

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**Factores Sociales relacionados con el estilo de vida del
adolescente del Centro Preuniversitario UNS. Nuevo
Chimbote 2017.**

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

AUTORES:

- Bach: Ocaña Quezada Abel.
- Bach: Pajilla Rondàn Rosa Stefany.

ASESORA:

- Ms. Yolanda Micaela Rodríguez Barreto

**NUEVO CHIMBOTE – PERÚ
2017**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO y Vº "B" DE:

Mg. Yolanda Micaela Rodríguez Barreto
ASESORA

DEDICATORIA

A DIOS por su amor infinito, por ser quien guía mis pasos cada día y permitirme llegar a la culminación de mi carrera profesional y al éxito de la misma.

A mis amados padres: MARINO Y TERESA, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, siendo mi apoyo incondicional en todo momento, el cual me fortaleció y ayudó a cumplir mis metas trazadas. Gracias por depositar su confianza y creer en mí.

A mi querida hermana, tíos, papitos y demás familiares; personas especiales que son fuente de cariño y apoyo incondicional.

Por tu paciencia y comprensión, por tu amor y apoyo que me brindas en todo momento, esta tesis lleva mucho de ti, gracias por estar siempre conmigo, Andy.

PAJILLA RONDAN Stefany

DEDICATORIA

A Dios que ha escogido y guiado mi camino por darme fuerzas y salud para seguir adelante y no desmayar ante las adversidades.

A mis padres Elena y Juan, porque sin ellos no hubiera sido posible ningún logro de mi vida tanto en el ámbito profesional y personal, con sus consejos, enseñanzas y su ejemplo por conseguir mis sueños sembrando en mí el deseo de superación.

A mis amadas hermanas y hermano quienes son mi inspiración y gran ejemplo de valentía, gracias por permitir demostrar que lo que me propongo lo puedo lograr y ser un modelo a seguir.

OCAÑA QUEZADA Abel

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser nuestra guía y alumbrarnos en nuestro camino profesional.

A nuestra Alma Mater que nos albergó durante toda la formación académica y en cuyas aulas quedan gravados pasajes de nuestra vida universitaria.

A la Escuela de Enfermería y su plana docente universitaria por habernos inculcado una excelente formación profesional en donde quedaran anécdotas y recuerdos que llevaremos siempre presentes en nuestra vida profesional.

De manera especial a la profesora Ms. Yolanda Micaela Rodríguez Barreto por su orientación, dirección constante y experiencias que nos sirvieron en el desarrollo de la presente investigación.

A los estudiantes del Centro Preuniversitario de la universidad Nacional del Santa quienes participaron con entusiasmo y alegría en la presente investigación y compartieron con nosotras valiosa información.

Abel y Stefany

INDICE GENERAL

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCION	11
II.	MARCO TEORICO	29
III.	MATERIALES Y MÉTODOS	36
IV.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
	4.1. RESULTADOS.	44
	4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.	54
V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
	5.1. CONCLUSIONES.	61
	5.2. RECOMENDACIONES.	62
VI.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	63
	ANEXOS	70

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01: 44

Estilos de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017

TABLA N° 2: 46

Factores sociales: edad, sexo, condición laboral, tipo de familia, residencia del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.

TABLA N° 3: 48

Factores sociales y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.

INDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1:	45
Estilos de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.	
FIGURA N° 2:	47
Factores sociales: edad, sexo, condición laboral, tipo de familia, residencia del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.	
FIGURA N° 3:	49
Edad y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.	
FIGURA N° 4:	50
Sexo y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.	
FIGURA N° 5:	51
Condición laboral y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.	
FIGURA N° 6:	52
Tipo de familia y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.	
FIGURA N° 7:	53
Residencia y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.	

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, tiene como objetivo, conocer la relación entre los factores sociales y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa, Nuevo Chimbote, 2017. La población estuvo conformada por 191 adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión así mismo a quienes se les aplicó los instrumentos: Perfil del estilo de vida, promotor de la salud de Walker, Pechrit y Pender y de factores sociales. Los datos fueron procesados en el software SPSS versión 21, llegando a las siguientes conclusiones:

La mayoría de adolescentes presentan estilo de vida no saludable (74.9%) y con menor proporción estilo de vida saludable (25.1%).

La mayoría de adolescentes tienen adolescencia tardía (86.4%), con edad promedio 17.8, el 54.5% son del sexo masculino y el 45.5% del sexo femenino, la mayoría no trabaja (88.0%), proceden de familia completa (60.2%), seguido de familia incompleta (32.5%) y la mayoría residen en zonas urbanas (58.1%), urbana marginal (36.6%) y en zonas rurales (5.2%).

Existe relación significativa entre residencia y estilo de vida del adolescente ($p=0.05$); la edad, sexo, condición laboral y, tipo de familia no se relaciona con el estilo de vida; la adolescencia tardía, adolescente masculino, que no trabaje, de familia extensa, de residencia rural y urbana marginal se constituyen en riesgo para el estilo de vida no saludable ($OR \geq 1.2$).

Palabras Claves: Factores sociales; Estilos de vida; Adolescentes; Enfermería.

ABSTRACT

The present research work is descriptive correlational cross-sectional type, aims to know the relationship between social factors and the adolescent's lifestyle of the Pre-university Center of the National University of Santa, Nuevo Chimbote, 2017. The population was made up of 191 adolescents who met the criteria for inclusion, as well as those who applied the instruments: Profile of the lifestyle, promoter of Walker, Pechrit and Pender's health and social factors. The data were processed in SPSS software version 21, arriving at the following conclusions:

The majority of adolescents present unhealthy lifestyle (74.9%) and with less healthy lifestyle (25.1%).

Most adolescents have a late adolescence (86.4%), with an average age of 17.8, 54.5% are males and 45.5% are females, most do not work (88.0%), come from a complete family (60.2%), followed by incomplete families (32.5%) and the majority live in urban areas (58.1%), urban marginal (36.6%) and rural areas (5.2%).

There is a significant relationship between residence and the adolescent's lifestyle ($p = 0.05$); age, sex, work status, and family type is not related to lifestyle; late adolescence, adolescent male, non-working, extended family, marginal rural and urban residence are at risk for unhealthy lifestyle ($OR \geq 1.2$).

Keywords: Social factors; Lifestyles; Teenagers; Nursing

I. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES

La adolescencia constituye una etapa biopsicosocial en el desarrollo humano y un periodo de maduración psicológico, durante la cual termina el brote secundario de crecimiento físico y se adquiere la madurez y capacidad sexual para reproducirse, la cual se encuentra comprometida entre los 10 y 19 años. Es también un periodo de transición y enlace entre la infancia y la condición del adulto, como inicio se sitúa a los 10 y 12 años en las niñas y entre 12 y 14 años en los varones y cuyo límite es a los 18 y 20 años respectivamente, en la que los adolescentes atraviesan un proceso psicológico, social y de maduración, cuyo inicio se define biológicamente con el proceso de maduración sexual (pubertad), caracterizada por los cambios y aparición gradual de las características sexuales secundarias, teniendo en cuenta que la definición de finalización es "psicológica", el adolescente "pasa" a ser adulto en el momento que consigue su independencia del núcleo familiar, básicamente definido por una independencia de tipo económica, acompañado del cumplimiento, crecimiento y desarrollo morfológico¹.

Es una etapa de transición constructiva y un período crucial del ciclo vital necesario para el desarrollo del yo, en la que las personas se despiden de las dependencias infantiles y toman una nueva dirección en su desarrollo; alcanzando su madurez sexual, se apoyan en recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y los asumen para ellos. Las funciones que les permite elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida².

Freud y su teoría del desarrollo psicosocial, refiere que los adolescentes se encuentran en la etapa genital comprendida en las edades de 11 a los 14 años donde las principales experiencias placenteras se encuentran en sus órganos genitales además de tener una tendencia a la racionalización y una preocupación excesiva por el sexo. Piaget y su teoría del desarrollo del razonamiento, los adolescentes se encuentran en la etapa operacional formal comprendida en las edades de 11 a 16 años donde adquieren la capacidad de desarrollar conceptos abstractos por sí mismo, su pensamiento se orienta a la solución de problemas³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que la adolescencia es un periodo de rápido desarrollo en el que los jóvenes adquieren nuevas capacidades y se encuentran ante muchas situaciones nuevas. Este periodo presenta oportunidades para progresar, pero también riesgos para la salud y el bienestar⁴.

Los Adolescentes de edades comprendidas entre los 10 y 19 años a menudo se perciben como un grupo saludable. No obstante, muchos adolescentes mueren prematuramente debido a los accidentes, el suicidio, violencia, complicaciones relacionadas de embarazos y otras enfermedades que son prevenibles o tratables. Muchos otros padecen de enfermedades crónicas y discapacidad. Además, muchas enfermedades graves en la edad adulta tienen sus raíces en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual incluida el VIH, comer deficientemente y malos hábitos de ejercicio, pueden conducir a la enfermedad o muerte prematura en etapas posteriores de la vida⁴.

Los adolescentes tienen muchas características en común, a nivel individual se aprecia una gran variabilidad entre unos y otros aspectos biológicos y

psicosociales en el adolescente a las demandas u oportunidades que ofrece la vida de una manera muy personal, por lo que no es exacto una descripción “única” ni “universal” del desarrollo psicosocial de todos y cada uno de los adolescentes. En la adolescencia intermedia que corresponde a las edades de 14 a 16 años en las mujeres y de 15 a 17 años en los varones; los adolescentes se encuentra menos preocupados por los cambios físicos, la imagen corporal no está aún plasmada y tratan de ser lo más atractivo posible tratando de atraer la atención del sexo opuesto. El proceso de maduración corporal aún no está completo, aumenta la rebeldía y se reduce el interés por los asuntos familiares, hay intentos y deseos claros de emancipación⁵.

El adolescente se apoya mucho en sus amigos y muestra un enorme interés de vinculación y dependencia del grupo o pandillas. Son muy comunes las actitudes demostrativas de poder y de osadía. En cuanto a la identidad y la autoestima son más satisfactorias que la adolescencia temprana. Existe progreso del pensamiento abstracto, no está establecido un código de valores propios debido a la gran influencia de los amigos sobre los adolescentes; aumenta el interés por ciertas áreas de conocimiento por profesiones u ocupaciones lo cual es importante en el proceso de madurez vocacional; existe mayor interés por actividades sociales heterosexuales, la masturbación es frecuente pero con menos sentimientos de culpa. La sexualidad es intensa y muy física, impersonal, impulsiva y poco ligada al afecto, con frecuencia se dan citas amorosas⁶.

En la adolescencia avanzada que comprende las edades de 17 – 19 años en las mujeres y de 18 – 21 años en los varones. Los adolescentes son biológicamente maduros, habiendo terminado su desarrollo sexual y de crecimiento. La imagen corporal debe estar ya plasmada y el joven despreocupado y satisfecho con su

físico a menos que exista algún defecto o anormalidad. La sensación de autonomía⁶.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estilo de vida como “La forma en que se desempeña el individuo”. Según esta organización, se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción de las características personales, las condiciones sociales y las condiciones de vida de carácter socioeconómico y ambiental del sujeto. El estilo de vida es un componente de la salud, del bienestar y de la enfermedad, ya que este comportamiento puede ser negativo, como el sedentarismo, la obesidad, mala nutrición, consumo de alcohol y tabaco, tranquilizantes, así como ausencia de valoraciones clínicas. Por el contrario, un estilo de vida positivo, como la práctica de actividades físicas, cuidado personal, vestido, prevención de accidentes, hábitos de descanso adecuado y hábitos alimenticios, permitirá al adolescente tener bienestar y salud.⁷.

