

**HABILIDADES PARA LA VIDA Y AUTOCUIDADO EN UN
GRUPO DE ADOLESCENTES DE GRADOS 7° A 9°, MAYORES
DE 14 AÑOS**

**Desarrollado en el marco de la investigación docente
HABILIDADES PARA LA VIDA Y CUIDADO DE LA SALUD EN CLAVE
DE COMUNICACIÓN**

**Elaborado por el docente investigador
Olga Stella Díaz Usme**

**Presentado como requisito parcial de grado por los estudiantes:
Laura Sofía Antolínez Martínez, Andrea Carolina Argel Serna, Luz Karina
Cardozo Mercado, Verónica Milena Corredor Salinas, María Isabel López
Hoyos, Julieth Mishell Sánchez Castellanos y Tiffany Alejandra Sorza Aguja**

**Universidad El Bosque
Facultad de Enfermería
Bogotá D.C., Diciembre de 2021**

**HABILIDADES PARA LA VIDA Y AUTOCUIDADO EN UN GRUPO DE
ADOLESCENTES DE GRADOS 7° A 9°, MAYORES DE 14 AÑOS**

**Desarrollado en el marco de la investigación docente
HABILIDADES PARA LA VIDA Y CUIDADO DE LA SALUD EN CLAVE
DE COMUNICACIÓN**

**Elaborado por el docente investigador
Olga Stella Díaz Usme**

**Cuidado de la salud y calidad de vida
Salud mental**

**Presentado como requisito parcial de grado por los estudiantes:
Laura Sofía Antolínez Martínez, Andrea Carolina Argel Serna, Luz Karina
Cardozo Mercado, Verónica Milena Corredor Salinas, María Isabel López
Hoyos, Julieth Mishell Sánchez Castellanos y Tifanny Alejandra Sorza Aguja**

**Universidad El Bosque
Facultad de Enfermería
Bogotá D.C., Diciembre de 2021**

PÁGINA DE APROBACIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

El suscrito jurado, con base en los criterios científicos, metodológicos y éticos establecidos y después de haber revisado el documento correspondiente, en calidad de evaluador para calificar el trabajo de grado:

HABILIDADES PARA LA VIDA Y AUTOCUIDADO EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES DE GRADOS 7° A 9°, MAYORES DE 14 AÑOS

desarrollado en el marco de investigador docente presentado como requisito parcial de grado por los estudiantes:

Antolínez Martínez Laura Sofía, Argel Serna Andrea Carolina, Cardozo Mercado Luz Karina, Corredor Salinas Verónica Milena, López Hoyos María Isabel, Sánchez Castellanos Julieth Mishell y Sorza Aguja Tifanny Alejandra.

para optar el título de:

Enfermera (o)

deciden asignar la calificación de:

APROBADO COMO MERITORIO

Firmado en Bogotá, DC., el 10 de diciembre de 2021


Andrea del Pilar Mayorga
Jurado

En constancia de lo anterior firman la Directora de Investigación y la Decana de la Facultad de Enfermería


Diana Marcela Castillo Sierra
Directora Investigación y Proyección Social
Facultad de Enfermería


Victoria Eugenia Cabal Escandón
Decana
Facultad de Enfermería

Tabla de contenido

Título.....	1
Planteamiento del problema.....	1
Justificación.....	8
Antecedentes literarios.....	12
Pregunta de investigación.....	16
Marco teórico.....	16
Objetivos.....	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos.....	19
Propuesta metodológica.....	19
Tipo de estudio.....	19
Población y muestra.....	20
Criterios de inclusión.....	20
Criterios de exclusión.....	20
Fuente de información.....	20
Métodos y técnicas para la recolección de la información.....	20
Fases de Investigación.....	21
Plan de Análisis.....	21
Resultados.....	24
Discusión.....	45
Conclusiones y recomendaciones.....	50
Consideraciones éticas.....	53
Limitaciones del estudio.....	54
Recomendaciones.....	54
Cronograma.....	54

Presupuesto	55
Bibliografía	56
Anexos.....	64

Listado de tablas

Tabla 1.	Caracterización de variables.....	22
Tabla 2.	Caracterización sociodemográfica	25
Tabla 3.	Fuentes de información factores de riesgo.....	26
Tabla 4.	Fuentes de información prácticas protectoras	27
Tabla 5.	Conformación Categorías Habilidades para la Vida	28
Tabla 6.	Distribución del grupo de estudiantes en la categoría habilidades relacionales y sociales	29
Tabla 7.	Distribución puntajes categoría habilidades relacionales y sociales según sexo y tipo de familia	30
Tabla 8.	Distribución del grupo de estudiantes en la categoría habilidades cognitivas	31
Tabla 9.	Distribución puntajes categoría habilidades cognitivas según sexo y tipo de familia.....	32
Tabla 10.	Distribución del grupo de estudiantes en la categoría control de emociones.....	33
Tabla 11.	Distribución puntajes categoría control de emociones según sexo y tipo de familia.....	34
Tabla 12.	Categorías Autocuidado	34
Tabla 13.	Distribución del grupo de estudiantes en la categoría Alcohol y SPA...	36
Tabla 14.	Distribución puntajes categoría alcohol y SPA según sexo y tipo de familia	36
Tabla 15.	Distribución del grupo de estudiantes en la categoría actividad y descanso	37
Tabla 16.	Distribución puntajes categoría Actividad y descanso según sexo y tipo de familia.....	37
Tabla 17.	Distribución del grupo de estudiantes en la categoría Seguridad.....	38
Tabla 18.	Distribución puntajes categoría Seguridad según sexo y tipo de familia	39
Tabla 19.	Distribución del grupo de estudiantes en la categoría Alimentación	39
Tabla 20.	Distribución puntajes categoría Alimentación según sexo y tipo de familia	40
Tabla 21.	Distribución del grupo de estudiantes en la categoría Medio Ambiente.....	41

Tabla 22.	Distribución puntajes categoría Medio Ambiente según sexo y tipo de familia	41
Tabla 23.	Distribución del grupo de estudiantes en la categoría Higiene	42
Tabla 24.	Distribución puntajes categoría Higiene según sexo y tipo de familia...	43
Tabla 25.	Distribución general Habilidades para la vida	43
Tabla 26.	Distribución general Autocuidado	44
Tabla 27.	Distribución general por puntaje y estudiante Habilidades para la vida	45
Tabla 28.	Distribución general por puntaje y estudiante Autocuidado	45

Título

Habilidades para la vida y autocuidado en un grupo de adolescentes escolarizados de grados 7° a 9°, mayores de 14 años.

Planteamiento del problema

El concepto de autocuidado se define como aquellas acciones intencionales que tienen impacto positivo en la vida de la persona; desde enfermería se reconoce como la práctica de actividades que las personas pueden realizar por cuenta propia, teniendo como fin mantener y/o recuperar la salud y tener una buena calidad de vida (1). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define autocuidado como “todas las actividades de atención sanitaria realizadas por las personas en favor de su propia salud y la de sus familias, incluyendo el mantenimiento de la salud, prevención de enfermedades, el autodiagnóstico y el autotratamiento” (2).

Según del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, “se refiere al autocuidado como las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad” (3).

Dorotea Orem, enfermera teórica norteamericana quien investigó y dedicó gran parte de su vida profesional al desarrollo de su “Teoría del Déficit del Autocuidado”; lo define como “la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, es el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar” (1).

En síntesis, para el sector salud, el autocuidado representa un tema de gran interés debido a que agrupa todas aquellas acciones que puede realizar el individuo para cuidar su salud y por lo tanto prevenir enfermedades crónicas no transmisibles tales como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus y enfermedades transmisibles como el

COVID-19 entre otras varias. La importancia del autocuidado está dada porque esta es la piedra angular de la prevención en salud pública, es desde ahí parte la realización de actividades que promueven la salud y previenen las enfermedades. Cuando se le brindan pautas a las personas acerca del autocuidado, se está promoviendo el empoderamiento de su propia salud, que se refleja a través de acciones y conductas saludables para sí mismo y para su entorno. Además, constituye un avance en una de las 5 estrategias planteadas en la 1ra Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud, realizada en 1986, en la que se planteó una reorientación de los servicios de salud, donde se le brinde mayor énfasis a la promoción de la salud y no al aspecto curativo (4).

Por otra parte, el autocuidado puede enmarcarse en el tercer objetivo de desarrollo sostenible, el cual pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos los grupos etarios de la población. Siendo así, el autocuidado es una herramienta fundamental para dar avance a este objetivo, sabiendo que las medidas que adopten los individuos fortalecerán su salud, aumentarán la esperanza de vida y reducirán la mortalidad. En este objetivo se plantearon diversas metas relacionadas con la reducción de la mortalidad, haciendo especial énfasis en algunos grupos con mayor vulnerabilidad, tales como las maternas y los niños. Además, se tomaron en cuenta aspectos como la salud sexual y reproductiva, el consumo de sustancias psicoactivas, la salud mental y las enfermedades causadas por agentes contaminantes del ambiente (5).

Desde una perspectiva filosófica, referida por Heidegger, lo describe “cómo un cuidado referenciado a sí mismo, teniendo en cuenta que la responsabilidad de proporcionar una vida saludable se centra en cada persona a partir de su formación durante toda la vida, es un acto de vida que permite a cada uno convertirse en sujeto de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma, debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad íntimamente ligada a la cotidianidad y las experiencias vividas por las personas; a su vez, debe estar fundamentada en redes familiares y sociales de apoyo” (6).

Es relevante destacar la importancia que la participación de las diferentes fuentes de información de donde los adolescentes pueden apoyarse para reforzar sus prácticas de cuidado, por ejemplo, en primera instancia los padres, que desde del hogar inculcan y

practican hábitos que a su vez enseñan a sus hijos, se evidencio que el autocuidado se encuentra estrechamente relacionado con habilidades para la vida o habilidades psicosociales para la vida y personales, que incentiva en el adolescente autonomía e independencia frente a su autocuidado (6).

Es decir, habrá un impacto social y personal que llevará al adolescente a tomar las experiencias vividas como momentos de aprendizaje que fortalecerán e impactarán continuamente en cada una de sus decisiones a lo largo de la vida. Es importante que esto no solo sea responsabilidad del adolescente, sino que sus padres, maestros y demás redes de apoyo también generen un cambio que impacte en la vida de cada uno de sus hijos y en ellos, ya que se adquieren conocimientos que pueden ser transmitidos y ser adaptado como un valor familiar (6). El rol parental influye significativamente en la construcción de las prácticas de autocuidado, en razón que desde la crianza se van forjando estos hábitos, por ejemplo; la motivación de los padres a inscribir a sus hijos en actividades deportivas donde se empiezan a cultivar hábitos de vida saludables, también la educación parental en la primera infancia sobre la alimentación impacta significativamente en la vida futura de la persona y sientan la base para la instauración y mantenimiento de hábitos, los padres tienen la capacidad de impactar en las prácticas alimenticias de sus hijos y sus elecciones alimentarias (7-8).

Adicionalmente están por ejemplo los profesores con los que los estudiantes se relacionan, ellos ejercen la educación como profesión, apoyan y refuerzan las buenas prácticas que desde casa el estudiante ha forjado. También están los profesionales de la salud y es relevante en cuanto a que entre las competencias clave de la prestación de servicios y la gestión del cuidado de enfermería se encuentran no sólo la capacidad de realizar acciones, sino que también, actúa para que la persona, la familia y la comunidad puedan llegar a adoptar estilos de vida saludables, facilitándoles información pertinente para ayudarles a que consigan una salud óptima o la rehabilitación (9).

Se reconoce que la enfermera(o) tiene las habilidades para instruir sobre la salud en las intervenciones de enfermería y más al aplicar los conocimientos de diversas metodologías de enseñanza con las personas, las familias y las comunidades; evaluando constantemente el aprendizaje y la comprensión de las prácticas de salud. Después de referir todo lo anterior se puede decir que el autocuidado es un

complemento entre las diferentes fuentes de información a las que el adolescente pueda tener acceso y que está teniendo un gran impacto frente a las diferentes prácticas, aspecto que abordaremos en la investigación y del cual aún queda mucho por explorar.

Se afirma que el autocuidado favorece la protección de la salud del individuo y disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades. El autocuidado y la adopción de conductas saludables se empiezan a desarrollar desde la infancia, y por lo tanto se ven influenciadas por los cuidadores principales del niño (padres, abuelos, etc.). En este momento de la vida los niños comienzan un proceso de adaptación de rutinas, cumplimiento de horarios, adopción de hábitos saludables en cuanto a alimentación, deporte, descanso, entre otras. Cuando este proceso ha sido adecuado y el niño ha recibido la orientación necesaria, el adolescente tendrá la capacidad de identificar qué conductas o acciones son perjudiciales para sí mismo y cuáles no (10).

Es decir, que la salud se ve condicionada por los hábitos saludables y las prácticas de autocuidado que se adoptan desde la infancia, luego en la etapa de adolescencia toman gran importancia las bases de estas prácticas, al ser muy relevante fortalecerlas y hablar de ellas, ya que, en esta etapa del adolescente se siente alguien sobrehumano, a quien ningún factor de riesgo puede afectar o causar daño, es allí donde se cuestionan y se reconstruyen unas prácticas de autocuidado a partir de su proceso de identidad. Se dice también que en todas las etapas de la vida se están construyendo prácticas de autocuidado, que suelen ser específicas para cada una o se crean en las etapas anteriores y son reforzadas con el tiempo.

Se dice entonces que aunque estas prácticas se forjan desde la infancia, durante la adolescencia estas se pueden ver comprometidas por diferentes factores que influyen en la vida del adolescente como por ejemplo, el poco conocimiento que existe sobre el tema, las relaciones que mantienen con sus pares y las conductas que estos generan en la vida diaria, es importante no solo recordar sino fortalecer estas prácticas para que estos factores no impacten progresivamente en el autonomía de cuidado del adolescente.

Los estilos de vida se consideran patrones de comportamiento de las personas que presentan una relativa permanencia en el tiempo, estos son influenciados por factores internos como pensamientos, emociones, conocimientos, habilidades, actitudes, y los

externos que incluyen las condiciones familiares, sociales, culturales y medioambientales (10).

Para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales, toma de decisiones saludables. Estas habilidades determinan el estilo de vida de las personas y la manera como ellas se cuidan. Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, práctica de higiene, manejo o control del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos sin prescripción médica, seguimiento a consultas de salud como planificación familiar, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos de enfermedad (11).

Por ejemplo, cuando una persona tiene conocimiento de sí mismo es capaz de identificar anomalías en su cuerpo cuando se realiza el autoexamen de seno o testículo, permitiendo también un acceso oportuno al tratamiento, igualmente mantener buenas relaciones interpersonales disminuye el riesgo de entrar en conflictos o altercados con algún par del joven y la influencia realizar de buenas prácticas (11). Por lo tanto, además de los factores relacionados con el entorno familiar, a nivel individual podemos identificar que las denominadas habilidades para la vida juegan un papel importante en la consolidación y generación de nuevas prácticas de autocuidado.

Con lo anterior se pudo evidenciar que hay conexión entre las habilidades para la vida y las prácticas de autocuidado; donde igualmente se evidencia que los adolescentes escolarizados continúan evidenciando algunas debilidades con respecto a la apropiación de estas, por ejemplo, la poca asistencia a consultas de planificación familiar, de asesoría en ITS, a la falta de asistencia a la consulta médica u otras pequeñas actividades que aunque pueden ser triviales son esenciales para la vida diaria, como son el cepillado de dientes, la aplicación del bloqueador solar y que a pesar de la enseñanza, no se evidencio una apropiación por parte de estos para ejecutarlos en la cotidianidad (9).

La limitada apropiación de las prácticas de autocuidado en los adolescentes, se consolida en factor de riesgo frente a situaciones que afectan su bienestar y podrían

obstaculizar su proyecto de vida como: embarazo a temprana edad, consumo de sustancias psicoactivas con riesgo y exposición a conductas sexuales de riesgo. No obstante, a pesar de las diversas estrategias y campañas para fortalecer que el joven apropie o incorpore conductas que beneficien su salud de manera autónoma, responsable y consecuente con sus necesidades y contexto social, es complejo identificar la relación y apropiación de habilidades para la vida con respecto al autocuidado.

Así mismo, las conductas de autocuidado pueden contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población, si se toma en cuenta que los principales problemas de salud como la obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial, requieren de cambios en el estilo de vida para disminuir la presencia de enfermedades, complicaciones asociadas y evitar que se incremente la incidencia de estas situaciones de salud (12).

Según la normatividad vigente en Colombia enfermería se define como “profesión liberal y disciplina de carácter social, cuyo sujeto de cuidado son la persona, la familia y la comunidad, donde su propósito general es promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento de rehabilitación y recuperación de la salud, con la finalidad de brindar un cuidado integral y ayudar a desarrollar las aptitudes individuales y colectivas; para mantener prácticas de vida saludables que permitan preservar un óptimo estado de salud en todas las etapas de la vida y se definen los deberes del profesional de enfermería donde se encuentra participar en la formulación de políticas, programas, proyectos y planes de atención en enfermería, dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, establecer y desarrollar modelos de atención en enfermería, también brindar atención de calidad a todas las personas del territorio, por consiguiente se refleja que enfermería es una profesión interdisciplinaria y multidisciplinaria, que aporta al trabajo sectorial e intersectorial y ejerce sus funciones donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla en las instituciones que directa o indirectamente intervienen en su salud” (13).

