medio, de Liceos Municipalizados de la comuna de Independencia. Se utilizó las curvas de IMC para la edad del CDCNCHS, el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), y el cuestionario de Insatisfacción Corporal de la Universidad de Dallas, modificado por Rubén Zukerfeld (CIC). Los resultados muestran prevalencia de síntomas depresivos superior a los estudios internacionales. Ademas se encontró una asociación entre insatisfacción corporal y sintomatología depresiva. [12]

MORENO, M. y ORTIZ, R. (2009) México, realizaron el estudio "Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes" con el objetivo de estudiar la relación entre las conductas de riesgo de trastorno alimentario, la imagen corporal y autoestima en un grupo de adolescentes de Secundaria, se aplicaron tres instrumentos: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el cuestionario de la figura

corporal (BSQ), el cuestionario de evaluación de la autoestima y un cuestionario de datos socio demográficos a 298 alumnos 153 mujeres y 145 hombres con 13 años en promedio, concluyendo que el 8% tiene riesgo de trastorno alimentario y el 10% la patología instalada, con mayor prevalencia en mujeres incrementándose los casos con la edad. Ambos sexos presentan preocupación por su imagen corporal, autoestima media y baja.

YÉPEZ, R. y COL. (2008) Ecuador, realizaron el estudio "Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos del área urbana" con el objetivo de estudiar el vacio de datos de la magnitud del problema de obesidad. El diseño fue de tipo probabilístico, La muestra fue por conglomerados, estratificada, selección aleatoria y sistemática conformada por 2.829 estudiantes mujeres y varones, entre 12 y <19 años, de colegios públicos y privados. Se utilizó como instrumento: un formulario para datos generales y las medidas antropométricas siguiendo las normas de la OMS. Concluyeron que: Los resultados indican que el exceso de peso afecta al 21,2% de los adolescentes (el sobrepeso 13.7% y la obesidad 7,5%), siendo el exceso de peso mayor en colegios privados y más común en mujeres, mientras un 16.8% de adolescentes tuvieron un bajo peso.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

B. BASE TEÓRICA

1. ADOLESCENCIA

1.1 Definición

La adolescencia es un período en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social, para la Organización Mundial de la Salud (2012) la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años considerándose dos fases: La adolescencia temprana de 12 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. La adolescencia es también considerada como un periodo de transición por todos los cambios que se deben enfrentar; los procesos de la adolescencia no se viven de manera igual por todos los adolescentes, así que es normal y posible que algunos experimenten estos cambios más temprana o tardíamente que el resto de sus amigos.

Los cambios son mediados por la glándula hipófisis que se encuentra en el cerebro. La hipófisis produce y libera unas sustancias denominadas hormonas, que circulan por la sangre y llegan a distintas partes del cuerpo. Estas hormonas actúan sobre los testículos de los varones o los ovarios de las mujeres, para estimular la producción de las hormonas sexuales masculinas haciendo que aparezcan características, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación, el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene entre otros. Por ello, nos referiremos a los cambios biológicos y psicosociales.

1.2 Cambios Biológicos

Los cambios físicos son sin lugar a duda los más llamativos pues en esta etapa es donde la estructura física alcanza su mayor desarrollo.

1.2.1 Peso

En las mujeres durante la pubertad temprana la ganancia de peso continúa siendo de 2 kg por año, pero luego experimenta una aceleración que llega a un máximo después de alcanzar el punto de velocidad

máxima de crecimiento. En los varones el peso coincide con la talla, es decir entre 100 y 200 gramos por año.

1.2.2 Talla

El incremento en la talla es una característica fundamental de la adolescencia. Tiene una duración de 3 a 4 años, con un promedio de 24 a 36 meses. Está caracterizado por un rápido crecimiento lineal de aproximadamente 8 cm en la mujer y de unos 10 cm en el varón. Luego es seguida por una desaceleración hasta detenerse por la fusión de las epífisis de los huesos largos.

El crecimiento corporal no es homogéneo, por lo general se aprecia una gradiente distal proximal, es decir los pies y las manos crecen antes que las piernas y los antebrazos, y éstos lo hacen antes que los muslos y los brazos. La cadera crece antes que los hombros y el tronco, el cual se acompaña de una epífisis vertebral transitoria. Todos los órganos participan en el estirón del crecimiento, a excepción de la cabeza, el timo, el tejido linfático y la grasa subcutánea. El inicio del estirón es variable en edad, por lo que los padres y/o el adolescente pueden manifestar preocupación por una supuesta precocidad o retardo en el crecimiento. Las necesidades nutricionales se hacen más intensas, por ser un período de crecimiento rápido.

1.2.3 Grasa corporal

La grasa corporal total aumenta para ambos sexos las mujeres depositan grasa de manera más rápida y más extensa que en los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo.

1.2.4 Masa muscular

En el varón, el aumento de la masa muscular es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos. Por el contrario, en las mujeres se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y en el tronco. Este crecimiento divergente da como resultado que los varones tengan hasta un 45 por ciento de su peso corporal en músculos y que las mujeres hasta un 30 por ciento de su peso corporal en grasa. Al

final de la pubertad, los varones son más pesados que las mujeres. El dimorfismo es muy importante para considerar el sobrepeso en el adolescente, ya que se debe determinar si es a expensas de tejido graso o de tejido magro. Los hombros y el tórax son más anchos que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres y, en relación con el tronco, las piernas son más largas en el varón

1.2.5 La Dentición

En general, se completan 28 piezas durante la adolescencia.

- De 9 a 11 años: 4 premolares
- De 10 a 12 años: los segundos premolares
- De 10 a 14 años: los caninos
- De 11 a 13 años: los segundos molares
- De 14 a 18 años las llamadas muelas de juicio, con lo que se completa la dentadura adulta.

1.3 Cambios Psicosociales

Los cambios psicosociales en la adolescencia son los más difíciles de explicar. Para empezar, hay características propias de esta etapa del desarrollo, hay una evolución en el tipo de pensamiento, y todo esto ocurre mientras están decidiendo como son, quienes son, que quieren ser. La adolescencia es un caos a nivel psicológico. La ampliación de su mundo fuera del domicilio familiar, el colegio y los espacios de juego a los que era llevado por los padres cuando era niño hace que aparezcan sus propios intereses, la mayoría de ellos en lo que se refiere a temas de ocio. La mayoría de las actividades las realizara con su grupo, que es donde va a encontrar seguridad y donde va a desarrollar los nuevos conceptos y formas de pensar.

Empieza a adaptarse (mejor o peor) a su nueva imagen, a compararla con los que le rodean, no es solo la aceptación de su imagen, sino lo qué quiere transmitir con ella. La apariencia en la adolescencia es toda una declaración de pensamientos, posturas ante la sociedad, ante uno mismo,

e incluso un mecanismo de defensa; Comienza a aparecer el pensamiento formal, descubre que es capaz de argumentar, de analizar y comienza a hacerlo, en ocasiones caen en contradicciones cuando hablan con un adulto, es normal pues ejercitan su capacidad de razonar. Comienzan a generar sus propias teorías. A raíz de esto comienza a elaborar sus códigos de conducta, sus valores y su ética. Comienza a darse el pensamiento abstracto, genera hipótesis y es completamente capaz de planificar el curso y las consecuencias de una acción, adquiere la capacidad de pensar sobre sus propios pensamientos. Progresivamente va modificando su rol en la familia, de niño-dependiente a adulto-independiente y con aumento de responsabilidades y de capacidad para ejercer su libertad.

Por último, la característica más peligrosa del pensamiento adolescente es la de “sentirse invencible”, siempre piensan que las cosas malas “les ocurren a los otros”, accidentes, agresiones, enfermedades, son cosas que les pasan a los demás. Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.[13] En la adolescencia los cambios físicos y psicosociales que ocurren crean riesgos potenciales para la salud de la gente joven como problemas en su estado nutricional, los cuales son indudablemente mucho mayores si viven en estado de pobreza y marginación.

2. ESTADO NUTRICIONAL

Se refiere a la condición física que presenta el adolescente, como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes. Después de evaluar el peso y talla en relación a la edad y según el sexo de la persona. La evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar. Las necesidades nutricionales en los adolescentes tienen relación con la mayor cantidad de estrógeno y progesterona en las mujeres, y de testosterona y andrógenos en los hombres. El aumento

global de las necesidades energéticas durante la adolescencia exige recomendaciones dietéticas individualizadas que busquen siempre la prevención de problemas de salud.

La educación, los conocimientos alimenticios, los hábitos alimenticios, el nivel de ingresos económicos, la capacidad de compra de alimentos, el manejo higiénico de alimentos y el aprovechamiento de la disponibilidad de los alimentos por el organismo son necesarios para un buen estado nutricional. Según la organización de las naciones unidas para la agricultura y alimentación (FAO), la alimentación es el conjunto de procesos que permite a los organismos utilizar y transformar los nutrientes para mantenerse vivos. Mientras que la nutrición es el proceso por el cual se obtienen los nutrientes del medio externo. (Casanueva, 2010)

Una alimentación adecuada permite a las personas gozar de un pleno bienestar biológico, psicológico y social, cumplir con las necesidades específicas requeridas de acuerdo a la edad, así mismo se promueve en el en el adolescente un crecimiento y desarrollo adecuados, además se previene el desarrollo de enfermedades que se presentan por deficiencia o por exceso de nutrientes. Como la desnutrición que debilita el sistema inmunológico, lo que aumenta la propensión a contraer enfermedades, o agravarlas dificultando la recuperación, mientras que las enfermedades por una malnutrición por exceso ocasionan problemas cardiacos e HTA entre otros. Por ello es importante saber cómo debemos alimentarnos de acuerdo a las necesidades de cada persona.

2.1 Tipos de Alimentos

La alimentación se constituye básicamente de los siguientes compuestos:

2.1.1 Carbohidratos

Constituyen la principal fuente de energía del organismo; por tanto son los nutrientes que más se necesitan consumir durante la adolescencia, están compuestos por oxígeno, hidrógeno y carbono. Los carbohidratos se acumulan como glucógeno en el hígado y los músculos. Normalmente, se requiere un promedio diario de 450g de carbohidratos, pero ese valor

varía entre 300 y 800g, según el consumo de energía de cada persona. Cuando los carbohidratos se metabolizan en el organismo, sus estructuras se dividen en unidades menores de la sustancia llamada glucosa, que es soluble en agua y por eso puede pasar a la sangre y ser llevada a las células. La glucosa se consume en las células en presencia del o oxígeno que viene de los pulmones y así se libera la energía necesaria para todas las actividades que realizamos (Silva, 2012).

Los principales ejemplos de glúcidos son los azúcares y los almidones. Los azúcares, como la glucosa ($C_6H_{12}O_6$), están constituidos por moléculas simples, mientras que los almidones poseen estructuras complejas, integradas por muchas moléculas de azúcares unidas en cadenas.

2.1.2 Lípidos

La mayoría de los lípidos se constituyen por oxígeno, hidrógeno y carbono. Los seres vivos emplean estos compuestos como reservas de energía, que aprovechan cuando no tienen glúcidos disponibles. Los lípidos poseen una característica notable: no se disuelven en agua. Las grasas y los aceites son dos tipos de lípidos que pueden encontrarse en diferentes alimentos.