En el ámbito internacional se reportan las siguientes investigaciones:

En México; Gonzales, R.; Herrera J. y otros (2011), en su estudio “Intervención Psicológica dirigida a jóvenes universitarios con riesgo a desarrollar Síndrome Metabólico”, señalan que los adolescentes y jóvenes universitarios a nivel mundial son una población vulnerable debido a sus comportamientos de riesgo para la salud, pero su percepción de calidad de vida es alta. Su estilo de vida aunado a la percepción de control los convierte en una población renuente a modificar las conductas de riesgo que practican lo que a futuro favorece el desarrollo de enfermedades crónicas. Además concluye que el control extremo es característico

de esta población facilita el desarrollo y mantenimiento de conductas de riesgo para la salud, situación que debilita la probabilidad de fortalecer su control interno, lo que conlleva a que se incremente el riesgo a desarrollar más fácilmente enfermedades crónico-degenerativas y en consecuencia el deterioro de la salud. Otro factor que interviene en esta baja percepción de control interno es la inutilidad aprendida, situación que viven los jóvenes después de uno o varios intentos infructuosos de modificar sus prácticas de riesgo (adoptar programas de ejercicio, someterse a una dieta, adherencia terapéutica, etc.) lo que deriva en una percepción de que los esfuerzos invertidos no valen la pena, que los resultados no fueron los deseados y por lo tanto es probable que desarrollen una actitud apática⁸.

En Colombia; Ferrel, F.; Ortiz, A. y Otros (2014) en su estudio “Estilos de vida y Factores sociodemográficos asociados en adolescentes escolarizados del distrito de Santa Marta, Colombia – 2014”. La metodología utilizada fue cuantitativa de tipo descriptivo, con diseño transversal. La muestra estuvo conformada por 93 estudiantes entre 13 – 18 años de edad, al cual se les aplicó el Cuestionario FANTASTIC para estilos de vida saludables, validado en Colombia. Concluyo que el 60% de los adolescentes presentan estilos de vida no saludable, y el otro 40% presentan estilos de vida saludable⁹.

En Colombia; Maya, L. (2014) en su estudio “Los estilos de vida saludable: Componentes de la calidad de vida”, en adolescentes, definido como los procesos sociales, tradicionales, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Concluyo que los estilos de vida son determinadas de la presencia de factores de riesgo y/o de

factores protectores para el bienestar, por lo cual debe ser visto como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social¹⁰.

En México, Duran, L. (2015), en su estudio “Estilos de Vida de los adolescentes de Educación Secundaria y Media Superior del Municipio de Atlahuilco, Veracruz”, se planteó como objetivo identificar necesidades específicas de la población adolescente que cursa el nivel educativo de secundaria y media superior, en relación al estilo de vida que desarrolla. La población estuvo conformada por 264 alumnos, por lo que concluye que el 33% de los adolescentes presenta un estilo de vida saludable, y un 67%, presenta un estilo de vida no adecuado¹¹.

En México, Córdova, D. y cols.(2013), en su estudio “Relación del estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios”, estudio descriptivo de corte transversal, evaluaron 404 estudiantes, el estado nutricional fue determinado con el índice de masa corporal, IMC, y a través del cuestionario FANTASTIC valoraron el estilo de vida en 10 diferentes aspectos, y encontraron que 88,1% de los estudiantes tiene un estilo de vida saludable y 65% fue clasificado como normal de acuerdo al IMC. Según los coeficientes de correlación lineal de Pearson ($p < 0,05$) ($r=0,141$) demostraron que sí existe una correlación significativa de 99% entre el estado de nutrición y estilo de vida. Sin embargo, esta correlación es débil porque al ser el estilo de vida un comportamiento en el que intervienen diferentes variables, se infiere que cada una de ellas aporta cierto nivel de importancia, pero no puede atribuírsele únicamente a una de ellas un impacto altamente significativo¹².

En Chile, Cid P., Merino J, y Stieповich, J. (2016), en su estudio “Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud” con el propósito de analizar el estilo de vida promotor de salud de las personas que residen en el sector Barrio Norte Concepción e identificar algunas orientaciones culturales que resultan predictores de este estilo de vida, para desarrollar estrategias dirigidas a provocar en los sujetos las motivaciones necesarias para integrar conductas positivas a sus estilos de vida. La muestra estuvo conformada por 360 sujetos de ambos sexos. Conclusiones: El 52.5 % de la muestra tiene un estilo de vida saludable, las variables sexo, edad, ocupación y acceso al cuidado de salud, autoestima, y estado de salud percibido y auto eficacia percibida tienen un efecto significativo sobre el estilo de vida promotor de salud¹³.

En el ámbito Nacional se reportan las siguientes investigaciones:

En Lima, Ponte, M. (2010), en su tesis “Estilo de vida de los estudiantes de enfermería, según año de estudio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”, encontró que los estudiantes de todos los años no realizan consultas médicas periódicas, no ven programas educativos sobre salud y no reconocen signos inusuales en su salud, además realizan poca actividad física. Los estudiantes de primero, segundo, cuarto y quinto año optan hacia lo saludable y consumen alimentos variados, con bajo contenido en grasas y azúcar, a diferencia de los estudiantes de tercer año quienes consumen alimentos hipercalóricos y no ingieren sus alimentos en horarios adecuados¹⁴.

En Lima, Mendoza, M. (2010), en su tesis “Estilos de vida de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos” demostró que los

estilos de vida de los estudiantes en su dimensión biológica son desfavorables, relacionado a una inadecuada alimentación, insuficiente descanso y falta de actividad física. En su dimensión social los estilos de vida son en su mayoría favorables, refiriéndose a la participación de los estudiantes en actividades recreativas en su tiempo libre y al no tener conductas adictivas relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco¹⁵.

En Lima; Orellana, K. y Urrutia, L. (2013), en su tesis “Evaluación del estado nutricional, nivel de actividad física y conducta sedentaria en los estudiantes universitarios de la Escuela de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas”, concluyeron que más del 50% presentan sobrepeso y obesidad, un considerable porcentaje de la población presenta bajos niveles de actividad física, el sexo femenino obtuvo mayor riesgo cardiovascular según el perímetro de cintura y el índice cintura cadera¹⁶.

En Lima; Román, V. y Quintana, M (2013), en un estudio “Nivel de Influencia de los Medios de Comunicación sobre la Alimentación Saludable en adolescentes de colegios públicos de un distrito de Lima” menciona que las instituciones educativas (IE) son escenarios donde se aplica la promoción de la salud. Allí se desarrollan acciones de aprendizaje creadas para ampliar el conocimiento, comprensión y habilidades personales del adolescente, a manera de facilitar cambios de conducta que promueven estilos de vida adecuados, como por ejemplo una alimentación saludables¹⁷.

En Trujillo, Guevara, H. (2013), en su estudio “Autocuidado y Estilo de Vida Saludable en Adolescentes Líderes–Moche”, de tipo descriptiva, correlacional y transversal, se realizó con los adolescentes líderes del distrito de Moche, durante

los meses de marzo a julio del 2013, con el propósito de identificar las prácticas de autocuidado y su relación con los estilos de vida saludables. La muestra estuvo constituida por 82 adolescentes de las diversas zonas del distrito. Los instrumentos que se utilizaron fueron el inventario de autocuidado y el cuestionario sobre estilos de vida saludables. El análisis estadístico se realizó a través de las estadísticas descriptivas e inferenciales. Los resultados indicaron que el promedio de edad de los adolescentes estudiados fue de 15 años, un alto porcentaje de ellos tienen estudios secundarios y actualmente estudian, promedio alto para las prácticas de autocuidado. Relación positiva y significativa entre las prácticas de autocuidado y los estilos de vida saludables de los adolescentes líderes e influencia significativa entre estas dos variables¹⁸.

En Lima, Terrones. C. (2014), realizó el estudio “Efectividad del modelo educativo Futuro sin Cáncer en el incremento de los conocimientos sobre estilos de vida saludable en los adolescentes de la I.E Nuestra Señora del Carmen Huaral”, se planteó como objetivo determinar la efectividad de un modelo educativo en el incremento de conocimientos sobre estilos de vida saludables en los adolescentes e identificar los conocimientos antes y después. La muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple conformada por 81 alumnos. Por lo que concluyo que el 27% de los adolescentes tienen conocimiento sobre estilos de vida saludables, y el 73% no tienen conocimiento sobre estilos de vida saludables¹⁹.

En Lima, Mendoza, M (2015), estudió “Estilos de vida de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional mayor de San Marcos, obteniendo como resultado que los estilos de vida de los estudiantes de enfermería, de un total de 80 (100%) alumnos, 44 (55%) tienen estilo de vida no saludable, 36 (45%)

saludable. En la dimensión biológica 41(51%) tienen un estilo de vida desfavorable, 39 (49%) favorable. En la dimensión social, 60 (75%) tienen un estilo de vida favorable y 20 (25%) un estilo de vida desfavorable. Concluyendo que los estudiantes tienen un estilo de vida desfavorable, relacionado a una inadecuada alimentación, no descansan lo suficiente y no practican ejercicios²⁰.

En el ámbito local se reportan las siguientes investigaciones:

En Chimbote, Cruz, C. (2009), en su estudio, “Niveles de adaptación de conducta y estilos de vida en adolescentes de la institución educativa Santa María – La esperanza 2009”, tuvo como objetivo relacionar los niveles de adaptación de conducta y el estilo de vida de los adolescentes. Utilizo el diseño correlacional, su muestra fue 280 alumnos de primero a quinto año de secundaria. Para la aplicación de esta investigación se utilizó el inventario de clima social escolar y el perfil de estilos de vida promotor de salud II (PEPSII). Se llegó a las siguientes conclusiones, no existe relación significativa entre la adaptación de conducta y el estilo de vida en 32 adolescentes de la institución educativa Santa María del distrito de la Esperanza²¹.

En Chimbote, Ávila, C. y Otros; (2012), en el estudio “Estilos de vida y Estado nutricional del adolescente. Pueblo joven San Juan, Chimbote”. El objetivo fue determinar la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional del adolescente en el pueblo joven San Juan – Chimbote. Reportaron que el 77% de los adolescentes presentan un estilo de vida no saludable, el 23% restante presenta un estilo de vida saludable. Se ha determinado relación estadísticamente

significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional del adolescente del pueblo joven San Juan²².

En Chimbote, Rojas, K. y Suarez, S. (2015), en su investigación “Inicio sexual y algunos Predictores Socioculturales en el adolescente. Institución Educativa Emblemática Inmaculada de la Merced”, con el objetivo de conocer la relación del inicio sexual y algunos predictores socioculturales en el adolescente. La población estuvo constituida por 384 estudiantes. Llegando a las siguientes conclusiones; que la mayoría de los adolescente en un 83.1% no iniciaron su vida sexual y el 16.9% si inicio su vida sexual, en cuanto a los predictores socioculturales del adolescente, el 67.2% de los adolescentes tienen una adecuada confianza familiar, el 96.1% de los adolescentes no existe una presión de amigos, el 42.4% de los adolescentes utiliza como medio de comunicación el internet, el 76.0% de adolescentes no aceptaron los mitos sobre la sexualidad y el 63.3% de los adolescentes que iniciaron sui vida sexual se encuentra en la etapa media de la adolescencia. Si existe relación estadística significativa entre el inicio sexual y los predictores socioculturales: la confianza familiar, presión de amigos, medios de comunicación y mitos de sexualidad en el adolescente. No existe relación estadística significativa entre el inicio sexual y el predictor sociocultural: la edad en el adolescente²³.

Existe grupos de adolescentes en instituciones educativas como educación básica regular que son colegios, centros preuniversitarios en los cuales se encuentra un grupo de adolescentes en edades promedio de 14 a 20 años que están

formándose para un vida universitaria profesional. En la ciudad de Chimbote se encuentra la prestigiosa Universidad Nacional del Santa, que dentro de sus centros de producción está el Centro Preuniversitario (CEPUNS), fue creada el 28 de enero de 1991, cuya función es optimizar el nivel académico del alumno, brindándole no solo conocimientos sino las herramientas para que pueda acceder a ellos, así como el desarrollo de sus actitudes para su crecimiento profesional e ingreso a la Universidad. Por lo tanto, se considera importante el rol del enfermero(a) como cuidador de salud de los adolescentes en donde cada día debe replantearse este cuidado, ya que dicho grupo se encuentran en un cambio vulnerable positivo, por lo que están expuestos a sufrir un daño en su estilo de vida, debido a que si no realiza un cambio en este, conllevara a tener daños en su salud. El adolescente pre universitario está expuesto a influencias de su entorno es por ello que se realiza la presente investigación con el propósito de obtener mayor conocimiento sobre sus estilos de vida, permitiendo formular estrategias de intervención con la finalidad de promocionar cuidado holístico e integral y de fortalecer el cuerpo de conocimientos de la enfermería al utilizar conceptos de un modelo.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo se relacionan los factores sociales con el estilo de vida del adolescente del centro preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa, Nuevo Chimbote 2017?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer la relación entre los factores sociales y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa, Nuevo Chimbote, 2017.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Identificar los estilos de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.
- b. Identificar los factores sociales: edad, sexo, grado de instrucción, condición laboral, tipo de familia, residencia del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.
- c. Determinar la relación entre los factores sociales y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.