Por lo anterior, se reconoce que enfermería cumple un papel fundamental en este tema, ya que busca estimular la apropiación de conductas protectoras de la salud en las personas y comunidades, pasando de una actitud pasiva y poco participativa frente al cuidado de su salud a una actitud activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado. Por ejemplo, una de las actividades

que enfermería tiene mayor liderazgo son las actividades en la salud pública encaminadas a brindar educación en salud, donde se encuentran los programas de promoción y prevención, la consulta de planificación familiar y la consulta de crecimiento y desarrollo, en la que además se identifican los riesgos asociados al crecimiento, se brinda educación a los cuidadores sobre pautas que promueven el cuidado integral (físico, mental y emocional) de los niños, detectando oportunamente las alteraciones en su proceso de crecimiento y desarrollo con el fin de brindar atención oportuna e inmediata. Además, pretende fortalecer en los cuidadores herramientas que favorezcan el desarrollo de las habilidades para mejorar el proceso de salud (14).

A un nivel más amplio, se indica que algunas habilidades para la vida poseen una cercana relación con el fortalecimiento de prácticas de autocuidado; sirva de ejemplo las relaciones interpersonales, donde se reconoce que las personas que se encuentran unidas de manera más segura y tienen un buen apoyo social, lo más probable es que realicen actividades emocionales, mentales y físicas que ayuden a forjar el autocuidado (15-16). La inteligencia emocional, debido a que orienta conductas y pensamientos, que tienen un impacto positivo en la salud y por consiguiente la capacidad para reconocer, expresar y manejar las emociones y sentimientos generando mejor disposición para identificar y actuar de manera consecuente con las necesidades del adolescente (17). También puede ayudar en el aumento del autocuidado es la comunicación asertiva donde la habilidad para poder expresarse de manera apropiada en cual contexto especialmente en el ámbito familiar, un factor positivo que puede ayudar a prestar mayor atención en los hábitos de vida permite expresar de situaciones de salud, capacidad de colocar límites cuando hay alguna situación de vulnerabilidad o identificar condiciones que lo comprometan a realizar actividades no adecuadas (18-19-20).

Los planteamientos descritos permiten identificar la importancia de las habilidades para la vida en la construcción y consolidación de hábitos de autocuidado y el rol para generar un conocimiento significativo en el adolescente, en su toma de decisiones la responsabilidad que conlleva, no solo buscar un bienestar físico sino mental que lo ayuda a crecer y fortalecer sus habilidades, disminuyendo complicaciones o conductas de riesgo. En las que enfermería como ciencia del cuidado está llamada a hacer aportes

para fortalecer y generar conciencia respecto a cada una de las complicaciones que se pueden dar durante su fase de adolescencia.

Justificación

Según el DANE en Colombia, para el año 2018 se estimó que aproximadamente el 31% de la población estaba conformada por niños, niñas y adolescentes, es decir, 15 millones de personas, para este mismo año, más de 10 millones de estudiantes; estaban matriculados en las instituciones educativas del país. En este sentido no solamente han tenido la influencia del núcleo familiar en la construcción de sus prácticas de autocuidado, sino que las instituciones educativas juegan un papel importante en la formación de estas. Del mismo modo se ha visto que las habilidades psicosociales para la vida no solamente están referidas al núcleo familiar, sino que también permiten generar una interacción efectiva con el entorno (21).

En un estudio realizado con estudiantes en edades promedio de 15 a 18 años, con respecto a las prácticas de autocuidado se encontró que el 47.6% de los adolescentes no consumen las tres comidas principales en el día, el 59.2% refieren que consumen frecuentemente frituras embutidos y golosinas, el 57.6% no realizan actividades físicas permanentes, el 10.5% de los escolares ya han consumido alguna droga como cocaína o marihuana, el 31.9% refieren que consumieron cerveza, vino, ron mezclado con gaseosa, el 26.7% tienen una conducta de riesgo sexual, ya que mantienen relaciones sexuales sin protección, el 86.4% hablan con personas que no conocen, principalmente lo hacen mediante las redes sociales, el 74.9% no tienen información sobre sexualidad, el 74.3% resuelven sus problemas y diferencias mediante la violencia física, el 53.4% les gustaría cambiar alguna parte de su cuerpo ya que no les agrada su aspecto personal (17).

Según la Encuesta mundial de salud escolar realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2007, que tomó como referencia la ciudad de Bogotá, reveló con respecto al autocuidado de los adolescentes que el 20.6% de los encuestados probaron su primer cigarrillo entre los 12- 13 años, el 40.3% pasan entre 3 a 6 horas sentados mirando televisión, jugando videojuegos en computadoras, hablando con amigos o haciendo actividades sentados durante un día típico o habitual, evidenciándose

comportamientos que deja en claro el déficit en prácticas de autocuidado que existe en los participantes (19).

Un dato llamativo es que los niños menores de 5 años realizan actividades que favorecen el desarrollo de pautas de autocuidado con sus padres; por ejemplo, salir al parque, leer cuentos, mirar libros de dibujos y realizar juegos son actividades que favorecen el esparcimiento, disminuyen el sedentarismo y fortalecen las relaciones interpersonales (20).

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 (ENDS) las mujeres acuden más tarde (16 años) a los servicios de educación en salud, en comparación con los hombres (15 años), considerando que la encuesta revela que la capacidad reproductiva en las mujeres comienza a los 12 años. Igualmente se identificó que el 16,3 % de las mujeres y el 33,1 % de los hombres de 15 a 24 años tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años (21).

En el año 2015, la Encuesta Nacional de Salud Mental, mostró que el 5.8% de los adolescentes han fumado cigarrillo alguna vez en su vida, de ellos el 56,78% lo consumió en los últimos 12 meses; del mismo modo en este grupo etario se identificó que el 20.4% ha consumido bebidas alcohólicas, siendo la mayor proporción en hombres que lo ha hecho 25,2% vs 15.6%; con respecto al consumo de sustancias ilegales, el 3,5% refirió haber consumido marihuana en algún momento de su vida, de los cuales el 48.8% lo han hecho en los últimos 12 meses. Por lo tanto, se puede afirmar que aún los adolescentes siguen tomando estas conductas que perjudican su vida. Así mismo, en la encuesta se evidenció que en los jóvenes de 12-19 años, el 3.4% refirió haber tenido algún problema de salud mental alguna vez en la vida y un dato llamativo corresponde a que en la ciudad de Bogotá donde en promedio solo se ha solicitado 1,1 de veces el acceso a servicios de salud mental (22).

En el año 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social, en asocio con la Universidad del Valle, presentó los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Escolar (ENSE) y de Tabaquismo en Jóvenes (ENTJ), las cuales como resultados relevantes arrojaron que nueve de cada diez estudiantes escolares de Colombia no cumplen con la frecuencia de consumo frutas y verduras, la mitad de los escolares en Colombia pasan más de tres horas viendo televisión, navegando en internet o jugando

videojuegos en vez de realizar actividades físicas, uno de cada cuatro escolares en Colombia participó en peleas físicas en el último año (23).

Según cifras presentadas por del Ministerio de Salud y Protección Social, en el documento modelo para la implementación de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, que reconoce el cuidado en la salud sexual y reproductiva como una prioridad en los adolescentes, se identifica que el conocimiento sobre ITS y VIH es menor en mujeres adolescentes entre los 15 a los 19 años, especialmente en aquellas con bajo nivel socioeconómico y que viven en zonas rurales o zonas en conflicto armado. Lo cual es alarmante en vista de que solo el 21,7% de las mujeres en este grupo etario mencionaron conocer sobre cuáles eran las infecciones de transmisión sexual, a pesar de ello el 97,7% refirió haber escuchado sobre el VIH y el 80% sabe que este se previene con el uso del condón, pero solamente el 6.2% comenta que lo usa actualmente, de todo esto es relevante resaltar la baja demanda de los jóvenes entre 15-19 años a los servicios de salud (24).

La responsabilidad asumida por hombres y mujeres en torno a la consulta de asesoría en planificación familiar representa una gran brecha en cuanto a que las cifras registran una escasa participación de los hombres, de tal manera en promedio cerca de un millón de mujeres entre 18 y 44 años consultan cada año, solo lo hacen 50.000 hombres y en la población menor de 18 años consultan aproximadamente 171.000 mujeres y 20.000 hombres (24).

Así mismo , en este estudio, realizado en la ciudad de Cali en el año 2018, se evidencio que los hombres tienen un mayor desconocimiento con relación a las ITS que las mujeres, esto se debe a que los hombres perciben que los esfuerzos de la educación en Salud Sexual y Reproductiva va plenamente enfocados a la población femenina, de igual manera, influye el nivel socioeconómico de los estudiantes, el tipo de educación ya sea pública o privada y lo más importante el tipo de apego con sus padres , ya que la mayoría considera que existe una gran dificultad para hablar de este tema y prefieren buscar información con otras personas de su mismo círculo social, sin embargo en este estudio se encontró que las madres de los estudiantes son quienes proveen en mayor medida los métodos de planificación familiar y existe una mayor confianza para hablar de los temas relacionados con Salud Sexual y Reproductiva, por último se encontró

que el padre es el más ausente en el acompañamiento del adolescente, ya sea en el diálogo y búsqueda en la atención en salud sexual (25).

En el caso de Colombia, como estrategias que aportan a fortalecer la salud de los adolescentes y atenuar estas brechas, se encuentra el Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes, compuesto por dos líneas de atención como ejes principales, donde la primera de ellas llamada línea operativa de promoción es la encargada de la atención sexual y reproductiva, que provee iniciativas juveniles, veedurías juveniles y desarrolla estrategias de entretenimiento para los jóvenes; la segunda línea operativa de la gestión de riesgo, se encarga de ofrecer diferentes estrategias que tienen como finalidad favorecer la salud de los jóvenes, un ejemplo de las estrategias es el Modelo de Servicios de Salud amigable para Adolescentes y Jóvenes, el Protocolo de Atención a la Menor de 15 años Embarazada y el estudio de casos de determinantes sociales en el embarazo (25).

Es evidente que algunos jóvenes presentan poca adherencia a las prácticas de autocuidado. Por ejemplo, como lo muestra la investigación descriptiva transversal, realizada en Manizales llamada Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, con una muestra de 353 estudiantes, por medio del Cuestionario de Estilos de Vida en Jóvenes, el cual evaluó la dimensión autocuidado de la salud indagando sobre: prácticas, motivos para realizar o no una práctica, motivación para el cambio y recursos para llevarlas a cabo, mostrando como resultados que el 22.5% de los estudiantes expresaron que no han realizado un control médico general. Con respecto a la exploración del cuerpo para detectar algunos cambios (lunares, manchas en la piel y masas en mama, testículos u otra parte del cuerpo); El 35,8% de los estudiantes frecuentemente lo realizan, el 30,1% pocas veces y el 26,9% contestaron que siempre lo realizan, el resto de los estudiantes nunca se realizan esta exploración. La automedicación es una práctica que se encontró en el 82.7%; aproximadamente la quinta parte de los estudiantes (21,4%) se automedican frecuentemente y siempre lo hacen el 5,5%, siendo los hombres los que en mayor proporción la practican (10).

Por último, se encontró que para no cuidarse o dejar de hacerlo, aparecen en su orden los siguientes motivos: “No cree que algo malo le pueda pasar” (el 29,7%); “le da pereza hacerlo” (el 28%); “le da miedo descubrir que algo le pasa” (el 22,2%); el resto

de los motivos se relacionan con expresiones como: “ha visto que las personas que se cuidan más se enferman” (10).

Identificándose que a pesar del tiempo y las diferentes estrategias implementadas para fortalecer el autocuidado en este grupo poblacional, aún persisten hábitos y comportamientos que se reconocen como riesgo en el logro de la salud y bienestar de este grupo etario.

Teniendo en cuenta los datos planteados anteriormente, se evidencia la necesidad de proporcionar conocimiento desde del área de enfermería que permita mejorar las prácticas y saberes que los adolescentes deben tener frente al autocuidado. Es importante destacar que la literatura refiere una estrecha relación entre algunas de las habilidades para la vida y el autocuidado; es de vital importancia desde enfermería abordar desde la investigación su estudio con el propósito de plantear lineamientos que aporten a la creación de estrategias y planes que propicien las prácticas de autocuidado.

Antecedentes

Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, Scopus, Sciencedirect, Oxford y en Google académico con los términos “adolescente”, “autocuidado”, “relaciones interpersonales”, “manejo de emociones y sentimientos” y “comunicación asertiva”; así mismo, se realizó una búsqueda con los términos mencionados, pero en inglés. También se establecieron los siguientes criterios de inclusión: artículos publicados desde el año 2010, que el artículo estuviera disponible en su totalidad, que se encontrara en inglés o español y que se incluyera población adolescente dentro del estudio. Así mismo, se establecieron como criterios de exclusión aquellos artículos que no incluyeran población adolescente o que participaran adolescentes con una patología de base o en estado de embarazo. Se recuperaron un total de 90 artículos, de los cuales se revisaron 20, excluyéndose 70 dado por qué eran duplicados, hacían referencia al mismo estudio primario o se centraban en la descripción a nivel biológico.

Después de realizar un análisis de los artículos, se reconocieron tres habilidades para la vida presentes en los adolescentes, lo que permite un mayor entendimiento de la temática. La primera de ellas asocia el autocuidado con la inteligencia emocional, la segunda relaciona el autocuidado con la comunicación asertiva y la última asocia el

autocuidado con las relaciones interpersonales. A continuación, se describieron los principales hallazgos de cada una de ellas.

La inteligencia emocional juega un papel importante en la construcción de prácticas de autocuidado, debido a que desde el reconocimiento de las emociones orienta conductas y pensamientos, que finalmente repercuten y tienen un impacto en la salud de los adolescentes. El reconocer las propias emociones permite canalizarlas y gestionarlas, mostrando, por ejemplo, una reducción en las tasas de estrés y por lo tanto una disminución del agotamiento físico y mental. Esta habilidad también permite evaluar y considerar la participación en conductas de riesgo, teniendo en cuenta que esta población es más vulnerable ante las mismas. Un estudio realizado en 2003 sugirió que los adolescentes con menos inteligencia emocional tienden a participar más en actividades como el consumo del tabaco. Por otra parte, aquellos adolescentes con mayor inteligencia emocional mostraron un mayor afrontamiento a situaciones adversas y, por lo tanto, menor necesidad de moduladores externos, como las sustancias psicoactivas o el tabaco (26).

Un estudio realizado en 2011 mostró que aquellos adolescentes que tenían mayor regulación de sus emociones y sentimientos poseen un mayor autocontrol en vía pública, adoptando conductas de autocuidado, como evitar consumir sustancias psicoactivas al momento de conducir y mayor autocontrol frente al consumo de estas sustancias (26).

En Portugal una investigación realizada con adolescentes entre los 14-17 años con necesidades especiales señaló que contar con competencias emocionales y sociales adecuadas es considerado como factor protector ya que los jóvenes presentan mayores niveles de cooperación, comunicación y empatía; aquellos adolescentes que presentan niveles más bajos en estas competencias son más propensos a incurrir en comportamientos de riesgo (27).

En cuanto a la comunicación asertiva en relación con el autocuidado, se verificó principalmente que la comunicación familiar adecuada es un factor protector que permite que los adolescentes tengan mayor atención en sus hábitos de vida, reflexionando sobre los cambios positivos que deben hacer para cuidar su salud, prevenir conductas que resultan riesgosas para los adolescentes como por ejemplo el

consumo de sustancias psicoactivas (SPA), siendo este un fenómeno frecuente dentro este grupo poblacional, no solo en Colombia, sino a nivel mundial y que afecta no solo la salud de quien la consume, sino también causando problemas a nivel familiar y social, incidiendo en la calidad de vida de cada una de ellas.

Es decir, la comunicación asertiva padres e hijos es de gran importancia, ya que animan a sus hijos a que expongan sus opiniones, sentimientos y sumado a esto, es determinante el cariño, el diálogo, la comunicación, el ejemplo, la orientación-educación, la unión familiar y la confianza son factores protectores que disminuye el consumo de sustancias psicoactivas (SPA). De otra parte, el mismo estudio identifica que la falta de atención por parte de los padres y las discusiones frecuentes con los miembros de la familia son síntomas que se presentan de manera importante entre los consumidores de drogas y pueden ser indicativos de un uso de castigos severos, falta de estímulo por hacer bien las cosas, conflictos familiares y una pobre comunicación, factores que también se encuentran relacionados con el uso de SPA (28).

Así mismo, un estudio realizado en el año 2018 en Estados Unidos expuso que aquellos adolescentes con mayor inteligencia emocional se involucran menos en la adopción de conductas sexuales de riesgo. Un estudio similar, también realizado en Estados Unidos, mostró que los jóvenes con menor gestión de sus emociones practicaban algún tipo de conducta de riesgo, como el consumo de alcohol o tabaquismo (29).