2.1.3 Proteínas

El organismo en crecimiento como sucede en la adolescencia, es muy vulnerable a la deficiencia proteica porque aparte de los procesos de crecimiento y maduración sexual los requerimientos proteicos diarios en los adolescentes se estiman en 0.8 - 1g/kg y deben representar el 10% al 15% del total de calorías.

Las proteínas están compuestas de aminoácidos, sus unidades más simples, algunos de los cuales son esenciales para el organismo; es decir, necesitan ser ingeridos junto con la dieta, ya que el cuerpo no es capaz de producirlos por sí solo.

El organismo no puede sintetizar proteínas si tan sólo falta un aminoácido esencial. Todos los aminoácidos esenciales se encuentran presentes en las proteínas de origen animal (huevo, carnes, pescados y lácteos), por tanto, estas proteínas son de mejor calidad o de mayor valor biológico que las de origen vegetal (legumbres, cereales y frutos secos), deficitarias en uno o más de esos aminoácidos. Sin embargo, proteínas incompletas bien combinadas pueden dar lugar a otras de valor equiparable a las de la carne, el pescado y el huevo (especialmente importante en regímenes vegetarianos). Son combinaciones favorables: leche y arroz o trigo, legumbre con arroz, frejol y maíz o trigo, arroz con frutos secos, etc.

A pesar de que sólo se han obtenido 24 aminoácidos diferentes a partir de las hidrólisis de las proteínas, existen varios aminoácidos sintéticos.

Ejemplos de proteínas son la caseína, que se encuentra en la leche y es indispensable para el buen desarrollo del adolescente.

2.1.4 Vitaminas

Son indispensables para regular algunas funciones del organismo humano. A diferencia de las grasas, carbohidratos y proteínas, las vitaminas no aportan energía alguna, pero su presencia es indispensable dentro del organismo para el metabolismo energético. Si faltan algunas vitaminas, se crean ciertas deficiencias, en la adolescencia se incrementan los requerimientos vitamínicos de vitaminas A, C y E.

Las vitaminas pueden clasificarse en hidrosolubles y las solubles en grasas. Las hidrosolubles (Vitaminas B y son las que se encuentran dentro de los líquidos de algunas frutas y verduras, leche y productos cárnicos. Este tipo de vitamina no se acumula dentro del organismo, por lo que se recomienda su consumo diario. Las vitaminas solubles en grasas (A, D, E y K) pueden ser almacenadas fácilmente dentro del organismo, por lo que no es necesario su consumo diario, pero deben consumirse en cantidades suficientes en determinados periodos. Las vitaminas solubles en grasas se encuentran en el hígado, mantequilla, crema, frutas y

verduras (ya sean verdes y/o amarillas), yemas de huevo, leche nueces y en los aceites vegetales.

2.2 Evaluación del Estado Nutricional

Valoración o evaluación nutricional es el conjunto de procedimientos que permite determinar el estado nutricional de una persona, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y determinar los posibles riesgos de salud que pueda presentar con relación a su estado nutricional a través de la valoración antropométrica y de los indicadores del estado nutricional (Castro, 2011).

2.2.1 Valoración Antropométrica

Es el conjunto de mediciones corporales con el que se determinan diferentes niveles y grados de nutrición de un individuo mediante parámetros antropométricos e índices derivados de la relación de los mismos. Es por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición nutricional en la que se encuentra el adolescente, mediante la toma de peso y medición de la talla (MINSA, 2012).

a. Medición de la Talla: Es una medición lineal desde el piso al punto más elevado del cráneo y también es una composición de dimensiones lineales a la que se contribuyen extremidades inferiores, tronco, cuello cabeza.

b. Toma del Peso: Es la medición de la masa corporal, se realiza colocando a la persona sobre una báscula, conviene que precise fracciones de 100g. Especialmente si se trata de adolescentes para obtener un peso exacto.

2.2.2 Indicadores Del Estado Nutricional

a. Índice de Masa Corporal (IMC): Es una medida de asociación entre el peso corporal y la talla, útil para evaluar las reservas de grasa corporal. Su cálculo es por medio de la siguiente fórmula: Peso (Kg.)/talla $(m.)^2$

b. Índice de Masa Corporal para la Edad (IMC/Edad): Es un indicador resultante de comparar el IMC del adolescente con el IMC de referencia correspondiente a su edad. Se utiliza para evaluar las reservas de grasa corporal según edad, clasificando el estado nutricional en: delgadez, normalidad, sobrepeso y obesidad (MINSA, 2012).

2.3 Clasificación del Estado Nutricional

Los estados nutricionales pueden clasificarse de la siguiente manera: cuando hablamos de una malnutrición causada por la deficiencia o exceso de energía, macronutrientes y/o micronutrientes; Incluye la delgadez, sobrepeso, obesidad.

a. Delgadez: Se caracteriza por una insuficiente masa corporal con relación a la talla, en adolescentes se denomina delgadez cuando el índice de masa corporal para la edad es menor a -2 Desviación Estándar de la población de referencia.
b. Sobrepeso: Es el estado nutricional en el cual, el peso corporal es superior a lo normal. En adolescentes, es determinado por un índice de masa corporal para la edad entre más de 1 DE a 2 DE de la población de referencia.
c. Obesidad: Es una enfermedad caracterizada por un estado excesivo de grasa corporal o tejido adiposo. En adolescentes, es determinada cuando el índice de masa corporal para la edad es mayor a 2 Desviación Estándar de la población de referencia. (MINSA, 2012).

3. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

3.1 Definición de familia

Para hablar de funcionamiento familiar debemos entender que es la familia, según la OMS son:"los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial." (Pemex, 2011)

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia, y la Cultura (UNESCO) desde el punto sociológico como desde el jurídico, la familia es una de las instituciones que tienen una existencia más dilatada en el tiempo, pero también la que está sufriendo profundos cambios. Por ello definimos la familia como una institución que cumple una importantísima función social como transmisora de valores éticos-culturales e, igualmente, juega un decisivo papel en el desarrollo psico-social del adolescente, desempeñando un rol decisivo en la educación formal e informal, es el espacio donde los adolescentes pueden desarrollar los valores éticos y humanísticos, además de profundizar los lazos de solidaridad.

3.1.1 Tipos de Familias

Las familias están clasificadas en los siguientes tipos:

a. Familia nuclear: Formada por la madre, el padre y su descendencia.
b. Familia extensa: Formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.
c. Familia monoparental: En la que el hijo o hijos vive(n) solo con uno de sus padres.
d. Familia homoparental: En la que el hijo o hijos vive(n) con una pareja homosexual.
e. Familia hermanastral: Es la que está conformada por dos hermanos que se casan.
f. Familia ensamblada: Es aquella que está compuesta por agregados de dos o más familias (ejemplo: madre sola con sus hijos se junta con padre viudo con sus hijos), y otros tipos de familias, donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad. Sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros, es decir, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.

3.1.2 Funciones de la Familia

Se le asignan las siguientes:

a. Función Reproductora: Entre las funciones más cotidianas que le corresponde cumplir a la familia están la reproducción cotidiana y la reproducción generacional de los miembros de la familia. La primera se refiere a los procesos (alimentación, salud, descanso, vestido entre otros.). La reproducción generacional incluye procesos tales como nacimiento, socialización y educación, mediante los cuales las sociedades reponen a su población. Con esta función queda en evidencia la naturaleza cíclica de la institución que enfatiza su papel central en el reemplazo generacional.
b. Función Materna: Son las conductas nutricias, que garantizan la sobrevivencia biológica del hijo, en la que está implícita un clima de afecto corporal aceptado para desarrollar la confianza básica.
c. Función Paterna: Se refiere a la formación de valores, condiciones para que los hijos asuman un rol de ser amados y valorados y a través del cual se conecten con la realidad, canalizando su accionar hacia la construcción y el altruismo.
d. Función Filial: Conecta a la familia con el futuro.

3.2 Funcionamiento familiar

El funcionamiento familiar implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, nos estamos refiriendo al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las cuales se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto.

El funcionamiento familiar es aquel que posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes: La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, la transmisión de valores éticos y culturales, la promoción y

facilitación del proceso de socialización de sus miembros., el establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital, el establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social), y la creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal (Zaldivar, 2010).

El funcionamiento familiar es entendido como la capacidad que la familia tiene para enfrentar y superar cada etapa del ciclo vital, incluyendo las crisis; asimismo debe responder a las necesidades y demandas tanto de dependencia como de autonomía de sus miembros. A menudo el enfoque médico considera a la familia funcional en términos de familia sana, adecuada o normal. A través de esto Ofter y Sabshin establecen que todas las familias asintomáticas y que por ende no manifiestan problemas graves son consideradas normales o sanas (Nonoal, 2010).

El tipo de relaciones que se establece entre los miembros de la familia son de importancia, pues las acciones de cada uno de los integrantes de la familia producen reacciones y contra reacciones entre ellos, constituyendo entonces una influencia determinante en el origen de muchas conductas de riesgo en el adolescente.

3.2.1 Componentes del funcionamiento familiar

Según el test FF-SIL:

a. Cohesión: Se refiere a la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
b. Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
c. Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de trasmitir sus experiencias de forma clara y directa.
d. Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

e. Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
f. Roles: Cada miembro de la familia cumple con las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
g. Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera. (Zaldivar, 2010).

3.3 Disfuncionalidad Familiar

Es aquella en la que no existe una resolución adecuada de la crisis del ciclo vital, lo cual incluso puede llegar a heredarse de generación en generación, provocando una inestabilidad en todo el sistema; habiendo así un mal funcionamiento familiar en todas las áreas. Entonces se dice que una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen de manera que pueda conservar la homeostasis sin que ninguno de sus miembros desarrolle síntomas. En cambio, la disfuncionalidad, la rigidez y la resistencia al cambio favorece la aparición de las crisis que amenazan con romper ese equilibrio (Bernal, 2009).

Las características de una familia disfuncional son:

a. No son dialécticas: Es decir que no evolucionan en un constante devenir. En ellas no surgen circunstancias que promuevan su crecimiento individual y grupal, aparecen muchos momentos de crisis y contradicciones. Lo normal es la presencia de dos aspectos el crecimiento y la crisis, pero en esta predomina la crisis sus integrantes no movilizan sus recursos para que su membrecía se afirme y pueda movilizarse hacia un continuo desarrollo, ninguna familia permanece estática dado que su historia es un permanente devenir. Depende como una familia se organiza y moviliza para enfrentar sus problemas y crisis y posibilitar su crecimiento.
b. No son dinámicas: La acción o conducta de cada uno de sus integrantes no influye en los comportamientos, sentimientos y

pensamientos de sus demás integrantes y viceversa. No hay una conjunción, la interacción entre ellos no permite su integración ante sucesos familiares, por lo tanto cada uno de sus integrantes no puede definir ni pronosticar la posición, el comportamiento, las alianzas estratégicas, los sentimientos, las conductas reactivas, de los demás miembros en base a la historia que los une y por el rol que les ha tocado desempeñar en el interior de la propia familia. Si la relación que establece determinado miembro hacia otro de su sistema es saludable, esto va a reflejar en los demás integrantes y viceversa, pero sino es saludable la repercusión tampoco lo será.

c. No son relativas: Toda familia surge en un determinado momento histórico y les brinda a sus integrantes protección, seguridad, afecto, expectativas para su desarrollo, como también de manera contradictoria puede iniciar, desarrollar e implementar una serie de mecanismos psicológicos que hacen que se mantengan una serie de comportamientos no funcionales y que pueden perjudicar a sus integrantes y que convierten a la familia funcional en disfuncional, es decir nociva para el desarrollo saludable de sus integrantes.
d. No estar en una situación relacional y compatible: Las características psicoculturales de la comunidad donde el sistema familiar se inserta, influyen en su estructura y funcionabilidad. Se puede decir entonces, que la particularidad de una familia en un determinado momento histórico de su ciclo vital puede desempeñar un rol saludable y positivo, propiciando el crecimiento y desarrollo de sus integrantes. Pero que con el transcurrir del tiempo, de mantenerse éstas mismas características particulares pueden convertirse en no saludables y tornarse anacrónicas, divergentes y reaccionarías a la evolución funcional de la familia y por lo tanto resistenciales y disfuncionales para el desarrollo de la salud mental de sus integrantes.