1.3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS:

Existe relación significativa entre los factores sociales y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Para la Organización Panamericana de Salud (OPS) en el 2013, una de cada cinco personas en el mundo es un adolescente y el 85% de ellos vive en países en desarrollo. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga de morbilidad total de los adultos están relacionados con condiciones o comportamientos que se inician en la juventud, incluidos el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección o la exposición a la violencia. La promoción de prácticas saludables durante la adolescencia y los esfuerzos que protejan mejor a este grupo de edad frente a los riesgos garantizarán a muchos una vida más larga y productiva. Muchos niños y niñas de países en desarrollo comienzan la adolescencia desnutridos, siendo más vulnerables a la enfermedad y a la mortalidad prematura. A la inversa, el sobrepeso y la obesidad, otra forma de malnutrición con graves consecuencias sanitarias, aumenta entre otros jóvenes en países de bajos y altos ingresos. Una buena nutrición y unos hábitos de alimentación sana y ejercicio físico sientan las bases de una buena salud²⁴.

En Perú, el Ministerio de Salud (MINSA), en el año 2012 refiere que existían 5,802,577 adolescentes comprendidos de edades de 10 a 19 años a nivel nacional, en Ancash 242,560, y la mayor concentración de adolescentes se encuentra en Lima con 1587,453²⁵.

La adolescencia es un concepto más amplio que se refiere al conjunto biopsicosocial de la transición de la niñez a la adultez. Los hábitos de vida en la adolescencia suelen tener importancia clave en la vida futura y en el cumplimiento adecuado y el impedimento en su potencial vital. Las

principales necesidades básicas de la salud y el bienestar de los adolescentes son: nutricionales, psicosociales, educacionales y ocupacionales²⁶.

Para la OMS los niños y niñas de países en desarrollo comienzan la adolescencia desnutridos, siendo más vulnerables a la enfermedad y a la mortalidad prematura. A la inversa, el sobrepeso y la obesidad – otra forma de malnutrición con graves consecuencias sanitarias, aumenta entre otros jóvenes en países de bajos y altos ingresos. Una buena nutrición y unos hábitos de alimentación sana y ejercicio físico sientan las bases de una buena salud en la edad adulta²⁷.

Para el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) uno de los lineamientos de Política Sectorial fundamental para el periodo 2002-2012 era la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), la cual buscaba realizar acciones abordando las necesidades de salud de las personas en el contexto familiar y en la comunidad, estableciendo una visión multidimensional y biopsicosocial necesaria en el desarrollo humano. En su rol rector ha priorizado la salud de las y los adolescentes, las diferentes Direcciones y Estrategias Sanitarias Nacionales enfocan sus acciones hacia el logro de los objetivos planteados en beneficio de la población. Es así que al implementar el modelo de atención integral de salud de los adolescentes permitirá lograr que esta generación y las futuras adopten prácticas y estilos de vida saludables para enfrentar el proceso de salud – enfermedad, logrando así el bienestar integral²⁸.

El Instituto de la Familia de la Universidad de Piura realizó una investigación “Estilos de vida de los adolescentes peruanos”, junto con la Universidad de Navarra (España) e Intermedia Consulting (Italia). El estudio se basó en la

aplicación de 3,379 encuestas a estudiantes de universidades públicas y privadas, de las principales ciudades del país. Hemos confirmado, entre otros resultados, que a pesar de su aparente autonomía y seguridad, los adolescentes ven en sus padres a los principales orientadores sobre cómo conducir su vida, y esperan que ellos sean la primera fuente de ayuda para fortalecer su carácter y cultivar valores. Sin embargo, sus deseos no se cumplen, pues la comunicación sobre estos temas es escasa. Confiamos en que esta investigación sirva de guía para la formulación de acciones y estrategias de desarrollo para los jóvenes, y despierte en otros investigadores el interés por profundizar en esta realidad humana. Lo expresado por los adolescentes en este estudio debiera suscitar una reflexión de parte de las instituciones educativas y del gobierno, pero sobre todo de los propios padres y formadores²⁹.

El estudio además revela que menos del 25% de adolescentes escolarizados tiene un estilo de vida saludable de nivel óptimo. La mayoría, influida en gran medida por los mensajes del entorno, presenta rasgos en su estilo de vida que dificultan su desarrollo integral y podrían arriesgar su futuro. Esta conclusión se obtuvo luego de analizar el comportamiento de los adolescentes en tres campos: ocio, consumo de sustancias tóxicas y conducta sexual. Para los especialistas que participaron en el desarrollo de este proyecto, la evidencia sugiere algunos cambios en las estrategias educativas de las familias y escuelas, y en los mensajes que transmiten los medios de comunicación: Algunas de las conclusiones fueron que los Adolescentes reclaman más diálogo con sus padres y mejor calidad de contenidos en medios de comunicación; necesitan ser orientados en su vida afectiva; y que tienen esperanza en su país²⁹.

La enfermera se torna cada vez más preocupada por estudiar las conductas promotoras y sus formas de cambio como aspectos importantes en virtud de mejorar el estado de salud de la población teniendo como base el hecho de que las conductas dependen de la acción voluntaria dirigida por la propia persona y la responsabilidad personal para iniciar o sostener conductas promotoras de salud.

Desde hace muchos años la enfermera ha estado comprometida con la promoción de la salud. Florencia Nightingale creía que la instauración de un ambiente para el enfermo ayudaría a restablecer y preservar su salud así como prevenir enfermedades y lesiones.

La enfermera es un recurso importante para la promoción de la salud, en todos los grupos de edad lo que ha permitido la integración de la prevención y de la promoción en sus acciones de atención individual, familiar y colectiva .es importante en reconocer que se ha trabajado más el aspecto de prevención a través del fomento del uso de servicios preventivos por parte de las personas. Este hecho estimula la pasividad y no controla el individuo su salud, aspecto que se contrapone con los propósitos de la promoción de la salud, donde se destaca el derecho del usuario a mantenerla y a su responsabilidad única con el autocuidado personal , a la atención de la salud hacia el desarrollo de la competencia individual destinada a cumplir su calidad de vida y el fomento de su bienestar .

Por tal razón la presente investigación se justifica porque permitirá difundir conocimientos acerca de la realidad de los adolescentes y percibir si tienen

un estilo de vida adecuado, permitiéndonos elaborar posteriormente programas preventivos para disminuir daños a la salud de este grupo.

Asimismo, para las instituciones formadoras de profesionales de salud permitirá ampliar y fortalecer los conocimientos y aplicar nuevas estrategias de intervención para promover el bienestar de los adolescentes, y por ende reconocer la importancia del trabajo de enfermería en la salud del adolescente, orientado a proporcionar información actualizada y objetiva; y así contribuir en la adopción de estilos de vida saludables mejorando así la calidad de vida.

Para la Escuela Académica Profesional de Enfermería; contribuirá en la ampliación de sus conocimientos curriculares referentes a los factores sociales y estilos de vida en adolescentes, proporcionando información necesaria para que los futuros profesionales se sientan involucrados en esta problemática que afecta a la calidad de vida.

Asimismo, servirá como fuente bibliográfica o de referencia permitiendo desarrollar investigaciones que incluyan otras variables, de tal manera que nos permitan aproximarnos a conocer la problemática y por ende generar proyectos viables de intervención, mejorando de este modo la calidad de vida de los adolescentes.

1.5. LIMITACIONES DEL TRABAJO

No existieron limitaciones técnicas ni financieras, se tuvo acceso a la población de estudio, y los gastos fueron cubiertos por los tesistas.

II. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo de investigación, se sustenta en el Enfoque de Riesgo³⁰.

El enfoque de riesgo conforme su definición como categoría por la Organización Mundial de la Salud es: “El método clínico- epidemiológico de abordaje de riesgo, los factores de riesgos y la condición de riesgo individual colectiva, mediante el cual, los servicios de salud pública planifica y ejecuta las acciones pertinentes para modificarlos o eliminarlos en las personas, familias y comunidades”³⁰.

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos de riesgo (adolescentes de 14 – 20 años), ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más lo requieran, en la presente investigación los adolescentes de 14 – 20 años, por ser vulnerables^{30,31}.

El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento de los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a una persona o grupo de adquirir el daño, modificar sus consecuencias asegurando la presencia de servicios si el problema se presenta, al intervenir en la fase precoz del proceso mórbido y prevenir su desarrollo de propagación^{32, 33}.

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a resultados indeseados, medir la asociación entre los factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción

de daños, potenciando la probabilidad de que la intervención en los grupos expuestos sea la adecuada³⁴.

El enfoque de riesgo tiene tres componentes: factores (de riesgo o protectores), vulnerabilidad y probabilidad (daño y beneficio).

FACTOR: Es el agente o elemento que contribuye a los accidentes y/o enfermedades, para aludir a factores positivamente asociados con el riesgo de desarrollo de una enfermedad, pero no suficiente para causar, se emplea “factor de riesgo” cuando conduce a un daño o enfermedad y cuando no conduce a un daño o enfermedad se denomina “factor protector”³¹.

RIESGO: Probabilidad de ocurrencia de un evento que trae consecuencia desagradables o negativas para la integridad del adolescente. También se define como el conjunto de condiciones anormales que pudieran producir un efecto dañino sobre el individuo o colectividad y generar daños de diferente magnitud (estilo de vida no saludable), en correspondencia con la exposición a uno o varios agentes (factores sociales: tipo de familia, residencia, condición laboral, edad, sexo)³¹.

FACTOR PROTECTOR: Son aquellas características, hechos o situaciones propias de la persona o de su entorno que eleve su capacidad para hacer frente a la adversidad o disminuye la posibilidad de desarrollar desajustes, aun con la presencia de factores de riesgo³⁵.

FACTOR DE RIESGO: Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas (adolescentes de 14 – 20 años), que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (sociales)

pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada una de ellos produciendo un fenómeno de interacción. Considerándose un atributo o característica que confiere el individuo un grado variable de susceptibilidad, para contraer una enfermedad o alteración de enfermedad³⁶.

El factor de riesgo es un atributo y exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de un daño³⁶.

Para efectos de la investigación se considera como factores a los factores Sociales: edad, sexo, residencia, condición laboral, tipo de familia.

Edad: Es el tiempo cronológico de una persona transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha. Los estilos de vida son distintos en cada etapa del desarrollo del individuo. Específicamente la adolescencia es una etapa de cambio biológico, social y mental, una crisis personal en el desarrollo del ser humano que va de los 14 a los 20 años. Durante esta época, el adolescente se caracteriza por actitudes impulsivas, poco reflexivas, rebeldía e imprudencias, dadas por su poca experiencia y la búsqueda de una identidad³⁷.

Sexo: Se refiere a las características biológicas que define a los seres humanos como hombre o mujer³⁸.

Residencia: Es el espacio geográfico o lugar donde se vive actualmente. El estilo de vida ha sido relacionado con las condiciones de vida y el nivel socioeconómico. La importancia de contar con el acceso a los servicios de saneamiento básico es fundamental para tener un estilo de vida saludable³⁹

Condición Laboral: Es una medida del esfuerzo que realizan los seres humanos por la que se recibe un salario. El trabajo se le considera imprescindible para una

vida saludable, tanto como por la retribución económica que aporta, y como por el hecho social que contribuye a la realización de la persona^{40,41}.

Tipo de familia: es la clasificación que se da según la forma de organización familiar y de parentesco⁴².

VULNERABILIDAD: Es el resultado de un número de características interactuantes sobre el adolescente, como los factores sociales: edad, sexo, residencia, condición laboral y tipo de familia; las que reunidas confieren un riesgo particular en el adolescente⁴³.

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia⁴⁴.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales⁴⁴.

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas⁴⁴.

PROBABILIDAD: Es la medición de la posibilidad de que ocurra un evento favorable o desfavorable cuando se conoce sus diferentes opciones⁴⁵. Se expresa en daño y beneficio.