Se destaca también la importancia de la comunicación asertiva entre padres e hijos, en la prevención conductas sexuales que pueden ser riesgosas para el adolescente entre ellas las relacionadas con la baja adherencia al uso del condón, se identificó las conversaciones entre padres e hijos de manera cómoda, específica y tranquila y con la información adecuada impactan de manera positiva, haciendo que sus prácticas sexuales se realizarán de manera más segura, y que el uso del condón fuera mayor, considerándose un efecto significativo que favorece a la salud y el autocuidado de los hijos, ya que esta comunicación se asocia positivamente con las actitudes y el control del comportamiento del adolescente (29).

De lo anterior se concluyó que la comunicación asertiva influye positivamente en la realización de conductas protectoras para la salud de los adolescentes, que generan en

ellos un control conductual frente a prácticas que le generan daño o afectan su bienestar.

De igual manera las habilidades para las relaciones interpersonales se reconoce como un factor asociado con el autocuidado en la adolescencia, siendo relevantes en esta etapa de la vida, ya que se considera una de las tareas centrales en este periodo del ciclo vital, en la cual será establecer un papel específico para tener una transición de la infancia a la madurez, lo cual genera una transformación del apego con sus padres o amigos para así mismo fortalecer su autoestima, ya que se generan diferentes tipos de apego siendo este un periodo de cambios y construcción de identidad (30).

Es importante entender, como lo señalan los autores, que a partir del tipo de apego que tenga el adolescente con sus padres, desarrollará de igual forma su autoestima, presentando bienestar psicológico a nivel individual, por lo cual, se genera un proceso de independencia que conlleva a una construcción de autonomía personal y a una clara formación de autoestima frente a sus pares. Se ha evidenciado que los trastornos mentales en adolescentes se relacionan entre otros factores con una situación de vulnerabilidad en sus relaciones interpersonales por ello se requiere un estado de equilibrio entre sus emociones, pensamientos y comportamiento. Cuando un adolescente no se encuentra en condición de vulnerabilidad es capaz de optimizar su potencial, ejercer un autocontrol y aún más importante en esta etapa, contribuir a su bienestar social (30-31).

Después de realizar el proceso de búsqueda, se identificó que en Colombia hay una escasez de información o estudios en los cuáles se evidencia cómo inciden o cuál es la relación entre las habilidades para la vida o habilidades sociales para la vida y la generación de buenas prácticas de autocuidado en escolarizados a nivel nacional. Por lo expuesto anteriormente, surgió el cuestionamiento de cómo las habilidades para la vida se pueden relacionar con las prácticas de autocuidado, específicamente en un grupo de adolescentes escolarizados mayores de 14 años de los grados 7° a 9°, este interrogante conlleva a crear una propuesta de investigación que permita dar respuesta a este vacío de conocimiento con el fin de tener más alternativas para la intervención en situaciones en salud, establecer los posibles factores de riesgo que están afectando el desarrollo de unas buenas prácticas de autocuidado y fortalecer aquellos factores protectores identificables.

Realizar estudios que permitan llenar estos vacíos de conocimiento frente a este tema, aportar al diseño de estrategias de abordaje de la salud de los adolescentes escolarizados mayores de 14 años de grados 7° a 9° orientadas a minimizar los efectos de la implicación de estos en actividades de riesgo, además que es muy probable que las enfermedades aumenten, y no se tengan los recursos suficientes para prevenir estas complicaciones.

Pregunta de investigación

¿Cómo se relacionan las habilidades psicosociales para la vida y las prácticas de autocuidado en un grupo de adolescentes escolarizados mayores de 14 años de grados 7° a 9° en una IE de Bogotá?

Marco teórico

La construcción del marco teórico que sirve de referencia para el desarrollo de la investigación y se abordaron los siguientes tópicos:

En la adolescencia como etapa del ciclo vital, ocurren diferentes cambios biopsicosociales que sufre la persona al abordar una nueva etapa del desarrollo la cual se encuentra entre los 11 a los 19 años aproximadamente, dentro de estos cambios encontramos que en la adolescencia el principal cambio físico es el inicio de la pubertad; proceso que lleva a la madurez sexual o fertilidad, también hay aumento de la talla y peso, y transformación gradual en el desarrollo psicosocial, donde según Erikson el adolescente se encuentra en la crisis vital identidad vs confusión de identidad, en la cual la persona trata de desarrollar un sentido coherente de su yo que incluya el papel que debe desempeñar en la sociedad (32).

Según Erik Erikson, este estadio también se caracteriza por la necesidad de forjar relaciones interpersonales con personas con las que pueda compartir sus ideales; la búsqueda de valores y creencias bien sea de tipo social, cultural o religioso. La crisis de esta etapa se ve manifestada cuando el adolescente no logra formar su propia identidad y, por lo tanto, no le es posible establecer relaciones significativas con sus pares (33).

El ser humano se ha visto en la necesidad de convivir en grupos sociales para satisfacer necesidades básicas, en los adolescentes el grupo de iguales establece y ofrece gran

parte de sostén que no obtiene por parte de su familia. Se ve compuesto por cierto número de personas unidas por algo en común, lo cual genera en el adolescente patrones de conducta y valores que lo hagan ser parte de este grupo del cual desea ser parte. Asociado a su vez a la búsqueda de su propia identidad, separándose de sus familiares ya que en ellos no encuentran la afinidad de intereses (34).

Erick Erikson menciona que el desarrollo de la identidad se da desde la infancia hasta la vejez, enfocándose principalmente en la adolescencia ya que durante esta etapa se presentan diferentes dificultades que son factores influyentes, en los cuales podemos evidenciar la dimensión comunitaria que hace referencia a las pautas culturales, valores éticos y la toma de decisiones. La dimensión personal abarca los factores influyentes ya sean psicológicos, biológicos como también sociales. Todos estos factores desencadenan en el adolescente la contraposición o confusión de su identidad, la significación de sus relaciones con sus pares y modelos de liderazgo (35).

Del mismo modo los adolescentes se encuentran en una etapa en la cual se enfrentan a diferentes cambios sociales como por ejemplo accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Es importante no solo enfocarse en este tipo de dificultades sino en la prevención del consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio (36).

Autocuidado: Es el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, es también una conducta que realiza la persona para sí misma, por medio de la práctica de actividades para mantener un funcionamiento saludable, dando continuidad, al desarrollo personal y el bienestar (37).

Habilidades psicosociales para la vida: Son un conjunto de habilidades o destrezas psicosociales que le permiten a las personas enfrentarse con mayor facilidad a los retos y exigencias de la cotidianidad. En cuanto a la salud, estas habilidades permiten a la persona ser más positiva y saludable consigo misma, con los demás y con el entorno. Existe evidencia sobre los beneficios de una formación más integral en escolares, cuando se incluyen las habilidades psicosociales y los hábitos saludables, por su función de protección, prevención de comportamientos y hábitos nocivos para la salud

física, emocional y social. Las habilidades para la vida al ser de naturaleza psicosocial pueden aplicarse en el ámbito de las acciones y relaciones consigo mismo que son necesarias para transformar el entorno, logrando tener una poderosa influencia en los estilos de comportamiento de las personas, acompañado de que no solo depende de tener voluntad para lograr un estilo de vida saludable, sino también tener conocimientos de qué habilidades psicosociales nos permite, tener accesibilidad al mismo (38).

Se mencionan las siguientes habilidades: relaciones interpersonales, empatía, comunicación asertiva, solución de problemas y conflictos, pensamiento crítico, manejo de emociones y sentimientos, pensamiento creativo, toma de decisiones, manejo de tensiones y estrés, conocimiento de sí mismo (38).

Realizamos una búsqueda de cada una de las habilidades para verificar desde la literatura, cuales tienen más relación con el tema de estudio que es el autocuidado, y entonces se seleccionó 3 de ellas las cuales se mostraran a continuación.

Comunicación asertiva: Tiene que ver con la capacidad de expresarse, tanto verbal como no verbal, en forma apropiada a la cultura y las situaciones. Un comportamiento asertivo implica un conjunto de pensamientos, sentimientos y acciones que ayudan a un niño o un adolescente a alcanzar sus objetivos personales de forma socialmente aceptable. La comunicación efectiva también se relaciona con nuestra capacidad de pedir consejo o ayuda en momentos de necesidad (38).

Relaciones interpersonales: Esta destreza nos ayuda a relacionarnos en forma positiva con las personas con quienes interactuamos, al tener la habilidad necesaria para iniciar y mantener relaciones amistosas, que son importantes para nuestro bienestar mental y social, a conservar buenas relaciones con los miembros de la familia, una fuente importante de apoyo social, y a ser capaces de terminar relaciones de manera constructiva (38).

Inteligencia emocional: Se ha concebido como «una capacidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y las de los demás promoviendo un crecimiento emocional e intelectual». La IE como rasgo se refiere a una constelación de disposiciones comportamentales y autopercepciones concernientes a las capacidades propias para reconocer, procesar y utilizar las informaciones con carga

emocional. La IE debería ser medida mediante pruebas de rendimiento típico o de ejecución típica (38).

Aportar al logro de una vida saludable y promover el bienestar de los adolescentes, a partir de intervenciones de enfermería que promuevan el autocuidado, la prevención de conductas de riesgo y la promoción de la salud.

Objetivos

Objetivo general

Describir cómo se relacionan las habilidades psicosociales para la vida, las prácticas de autocuidado en un grupo de estudiantes mayores de 14 años de los grados 7° a 9° de una IE de Bogotá.

Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas edad, sexo, estrato social y estructura familiar en grupo de adolescentes escolarizados de grados 7° a 9°, mayores de 14 años de una IE de Bogotá.
- Conocer las fuentes de información respecto a las prácticas de autocuidado en un grupo de adolescentes escolarizados de grados 7° a 9°, mayores de 14 años de una IE de Bogotá.
- Describir la presencia de habilidades psicosociales para la vida, a partir de la aplicación de este componente del cuestionario adaptado EDEX, en un grupo de adolescentes escolarizados mayores de 14 años de grados 7° a 9°, de una IE de Bogotá.
- Describir la presencia de prácticas de autocuidado, a partir de la aplicación de este componente cuestionario adaptado EDEX, en un grupo de adolescentes escolarizados mayores de 14 años de grado 7° a 9°, de una IE de Bogotá.

Propuesta metodológica

Tipo de estudio

Para el logro de los objetivos se propuso una investigación cuantitativa transversal de tipo descriptivo, la cual consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de

personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, al proporcionar su descripción son estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, éstas son también descriptivas (de pronóstico de una cifra o valores), es decir, tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población (39).

Población y muestra

Adolescentes escolarizados mayores de 14 años de grados 7° a 9°, utilizando una muestra no probabilística de estudiantes de los grados 7° a 9° de una institución educativa de la ciudad de Bogotá.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes mayores de 14 años activos en la institución
- Participación voluntaria

Criterios de exclusión:

- Se encuentra con una enfermedad de base diagnosticada
- Adolescentes en estado de embarazo.

Fuente de información

Se realizó una aplicación auto administrada de la adaptación para población colombiana del cuestionario EDEX, ficha de caracterización sociodemográfica y descripción de variables del estudio.

Métodos y técnicas para la recolección de la información

La aplicación de los instrumentos se realizó vía cuestionario Google con previa aceptación de participación registrada mediante la firma del consentimiento informado.

La versión original de este instrumento fue validada y adaptada para Colombia en la investigación de adaptación y valoración de un instrumento para evaluar la habilidades

psicosociales y hábitos saludables en escolares, quienes autorizaron su uso en la presente investigación.

Fases de Investigación

Se plantea el paso a paso a seguir de la investigación:

- **Fase 0:** Contacto inicial con la institución educativa en la que se han realizado actividades relacionadas con la iniciativa de proyección social, con la que la Facultad de Enfermería es reconocida a nivel institucional como un aliado estratégico.
- **Fase 1:** Presentación a Directivas de la Investigación aprobada, socialización con los estudiantes de los grados participantes (explicación del consentimiento informado).
- **Fase 2:** Aplicación de los instrumentos.
- **Fase 3:** Migración de datos a formato Excel en el que se exportan las respuestas en código numérico.

Plan de Análisis

En coherencia con el tipo de estudio planteado y los objetivos del estudio, el análisis se realiza tomando como referencia los niveles de medición de las variables y el análisis de datos se realiza mediante la aplicación de herramientas de estadística descriptiva. Las variables por analizar se presentan en la tabla 1 con la caracterización de variables del estudio.

Tabla 1. Caracterización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorías	Fuente
Habilidades psicosociales para la vida	Son aquellas destrezas que permiten a las personas enfrentar los retos y exigencias de la vida diaria (40-43).	Cualitativa Nominal	Habilidades emocionales Habilidades cognitivas Habilidades Sociales	Se evaluará a través del instrumento EDEX ítems 1 al 18, validado para población colombiana.
Autocuidado	“la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica. (41).	Cualitativa Nominal	- Cuidado de la salud física - Entorno - Manejo del tiempo libre - Prevención de riesgos	Se evaluará a través del instrumento EDEX ítems 19 al 37 validado para población Colombiana
Sexo	Es la variable biológica que categoriza a la población en hombre o mujer desde su nacimiento	Cualitativa, dicotómica	Hombre o Mujer	Cuestionario de caracterización 1 M 2 H
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día actual	Cuantitativo Ordinal	Rango edad 14-17 años	¿Cuántos años cumplidos tiene?
Estrato	Clasificación social	Cuantitativa Ordinal	Estrato socioeconómico (3-4)	¿A qué estrato pertenece usted?
Estructura familiar	Según el observatorio internacional de las familias y política familiar, la estructura familiar es el vínculo de relaciones sociales que determina la organización y dinámica de la vida familiar. Está determinada por los miembros del grupo familiar, la función de cada uno y las relaciones jerárquicas entre los mismos.	Cualitativa, nominal.	1. Hogares nucleares: núcleo conyugal biparental con hijos; o núcleo conyugal monoparental. 2. Hogares extensos: hogares nucleares + otros parientes 3. Hogares compuestos: hogares nucleares (con o sin otros parientes) + otros no parientes	Se evaluará a través de la pregunta: 1 ¿Con qué miembros de su familia vive? 2 ¿Quiénes son los miembros de su familia? Su familia está compuesta por - Padres – hijos - Abuelos, padres e hijos - Un solo padre y los hijos

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorías	Fuente
			4. Hogares familiares sin núcleo: no existe un núcleo conyugal o una relación padre/madre-hijo/hija, pero existe una relación de hermanos u otras relaciones de parentesco (42).	
Estructura familiar	Según el observatorio internacional de las familias y política familiar, la estructura familiar es el vínculo de relaciones sociales que determina la organización y dinámica de la vida familiar. Está determinada por los miembros del grupo familiar, la función de cada uno y las relaciones jerárquicas entre los mismos.	Cualitativa, nominal.	1. Hogares nucleares: núcleo conyugal biparental con hijos; o núcleo conyugal monoparental. 2. Hogares extensos: hogares nucleares + otros parientes 3. Hogares compuestos: hogares nucleares (con o sin otros parientes) + otros no parientes 4. Hogares familiares sin núcleo: no existe un núcleo conyugal o una relación padre/madre-hijo/hija, pero existe una relación de hermanos u otras relaciones de parentesco (42).	Se evaluará a través de la pregunta: 1 ¿Con qué miembros de su familia vive? 2 ¿Quiénes son los miembros de su familia? Su familia está compuesta por - Padres – hijos - Abuelos, padres e hijos - Un solo padre y los hijos
Fuente de información acerca del autocuidado	Que es una fuente de información	Cualitativa Nominal	Padres	Preguntas en cuestionario de caracterización

Se realizarán el análisis a partir de dos actividades con el total de la comunidad académica, en la que en la primera de ellas se hará socialización de los resultados de la investigación y en la otra, por medio de una actividad educativa, se abordarán las temáticas identificadas como oportunidades de mejoramiento a partir de los resultados recolectados con el instrumento EDEX, el cual evalúa las habilidades psicosociales y hábitos saludables en escolares y se encuentra validado para la población colombiana.

Resultados

Caracterización Sociodemográfica

Para la realización de la presente investigación se contó con la participación voluntaria de un grupo de 62 estudiantes de los grados 7° a 9° de una institución educativa en Bogotá, quienes cumplían los requisitos de inclusión: ser mayor de 14 años y estar matriculados como estudiantes activos al momento de la aplicación de los instrumentos, ningún estudiante de los que aceptaron participar cumplía con alguno de los criterios de exclusión.

Los objetivos específicos orientarán la presentación y análisis de los resultados, es necesario aclarar que los grados de 7° a 9° se tomarán como un grupo único, dado el ciclo de formación en que se encuentran, denominado en la estructura educativa colombiana educación básica secundaria.

Con relación a las características sociodemográficas de los participantes se identifica que el 43 (69.3%) son hombres y 18 (30,7%) son mujeres, lo anterior guarda correspondencia con la distribución de la institución predominantemente masculina, la totalidad del grupo se encuentra en la adolescencia, con una distribución mayoritaria de 14 años para ambos sexos. El 79% pertenecen a los estratos 3-4 que se clasifican en clase media, en el que se encuentra la mayoría de la población escolarizada en el país.