4. AUTOESTIMA

La autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de uno mismo.

4.1 Componentes de la Autoestima

a. Cognitivo: Se refiere a las ideas, opiniones, creencias percepciones y procesamiento de la información que posee la persona respecto de si misma.
b. Afectivo: Incluye la valoración del lo positivo y negativo, involucra sentimientos favorables y desfavorables, agradables o desagradables que la persona percibe de sí misma.
c. Conductual: Implica la intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento coherente.

4.2 Clasificación de los niveles de la Autoestima

a. Autoestima alta: Tener autoestima alta equivale a sentirse confiadamente apto para la vida o usando términos de la definición inicial, sentirse capaz y valioso, o sentirse aceptado como persona, valorando sus logros y los de los demás, expresando adecuadamente sus emociones y confiando en sus capacidades.
b. Autoestima media: Tener un término de autoestima media es oscilar entre la autoestima alta y baja, es decir, se siente apto e inútil, acertado y equivocado como persona, y manifiesta estas incongruencias en la conducta, actuando unas veces con sensatez, otras con irreflexión reforzando así la inseguridad.
c. Autoestima baja: Los adolescentes que tienen una autoestima baja tienden a ser dependientes, valoran más las ideas de los otros, son muy sensibles a la crítica pues se juzgan de manera negativa, no se sienten en disposición para la vida y se sienten equivocados como persona.

4.3 Factores que afectan el desarrollo de la Autoestima

La autoestima se va elaborando durante toda la vida; pero son las primeras experiencias, las que pueden establecer las bases para que se siga desarrollando de manera positiva o negativa. En este sentido, para los adolescentes son los padres y las primeras figuras significativas las que juegan un papel determinante en la contribución con el desarrollo de la autoestima. Para Céspedes y Valdivia una de estas acciones que más dañan la autoestima de las personas es la "comunicación atacante" siendo las más frecuentes las siguientes:

a. Expresiones negativas: Con un calificativo fijamos la condición básica del niño o la niña.

b. Expresiones de rechazo: Sin ninguna explicación se rechaza la presencia del niño o adolescente.

c. Falsas generalizaciones: Al no ser verdaderas, subrayan siempre la conducta negativa e ignoran la positiva.

d. El trato silencioso: Llamado también "el hielo", es una forma de rechazo que algunas veces se usa ante una inadecuada conducta, negándose el habla o incluso la mirada. Deja al niño y el adolescente personalmente afectado, sin alternativa para corregir la falta mejorar su comportamiento.

e. Amenaza vagas o violentas: Los pequeños, cuando son amenazados, toman las cosas literalmente. Pueden imaginar cómo factible un acto extremadamente terrible, lo que les genera miedo e inseguridad. Los niños mayores saben que realmente no les van hacer tal cosa. Sin embargo, aunque el adulto no se lo proponga, interiormente reciben el mensaje como si se les dijera "que son malos".

4.4 La Autoestima en los Adolescentes

Durante la adolescencia es bastante habitual que muchos adolescentes no tengan una autoestima muy alta, pues toman en gran consideración la opinión que tienen los demás de ellos así como de su imagen corporal. Si

el adolescente no se siente aceptado por los demás o atractivo para el sexo opuesto tiene mucha probabilidad de desarrollar una baja autoestima. Además es frecuente que algunos adolescentes pongan en evidencia algún defecto físico, en especial los relacionados con el sobrepeso y la obesidad, siendo víctimas de burlas sobre todo en la etapa escolar pudiendo afectar el juicio personal de valía que tiene el adolescente de sí mismo.

Sin embargo, una buena dosis de autoestima es uno de los recursos más valiosos con los que puede disponer un adolescente. El adolescente con autoestima alta aprende más efectivamente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presenten para trabajar productivamente y ser autosuficiente, posee una mayor conciencia del rumbo que sigue, asimismo, si el adolescente termina esta etapa de su vida con una autoestima fuerte y bien desarrollada podrá enfrentar la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia productiva y satisfactoria.

5. TEORÍA DE ENFERMERÍA "MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD" DE NOLA PENDER.

La teoría de Nola Pender se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable, para ello integra los métodos de enfermería en las conductas de la salud de las personas observando y explotando los procesos biopsico-sociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de conductas destinadas a mejorar la calidad de vida de la persona a nivel de su salud (Marriner, 2011).

5.1 Principales Supuestos

Los supuestos reflejan la perspectiva de la ciencia conductual y destacan el papel activo del paciente para gestionar las conductas de salud modificando el contexto del entorno, presenta los principales supuestos del MPS:

- Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de salud humana.

- Las personas tienen la capacidad de poseer un auto conciencia reflexiva como incluida la valoración de sus propias competencias.
- Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
- Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
- Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuanta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.
- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta.

5.2 Metaparadigmas:

- Salud: Es el estado positivo de bienestar óptimo en el adolescente comprende construir unas relaciones positivas, una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual.
- Persona: Son los factores predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta como la edad, el género, la autoestima, la cultura y el estado socioeconómico, etc.
- Entorno: Son las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta.
- Enfermería: La enfermera(o) se constituye en una fuente importante de gran influencia en la persona para conducir a conductas promotoras de la salud.

C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

1. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: Se refiere a la dinámica de relación, interacción que se da entre los miembros de la familia del adolescente, las cuales se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí. Variable cualitativa, medida en escala ordinal, utilizando el test FF-SIL, que incluye dimensiones de:

- Cohesión: Se refiere a la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales-con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de trasmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

El puntaje global obtenido se califica entre 14-70 puntos, considerándose:

Familia Severamente disfuncional : cuando se obtiene 14-27 pts.
Familia Disfuncional : cuando se obtiene 28-42 pts.
Familia Moderadamente funcional : cuando se obtiene 43-56 pts.
Familia Funcional : cuando se obtiene 57-70 pts.

2. AUTOESTIMA: Se refiere a la apreciación que tiene el adolescente de la propia importancia o valía, de las responsabilidades sobre sí mismo y sobre las relaciones consigo, Variable cualitativa, medida en escala

ordinal, utilizando la escala de Cooper Smith. El inventario está referido a la percepción del estudiante en cuatro dimensiones siendo los siguientes:

- Autoestima General: Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas.
- Autoestima Social: Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas en relación con sus pares.
- Autoestima Hogar y Padres: Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas, en relación con sus familiares directos.
- Autoestima Escolar Académica: Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas, en la relación con sus condiscípulos y profesores.

El puntaje global obtenido se califica de 0 - 100 puntos, considerándose:

Autoestima Alta	: cuando se obtiene 71-100 pts.
Autoestima Media	: cuando se obtiene 41-70 pts.
Autoestima Baja	: cuando se obtiene 0-40 pts.

3. ESTADO NUTRICIONAL: Se refiere a la condición física que presenta el adolescente, como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes. Después de evaluar el peso y talla en relación a la edad y según el sexo de la persona. Variable cuantitativa, medida en escala ordinal, utilizando el Índice de Masa Corporal para Edad (IMC/Edad), su cálculo es: Peso (kg) /talla $(m)^2$ considerándose:

Delgadez severa	: cuando el IMC sea < -3 DE
Delgadez	: cuando el IMC sea < -2 a -3 DE
Normal	: cuando el IMC sea 1 a -2 DE
Sobrepeso	: cuando el IMC sea >1 a 2DE
Obesidad	: cuando el IMC sea >2 DE

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

D. ALCANCES Y LIMITACIONES

ALCANCES

Los resultados obtenidos en la investigación pueden ser generalizados a la población de estudiantes de la Institución Educativa Juan Domingo Zamácola y Jáuregui.

LIMITACIONES

Falta de colaboración por parte de los adolescentes.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación teniendo en cuenta el problema, objetivos e hipótesis planteados es de tipo observacional descriptivo de diseño de correlación y de corte transversal.

PROCEDIMIENTO

- Se determinó como área de estudio para la presente investigación a la Institución Educativa Juan Domingo Zamacola y Jáuregui
- La selección de la población de estudio se obtuvo de la relación de 525 adolescentes matriculados del 1ro a 5to grado de secundaria de ambos turnos, proporcionada por la dirección de la institución educativa Juan Domingo Zamacola y Jáuregui.

La población objetivo quedó constituida por 227 unidades de estudio, a través de un muestreo probabilístico aleatorio estratificado, además de cumplir con los criterios de inclusión para el presente estudio.

- La aplicación de la prueba piloto se hizo a 32 adolescentes (hombres y mujeres) el 1ro al 5to grado de secundaria, de la Institución educativa Romeo Luna Victoria, ubicado en el distrito de Cerro Colorado, por tener características similares a la Institución Educativa Juan Domingo Zamácola y Jáuregui.
- El periodo para la recolección de datos de los adolescentes en relación al estado nutricional, funcionamiento familiar y autoestima, fue durante los meses de julio y agosto, los instrumentos aplicados para la recolección de datos fueron:
  1. Una guía antropométrica
  2. Un formulario de cuestionario conteniendo: datos generales, Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y el Inventario de Autoestima de Coopersmith.

  La aplicación de instrumentos a la población objetivo, se realizó durante las horas de tutoría de cada año de estudios en un primer momento se llenaron los instrumentos (FF-SIL y el inventario de autoestima), luego se procedió al control de peso y talla con la ayuda de una balanza electrónica y un tallímetro, el proceso tuvo una duración aproximada de 30 a 40 minutos por sección.
- El procedimiento y análisis de datos, se realizó a través del paquete estadístico SPSS, la hoja de cálculo Excel y para el análisis de resultados se utilizó el estadístico no paramétrico de Chi cuadrado.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en la Institución Educativa Juan Domingo Zamácola y Jáuregui ubicada en la calle Jorge Chávez N° 401 del distrito Cerro Colorado a un costado del cementerio “Parque de la Esperanza”, esta institución educativa fue creada el 24 de mayo de 1959 por el padre

Juan Domingo Zamácola y Jáuregui, el cual ofrece formación a nivel primario y secundario, funciona en turnos de mañana y tarde, cuenta con un total de 22 aulas, con 44 profesores y 10 trabajadores administrativos, cuenta con 525 alumnos de los cuales 417 pertenecen al turno de mañana y 108 a la tarde. Su infraestructura física comprende 4 pabellones cada uno de dos pisos respectivamente, 2 de ellos son para el dictado de clases, 1 para laboratorio de física, química y biología y 1 para el área administrativa; cuenta también con 1 tópico de enfermería, 3 kioscos, 1 fotocopiadora, 2 patios, 1 losa deportiva y servicios higiénicos. El material de construcción usado en la institución educativa es noble.

C. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE MUESTRA

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Constituida por un total de 525 adolescentes del primero a quinto de secundaria de ambos turnos del colegio nacional Juan Domingo Zamácola y Jáuregui que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Adolescentes hombres y mujeres entre los 12 y 18 años.
- Adolescentes matriculados en el nivel secundario en turnos mañana y tarde.
- Adolescentes que firmaron el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Adolescentes que no asistan regularmente a la institución educativa.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de población finita, con muestreo aleatorio estratificado para variable cualitativa, como sigue.

$$n = \frac{\sum_{i=l}^{l} N_i P_i Q_i}{ND + 1/N \sum_{i=l}^{l} N_i P_i Q_i}$$

Siendo:

n= tamaño de la muestra total

N=tamaño de la población (525)

P_i=proporción de ocurrencia (0.5)

Q_i=1-P_i (1- 0.5) (0.5)

D= Error de estimación (0.000624)

Remplazando en la fórmula:

$$n = \frac{131.25}{(525) * (0.000624) + (131.25/525)}$$

$$n = 227$$

Obteniendo una muestra de 227 adolescentes, así mismo la determinación de unidades de estudio por año se realizó con la fórmula de Afijación Proporcional como sigue:

$$n_1 = n * (N_1/N)$$

Siendo:

n = Muestra total (227)

N= Tamaño total de la población (525)

N_1= Tamaño por año de estudio (N_1= 86, N_2= 91, N_3= 101, N_4= 120, N_5= 127)

n_1= Muestra total por año de estudio

Remplazando:

$$n_{1} = 227*(86/525)$$

$$n_{1} = 37$$

Obteniéndose así la muestra para cada año de estudio, detallado a continuación:

AÑO DE ESTUDIOS	MATRICULADOS	MUESTRA
1ro	86	37
2do	91	39
3ro	101	44
4to	120	52
5to	127	55
TOTAL	525	227

D. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó como métodos la observación y la encuesta, como técnicas la observación antropométrica y el cuestionario, como instrumentos la guía de observación antropométrica y un formulario de cuestionario, además se usaron una balanza y un tallímetro para la obtención de datos los instrumentos utilizados son:

1. GUÍA DE OBSERVACIÓN ANTROPOMÉTRICA: (ANEXO N° 05)

Es una ficha donde se registra:

- Edad.
- Sexo.
- Peso.
- Talla.
- IMC.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

Para la evaluación del IMC, se utilizó la “Norma técnica de salud para valoración nutricional antropométrica en la etapa de la vida adolescente mujer y varón”, y para su clasificación se utilizó “la tabla de IMC por edad para mujeres y para varones de 10 a 19 años de la OMS”, por lo cual se realizó la medición de peso y talla.

2. FORMULARIO DEL CUESTIONARIO: (ANEXO N° 02)

Comprende de tres partes

I. DATOS GENERALES

- Edad.
- Sexo.
- Año de estudios.
- Turno.
- Trabajo.

II. TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

Elaborado en 1999, por Teresa Ortega Máster en Atención Primaria de Salud, Dolores de la Cuesta Máster en Psicología de Salud y Caridad Díaz licenciada en Enfermería. El cuestionario consta de 14 reactivos divididos en 7 áreas (cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptación).

Es una prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares que aporta información valida y confiable con un Alfa de Cronbach=0.94. La prueba fue sometida en el año 1994 y en el 2000 a varios procedimientos que evidenciaron su confiabilidad y validez (López Sutil V. validación de la prueba de Funcionamiento Familiar) a nivel comunitario. Tesis en opción al grado de especialista en psicología de la salud. 2000. Facultad “Calixto García”). El test es de fácil comprensión e implica un bajo costo. Las categorías a evaluar son:

Componentes	**Nro. de preguntas**
– Cohesión	1 y 8

- Armonía 2 y 13
- Comunicación 5 y 11
- Permeabilidad 7 y 12
- Afectividad 4 y 14
- Roles 3 y 9
- Adaptabilidad 6 y 10

Cada pregunta tiene 5 respuestas de las cuales se obtiene según la opción seleccionada:

- Casi nunca = 1 punto
- Pocas veces = 2 puntos
- A veces = 3 puntos
- Muchas veces = 4 puntos
- Casi siempre = 5 puntos

De la sumatoria de los 14 ítems se obtienen el puntaje total para su ubicación en escalas de categorías las que describen el funcionamiento familiar, de la siguiente manera:

- Familia funcional = de 57 a 70 puntos
- Familia moderadamente funcional = de 43 a 56 puntos
- Familia disfuncional = de 28 a 42 puntos
- Familia severamente disfuncional = de 14 a 27 puntos

III. INVENTARIO DE AUTOESTIMA ORIGINAL DE COOPERSMITH STANLEY

Inventario de Autoestima elaborado por Cooper Smith Stanley (1967), traducido al español por Panizo en 1988. La validez del constructo el instrumento se evaluó estimando el poder de discriminación de los reactivos de las calificaciones altas y bajas por medio de pruebas T. El coeficiente de confiabilidad encontrado al usar el alfa de Cronbach fue de 0.81.

El cuestionario está constituido por 58 afirmaciones con respuestas dicotómicas (SI, NO) reactivos que exponen información acerca de las características de la autoestima a través de la evaluación de cuatro sub escalas como son:

- Dimensión Si Mismo o General :1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 24, 25,27, 30, 31, 34, 35, 38, 39, 43,47, 48, 51, 55, 56, 57.
- Dimensión Social : 5, 8, 14, 21, 28, 40, 49, 52.
- Dimensión Hogar : 6, 9, 11, 16, 20, 22, 29, 44.
- Dimensión Escuela : 2, 17, 23, 33, 37, 42, 46, 54.
- Escala De Mentiras : 26, 32, 36, 41, 45, 50, 53, 58.

La calificación se puede hacer siguiendo la clave de respuestas donde cada reactivo resuelto adecuadamente es calificado por un punto (1 punto) y los reactivos mal resueltos se califican con 0 (cero puntos).

Siendo lo valores finales:

- Autoestima Alta 71-100 pts.
- Autoestima Media 41-70 pts.
- Autoestima Baja 0-40 pts.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

CAPITULO IV

RESULTADOS

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capitulo se dan a conocer los resultados de la investigación, los datos obtenidos en cuadros que se presenta de la siguiente forma:

- Información General: Tabla N°01
- Información Específica: Tabla N°02 al 07
- Comprobación de la hipótesis: Tabla N°08 al 13

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

TABLA N° 01

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR EDAD, SEXO, AÑO DE ESTUDIOS Y TURNO. I.E. JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA - 2013

Edad	**N°**	**%**
12 años	12	5.29
13 años	35	15.42
14 años	34	14.98
15 años	46	20.26
16 años	59	25.99
17 años	36	15.86
18 años	5	2.20
Total	**227**	**100%**
Sexo	**N°**	**%**
Femenino	97	42.73
Masculino	130	57.27
Total	**227**	**100%**
Año de Estudios	**N°**	**%**
1ro	37	16.30
2do	39	17.18
3ro	44	19.38
4to	52	22.91
5to	55	24.23
Total	**227°**	**100%**
Turno	**N°**	**%**
Mañana	108	47.58
Tarde	119	52.42
Total	**227°**	**100%**
Trabaja	**N°**	**%**
Sí	152	66.96
No	75	33.04
Total	**227**	**100**

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

Se observa que la mayoría de la población de estudio tiene entre 15 y 16 años; con predominio del sexo masculino 57%. Casi la mitad de la población estuvo conformada por estudiantes de 4to y 5to año (47.14%), en su mayoría del turno tarde 52%, del total de adolescentes encuestados el 67% trabaja.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

TABLA N° 02

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SU FUNCIONAMIENTO FAMILIAR INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.

Funcionamiento Familiar	N°	%
Severamente Disfuncional	11	4.85
Disfuncional	54	23.79
Moderadamente Funcional	131	57.71
Funcional	31	13.66
Total	**227**	**100**

La tabla sobre funcionamiento familiar de la población en estudio, se observa que un 71.4% de adolescentes vive y se desarrolla en un ambiente familiar adecuado, que satisface sus necesidades de amor, respeto, alimentación y comunicación. Sin embargo el 28.6% vive en familias disfuncionales, donde no existe una resolución adecuada de las crisis familiares, ocasionando conflictos que de no ser resueltos adecuadamente pueden ser el origen de muchas conductas de riesgo en el adolescente.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

TABLA N° 03

POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AÑO DE ESTUDIO. SEGÚN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013

Población en Estudio / Año de estudio	Funcionamiento Familiar								Total	
	Severamente disfuncional		Disfuncional		Moderadamente funcional		Funcional			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1ro	2	5.4	9	24.3	23	62.2	3	8.1	37	100
2do	0	0	6	15.4	31	79.5	2	5.1	39	100
3ro	1	2.3	10	22.7	27	61.4	6	13.6	44	100
4to	4	7.7	12	23.1	24	46.2	12	23.1	52	100
5to	4	7.3	17	30.9	26	47.3	8	14.5	55	100
Total	11	4.8	54	23.8	131	57.7	31	13.7	227	100

Chi cuadrado = 18.41 gl = 12 Nivel de Significancia (p) = 0.104

En la tabla se observa que no existe relación entre el funcionamiento familiar y el año de estudio de los adolescentes con un nivel de significancia del 0.104 Se observa que en 4to año el % de familias funcionales es más alto (23%) en comparación de los demás años de estudio. Asimismo hay una distribución casi homogénea de los tipos de funcionamiento familiar

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

TABLA N° 04

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.

Nivel de Autoestima	N°	%
Autoestima Baja	32	14.10
Autoestima Media	123	54.19
Autoestima Alta	72	31.72
Total	**227**	**100**

En la tabla se observa que según el nivel de autoestima la población de estudio se caracteriza por que un 54.1% de adolescentes posee autoestima media, y un 14.1% con autoestima baja, asimismo el 31% tiene una autoestima alta.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

TABLA N° 05

POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AÑO DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA. INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013

Población en Estudio / Año de estudio	Nivel De Autoestima						Total	
	Alta		Media		Baja			
	N°	%	N°	%	N°	%°	N°	%
1ro	8	21.6	26	70.6	3	8.1	37	100
2do	13	33.3	22	56.4	4	10.3	39	100
3ro	15	34.1	27	61.4	2	4.5	44	100
4to	18	34.6	28	53.8	6	11.5	52	100
5to	18	32.7	20	36.4	17	30.9	55	100
Total	72	31.7	123	54.2	32	14.1	227	100

Chi cuadrado = 22.36 gl = 8 Nivel de Significancia (p) = 0.004 (MAS)

En la tabla se observa que existe relación entre la autoestima y el año de estudio con un nivel de significancia de 0.004. En el 1er año el 21.6% de adolescentes tuvo autoestima alta, en 5to año fue el 32.7%; en relación con la autoestima baja, el 1er año registro un 8.1%, mientras el 5to año alcanzo un 30.9%. Podemos decir que a medida que aumenta el año de estudio el % de nivel de autoestima (alta y baja) aumenta, por otro lado el nivel de autoestima media va disminuyendo.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

TABLA N° 06

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013.