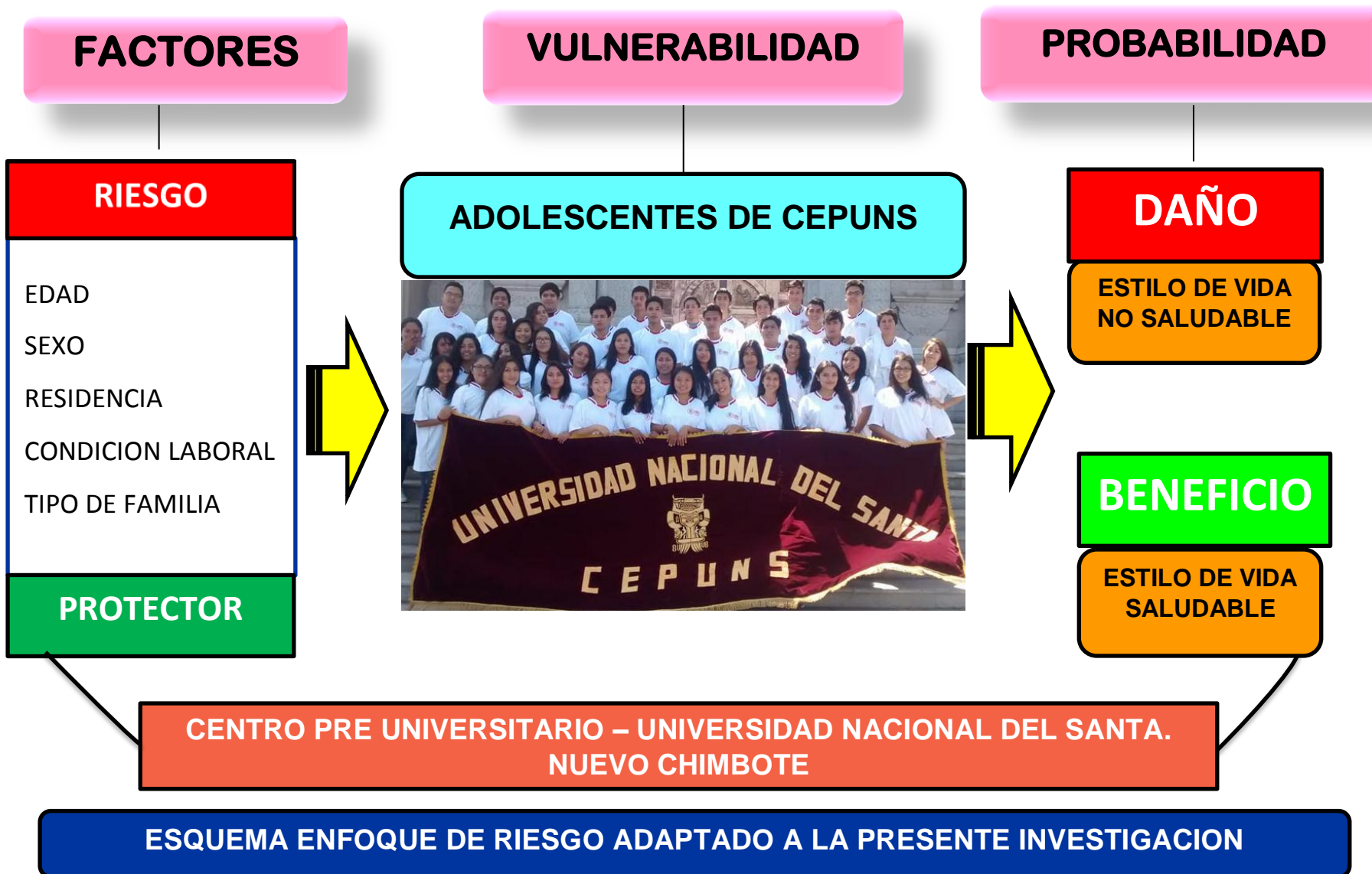
Daño, es definido como el resultado, afección o situación no deseada en función del cual se mide el riesgo. Sin embargo no se puede predecir con total certeza quienes presentaran el daño ya que se están manejando probabilidades⁴⁶.

Para efecto de la investigación un estilo de vida no saludable se constituye en un daño y, un estilo de vida saludable en un beneficio para el adolescente.

El concepto de estilo de vida se relaciona con las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, aspectos que se asocian y dependen de los sistemas psicosociales y socioculturales. Los estilos de vida hacen referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como características de alimentación, horas de sueño o descanso, consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, actividad física y vida sexual. Pueden ser saludables o nocivos para la salud y guardan estrecha relación con los hábitos y la forma de vida de la persona y su colectividad⁴⁷.

Los hábitos son la base en que se organizan patrones o rutinas, dando origen a la habituación resultante de comportamientos repetidos en contextos temporales, físicos y socio culturales, que se constituyen en costumbres sociales cuando son compartidos por un grupo de personas, y regulan el comportamiento cotidiano⁴⁸.

El marketing y la publicidad; las diferentes manifestaciones culturales de la adolescencia; la generalización del consumo de tabaco, alcohol y psicoactivos; la televisión, la Internet, y en general todo lo que caracteriza a la vida actual, han tenido un gran impacto en la sociedad y la cultura, originando cambios en los hábitos, a los cuales los adolescentes no han sido ajenos. Estos cambios se han constituido en el generador de nuevos estilos de vida, interfiriendo en la concepción y en la práctica de nuevas formas de vivir, y de cómo y en qué se utiliza el tiempo libre, dando como resultado el comportamiento que caracteriza a los adolescentes. Los nuevos estilos de vida adoptados por los adolescentes han disparado la presentación de eventos de salud relacionados con la nutrición, el alcoholismo, el consumo de sustancias psicoactivas, el tabaquismo, y enfermedades de transmisión sexual, entre otras. Eventos que no solo dependen de elecciones individuales, también están influenciados por las condiciones económicas, sociales, culturales y ocupacionales de los adolescentes^{49,50}.



III. MATERIALES Y MÉTODOS

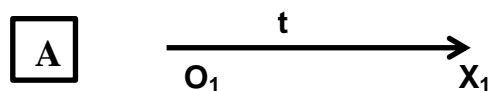
3.1. MÉTODO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo descriptivo correlacional porque para efectos de este estudio se contará con una sola población, la cual se describirá y relacionará en función de las variables; y, de corte transversal porque se medirá la unidad de análisis en un momento dado y de inmediato se procederá a su descripción y análisis.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación es de tipo Descriptivo, Correlacional de Corte Transversal.

Descriptivo: Porque describe los factores sociales y el estilo de vida del adolescente. Correlacional: Porque relaciona los factores sociales y el estilo de vida del adolescente. Transversal: Porque las variables serán medidas una sola vez en un período determinado.



A: Adolescentes del Centro Preuniversitario.

O₁: Estilo de vida

X₁: Factores sociales

t: Año 2017

3.3. POBLACIÓN MUESTRAL:

La población de está conformada por 191 adolescentes postulantes a la carrera de enfermería y medicina del Centro Preuniversitario UNS – II.

3.3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Adolescente del Centro Preuniversitario UNS – II

3.3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adolescentes de ambos sexos.
- Adolescentes de 14– 20 años de edad.
- Postulantes a la carrera de enfermería y medicina, matriculados en CEPUNS.
- Adolescentes con procedencia: urbano, urbano – marginal y rural.
- Estudiantes que voluntariamente deseen participar en el estudio.

3.3.3 ASPECTOS ÉTICOS:

Se considera los siguientes principios éticos: ⁴⁶

- Autonomía:** “el respeto a la dignidad de las personas”. en el presente estudio de investigación se presentara los datos a registrar, evitando modificaciones para obtener datos propicios.(anexo 1)
- Anonimato y confidencialidad:** “garantizar que la información es accesible solamente para aquellos autorizados a tener acceso”. en el presente estudio de investigación se reservaran todos los datos obtenidos de los adolescentes.
- Beneficencia:** “actitud en beneficio del otro”. en el presente estudio de investigación será de beneficio a los adolescentes.
- No maleficencia:** “ante todo no hacer daño, no perjudicar” en el presente estudio de investigación se tendrá en cuenta la descripción en

los datos personales y privacidad de los adolescentes del centro preuniversitario.

- e. **Justicia:** “la justicia es la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su propio derecho” esto significa brindar un trato cordial y respetuoso a todas los adolescentes del centro preuniversitario.
- f. **Responsabilidad:** “considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la difusión de su investigación implica para los participantes y para la sociedad en general”. será deber y responsabilidad personal de los investigadores de no delegar a otras personas el presente estudio de investigación.
- g. **Integridad científica:** es la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven en base a una investigación, así como en el análisis y comunicación de sus resultados.

3.4 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

3.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

FACTORES SOCIALES:

Características o circunstancias detectables que afectan al adolescente, ya sea en su conjunto, lugar o espacio en el que se encuentren. Los factores considerados son: edad, sexo, grado de instrucción, condición laboral, tipo de familia y residencia⁵⁰.

a. **Edad:**

- **Definición Conceptual:**

Es el tiempo cronológico de una persona transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha³⁷.

- **Definición Operacional:**

Mediante escala nominal.

- Adolescencia media (14-16 años)
- Adolescencia tardía (17-20 años)

b. SEXO:

- **Definición Conceptual:**

Son las características anatómo-fisiológicas que diferencian al hombre y a la mujer.

- **Definición Operacional:**

Mediante escala nominal

- Femenino
- Masculino

c. Condición Laboral:

- **Definición Conceptual:**

Es una medida del esfuerzo que realizan los seres humanos por la que se recibe un salario⁴⁰.

- **Definición Operacional:**

Mediante escala nominal

- Trabaja
- No trabaja

d. Tipo de Familia:

- **Definición Conceptual:**

Es la clasificación que se da según la forma de organización familiar y de parentesco⁴².

- **Definición Operacional:**

Mediante escala nominal

- Completa
- Incompleta
- Extensa

e. **Residencia:**

- **Definición Conceptual:** Es el espacio geográfico o lugar donde se vive actualmente³⁹

- **Definición Operacional:**

Mediante escala nominal

- Urbana
- Urbana Marginal
- Rural

3.4.2 VARIABLE INDEPENDIENTE:

a. **Estilo de vida:**

- **Definición Conceptual:**

Es un conjunto de patrones conductuales que en el adolescente en concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que puede ser pendiente para el mantenimiento de la salud⁸

- **Definición Operacional:**

Mediante escala ordinal.

- Estilo de vida saludable: 88 - 111 puntos.
- Estilo de vida no saludable: 37 – 87 puntos.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se aplicaron los siguientes instrumentos:

a) Factores sociales del Adolescente (Anexo N° 2)

Consta de 3 ítems divididos en: Datos de identificación (edad, sexo, y trabajo); Datos de la familia (tipo de familia: completa, incompleta y extensa); Datos de la vivienda (residencia: Urbana, Urbana marginal y Rural).

b) Perfil del Estilo de vida Promotor de la Salud – Walker, Pechrit y Pender (1987) (Anexo N° 3).

Este instrumento se utilizó para determinar el perfil del estilo de vida en los adolescentes teniendo en cuenta las principales necesidades básicas del adolescente, consta de 37 ítems divididos en las siguientes dimensiones: Nutrición (1,4,7,11,13,14,18,21,25,26), Ejercicios (10,16,23,28,30,31), Manejo del estrés (5,8,19,20), Responsabilidad en salud (2,12,29,33,37), Apoyo interpersonal (9,17,24,27,32,36), Autorrealización (3,6,15,22,34,35).

El puntaje asignado a las respuestas obtenidas serán las siguientes:

Si el ítem es positivo:

N (Nunca): 01 pto

V (A veces): 02 ptos

S (Siempre): 03 ptos

Y, si el ítem es negativo:

N (Nunca) : 03 ptos

V (A veces): 02 ptos

S (Siempre): 01pto

Los ítems negativos son: 13, 14, 21, 25,26.

3.6 VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:

El instrumento Perfil del Estilo de Vida Promotor de la Salud – Walker, Pechirt y Pender en (1987) y Factores sociales, ha sido modificado por los autores y validado por juicio de expertos, con el propósito de mejorar la redacción de los ítems. La validez estadística se estimó mediante la correlación ítem inter item obteniéndose un $r = 0.36$, considerándose válido el instrumento. La confiabilidad estadística se estimó con alpha de Crombach obteniéndose un coeficiente igual a 0.84 considerándose confiable el instrumento.