Al hacer referencia a la composición familiar, el 53,22% refieren pertenecer a familias nucleares tradicionales entendida como constituida por padre y madre incluyendo hijos o hijas; El 20,96% a familia extensa, en las que se incluyen, padre, madre, hijos, abuelos etc., el 17,74% pertenecen a una familia monoparental, referido a familias con

cabeza de hogar solamente padre o madre y por último el 8,06% no informan acerca de la composición de sus familias. La tabla 2 sintetiza las características descritas.

Tabla 2. Caracterización sociodemográfica

	Sexo		Edad en años								Núcleo familiar							
	#	%	14	%	15	%	16+	%	NR	%	FT	%	Ex	%	MP	%	NR	%
Hombre	43	69	37	60	4	6	2	3	0	0	25	40	10	16	7	11	1	2
Mujer	18	29	14	23	3	5	1	2	1	2	8	13	3	5	4	6	3	5
NR	1	2															1	2

Nota: Un participante de sexo femenino no reporta edad.

Fuente: Elaboración a partir de instrumentos aplicados

En respuesta al objetivo “Conocer las fuentes de información respecto a las prácticas de autocuidado en un grupo de adolescentes escolarizados, de una IE de Bogotá” se identifica que para el total de las prácticas de autocuidado los padres son, según lo señalado por los estudiantes, la principal fuente de información, seguido de los profesores y las redes sociales. Es importante anotar que el porcentaje que hace referencia, en este rol, a la figura paterna, como fuente de información es bajo. Llama la atención el escaso reconocimiento de personal del sistema de salud como fuente de información máxime teniendo en cuenta que las prácticas exploradas se describen en la literatura bien sea como factores de riesgo para la presentación de alteraciones de la salud o como conductas protectoras.

Respecto a las primeras en las que se incluyen protección en las relaciones sexuales, consumo de alcohol, consumo de cigarrillo, consumo de sustancias psicoactivas, en general se identifica que los adolescentes reconocen como principal fuente de información a los padres 34,5% de seguidos de los profesores 21,81%, las redes sociales 17,43%, y por último los profesionales de salud 6,8%. Se encontró que un hombre y una mujer refieren no haber recibido información por parte de ninguna fuente. La tabla 3 sintetiza la información.

Tabla 3. Fuentes de información factores de riesgo

Fuente de información	Protección en las relaciones sexuales		Consumo de alcohol		Consumo de cigarrillo		Consumo de sustancias psicoactivas	
	Hombre	Mujer	Hombres	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Madre	10%	7%	11%	8%	11%	17%	11%	6%
Padre	8%	0%	0%	3%	1%	13%	7%	0%
Padres	27%	32%	37%	26%	36%	30%	36%	39%
Redes sociales	24%	25%	18%	33%	17%	13%	13%	22%
Profesores	15%	25%	17%	23%	17%	13%	18%	25%
Profesionales de salud	14%	7%	14%	5%	11%	4%	12%	3%
No he recibido información	1%	4%	3%	3%	6%	9%	4%	6%

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes.

Es importante anotar que se presentan diferencias relacionadas con el sexo de los participantes. Sobre protección en las relaciones sexuales, las mujeres refieren recibir por parte de los padres con un 32%, en comparación con los hombres con un 27%. Frente a los profesores como fuente de información las mujeres refieren 25% en comparación con un 15% de los hombres. Otro aspecto para destacar es que los hombres identifican a los profesionales de salud como fuente de información en un 14% y las mujeres en un 7%. En las prácticas consumo de alcohol y sustancias psicoactivas los hombres refieren recibir más información de los padres seguido de redes sociales y profesores; en este caso también es evidente la poca participación del personal de salud en la prevención de estas conductas de riesgo.

Con relación a las fuentes de información frente a factores protectores, que se muestra en la tabla 4, se identifica de manera general que, sobre las diferentes prácticas protectoras indagados, los participantes refieren que los padres son la principal fuente de información seguidos de los profesores, lo que podría indicar que estas temáticas se abordan dentro del entorno educativo de manera transversal a los contenidos de las asignaturas. Los profesionales de la salud como fuente de información para los

adolescentes son reconocidos en un bajo porcentaje. Un hombre y una mujer refieren no haber recibido información por parte de ninguna fuente.

Tabla 4. Fuentes de información prácticas protectoras

Fuente de información	No participar en cdtas delictivas		No participar en cdtas de matoneo		Manejo del tiempo libre		Planeación del proyecto de vida	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Madre	10%	8%	8%	6%	8%	28%	6%	13%
Padre	0%	0%	4%	0%	3%	7%	5%	0%
Padres	46%	42%	39%	31%	41%	22%	42%	26%
Redes sociales	12%	12%	12%	23%	17%	16%	13%	10%
Profesores	18%	27%	25%	29%	22%	15%	21%	39%
Profesional de salud	9%	3%	1%	6%	3%	7%	5%	0%
No he recibido información	4%	9%	5%	6%	5%	7%	8%	13%

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

Se evidencia que hay diferencias en hombres y mujeres, los hombres señalan que reciben más información sobre prácticas protectoras. Para las mujeres, los profesores son la fuente de información más reconocida. Frente al manejo del tiempo libre, los hombres señalan recibir más información de sus padres, al igual que con relación a la planeación del proyecto de vida.

Al analizar por grupos etarios, se identifica que a medida que aumenta la edad toman mayor relevancia las redes sociales y los profesionales como fuente de información, especialmente en aspectos como la protección en relaciones sexuales. En el anexo 6 se presentan las distribuciones por grupos etarios, información que puede servir de base para futuros estudios y ser soporte en la toma de decisiones y el diseño de acciones relacionadas con el fortalecimiento de fuentes de información en salud y el reconocimiento de estas en este grupo poblacional.

Frente al objetivo 2: “Describir la presencia de habilidades psicosociales para la vida, a partir de la aplicación del cuestionario adaptado EDEX, en grupo de adolescentes escolarizados”, una vez analizadas las preguntas y previa consulta con las autoras de la adaptación del instrumento, estas se agruparon en tres categorías : habilidades relacionales y sociales, donde se reconoce la capacidad del adolescente para construir y consolidar relaciones interpersonales calificadas como de mutuo respeto y aceptación; habilidades cognitivas, las cuales hacen referencia a percibir, entender y comprender las situaciones de la vida cotidiana de manera adecuada y por lo último las habilidades referidas al control de emociones, las cuales corresponden a las aptitudes de respuesta ante circunstancias que ponen en juego la capacidad de adaptación, expresión y manejo de emociones. La correspondencia con las preguntas del cuestionario se presenta a continuación en la tabla 5. Para la sistematización de las respuestas la presencia de la habilidad corresponde a 1 y la ausencia a 0 (Ver anexo 4). El total del cuestionario arroja una puntuación de habilidades psicosociales para la vida arroja una puntuación máxima de 18.

Tabla 5. Conformación Categorías Habilidades para la Vida

Categoría	# Pregunta	Preguntas	Puntaje Máximo en la categoría
Habilidades relacionales y sociales	1.	¿A mis amigas y amigos les gusta mi forma de ser?	7
	2.	¿Sólo hago amistad con niños y niñas que me tratan bien?	
	3.	¿Trato a los demás como me gusta que me traten a mí?	
	4.	¿Me gusta ponerle apodos o sobrenombres a otros compañeros o compañeras?	
	5.	¿Acepto chatear con nuevos amigos en Facebook, si los conozco?	
	6.	¿Cuándo me invitan a una pelea, digo que no estoy de acuerdo con pegarle a otra persona?	
	18	¿Cuándo en mi casa hay peleas entre los mayores, espero que les pase el mal genio y les digo lo mal que me he sentido?	
	7.	¿Si creo que tengo derecho a algo, lo pido?	
	8.	¿Cuándo llegan nuevos estudiantes a mí salón, hago amistad con ellos?	
	9.	¿Soy una persona con cualidades?	

Categoría	# Pregunta	Preguntas	Puntaje Máximo en la categoría
Habilidades cognitivas	10.	¿Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de mis compañeros?	8
	12.	¿Cuándo mis amigos o amigas me piden que haga algo que yo no quiero, les digo que no estoy de acuerdo?	
	15.	¿Cuándo debo tomar una decisión, primero pienso en diferentes soluciones?	
	16.	¿Si alguien dice algo de mí que no es cierto, le respondo lo que yo pienso?	
	17.	¿Participo en clase sin miedo?	
Control de emociones	11	¿Cuándo tengo un problema pido ayuda?	3
	13.	¿Antes de hacer algo, pienso en lo que podría pasar?	
	14.	¿Salgo a jugar con mis amigos y amigas, aunque tenga que estudiar?	

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

La síntesis de las respuestas de grupo de adolescentes respecto a la categoría de habilidades relacionales y sociales tomando como referencia el puntaje ideal, evidencia que 55 de los participantes obtuvieron 7 en la pregunta “¿A mis amigas y amigos les gusta mi forma de ser?”, que hace referencia a la percepción de aceptación del adolescente en su grupo. Del total de los estudiantes que responden negativamente a esta pregunta 4 de ellos refieren hacer parte de familias monoparentales.

El puntaje más bajo se identifica en la pregunta que hace referencia al manejo de la comunicación del adolescente en situaciones de conflicto familiar. En este sentido es posible plantear que los estudiantes participantes presentan mayores habilidades relacionales con su grupo de pares y refuerza lo identificado en la pregunta 1. En la tabla 6 se sintetiza esta información.

Tabla 6. Distribución del grupo de estudiantes en la categoría habilidades relacionales y sociales

#	Pregunta	Presencia de la habilidad	%	Ausencia de la habilidad	%
1.	¿A mis amigas y amigos les gusta mi forma de ser?	55	89	7	10
2.	¿Sólo hago amistad con niños y niñas que me tratan bien?	50	81	12	19

#	Pregunta	Presencia de la habilidad	%	Ausencia de la habilidad	%
3.	¿Trato a los demás como me gusta que me traten a mí?	49	79	13	21
4.	¿Me gusta ponerle apodos o sobrenombres a otros compañeros o compañeras?	30	48	32	52
5.	¿Acepto chatear con nuevos amigos en Facebook, si los conozco?	30	48	32	52
6.	¿Cuándo me invitan a una pelea, digo que no estoy de acuerdo con pegarle a otra persona?	36	58	26	42
18	¿Cuándo en mi casa hay peleas entre los mayores, espero que les pase el mal genio y les digo lo mal que me he sentido?	14	22	48	77

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

En el análisis por puntuación de la categoría habilidades relacionales y sociales según sexo y tipo de familia, el promedio fue 4,25, la moda de los datos fue 5 y la mediana corresponde al puntaje 4. Al relacionar los puntajes de respuesta con el tipo de estructura familiar se identifican diferencias entre los participantes que refieren pertenecer a familias tradicionales y a familias monoparentales. En la primera se encuentran los puntajes más altos mientras que los más bajos se identifican en la monoparental. En la tabla 7 se sintetiza esta información.

Tabla 7. Distribución puntajes categoría habilidades relacionales y sociales según sexo y tipo de familia

Puntaje	Sexo				Tipo de familia					
	Masculino		Femenino		FT		Ext		Mon	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
7	1	2	0	0	1	3	0	0	0	0
6	9	21	4	22	9	27	3	23	0	0
5	10	23	6	33	10	30	3	23	2	18
4	9	21	4	22	8	24	3	23	1	9
3	8	19	1	5	2	6	2	15	3	27

Puntaje	Sexo				Tipo de familia					
	Masculino		Femenino		FT		Ext		Mon	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
2	7	16	1	5	3	9	2	15	3	27
1	0	0%	2	11	0	0	0	0	2	18

* Un participante con puntaje 4 no responde sexo ni tipo de familia
*FT: Familia tradicional; Ext: Familia Extensa; Mn: Familia Monoparental

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

Habilidades cognitivas

Para el grupo de habilidades cognitivas se identifica que el mayor puntaje a nivel general se encuentra en las preguntas que indagan acerca de la percepción de las cualidades en el adolescente (53), la capacidad de autonomía en la toma de decisiones y la capacidad de ser asertivo frente a las opiniones de otros (53). La pregunta que obtuvo menor puntuación fue la que hace referencia al temor de los estudiantes al momento de participar en clase (28), situación en la que entra en juego la imagen frente al adulto y el grupo. A continuación, en la tabla 8, se muestra la distribución de habilidades cognitivas por pregunta.

En el análisis por puntuación de la categoría de habilidades cognitivas fue: promedio de 6,22, la moda de los datos fue 7 y la mediana corresponde al puntaje 6,5.

Tabla 8. Distribución del grupo de estudiantes en la categoría habilidades cognitivas

#	Pregunta	Presencia de la habilidad	%	Ausencia de la habilidad	%
7.	¿Si creo que tengo derecho a algo, lo pido?	52	84	10	16
8.	¿Cuándo llegan nuevos estudiantes a mí salón, hago amistad con ellos?	50	81	12	19
9.	¿Soy una persona con cualidades?	53	85	9	14
10.	¿Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de mis compañeros?	50	81	12	19

#	Pregunta	Presencia de la habilidad	%	Ausencia de la habilidad	%
12.	¿Cuándo mis amigos o amigas me piden que haga algo que yo no quiero, les digo que no estoy de acuerdo?	53	85	9	15
15.	¿Cuándo debo tomar una decisión, primero pienso en diferentes soluciones?	47	76	15	24
16.	¿Si alguien dice algo de mí que no es cierto, le respondo lo que yo pienso?	53	85	9	15
17.	¿Participo en clase sin miedo?	28	45	34	55

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

En el análisis de la categoría habilidades cognitivas por sexo y tipo de familia, se identifica que para hombres y mujeres en puntaje ideal los porcentajes de respuesta son próximos, sin embargo, vale la pena mencionar que el puntaje mínimo se presentó únicamente en participantes hombres. Respecto a la estructura familiar se evidencia que quienes refieren pertenecer a familias tradicionales alcanzan mayores puntajes. La tabla 9 sintetiza la información.

Tabla 9. Distribución puntajes categoría habilidades cognitivas según sexo y tipo de familia

Puntaje	Sexo				Tipo de familia					
	Masculino		Femenino		FT		Ext		Mon	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
8	9	21	4	22	10	30	1	8	1	9
7	14	32	3	17	10	30	5	38	1	9
6	6	14	4	22	3	9	3	23	3	27
5	7	16	6	33	6	18	3	23	3	27
4	5	12	1	5	3	9	1	8	2	18
3	2	5	0	0	1	3	0	0	1	9

* 1 participante con puntaje de 8, 1 con puntaje de 7, 1 con puntaje de 6 y 1 con puntaje de 5 no responden tipo de familia.
1 con puntaje 8 no refiere tipo de familia ni sexo.

*FT: Familia tradicional; Ext: Familia Extensa; Mn: Familia Monoparental

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

Habilidad control de emociones

Para el grupo de control de emociones se identifica que el mayor puntaje a nivel general se encuentra en la pregunta ¿Antes de hacer algo, pienso en lo que podría pasar? (44), la menor puntuación fue ¿Cuándo tengo un problema pido ayuda? (33), puntaje que al igual que en el anterior grupo guarda relación con las habilidades relacionales.

La Tabla 10 muestra la distribución de habilidad control de emociones por pregunta.

En el análisis por puntuación de la categoría habilidades cognitivas la media fue de 1,7, la moda de los datos fue 2 y la mediana corresponde al puntaje 2.

Tabla 10. Distribución del grupo de estudiantes en la categoría control de emociones

#	Pregunta	Presencia de la habilidad	%	Ausencia de la habilidad	%
11.	¿Cuándo tengo un problema pido ayuda?	33	53	29	47
13.	¿Antes de hacer algo, pienso en lo que podría pasar?	44	71	18	29
14.	¿Salgo a jugar con mis amigos y amigas, aunque tenga que estudiar?	34	55	28	45

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

A continuación, se presentan los resultados tomando como referente el puntaje ideal de 3.

En la tabla 11 se muestra la discriminación por sexo y tipo de familia. Para esta habilidad hombres y mujeres presentaron puntajes similares. Al igual que en las habilidades anteriores los puntajes más bajos se identifican en participantes que refieren pertenecer a familia monoparental.

Tabla 11. Distribución puntajes categoría control de emociones según sexo y tipo de familia

Puntaje	Sexo				Tipo de familia					
	Masculino		Femenino		FT		Ext		Mon	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
3	10	23	3	17	7	21	3	23	1	9
2	19	44	8	44	16	48	8	61	2	18
1	10	23	5	28	8	24	1	7	6	54
0	4	9	2	11	2	6	1	8	2	18

* 1 participante con puntaje 3 no responde sexo ni tipo de familia
 *3 participantes con puntaje de 3 no responden a ningún tipo de familia, al igual que 2 participantes con puntaje de 2 y de 0.
 *FT: Familia tradicional; Ext: Familia Extensa; Mn: Familia Monoparental

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

Se evidencia que para en las tres categorías de habilidades para la vida se presenta un comportamiento similar en el que las diferencias en porcentajes de hombres y mujeres no son significativas y que en la categoría familia monoparental se identifican los puntajes más bajos.