Estado Nutricional	N°	%
Delgadez	6	2.64
Normal	171	75.33
Sobrepeso	41	18.06
Obesidad	9	3.96
Total	**227**	**100**

En la tabla se observa que más de la mitad de la población 75% presenta un índice de masa corporal normal, sin embargo, un 22% de la población en estudio presenta malnutrición por exceso es decir sobrepeso y obesidad, el cual es un factor de riesgo para sufrir problemas cardiovasculares, resistencia insulínica, diabetes mellitus, ateroesclerosis temprana.

TABLA N° 07

POBLACIÓN DE ESTUDIO POR AÑO DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL. INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013

Población en Estudio / Año de estudio	Estado Nutricional								Total	
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1ro	2	5.4	28	75.7	7	18.9	0	0	37	100
2do	1	2.6	29	74.4	6	15.4	3	7.7	39	100
3ro	0	0	35	79.5	7	15.9	2	4.5	44	100
4to	0	0	38	73.1	11	21.2	3	5.8	52	100
5to	3	5.5	41	74.5	10	18.2	1	1.8	55	100
Total	6	2.6	171	75.3	41	18.1	9	4.0	227	100

Chi cuadrado = 9.89 gl = 12 Nivel de Significancia (p) = 0.625

Con respecto al estado nutricional y su relación con el año de estudio del adolescente se obtuvo que no existe relación significativa del 0.62. Se observa que hay una distribución homogénea entre los estados nutricionales y el año de estudio de los adolescentes. Asimismo se observa que en 3ro y 4to año no se presentan casos de delgadez (malnutrición por déficit).

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

TABLA N° 08

POBLACIÓN DE ESTUDIO POR FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL. INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013

Funcionamiento Familiar	Estado Nutricional								Total	
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Severamente Disfuncional	0	0.00	5	2.20	3	1.32	3	1.32	11	4.85
Disfuncional	0	0.00	39	17.18	11	4.85	4	1.76	54	23.79
Moderadamente Funcional	3	1.32	106	46.70	20	8.81	2	0.88	131	57.71
Funcional	3	1.32	21	9.25	7	3.08	0	0.00	31	13.66
Total	6	2.64	171	75.33	41	18.06	9	3.96	227	100

Chi cuadrado = 31.20 gl = 9 Nivel de Significancia (p) = 0.0003 (MAS)

El Funcionamiento Familiar si está relacionado con el estado nutricional. Se observa que el 46% de la población tiene una familia moderadamente funcional y a la vez tiene un estado nutricional normal, mientras que los casos de sobrepeso y obesidad en familias disfuncionales y severamente disfuncionales representan un 9.3%

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

TABLA N° 09

POBLACIÓN DE ESTUDIO POR NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL. INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013

Nivel de Autoestima	Estado Nutricional								Total	
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	0	0.00	19	8.37	9	3.96	5	2.20	33	14.54
Media	4	1.76	90	39.65	26	11.45	3	1.32	123	54.19
Alta	2	0.88	62	27.31	6	2.64	1	0.44	71	31.28
Total	6	2.64	171	75.33	41	18.06	9	3.96	227	100

Chi cuadrado = 41.87 gl = 6 Nivel de Significancia (p) = 0.0001 (MAS)

El estado nutricional se relaciona con el nivel de autoestima. Se observa que de los adolescentes con autoestima baja ninguno posee un estado nutricional de delgadez, sin embargo poseen alrededor del 6% de sobrepeso y obesidad. Asimismo los que poseen autoestima media tienen estados nutricionales de sobrepeso y obesidad alrededor del 12%, y los que poseen autoestima alta presentan un 27% de estado nutricional normal

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

TABLA N° 10

POBLACIÓN EN ESTUDIO POR NIVEL DE AUTOESTIMA DIMENSIÓN SI MISMO O GENERAL SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013

Nivel de Autoestima	Estado Nutricional								Total	
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	0	0.00	12	5.29	7	3.08	1	0.44	20	8.81
Media	4	1.76	82	36.12	20	8.81	4	1.76	110	48.46
Alta	2	0.88	77	33.92	14	6.17	4	1.76	97	42.73
Total	6	2.64	171	75.33	41	18.06	9	3.96	227	100

Chi cuadrado = 5.88 gl = 6 Nivel de Significancia (p) = 0.4336 (NS)

Se muestra que no existe relación significativa entre el Estado Nutricional y la autoestima en la dimensión sí mismo o general pues de acuerdo a la información recabada el 70% de adolescentes tienen una autoestima alta o media con siendo su estado nutricional normal para su edad.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

TABLA N° 11

POBLACIÓN DE ESTUDIO POR NIVEL DE AUTOESTIMA DIMENSIÓN ESCUELA SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL INSTITUCIÓN EDUCATICA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013

Nivel de Autoestima	Estado Nutricional								Total	
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	1	0.44	43	18.94	13	5.73	1	0.44	58	25.55
Media	1	0.44	66	29.07	17	7.49	4	1.76	88	38.77
Alta	4	1.76	62	27.31	11	4.85	4	1.76	81	35.68
Total	6	2.64	171	75.33	41	18.06	9	3.96	227	100

Chi cuadrado = 5.17 gl = 6 Nivel de Significancia (p) = 0.5219 (NS)

Se muestra que no existe relación entre el estado nutricional con el nivel de Autoestima en la dimensión escuela. Al registrarse un 56% de adolescentes con autoestima alta y media con estado nutricional normal para esta dimensión.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

TABLA N° 12

POBLACIÓN DE ESTUDIO POR NIVEL DE AUTOESTIMA DIMENSIÓN HOGAR SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013

Nivel de Autoestima	Estado Nutricional								Total	
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	1	0.44	43	18.94	15	6.61	3	1.32	62	27.31
Media	1	0.44	58	25.55	12	5.29	3	1.32	74	32.60
Alta	4	1.76	70	30.84	14	6.17	3	1.32	91	40.09
Total	6	2.64	171	75.33	41	18.06	9	3.96	227	100

Chi cuadrado = 4.20 gl = 6 Nivel de Significancia (p) = 0.6490 (NS)

Se observa que no existe relación entre el Estado Nutricional y la Autoestima en la dimensión hogar, pues cuenta con un nivel de significancia del 0.64 siendo los casos de autoestima alta y estado nutricional normal representados con un 30.8%.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

TABLA N° 13

POBLACIÓN DE ESTUDIO POR NIVEL DE AUTOESTIMA DIMENSIÓN SOCIAL SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL INSTITUCION EDUCATIVA JUAN DOMINGO ZAMÁCOLA Y JÁUREGUI. AREQUIPA – 2013

Nivel de Autoestima	Estado Nutricional								Total	
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	2	0.88	13	5.73	6	2.64	5	2.20	26	11.45
Media	3	1.32	55	24.23	16	7.05	2	0.88	76	33.48
Alta	1	0.44	103	45.37	19	8.37	2	0.88	125	55.07
Total	6	2.64	171	75.33	41	18.06	9	3.96	227	100

Chi cuadrado = 26.24 gl = 6 Nivel de Significancia (p) = 0.0002 (MAS)

Se puede observar que si existe relación significativa entre el estado nutricional y la autoestima en la dimensión social. Vemos que el 45.3% de adolescentes poseen un estado nutricional normal y una alta autoestima, mientras que por otro lado la mayoría de adolescentes con obesidad y con delgadez, posee una baja o media autoestima.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

CAPÍTULO V

RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. RESUMEN

El Funcionamiento Familiar y la Autoestima son aspectos importantes en el desarrollo del adolescente, al ser positivos actúan promoviendo el desarrollo de sus miembros logrando mantenimientos de estados de salud favorables, sin embargo el inadecuado funcionamiento familiar y la baja autoestima pueden provocar problemas del estado nutricional: Sobrepeso, obesidad y delgadez. El objetivo de la investigación fue establecer la relación entre el Funcionamiento Familiar y la Autoestima con el Estado Nutricional en adolescentes de la Institución Educativa “Juan Domingo Zamacola y Jáuregui”. Estudio observacional descriptivo, diseño correlacional, de corte transversal. Realizado durante los meses de julio y

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

agosto del año 2013. La población estuvo conformada por 594 estudiantes, la muestra por 227 adolescentes del 1°al 5° de secundaria, de ambos turnos. Para la recolección y ejecución del estudio se usaron como métodos la observación y encuesta, como técnicas la observación antropométrica y el cuestionario, como instrumentos una guía de observación antropométrica y un formulario de cuestionario conteniendo: datos generales, Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Para el IMC se utilizó una balanza y Tallímetro. El procesamiento de datos se realizó con los programas Excel y SPSS. El análisis con el Chi cuadrado con un nivel de confianza del 95%. Los resultados de la población de estudio según la edad tuvieron en promedio 15 años, mayor cantidad de varones 57 % y el 66.96% trabaja. Respecto al Funcionamiento Familiar y Autoestima ambos tienen una relación muy altamente significativa con el Estado Nutricional, además el área social de la Autoestima tiene relación altamente significativa con el Estado Nutricional del adolescente.

B. CONCLUSIONES

PRIMERO

La población de estudio estuvo conformada por 227 adolescentes entre varones y mujeres, predominando los varones, de 1ro a 5to grado de secundaria, con una edad promedio de 15 años, asimismo la mayoría de adolescentes trabaja y estudia a la vez.

SEGUNDO

El funcionamiento familiar a nivel global mostró que de 227 adolescentes 11 viven en familias severamente disfuncionales y 54 adolescentes en familias disfuncionales.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

TERCERO

El Autoestima a nivel global mostró que de 227 adolescentes el 31% presenta autoestima alta, mientras que el 54% tiene autoestima media y el 14% autoestima baja.

CUARTO

El Estado Nutricional valorado a través del IMC muestra que los casos de malnutrición por exceso (el sobrepeso y la obesidad) son mayores a los de malnutrición por déficit (delgadez) en la población de estudio.

QUINTO

Existe relación muy altamente significativa entre el Funcionamiento Familiar y la autoestima con el Estado Nutricional de los adolescentes en estudio.