3.7 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se coordinó con la Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa para solicitar el permiso correspondiente al director del Centro Preuniversitario UNS, para hacer de su conocimiento el objetivo del proyecto de investigación.

Se realizó la aplicación de los instrumentos a cada adolescente que cumplió con los criterios de inclusión, explicándole que el estudio consiste en conocer la relación de los factores sociales y el estilo de vida del adolescente, para cual se aplicaron los instrumentos de recolección de datos.

Los instrumentos fueron aplicados por los investigadores, los cuales fueron claros y puntuales al dirigirse a los adolescentes. Se empleó un tiempo de 20 minutos en la aplicación del instrumento a cada adolescente.

3.8 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

El procesamiento y análisis de datos se realizó con el software especializado de estadística (SPSS versión 21), en dos niveles: descriptivo y analítico:

A nivel descriptivo: se presenta tablas unidimensionales y bidimensionales, promedio aritméticas o media, frecuencias absolutas y relativas.

A nivel analítico: Se aplicó la prueba de estadística de independencia de criterios (Chi cuadrado) para determinar la relación de las variables de estudio, con un nivel significativo de $p < 0,05$ y ($OR \geq 1.2$).

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS:

TABLA N° 01: Estilos de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.

Estilos de vida del adolescente	fi	hi
No saludable	143	74.9
Saludable	48	25.1
TOTAL	191	100,0

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
ESTILOVIDA	191	64	100	84,39	5,290
N válido (según lista)	191				

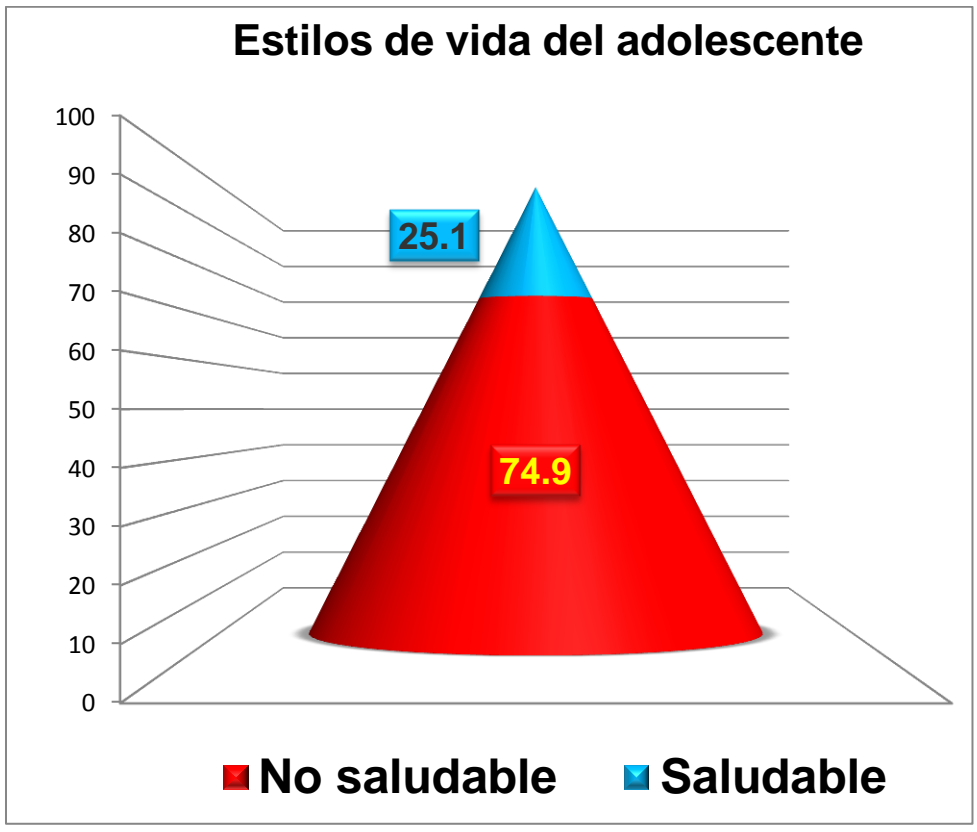


FIGURA N° 1: Estilos de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.

TABLA N° 2: Factores sociales: edad, sexo, condición laboral, tipo de familia, residencia del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.

Factores sociales del adolescente	fi	hi
EDAD		
Adolescencia media	26	13.6
Adolescencia tardía	165	86.4
Mínimo 15. Máximo 20. Media 17.8. Desv. Tip. 1.20		
SEXO		
Femenino	87	45.5
Masculino	104	54.5
CONDICIÓN LABORAL		
Trabaja	23	12.0
No Trabaja	168	88.0
TIPO DE FAMILIA		
Completa	115	60.2
Incompleta	62	32.5
Extensa	14	7.3
RESIDENCIA		
Urbana	111	58.1
Urbana Marginal	70	36.6
Rural	10	5.2
TOTAL	191	100,0

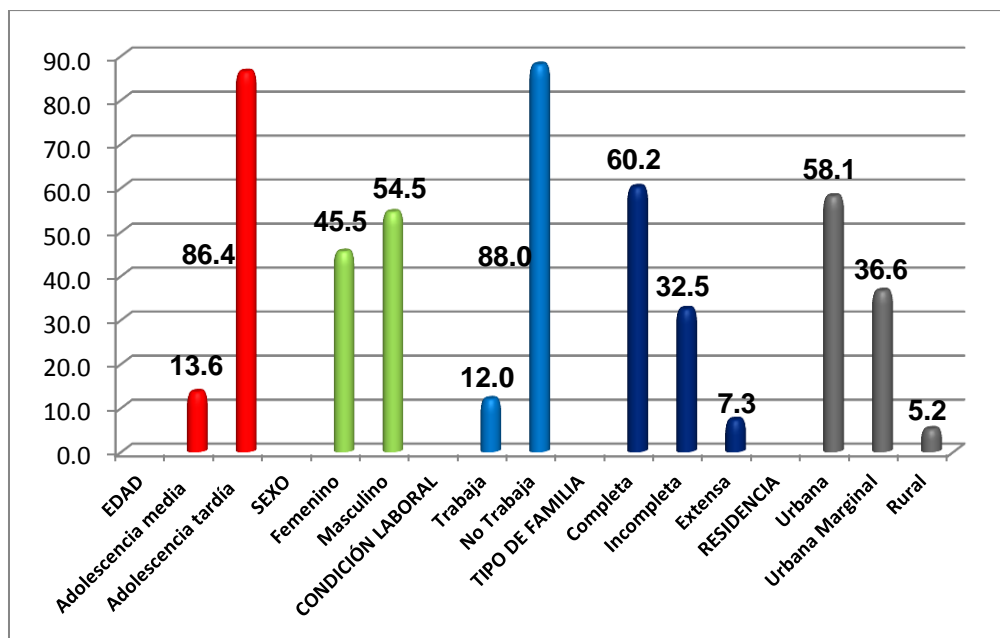
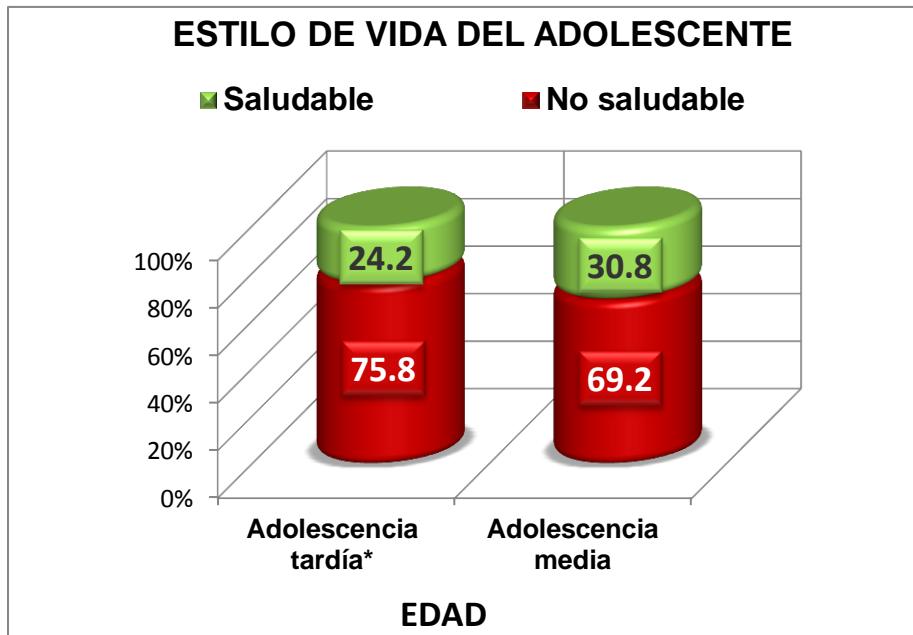


FIGURA Nº 2: Factores sociales: edad, sexo, condición laboral, tipo de familia, residencia del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.

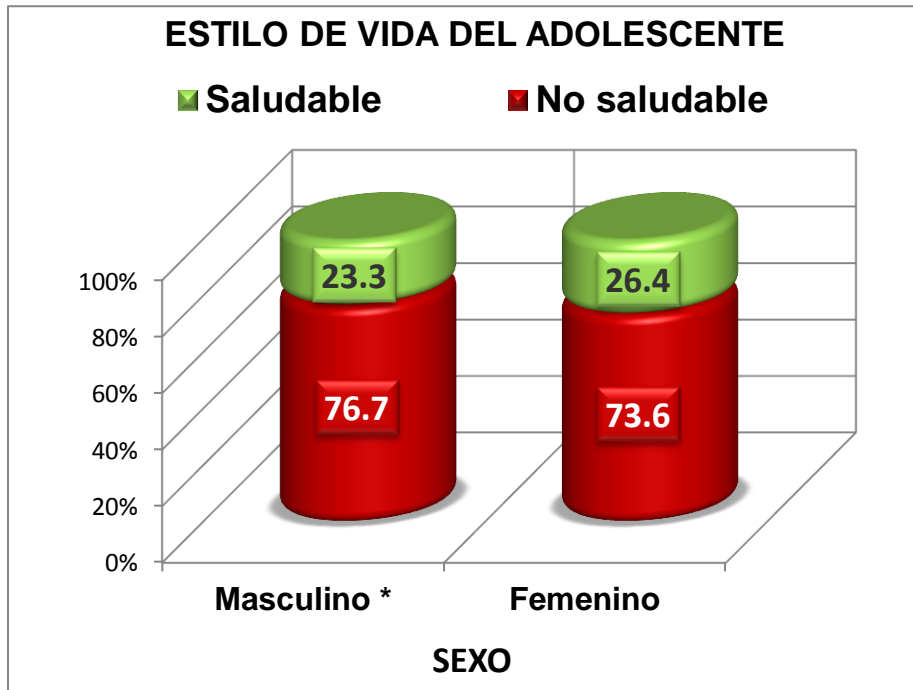
TABLA N° 3: Factores sociales y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.

FACTORES SOCIALES	ESTILO DE VIDA DEL ADOLESCENTE				TOTAL	
	No saludable		Saludable		f _i	h _i
	f _i	h _i	f _i	h _i		
TOTAL	143	74.9	48	25.1	191	100.0
EDAD						
Adolescencia tardía*	125	75.8	40	24.2	165	100.0
Adolescencia media	18	69.2	8	30.8	26	100.0
X ² = 0.509 gl = 1 p = 0.476 No Significativo *OR=1.4 Riesgo leve						
SEXO						
Masculino *	79	76.7	24	23.3	103	100.0
Femenino	64	73.6	23	26.4	87	100.0
X ² = 0.249 gl = 1 p = 0.618 No Significativo *OR=1.2 Riesgo leve						
CONDICIÓN LABORAL						
No Trabaja *	127	75.6	41	24.4	168	100.0
Trabaja	16	69.6	7	30.4	23	100.0
X ² = 0.391 gl = 1 p = 0.532 No Significativo *OR=1.4 Riesgo leve						
TIPO DE FAMILIA						
Completa	84	73.0	31	27.0	115	100.0
Incompleta	48	77.4	14	22.6	62	100.0
Extensa*	11	78.6	3	21.4	14	100.0
X ² = 0.520 gl = 2 p = 0.771 No Significativo *OR=1.3 Riesgo leve						
RESIDENCIA						
Urbana	76	68.5	35	31.5	111	100.0
Urbana Marginal**	58	82.9	12	17.1	70	100.0
Rural*	9	90.0	1	10.0	10	100.0
X ² = 6.008 gl = 2 p = 0.05 Significativo						
*OR=3.2 Riesgo muy elevado **OR=2.0 Riesgo elevado						



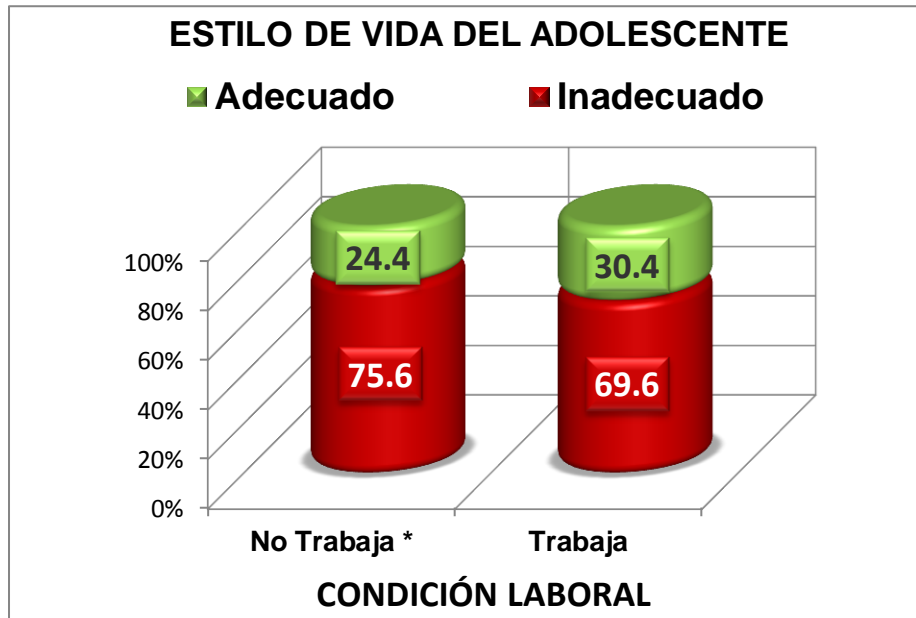
$X^2 = 0.509$ gl = 1 p = 0.476 No Significativo *OR=1.4 Riesgo leve

FIGURA Nº 3: Edad y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.



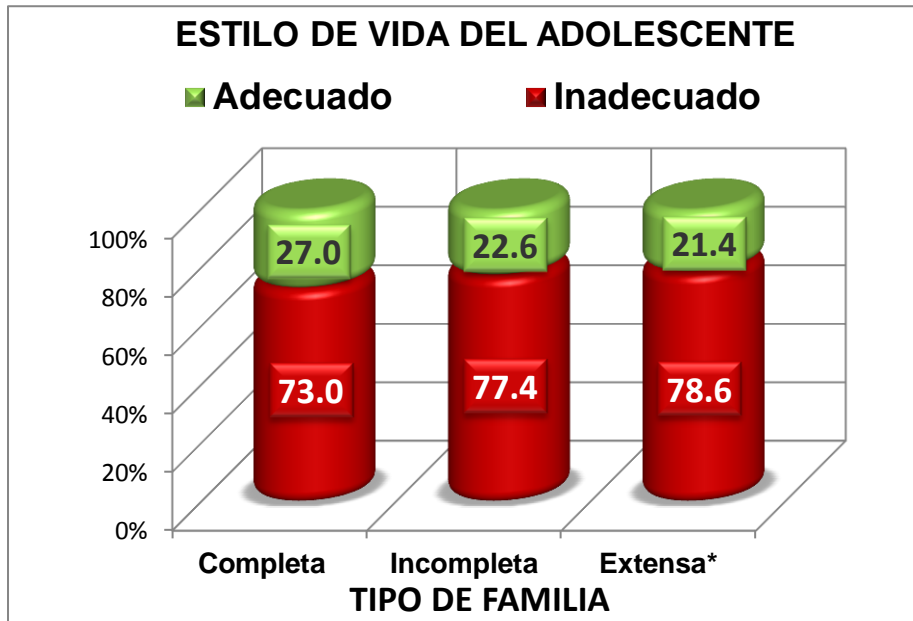
$X^2 = 0.249$ gl = 1 p = 0.618 No Significativo *OR=1.2 Riesgo leve

FIGURA Nº 4: Sexo y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.



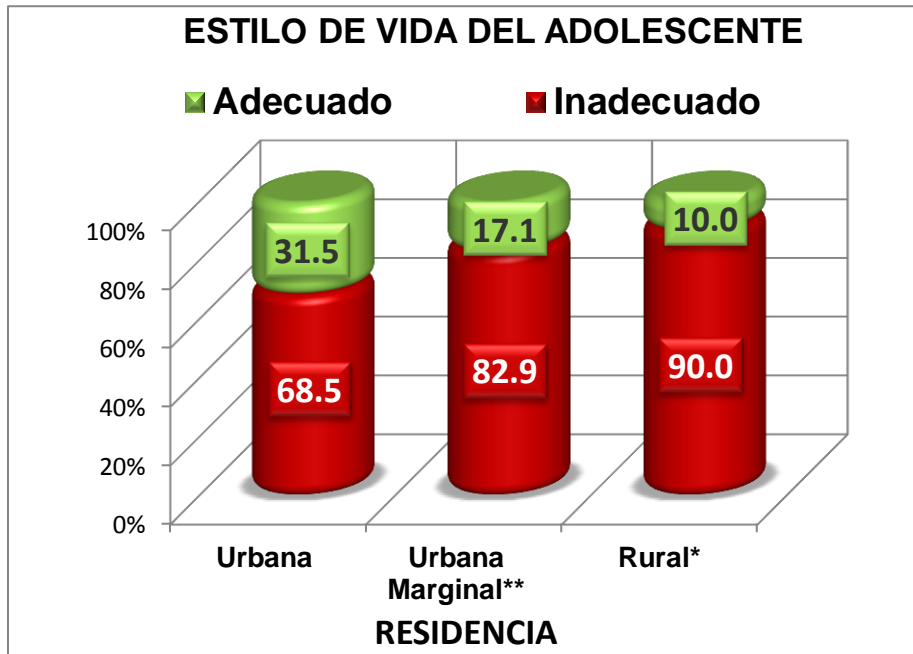
$X^2 = 0.391$ gl = 1 p = 0.532 No Significativo *OR=1.4 Riesgo leve

FIGURA Nº 5: Condición laboral y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.



$X^2 = 0.520$ gl = 2 p = 0.771 No Significativo *OR=1.3 Riesgo leve

FIGURA Nº 6: Tipo de familia y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.



$X^2 = 6.008$ gl = 2 p = 0.05 Significativo

*OR=3.2 Riesgo muy elevado **OR=2.0 Riesgo elevado

FIGURA Nº 7: Residencia y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017.

4.2 ANALISIS Y DISCUSION:

TABLA N° 1, sobre estilos de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa, Nuevo Chimbote, 2017; se observa que la mayoría de adolescentes presentan estilo de vida no saludable (74.9%) y con menor proporción estilo de vida saludable (25.1%). En la escala de estilo de vida se obtuvo 64 puntos como mínimo, 100 puntos como máximo, y en promedio 84.39 ± 5.3 puntos.

Entre los adolescentes que tienen un estilo de vida saludable, refieren siempre “Me cuido y quiero a mi mismo” (58.6%), “Tomo la vida con entusiasmo y optimismo” (50.8%), “capaz de alcanzar las metas u objetivos que te propones” (52.9%), “Recibo cariño de mi familia y personas que me interesan” (52.9%), “Encuentro de mi agrado y satisfacción el ambiente donde vivo” (47.6%), “Me tomo un tiempo para relajarme, hacer la siesta o descansar” (42.9%), “Identifico con facilidad las cosas que me preocupan” (46.1%), “Felicito fácilmente a las personas por las cosas buenas que hacen” (48.2%), “Practico alguna técnica de relajación (escuchar música, caminatas, etc.)” (44.0%) (Anexo 4).

Entre los adolescentes que tienen un estilo de vida no saludable, refieren que a veces “Consumo alimentos chatarras (hamburguesas, papas -lays, embutidos, etc.)” (62.8%), “Hago ejercicios por 20 o 30 minutos al menos 3 veces por semana como salir a caminar, realizar algún deporte” (56.0%), “Como pasteles dulces o chocolates” (71.2%), “Como carnes rojas (carne de res, carnero)” (62.8%), “Consumo bebidas alcohólicas (cerveza, ron, pisco, etc.)” (47.1% a veces y siempre el 32.5%), “Consumo café” (65.4%), “Tomo

bebidas como gaseosas, agua mineral con gas, etc.” (72.8%), a veces “Expreso fácilmente el interés y el calor humano hacia otros” (65.4%) (Anexo 4).

Los resultados son similares con lo reportado por Ferrel, F.; Ortiz, A. y Otros⁹, Duran, L.¹¹, Terrones. C.¹⁹, Mendoza, M.²⁰, Ávila, C. y Otros²², El Instituto de la Familia de la Universidad de Piura²⁹, quienes encontraron que la mayoría de adolescentes presentan estilo de vida no saludable. Y difiere con lo reportado por Córdova, D. y cols.¹², Cid P., Merino J, y Stieповich, J.¹³, quienes encontraron alta proporción de adolescentes con estilo de vida saludable.

Los estilos de vida, se constituyen en la forma en que las personas actúan cotidianamente y tienen su base en los diferentes hábitos y rutinas que regulan el comportamiento. Los estilos de vida históricamente se han asociado con aspectos sociales, económicos, culturales que se pueden evidenciar en las situaciones favorables o desfavorables presentadas, ya sea, por el individuo, un grupo, una comunidad y/o por la sociedad. La Organización Mundial de la Salud, afirma que la mayoría de las enfermedades son producidas por los estilos de vida de su población, y recomienda que los gobiernos destinen más recursos económicos en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades⁴⁹.

La OMS plantea que hábitos inadecuados en los estilos de vida, afectan la salud de la población, especialmente por: el consumo de sustancias tóxicas y psicoactivas (tabaco, alcohol y drogas), el comportamiento sexual, los hábitos alimentarios, la utilización del tiempo libre, la actividad física, el

tiempo de descanso y sueño, el estrés y las relaciones interpersonales, entre otras⁴⁹.

TABLA N° 2, sobre los factores sociales: edad, sexo, condición laboral, tipo de familia, residencia del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017; se observa que la mayoría de adolescentes tienen adolescencia tardía (86.4%), con edad mínimo de 15 años, edad máxima 20 años, y en promedio 17.8 ± 1.2 años de edad. El 54.5% son del sexo masculino y el 45.5% del sexo femenino, la mayoría no trabaja (88.0%) y el 12.0% refiere trabajar, la mayoría procede de familia completa (60.2%), seguido de familia incompleta (32.5%) y con mínima proporción familia extensa (7.3%). Más de la mitad de los adolescentes residen en zonas urbanas (58.1%), seguido de la urbana marginal (36.6%) y con mínima proporción residen en zonas rurales (5.2%).

Los resultados difieren con lo reportado Guevara, H.¹⁸, por el promedio de edad de los adolescentes estudiados fue de 15 años.

Aunque existe baja proporción de adolescente que trabaja, sin embargo, la elección ocupacional se ve interferida por situaciones específicas (escasos recursos, pobre apoyo familiar, entre otras) y conlleva a realizar trabajos que no siempre se tornan gratificantes, aunque se constituyen en la única posibilidad para salir adelante.

Los avances socioeconómicos influyen de manera decisiva en los factores sociales, en los cambios de estructuras, actitudes, creencias, percepciones y

valores en la sociedad y en la familia, así como en la aceptación de nuevos hábitos y modelos de vida favorables para el adolescente⁴².

TABLA N° 3, sobre factores sociales y el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, 2017; se observa lo siguiente:

Sobre la edad, entre los adolescentes con adolescencia tardía y media prevalece el estilo de vida no saludable (75.8% y 69.2% respectivamente), siendo mayor entre la adolescencia tardía. Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre edad y estilo de vida del adolescente ($p=0.476$). Y ante la prueba de riesgo, la adolescencia tardía se constituye en riesgo leve para el estilo de vida no saludable ($OR=1.4$), es decir existe 1.4 veces más riesgo que los adolescentes con adolescencia tardía presenten estilo de vida no saludable.

Respecto al sexo, en ambas categorías prevalece el estilo de vida no saludable (76.7% masculino y 73.6% femenino). Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre sexo y estilo de vida del adolescente ($p=0.618$). Y ante la prueba de riesgo, ser adolescente masculino constituye en riesgo leve para el estilo de vida no saludable ($OR=1.2$), es decir existe 1.2 veces más riesgo que los adolescentes masculinos presenten estilo de vida no saludable.

Sobre la condición laboral, entre los adolescentes que no trabajan y entre los adolescentes que trabajan el 75.6% y 69.6% respectivamente presentan estilo de vida no saludable. Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre condición laboral y estilo de vida del

adolescente ($p=0.532$). Y ante la prueba de riesgo, adolescente que no trabaja se constituye en riesgo leve para el estilo de vida no saludable ($OR=1.4$), es decir existe 1.4 veces más riesgo que los adolescentes que no trabajen presenten estilo de vida no saludable.

Respecto al tipo de familia, entre los adolescentes de familia extensa, incompleta y completa, el 78.6%, 77.4% y 73.0% respectivamente, presentan estilo de vida no saludable. Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, no existe relación significativa entre tipo de familia y estilo de vida del adolescente ($p=0.771$). Y ante la prueba de riesgo, adolescente de familia extensa se constituye en riesgo leve para el estilo de vida no saludable ($OR=1.3$), es decir existe 1.3 veces más riesgo que los adolescentes de familia extensa presenten estilo de vida no saludable.

Sobre la residencia, entre los adolescentes de residencia rural, urbano marginal y urbana, el 90.0%, 82.9% y 68.5% respectivamente, presentan estilo de vida no saludable. Ante la prueba estadística del Chi cuadrado, existe relación significativa entre residencia y estilo de vida del adolescente ($p=0.05$). Y ante la prueba de riesgo, adolescente de residencia rural se constituye en riesgo muy elevado para el estilo de vida no saludable ($OR=3.2$) y adolescente de residencia urbana marginal se constituye en riesgo elevado para el estilo de vida no saludable ($OR=2.0$), es decir existe 3.2 veces más riesgo que los adolescentes de residencia rural presenten estilo de vida no saludable y, existe 2.0 veces más riesgo que los adolescentes de residencia urbana marginal presenten estilo de vida no saludable.

Los resultados difieren de lo reportado por Cid P., Merino J, y Stiepovich, J.¹³, quien refiere que las variables sexo, edad, ocupación y acceso al cuidado de salud, autoestima, y estado de salud percibido y auto eficacia percibida tienen un efecto significativo sobre el estilo de vida.

Los hábitos y los estilos de vida se reflejan en la calidad de vida de la persona, su grupo y la comunidad. La adopción de hábitos y estilos inadecuados pueden llegar a traducirse en problemas de salud pública. Las estrategias de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad conforman un valioso recurso para la identificación, el análisis, la reflexión y la adopción o el manejo, de factores protectivos, o de los factores de riesgo existentes para estilos de vida no saludables⁴⁹.

Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener esos patrones de comportamiento. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida. Por ello, la estrategia de crear ambientes favorables para la salud se centra en gran medida en la necesidad de mejorar y cambiar las condiciones de vida para apoyar la salud⁴⁹.

Los comportamientos y estilos de vida no saludables suelen tener su inicio en la adolescencia, esta afirmación se visibiliza en el aumento de embarazos no deseados, la presencia de enfermedades de transmisión sexual y en el consumo de alcohol, tabaco y drogas, entre otros. Por tanto la intervención a nivel preventivo debe ser una prioridad y una responsabilidad real y compartida por padres, maestros, profesionales de la salud, y por los adolescentes como actores principales de su autocuidado. La implementación del modelo de atención integral de salud de los adolescentes permitirá lograr que esta generación y las futuras adopten prácticas y estilos de vida saludables para enfrentar el proceso de salud – enfermedad, logrando así el bienestar integral²⁸.

En este contexto las universidades pueden favorecer de manera importante la promoción de la salud y la mejora del bienestar de la población universitaria en particular. Según la OMS, dentro de las universidades se esconde un enorme potencial para proteger la salud y promover el bienestar de los estudiantes, además las universidades tienen un gran número de estudiantes que son o serán profesionales y/o políticos, con capacidad para cambiar las condiciones que influyen en la salud de los demás. Es por ello, que las universidades pueden incrementar la salud, creando condiciones saludables en los ambientes de trabajo, de aprendizaje y de vida, tanto para los estudiantes como para el resto de la comunidad y finalmente, fomentado actitudes favorables hacia los temas relacionados con la salud.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Los adolescentes presentan estilo de vida no saludable (74.9%) y con menor proporción estilo de vida saludable (25.1%).
2. La mayoría de adolescentes tienen adolescencia tardía (86.4%), con edad promedio 17.8, el 54.5% son del sexo masculino y el 45.5% del sexo femenino, la mayoría no trabaja (88.0%), proceden de familia completa (60.2%), seguido de familia incompleta (32.5%) y la mayoría residen en zonas urbanas (58.1%), urbana marginal (36.6%) y en zonas rurales (5.2%).
3. Existe relación significativa entre residencia y estilo de vida del adolescente ($p=0.05$); la edad, sexo, condición laboral y, tipo de familia no se relaciona con el estilo de vida; la adolescencia tardía, adolescente masculino, que no trabaje, de familia extensa, de residencia rural y urbana marginal se constituyen en riesgo para el estilo de vida no saludable ($OR \geq 1.2$).

5.2 RECOMENDACIONES

1. Al Centro pre universitario de la UNS, diseñar e implementar programas en pro estilos de vida saludables, considerando los factores sociales, toda vez que la enfermera desempeñe un papel influyente en la adhesión o no de estilos adecuado.
2. Las estrategias de intervención que se realicen en la universidad deberían ir enfocadas a la promoción de múltiples estilos de vida saludables y no a conductas individuales, ya que así podrían tener un mayor impacto sobre la salud pública.
3. Difundir los resultados a la población preuniversitaria, para sensibilizar sobre el problema de estilos de vida y las consecuencias que se conlleva para cuando sea adulto.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hurlock, E. Psicología en la Adolescencia Edit. Paidós; 2010. México.
2. Medellin, G. Crecimiento y Desarrollo del ser humano. Edit. Guadalupe. 2009. Washington.
3. Dugas, B. Tratado de Enfermería Practica .Edit.MC-Graw Hill Interamericana 1995. México.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de Salud Integral de Salud. 2009. CD Washington.
5. Eleodoro, F. Situación de la adolescencia es un concepto biopsicosocial de la transición de la niñez a la adultez. 2012. Mexico.
6. Organización Panamericana De La Salud (OPS). La salud de los Adolescentes y jóvenes en las Américas escribiendo el Futuro. Documento CD. 2012. Washington.
7. Avila, C. y Otros. Estilo de vida y Estado nutricional del adulto mayor. Pueblo joven San Juan. Chimbote- 2012. Tesis para optar licenciatura en Enfermería, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.
8. Gonzales, R; Herrera, J. Y Otros. Intervención Psicológica dirigida a jóvenes universitarios con riesgo a desarrollar Síndrome Metabólico. 2011, España.
9. Ferrel, F; Ortiz, A y Otros. Estilos de vida y Factores sociodemográficos asociados en adolescentes escolarizados del distrito de Santa Marta, Colombia – 2014. Tesis para optar licenciatura en Enfermería, Universidad de Magdalena, Santa Marta, Colombia. Disponible.
10. Maya, L.. Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida”. Colombia: 2014. Disponible en:

http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los:estilos_de_vida_saludables.pdf. Acceso: 10/05/17.

11. Duran, L. Estilos de vida de los Adolescentes de Educación secundaria y media superior del municipio de Atlahuilco-Veracruz”. Tesis para optar licenciatura en Enfermería. 2015. Mexico.
12. Córdoba, D; Carmona M, Y Cols. Relación del estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios. Tesis para optar el Grado Académico de Magister en Gestión y Docencia en Alimentación y Nutrición. 2013. México.
13. Cid P., Merino J. Y Stieповich, J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud”. Rev. Méd. Chile Dic. 2016, VOL 134 no. 12 p 1491- 1499 ISSN 0034 -988.
14. Ponte, M. Estilo de vida de los estudiantes de enfermería, según año de estudio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis para optar Título Profesional. Facultad de Medicina Humana UNMSM. 2010. Lima- Perú.
15. Mendoza, M. Estilos de vida de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”. Tesis para optar Título Profesional. Facultad de Medicina Humana UNMSM. 2010. Lima-Perú.
16. Orellana, K. Y Urrutia, L. Evaluación del estado nutricional, nivel de actividad física y conducta sedentaria en los estudiantes universitarios de la Escuela de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Tesis para optar Título Profesional. Facultad de Ciencias de la Salud UPC. 2013. Lima-Perú.
17. Roman, V. Y Quintana, M. Nivel de Influencia de los medios de comunicación sobre alimentación saludables en adolescentes de colegios públicos de un distrito de Lima. Revista de Investigación UNMSM. Escuela Académica Profesional de Nutrición, Facultad de Medicina UNMSM. 2012. Lima – Perú.

18. Guevara, H. Autocuidado y Estilo de Vida Saludable en Adolescentes Líderes – Moche. Revista Peruana de Enfermería, Investigación y Desarrollo. Publicado en Enero. 2013. Perú.
19. Terrones, C. Efectividad del modelo educativo Futuro sin Cáncer en el incremento de los conocimientos sobre estilos de vida saludables en los adolescentes de la I.E. Nuestra Señora del Carmen Huaral – 2012”. Tesis para optar licenciatura en Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
20. Mendoza, M. Estilos de vida de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2015. Tesis para optar licenciatura en Enfermería. Revisado 11/5/17. Disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/498/1/Mendoza_sm.pdf.
21. Cruz, C. Niveles de adaptación de conducta y estilos de vida en adolescentes de la institución educativa Santa María. 2009. Recuperado de [Http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar_arjona01.htm](http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar_arjona01.htm)
22. Avila, C. y Otros. Estilo de vida y Estado nutricional del adulto mayor. Pueblo joven San Juan. Chimbote- 2012. Tesis para optar licenciatura en Enfermería, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.
23. Rojas, K y Suarez, S. Inicio sexual y algunos Predictores Socioculturales en el adolescente. Institución Educativa Emblemática Inmaculada de la Merced – 2015. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional del Santa.

24. Organización Panamericana De La Salud (OPS). La salud de los Adolescentes y jóvenes en las Américas escribiendo el Futuro. Documento CD. 2012. Washington.
25. Ministerio de Salud (MINSA). Situación Problemática del Adolescente. 2012. Perú.
26. Eleodoro, F. Situación de la adolescencia es un concepto biopsicosocial de la transición de la niñez a la adultez. 2012. Mexico.
27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de Salud Integral de Salud. 2009. Washington.
28. Ministerio de Salud (MINSA). Salud de las y los adolescente peruanos. 2010. Revisado 7/05/17. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/boletín adolescentes /boletin01-2010pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/boletín%20adolescentes%20/boletin01-2010pdf)
29. Universidad de Piura. Estilos de vida de los adolescentes peruanos. Instituto de la Familia de la Universidad de Piura, Universidad de Navarra (España) e Intermedia Consulting (Italia). Revisado: 11/5/17. Disponible en: <http://www.icf.udep.edu.pe/adolescentes.html>
30. Organización Mundial De La Salud. Manual sobre enfoque de riesgo. Serie de Paltex para ejecutores de salud. 1999. Washington. D.C: OMS, 2da Edición.
31. Baz, G. Redes locales de servicios de salud. (En Línea). 2005. España. Citado el (09/08/17). <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7755pdf>.
32. Nuñez, L. Diseños epidemiológicos utilizados en cuantificación de riesgos. (En línea). Citado el 09/08/2017. http://www.slideshare.net/laimelsanchez/enfoque_deriesgo.

33. Silver, T. Prevención y promoción de la salud adolescente. 1992. Washington D.C: OPS.
34. Krauskopf, D. Las conductas de riesgo en la fase juvenil. (En línea). 2002. San José: (Citado el 09/08/17) http://prejal.oit.org.pe/preja/docs/bib/2008031300018_4_2_0.pdf.
35. Pita, S. y Colab. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo hospitalario Juan Canalejo. Editorial Española Doyna S.A. – 2002. ESPAÑA.
36. Lemus, J. Manual de vigilancia epidemiológica. (En línea) - 1996. Washington. Citado 09/08/17. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsea/e/fulltext/manual/manual.html>.
37. Miranda, V. y Colab. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia”. Medigraphic 2007. Artemisa en Línea. Vol. 64. Citado 17/08/17. Disponible en: <http://www.uaq.mx/investigacion/difusion/veranos/memorias-2008/10VeranoRegionCentro/30UACVazquezMejia.pdf+>
38. Becoña, E., Vázquez, F. y Colab. Promoción de los estilos de vida saludables. 2004. Citado 17/08/17. Disponible en: http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/ps12-5.pdf
39. Martínez, S. Saneamiento básico. 2003. (Citado 09/08/17) Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos26./saneamiento_basico/saneamiento_basico.shtml.
40. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Condición laboral en las Regiones de las Américas 41er Consejo Directivo. 2006. (Citado 09/08/17) disponible:

- http://www.fmed.uba.ar/depto/sal_seg/la_salud_de_los_trabajadores_de_la_salud.pdf
41. Nieto H. Salud Laboral: Revista de trabajo. 2014. Citado 17/08/17. Disponible en:
http://www.fmed.uba.ar/depto/sal_seg/la_salud_de_los_trabajadores_de_la_salud.pdf.
42. Saavedra, J. Familia: Tipos y Modos. Revisado el 10/07/17. Disponible en:
<http://www.monografias.com/.../tipos-familia/html>.
43. Pareja, J. Intervención sanitaria de vulnerabilidad comunitaria. (En línea – Arizona). 2008. Citado 09/08/17. Disponible en:
www.reeme.arizona.edu/.../intervención%20sanitaria%20d%20vulreabilidad.
44. OMS. Desarrollo en la adolescencia. OMS 2017.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
45. Organización Mundial de la Salud. Manual sobre enfoque de riesgo. Serie de Paltex para ejecutores de salud. 2009. Washinton. D.C: OMS, 2da Edición.
46. Villar, A. Factores determinantes de la salud. Importancia de la prevención. 1995. Lima – Perú. Citado 09/08/17. Disponible en
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s172859172011000400011&scrip=sci_arttext.
47. FNUAP. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Ministerio de la Protección Social Colombia, OPS y OMS: Manual de procedimiento para la prestación de servicios de atención al adolescente. Bogotá, 2002, 156p.
48. Kielhofner, G. Modelo de la Ocupación Humana.: teoría y aplicación. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2004. p 643. ISBN: 950-06- 1257-7

49. Monton, A. J. Comentarios a la Tesis Doctoral. Estilos De Vida, Habitos Y Aspectos Psicosociales De Los Adolescentes. Universidad Complutense de Madrid. 2000. www.ucm.es/BUCM/tesis/19912001/D/0/C0053901.pdf OPS - Proyecto de Desarrollo y Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes América Latina y el Caribe. 2001. [online].www.adolec.org/pdf/proyecto.pdf.
50. OMS. Organización Mundial de la Salud. Protocolos de Atención Integral Para la Salud de Escolares y Adolescentes. Washington, 2001, 326 p.
51. Polit , D. Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud. (6ª Ed). México: McGraw- Hill Interamericana, 2003
52. Gómez Silva, L (2014). Factores Sociales – Revista en Línea. Citado 18/08/17. Disponible en: <https://www.slideshare.net/fugere/factores-sociales-14859883>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “Factores sociales relacionales con el estilo de vida del adolescente del Centro Preuniversitario UNS. Nuevo Chimbote, 2017”, el propósito de este estudio es conocer los factores sociales como se relacionan con el estilo de vida de los adolescentes. El presente proyecto de investigación está siendo conducida Ocaña Quezada Abel, Pajilla Rondan Rosa Stefany con la asesoría de la Ms. Rodríguez Barreto Yolanda de la Universidad Nacional del Santa.

Yo _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de mi participación, es enteramente voluntaria. He recibido información de forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas. Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento sin que este represente algún perjuicio para mí. Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento de información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

NOMBRE DEL INVESTIGADOR

Dirección:
Institución:
Teléfono:
E-mail

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Dirección:
Institución:
Teléfono:

Como prueba del consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación

ANEXO 2

FACTORES SOCIALES DEL ADOLESCENTE

INSTRUCCIONES: Estimado alumno a continuación se te presenta este cuestionario que tiene por finalidad obtener algunos datos que faciliten el estudio de investigación sobre las conductas promotoras de salud en los adolescentes, por favor marque con (X) su respuesta que corresponda.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- **Edad :**
14() 15() 16 ()
17() 18() 19() 20 ()

- **Sexo:**
Femenino ()
Masculino ()

- **Condición laboral:**

Trabaja () no trabaja ()

2. DATOS DE LA FAMILIA

Tipo de familia:

- Completa (vives con ambos padres) ()
- Incompleta (vives con uno de ellos) ()
- Vives con familiares ()

3: DATOS DE LA VIVIENDA

Urbana () Urbana marginal () Rural ()

ANEXO 3

PERFIL DEL ESTILO DE VIDA DEL ADOLESCENTE

WALKER, SECHRIT Y PENDER (1987)

INSTRUCCIONES: Responda las frases siguientes indicando con un aspa (X) la frecuencia con la que usted pone en práctica cada uno de los actos que a continuación se mencionan para dar respuestas ,considere las siguientes :

N= Nunca

V= A veces

S= Siempre

CUESTIONARIO	FRECUENCIA		
	N	V	S
1. Tomo leche o derivados como queso, yogurt, mantequilla.			
2. Cumplo las recomendaciones por el personal de salud.			
3. Me cuido y quiero a mi mismo.			
4. Consumo alimentos chatarras (hamburguesas, papas -lays, embutidos, etc.).			
5. Me tomo un tiempo para relajarme, hacer la siesta o descansar.			
6. Tomo la vida con entusiasmo y optimismo.			
7. Conozco las calorías que tienen los alimentos que consumo.			
8. Identifico con facilidad las cosas que me preocupan.			
9. Converso con amigos íntimos mis preocupaciones y problemas personales.			
10. Hago ejercicios por 20 o 30 minutos al menos 3 veces por semana como salir a caminar, realizar algún deporte.			
11. Bebo de 4 a 8 vasos de agua diarios.			
12. Leo libros, periódicos, revistas y/o paneles sobre salud.			
13. Como pasteles dulces o chocolates.			
14. Como carnes rojas (carne de res, carnero).			
15. Felicito fácilmente a las personas por las cosas buenas que hacen.			

16. Participo en programas o actividades de ejercicio físico grupal como vóley, básquet, competencias, etc.			
17. Mis relaciones interpersonales son satisfactorios.			
18. Incluyo en mis comidas alimentos que contengan fibra como cereales, frutas y hortalizas crudas.			
19. Dedico diariamente unos minutos para la meditación en oración.			
20. Practico alguna técnica de relajación (escuchar música, caminatas, etc.).			
21. Consumo bebidas alcohólicas (cerveza, ron, pisco, etc.).			
22. Me siento contento (a) y comento mis logros y éxitos con otros.			
23. Cuando tengo que desplazarme prefiero caminar.			
24. Dedico algún tiempo para visitar a mis amigos o familiares.			
25. Consumo café.			
26. Tomo bebidas como gaseosas, agua mineral con gas, etc.			
27. Encuentro de mi agrado y satisfacción el ambiente donde vivo.			
28. Desarrollo actividades domésticas que requieren movimientos.			
29. Me esfuerzo para llegar o mantener mi peso ideal.			
30. Duermo en la noche menos de 8 horas.			
31. Estiro los músculos de mi cuerpo al menos tres veces por semana.			
32. Expreso fácilmente el interés y el calor humano hacia otros.			
33. Observo mi cuerpo en busca de cambios físicos o señales de peligro.			
34. Te sientes capaz de alcanzar las metas u objetivos que te propones.			
35. Miro o asisto a programas educativos sobre el cuidado de la salud.			
36. Recibo cariño de mi familia y personas que me interesan.			
37. Realizo ejercicios de calentamiento antes de hacer ejercicios físicos.			

ANEXO 4
PERFIL DEL ESTILO DE VIDA DEL ADOLESCENTE

N= Nunca; V= A veces; S= Siempre

CUESTIONARIO	FRECUENCIA		
	N	V	S
1. Tomo leche o derivados como queso, yogurt, mantequilla.	1.0	73.3	25.7
2. Cumplo las recomendaciones por el personal de salud.	2.1	58.6	39.3
3. Me cuido y quiero a mi mismo.	1.0	40.3	58.6
4. Consumo alimentos chatarras (hamburguesas, papas -lays, embutidos, etc.).	3.7	62.8	33.5
5. Me tomo un tiempo para relajarme, hacer la siesta o descansar.	0.5	55.5	42.9
6. Tomo la vida con entusiasmo y optimismo.	0.5	48.7	50.8
7. Conozco las calorías que tienen los alimentos que consumo.	8.4	58.6	33.0
8. Identifico con facilidad las cosas que me preocupan.	0.5	53.4	46.1
9. Converso con amigos íntimos mis preocupaciones y problemas personales.	3.7	62.8	33.5
10. Hago ejercicios por 20 o 30 minutos al menos 3 veces por semana como salir a caminar, realizar algún deporte.	11.0	56.0	33.0
11. Bebo de 4 a 8 vasos de agua diarios.	4.7	56.5	38.7
13. Leo libros, periódicos, revistas y/o paneles sobre salud.	1.0	59.7	39.3
13. Como pasteles dulces o chocolates.	24.1	71.2	4.7
14. Como carnes rojas (carne de res, carnero).	34.6	62.8	2.6
15. Felicito fácilmente a las personas por las cosas buenas que hacen.	1.6	50.3	48.2
16. Participo en programas o actividades de ejercicio físico grupal como vóley, básquet, competencias, etc.	9.9	59.2	30.9
17. Mis relaciones interpersonales son satisfactorios.	1.6	59.7	38.7
18. Incluyo en mis comidas alimentos que contengan fibra como cereales, frutas y hortalizas crudas.	1.6	62.3	36.1
19. Dedico diariamente unos minutos para la meditación en oración.	5.8	63.4	30.9

20. Practico alguna técnica de relajación (escuchar música, caminatas, etc.).	2.6	53.4	44.0
21. Consumo bebidas alcohólicas (cerveza, ron, pisco, etc.).	20.4	47.1	32.5
22. Me siento contento (a) y comento mis logros y éxitos con otros.	7.9	52.4	39.8
23. Cuando tengo que desplazarme prefiero caminar.	6.3	58.1	35.6
24. Dedico algún tiempo para visitar a mis amigos o familiares.	3.1	61.3	35.6
25. Consumo café.	24.6	65.4	9.9
26. Tomo bebidas como gaseosas, agua mineral con gas, etc.	24.1	72.8	3.1
27. Encuentro de mi agrado y satisfacción el ambiente donde vivo.	3.1	49.2	47.6
28. Desarrollo actividades domésticas que requieren movimientos.	3.7	59.2	37.2
29. Me esfuerzo para llegar o mantener mi peso ideal.	6.3	61.8	31.9
30. Duermo en la noche menos de 8 horas.	8.9	58.1	33.0
31. Estiro los músculos de mi cuerpo al menos tres veces por semana.	2.6	60.2	37.2
32. Expreso fácilmente el interés y el calor humano hacia otros.	4.2	65.4	30.4
33. Observo mi cuerpo en busca de cambios físicos o señales de peligro.	2.1	62.8	35.1
34. Te sientes capaz de alcanzar las metas u objetivos que te propones.	2.6	44.5	52.9
35. Miro o asisto a programas educativos sobre el cuidado de la salud.	7.9	63.4	28.8
36. Recibo cariño de mi familia y personas que me interesan.	0.5	46.6	52.9
37. Realizo ejercicios de calentamiento antes de hacer ejercicios físicos.	5.2	56.0	38.7