Con respecto al objetivo describir la presencia de prácticas de autocuidado a partir de la aplicación del cuestionario adaptado EDEX, se clasificaron en 6 categorías principales. Estas categorías fueron:

Tabla 12. Categorías Autocuidado

Categoría	# Pregunta	Preguntas	Puntaje Máximo en la categoría
Consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas	2.	En las fiestas o reuniones familiares, ¿He tomado licor?	3
	3.	Por curiosidad ¿He probado el cigarrillo?	
	4.	Últimamente ¿He vuelto a fumar?	
Actividad y descanso	5.	¿Después de llegar del colegio pasó mucho tiempo en internet, viendo televisión o en videojuegos?	

Categoría	# Pregunta	Preguntas	Puntaje Máximo en la categoría
	6.	¿Me gusta hacer deporte o jugar al aire libre con otras personas?	3
	7.	¿En la noche duerme mínimo 8 horas?	
Seguridad	1.	Cuando me enfermo, los medicamentos que tomo son los que me ha formulado el médico	3
	13.	¿Antes de cruzar la calle siempre miro a lado y lado para asegurarme que esté libre de carros, motos y ciclas?	
	14.	Si monto en bicicleta, patines o patineta ¿Tomó precauciones para evitar accidentes?	
Alimentación	8.	¿Me gusta la comida que sirven en mi casa?	5
	9.	Si como golosinas con frecuencia, ¿Puedo dañar mis dientes?	
	10.	¿Todos los días como frutas ya sea en jugo, enteras o picadas?	
	11.	¿Como verduras todos los días en sopa, ensalada o en guiso?	
	12.	Si como seguido “comida chatarra” ¿Me puedo engordar mucho?	
Medio Ambiente	17.	¿En mi casa reciclamos?	2
	19.	¿En mi colegio separo la basura para reciclar?	
Higiene	15.	¿Me gusta cepillarme los dientes después de cada comida?	3
	16.	¿Me gusta comer en ventas de comida callejera?	
	18.	¿Me gusta lavarme las manos antes de cada comida?	

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

Alcohol y SPA

Para el grupo de alcohol y SPA se identifica que el mayor puntaje a nivel general lo obtuvo la pregunta relacionada con el fumar cigarrillo con una puntuación de 60. La

pregunta con la menor puntuación hace referencia al consumo de licor en fiestas familiares con puntuación de 42. La tabla 13 muestra la distribución.

Tabla 13. Distribución del grupo de estudiantes en la categoría Alcohol y SPA

#	Pregunta	# Estudiantes con la actividad	% Estudiantes con la actividad	# Estudiantes sin la actividad	% Estudiantes con la actividad
2	En las fiestas o reuniones familiares, ¿He tomado licor?	42	68	20	32
3	Por curiosidad ¿He probado el cigarrillo?	59	95	3	5
4	Últimamente ¿He vuelto a fumar?	60	97	2	3

*Las preguntas 2,3 y 4 puntúan 0 como Si y No como 1

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

A continuación, se presentan los resultados tomando como referencia el puntaje ideal 3. Uno de los participantes hombre de familia monoparental presenta un puntaje de 0, es decir se identifica ausencia de prácticas de autocuidado relacionadas con el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. La tabla 14 sintetiza la información

Tabla 14. Distribución puntajes categoría alcohol y SPA según sexo y tipo de familia

Puntaje	Sexo				Tipo de familia					
	Masculino		Femenino		FT		Ext		Mon	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
3	30	70	9	50	23	70	10	77	5	45
2	11	25	9	50	9	27	3	23	5	45
1	1	2	0	0	1	3	0	0	0	0
0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	9

*Un participante obtuvo puntaje ideal de 3, no brindó información respecto a sexo y tipo de familia.
*Un participante con puntaje 3 y tres con puntaje 2 y no brindaron información acerca del tipo de familia al que pertenecen.

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

Actividad y descanso

Para el grupo de actividad y descanso se identifica que el mayor puntaje a nivel general lo obtuvo la pregunta relacionada con el hacer deporte y jugar al aire libre con una puntuación de 53. La pregunta con la menor puntuación, es decir menor presencia de la actividad de autocuidado, hace referencia al tiempo de permanencia en la red posterior a la llegada del colegio con puntuación de 16. La tabla 15 muestra la distribución.

Tabla 15. Distribución del grupo de estudiantes en la categoría actividad y descanso

#	Pregunta	# Estudiantes con la actividad	% Estudiantes con la actividad	# Estudiantes sin la actividad	% Estudiantes con la actividad
5	¿Después de llegar del colegio pasó mucho tiempo en internet, viendo televisión o en videojuegos?	46	74	16	26
6	¿Me gusta hacer deporte o jugar al aire libre con otras personas?	53	85	9	15
7	¿En la noche duerme mínimo 8 horas?	31	50	31	50%

*La pregunta 5 puntúan 0 como Si y No como 1

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

A continuación, se presentan los resultados tomando como referencia el puntaje ideal 3. En la tabla 16 se muestra la discriminación por sexo y por tipo de familia. En la cual podemos evidenciar que el déficit de prácticas relacionadas con la actividad y el descanso es mayor en hombres que en mujeres.

Tabla 16. Distribución puntajes categoría Actividad y descanso según sexo y tipo de familia

Puntaje	Sexo				Tipo de familia					
	Masculino		Femenino		FT		Ext		Mon	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
3	6	16	3	17	7	21	0	0	1	9
2	16	42	9	50	11	33	7	54	4	36
1	15	39	5	28	11	33	4	31	5	45

Puntaje	Sexo				Tipo de familia					
	Masculino		Femenino		FT		Ext		Mon	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
0	6	16	1	5	4	12	2	15	1	9

*Un participante obtuvo puntaje ideal de 3, no brindó información respecto a sexo y tipo de familia.
 *Un participante con puntaje 3 y tres con puntaje de 2 no brindaron información acerca del tipo de familia.
 FT: Familia tradicional; Ext: Familia Extensa; Mn: Familia Monoparental.

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

Seguridad

Para el grupo de preguntas relacionadas con seguridad, se identifica que el mayor puntaje (59) a nivel general se encuentra en la pregunta que indaga acerca de la precaución que tienen los adolescentes al momento de cruzar la calle. Por otra parte, el menor puntaje (46) está relacionado con la pregunta que explora las precauciones que toman los adolescentes al momento de montar en bicicleta, patines o patineta para evitar accidentes. En la tabla 17 se sintetiza esta información.

Tabla 17. Distribución del grupo de estudiantes en la categoría Seguridad

#Pregunta	Pregunta	# Estudiantes con la habilidad	% Estudiantes con la habilidad	# Estudiantes sin la habilidad	% Estudiantes sin la habilidad
1	Cuando me enfermo, los medicamentos que tomo son los que me ha formulado el médico	48	77	14	22
13	¿Antes de cruzar la calle siempre miro a lado y lado para asegurarme que esté libre de carros, motos y ciclas?	59	95	3	5
14	Si monto en bicicleta, patines o patineta ¿Tomó precauciones para evitar accidentes?	46	74	16	26

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

A continuación, en la tabla 18, se presentan los resultados teniendo la discriminación por sexo y tipo de familia. Los puntajes para hombres y mujeres son similares en todas

las calificaciones. Este grupo de actividades de autocuidado es el que presenta mayor similitud tanto por sexo como por tipo de familia.

Tabla 18. Distribución puntajes categoría Seguridad según sexo y tipo de familia

Puntaje	Sexo				Tipo de familia					
	Masculino		Femenino		FT		Ext		Mon	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
3	27	62	11	61	23	70	9	68	5	45
2	10	23	6	33	6	18	3	23	0	0
1	4	9	0	0	2	6	1	8	0	0
0	2	5	1	6	2	6	0	0	0	0

*1 participante con puntaje de 3 no refiere sexo ni tipo de familia
 *4 participantes con puntaje de 3 no refieren ningún tipo de familia
 FT: Familia tradicional; Ext: Familia Extensa; Mn: Familia Monoparental

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

Alimentación

Para las preguntas correspondientes a la sección de alimentación se expone que el mayor puntaje (54) se encuentra relacionado con la pregunta referente al gusto de los adolescentes por la comida que les sirven en casa, de quienes respondieron negativamente se identifica que el 50% pertenece a familia monoparental. La pregunta menor puntuada (39) es la concerniente al consumo de verduras, tanto en sopa, ensalada o guiso, por lo que se puede inferir que 23 adolescentes prefieren evitar estos alimentos tomando en cuenta que son favorables para su salud. La tabla 19 muestra la distribución de las preguntas de alimentación

Tabla 19. Distribución del grupo de estudiantes en la categoría Alimentación

#	Pregunta	# Estudiantes con la actividad	% Estudiantes con la actividad	# Estudiantes sin la actividad	% Estudiantes sin la actividad
8	¿Me gusta la comida que sirven en mi casa?	54	87	8	13

#	Pregunta	# Estudiantes con la actividad	% Estudiantes con la actividad	# Estudiantes sin la actividad	% Estudiantes sin la actividad
9	Si como golosinas con frecuencia, ¿Puedo dañar mis dientes?	51	82	11	18
10	¿Todos los días como frutas ya sea en jugo, enteras o picadas?	51	8	11	18
11	¿Como verduras todos los días en sopa, ensalada o en guiso?	39	63	23	37
12	Si como seguido “comida chatarra” ¿Me puedo engordar mucho?	48	77	14	22

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

Los resultados discriminados por sexo y tipo de familia, teniendo como puntaje máximo de 5, el cual se presentan en la tabla 20. Se pueden observar puntajes mínimos se presentaron en hombres. Con respecto al tipo de familia, la mayor cantidad de personas con un puntaje ideal de 5 pertenecen al tipo de familia tradicional.

Tabla 20. Distribución puntajes categoría Alimentación según sexo y tipo de familia

Puntaje	Sexo				Tipo de familia					
	Masculino		Femenino		FT		Ext		Mon	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
5	16	37	7	39	12	36	5	38	3	27
4	13	30	8	44	11	33	5	38	5	45
3	6	14	1	5	4	12	1	8	1	9
2	6	14	2	11	5	15	1	8	2	18
1	2	5	0	0	1	3	1	8	0	0

*1 participante obtuvo un puntaje ideal de 5, no refiere información respecto al sexo y tipo de familia
*Los 3 participantes obtuvieron un puntaje ideal de 5, pero no refieren tipo de familia.
* 1 participante tuvo un puntaje de 3, no describe ningún tipo de familia.
FT: Familia tradicional; Ext: Familia Extensa; Mn: Familia Monoparental

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

Medio ambiente

Para el grupo medio ambiente se identifica que el mayor puntaje a nivel general se encuentra en la pregunta relacionada con el reciclaje en casa (53). La pregunta que obtuvo menor puntuación fue la que hace referencia a si los estudiantes separan la basura a la hora de reciclar en el colegio (30). La Tabla 21 muestra la distribución de prácticas de cuidado del medio ambiente.

Tabla 21. Distribución del grupo de estudiantes en la categoría Medio Ambiente

#	Pregunta	# Estudiantes con la actividad	% Estudiantes con la actividad	# Estudiantes sin la actividad	% Estudiantes sin la actividad
17	¿En mi casa reciclamos?	53	85	9	14
19	¿En mi colegio separo la basura para reciclar?	30	48	32	52

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

A continuación, en la tabla 22 se presentan los resultados tomando como referente el puntaje ideal de 2, y se identifica que hombres y mujeres en similares porcentajes presentan la ausencia de este grupo de prácticas, sin diferencia en el tipo de familia

Tabla 22. Distribución puntajes categoría Medio Ambiente según sexo y tipo de familia

Puntaje	Sexo				Tipo de familia					
	Masculino		Femenino		FT		Ext		Mon	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
2	17	40	11	58	14	42	6	46	5	45
1	20	48	6	32	16	48	5	38	5	45
0	5	12	2	10	3	9	2	15	1	9

*1 participante obtuvo un puntaje de 1, no refiere información respecto al sexo y tipo de familia
 *3 participantes obtuvieron un puntaje ideal de 2, pero no refieren tipo de familia.
 *1 participante obtuvo el puntaje mínimo de 0, no refieren tipo de familia.
 *FT: Familia tradicional; Ext: Familia Extensa; Mn: Familia Monoparental

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

Higiene

Para el grupo de higiene se identifica que el mayor puntaje a nivel general se encuentra en la pregunta relacionada con el acceso a alimentos en ventas callejeras (54), es importante anotar que esta pregunta, según las autoras y en el proceso de validación del cuestionario realizado por las mismas, se refiere que indaga por el riesgo asociado al consumo de alimentos sin las debidas prácticas de aseo. Las prácticas asociadas a lavado de manos y cepillado de dientes presentan puntajes que evidencian que no existe total adherencia a las mismas.

Tabla 23. Distribución del grupo de estudiantes en la categoría Higiene

#	Pregunta	# Estudiantes con la actividad	% Estudiantes con la actividad	# Estudiantes sin la actividad	% Estudiantes sin la actividad
15	¿Me gusta cepillarme los dientes después de cada comida?	44	71	18	29
16.	¿Me gusta comer en ventas de comida callejera?	54	87	8	13
18.	¿Me gusta lavarme las manos antes de cada comida?	41	66	21	34

*La pregunta 16 puntúa 0 como Si y 1 como No

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

A continuación, se presentan los resultados tomando como referente el puntaje ideal de 3. En la tabla 24 se muestra la distribución por sexo y tipo de familia.

De los resultados anteriores se puede concluir que más de la mitad de los hombres como mujeres reconocen la importancia de mantener una buena higiene; sin embargo, se evidencia que, a pesar de que las mujeres son minoría en la muestra, ellas son quienes tienen mayor participación a la hora de realizar hábitos de higiene. También se evidencia que los participantes que refieren pertenecer a las familias tradicionales y extendidas son quienes mejores hábitos de higiene mencionan.

Tabla 24. Distribución puntajes categoría Higiene según sexo y tipo de familia

Puntaje	Sexo				Tipo de familia					
	Masculino		Femenino		FT		Ext		Mon	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
3	22	51	11	61	15	45	10	77	4	36
2	9	21	5	28	6	18	3	23	5	45
1	7	16	2	11	7	21	0	0	2	18
0	5	12	0	0	5	15	0	0	0	0

*1 participante obtuvo puntaje ideal de 3, no brindó información respecto a sexo y tipo de familia.
 * 4 participantes obtuvieron puntaje de 3 y no brindaron información acerca del tipo de familia al que pertenecen.
 *FT: Familia tradicional; Ext: Familia Extensa; Mn: Familia Monoparental

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

En respuesta al objetivo general se identifica que respecto a la variable habilidades para la vida en el grupo de adolescentes participante la media corresponde a un puntaje de 12,56 con una desviación estándar de 2,75 y una puntuación mínima de 5 y máxima de 17. Esta información se encuentra en la tabla 25.

Tabla 25. Distribución general Habilidades para la vida.

Puntaje	#	%
5	1	2
6	0	0
7	2	3
8	2	3
9	6	10
10	4	7
11	3	5
12	10	16
13	7	11
14	9	15
15	10	16

Puntaje	#	%
16	6	10
17	2	3

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

Se identifica que 44 (71%) participantes presentan puntuaciones por encima de la media del grupo; si bien la aplicación del instrumento no tiene como propósito calificar el logro de estas habilidades, es relevante evidenciar que el mayor conglomerado de estudiantes se ubica en el rango de puntuación 12 a 15. Al hacer la descripción de los resultados de los objetivos específicos se evidenciaron las diferencias en cada una de las categorías que hacen referencia al logro de estas.

Respecto a las prácticas de autocuidado la media en la puntuación es de 13,76 con una desviación estándar de 2.90 y una puntuación mínima de 7 y máxima de 19. Los resultados generales se evidencian en la tabla 26. Se identifica que 41(73%) de los estudiantes se encuentra sobre la media de puntuación.

Tabla 26. Distribución general Autocuidado

Puntaje	#	%
7	2	3
8	1	2
9	4	6
10	2	3
11	2	3
12	9	15
13	8	13
14	6	10
15	8	13
16	10	16
17	4	6
18	5	8
19	1	2

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

A continuación, se presenta el puntaje ideal general de toda la muestra seleccionada. Con respecto a la categoría de habilidades para la vida se puede observar en la tabla 27.

Tabla 27. Distribución general por puntaje y estudiante Habilidades para la vida

PUNTAJES		0	1	2	3	4	5	6	7	8
HABILIDADES RELACIÓN	# ESTUD	0	2	7	9	14	16	13	1	0
	%	0	3	11	15	23	26	21	2	0
HABILIDADES COGNITIVAS	# ESTUD				2	6	13	10	17	13
	%				3	10	21	16	27	21
HABILIDADES EMOCIONES	# ESTUD	6	15	27	14					
	%	10	24	44	23					

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

Con relación a las categorías que hacen parte del componente de autocuidado, en la tabla 28 se puede identificar la distribución por puntajes en cada una de las categorías.