C. RECOMENDACIONES

1. Empoderar a los adolescentes sobre los conocimientos de un buen estado nutricional mostrando los beneficios y perjuicios que esta puede ocasionar para que mejoren su salud.
2. Promover estrategias de intervención en el ámbito familiar a cargo de profesionales de la salud para conseguir un desarrollo saludable en cada miembro familiar permitiendo la generación de un entorno afectivo, seguro y facilitador durante su proceso de autorrealización y crecimiento. Además de realizar intervenciones incluso aún antes de la adolescencia para prevenir la ocurrencia de disfunción familiar.
3. Fortalecer la autoestima del adolescente trabajando sus habilidades sociales, fomentando su pensamiento crítico y la toma de decisiones, a través de talleres que fortalezcan la autoestima del adolescente y de su familia, a cargo de un equipo multidisciplinario en coordinación con la micro red de salud de Cerro Colorado y la institución educativa en estudio.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

4. Tomar el presente estudio como base para futuras investigaciones y ampliar el mismo a colegios particulares; e investigar más el estado nutricional y su relación con el turno de estudio del adolescente.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

BIBLIOGRAFíA

- BERNAL I (2002) Manual de intervención en la salud familiar. Primera edición. Editorial ciencias médicas. Cuba.
- CORRALES, L. (2008). "Autoestima y Estilos de vida de los Estudiantes de la Facultad de Enfermería UNSA, Arequipa-2007" (´Tesis Pregrado). Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Enfermería.
- DÍAZ, M. (1994).Atención integral de enfermería en el niño y el adolescente. Primera edición. Editorial Síntesis. España.
- FOLLANO D, HANCCO V. (2012). Funcionamiento Familiar, Bulling Y Habilidades Sociales en adolescentes de 1° y 2° de secundaria. (Tesis Pregrado). Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Enfermería, Arequipa
- FREYRE, E. (1997) La salud del adolescente: Aspectos médicos y psicosociales. Segunda edición. Editorial UNSA. Arequipa.
- HERNANDEZ, R. Fernández, C.y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. Cuarta edición. Editorial Interamericana Mac Graw Hill. México.
- MARRINER, A. (2007) Modelos y Teorías En Enfermería. Sexta Edición. Editorial Elsevier mosby. España.
- PAPALIA, D. (2001). Desarrollo Humano. Tercera Edición. Editorial McGraw Interamericana. México.
- POLIT, D. (1994) Investigación científica en ciencias de la salud. Editorial Interamericana. México.
- VÁSQUEZ N. y NOVOA E. (2004). Adolescente. Primera Edición. Editorial Dirección Regional de Salud de la Libertad. Trujillo.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUILAR, M. y COLS.(2010) Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa. Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faenf/images/stories/articulorevista3_1/depresion%203_7.
2. Alimentación y Nutrición.(2008) Estado Nutricional exploración y concepto. Disponible en: http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=114.
3. AUTOESTIMA. FACTORES QUE AFECTAN LA AUTOESTIMA. (2009) Disponible en: http://desarrollodelaautoestima.blogspot.com/2012/05/ Factores-que afectan -la-autoestima.html.
4. BONGIOVANNI G.(2010) Desnutrición en el Mundo. Disponible en: http://unpuntoenelinfinito.com/fame-nel-mondo/1540-desnutricion-en-el-mundo.html.
5. CALIXTO G.(2004) Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia: Validación del FF-SIL. Disponible en: http://bvs.sld.cu/ revistas/mgi/vo l20_3_04/mgi 06304.htm.
6. CASANUEVA E. y MORALES M. Nutrición del Adolescente. Disponible en:http://books.google.com.pe/books?id=tpXtJSo0gfcC&pg=PA88&lpg=PA88&dq=6.+CASANUEVA+E.+y+MORALES+M.+Nutrici%C3%B3n+del+Adolescente.&source=bl&ots=QT5ZmqCSd&sig=ArAIISbTpUuK8X8lQL30NKzkYaE&hl=es&sa=X&ei=SbWsUqHnHqiqsQTX1YDoAg&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=6.%20CASANUEVA%20E.%20y%20MORALES%20M.%20Nutrici%C3%B3n%20del%20Adolescente.&f=fals
7. CASTRO A. (2012)Tipos de alimentos y sus funciones en el organismo Disponible en: http://html.rincondelvago.com/tipos-de-alimentos-y-sus-funciones-en-el-organismo.html

8. COYOLI A.(2010) Funcionamiento Familiar y Obesidad. Disponible en: http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/4070/1/FUNCIONAMIENTOFAMILIARYOBESIDAD.pdf.
9. CURSO DE NUTRICION.(2011) Edad escolar y adolescencia. [Sitio en internet]. Disponible en: http://cursonutricion.net/situaciones-fisiologicas-especiales/edad-escolar-adolescencia.
10. Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Hogares-Componente Nutricional. (2013) Disponible en:http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/5/320/encuesta-nacional-de-hogares-componente-nutricional/jer.320.
11. INVENTARIO DE AUTOESTIMA ORIGINAL FORMA ESCOLAR COOPERSMITH. (2011) Disponible en: http://es.scribd.com/doc/73370730/Manual-Cooper-Smith.
12. MARRINER A. (2011) Teoría del modelo de promoción de la salud. Disponible en: http://www.slideshare.net/fundamentos2012uns/nola-pender-13302121.
13. MINSA. (2012) Guía Técnica Para La Valoración Nutricional Antropométrica De La Persona Adolescente. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/doc_tec_norm/Gu%C3%ADa%20VNA%20Adolescente.pdf.
14. MINSA. (2012) Población Estimada Por Grupos De Edades, Según Provincia Y Distrito Departamento De Arequipa - Año 2013. Disponible en:http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Poblacion/PoblacionMarcos.asp?04.
15. MORENO M y ORTIZ R. (2009) Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082009000200004.
16. MUÑOZ, Y. (2008) Prevalencia de Adolescentes con Riesgo de Anorexia Nerviosa en Establecimientos de Valdivia: Aproximación desde Una Percepción Familiar. Disponible

en:http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm289p/sources/fmm289p.pdf.

17. NONOAL E. (2011) Factores Familiares Asociados a Conductas de Riesgo Alimentarias en Adolescentes del CCH Vallejo. Disponible en: http://132.248.9.195/ptb2011/abril/0668133/0668133_A1.pd.
18. OMS (2012) Salud de los adolescentes. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index3.html
19. OMS. (2012) Riesgos para la salud de los jóvenes. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html.
20. PALPAN, J y COLS.(2008) Factores Psicosociales Asociados a los Trastornos de Alimentación en Adolescentes de Lima Metropolitana. Disponible en: http://www.apa.org/international/pi/2007/11/factores.pdf.
21. PEMEX.(2012) Adolescencia. Disponible en: http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/adolescencia.pdf.
22. VARGAS I.(2011) Familia y Ciclo Vital Familiar Disponible en: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fpsiquiatria.facmed.unam.mx%2Fdoctos%2Fdescargas%2F4.1%2520CICLO%2520VITAL%2520DE%2520LA%2520FAMILIA.pdf&ei=zbmsUrBz6MiwBM7bgogD&usg=AFQjCNGAPooEJ2P0DC9pc5YJ6kNnd6QCRw&bvm=bv.57967247,d.cWc.
23. PÉREZ, M y Col.(2009) Asociación entre síntomas depresivos satisfacción corporal y estado nutricional en niños y adolescentes Disponible_en: http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=583492&indexSearch=ID.
24. Psiquiatría y Salud Mental. (2008) Disponible en: http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/4.1%20CICLO%20VITAL%20DE%20LA%20FAMILIA.pdf. SILVA, A. Conceptos básicos

de nutrición y alimentación. Disponible en: http://www.slideshare.net/adrysilvav/alimentos-nutrientes.

25. TARINGA. (2009) Cambios Físicos en la Adolescencia. Disponible en: http://www.taringa.net/posts/info/2884800/Cambios-fisicos-en-la adolescencia .html.
26. TREJO P y Col.(2010) Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_3_10/enf07310.htm.
27. WIKIPEDIA. (2008) Familia. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Familia.
28. WIKIPEDIA. (2010) La Adolescencia. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia.
29. WIKIPEDIA. (2010) Autoestima. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Autoestima.
30. YÉPEZ, R. y Col (2008) Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes adolescentes ecuatorianos del área urbana", Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/ecuatorianos.pdf.
31. YUNGAN, E. (2011) Hábitos Alimentarios, Estilos de Vida y estado nutricional en adolescentes del colegio Víctor Proaño Carrión de Calpi. Provincia de Chimborazo. Disponible en: http://dspace.espoch.edu.ec/handle/123456789/1064.
32. ZALDIVAR, D. (2009) Funcionamiento Familiar Saludable. Disponible en:http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/funcionamiento_familiar.pdf.
33. Guía de redacción estilo APA.(2009) Disponible en: http://www.cibem.org/paginas/img/apa6.pdf

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

ANEXOS

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento de manera libre doy mi consentimiento para que los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín me encuesten y sea participe de la investigación titulada Funcionamiento Familiar, Autoestima relacionados con el Estado Nutricional de Adolescentes de la institución educativa Juan Domingo Zamácola y Jáuregui, financiada por los mismos investigadores, los cuales obtendrán la información a través de un formulario de preguntas que he de responder con la mayor sinceridad posible.

Se me ha garantizado que toda la información que brinde, tendrá carácter confidencial y que solo se utilizara con fines investigativos. Además de que puedo retirarme de la misma si lo considero oportuno, sin que eso constituya una medida represiva hacia mi persona.

Mi participación es voluntaria, por lo cual y para que así conste, firmo el presente consentimiento informado.

_____ _____

Fecha Firma de la persona encuestada

_____

Firma del entrevistador

ANEXO N° 2

CUESTIONARIO

Estimado(a) adolescente:

El cuestionario que a continuación va a llenar, pretende conocer algunos aspectos de tu vida, de lo que siente o piensa, no debes escribir tu nombre. Tus respuestas serán confidenciales y solo serán vistas por los profesionales de salud que realizan el estudio. No permitas que nadie más observe o te sugiera las respuestas. Agradecemos tu confianza e interés. Recuerda **no existen respuestas buenas, malas, correctas o incorrectas. Todas son importantes**

I. DATOS GENERALES

Edad: …….

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

Año de Estudios: 1ro ( ) 2do ( ) 3ro ( ) 4to ( ) 5to ( )

Turno: Mañana ( ) Tarde ( )

Trabaja: Si ( ) No ( )

II. TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR "FF-SIL"

Estimado estudiante:

A continuación te presentamos una seria de situaciones que pueden ocurrir o no en tu familia. Contesta todas las preguntas marcando con una (x) dentro del cuadro contiguo a la respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación. Recuerda tus respuestas son anónimas contesta verazmente.**1.** Casi nunca **2.**Pocas veces **3.** A veces **4.** Muchas veces **5.** Casi siempre

Nº	SITUACIONES	1	2	3	4	5
1	Se toman decisiones para las cosas importantes en tu familia.					
2	En tu casa predomina la armonía.					
3	En tu familia cada uno cumple sus					

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

	responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana de tu familia.					
5	En tu familia se expresa de forma clara, directa y sin rodeos.					
6	En tu familia se acepta los defecto de los demás y saben sobrellevarlos.					
7	Se toma en consideración las experiencias de otras familias ante diversas situaciones.					
8	Cuando alguien de tu familia tiene un problema, lo ayudan.					
9	En tu familia se distribuyen las tareas de forma que nadie se siente sobrecargado.					
10	Las costumbres de tu familia se pueden modificar ante determinadas situaciones.					
11	En tu familia se puede conversar de diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada miembro de tu familia son aceptados y respetados por el núcleo familiar.					
14	En tu familia hay demostración de cariño, por ejemplo: abrazos, palabras tiernas, saludos, etc.					

Autor: Teresa Ortega 1999

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

III. TEST DE COOPERSMITH

A continuación te presentamos una lista de frases sobre sentimientos. Si la frase describe cómo te sientes generalmente, responde “si” y si la frase no describe cómo te sientes generalmente, responde “no”. (No hay respuesta correcta o incorrecta)

N°	PREGUNTA	SI	NO
1	Generalmente los problemas me afectan muy poco.		
2	Me cuesta mucho trabajo hablar en público.		
3	Si pudiera, cambiaría muchas cosas de mí.		
4	Puedo tomar una decisión fácilmente.		
5	Soy una persona simpática.		
6	En mi casa me enojo fácilmente.		
7	Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.		
8	Soy popular entre las personas de mi edad.		
9	Mis padres generalmente toman en cuenta mis sentimientos.		
10	Me doy por vencido fácilmente.		
11	Mis padres esperan demasiado de mí.		
12	Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.		
13	Mi vida es complicada.		
14	Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.		
15	Tengo mala opinión de mí mismo.		
16	Muchas veces me gustaría irme de mi casa.		
17	Con mucha frecuencia me siento a disgusto en el colegio.		
18	Soy menos guapo (bonita) que la mayoría de la gente.		

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

19	Si tengo algo que decir generalmente lo digo.		
20	Mi familia me comprende.		
21	Los demás son mejor aceptados que yo.		
22	Generalmente siento como si mi familia me estuviera presionando.		
23	Generalmente me siento desmoralizado en mi grupo.		
24	Muchas veces me gustaría ser otra persona.		
25	Se puede confiar muy poco en mí.		
26	Nunca me preocupo por nada.		
27	Estoy seguro de mí mismo.		
28	Me aceptan fácilmente.		
29	Mi familia y yo la pasamos muy bien juntos.		
30	Paso bastante tiempo soñando.		
31	Desearía tener menos edad.		
32	Siempre hago lo correcto.		
33	Estoy orgulloso de mi rendimiento como estudiante en el colegio.		
34	Alguien, siempre tiene que decirme lo que debo hacer.		
35	Generalmente me arrepiento de las cosas que hago.		
36	Nunca estoy contento.		
37	Estoy haciendo lo mejor que puedo.		
38	Generalmente puedo cuidarme solo(a).		
39	Soy bastante feliz.		
40	Preferiría estar con personas menores que yo.		
41	Me gustan todas las personas que conozco.		

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

42	Me gusta cuando me invitan a salir a la pizarra.		
43	Me entiendo a mí mismo.		
44	Nadie me presta mucha atención en mi casa.		
45	Nunca me reprenden.		
46	No me está yendo en el colegio tan bien como quisiera.		
47	Puedo tomar una decisión y mantenerla.		
48	Realmente no me gusta ser un(a) joven.		
49	No me gusta estar con otras personas.		
50	Nunca soy tímido.		
51	Generalmente me avergüenzo de mí mismo.		
52	Los chicos generalmente se la agarran conmigo.		
53	Siempre digo la verdad.		
54	Mis docentes me hacen sentir que no soy lo suficientemente capaz.		
55	No me importa lo que pasó.		
56	Soy un fracaso.		
57	Me fastidio fácilmente cuando me reprenden.		
58	Siempre sé lo que debo decir a las personas.		

Autor: Cooper Smith Stanley 1967

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

INSTRUCTIVO DEL CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL

Es un instrumento validado en la década de los 90 validado por De la Cuesta, Pérez-González E, Lauro-Bernal I. en la Ciudad de La Habana, Este cuestionario permite evaluar cuanti - cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

No. de Situaciones	Variables que mide
1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos; Casi nunca: 1 punto, Pocas veces: 2 puntos, A veces: 3 puntos, Muchas veces: 4 puntos y Casi siempre: 5 puntos.

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de la puntuación global que va desde 14- 70 puntos calificándose de la siguiente manera:

- De 70 a 57 pts. Familia funcional
- De 56 a 43 pts. Familia moderadamente funcional
- De 42 a 28 pts. Familia disfuncional
- De 27 a 14 pts. Familia severamente disfuncional

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

INSTRUCTIVO DEL INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

El inventario de Autoestima de Coopersmith corresponde a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima, presentado originalmente por Stanley Coopersmith en 1959. Se hizo una adaptación del instrumento para Chile por H Brikmann probada en una muestra de más de 1300 estudiantes de 1º y 2º año de Enseñanza Media, de la comuna de Concepción. Sobre los resultados obtenidos, se elaboraron luego normas de puntaje T para cada una de las escalas del Inventario y se hicieron los estudios de confiabilidad y validez obteniendo coeficientes entre los 0.81 y 0.93, no se encontraron diferencias significativas con respecto al sexo. El instrumento consta de 58 ítems, en el cual la persona decide si esa afirmación es igual o distinto referido a la percepción del estudiante en cuatro áreas: autoestima general, social, hogar y padres, escolar académica y una escala de mentira de ocho ítems".

Cada ítem respondido en sentido positivo es computado con 2 puntos. Se suman los puntajes correspondientes a cada una de las escalas del Instrumento. Si el puntaje total obtenido resulta muy superior al promedio, (T= 67 o más), significaría que las respuestas del sujeto son poco confiables e invalidan la aplicación del inventario.

Por último, se pueden sumar todos los puntajes (menos la escala M) para obtener un indicador de la apreciación global que el sujeto tiene de sí mismo

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

Normas del inventario de autoestima de Coopersmith

Brinkmann, Segure y Solar, 1989

Escala G		Escala S		Escala E		Escala H		Escala M		Escala Total	
PB	T	PB	T	PB	T	PB	T	PB	T	PB	T
7	20	0	21	0	24	0	28	0	36	13	20
8	25	1	27	1	30	1	33	1	43	14	22
9	30	2	33	2	37	2	38	2	48	15	24
10	32	3	39	3	44	3	43	3	54	16	26
11	34	4	44	4	50	4	47	4	61	17	27
12	36	5	50	5	57	5	52	5	67	18	28
13	39	6	56	6	65	6	57	6	74	19	29
14	41	7	62	7	71	7	63	7	80	20	31
15	44	8	70	8	78	8	70	8	86	21	33
16	46									22	34
17	48									23	36
18	50									24	38
19	53									25	39
20	55									26	40
21	58									27	42
22	60									28	44
23	62									29	45
24	65									30	47
25	70									31	48
26	75									32	50
										33	52
										34	54
										35	55
										36	56
										37	58
										38	60
										39	62
										40	64
										41	65
										42	66
										43	68
										44	70
										45	71
										46	76
										47	80

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

CLAVE DE RESPUESTAS DEL INSTRUMENTO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

ITEM	SI	NO	ITEM	SI	NO	ITEM	SI	NO
1	X		20	X		39	X	
2		X	21	X		40		X
3		X	22		X	41	X	
4	X		23		X	42	X	
5	X		24		X	43	X	
6		X	25		X	44		X
7		X	26	X		45	X	
8	X		27	X		46		X
9	X		28	X		47	X	
10		X	29	X		48		X
11		X	30		X	49		X
12		X	31		X	50	X	
13		X	32	X		51		X
14	X		33	X		52		X
15		X	34		X	53	X	
16		X	35		X	54		X
17		X	36	X		55		X
18		X	37	X		56		X
19	X		38	X		57		X
						58	X	

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

CLAVE DE RESPUESTAS PARA LAS PLANTILLAS DEL INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

SUB ESCALAS	REACTIVOS	MAXIMO PUNTAJE POSIBLE
SI MISMO(GEN)	1,3,4,7,10,12,13,15,18,19,24,25,27,30 ,31,34,35,38,39,43,47,48,51,5,56,57	26
SOCIAL(SOC)	5,8,14,21,28,40,49,52	8
HOGAR(H)	6,9,11,16,20,22,29,44	8
ESCUELA (SCH.)	2,17,23,37,42,46,54	8
TOTAL		50 X 2
PUNTAJE MAXIMO	----------	100
ESCALA DE MENTIRAS(L)	26,32,36,41,45,50,53,58	8

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

ANEXO N° 03

MEDICIÓN DEL PESO

EQUIPO: Balanza electrónica

Procedimiento:

- Verificar la ubicación y condiciones de la balanza. La balanza debe estar ubicada sobre una superficie lisa, horizontal y plana, sin desnivel o presencia de algún objeto extraño bajo la misma, y con buena iluminación.
- Explicar a la persona adolescente el procedimiento de la toma de peso, y solicitar su consentimiento y colaboración, previa aprobación de la persona acompañante.
- Solicitar a la persona adolescente se quite los zapatos y el exceso de ropa para poderla pesar.
- Revisar la balanza antes de realizar la toma de peso.
- Solicitar al adolescente que se coloque en el centro de la balanza, en posición erguida y relajada, con los brazos extendidos a los lados, las palmas descansando sobre los muslos, talones ligeramente separados, los pies separados formando una “V“ y sin moverse.
- Leer el peso en kilogramos y la fracción en gramos, y descontar el peso de las prendas con la que se le pesó a la persona.
- Registrar el peso obtenido en kilogramos y con la fracción que corresponda a 100 g, con letra clara y legible

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

ANEXO N° 04

MEDICIÓN DE LA TALLA

EQUIPO: Tallímetro fijo de madera, en buenas condiciones

Procedimiento:

- Verificar la ubicación y condiciones del tallímetro. Verificar que el tope móvil se deslice suavemente, y ver las condiciones de la cinta métrica a fin de dar una lectura correcta.
- Explicar a la persona adolescente el procedimiento de medición de la talla y solicitar su consentimiento y colaboración, previa aprobación de la persona acompañante.
- Solicitarle que se quite los zapatos, exceso de ropa, y los accesorios u otros objetos que interfieran con la medición.
- Indicar que se ubique en el centro de la base del tallímetro, de espaldas al tablero, en posición erguida, mirando al frente, con los brazos a los costados del cuerpo, con las manos descansando sobre los muslos, los talones juntos y las puntas de los pies ligeramente separados.
- Asegurar que los talones, pantorrillas, nalgas, hombros, y parte posterior de la cabeza se encuentren en contacto con el tablero del tallímetro.
- Verificar la posición de la cabeza: constatar que la línea horizontal imaginaria que sale del borde superior del conducto auditivo externo hacia la base de la órbita del ojo, se encuentre perpendicular al tablero del tallímetro.
- Si el personal de salud es de menor talla que la persona que está midiendo, se recomienda el uso de la escalinata de dos peldaños para una adecuada medición de la talla.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

- Colocar la palma abierta de su mano izquierda sobre el mentón de la persona que se está midiendo, luego ir cerrándola de manera suave y gradual sin cubrir la boca, con la finalidad de asegurar la posición correcta de la cabeza sobre el tallímetro.
- Con la mano derecha, deslizar el tope móvil hasta hacer contacto con la superficie superior de la cabeza, comprimiendo ligeramente el cabello; luego deslizar el tope móvil hacia arriba. Este procedimiento debe ser realizado tres veces en forma consecutiva, acercando y alejando el topo móvil. Cada procedimiento tiene un valor en metros, centímetros y milímetros.
- Leer las tres medidas obtenidas, obtener el promedio y registrarlo en la historia clínica en centímetros con una aproximación de 0,1 cm. Si la medida cae entre dos milímetros, se debe registrar el milímetro inferior.