Tabla 28. Distribución general por puntaje y estudiante Autocuidado

Categoría	Puntaje						
		0	1	2	3	4	5
ALCOHOL Y SPA	# ESTUD	1	3	20	38		
	%	2	5	32	61		
ACTIVIDAD Y DESCANSO	# ESTUD	7	20	25	10		
	%	11	32	4	16		
SEGURIDAD	# ESTUD	3	4	16	39		
	%	5	6	26	63		
ALIMENTACIÓN	# ESTUD	0	2	8	7	21	24
	%	0	3	13	11	34	39
MEDIO AMBIENTE	# ESTUD	7	27	31	14		
	%	11	43	45			
HIGIENE	# ESTUD	6	11	31	14		
	%	10	18	50	23		

Fuente: Instrumentos aplicados a los participantes

Discusión

Como se señala en los resultados la principal fuente de información, reconocida por los adolescentes escolarizados, son los padres en temáticas relacionadas con el manejo de factores de riesgo y prácticas de protección para la salud. Respecto a asuntos relacionados con la salud sexual, los hallazgos coinciden con lo descrito en estudios que refieren que los padres son la principal fuente de información al respecto y que la

comunicación sobre sexualidad por parte de los padres influye en la forma como los jóvenes construyen las actitudes y prácticas de autocuidado, si bien la investigación no abordó la calidad de la información es importante retomar el llamado al fortalecimiento de las habilidades de comunicación frente a estas temáticas en padres, docentes y personal de salud (44-45).

Con relación al rol de los padres como fuentes de información en temáticas relacionadas con el consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas, se identifica los padres y las redes sociales se reconocen como fuente de información. Al respecto se describe que los adolescentes señalan que adicionalmente estas les ofrecen información sobre oportunidades de interacción social en torno al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, publicidad sobre tipo de sustancias y formas de consumo, así como sobre los efectos de estas y normatividad asociada a su consumo y despenalización (46).

Frente a las diferencias de género identificadas en el reconocimiento de las fuentes de información, en temáticas como consumo de sustancias psicoactivas, planeación del proyecto de vida y conductas protectoras en relaciones sexuales es importante anotar, que la pesquisa de la literatura no arrojó información que permita contrastar nuestros resultados, con lo que se evidencia la necesidad de realizar estudios desde el enfoque de género.

A través de la investigación, se pudo evidenciar la poca participación de los profesionales de la salud, frente a la información en los factores de riesgo cómo lo son el consumo de sustancias psicoactivas, cigarrillo y alcohol y en los factores protectores como la protección en las relaciones sexuales, las cuáles hacen parte de las actividades realizadas por parte de enfermería. Estos resultados contrastan con lo señalado en la literatura, respecto al rol que juega enfermería como “agente de salud está llamado a fortalecer los estilos de vida saludable; así, debe poner énfasis en cuidar la salud, y ello se debe estimular desde la infancia, en el seno de la familia y en la escuela, buscando fomentar la salud, pues es un bien imprescindible para la persona y un bien para la comunidad” (47).

El profesional de la salud debería ser una de las fuentes principales de información para los adolescentes, puesto que es quien “por excelencia cuenta con la formación

necesaria para desarrollar esta labor. Su preparación le permite tener un manejo integral, para cuidar saludablemente a la persona, la familia y la comunidad” (47). Sería interesante que todas estas actividades se pudieran potencializar en las diferentes intuiciones educativas, lo cual se debería fortalecer por medio de campañas informativas en la institución de acuerdo con cada uno de los niveles educativos, generando así confianza en los adolescentes para acudir a ellos en búsqueda de información más específica, clara y con evidencia científica en pro de mejorar su autocuidado.

El presente estudio permite identificar que el 1% de los hombres y el 4% de las mujeres refirió no haber recibido información con respecto a la protección en relaciones sexuales sin embargo, la necesidad de información de los adolescentes se evidencia en el estudio “Intervención de Enfermería en la adolescencia: experiencia en una Institución de Estudios Secundarios Pública”, realizado en Costa Rica, que mostró que los adolescentes expresaron una importante necesidad de recibir información en cuanto a métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual e inicio temprano de las relaciones sexuales (48).

Respecto a las habilidades psicosociales, en la categoría que hace referencia a la dificultad de los adolescentes para expresar sus emociones en situaciones de conflicto familiar, desde otras investigaciones se reconoce que el conflicto parental daña la identidad y seguridad familiar de los hijos, en particular cuando es frecuente, su manejo es hostil y se relaciona o involucra a los adolescentes. Los efectos negativos de este tipo de conflicto en el desarrollo de los hijos se asocian con que los padres, envueltos en esta relación, muestran menor disponibilidad emocional, una comunicación ineficiente con los hijos. Los hallazgos muestran que la percepción de apoyo familiar influye de forma positiva en el desarrollo de la empatía y el manejo adecuado de la vergüenza en los niños, lo cual es consistente con lo referido en la literatura acerca del papel de apoyo social en el bienestar emocional y la visión positiva del mundo necesarios para el desarrollo de emociones morales (49).

Existen temas que se evitan, de los que no se habla ni se discute con mucha frecuencia. Se menciona que muchos de los problemas tanto de embarazos no deseados, como de enfermedades de transmisión sexual o de consumo de sustancias dañinas en la población adolescente, se verían disminuidos si la madre y el padre participaran como

fuente activa de información para sus hijos e hijas, y que esta sea significativa para la apropiación de prácticas seguras (50).

Según el artículo Habilidades para la vida (cognitivas y sociales) en adolescentes de una zona rural, se evidenció en cuanto a las habilidades sociales que las mujeres tenían mejores resultados al evaluar esta habilidad en comparación con los hombres (51), los resultados obtenidos en nuestro estudio, no evidencian esta diferencia, por lo que se recomienda la realización de estudios que comparen grupos con características similares en la que la variable de comparación sea la condición urbana o rural.

Al analizar los resultados y tomando como referencia la variable tipo de familia, encontramos que en las habilidades relacionales los puntajes de respuesta más altos están asociados al tipo de estructura familiar tradicional, mientras que los más bajos se observan en el tipo de familia monoparental, sin diferenciación entre hombres y mujeres. Este aspecto es relevante, ya que permite cuestionarse si esta habilidad se fortalece, cuando hay presencia de una figura tanto materna como paterna.

Con respecto a la relación de habilidades sociales y relacionales, según el estudio llamado “Relación de habilidades sociales y tipos de familia en preescolares: estudio de caso”, los niños preescolares pertenecientes a familias extensas tienen mayor probabilidad de desarrollar habilidades sociales y relacionales en comparación con aquellos que provienen de familias nucleares o tradicionales, sin embargo, el estudio reconoce que hay una asociación entre las habilidades sociales y tipo de familia al igual que en el presente estudio realizado con adolescentes (52). A diferencia de la anterior investigación, el presente estudio identifica esta relación en adolescentes provenientes tanto de familia extensa como de tradicional.

En un artículo realizado en una universidad en Venezuela se evidencio que dentro de las habilidades cognitivas frente a la no participación en clase se desencadena por faltas en el sistema educativo que afectan el desarrollo de las mismas, como lo son el uso de textos extensos, dificultades para comprender, estrategias centradas en el docente y en donde su opinión prevalece ante la de los estudiantes y calificaciones deficientes lo cual se manifiesta en frustración y una inadecuada formación del estudiante (53). Por ello podemos evidenciar que esto podría ser uno de los factores que desencadenan la no participación de los estudiantes en clase, ya que genera una barrera de aprendizaje

y dificulta el objetivo principal de la formación y posiblemente no se asocie únicamente al desarrollo de habilidades cognitivas.

En cuanto a la habilidad de control de emociones, diferentes estudios han demostrado que las mujeres tienen un nivel más alto de inteligencia emocional que los hombres y que debido a que ellas son más empáticas y perceptivas tienen menor riesgo de problemas de conducta en comparación con los hombres (54). Esto difiere con los resultados obtenidos en el presente estudio, debido a que no se halló una diferencia significativa entre ambos sexos.

Respecto al tipo de estructura familiar y la habilidad de control de emociones, se encontró que los adolescentes que refieren pertenecer a familias de tipo monoparental son quienes obtuvieron menor puntaje y quienes referían pertenecer a familias tradicionales obtuvieron mayor puntaje, lo cual coincide con los resultados obtenidos en el estudio “Inteligencia emocional, género y clima familiar en adolescentes peruanos” realizado en la ciudad de Lima, Perú, en donde se menciona que los niños que han vivido el divorcio de sus padres o que solo conviven con uno de ellos, son más propensos a sufrir de repercusiones negativas, sentir ansiedad o experimentar síntomas de tensión emocional (54).

Con respecto a las prácticas de autocuidado, en el artículo “Percepción del riesgo y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria”, en los resultados los autores refieren que los patrones de consumo de alcohol no difieren mucho según el sexo, lo que coincide con la investigación presentada en este documento, donde se encontraron similitudes en los puntajes ideales en esta categoría para ambos sexos y solamente se encontró en 1 participante masculino la ausencia de buenas prácticas (55). En otro orden de ideas abordando el tipo de familia y el uso de alcohol, el estudio “Estructura familiar y consumo de alcohol en adolescentes”, los autores mencionan que no se encontró relación entre el consumo de alcohol y la tipología familiar (56), esto en contraste con lo referido en este documento donde por lo menos en el 9% de los participantes pertenecientes a familia monoparental se identifica la ausencia de prácticas de autocuidado relacionadas con el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

Retomando el estudio “Intervención de Enfermería en la adolescencia: experiencia en una Institución de Estudios Secundarios Pública”, los estudiantes de dicha institución mostraron dificultades con respecto a la información que poseían sobre hábitos alimenticios saludables, ya que algunos de ellos no desayunaban o consumían alimentos no saludables en grandes cantidades (48). Estos resultados coinciden con lo expuesto por los adolescentes, ya que únicamente el 8% de ellos manifestó consumir frutas cotidianamente. Por otra parte, en el mismo estudio se evidenciaron problemas bucodentales relacionados con ausencia de piezas dentales e higiene deficiente, soportando lo encontrado en el presente estudio, ya que solo el 71% de los estudiantes refirió cepillarse los dientes después de cada comida.

Conclusiones y recomendaciones

Se evidencia que la principal fuente de información reconocida por los adolescentes escolarizados participantes, en temáticas relacionadas con el manejo de factores de riesgo y prácticas de protección, son los padres, seguidos de profesores y las redes sociales, hallazgo que además de ser corroborado en otras investigaciones pone de manifiesto la importancia de fortalecer herramientas comunicativas en padres y docentes, que les permitan abordar estas temáticas en un lenguaje claro y pertinente a las necesidades de los adolescentes.

La figura materna juega un papel importante en la comunicación de temas relacionados con la sexualidad tanto para hombres como para mujeres, así mismo, en la población femenina se identifica mayor reconocimiento a los profesores como fuente de información con respecto a esta temática. Adicionalmente estos hallazgos llaman la atención sobre la importancia de generar espacios de reconocimiento de las fuentes de información y redes de apoyo a los que puede acceder el adolescente, siendo este un factor fundamental en la garantía del derecho a la atención en salud.

El alcance de la investigación no pretendía evidenciar la calidad de la información ni de los factores que facilitan o bloquean el acceso a las fuentes de información disponibles, se recomienda para futuros estudios indagar sobre estos aspectos, pues llama la atención que a pesar de la amplia difusión que se realiza respecto a las prácticas de autocuidado en adolescentes persisten situaciones prevenibles que afectan la salud.

Sí bien se reconoce el rol del personal de salud como fuente de información frente al tema de sexualidad, es importante reforzar el papel de éstos en la educación o intervención en esta temática, dado que se evidencia el poco reconocimiento que tienen los profesionales de salud en estos temas. Esto se puede realizar potencializando las prácticas de autocuidado relacionadas con la sexualidad en las diferentes instituciones educativas, a través de campañas informativas de acuerdo con cada uno de los niveles educativos, generando así confianza en los adolescentes para acudir a ellos en búsqueda de información más específica, clara y con evidencia científica en pro de mejorar su autocuidado.

Al hacer referencia al desarrollo de habilidades para la vida específicamente en la categoría habilidades relaciones, se observa que los adolescentes presentan mayor afinidad con sus pares o amigos y presentan dificultades para expresar sus sentimientos frente a sus padres, cuando en el hogar se presentan discusiones, hallazgo que junto con lo identificado en cuanto al control de emociones y relacionado con la limitación para buscar ayuda cuando se presenta un problema, reitera la importancia de consolidar canales de comunicación efectivos y del fortalecimiento de las redes de apoyo.

En la categoría de habilidades cognitivas los adolescentes perciben y reconocen de forma positiva sus cualidades. Sin embargo, una gran parte de los participantes refirió temor al momento de participar en clase, entrando en juego su imagen frente al grupo y los profesores. Por lo tanto, se deben crear estrategias que permitan desarrollar positivamente el autoconcepto y la autoestima.

Es importante señalar que, en las diferentes categorías de habilidades para la vida de manera general, se identificó que los adolescentes que refieren pertenecer a familias monoparentales obtuvieron puntajes más bajos mientras que la familia tradicional predomina en los puntajes más altos, entonces se recomienda a futuro la realización de estudios con muestras más grandes y heterogéneos que permitan inferir correlaciones.

Con respecto a las prácticas de autocuidado, es importante reconocer que a pesar de que la mayoría de los adolescentes escolarizados refiere no consumir alcohol ni sustancias psicoactivas, si reconocen haber consumido alcohol alguna vez en su vida al igual que haber probado el cigarrillo, sin embargo también afirman que han

recibido información al respecto de consumo de cigarrillo mayoritariamente de las redes sociales y para el consumo de alcohol principalmente son los padres quienes brindan la información, de manera que es crucial promover la educación en salud, y mejorar la calidad de vida.

Se pudo reconocer que los hábitos de descanso se podrían mejorar, teniendo en cuenta que los adolescentes aún se encuentran en etapa de crecimiento, donde el descanso reparador influye de gran manera. Ya que la salud del sueño en la etapa de desarrollo es un patrón que interfiere de manera multidimensional, generando un bienestar individual, social, físico como mental, logrando así una satisfacción subjetiva y un estado de alerta para la realización de actividad física y actividades de la vida cotidiana.

Se recomienda reforzar la realización de campañas o actividades escolares que fomenten el lavado de manos por parte de los estudiantes, ya que el 34% de los participantes refirieron no llevarlo a cabo antes de cada comida. Esto debido a que el lavado de manos es una de las medidas más importantes que podemos realizar con el fin de prevenir el contagio de enfermedades o la propagación de estas y así mismo evitar intoxicaciones, especialmente en el ámbito escolar donde se comparten objetos y espacios con muchas personas todos los días.

Además, es importante hacer más visible la importancia de desarrollar habilidades psicosociales relacionadas con el autocuidado, tanto a la población adolescente como a los adultos, para continuar avanzando en la educación sobre este tema, ayudando a qué los adolescentes puedan tener una base más sólida en su vida adulta con respecto su entorno. Las habilidades psicosociales para la vida representan una herramienta fundamental para enfrentar situaciones problemáticas que se identifican en la cotidianidad y poseen la gran ventaja de ser construidas o desarrolladas a través de situaciones o experiencias previas.

Para finalizar, las habilidades para la vida han sido una estrategia de gran ayuda para fomentar los estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Las prácticas de autocuidado también permiten la promoción de la salud, por tanto, estarían apoyando uno de los objetivos de las habilidades psicosociales para la vida.

Consideraciones éticas

Esta investigación toma como referencia para la clasificación de riesgos la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas de la investigación en Colombia. En línea con el artículo 4 de esta resolución, el proyecto de investigación aporta al diseño de estrategias que favorezcan el bienestar y la calidad de vida de los adolescentes escolarizados. Según el artículo 11 de la misma, esta investigación se clasifica riesgo mínimo, ya que emplea datos, los cuales son registrados a través de medios no invasivos y este método de recolección contempla tanto un instrumento de caracterización demográfica, como un cuestionario adaptado para población colombiana que identifica las habilidades psicosociales para la vida y las prácticas autocuidado.

Se cuenta con la autorización de los autores del cuestionario para el uso y la aplicación de este. Se diseñará e implementará una estrategia de sensibilización en donde se informará tanto a las directivas institucionales como a los docentes y estudiantes los objetivos y alcance de la investigación.

Previo a la aplicación de los instrumentos se explicó de forma clara y concisa la investigación, se leyó el consentimiento informado, el cual según el artículo 14 y 15 debe contener la justificación y los objetivos, las molestias o los riesgos esperados y los beneficios que puedan obtenerse en el curso de la investigación, se dio una copia de este al participante. (**Anexo Consentimiento Informado**). Se respetó la dignidad, se protegieron los derechos y bienestar de los participantes según el artículo 5 y en línea con la Declaración de Helsinki. Se informó igualmente que puede retirarse en el momento que lo decidan, sin cambiar su trato o manejo por parte de la institución educativa en línea con lo estipulado en el Informe Belmont.

El presente estudio cuenta con el aval del comité de ética de investigaciones por estar adscrito al proyecto docente: Habilidades para la vida y cuidado de la salud en clave de la comunicación, iniciativa de proyección social, colegio Miguel Antonio Caro - Bogotá.

Los resultados de la investigación serán socializados con la institución participante y como acción de responsabilidad social de la investigación, se diseñará una pieza

educativa para la institución en la que se brindan pautas para el fortalecimiento de las habilidades para la vida y prácticas de autocuidado.

La totalidad de los documentos consultados serán referenciados y se garantizará el respeto a los derechos de autor, basados en la ley 1519 de 2018.

Limitaciones del estudio

Por cuestiones de horarios cruzados con la institución educativa, no se pudo agregar a la muestra los estudiantes de 10° y 11°, quienes también hacen parte fundamental del grupo de adolescentes.

Con respecto a la caracterización sociodemográfica, la mayoría de la población correspondía al sexo masculino con un 69,3%, es decir, más de la mitad de la población total de la muestra; lo que dificultó tener un conocimiento más específico de la opinión femenina.

Recomendaciones

-La realización de estudios con muestras más grandes y heterogéneas que permitan inferir correlaciones.

-Reforzar la realización de actividades escolares que fomenten el lavado de manos por parte de los estudiantes.

-Fomentar la creación de estrategias que permitan desarrollar positivamente el autoconcepto y la autoestima en los adolescentes.

-Generar espacios de reconocimiento de las fuentes de información y redes de apoyo a los que puede acceder el adolescente, siendo este un factor fundamental en la garantía del derecho a la atención en salud.

Cronograma

Actividad	2020 - 2	2021 - 1	2021 - 2
Construcción de proyecto de investigación			
Concertación de participación			
Presentación de avances			

Actividad	2020 - 2	2021 - 1	2021 - 2
Ajuste (recomendaciones)			
Evaluación de pares			
Obtención de información			
Análisis de resultados			
Discusión y presentación de resultados			
Sustentación proyecto de grado			

Presupuesto

Elemento	Tipo de recurso	Unidades	Precio por unidad	total
Personal	Sueldo Estudiantes	7	877.803	6.144.621
Personal	Sueldo Docente	1	2.500.000	2.500.000
Computador	Equipos de computo	8	2.500.000	20.000.000
Internet	Red	8	80.000	640.000
Internet	Paquete de office	8	200.000	1.600.000
Subtotal				29.534.621
	Imprevistos 5%	1	1.476.731	1.476.731
Total				31.011.352

Bibliografía

- (1). González D, González L. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. Desarrollo Cientif Enferm. 2011; VOL 19 (Nº2): págs. 69-69. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
- (2). Organization Mundial de la Salud (OMS) /Terminology for the European Health Policy Conference. (1994) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- (3). Evangelista F. Autocuidado De La Salud. Ministerio De Salud. 2010. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2018_presentaciones/presentacion09102018/AUTOUIDADO-DE-LA-SALUD.pdf
- (4). Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud. [Internet]. Ontario-Canadá. 1986. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- (5) Moran M. Salud [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2019 [citado 24 Octubre 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health>
- (6) Escobar M, Franco Z, Duque J. El Autocuidado: Un Compromiso De La Formación Integral En Educación Superior. 2011; Vol. 16 (No.2): págs. 132 - 146. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n2/v16n2a10.pdf>
- (7). Latorre, P.A.; Gasco, F.; García, M.; Martínez, R.M.; Quevedo, O.; Carmona, F.J.; Rascón, P.J.; Romero, A.; López, G.A.; Malo, J. (2009). Analysis of the influence of the parents in the sports promotion of the children. Journal of Sport and Health Research. 1(1):12-25. [Citado 27-10-2020]. Disponible en http://www.journalshr.com/papers/Vol%201_N%201/V1_1_03.pdf
- (8). Varela Arévalo MT, Tenorio Banguero Ángela X, Duarte Alarcón C. Prácticas parentales para promover hábitos saludables de alimentación en la primera infancia en Cali, Colombia. 3.ª ed. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética. Eduard Baladia, Manuela García de la Hera; 2018. pp. 183–192.

- (9). Monje J, Figueroa C. Estilos De Vida De Los Adolescentes Escolares Del Departamento Del Huila. Entorno. 2011; (No. 2): págs. 13-23. Disponible en: <https://journalusco.edu.co/index.php/entornos/article/view/1991/3123>
- (10). Escobar M, Pico M. Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2011; Vol. 31(Nº2): págs. 178-186. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/10806/14534>
- (11) Tobón, O. El Autocuidado, Una Habilidad Para Vivir. 2010; págs. 1-11. Disponible en: <https://www.alcoholinformate.org.mx/el-autocuidado/>
- (12). Naranjo Hernández Ydalsys, Concepción Pacheco José Alejandro, Rodríguez Larreynaga Miriam. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. [citado 2020 Sep 16]; 19(3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es
- (13). Congreso de Colombia. LEY 266 DE 1996. Bogotá D.C; 1996. pp. 2–6. [Citado 27-10-2020]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf
- (14). Ministerio de Salud. NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL MENOR DE 10 AÑOS. [Internet]. 2000. pp 2-7. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/6Deteccion%20alteraciones%20del%20crecimiento.pdf>
- (15). Bender. A, Ingram.R. Conectando el estilo de apego con la resiliencia: contribuciones de autocuidado y autoeficacia [Internet] Elsevier. 2018. [citado 12 mayo 2020] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886918301648>.
- (16). Sadovnikova, T. Autoestima y relaciones interpersonales en la adolescencia. Procedia-ciencias sociales y del comportamiento. [Internet]. 2016; 233(1):440-444. [Citado 12 mayo 2020]. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.unbosque.edu.co/science/article/pii/S1877042816314148>

- (17). Barrenechea, D. Flores, G. Sulca, E. Prácticas de autocuidado en las dimensiones físico, social y psicológico en adolescentes de una institución educativa, marzo 2018. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2018; [Citado 12 mayo 2020]. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/4381>.
- (18). QUINTANA I, RUÍZ K. Prácticas de autocuidado en adolescentes de la Institución Educativa Túpac Amaru, Azapampa – Huancayo. 2018 [Internet]. Huancayo-Perú: UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES; 2018 [cited 10 November 2020]. Available from: <http://www.repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/733/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (19) Organización Mundial de la Salud (OMS). Encuesta mundial de salud escolar 2007, cobertura subnacional [Internet]. Extranet.who.int. 2007 [citado 28 Agosto 2020]. Disponible en: <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/35/datafile/F19>
- (20). Departamento Administrativo Nacional de Estadística. ¿Sabías qué? | DANE para Niños, Niñas y Adolescentes [Internet]. Dane.gov.co. 2020 [citado 26 septiembre 2020]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/dane-para-ninos/sabias-que.html>
- (21) Ministerio de salud, Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud [Internet]. 4ta ed. Bogotá; 2015 [citado 16 Septiembre 2020]. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf>
- (22). Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud Mental Tomo II. [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031092015-documento_final_ensm_tomoII.pdf
- (23). Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2018). Panorama de la salud de los escolares en Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Panorama-de-la-salud-de-los-escolares-en-Colombia.aspx>
- (24). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos [Internet]. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014 [citado 10 Noviembre 2020]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>

(25). Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de promoción y prevención: Modelo de atención integral en SSR para adolescentes y jóvenes. 2014. [citado 18 de Noviembre de 2020]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Modelo-de-Atencion-Integral-en-SSR-para-Adolescentes.pdf>

(26). Casullo, G. Estudio de la regulación de emociones en adolescentes. Su relación con la percepción de autocontrol frente a los riesgos. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 1ed. Buenos Aires. 2011. Págs. 29-32. [Citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://www.aacademica.org/000-052/355>

(27). Simoes, C. Matos, M: Conductas de riesgo en adolescentes con necesidades especiales: ¿son importantes las competencias sociales y emocionales? [Internet]. 2012; 69(1):2219-2227. [Citado el 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.unbosque.edu.co/science/article/pii/S1877042812056583>

(28). Pineda Domínguez K. Educación en comunicación asertiva entre padres e hijos como estrategia para prevenir el consumo de SPA en jóvenes y adolescentes en el municipio de Sincé-Sucre (barrio los campanos). Repository.unad.edu.co. 2016. Disponible de: <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/13640>

(29). Thoma B, Huebner D. Parent-Adolescent Communication About Sex and Condom Use Among Young Men Who Have Sex With Men: An Examination of the Theory of Planned Behavior. Annals of Behavioral Medicine [Internet]. 2018 [citado 11 Mayo 2020];52(11):973-987. Disponible en: <https://doi-org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.1093/abm/kay002>

(30). Sadovnikova, T. Autoestima y relaciones interpersonales en la adolescencia. Procedía-ciencias sociales y del comportamiento. [Internet]. 2016; 233(1):440-444. [Citado 12 mayo 2020]. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.unbosque.edu.co/science/article/pii/S1877042816314148>

(31). Triana, R. Keliat, B. Wardani, I. Ni Made, S. Veronika, M. La comprensión de los factores de protección (autoestima, las relaciones familiares, el apoyo social) y la salud mental de los

adolescentes en Jakarta. *Enfermería clínica*. [Internet]. 2019; 29(2):629-633. [Citado 12 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com.ezproxy.unbosque.edu.co/science/article/abs/pii/S1130862119302207>

(32). Papalia D, Feldman R, Martorell G, Ortiz Salinas M, Dávila J. *Desarrollo humano*. 12th ed. México, D.F.: McGraw-Hill; 2012. [Citado 18 noviembre 2020]. Disponible en:

<https://psicologoseducativosgeneracion20172021.files.wordpress.com/2017/08/papalia-feldman-desarrollo-humano-12a-ed2.pdf>

(33). Bordignon, Nelso Antonio, Del desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación* [Internet]. 2005; 2 (2): 50-63. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

(34). Rivera B, Guerrero R. *El adolescente y su grupo social* [Internet]. 1 ed. 2020 [citado 22 noviembre 2020]. Disponible en: <http://sitios.dif.gob.mx/cenddif/wp-content/uploads/2015/08/3.-El-Adolescente-y-su-grupo-social.pdf>

(35). Ives E. *La identidad del Adolescente. Cómo se construye* [Internet]. 2 ed. 2014 [citado 22 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/02-01%20Mesa%20debate%20-%20Eddy.pdf>

(36). *Salud de los adolescentes* [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 22 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

(37). González D, González L. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2011; VOL 19 (Nº2): págs. 69-69. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>

- (38). Mantilla L, Chahín I. Habilidades para la vida. EDEX. 2012; Ed (N°8): Págs. 100-102. Disponible en: <https://habilidadesparalavida.net/pdf/Capitulo-2-De-que-estamos-hablando.pdf>
- (39). Hernández R. metodología de la investigación. 2014; Ed (N°6). Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- (40). Choque R, Chirinos J. Eficacia del Programa de Habilidades para la Vida en Adolescentes Escolares de Huancavelica, Perú. 2009; Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/download/10270/10947>
- (41). OMS. La OMS difunde nuevas directrices sobre autocuidado como complemento de la atención de salud. 2020; Disponible en: <https://bit.ly/3qalPOR>
- (42). DNP, Estructura familiar. Observatorio de familia. 2020; Disponible en: <https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Sistema-de-monitoreo/Indicadores-sociodemogr%C3%A1ficos/Tipologias-de-familias/Paginas/estructura-familiar.as>
- (43) Morales, M., Benítez, M. y Agustín, D. (2013). Habilidades para la vida (cognitivas y sociales) en adolescentes de una zona rural. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 15(3), 98-113. Recuperado de <http://redie.uabc.mx/vol15no3/contenido-moralesetal.html>
- (44) Rios J., Cruz P., Becerril P., Maldonado V. Intervención educativa de enfermería sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016;24(1):51-4 [Internet]. 25 de noviembre de 2015 [citado 7 de noviembre de 2021]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim161i.pdf>
- (45) Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Sep [citado 2021 Nov 07]; 37(3): 387-398. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300011&lng=es.
- (46) Montero F., Cruz A., Tiburcio M., García J. Percepción de estudiantes de bachillerato sobre contenidos relacionados con el consumo de alcohol y marihuana en las redes sociales. Ciencia UAT [revista en Internet]. 2018 Dic [citado 2021 Nov 08];

13(1): 50-64. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000200050&lng=es. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v13i1.870>.

(47) Gallego G. Una estrategia de enfermería escolar en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Aquichan [Internet]. Diciembre de 2003 [consultado el 2007 de noviembre de 2021]; 3 (1): 42-47. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100007&lng=en

(48) Martínez, D., Alvarado, J., Campos, H., Elizondo, K., Esquivel, H., Mancía, A., Quesada, I., Quirós, D. Intervención de Enfermería en la adolescencia: experiencia en una Institución de Estudios Secundarios Pública. Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2013; (24): Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44826081002>

(49) Valdes, A., Carlos, E., Tanori, J., Madrid, E. Relación entre funcionamiento familiar, emociones morales y violencia entre estudiantes de primaria. RMIE [online]. 2016, vol.21, n.71 [citado 2021-11-08], pp.1093-1110. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662016000401093&lng=es&nrm=iso

(50) Parra Á., Delgado O. Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. Anales de Psicología [Internet]. 2002; 18 (2): 215-231. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16718202>

(51) Morales, M., Benítez, M. y Agustín, D. (2013). Habilidades para la vida (cognitivas y sociales) en adolescentes de una zona rural. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 15(3), 98-113. Recuperado de
<http://redie.uabc.mx/vol15no3/contenido-moralesetal.html>

(52) Horna E., Arhuis W., Bazalar J. Relación de habilidades sociales y tipos de familia en preescolares: estudio de caso. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2020(61):224-32. tomado de:
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/1942/194264514013/194264514013.pdf>

- (53) Aguilera M. El aprendizaje cooperativo y el desarrollo de las habilidades cognitivas. Revista EDUCARE-UPEL-IPB-Segunda Nueva Etapa 2.0. 2020 Apr 10;24(1):51-74. tomado de: <https://revistas.investigacion-upelipb.com/index.php/educare/article/view/1226>
- (54) Ruiz, P., & Carranza, R. Inteligencia emocional, género y clima familiar en adolescentes peruanos. Acta Colombiana de Psicología 2018; 21(2),188-199. doi: <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2018.21.2.9>
- (55) Méndez M., Ortiz G., Eligio I., Yáñez B., Villegas M. Percepción de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes mexicanos de preparatoria. Aquichan 2018; 18(4): 438-448. DOI: 10.5294/aqui.2018.18.4.6
- (56) Olivares J, Charro B, Prieto-Úrsua M, Meneses C. ESTRUCTURA FAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES. Health and Addictions. 2018;18(1). pp. 107–118. DOI: 10.21134

Anexos

ANEXO 1

Cuestionario de caracterización demográfica

De quien o quienes ha recibido información acerca de las siguientes prácticas de autocuidado puede seleccionar más de una o marque no he recibido si no tiene información

	Padres	Amigos	Redes sociales	Profesores	Personal de la Salud	No he recibido información
Protección en las RS						
Consumo SPA						
Consumo cigarrillo						
No participar en conductas delictivas						
No participar en conductas de matoneo						
Consumo de alcohol						
Manejo del tiempo libre						
Planeación del proyecto de vida						

ANEXO 2

CUESTIONARIO EDEX

Ítems habilidades psicosociales para la vida

1. A mis amigas y amigos les gusta mi forma de ser
2. Sólo hago amistad con niños y niñas que me tratan bien
3. Trato a los demás como me gusta que me traten a mí
4. Soy una persona con cualidades
5. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de mis compañeros
6. Me gusta ponerles apodos o sobrenombres a otros compañeros o compañeras
7. Cuando tengo un problema pido ayuda
8. Acepto chatear con nuevos amigos en Facebook, si los conozco
9. Si alguien dice algo de mí que no es cierto, le respondo lo que yo pienso
10. Cuando me invitan a una pelea, digo que no estoy de acuerdo con pegarle a otra persona
11. Si creo que tengo derecho a algo, lo pido
12. Participo en clase sin miedo
13. Cuando mis amigos o amigas me piden que haga algo que yo no quiero, les digo que no estoy de acuerdo
14. Cuando en mi casa hay peleas entre los mayores, espero que les pase el mal genio y les digo lo mal que me he sentido
15. Antes de hacer algo, pienso en lo que podría pasar
16. Salgo a jugar con mis amigos y amigas aunque tenga que estudiar

17. Cuando debo tomar una decisión, primero pienso en diferentes soluciones
18. Cuando llegan nuevos estudiantes a mí salón, hago amistad con ellos

Ítems autocuidado

19. Cuando me enfermo, los medicamentos que tomo son los que me ha formulado el médico
20. En las fiestas o reuniones familiares he tomado licor
21. Por curiosidad he probado el cigarrillo
22. Últimamente he vuelto a fumar
23. Después de llegar del colegio pasó mucho tiempo en internet, viendo televisión o en video juegos
24. Me gusta hacer deporte o jugar al aire libre con otras personas
25. En la noche duermo mínimo 8 horas
26. Me gusta la comida que sirven en mi casa
27. Si como golosinas con frecuencia, puedo dañar mis dientes
28. Todos los días como frutas ya sea en jugo, enteras o picadas
29. Como verduras todos los días en sopa, ensalada o en guiso
30. Si como seguido “comida chatarra” me puedo engordar mucho
31. Antes de cruzar la calle siempre miro a lado y lado para asegurarme que esté libre de carros, motos o ciclas
32. Si monto en bicicleta, patines o patineta tomé precauciones para evitar accidentes
33. Me gusta cepillarme los dientes después de cada comida
34. Me gusta comer en ventas de comida callejera
35. En mi casa reciclamos

36. Me gusta lavarme las manos antes de cada comida

37. En mi colegio separo la basura para reciclarla.

ANEXO 3

AUTORIZACIÓN USO DEL INSTRUMENTO

El jue. 22 oct. 2020 a las 12:40, Maria Constanza Hakspiel Plata (<mcconina@yahoo.com>) escribió:
Buenos días profesora Olga,
Nos complace mucho que el artículo publicado, fruto de un trabajo de investigación que duro 5 años con instituciones educativas, sea considerado como una herramienta para el trabajo que están realizando.
Por medio de este correo, damos autorización para el uso del instrumento para evaluar habilidades psicosociales y hábitos saludables en escolares.
El estudio que se hizo fue de corte transversal cuantitativo con enfoque empírico analítico no experimental, y evaluó respuestas de escolares de 3º y 4º primaria. (18 de habilidades psicosociales y 19 de hábitos saludables, más 4 ítems de identificación) fue de auto diligenciamiento con opción de respuesta dicotómica de Sí, No. Tuvo prueba de validez aparente con escolares de otras instituciones pares y prueba en 32 colegios públicos y fue analizada mediante el modelo de Rasch.
Adjunto el artículo en mención y el instrumento elaborado.
En la siguiente link encontrará otras investigaciones realizadas que podrían ser de su interés.
http://proinapsa.uis.edu.co/Images/pdf/Investigacion_articulos_FEBRERO_2020_.pdf
Cualquier otra información al respecto, estaremos atentas.
Reciba un cordial saludo del Instituto Proinapsa de la Universidad Industrial de Santander.
Con copia a la coordinadora del área de Investigación, Dra. Lucía Niño Bautista

ANEXO 4.

DICCIONARIO DE HABILIDADES PARA LA VIDA Y AUTOCUIDADO

HABILIDADES PARA LA VIDA		
Pregunta	Respuesta	Número
1. ¿A mis amigas y amigos les gusta mi forma de ser?	Si	1
	No	0
2. ¿Sólo hago amistad con niños y niñas que me tratan bien?	Si	1
	No	0
3. ¿Trato a los demás como me gusta que me traten a mí?	Si	1
	No	0
4. ¿Me gusta ponerle apodos o sobrenombres a otros compañeros o compañeras?	Si	0
	No	1

5. ¿Acepto chatear con nuevos amigos en Facebook, si los conozco?	Si	1
	No	0
6. ¿Cuándo me invitan a una pelea, digo que no estoy de acuerdo con pegarle a otra persona?	Si	1
	No	0
7. ¿Si creo que tengo derecho a algo, lo pido?	Si	1
	No	0
8. ¿Cuándo llegan nuevos estudiantes a mí salón, hago amistad con ellos?	Si	1
	No	0
9. ¿Soy una persona con cualidades?	Si	1
	No	0
10. ¿Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de mis compañeros?	Si	1
	No	0
11. ¿Cuándo tengo un problema pido ayuda?	Si	1
	No	0
12. ¿Cuándo mis amigos o amigas me piden que haga algo que yo no quiero, les digo que no estoy de acuerdo?	Si	1
	No	0
13. ¿Antes de hacer algo, pienso en lo que podría pasar?	Si	1
	No	0
14. ¿Salgo a jugar con mis amigos y amigas aunque tenga que estudiar?	Si	0
	No	1

15. ¿Cuándo debo tomar una decisión, primero pienso en diferentes soluciones?	Si	1
	No	0
16. ¿Si alguien dice algo de mí que no es cierto, le respondo lo que yo pienso?	Si	1
	No	0
17 ¿Participo en clase sin miedo?	Si	1
	No	0
18 ¿Cuándo en mi casa hay peleas entre los mayores, espero que les pase el mal genio y les digo lo mal que me he sentido?	Si	1
	No	0

AUTOCUIDADO		
Pregunta	Respuesta	Número
1. Cuando me enfermo, los medicamentos que tomo son los que me ha formulado el médico	Si	1
	No	0
2. En las fiestas o reuniones familiares, ¿He tomado licor?	Si	0
	No	1
3. Por curiosidad ¿He probado el cigarrillo?	Si	0
	No	1
4. Últimamente ¿He vuelto a fumar?	Si	0
	No	1
5 ¿Después de llegar del colegio paso	Si	0

mucho tiempo en internet, viendo televisión o en video juegos?	No	1
6. ¿Me gusta hacer deporte o jugar al aire libre con otras personas?	Si	1
	No	0
7. ¿En la noche duermo mínimo 8 horas?	Si	1
	No	0
8. ¿Me gusta la comida que sirven en mi casa?	Si	1
	No	0
9. ¿Si como golosinas con frecuencia, puedo dañar mis dientes?	Si	1
	No	0
10. ¿Todos los días como frutas ya sea en jugo, enteras o picadas?	Si	1
	No	0
11. ¿Como verduras todos los días en sopa, ensalada o en guiso?	Si	1
	No	0
12. Si como seguido “comida chatarra” ¿Me puedo engordar mucho?	Si	1
	No	0
13. ¿Antes de cruzar la calle siempre miro a lado y lado para asegurarme que esté libre de carros, motos o ciclas?	Si	1
	No	0
14. Si monto en bicicleta, patines o patineta ¿Tomó precauciones para evitar accidentes?	Si	1
	No	0

15. ¿Me gusta cepillarme los dientes después de cada comida?	Si	1
	No	0
16. ¿Me gusta comer en ventas de comida callejera?	Si	0
	No	1
17. ¿En mi casa reciclamos?	Si	1
	No	0
18. ¿Me gusta lavarme las manos antes de cada comida?	Si	1
	No	0
19. ¿En mi colegio separo la basura para reciclar?	Si	1
	No	0

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Parte 1: Información acerca de la Investigación.

- TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Habilidades para la vida y autocuidado en un grupo de adolescentes escolarizados de los grados 7° y 9
- NÚMERO DE PROTOCOLO por asignar
- NOMBRE DEL PATROCINADOR: Universidad El Bosque
- NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Olga Stella Díaz Usme
- INTRODUCCIÓN
- ¿POR QUÉ SE VA A REALIZAR ESTA INVESTIGACIÓN?

El desarrollo de Habilidades psicosociales para la vida y las prácticas de autocuidado son reconocen como factores protectores de la salud y la calidad de vida de los adolescentes con el propósito de aportar a su fortalecimiento, se relacionan las habilidades para la vida y el autocuidado con las características sociodemográficas en grupo de adolescentes de los grados octavo a décimo de un colegio en Bogotá, esto con el propósito de aumentar los factores protectores de los adolescentes y disminuir los riesgos a los que se enfrenta este grupo poblacional.

- ¿EN QUÉ CONSISTE ESTA INVESTIGACIÓN?

Esta investigación consiste en un estudio descriptivo que busca describir las propiedades y características tanto de las habilidades psicosociales para la vida y las prácticas de autocuidado. Estas serán identificadas mediante la aplicación de la versión adaptada para población colombiana del cuestionario EDEX. Así mismo, se describirán las características sociodemográficas del grupo de participantes.

Los participantes serán adolescentes escolarizados, mayores de 14 años de los grados 7° a 9 de una institución educativa de Bogotá.

Para este estudio es importante tener en cuenta que la participación será voluntaria y anónima; no se convocarán estudiantes en estado de embarazo o con diagnósticos de enfermedades que requieran cuidados especiales.

- ¿QUÉ TENGO QUE HACER SI PARTICIPO EN ESTA INVESTIGACIÓN?

Durante el estudio usted tendrá que auto diligenciar un cuestionario EDEX de 36 preguntas y del cuestionario de 10 preguntas de caracterización sociodemográfica.

Después de finalizar el estudio usted será invitado a la socialización de los resultados.

- ¿CUÁNTAS PERSONAS PARTICIPARÁN EN ESTA INVESTIGACIÓN?

Participarán la totalidad de los grupos de 7° a 9°, que quieran participar de forma voluntaria.

- ¿CUÁNTO TIEMPO ESTARÉ EN ESTA INVESTIGACIÓN

El tiempo establecido para esta investigación será de aproximadamente 30 minutos, en los cuáles se realizará del cuestionario previamente mencionado.

- ¿PUEDO RETIRARME DE LA INVESTIGACIÓN DE MANERA VOLUNTARIA EN CUALQUIER MOMENTO?

Es importante que sepa que cómo participante voluntario usted tiene el derecho a no participar en la investigación, revocar el Consentimiento Informado y sí en cualquier momento considera adecuado el retiro de la investigación, podrá ser sin la necesidad

de dar una razón del por qué su retiro y lo cuál tampoco acarrea ningún tipo de consecuencias frente a la institución educativa.

Es debido aclarar que la participación en este estudio debe ser completamente voluntaria y sí en cualquier momento considera adecuado el retiro del menor, por cualquier circunstancia, esto no conlleva a ningún tipo de consecuencias

- ¿POR QUÉ RAZONES PUEDE EL INVESTIGADOR PRINCIPAL RETIRARSE DE LA INVESTIGACIÓN TEMPRANAMENTE?

Para el grupo de estudio, no existe ninguna razón para retirar al participante de la investigación.

- ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS O INCOMODIDADES ASOCIADOS A ESTA INVESTIGACIÓN?

Este estudio no representa ningún riesgo físico, social y emocional, sobre los participantes de este estudio, ya que cómo se ha dicho, el estudio es cuantitativo, y no indagará más allá de las preguntas planteadas en el cuestionario.

- ¿OBTENDRÉ ALGÚN BENEFICIO AL PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN?

Ya sea que el participante lo vea de forma directa o indirecta, el beneficio será que gracias al estudio se podrá aportar información para mejorar las políticas y programa enfocados en los adolescentes y así mejorar los resultados de alcance de éstos.

- ¿CÓMO SE VA A GARANTIZAR LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE MIS DATOS PERSONALES?

Para garantizar su privacidad se debe aclarar que durante la realización de los cuestionarios no se pedirán datos que puedan perder la confidencialidad del participante, también te garantiza que la información recolectada será tratada solamente por del grupo de investigación y se eliminará cualquier información durante el proceso de resultados que pueda poner en evidenciar la participación de una personal en concreto.

- ¿TIENE ALGÚN COSTO MI PARTICIPACIÓN EN ESTA INVESTIGACIÓN?

La participación durante del estudio no representará ningún costo, ya que se hará vía digital, por la situación actual.

- ¿RECIBIRÉ ALGÚN TIPO DE COMPENSACIÓN O PAGO?

Es importante aclarar que durante y después del estudio, el participante no recibirá ningún tipo de compensación por su participación.

- ¿QUÉ PASA SI ME LESIONO O ME ENFERMO DURANTE LA INVESTIGACIÓN?

Dado que el estudio se realizará por medio de un auto cuestionario, por vía Google, no representa ningún riesgo para el participante, sin embargo, si el estudiante llega a padecer de una enfermedad o lesión que crea que no permitirá la realización de este cuestionario, tendrá plena libertad de avisar al grupo de estudio y terminar con su participación en del mismo.

- ¿CUÁLES SON MIS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?

Para aclarar, usted cómo sujeto de investigación debe conocer qué tiene derechos, los cuales incluyen que sus preguntas deben ser respondidas a su completa satisfacción antes de firmar este documento o en cualquier momento después de firmarlo, a retirarse del estudio cuando lo crea necesario, tener plena seguridad de su confidencialidad y a conocer los resultados del mismo.

- ¿CÓMO Y EN QUÉ MOMENTO CONOCERÉ LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN?

Los resultados se presentarán al final del semestre 2021-2, mediante una exposición en la institución.

- ¿QUÉ HAGO SI TENGO ALGUNA PREGUNTA O PROBLEMA?

Para resolver sus dudas tiene a su disposición la información de contacto del investigador principal, del cual podrá responder a sus dudas y brindarle toda la información que requiera antes, durante y después del proceso de investigación.

Cargo	Nombre	Correo institucional
Investigador Principal	Olga Stella Díaz Usme	diazolga@unbosque.edu.co

También tendrá disponible el contacto de la directora de investigaciones de la facultad de enfermería

Cargo	Nombre	Correo institucional
Dirección de investigaciones de la facultad de Enfermería	Dra. Diana Marcela Castillo	Investigaciones.enfermeria@unbosque.edu.co

Formulario de Firmas.

He sido invitado(a) a participar en el estudio Habilidades para la vida y autocuidado en un grupo de adolescentes escolarizados de los grados 7° a 9°.

Entiendo que mi participación consistirá en el auto diligenciamiento del cuestionario EDEX de 36 preguntas y el cuestionario de 10 preguntas de caracterización sociodemográfica.

He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de consentimiento informado recibiré una copia de este.

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Para constancia, firmo a los _ (día) de _ (mes) de ___(año) _

Nombre del Participante

Firma del Participante

Tutor legal del Participante

Firma del Tutor legal

Investigador principal

Firma del Investigador

Nombre del Testigo (I)

Firma del Testigo (I)

Nombre del Testigo (II)

Firma del Testigo (II)

ANEXO 6

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS ETARIOS

Tabla actividades de autocuidado hombres y mujeres de 14 años

Tabla. Fuentes de información frente a factores de riesgo hombres y mujeres de 14 años								
Fuente de información	Protección en las relaciones sexuales		Consumo de alcohol		Consumo de cigarrillo		Consumo de sustancias psicoactivas	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Madre	12%	5%	9%	7%	14%	17%	9%	10%
Padre	5%	0%	8%	0%	2%	17%	0%	0%
Padres	29%	38%	36%	40%	34%	33%	38%	29%
Redes sociales	24%	29%	13%	27%	15%	17%	18%	35%
Profesores	15%	24%	19%	23%	17%	11%	17%	23%
Profesionales de salud	14%	5%	13%	3%	12%	6%	14%	3%
No he recibido información	2%	0%	3%	0%	7%	0%	3%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla Fuentes de información frente a factores protectores hombres y mujeres de 14 años								
Fuente de información	No participar en cdtas delictivas		No participar en cdtas de matoneo		Manejo del tiempo libre		Planeación del proyecto de vida	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Madre	12%	8%	12%	3%	10%	23%	8%	13%
Padre	0%	0%	3%	0%	4%	9%	6%	0%
Padres	44%	46%	37%	31%	38%	23%	42%	29%
Redes sociales	12%	12%	11%	24%	17%	14%	12%	8%
Profesores	18%	27%	25%	31%	21%	18%	19%	42%
Profesionales de salud	11%	4%	8%	7%	4%	9%	6%	0%
No he recibido información	4%	4%	6%	3%	6%	5%	8%	8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla: Actividades de autocuidado hombres y mujeres 15 años

Tabla. Fuentes de información frente a factores de riesgo hombres y mujeres 15 años								
Fuente de información	Protección en las relaciones sexuales		Consumo de alcohol		Consumo de cigarrillo		Consumo de sustancias psicoactivas	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Madre	0%	17%	25%	0%	0%	25%	22%	0%
Padre	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	14%
Padres	22%	17%	38%	40%	44%	25%	33%	14%
Redes sociales	11%	17%	13%	0%	22%	0%	11%	29%
Profesores	22%	33%	13%	40%	22%	25%	22%	29%
Profesionales de salud	11%	17%	13%	0%	11%	0%	11%	14%
No he recibido información	0%	0%	0%	20%	0%	25%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla Fuentes de información frente a factores protectores hombres y mujeres 15 años								
Fuente de información	No participar en cdtas delictivas		No participar en cdtas de matoneo		Manejo del tiempo libre		Planeación del proyecto de vida	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Madre	0%	0%	0%	20%	0%	50%	0%	17%
Padre	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Padres	71%	33%	63%	40%	71%	25%	57%	17%
Redes sociales	14%	17%	13%	20%	14%	25%	14%	17%
Profesores	14%	33%	25%	20%	14%	0%	14%	33%
Profesionales de salud	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
No he recibido información	0%	17%	0%	0%	0%	0%	14%	17%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla: Actividades de autocuidado hombres y mujeres 16 años o más

Tabla Fuentes de información frente a factores de riesgo hombres y mujeres 16 años o más								
Fuente de información	Protección en las relaciones sexuales		Consumo de alcohol		Consumo de cigarrillo		Consumo de sustancias psicoactivas	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer

Madre	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Padre	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Padres	0%	0%	25%	0%	50%	0%	0%	0%
Redes sociales	67%	0%	25%	0%	50%	0%	50%	0%
Profesores	0%	0%	25%	0%	0%	0%	0%	0%
Profesionales de salud	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
No he recibido información	0%	100%	25%	100%	0%	100%	0%	100%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla. Fuentes de información frente a factores protectores hombres y mujeres 16 años o más								
Fuente de información	No participar en cdtas delictivas		No participar en cdtas de matoneo		Manejo del tiempo libre		Planeación del proyecto de vida	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Madre	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Padre	0%	0%	25%	0%	0%	0%	0%	0%
Padres	33%	0%	25%	0%	25%	0%	0%	0%
Redes sociales	0%	0%	25%	0%	25%	0%	33%	0%
Profesores	33%	0%	25%	0%	50%	0%	67%	0%
Profesionales de salud	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
No he recibido información	33%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%