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

ANEXO Nº 05

GUÍA DE OBSERVACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Nombre del encargado: _____ **Fecha de medición:** _____

Año de estudios: _____ **Sección:** _____

Código	Edad	Fecha de Nac.	Turno	Sexo	Talla	Peso	IMC

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

ANEXO Nº 06

GUÍA TÉCNICA PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE LA PERSONA ADOLESCENTE

TABLA: ÍNDICE DE MASA CORPORAL POR EDAD PARA ADOLESCENTES SEGÚN SEXO

MUJERES

EDAD	- 3DE	- 2 DE	- 1DE	Med	1 DE	2 DE	3 DE
12a	13.2	14.4	16.0	18.0	20.8	25.0	31.9
12a3m	13.3	14.5	16.1	18.2	21.1	25.3	32.3
12a6m	13.4	14.7	16.3	18.4	21.3	25.6	32.7
12a9m	13.5	14.8	16.4	18.6	21.6	25.9	33.1
13a	13.6	14.9	16.6	18.8	21.8	26.2	33.4
13a3m	13.7	15.1	16.8	19.0	22.0	26.5	33.8
13a6m	13.8	15.2	16.9	19.2	22.3	26.8	34.1
13a9m	13.9	15.3	17.0	19.3	22.4	27.0	34.3
14a	14.0	15.4	17.2	19.6	22.7	27.3	34.7
14a3m	14.1	15.6	17.4	19.7	22.9	27.6	34.9
14a6m	14.2	15.7	17.5	19.9	23.1	27.8	365.
14a9m	14.3	15.8	17.6	20.1	23.3	28.0	35.4
15a	14.4	15.9	17.8	20.2	23.5	28.2	35.5
15a3m	14.4	16.0	17.9	20.4	23.7	28.4	35.7
15a6m	14.5	16.0	18.2	20.5	23.8	28.6	35.8
15a9m	14.5	16.1	18.1	20.6	24.0	28.7	36.0
16a	14.6	16.2	18.2	20.7	24.1	28.9	36.1
16a3m	14.6	16.2	18.2	20.8	24.2	29.0	36.1
16a6m	14.7	16.3	18.3	20.9	24.3	29.1	36.2
16a9m	14.7	163	18.4	21.0	24.4	29.2	36.3
17a	14.7	16.4	18.4	21.0	24.5	29.3	36.3
17a3m	14.7	16.4	18.5	21.1	24.6	29.4	36.3
17a6m	14.7	16.4	18.5	21.2	24.6	29.4	36.3
17a9m	14.7	16.4	18.5	21.2	24.7	29.5	36.3

VARONES

EDAD	- 3DE	- 2 DE	- 1DE	Med	1 DE	2 DE	3 DE
12a	13.4	14.5	15.8	17.5	19.9	23.6	30.0
12a3m	13.5	14.6	15.9	17.7	20.2	23.9	30.4
12a6m	13.6	14.7	16.1	17.9	20.4	24.2	30.9
12a9m	13.7	14.8	16.2	18.0	20.6	24.5	31.3
13a	13.8	14.9	16.4	18.2	20.8	24.8	31.7
13a3m	13.9	15.1	16.5	18.4	21.1	25.1	32.1
13a6m	14.0	15.2	16.7	18.6	21.3	25.3	32.4
13a9m	14.1	15.3	16.8	18.8	21.5	25.6	32.8
14a	14.3	15.5	17.0	19.0	21.8	25.9	33.1
14a3m	14.4	15.6	17.2	19.2	22.0	26.2	33.4
14a6m	14.5	15.7	17.3	19.4	22.2	26.5	33.6
14a9m	14.6	15.9	17.5	19.6	22.5	26.7	33.9
15a	14.7	16.0	17.6	19.8	22.7	27.0	34.1
15a3m	14.8	16.1	17.8	20.0	22.9	27.2	34.3
15a6m	14.9	16.3	18.0	20.1	23.1	27.4	34.5
15a9m	15.0	16.4	18.1	20.3	23.3	27.7	34.6
16a	15.1	16.5	18.2	20.5	23.5	27.9	34.8
16a3m	15.2	16.6	18.4	20.7	23.7	28.1	34.9
16a6m	15.3	16.7	18.5	20.8	23.9	28.3	35.0
16a9m	15.4	16.8	18.7	21.0	24.1	28.5	35.1
17a	15.4	16.9	18.8	21.1	24.3	28.6	35.2
17a3m	15.5	17.0	18.9	21.3	24.4	28.8	35.3
17a6m	15.6	17.1	19.0	21.4	24.6	29.0	35.3
17a9m	15.6	17.2	19.1	21.6	24.8	29.1	35.4

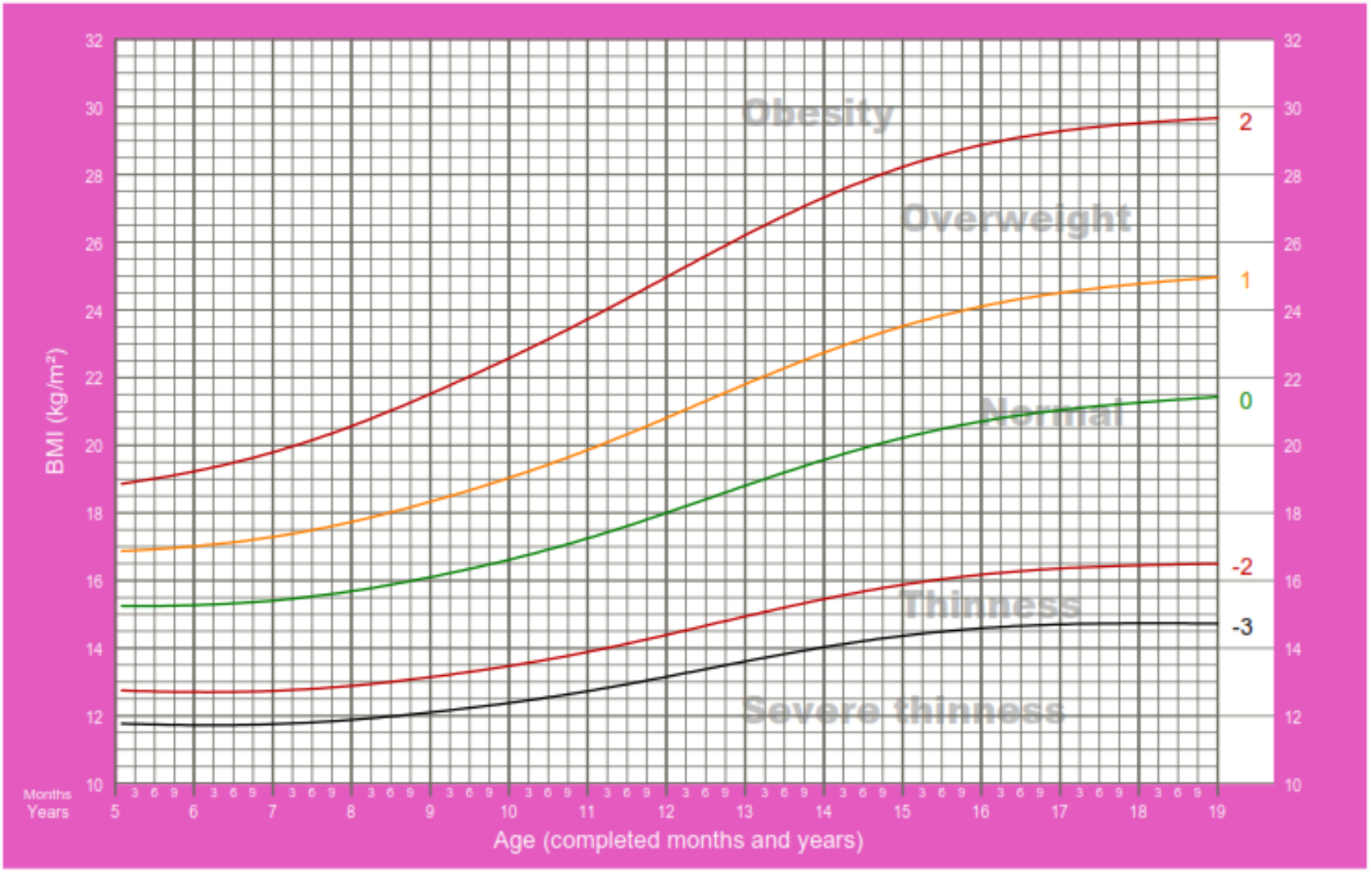
Fuente: Referencia de Crecimiento OMS 2007

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

BMI-for-age GIRLS

World Health Organization

5 to 19 years (z-scores)

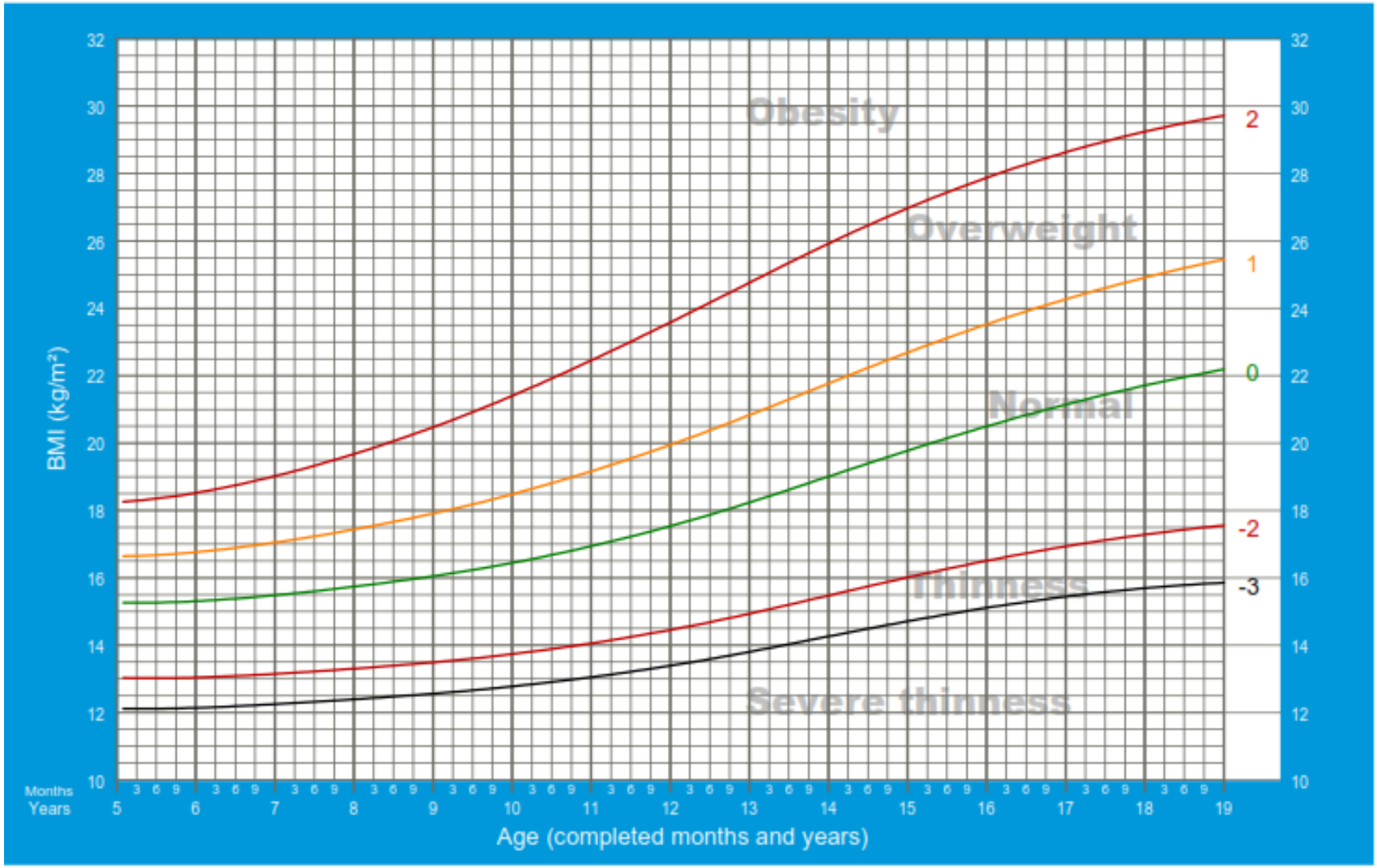


2007 WHO Reference

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)

World Health Organization



2007 WHO Reference

Propiedad Intelectual de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa