

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**PRÁCTICAS DE CUIDADO PERSONAL Y SU RELACIÓN
CON EL NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS ALUMNOS
ADOLESCENTES DE LA I.E. GUILLERMO
AUZA ARCE TACNA 2024**

TESIS

PRESENTADA POR:

JUDITH OLAVE COLQUE

Para optar el Grado Académico de:

**MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGISTER SCIENTIAE*)
CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA**

TACNA – PERÚ

2026

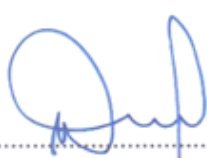
UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

PRÁCTICAS DE CUIDADO PERSONAL Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE
AUTOESTIMA DE LOS ALUMNOS ADOLESCENTES DE LA I.E.
GUILLERMO AUZA ARCE TACNA 2024

Tesis sustentada y aprobada el 22 de julio del 2025; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE : 
Dra. Iris Eufemia Paredes Gonzáles

SECRETARIO : 
Dr. Carlos Francisco Sabino Pauca Lazo

MIEMBRO : 
Mgr. Ramiro Valdivia Rodríguez

ASESOR : 
Mgr. Ramiro Valdivia Rodríguez

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Mgr. Ramiro Valdivia Rodríguez, en mi condición de asesor acreditado con Resolución de Escuela de Posgrado N° 13741-2024-ESPG/UNJBG del 20 de marzo del 2024, del trabajo de tesis titulado: "Prácticas De Cuidado Personal Y Su Relación Con El Nivel De Autoestima De Los Alumnos Adolescentes De La I.E. Guillermo Auza Arce Tacna, presentado por la Srta. Judith Olave Colque, para optar el Grado Académico de Maestro en Ciencias (Magíster Scientiae) con mención en Salud Pública .

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajo de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 4 %.

Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis y está de acuerdo con el nivel PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado a solicitud del interesado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención del Grado Académico de Maestro en Ciencias (Magister Scientiae) con mención en Salud Pública.

Tacna, 19 marzo 2025

FIRMA ASESOR

Nombres y apellidos Mgr. Ramiro Valdivia Rodríguez

DNI N° 40603244



FIRMA TESISTA

Nombres y apellidos Srta. Judith Olave Colque

DNI N° 41405817



DEDICATORIA

A la memoria de mi querido padre, Jose Zoilo Olave, con quien inicié este camino y cuyo recuerdo me impulsa a seguir adelante con fortaleza y gratitud. Este logro también es tuyo, papá.

A mi madre, Nelly, por su amor infinito, sus consejos y su constante apoyo, que han sido pilares fundamentales en mi vida.

A mi esposo, Ángel, compañero de vida y apoyo incondicional, gracias por tu paciencia, comprensión y motivación en cada etapa de este proceso.

A mis amados hijos, Neellymaría, Anderson y Angelinne, quienes son mi mayor inspiración y la razón de cada esfuerzo. Que este trabajo sea testimonio de que, con dedicación y amor los sueños pueden hacerse realidad.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por darme la fortaleza y la perseverancia necesarias para culminar este proyecto.

A mi madre, Nelly, y a la memoria de mi padre, Zoilo Olave y hermano Saenz, por ser mi ejemplo de vida y fuente de inspiración.

A mis hermanos, José, Miguel, Helard , Nelly y cuñadas Elida, Liz y Talía por su apoyo incondicional en este proceso.

Extiendo también mi sincera gratitud a mi asesor, así como a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por brindarme los conocimientos, recursos y espacios de formación académica que hicieron posible este logro.

Finalmente, agradezco a mis docentes, compañeros y amigos, quienes con su apoyo y aliento contribuyeron de manera significativa a la culminación de este trabajo.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1. Planteamiento del problema de investigación.....	4
1.2. Formulación del problema.....	6
1.2.1. Determinación del problema general:.....	7
1.2.2. Determinación de los problemas específicos:.....	7
1.3. Justificación e importancia de la investigación.....	8
1.4. Limitaciones de la investigación.....	10
1.5. Objetivos.....	10
1.5.1. Objetivo general.....	10
1.5.2. Objetivos específicos.....	10
1.6. Hipótesis.....	10
1.6.1. Hipótesis general.....	11
1.6.2. Hipótesis específicas.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Antecedentes del estudio.....	12
2.1.1. Internacionales.....	12
2.1.2. Nacionales.....	13
2.2. Bases teóricas.....	14
2.2.1. Prácticas de cuidado personal.....	14
2.2.2. Conceptualización del cuidado personal o autocuidado.....	16
2.2.3. Promoción de la salud.....	17
2.2.4. Dimensiones del cuidado personal o autocuidado.....	18
2.2.5. Autoestima.....	21
2.2.6. El rol de la enfermería.....	23

2.2.7. Modelo teórico de la relación entre prácticas de cuidado personal y autoestima	24
2.3. Definiciones operacionales.....	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	33
3.1. Tipo de investigación	33
3.2. Diseño de la investigación.....	33
3.3. Población y/o muestra de estudio	33
3.3.1. Población	34
3.3.2. Muestra	34
3.3.3. Muestreo	35
3.4. Técnicas o instrumentos de recolección de datos	35
3.4.1. Técnicas de recolección de datos.....	35
3.4.2. Instrumentos de recolección de datos.....	35
3.5. Método de análisis de datos.....	37
3.6. Operacionalización de las variables	37
3.6.1 Identificación de las variables	37
3.6.2. Matriz de operacionalización de las variables.....	38
3.7. Consideraciones éticas.....	38
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	39
4.1. Datos generales.....	39
DISCUSIONES	68
CONCLUSIONES.....	73
RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Coeficiente alfa de Cronbach de las escalas de prácticas de cuidado personal y autoestima positiva de los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024	39
Tabla 2. Coeficiente omega total y omega jerárquico de las escalas de prácticas de cuidado personal y autoestima positiva de los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024	39
Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las variables de autoestima y prácticas de cuidado personal en los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024.....	41
Tabla 4. Medidas de dispersión, asimetría, curtosis e intervalos de confianza al 95 % de las variables de autoestima y prácticas de cuidado personal en los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024	43
Tabla 5. Resultados de las pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las variables de autoestima y prácticas de cuidado personal en los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024	61
Tabla 6. Coeficientes de correlación entre las prácticas de cuidado personal y el nivel de autoestima de los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024.....	63
Tabla 7. Contraste de correlaciones entre prácticas de cuidado personal y autoestima según sexo, grado y edad de los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024 (Test Z)	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Conceptos del cuidado personal.....	17
Figura 2. Distribución de sexo.....	45
Figura 3. Prácticas de cuidado personal por sexo.....	46
Figura 4. Autoestima total por sexo.....	47
Figura 5. Distribución de estudiantes por grado.....	48
Figura 6. Autoestima media por grado (IC95%)	49
Figura 7. Prácticas de cuidado personal por grado (IC95%).....	50
Figura 8. Distribución de edad	51
Figura 9. Prácticas de cuidado personal por edad	52
Figura 10. Autoestima total por edad	53
Figura 11. Prácticas: Dimensión psicológica	54
Figura 12. Prácticas: Dimensión física.....	55
Figura 13. Prácticas: Dimensión social	56
Figura 14. Autoestima: Autodesprecio.....	57
Figura 15. Autoestima: Autoconfianza.....	58
Figura 16. Mapa de calor de medias por ítem - Autoestima.....	59
Figura 17. Mapa de calor de medias por ítem - Cuidado personal.....	60
Figura 18. Cuidado personal (X) vs. Autoestima (Y): relación lineal e incertidumbre	62
Figura 19. Matriz de correlaciones de Pearson (dimensiones y totales)	64

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre las prácticas de cuidado personal y la autoestima en adolescentes de la I.E. Guillermo Auza Arce (Tacna, 2024). Se aplicó un diseño cuantitativo, transversal y correlacional a 132 estudiantes mediante cuestionarios Likert 1–4: autocuidado (38 ítems) y autoestima positiva (10 ítems; autoconfianza y autodesprecio invertido). La consistencia interna fue adecuada a excelente ($\alpha=0,765$ y $0,760$; $\omega_{\text{total}}=0,87$ y $0,902$; $\omega_{\text{h}}=0,777$ y $0,361$), respaldando el uso de puntajes totales. Los promedios indicaron autoestima media ($M=2,81$; $DE=0,467$) y prácticas regulares con tendencia favorable ($M=2,84$; $DE=0,219$); por dimensiones de autocuidado, los puntajes fueron social = 2,90, psicológica = 2,88 y física = 2,82. Se verificó normalidad en los puntajes totales y se estimó la asociación con Pearson: $r=0,437$, IC95 % [0,288, 0,566], $p<0,001$ ($r^2\approx 0,19$). La correlación no difirió por sexo, grado ni edad. En contraste de hipótesis, la autoestima no fue baja (t una muestra vs. 2, $p<0,001$) y las prácticas se ubicaron entre 2 y < 3 (regulares; $p < 0,001$ frente a 2 y 3). Se concluyó que mayores niveles de autocuidado se asociaron con mayor autoestima y que el perfil observado fue globalmente favorable, pero perfectible, priorizando mejora en hábitos nocivos, actividad física, descanso y conducta sexual responsable. Se recomendaron intervenciones universales con componentes selectivos para casos de autodesvalorización elevada.

Palabras clave: autocuidado, autoestima, adolescentes.

ABSTRACT

This study aimed to establish the relationship between self-care practices and self-esteem among adolescents at I.E. Guillermo Auza Arce (Tacna, 2024). A quantitative, cross-sectional, correlational design was applied to 132 students using 1–4 Likert-type questionnaires: self-care (38 items) and positive self-esteem (10 items; self-confidence and reverse-scored self-deprecation). Internal consistency was adequate to excellent ($\alpha=0,765$ and $0,760$; $\omega_{\text{total}}=0,87$ and $0,902$; $\omega_{\text{h}}=0,777$ and $0,361$), supporting the use of total scores. Means indicated medium self-esteem ($M=2,81$, $SD=0,467$) and self-care practices regular with a favorable tendency ($M=2,84$, $SD=0,219$); by self-care dimensions: social= $2,90$, psychological= $2,88$, physical= $2,82$. Normality held for total scores, and the association was estimated with Pearson's r : $r=0,437$, 95 % CI [$0,288$, $0,566$], $p<,001$ ($r^2\approx.19$). The correlation did not differ by sex, grade, or age. Hypothesis tests indicated self-esteem was not low (one-sample t vs. 2, $p<,001$) and self-care remained between 2 and <3 (regular; $p<,001$ against 2 and 3). It was concluded that higher self-care levels were associated with higher self-esteem and that the overall profile was favorable yet improvable, with priority areas in reducing harmful habits, increasing physical activity, improving sleep hygiene, and promoting responsible sexual behavior. Universal school-based interventions with selective components for students showing elevated self-deprecation were recommended.

Keywords: self-care; self-esteem; adolescents.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia constituye una etapa de transición crítica en la que se consolidan hábitos y rasgos psicosociales con repercusión directa en la salud a lo largo del curso de vida. En este periodo, las prácticas de cuidado personal, entendidas como el conjunto de conductas orientadas al mantenimiento y promoción de la salud en sus dimensiones física (alimentación, actividad física, sueño, prevención de riesgos), psicológica (autoaceptación, autonomía, regulación emocional) y social (relaciones interpersonales saludables), se vuelven determinantes de resultados sanitarios presentes y futuros. A la par, la autoestima, concebida como la valoración global de sí mismo que integra componentes de autoconfianza y la disminución de autodesprecio, se vincula con el bienestar emocional y con la disposición a adoptar conductas protectoras. Estudiar ambos constructos de manera conjunta es, por ello, una prioridad en salud pública escolar.

En contextos educativos, el aula ofrece una plataforma privilegiada para la promoción de estilos de vida saludables y el desarrollo socioemocional. No obstante, la evidencia local suele describir de manera separada los perfiles de autocuidado o de autoestima, dejando relativamente inexplorada la relación cuantitativa entre ambos. La ausencia de estimaciones locales sólidas limita la planificación de intervenciones integrales que, simultáneamente, fortalezcan conductas de autocuidado y recursos psicosociales. A nivel práctico, directivos, tutores y familias requieren datos específicos de su comunidad educativa para priorizar acciones, asignar recursos y monitorear avances con indicadores pertinentes.

En este marco, resultó pertinente examinar en estudiantes adolescentes de la I.E. Guillermo Auza Arce (Tacna, 2024) el nivel de prácticas de cuidado personal y el nivel de autoestima, así como establecer su relación. Se partió de un enfoque cuantitativo, transversal y correlacional, adecuado para describir distribuciones, asegurar la consistencia psicométrica de los instrumentos y estimar la asociación entre variables. Dado el uso de escalas tipo Likert (1–4), se consideró metodológicamente necesario evaluar fiabilidad (alfa de Cronbach y omega de McDonald) y supuestos para análisis paramétricos sobre puntajes promedio, con énfasis en la validez del puntaje total y en la utilidad de las dimensiones.

Desde una perspectiva teórica, se asumió que la autoestima actúa como recurso psicológico que favorece la adopción y el sostenimiento de prácticas saludables, por ejemplo, mayor adherencia a rutinas de sueño, alimentación y actividad física, o mejor gestión de riesgos, mientras que el ejercicio continuado de dichas prácticas puede retroalimentar positivamente la autovaloración. Este vínculo bidireccional esperable justifica el análisis correlacional y, a la vez, orienta la interpretación prudente de la evidencia al tratarse de un diseño no experimental. Bajo este encuadre, la hipótesis general estableció que niveles más altos de autoestima se asociarían con prácticas de cuidado personal más adecuadas.

En el plano descriptivo, interesó identificar el nivel de autoestima del alumnado y caracterizar las prácticas de cuidado personal por dimensiones. Ello permite distinguir fortalezas y brechas específicas (p. ej., hábitos nocivos, actividad física, descanso, conducta sexual responsable, habilidades socioemocionales y relaciones interpersonales), aportando insumos accionables para estrategias universales y selectivas en el entorno escolar, familiar y personal. Asimismo, se consideró relevante explorar la estabilidad del fenómeno entre subgrupos (sexo, grado y edad), con el fin de valorar si la relación entre autocuidado y autoestima variaba de manera significativa en la cohorte estudiada.

Operativamente, la investigación contempló: (i) la construcción de puntajes totales y por dimensiones a partir de ítems en escala 1–4, (ii) la evaluación de consistencia interna para sustentar su uso en análisis, (iii) la verificación de normalidad para los promedios, (iv) la descripción de distribuciones y niveles (bajo/medio/alto) por variable y dimensión, y (v) la estimación de la asociación mediante correlación de Pearson en puntajes totales, complementada con análisis por subgrupos. Esta secuencia metodológica aseguró rigurosidad en la medición y pertinencia en la inferencia, maximizando la utilidad de los resultados para la toma de decisiones en salud pública escolar.

La importancia de estudiar estos temas radicó en que las conductas de autocuidado y los recursos psicosociales no solo impactan el estado de salud actual, sino que moldean trayectorias de riesgo o protección en etapas posteriores. Contar con evidencia específica de la comunidad educativa permitió priorizar contenidos curriculares y tutoriales, diseñar intervenciones integrales que articulen hábitos saludables y desarrollo socioemocional, e

instaurar sistemas de monitoreo con indicadores claros para la mejora continua. En suma, la introducción de este estudio fundamentó la necesidad y pertinencia de vincular, con datos locales y enfoque psicométrico, el autocuidado y la autoestima en adolescentes, anticipando el abordaje sistemático que se desarrolla en los capítulos subsiguientes del documento.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema de investigación

Hablar de la salud pública en el Perú se ha vuelto prioritario tras el impacto de la pandemia, la cual evidenció graves deficiencias en el sistema sanitario, provocando una cifra de muertes superior al promedio regional. A partir de ello, el gobierno, a través del Ministerio de Salud (MINSA), ha desarrollado estrategias para contrarrestar los efectos de esta crisis y fortalecer programas que habían demostrado buenos resultados, pero que quedaron relegados debido a la reasignación de recursos para afrontar la emergencia sanitaria (1).

Uno de los conceptos más integrales de salud es el propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define este término como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social; y no solo la ausencia de enfermedades” (2). La institución también enfatiza que el éxito de este concepto depende de la capacidad de las personas y comunidades para responsabilizarse de su propio cuidado y estar preparadas para afrontar enfermedades, independientemente de la disponibilidad de personal de salud (3).

La base de cualquier programa de salud pública radica en la educación, ya que las intervenciones en etapas tempranas permiten, a través de la capacitación, que la población comprenda cómo sus acciones inciden en su salud y bienestar. La prevalencia de enfermedades crónicas, que afectan mayoritariamente a adultos mayores, junto con la denominada “nueva normalidad” posterior a la pandemia, ha motivado que la OMS y otras organizaciones impulsen el autocuidado como una estrategia preventiva, mediante acciones y programas de promoción de la salud. Asimismo, es fundamental considerar problemáticas asociadas a la salud mental y a enfermedades crónicas no transmisibles (4).

Actualmente, la población mundial supera los ocho mil millones de habitantes, de los cuales el 17 % corresponde a adolescentes. En América Latina, se estima que residen alrededor de 140 millones de adolescentes y jóvenes, mientras que, en el Perú, según el último censo, este grupo poblacional asciende a aproximadamente ocho millones (5).

Reducir la comorbilidad y mortalidad en este sector es un desafío que exige acercar servicios de salud accesibles y de calidad, así como información oportuna (4).

En el contexto nacional, los adolescentes representan el 25 % de la población, lo que los convierte en un grupo social relevante. Sin embargo, pese a su alta capacidad de supervivencia asociada a su edad, están expuestos a riesgos como traumas, lesiones, violencia, conductas autolesivas, infecciones y problemas de salud mental (4). El desarrollo integral de este grupo requiere acceso a información veraz y actualizada sobre temas de salud y sexualidad, así como servicios que garanticen una atención física, mental y social oportuna, igualitaria y de calidad (4).

La problemática de la salud adolescente ha generado preocupación en el Estado peruano. En respuesta, el MINSA implementó el “Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para Persona, Familia y Comunidad” (MCI), que articula estrategias preventivas y de promoción (6). Dicho modelo contempla acciones de promoción, prevención, cuidado y recuperación, enfocándose en mejorar hábitos nutricionales, promover dietas saludables y fomentar conductas de autocuidado (6).

En este contexto, el rol del profesional de enfermería resulta clave, dado que posee las competencias necesarias para planificar e implementar programas de prevención y promoción dirigidos a grupos vulnerables. Su intervención permite sensibilizar y guiar a los adolescentes en la adopción de prácticas de autocuidado como herramienta preventiva, reforzando así las estrategias de salud comunitaria.

La promoción de la salud debe entenderse como un pilar fundamental para el desarrollo de campañas preventivas. Dentro de este enfoque, el autocuidado o cuidado personal se reconoce como un componente esencial. Este se concibe como una conducta aprendida que permite a las personas contribuir a su bienestar, a su salud y, por extensión, al de quienes las rodean (7).

La autoestima, por su parte, es otro factor de relevancia. Diversos estudios han evidenciado que niveles medios y altos de autoestima están asociados a una mejor calidad de vida y facilitan el autocuidado. Asimismo, se ha documentado que existe una relación

entre la autoestima y las prácticas de cuidado personal, considerándolas elementos que, de manera conjunta, favorecen el desarrollo integral de las personas (8).

La información revisada evidencia la necesidad de realizar un estudio que aborde de manera específica la problemática adolescente, con el fin de generar estrategias que promuevan el conocimiento y el cuidado de la salud, repercutiendo positivamente en su desarrollo físico, mental y social. Dado que los adolescentes representan el futuro de la sociedad, este estudio se centrará en los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, en Tacna, durante el año 2024, para analizar la relación entre sus prácticas de cuidado personal y su nivel de autoestima.

El diagnóstico de la presente investigación parte de la identificación del nivel de autoestima de los alumnos y su relación con las prácticas de autocuidado, con el propósito de establecer lineamientos que permitan evaluar su impacto en la salud mental de los adolescentes de la institución educativa.

1.2. Formulación del problema

Determinar o formular el problema de la investigación conlleva a establecer las preguntas adecuadas acerca de lo que se busca en la investigación, primero entender cuanto conocen los alumnos acerca del tema de investigación, como, ¿Los alumnos de la institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024 conocen acerca de prácticas de cuidado personal? ¿La Institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024 desarrolla prácticas de cuidado personal en los adolescentes de la institución? ¿Cuáles son las prácticas de cuidado personal realizadas con mayor frecuencia en la Institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024?

Luego de determinar si conocen del tema, se debe preguntar acerca de cómo pone en práctica los conocimientos o el entendimiento que tienen acerca del autocuidado y la importancia, para esto se debe preguntar ¿Qué prácticas nutricionales descuidan los alumnos de la Institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024 considerando para esto su alimentación?

Las prácticas de cuidado personal consideran dimensiones como la física, social y psicológica, por lo que también es necesario preguntarse acerca de si toman en cuenta las mismas, para eso se pregunta ¿Los alumnos de la Institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024 consideran la actividad física como prácticas de cuidado personal? ¿Cuáles son las practicas preventivas de los alumnos de la institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024 en relación a enfermedades que puedan llevar a otra pandemia? ¿Qué motivos llevan a los alumnos de la institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024 a no realizar prácticas de cuidado personal? ¿Consideran los alumnos de la institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024 medidas de cuidado personal relacionadas con su salud mental? ¿Cuál es el nivel de autoestima de los alumnos de la institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024? ¿la Institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna considera como un indicador de importancia la autoestima para el bienestar de los estudiantes?

El conjunto de preguntas que forman parte de la determinación de la problemática, permiten establecer un tema de vital importancia, que es la pregunta de la investigación, que considera: ¿Existe una relación entre las prácticas de cuidado personal y la autoestima de la institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024? Esto nos lleva a determinar el problema, donde se considera el general y los específicos, que a continuación se muestran:

1.2.1. Determinación del problema general:

¿Cuál es la asociación entre las prácticas de autocuidado y el nivel de autoestima de los alumnos de la institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024?

1.2.2. Determinación de los problemas específicos:

- a) ¿Cuál es el nivel de autoestima de los alumnos de la institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024?
- b) ¿Cuáles son las prácticas de cuidado personal, según las dimensiones física, social y psicológica, realizadas por los alumnos de la institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024?

1.3. Justificación e importancia de la investigación

Los adolescentes y especialmente los de la institución educativa Guillermo Auza Arce de Tacna viven constantemente expuestos a la sociedad y los problemas que se ven expuestos en su desarrollo, es por esto que el MINSA desarrolla programas preventivos debido a la importancia que tienen los jóvenes y adolescente para el futuro del país.

El mencionado conocimiento pragmático obtenido por la observación y experiencia que forma parte del desarrollo de las personas, guiándose por academia y la experiencia de los programas implementados, existen conocimientos populares sobre el cuidado personal, pero puede que este conocimiento no sea el correcto o el adecuado ante la ocurrencia de problemas, y cosas a las que ahora están expuestos los jóvenes que antes no eran vistas; es por esto necesario que la información obtenida del presente proyecto ayude a las autoridades a formular y fortalecer estrategias que ayuden a la población a tomar acciones para un mejor desarrollo de los adolescentes y un mejor futuro para el Perú (1)

El fin del proyecto de tesis es contribuir en la generación de una cultura preventiva ante la problemática que se viene observando actualmente y que afectan a la comunidad, especialmente de los adolescentes de la institución educativa Guillermo Auza Arce de Tacna 2024, para esto se tomará como referencia el entendimiento que tienen en la actualidad los estudiantes. Es el conocimiento, acción y reacción de los pobladores el insumo más valioso de la investigación porque contribuye en la identificación de las brechas existentes para el desarrollo de la sociedad (2).

Es importante entender que el conocimiento de cuidado personal y autoestima mal llevado o la ausencia del mismo, puede convertirse en un gran problema como medida preventiva para adolescente de la I.E. Guillermo Auza Arce Tacna 2024, y puede generar un riesgo mayor. Es por esto que se busca medir el nivel de correlación entre el nivel de autoestima y el autocuidado en los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce Tacna 2024, con esto se elaboraran estrategias que se implementará para el bienestar de los adolescentes (3).

La participación de enfermería, según el gremio que rige a los profesionales es el Colegio de Enfermeros del Perú y debe regirse a las políticas establecidas en la zona donde se realiza o se da el suceso, basándose en los recursos establecidos en la zona, también por

las necesidades detectadas, y esto será evaluado por los comités determinados del lugar, esto fortalece la participación del profesional de enfermería, quienes tienen mayor contacto con la población y conocen las necesidades de los mismos, el personal de enfermería tiene información además de los recursos presupuestados y de acciones necesarias.

La importancia del proyecto se da porque la investigación permitirá obtener resultados que servirán como un documento que se compartirá con las autoridades y la población para que sirva como una guía para accionar como apoyo a campañas sociales, y ayudará para fortalecer las capacidades de la I.E. Guillermo Auza Arce Tacna 2024.

El estudio se justifica en los siguientes aspectos que guían los procesos de investigación académica:

- **Justificación teórica:**

Considera poder reducir las brechas de conocimiento e información con las que se cuenta, y pueden ser descritas mediante la presente investigación, para luego proponer las mejoras adecuadas, basadas en los programas del MINSA. La base teórica permite tener un conocimiento vigente y de uso público, el mismo que base para toda investigación, es por eso que la resultante del presente trabajo tendrá el mismo propósito para futuras líneas de estudio o investigación.

- **Justificación práctica**

La justificación práctica considera el aporte de la investigación a la realidad o la práctica acerca de estudios similares o investigaciones relacionadas a la problemática descrita. El caso de estudio muestra mucha variabilidad debido a la naturaleza humana, pues aunque exista campañas y acciones del MINSA, las personas tienen reacciones diferentes cada una, por lo tanto es el ser humano en su naturaleza variable quien es sujeto de cambio constante.

- **Justificación metodológica**

El proceso de investigación llevará a crear un proceso adecuado para que los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce Tacna 2024, no se vean afectados y no afecten los resultados.

Los resultados obtenidos servirán para elaborar una propuesta de acciones a tomar la I.E. Guillermo Auza Arce Tacna 2024 con la finalidad de diseñar las acciones, luego los resultados serán presentados a los representantes y el MINSA.

1.4. Limitaciones de la investigación

Se considera como limitaciones de la presente investigación, a las dificultades que se han presentado en la realidad o aplicación de la misma, en casos como, acceso a la información por parte de ciertos padres de familia por lo que la toma de muestra será de tipo ciega y aleatoria. Considerando información solo necesaria con la finalidad que no afecte a los estudiantes y mantenga la privacidad necesaria.

También se presentan limitaciones económicas que toda investigación tiene, y al ser un tema de estudio académico el financiamiento se da por la persona que hace el presente proyecto de tesis acerca que presenta una correlación entre la autoestima y el cuidado personal en los estudiantes de la I.E. Guillermo Auza Arce Tacna 2024.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Establecer una relación entre las prácticas de cuidado personal y la autoestima considerando los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce Tacna, 2024.

1.5.2. Objetivos específicos

a) Determinar la relación entre la dimensión física de las prácticas de cuidado personal y el nivel de autoestima en los alumnos.

b) Determinar la relación entre la dimensión social de las prácticas de cuidado personal y el nivel de autoestima en los alumnos.

c) Determinar la relación entre la dimensión psicológica de las prácticas de cuidado personal y el nivel de autoestima en los alumnos.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis general

H_1 : Existe relación significativa entre las prácticas de cuidado personal y el nivel de autoestima de los alumnos adolescentes de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024

H_0 : No existe relación significativa entre las prácticas de cuidado personal y el nivel de autoestima de los alumnos adolescentes de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024.

1.6.2. Hipótesis específicas

H_0 .1 No existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la dimensión física de las prácticas de cuidado personal en los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024.

H_1 .2 Existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la dimensión social de las prácticas de cuidado personal en los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024.

H_0 .2 No existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la dimensión social de las prácticas de cuidado personal en los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024.

H_1 .3 Existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la dimensión psicológica de las prácticas de cuidado personal en los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024.

H_0 .3 No existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la dimensión psicológica de las prácticas de cuidado personal en los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

El presente estudio tiene una base teórica que guía y muestra las diversas evidencias científicas consideradas por la academia, asimismo se ha recurrido a base de datos reconocidas e indexadas, además de estudios de prestigiosos investigadores nacionales e internacionales.

2.1.1. El estudio de Cardona & Hernández (2021) donde realizaron un estudio en México DF, en un centro de cuidado a niños y jóvenes en situación de abandono, desarrolla una investigación cuantitativa, relacionada con las prácticas de autocuidado de los adolescentes del centro; se aplica un cuestionario (validación de 0,81) a 30 adolescentes. Los resultados muestran que un 77% de los encuestados tienen prácticas inadecuadas de cuidado personal, si se discrimina el resultado en las tres dimensiones del autocuidado o cuidado personal, se observa que 53,3% tienen inadecuadas prácticas de autocuidado considerando la dimensión física, el 90% muestra adecuadas prácticas de autocuidado en la dimensión psicológica y un 56,7% en prácticas inadecuadas en la dimensión social. Los autores de la investigación proponen como conclusión *“los adolescentes tienen un autocuidado inadecuado, predominando prácticas inadecuadas en relación con las dimensiones de la escala de autocuidado, siendo la dimensión social la única que muestra prácticas adecuadas”* (Cardona Zavala K, 2021).

Antolínez et al. (2021) investigan acerca de las habilidades psicosociales para la vida y prácticas de autocuidado en adolescente mayores de 14 años en Colombia, el trabajo realizado es de tipo cuantitativo-descriptivo; para el estudio se considera una muestra de 62 estudiantes, a los que se les aplica el cuestionario EDEX. Los resultados obtenidos en la investigación nos indican que una gran mayoría fuma cigarrillos, pero en menor proporción consumen bebidas alcohólicas en fiestas; considerando temas de la dimensión física; asimismo existe un déficit relacionado a las prácticas de actividades físicas y descanso, siendo en mayor proporción los varones los que muestran menor atención a las prácticas que las damas, en el caso de la alimentación saludable un 36% reconoce la importancia de la

misma, y un 58% identifica la necesidad de la higiene personal. Los autores concluyen “*los adolescentes pertenecientes a familias monoparentales obtienen menor puntaje en prácticas de autocuidado, comparando esto con las familias de composición tradicional. Considerando las prácticas de autocuidado, los adolescentes tienen hábitos de consumo de alcohol y cigarrillos con regularidad; además los adolescentes no descansan adecuadamente*” (antolinez Martinez L, 2021)

Rivera-Vázquez & Carbajal Mata (2019) realizaron una investigación en México acerca del nivel de autoestima en adolescentes que muestran sobrepeso y obesidad, para esto desarrollan un estudio de tipo cuantitativo-descriptivo, el mismo que se dirigió a 54 adolescentes utilizando la escala de autoestima de Rosseberg. Los resultados de la investigación muestran que un 46,2% de los adolescentes tienen un nivel de autoestima considerado en la escala como medio, también se observa que no existe significancia estadística entre hombres y mujeres en el nivel de autoestima, los autores concluyen “*se observa un nivel medio de autoestima predominante en los adolescentes, es por esto que es necesario y relevante identificar los múltiples aspectos y dimensiones que repercuten en la autovaloración, lo que permitirá desarrollar estilos de vida saludables*”

2.1.2. Nacionales

El estudio de Damian y Ruiz 2024 (11), desarrollado en Túcume, Perú, adoptó un enfoque cuantitativo no experimental y de corte transversal, con un diseño descriptivo. Se aplicó el Inventario de Autoestima de Coopersmith a una muestra de 180 estudiantes de entre 12 y 17 años. *Los resultados indicaron que el 38,9 % de los adolescentes presentaba un nivel medio de autoestima, el 32,2 % un nivel bajo y el 28,9 % un nivel alto.*

El estudio de Campos y Rubio 2024 (12), presentado en enero de 2025 y aplicado a adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Lajas Chota, Cajamarca, Perú, utilizó un enfoque cuantitativo, descriptivo-relacional y transversal. La muestra consistió en 210 adolescentes. Se empleó una ficha de recolección de datos mediante entrevista personal. Los hallazgos mostraron que el 71,6 % de los participantes presentaba un nivel medio de cuidado de la autoestima, el 25,7 % un nivel bajo y apenas un 2,4 % un nivel alto. *En cuanto a la satisfacción con la imagen corporal, el 51,4 % manifestó una leve preocupación; además,*

se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de cuidado de la autoestima y la satisfacción corporal ($p = 0,777$).

EL estudio de Cerna León (2023) realizó un estudio transversal en una institución educativa de Lima, evaluando la relación entre autoestima y prácticas de autocuidado en 99 adolescentes. Utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg y una escala Likert de 38 ítems para medir el autocuidado en las dimensiones física, psicológica y social. Los resultados mostraron que el 39 % de los estudiantes presentó autoestima baja, y dentro de este grupo predominaban las prácticas regulares de autocuidado (82 %). Al analizar por dimensiones, las prácticas fueron mayormente regulares en la dimensión social (77 %) y psicológica (72 %). El estudio concluye que un mayor nivel de autoestima se asocia con mejores prácticas de autocuidado, *resaltando la relevancia de fortalecer la autoestima como estrategia de promoción de salud en adolescentes.*

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Prácticas de cuidado personal

El concepto de cuidado personal es similar al de autocuidado, porque proviene etimológicamente del cuidado propio; para autores como Vega (13) en su tratado de prácticas de autocuidado, la definen como “una conducta aprendida por las personas y dirigida hacia su propio entorno y por ende hacia sí mismo, y tiene como finalidad regular factores que no beneficien su desarrollo en temas de salud y bienestar”.

Para la OMS el cuidado propio, cuidado personal o autocuidado se define como “actividades de la vida diaria realizadas por personas, con la finalidad de tomar decisiones que propicien el cuidado de su salud”. El cuidado personal para la organización mundial de la salud toma vital importancia debido a que es un recurso sanitario de vital importancia como eje de un sistema de salud, es por esto que la OMS impulsa este como estrategia para el sector salud, donde debe tomar en cuenta las iniciativas de servicio público para proteger la salud de la población (14).

Considerando las bases que establece la autoridad de salud en el Perú, en este caso el MINSA (Ministerio de Salud), impulsa el cuidado personal o el autocuidado, y lo

conceptualiza como “la capacidad de las personas para asumir de forma voluntaria el cuidado de su salud” (14). Es por esto que dentro de las estrategias principales del MINSA está la denominada “estrategia de promoción de la salud”, con la finalidad de prevenir enfermedades, manejando riesgos de manera oportuna y detectando de forma temprana algún tipo de enfermedad, para luego asegurar el tratamiento del mismo (15).

A Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, integrada por las subteorías de *autocuidado*, *déficit de autocuidado* y *sistemas de enfermería*, concibe a la enfermería como ciencia práctica centrada en la persona y prescribe la intervención cuando la capacidad individual resulta insuficiente para mantener vida, salud y bienestar (16) (17). Esta estructura ofrece un andamiaje lógico para describir el fenómeno, explicar la necesidad de ayuda y prescribir acciones profesionales.

Sus constructos nucleares comprenden: a) autocuidado como acciones deliberadas para conservar salud y bienestar; b) agencia de autocuidado como capacidad para realizarlas; y c) requisitos de autocuidado (demanda terapéutica), clasificados en universales, del desarrollo y de desviación de la salud. Esta taxonomía permite valorar necesidades y planificar intervenciones según determinantes personales y contextuales, coherentes con la promoción de la autonomía (16) (18).

La teoría operacionaliza la respuesta profesional mediante sistemas de enfermería: *compensatorio total*, *parcialmente compensatorio* y *apoyo-educación*. La selección depende del balance entre capacidad y demanda, y se instrumenta a través de operaciones diagnósticas, prescriptivas, regulatorias del tratamiento y de gestión del caso, lo que facilita diseñar cuidados proporcionales al nivel de independencia de la persona (16) (19).

En población adolescente, su pertinencia es alta por el énfasis en autonomía, alfabetización en salud y autorregulación. La evidencia en contextos escolares muestra que intervenciones guiadas por Orem fortalecen habilidades y prácticas de autocuidado en niños y adolescentes (20). Además, revisiones y metaanálisis recientes reportan mejoras en resultados de salud cuando los programas se fundamentan en la teoría, lo que subraya su utilidad para el diseño de estrategias preventivo-educativas (21) (22).

En síntesis, la teoría de Orem constituye un fundamento idóneo para el marco teórico de estudios sobre prácticas de cuidado personal y autoestima en adolescentes, al ofrecer categorías analíticas claras (capacidad, déficit, requisitos) y un modelo de intervención educativo-preventivo adaptable al entorno escolar y comunitario, coherente con metas de promoción de salud y bienestar juvenil (16) (19) (20) (21).

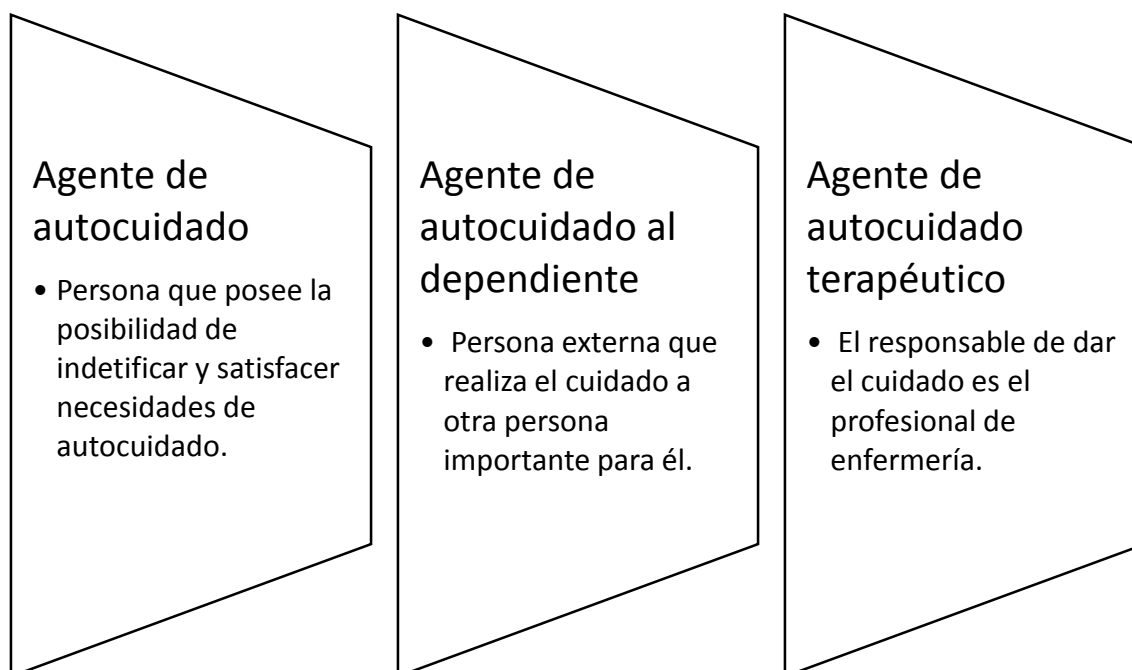
2.2.2. Conceptualización del cuidado personal o autocuidado

Martínez A. expone que toda práctica de cuidado personal debe ser parte de una acción deliberada, pero no espontánea, sino que calculada por la persona, también tiene que ser parte de un conjunto de habilidades y conocimiento establecido, porque el ser humano sabe en qué momento necesita atención y es por esto que debe conocer las prácticas (23).

Para Vega (24) el autocuidado no es espontáneo ni innato, debido que es parte de una conducta aprendida, las relaciones intrapersonales en el desarrollo del adolescente son parte del proceso de aprendizaje de conductas de autocuidado personal, este aprendizaje se da durante el proceso de desarrollo del menor, es por esto que se entiende que el entorno es parte del inicio del autocuidado del adolescente (13).

Las teorías analizadas consideran los siguientes agentes como base del autocuidado o cuidado personal del adolescente, los mismos que deben trabajarse en conjunto y se observan en la siguiente ilustración:

Figura 1. Conceptos del cuidado personal



El modelo mostrado en la figura estima el cuidado personal o autocuidado como un concepto integral, considerando aquí las tres dimensiones que enmarcan el desarrollo de las personas y el bienestar de las mismas en lo físico, social y psicológico, y son la base del desarrollo de los adolescentes (13).

2.2.3. Promoción de la salud

La necesidad de desarrollar un modelo de prevención y promoción para mejorar el cuidado personal, ha movilizó al MINSA, que es la entidad peruana encargada de velar por la salud de las personas, desde hace muchos años implementa una estrategia denominada “promoción de la salud” (25), el mismo que es aplicado por diferentes entidades para lograr el fin de una comunidad con estilo de vida saludable.

Las personas son la base para el desarrollo de un modelo de promoción de la salud, donde se busca el cuidado y bienestar de las personas, con el desarrollo de estilos de vida saludables, el mismo que tiene que ser realizado por personas que tomen con responsabilidad su propio cuidado; el modelo necesita de las personas para el logro de los objetivos.

El modelo propuesto por Pender (25) considera dentro de su teoría, la base de un estilo de vida saludable, donde se establecen dos tipos de acciones, la primera las preventivas, donde se favorecen acciones que buscan minimizar la posibilidad y riesgos de enfermarse de las personas; y además las acciones promotoras, donde se consideran conductas que buscan elevar el bienestar de las personas. El autor del modelo estima que la promoción de la salud es el resultado de un aprendizaje, prácticas y acciones que coadyuven al bienestar de las personas (25).

2.2.4. Dimensiones del cuidado personal o autocuidado

a) Dimensión física

La dimensión física del cuidado personal considera la necesidad de conocer y respetar su propio cuerpo por parte de las personas, en este caso los adolescentes, asimismo la dimensión se basa en implementar acciones que beneficien el cuerpo de las personas, que van desde una alimentación sana hasta prácticas que eviten daños por conductas no adecuadas, a continuación, se consideran algunos de los aspectos o indicadores de la dimensión física:

- **Alimentación:** La alimentación es un aspecto muy importante para los adolescentes, y todas las acciones realizadas deben llevar a favorecer una adecuada nutrición de los mismos y el desarrollo de un estilo de vida que favorezca la salud. La etapa de la adolescencia es importante para el desarrollo de hábitos saludables de alimentación, y la preparación del joven para su vida adulta, estos hábitos desarrollados desde la adolescencia permitirán una vida futura sana y reducirán el riesgo de enfermedades crónicas.

El adolescente requiere de una alimentación adecuada con requerimientos energéticos idóneos, además de jugar un rol importante para su salud, debido a que permite un desarrollo adecuado para el mismo, y evita riesgos de caer en problemas, por relacionar la estética con trastornos alimenticios causados por esto (23).

- **Actividad física y deporte:** Es de suma importancia para el bienestar físico del adolescente, además de la influencia en aspectos como el desarrollo mental, que va

ligado al deporte, la actividad física es un coadyuvante para el bienestar, favoreciendo a la mejora física y reduciendo enfermedades recurrentes asociadas a una vida sedentaria.

Estudios actuales han logrado entender que el deporte tiene un gran aporte mental además del físico de los adolescentes, porque ayuda al bienestar de las personas reduciendo el estrés, problemas con el sueño, y procura la tranquilidad de las personas, entre otros.

- Hábitos nocivos: El consumo de drogas, alcohol y otros productos nocivos, se han vuelto de uso fácil por parte de los adolescentes; se ha convertido en una moda el uso de estos productos, algunos prohibidos y otros no, y en muchos casos una forma de ser bien visto por otros en la sociedad o amigos, afectando en forma temprana a jóvenes adolescentes que no tienen control muchas veces sobre sus acciones, causando daños en las personas o llevando hasta la muerte.

El problema de consumo de estos productos nocivos, algunos como el tabaco y el alcohol que son de libre consumo en mayores de edad, y otros como drogas que van desde las consideradas suaves como la marihuana hasta las más duras como el crack y la cocaína, pasando por píldoras y otras de mucha penetración en la sociedad; estas drogas están relacionadas a alteraciones neurocognitivas que pueden dañar a las personas.

- Conductas sexuales inapropiadas: El aumento de enfermedades de transmisión sexual y los embarazos a temprana edad, han llevado a la OMS y al MINSA a iniciar acciones preventivas que permitan proteger a los adolescentes, quienes han creado una conducta demasiado liberal iniciando su vida sexual a temprana edad.

Es por esto que se desarrollan acciones preventivas donde la información y el acceso a la misma por parte de los jóvenes es lo más importante, con la finalidad de que los adolescentes iniciados sexualmente conozcan de métodos de protección y anticonceptivos (26).

- Prevención del Covid-19: La pandemia que vivimos el año 2021 luego de 100 años que el planeta no se enfrentaba a un hecho similar, nos enseñó una nueva perspectiva en la vida y salud de las personas, poniendo especial énfasis en la prevención como

medida de protección, pero también sacudió a la población mundial, y después de infectar a cientos de millones, no se ha ido en su totalidad, y solo queda convivir con este flagelo.

Es por esto que se deben conocer las medidas para evitar la propagación de algún tipo de virus como este o similar, ante los cuales solo se pueden tomar medidas de protección basadas en el autocuidado, las mismas que fueron eficaces en la etapa pre vacunas.

- **Recreación, sueño y descanso:** En la actualidad se ha venido presentando con mucha regularidad problemas relacionados con alteraciones del sueño, este tema es silencioso, pero afecta de muchas formas a las personas; el sueño es importante porque está relacionado al desarrollo y crecimiento de jóvenes y adolescentes, además que la falta de descanso repercute en el futuro bienestar de las personas.

La higiene del sueño debe ser considerada en los aspectos del cuidado personal o autocuidado, debido a que se presentan muchos casos de adolescentes con alteraciones del sueño, lo que afecta su calidad de vida, reduciendo su rendimiento (27).

b) Dimensión social:

La dimensión social estudia el logro más importante que tiene el ser humano, y es su capacidad de socializar, de desenvolverse dentro de un grupo de personas y ser parte del mismo. Es en este grupo donde debe desarrollar la capacidad de relacionarse con los integrantes del mismo. El ser humano se desarrolla en base a las “relaciones interpersonales”, las que son de suma importancia durante la adolescencia, debido a que aquí se genera la adaptación e integración del adolescente, la búsqueda se da en que los adolescentes tengan relaciones interpersonales positivas, las que fortalecerán su desarrollo, dando fortaleza emocional y herramientas como enfrentar el estrés (28).

c) Dimensión psicológica

El concepto y ámbito de la dimensión psicológica tiene como especial y único objetivo a la persona considerando como base su mente, se aprecia que todo lo que afecte a la mente de la persona, repercutirá en su desarrollo, y no permitirá que la persona sea

funcional, por lo que se verá afectada. El ser humano se construye en base a metas y desarrolla sus actividades mediante un conjunto de procesos que guían su conducta.

El desarrollo de las personas desde la dimensión psicológica se considera como la mejor forma de guiar la conducta de las personas, la que debe ser creativa y armónica con el contexto donde se desarrolle, y que no debe ser afectada en especial en su etapa de desarrollo, porque puede causar daño en el futuro de la persona. Esta dimensión estima los siguientes indicadores que deben ser considerados para la investigación:

- **Autonomía:** Es una habilidad que se desarrolla durante toda la vida de la persona, una persona que se desenvuelve de forma sana, es decir que considere el cuidado personal, debe resaltar esta característica desde la adolescencia, debido a la importancia que tiene para su desarrollo, la autonomía es una importante en la transición del adolescente para su vida adulta, la dependencia muchas veces influye en los jóvenes volviéndolos retraídos y con una reducida capacidad para socializar (29).
- **Autoaceptación:** Se puede conceptualizarse de forma muy sencilla, y es sentirse bien con uno mismo; se le considera como una característica psicológica positiva.
- **Inteligencia emocional:** Es la habilidad de las personas de entender y llevarse bien entre ellos, la capacidad de entender, se conceptualiza como la habilidad de percibir, entender y manejar las emociones (30)

2.2.5. Autoestima

La importancia de la autoestima en las personas, se da en que puede afectar toda la vida de las mismas si es que no es manejada de la mejor forma posible, la autoestima se desarrolla basada en las relaciones humanas, buscando su lugar e importancia en el contexto social, es la etapa donde se desarrolla la persona y su “yo” el mismo que se alimenta de sus logros y avances. El desarrollo de la autoestima tiene vital importancia porque la persona reconoce su propia valía, que tiene como base todos los aspectos que analizó y vivió en el crecimiento social de su vida personal (31).

La teoría de Rossemberg, para el autor la autoestima tiene dos puntos de importancia, la alta y baja autoestima, respecto a la autoestima alta se puede describir como autoestima

positiva que se da cuando la persona va generando respeto y estimación hacia si misma; es importante el desarrollo de este tipo de autoestima porque propicia y beneficia la salud de las personas, repercutiendo en la calidad de vida , el desarrollo y desenvolvimiento personal. Para el autor la persona con autoestima alta o positiva se autodenomina “bueno” (29). Por otro lado la autoestima negativa, se asocia a las personas insatisfechas con ellas mismas, en algunos casos desarrollan sentimientos negativos como el rechazo o el autodesprecio (32).

La autoestima se conceptualiza como una evaluación global del valor propio una percepción subjetiva de aprecio o rechazo hacia uno mismo, desempeñando un rol crucial en la salud mental y el desarrollo personal durante la adolescencia (33). Se considera parte esencial del autoconcepto, junto con constructos como la autoeficacia o identidad (35, 36). La escala de referencia utilizada para su evaluación es la Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), ampliamente validada y reconocida en investigaciones internacionales por su simplicidad y consistencia psicométrica (34).

Teóricamente, algunos marcos integradores, como la teoría de la identidad, plantean que la autoestima emerge como resultado del proceso de autorreverificación en contextos grupales un mecanismo que valida tanto al individuo como al grupo social al que pertenece (35). Este enfoque permite comprender cómo las interacciones sociales y la pertenencia influyen en la percepción del valor personal.

Evidencias empíricas recientes refuerzan la importancia de la autoestima en la adolescencia. Por ejemplo, un estudio longitudinal en China demostró que los niveles de autoestima entre los 10 y 15 años están positivamente asociados con el rendimiento cognitivo hasta cuatro años después (36). Asimismo, investigaciones en contextos educativos muestran que la autoestima media influye como mediadora entre variables como autoeficacia y satisfacción con la vida, lo que destaca su rol integrador en el bienestar psicológico juvenil (37).

Por lo tanto, la autoestima se presenta como una variable central para comprender el estado emocional y cognitivo de los adolescentes. Su inclusión en el marco teórico resulta pertinente por su valor explicativo y su capacidad de articular procesos de desarrollo, motivación y salud mental.

La autoestima en la adolescencia ocupa un lugar muy importante, es necesario entender que en esta etapa la autoestima del adolescente varía con mucha frecuencia, por lo que debe propugnarse la búsqueda de lograr una autoestima elevada en los mismos, porque los impulsa a la independencia. El adolescente puede asumir la responsabilidad de realizar sus actividades y poner en práctica lo aprendido por la confianza obtenida en el proceso. Este proceso no solo se circunscribe a la etapa de la adolescencia, sino que viene desde la infancia donde los estímulos recibidos afectarán de manera positiva o negativa, y se reflejarán en la adolescencia.

2.2.5.1. Niveles de autoestima según Rosenberg

El autor considera dos tipos de autoestima a las que se les puede denominar como alta y baja, pero en estudios posteriores el mismo la determina como autoestima positiva y negativa (38):

- a) Autoestima positiva: Se da cuando la persona a través del tiempo va generando una mejor apreciación de sí misma, esto se basa en el crecimiento social de la persona y el respeto por sí misma, lo que repercute en sus acciones, salud y forma de vida.
- b) Autoestima negativa: Se evidencia a través del rechazo de la persona por sí misma, tiene una connotación con la insatisfacción personal.

2.2.6. El rol de la enfermería

Las competencias del profesional de enfermería le dan la calificación y capacitación adecuada para desarrollar programas de prevención de problemas de salud y promoción de la misma, implementando programas de autocuidado en las personas, debido a que su formación le ha dado los conocimientos, herramientas y práctica que le permiten ser la persona idónea para desenvolverse en este ámbito.

El conocimiento y la práctica le otorgan al profesional de enfermería la capacidad de identificar las situaciones que pueden convertirse en riesgos potenciales en un futuro, gestionando las acciones para cada grupo etario según sus necesidades o prevalencias, que podrá afectar las prácticas de autocuidado. El profesional de enfermería puede elaborar,

diseñar y desarrollar las acciones para estos programas de promoción de la salud y ser un factor importante para el logro de los objetivos.

Para la organización mundial de la salud el primer eslabón de un sistema de salud es el profesional de enfermería, lo considera el punto de contacto más sólido de todo el constructo que se le llama sistema de salud (39). El profesional de enfermería tiene una vital significancia porque es quien lleva los aspectos preventivos de la estrategia de promoción de la salud, es por esto que sus competencias son definidas y estructuradas para poder llevar esto de la manera adecuada para el logro de los objetivos establecidos (40). Brindar atención y cuidados de calidad a las personas, con la gestión adecuada de los recursos para la población, manejando las estrategias de comunicación y acercamiento con la población, describe el rol del profesional de enfermería (41).

La atención integral de la salud de los adolescentes coadyuvará a logro de estilos de vida saludables en su vida actual, lo que le permitirá adoptar prácticas que le permitan enfrentar de manera positiva los procesos de salud y enfermedad, logrando alcanzar el bienestar integral (42). Es por esto la importancia del profesional de enfermería como promotor de la salud, en la búsqueda de resultados positivos que fomenten la calidad de vida de las personas (39).

2.2.7. Modelo teórico de la relación entre prácticas de cuidado personal y autoestima

El presente modelo teórico parte de la premisa de que el autocuidado constituye un proceso activo y deliberado mediante el cual el individuo realiza acciones orientadas a mantener su bienestar físico, psicológico y social (43). Desde la perspectiva de la Teoría del déficit de autocuidado, se reconoce que la capacidad de los adolescentes para involucrarse en conductas de cuidado personal, esta mediada por factores internos y externos, que pueden potenciar o limitar su autonomía (45, 46).

Las prácticas de cuidado personal, entendidas como un conjunto de conductas que promueven el mantenimiento de la salud y la prevención de riesgos, se relacionan con la agencia de autocuidado descrita por Orem (43). Estas prácticas, cuando son desarrolladas de forma constante, contribuyen a una mayor percepción de control sobre el propio estado de salud y bienestar, lo que influye directamente en el fortalecimiento de la autoestima (44).

Por su parte, la autoestima es definida como la valoración positiva o negativa que las personas tienen de sí mismas, derivada de sus experiencias, interacciones sociales y del nivel de satisfacción con su desempeño personal (45). Diversos estudios han demostrado que niveles adecuados de autoestima se asocian con un mayor compromiso hacia hábitos de vida saludables y con conductas de autocuidado más efectivas (4, 49). Esto sugiere que la autoestima no solo es un resultado del autocuidado, sino también un factor que lo refuerza, generando una relación bidireccional.

En adolescentes, esta relación se vuelve particularmente relevante, ya que esta etapa del desarrollo se caracteriza por cambios físicos, cognitivos y emocionales que pueden afectar la percepción de sí mismos y sus conductas de salud (46). Así, el modelo plantea que los adolescentes que mantienen prácticas consistentes de autocuidado tanto físicas, psicológicas como sociales tienden a presentar niveles más altos de autoestima, lo que a su vez impacta positivamente en su capacidad de toma de decisiones y en su bienestar general (47).

Desde el enfoque de Orem (43), este modelo sostiene que el fortalecimiento de la agencia de autocuidado mediante intervenciones educativas y preventivas facilita el desarrollo de competencias para el cuidado personal. Estas competencias actúan como un soporte para la construcción de una autoimagen positiva y para el desarrollo de una autoestima saludable. De esta manera, el modelo teórico propuesto no solo explica la asociación entre las variables, sino que además respalda la necesidad de intervenciones educativas orientadas a reforzar el autocuidado como un mecanismo de promoción del bienestar integral de los adolescentes.

Ejes actuales de asociación teórica entre las variables de estudio:

Eje 1. Alfabetización en salud y alfabetización digital en salud como habilitadores del autocuidado

La alfabetización en salud se entendió como un conjunto de conocimientos y competencias personales que permiten acceder, comprender, valorar y utilizar información y servicios para mantener y promover la salud y el bienestar propios y de otros. En población adolescente, esta competencia resulta crítica porque condicionó la calidad de las decisiones

cotidianas de salud, el uso oportuno de servicios y la adherencia a prácticas de autocuidado. La Organización Mundial de la Salud enfatizó que estas capacidades no se restringieron a “saber leer” materiales de salud, sino que implicaron pensamiento crítico, comunicación y agencia para interactuar con el sistema sanitario y con el propio entorno social (48) (49). En paralelo, las directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado posicionaron al autocuidado como pilar complementario de los sistemas de salud, relevante para adolescentes por su potencial de empoderamiento y por su aplicabilidad más allá de escenarios clínicos formales (48).

La alfabetización digital en salud se concibió como la extensión de la alfabetización en salud al ecosistema digital: localizar, comprender, evaluar críticamente y aplicar información de salud disponible en Internet, redes y aplicaciones. La evidencia reciente mostró que la disponibilidad masiva de contenidos sanitarios en línea no garantizó decisiones de mejor calidad; por el contrario, la exposición a desinformación y a patrones de uso problemático de tecnologías exigió competencias específicas para el discernimiento crítico, especialmente en adolescentes (50) (51). En consecuencia, se justificó que los programas escolares de promoción del autocuidado incluyeran resultados esperados en competencias de búsqueda, evaluación de credibilidad, toma de decisiones y uso seguro de TIC en salud.

En cuanto a medición, el campo dispuso de instrumentos validados que operacionalizaron estas competencias. En Europa, el HLS19-DIGI, desarrollado en el marco de la red M-POHL de la OMS, aportó un instrumento unidimensional y válido para estimar alfabetización digital en salud en adultos y con evidencia específica en adolescentes, con asociaciones consistentes entre el constructo y determinantes de uso de servicios (52) (53). Por su parte, el histórico eHEALS de Norman y Skinner, de ocho ítems, permaneció como referente internacional para evaluar conocimientos, comodidad y habilidades percibidas para encontrar, evaluar y aplicar información electrónica de salud (54). Validaciones y adaptaciones recientes en población adolescente por ejemplo, en Brasil reforzaron su estructura y confiabilidad, apoyando su uso en contextos escolares latinoamericanos (55).

Bajo este andamiaje conceptual y métrico, el postulado central para el presente estudio estableció que, a mayor capacidad del adolescente para acceder, comprender, valorar

y usar información en salud tanto en entornos analógicos como digitales, mayor probabilidad de ejecutar prácticas de autocuidado consistentes a lo largo de las dimensiones física, social y psicológica. De forma operativa, se planteó observar tres variables: a) nivel de alfabetización en salud general, b) nivel de alfabetización digital en salud, y c) uso crítico de TIC para decisiones de salud. La primera y segunda se midieron mediante escalas validadas como HLS19-DIGI y/o eHEALS, y la tercera se operacionalizó como desempeño autorreportado en tareas de búsqueda, evaluación de credibilidad y aplicación de información digital a decisiones de autocuidado (por ejemplo, higiene del sueño, actividad física, prevención de ITS y salud mental) (50, 54–57).

Eje 2. Autoeficacia y autorregulación como mecanismos psicológicos entre autocuidado y autoestima

La teoría social cognitiva sostuvo que las creencias de autoeficacia constituyeron un determinante proximal de la conducta, al modular la elección de metas, el esfuerzo sostenido y la persistencia ante barreras. En salud, la autoeficacia operó junto con metas, expectativas de resultado y facilitadores o impedimentos ambientales, actuando como vía común por la cual influyeron los factores psicosociales sobre el funcionamiento y el bienestar (56) (57). En población adolescente, mayores niveles de autoeficacia se asociaron con mayor probabilidad de iniciar y mantener prácticas de autocuidado por ejemplo, actividad física, higiene del sueño, autocuidado en salud mental al incrementar la confianza percibida para organizar y ejecutar acciones protectoras en contextos reales (57) (58).

De manera complementaria, la autorregulación conductual se entendió como el conjunto de procesos cognitivos, emocionales y conductuales que permitieron fijar metas, monitorear el desempeño, ajustar estrategias y sostener hábitos en el tiempo. La evidencia de síntesis mostró que intervenciones universales centradas en autorregulación produjeron efectos positivos en niños y adolescentes, con beneficios en resultados de salud y sociales que incluyen logros académicos, habilidades socioemocionales y reducción de conductas problemáticas, lo que respalda su incorporación como mecanismo clave para mantener el autocuidado más allá de la motivación inicial (59). A nivel métrico, las revisiones recientes advirtieron la necesidad de clarificar dominios y asegurar instrumentos válidos y confiables

para edades escolares, dada la heterogeneidad conceptual del constructo de autorregulación (60).

En el vínculo con la autoestima, se postuló que la autorregulación favoreció la consolidación de logros percibidos, reforzando la autoevaluación positiva de competencia personal, mientras que la autoeficacia elevó la probabilidad de ejecución exitosa, creando bucles de retroalimentación que nutrieron la valoración de sí y la continuidad de hábitos saludables. En conductas específicas, metaanálisis y estudios con adolescentes evidenciaron que el apoyo social incrementó la actividad física en parte a través de la autoeficacia, lo que sugiere rutas mediadas entre contexto, creencias de capacidad y conducta de salud que pueden impactar la autoestima por vías de logro y pertenencia (58). Asimismo, la literatura sobre la brecha intención–conducta indicó que, aun cuando existió intención favorable, el desempeño efectivo dependió de recursos autorregulatorios planificación, manejo de barreras, señales situacionales que traducen la intención en acción mantenida, lo que refuerza la centralidad de la autorregulación como soporte de la adherencia y del fortalecimiento de la autoimagen competente en la adolescencia (61).

En suma, este eje teórico planteó que la autoeficacia funcionó como determinante proximal de la adopción del autocuidado y la autorregulación como sostén de su mantenimiento, configurando un mecanismo conjunto que explica la adherencia a prácticas saludables y su efecto potenciador sobre la autoestima en contextos escolares (62). De forma operativa, las variables observables se definieron como: a) autoeficacia para conductas de salud medida por escalas específicas a cada dominio, b) estrategias de autorregulación planificación, monitoreo, reestructuración de metas, y c) intención conductual como marcador motivacional susceptible de ser potenciado por la autoeficacia e instrumentado por la autorregulación (59–63).

Eje 3. Apoyo social, funcionamiento familiar y clima escolar como moderadores contextuales

El apoyo social, el funcionamiento familiar y el clima escolar se conceptualizaron como contextos proximal-meso que amortiguaron o potenciaron la relación entre prácticas de autocuidado y autoestima en la adolescencia. La evidencia reciente mostró que un

funcionamiento familiar adaptativo se asoció de manera consistente con mayor autoestima en adolescentes, con tamaños de efecto moderados en metaanálisis de más de cincuenta estudios, lo que sugiere que la organización, cohesión y comunicación familiares proveen un andamiaje emocional que facilita la internalización de logros y, con ello, una autoevaluación positiva más estable (63). En análisis de mecanismos, se observó que la autoestima medió los efectos del funcionamiento familiar sobre síntomas emocionales, y que las relaciones con pares moderaron parte de dicha ruta, reforzando la idea de sistemas interdependientes donde el entorno familiar y el apoyo de pares co-configuraron el ajuste adolescente (64).

Desde el apoyo social percibido se propuso un doble papel: protector directo y facilitador de recursos psicológicos. Metaanálisis y estudios recientes en población escolar documentaron que el apoyo social de familia, pares y docentes se asoció con mayor adopción de conductas de salud y con menor probabilidad de riesgos, y que parte de estos efectos operó a través del fortalecimiento de la autoeficacia y de la calidad de los vínculos con pares, variables que a su vez sostuvieron la adherencia al autocuidado y contribuyeron a la construcción de autoestima por la vía del logro y la pertenencia (58) (65). Teóricamente, esto es coherente con los modelos de amortiguación del estrés y de desarrollo social, en los que el soporte relacional reduce demandas percibidas, aumenta expectativas de control y facilita la regulación de la conducta, condiciones que favorecen prácticas de cuidado personal consistentes y evaluaciones positivas del sí mismo.

El clima escolar y la conectividad escolar se entendieron como percepciones compartidas de seguridad, apoyo, relaciones respetuosas y pertenencia en la escuela. Revisiones sistemáticas y metaanálisis indicaron que mayores niveles de conectividad escolar se asociaron con menor sintomatología depresiva y ansiosa, menor involucramiento en conductas de riesgo y mejores trayectorias académicas, lo que sugiere un contexto que refuerza normas prosalud y oportunidades de logro cotidiano que nutren la autoestima y favorecen hábitos de autocuidado sostenibles (66) (67) (68). A su vez, revisiones de clima escolar subrayaron que componentes como relaciones docente-estudiante, apoyo entre pares y metodologías pedagógicas participativas se vincularon con menor estrés, mayor

autoestima y mejor rendimiento, respaldando el rol moderador del clima en la consolidación de hábitos saludables y en la valoración personal del adolescente (69) (70).

En síntesis, este eje postuló que: a) familias funcionales y redes de apoyo densas potenciaron el efecto del autocuidado sobre la autoestima al proveer validación, modelamiento y contingencias positivas; b) el apoyo social operó como moderador que incrementó la probabilidad de que la práctica de autocuidado se tradujera en experiencias de dominio y autovaloración; y c) climas escolares positivos amplificaron la transferencia de habilidades de autocuidado al desempeño cotidiano, generando espirales de logro percibido y pertenencia que fortalecieron la autoestima. Así, la tríada apoyo social-familia-escuela se consideró un conjunto de moderadores contextuales que explicaron variaciones en la fuerza y estabilidad del vínculo entre prácticas de cuidado personal y autoestima en la adolescencia.

Eje 4. Modelo integrado de salud escolar centrado en autocuidado y bienestar

El modelo integrado de salud escolar se concibió como un entramado de intervención que articuló escuela, familia y servicios de salud a fin de fortalecer competencias de autocuidado, alfabetización en salud y soporte psicosocial en adolescentes. Bajo el enfoque de autocuidado de la Organización Mundial de la Salud, las intervenciones centradas en la persona se consideraron componentes estratégicos de los sistemas sanitarios y requirieron entornos habilitantes, con énfasis en educación para la salud, accesibilidad y salvaguardas de derechos, lo que justificó su inserción en la escuela como espacio privilegiado de socialización y aprendizaje (48). Complementariamente, los Estándares Globales de Escuelas Promotoras de la Salud impulsados por OMS y UNESCO establecieron dominios y criterios para integrar políticas, currículos, servicios y vínculos con la comunidad, de modo que cada escuela operara como plataforma de promoción de la salud y bienestar estudiantil (71) (72).

Desde la perspectiva de salud adolescente, la guía AA-HA! 2.0 propuso una ruta sistemática para planificar, ejecutar y evaluar programas integrales con base en prioridades epidemiológicas y contextuales, incluyendo paquetes de acciones en salud mental, actividad física, nutrición, salud sexual y reproductiva y habilidades para la vida, con mecanismos de participación juvenil y de intersectorialidad que la escuela puede coordinar (73) (74) (75).

En la misma línea, el marco Whole School, Whole Community, Whole Child del CDC enfatizó la coherencia de políticas, prácticas y alianzas escuela-comunidad para alinear salud y logro académico, proponiendo componentes operativos que facilitan la adopción de conductas saludables y la mejora de climas escolares (76) (77).

En términos de dispositivos de provisión, la literatura sobre servicios de salud basados en la escuela reportó efectos favorables en acceso, uso de servicios preventivos y resultados educativos y de salud, con evidencia de costo-efectividad y mejor manejo de condiciones crónicas en adolescentes, así como reducción de visitas a emergencias y hospitalizaciones (78) (79). A nivel de resultados psicosociales, revisiones y metaanálisis de intervenciones escolares mostraron beneficios en resiliencia, pertenencia, satisfacción con la vida y autoestima, si bien se advirtió heterogeneidad en la duración de los efectos y necesidad de mejorar la implementación y la evaluación a largo plazo (80) (81) (82). Informes recientes sobre asociaciones escuela-familia-servicios destacaron que programas que fortalecen relaciones, habilidades socioemocionales y comunidades educativas seguras presentan potencial sustantivo para elevar el bienestar estudiantil en diversos contextos culturales (81) (83).

Con base en lo anterior, se formularon los postulados del eje: a) programas escolares que combinan alfabetización en salud, entrenamiento en autocuidado y apoyos socioemocionales incrementan la adopción y mantenimiento de prácticas saludables, b) la articulación efectiva con familias y servicios de salud amplifica la transferencia de habilidades al entorno cotidiano y mejora la continuidad del cuidado, y c) la experiencia acumulada en escuelas promotoras de salud y marcos WSCC justifica un diseño multinivel que alinee políticas, currículo, servicios y cultura escolar para impactar en bienestar y autoestima (73–79,82–85).

Operativamente, se propusieron tres variables observables: i) participación en actividades de promoción de la salud del centro educativo, medidas como exposición y compromiso en módulos curriculares, talleres y clubes de salud (73,78); ii) derivaciones efectivas a servicios internos o externos, medidas como proporción de estudiantes derivados que completaron atención preventiva o especializada y continuidad del plan de cuidado (75,80,81); y iii) satisfacción con servicios de salud escolar, entendida como percepción de

accesibilidad, calidad y pertinencia cultural, que se vinculó con mayor utilización y adherencia a recomendaciones de autocuidado (71,75,80). Estas variables son coherentes con los estándares internacionales y permiten evaluar la articulación escuela-familia-servicios y su contribución a la internalización de hábitos saludables y al fortalecimiento de la autoestima adolescente.

2.3. Definición de términos

- **Prácticas de cuidado personal (Autocuidado):** Se le considera al conjunto de acciones y actitudes que el alumno adolescente realiza de forma libre y voluntaria para su cuidado personal dentro de las dimensiones física, social y psicológica, las acciones las ejecuta con el objetivo de prevenir enfermedades, fortalecerse físicamente y elevar su calidad de vida.
- **Nivel de autoestima:** Se le da la denominación de nivel de autoestima al puntaje que se obtiene luego de la aplicación de la denominada escala de Rossemberg, este puntaje obtenido permite clasificar la autoestima en baja, media y elevada.
- **Adolescentes:** La definición de adolescente se le da a la persona de sexo masculino o femenino, comprendida entre los 12 a 18 años de edad, en caso de la investigación se reduce a los estudiantes de la I.E. Guillermo Auza Arce de Tacna que están cursando de 3ro a 5to de secundaria.
- **Institución Educativa (IE):** Es un centro de estudios del sistema educativo peruano gestionado por el estado peruano, de régimen estatal.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

El proyecto de tesis y su posterior informe es considera un enfoque cuantitativo, porque los datos que se obtendrán, será cuantificados, con la finalidad de obtener información que luego será medida para obtener datos de análisis para el estudio, además se le considera de nivel aplicativo, descriptivo y propositivo (84), porque la información servirá para un posterior análisis, sin manipular los datos obtenidos y con esto describir los la data resultante.

3.2. Diseño de la investigación

La presente investigación considera un diseño no experimental y nivel correlacional debido a que no se manipularán las variables consideradas en la investigación, como prácticas de cuidado personal y autoestima, luego y con los resultados se buscará un nivel de correlación entre las mismas (84). El estudio al realizarse en un periodo de tiempo determinado, se le denomina de corte transversal, y el periodo se establece en el momento de la aplicación del instrumento.

3.3. Nivel de investigación

La investigación se ubicó en el nivel correlacional, debido a que tuvo como propósito central determinar el grado de asociación existente entre las prácticas de cuidado personal y el nivel de autoestima en los alumnos adolescentes de la I.E. Guillermo Auza Arce, sin manipular deliberadamente ninguna de las variables consideradas en el estudio. De acuerdo con la literatura metodológica, los estudios de nivel correlacional permiten medir la fuerza y dirección de la relación entre dos o más variables en un contexto específico, a partir de datos cuantitativos obtenidos en un solo momento, describiendo patrones de covariación sin establecer relaciones de causalidad. (84)

En este caso, el nivel correlacional se concretó mediante la aplicación de escalas tipo Likert para evaluar las prácticas de cuidado personal y la autoestima, la construcción de

puntajes totales y por dimensiones, y el posterior análisis de su relación mediante el coeficiente de correlación de Pearson, complementado con intervalos de confianza y pruebas de significancia. Esta estrategia analítica permitió estimar si los estudiantes que presentaron prácticas de cuidado personal más favorables tendieron a mostrar también niveles más elevados de autoestima, manteniendo el carácter cuantitativo, no experimental y de corte transversal del estudio, ya señalado en el diseño de investigación.

3.3.1. Población

Para el estudio se considera como población a los alumnos comprendidos entre 3ro y 5to de secundaria de la Institución Educativa Guillermo Auza Arce Tacna, 2024, el grupo a investigar es de tipo mixto debido a que considera varones y mujeres, donde se consideran los 145 alumnos que cursan los años de estudios mencionados en el centro de estudios.

3.3.2. Muestra

La población de estudio estuvo constituida por 145 estudiantes matriculados y de asistencia regular del nivel secundario, que cursaban de tercero a quinto grado en la I.E. Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna, durante el año 2024. Sobre esta población se definió la muestra de trabajo considerando la accesibilidad a los participantes y las condiciones reales de aplicación de los instrumentos en el contexto escolar.

Para la selección de los participantes se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que los alumnos fueron incorporados al estudio en función de su disponibilidad y facilidad de acceso en los horarios de clase. De este modo, la muestra quedó conformada por 132 estudiantes de secundaria de la I.E. Guillermo Auza Arce de Tacna en el año 2024, lo que representó aproximadamente el 91 % de la población total. Se incluyó a los estudiantes que se encontraban matriculados, asistían de manera regular a la institución y aceptaron participar voluntariamente en la investigación, excluyendo a quienes no completaron los instrumentos o no contaban con el consentimiento correspondiente.

3.3.3. Muestreo

Para la presente investigación no se hará un muestreo, debido al tamaño de la población, la misma que es el universo de la investigación, se realizará un CENSO con la finalidad de obtener información exacta sin necesidad de una muestra probabilística.

Unidad de estudio: Alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce de Tacna, 2024.

Criterios de inclusión: Se considera a todos los estudiantes matriculados y de asistencia regular del nivel secundario, cursando de 3ro a 5to de secundaria de la I.E. Guillermo Auza Arce de Tacna, 2024.

Además, es importante considerar solo a los alumnos que voluntariamente deciden participar en la investigación y cuenten con la debida autorización.

Criterios de exclusión: Se excluye a los estudiantes no matriculados y en el año escolar en la I.E. Guillermo Auza Arce Tacna, 2024, alumnos que no estén presentes en el momento de la aplicación del instrumento de recolección de datos, y los alumnos que los padres no autoricen su participación.

3.4. Técnicas o instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se han utilizado técnicas que consisten en la aplicación de un instrumento diseñado para la investigación, este instrumento que se le denomina encuesta, considera una gama de preguntas elaboradas con la finalidad de obtener la data necesaria acerca de la autoestima y el autocuidado de los estudiantes.

Las técnicas de recopilación de información para la investigación son encuestas.

3.4.2. Instrumentos de recolección de datos

Se ha considerado como instrumento para la investigación, la denominada y validada escala de autoestima de Rosenberg y además otro instrumento llamado escala de prácticas de cuidado personal, las mismas que están especificadas por instrucciones para que los

encuestados tengan facilidad de entendimiento, las preguntas son con opciones de respuesta múltiple y se determinará la medición de la variable con promedio aritmético. El instrumento ha sido revisado y validado por un juicio de expertos y medido bajo el alpha de Cronbach y el omega de McDonald.

El instrumento se adjunta en el anexo.

Para la recolección de información se usan los siguientes instrumentos:

- Escala de autoestima de Rosenberg - Anexo 1-A
- Escala de prácticas de cuidado personal - Anexo 1-B

Validación de los instrumentos de investigación:

- Escala de autoestima de Rosenberg

La denominada escala de autoestima de Rosenberg es elaborada por el autor en 1965, y desde ahí viene siendo un instrumento al que se recurre con frecuencia para este tipo de investigaciones, el mencionado instrumento busca evaluar la autoestima partiendo de una serie de sentimientos y recuerdos evidentes de los sujetos en su autopercepción, el resultado da una actitud positiva o negativa. Cuenta con diez frases referidas a la autoestima, y se divide en dos dimensiones (38).

La mencionada escala de Rosenberg ha sido traducida y validada en diferentes idiomas y diferentes países, entre ellos el inglés, español, francés, entre otros. Algunas de estas se citan a continuación: Ver ANEXO (1-B)

- Estudio de Ventura et al. (85) donde evaluaron los resultados o evidencias psicométricas en la escala de Rosenberg aplicada a los adolescente de la ciudad de Lima en diferentes instituciones educativas; donde los resultados evidencian que la estructura interna luego de un análisis confirmatorio en cada uno de los modelos desarrollados, donde los resultados superiores a 0,50, lo que lleva a considerarla como fuerte, es decir que la estructura es fuerte, al analizar los modelos y su consistencia interna en todos sus modelos se logró un resultado de ($H > 0,80$).

- Se realizó otra validación del instrumento, escala de autoestima de Rosenberg, en un estudio realizado en la Paz, donde se logró el siguiente resultado, al realizar un análisis de confiabilidad del instrumento mediante el alfa de Cronbach, se alcanzó un puntaje de 0,966, este resultado valida el instrumento dando confiabilidad para cualquier investigación por encontrarse dentro de los parámetros establecidos, el resultado obtenido en el estudio, considera que al realizar algunos cambios no se afectaría (86).
- Escala de prácticas de autocuidado

La investigación considera esta escala debido a que es un cuestionario denominado escala de prácticas de autocuidado, el mismo que fue creado para la investigación realizada por Cerna (87), y fue validado y evaluado por cinco expertos del área, dando como resultado una validez V de Aiken de 0,97 con un resultado de excelente, y es por esto que se utilizará en la investigación. El instrumento está organizado en secciones con 38 preguntas, donde se consideran las tres dimensiones del autocuidado. Dimensión física, psicológica y social, donde se establecen como puntos de corte valores que van en un rango de 38 a 77 puntos, a lo que se consideran prácticas deficientes, el otro rango va de 78 a 117 donde se le conocen como prácticas de autocuidado regulares y si supera 118 se consideran como se consideran como adecuadas.

3.5. Método de análisis de datos

El análisis de datos se realiza con el uso de estudio con lo que se analizará la información y procesará la misma, basándose el análisis estadístico descriptivo, e inferencial.

3.6. Operacionalización de las variables

3.6.1 Identificación de las variables

- Variable independiente: Nivel de autoestima
- Variable dependiente: Prácticas de cuidado personal

3.6.2. Matriz de operacionalización de las variables

Ver anexo

3.7. Consideraciones éticas

Se consideran algunos aspectos denominados éticos como:

- Consentimiento informado, debido a que las personas, instituciones o empresas deben confirmar que saben o conocen lo que se está realizando, y que está de acuerdo.
- Términos de confidencialidad, debido a que es necesario asegurar la identidad e información referente a personas que son parte de la investigación.
- Control adecuado de riesgos, aquí se considerará el principio eficiencia para la investigación con personas.

El estudio no causa ningún tipo de daños, entre los que se considera los psicológicos, físicos, dependencia, morales entre otros, puesto que los datos obtenidos, se obtienen por un consentimiento escrito e informado de las personas, y el uso de los mismos es solo para la investigación, por lo que son de tipo confidencial, los datos se manejan de manera anónima, y su uso es solo estadístico.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Datos generales

La presente investigación incluyó a 132 estudiantes de la institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna, representando el 100 % del universo estudiado. La distribución por edad mostró que 22 estudiantes tienen 14 años (17 %), 46 tienen 15 años (35 %), 40 tienen 16 años (30 %), 20 tienen 17 años (15 %), y 4 estudiantes tienen entre 18 y 19 años (4 %).

En términos de género, el 56 % (74 estudiantes) corresponde a hombres y el 44 % (58 estudiantes) a mujeres. Según el grado académico, el 42 % de los estudiantes está en 3er año de secundaria, el 34 % en 4to año, y el 24 % en 5to año.

Tabla 1. Coeficiente alfa de Cronbach de las escalas de prácticas de cuidado personal y autoestima positiva de los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024

Escala	Número de ítems (k)	Alfa crudo	Alfa policórico
Prácticas de cuidado personal	38	0,765	0,770
Autoestima positiva	10	0,760	0,808

Tabla 2. Coeficiente omega total y omega jerárquico de las escalas de prácticas de cuidado personal y autoestima positiva de los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024

Escala	Número de ítems (k)	Omega Total	Omega Jerárquico
Prácticas de cuidado personal	38	0,870	0,777
Autoestima positiva	10	0,902	0,361

En la muestra (n=132) la escala de prácticas de cuidado personal (38 ítems) presentó consistencia interna aceptable ($\alpha=0,765$; α policórico=0,770) y fiabilidad elevada ($\omega_{total}=0,87$) con un factor general robusto ($\omega_{jerárquico}=0,777$), por lo que el puntaje total resultó psicométricamente justificable, aunque, dada la amplitud de contenidos, fue

conveniente complementar con perfiles por dimensión. En la escala de autoestima positiva (10 ítems) se observó consistencia de aceptable a buena ($\alpha=0,760$; α policórico=0,808) y fiabilidad excelente ($\omega_{\text{total}}=0,902$), pero un factor general modesto ($\omega_{\text{jerárquico}}=0,361$), lo que indicó que, aunque el total fue muy confiable, la varianza se explicó en mayor medida por subfactores (autoconfianza y autodesprecio invertido); en consecuencia, se recomendó interpretar el puntaje total junto con las subescalas, evitando asumir una unidimensionalidad estricta.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las variables de autoestima y prácticas de cuidado personal en los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024

Variable	n	Media	Mediana	Moda	DE	Varianza	Mínimo	Máximo
Autoestima autoconfianza	132	3,08	3,0	3,0	0,595	0,354	1	4
Autoestima autodesprecio	132	2,46	2,6	2,6	0,589	0,347	1	4
Autoestima total bruta	132	2,77	2,8	2,7	0,364	0,133	1	3,7
Autoestima total positiva	132	2,81	2,8	2,8	0,467	0,218	1,5	4
Prácticas de cuidado personal (total)	132	2,84	2,84	2,89	0,219	0,0481	2,32	3,34
Prácticas dimensión física	132	2,82	2,81	2,92	0,200	0,0399	2,38	3,29
Prácticas dimensión psicológica	132	2,88	2,88	3,0	0,361	0,130	2,11	3,78
Prácticas dimensión social	132	2,90	2,9	3,0	0,428	0,183	2	4

En la muestra (n=132) la autoestima total positiva presentó una media de 2,81 (DE=0,467; rango 1,5–4,0), valor que se ubicó en el nivel medio de la escala 1–4; al desagregar, autoconfianza alcanzó 3,08 (DE=0,595), sugiriendo un nivel alto y mayor heterogeneidad, mientras que autodesprecio sin invertir promedió 2,46 (DE=0,589), lo que, dada su direccionalidad inversa, implicó menor presencia de autodesvalorización relativa (coherente con el puntaje total positivo). Por su parte, las prácticas de cuidado personal (total) mostraron una media de 2,84 (DE = 0,219; 2,32 – 3,34), evidenciando un nivel medio–tendiendo a alto y notable homogeneidad (dispersión baja); por dimensiones, los promedios fueron social = 2,90, psicológica = 2,88 y física = 2,82, con diferencias pequeñas (<0,10) que indicaron un perfil equilibrado entre componentes. En conjunto, las medianas próximas a las medias apoyaron la simetría moderada de las distribuciones y, junto con la baja variabilidad en prácticas, respaldaron la estabilidad de los promedios para su uso en comparaciones y en el análisis correlacional paramétrico subsiguiente.

Tabla 4. Medidas de dispersión, asimetría, curtosis e intervalos de confianza al 95 % de las variables de autoestima y prácticas de cuidado personal en los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024

Variable	IQR	Asimetría	Curtosis	SE	IC95% Media (Inferior)	IC95% Media (Superior)
Autoestima autoconfianza	0,8	-0,446	0,229	0,0518	2,97	3,18
Autoestima autodesprecio	0,8	-0,208	-0,0355	0,0513	2,36	2,56
Autoestima total bruta	0,4	-0,725	3,55	0,0317	2,70	2,83
Autoestima total positiva	0,6	0,129	-0,128	0,0406	2,73	2,89
Prácticas de cuidado personal (total)	0,316	0,0445	-0,501	0,0191	2,80	2,88
Prácticas dimensión física	0,292	0,0739	-0,423	0,0174	2,78	2,85
Prácticas dimensión psicológica	0,472	-0,0557	-0,594	0,0314	2,81	2,94
Prácticas dimensión social	0,6	0,154	-0,532	0,0373	2,83	2,98

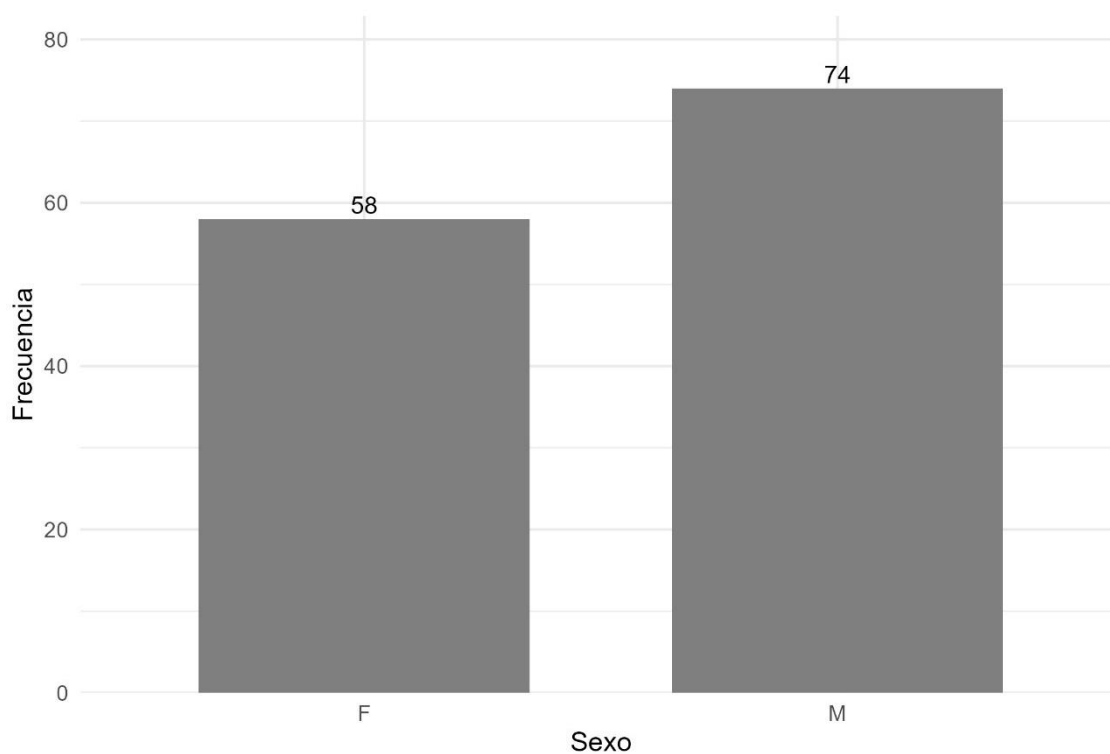
En la muestra (n=132) las distribuciones evidenciaron, para autoestima, que *autoconfianza* presentó un IQR=0,80, asimetría negativa leve (-0,446) y curtosis próxima a mesocúrtica (0,229), con IC95 % de la media 2,97 – 3,18, lo que indicó concentración en valores medio-altos y variabilidad moderada. *Autodesprecio* (sin invertir) mostró IQR=0,80, asimetría cercana a cero (-0,208) y curtosis prácticamente mesocúrtica (-0,036), con IC95 % 2,36–2,56, compatible con un nivel medio-bajo del rasgo indeseable. La *autoestima total bruta* exhibió asimetría negativa moderada (-0,725) y curtosis marcadamente leptocúrtica (3,55) con IQR=0,40, sugiriendo mayor pico/colas y justificando el uso del puntaje positivo para los análisis. En efecto, la *autoestima total positiva* se comportó casi simétrica (asimetría=0,129) y ligeramente platicúrtica (-0,128) con IQR=0,60 y IC95 % 2,73–2,89, lo que aportó precisión y estabilidad para la inferencia paramétrica.

Respecto a prácticas de cuidado personal, el total mostró IQR=0,316, asimetría nula (~0,045) y curtosis platicúrtica (-0,501), con IC95 % 2,80–2,88 y SE=0,019, lo que denotó alta homogeneidad y estimación precisa. Las dimensiones física (IQR=0,292; asimetría=0,074; curtosis=-0,423; IC95 % 2,78–2,85), psicológica (IQR=0,472; asimetría=-0,056; curtosis=-0,594; IC95 % 2,81–2,94) y social (IQR=0,60; asimetría=0,154; curtosis=-0,532; IC95 % 2,83–2,98) se mantuvieron platicúrticas y cercanas a la simetría, con mayor heterogeneidad relativa en las dimensiones psicológica y social (IQR más amplios). En conjunto, la combinación de asimetrías pequeñas, curtosis no extremas y intervalos estrechos (especialmente en prácticas) respaldó el uso de correlación de Pearson para los puntajes totales y aportó una base descriptiva sólida para la interpretación sustantiva en salud pública.

Gráficos descriptivos

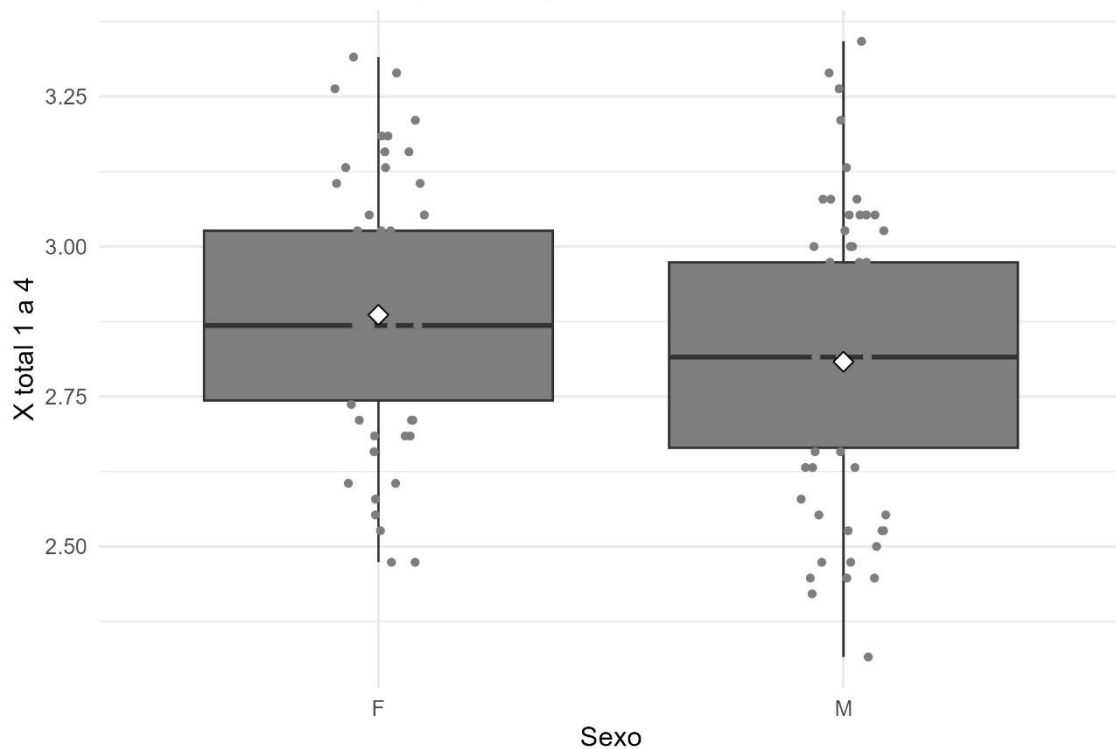
Datos de control

Figura 2. Distribución de sexo

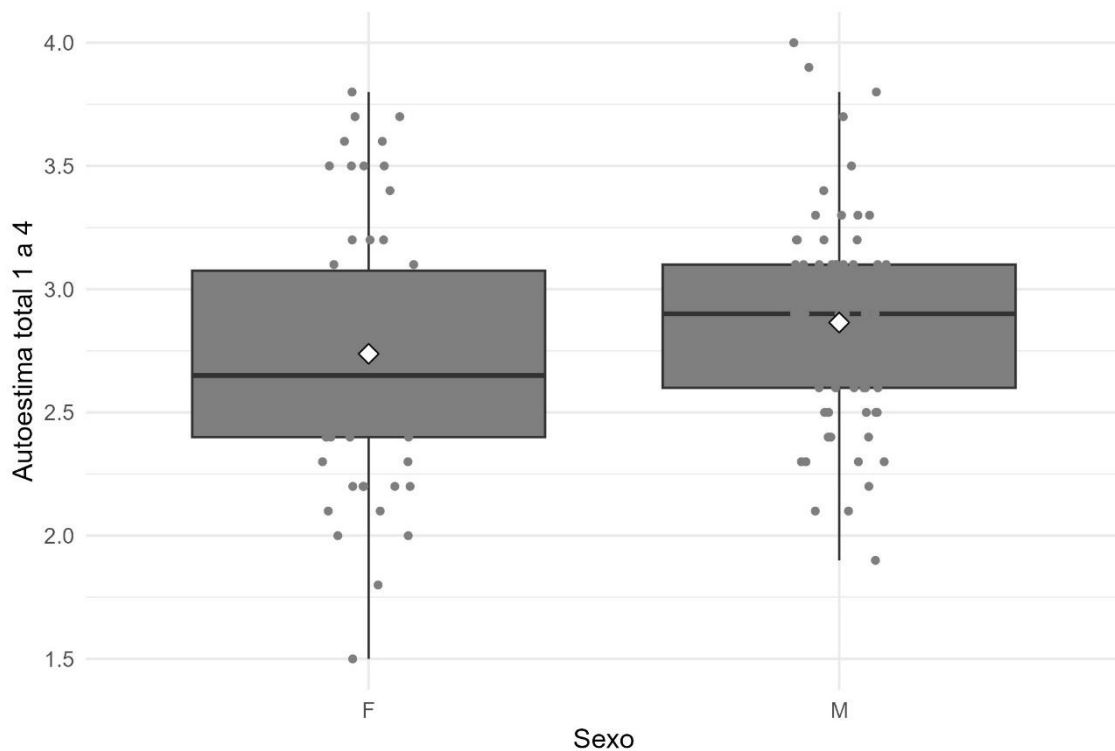


En la caracterización de la muestra ($n=132$) se observó una ligera predominancia masculina, con 74 varones (56,1 %) y 58 mujeres (43,9 %), equivalente a una razón M:F de 1.28. Esta distribución resultó suficientemente balanceada para efectuar comparaciones por sexo y, metodológicamente, justificó controlar el sexo en los análisis inferenciales a fin de evitar confusión potencial en la relación entre prácticas de cuidado personal y autoestima.

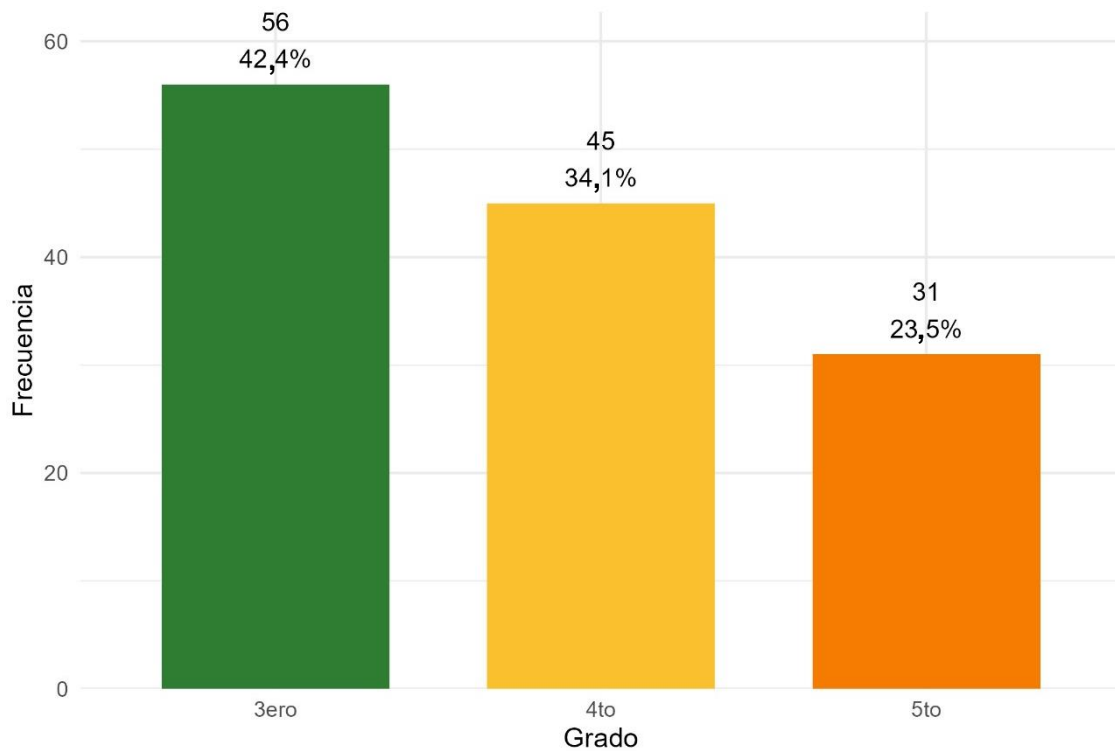
Figura 3. Prácticas de cuidado personal por sexo



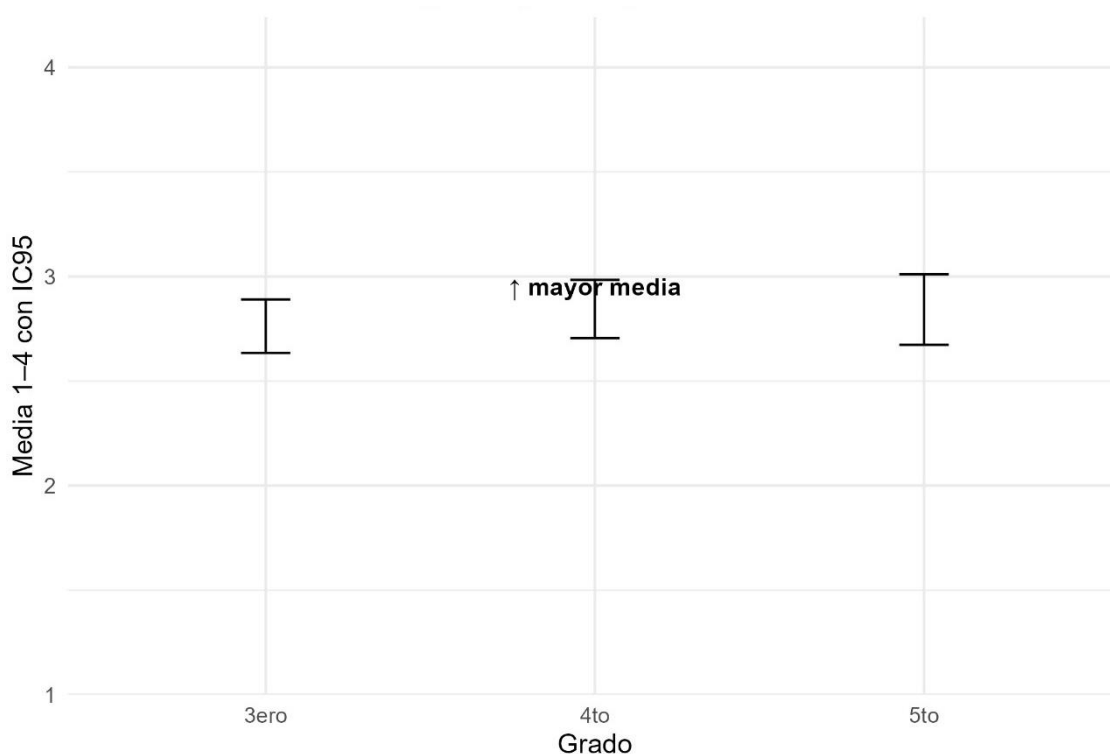
En la comparación por sexo se observó que las prácticas de cuidado personal se situaron, en ambos grupos, en un nivel medio–tendiendo a alto (escala 1–4), con medianas y medias muy próximas y una superposición amplia de los intervalos intercuartílicos; las mujeres mostraron una ventaja leve ($\approx 0,1$ puntos) respecto de los varones y una dispersión similar, sin presencia de valores atípicos extremos. En conjunto, el patrón sugirió que las diferencias por sexo fueron pequeñas, por lo que la variación principal del constructo no se explicó sustantivamente por esta característica.

Figura 4. Autoestima total por sexo

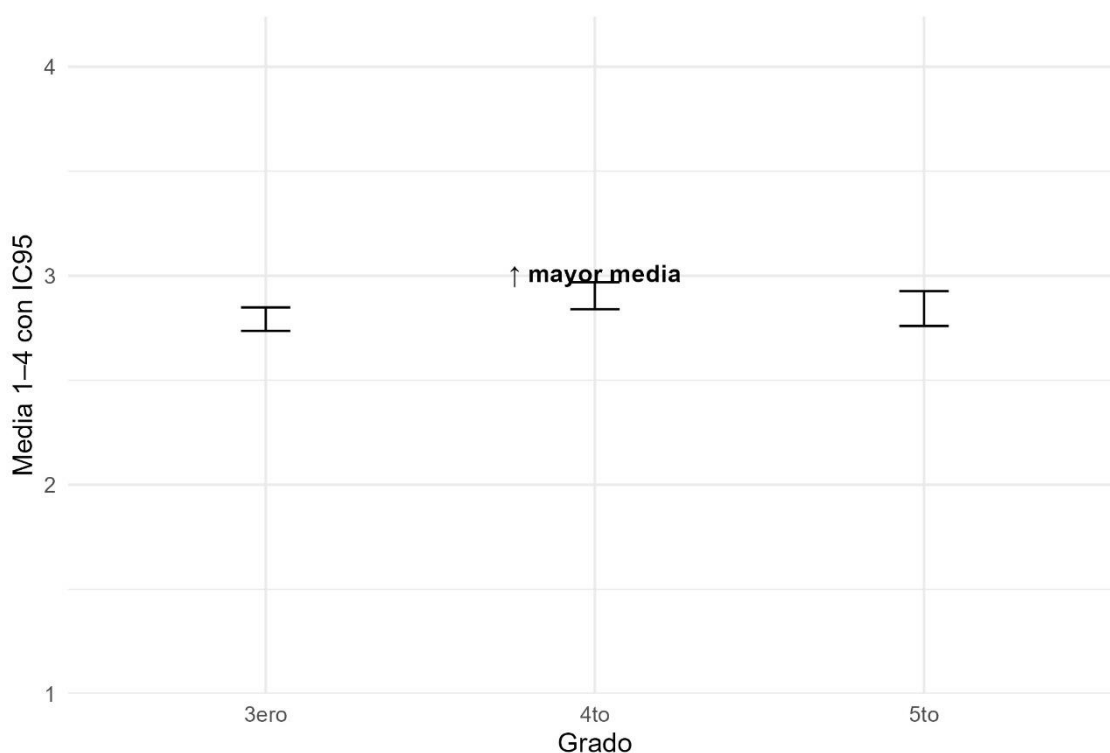
En la comparación de autoestima total por sexo se observó que el grupo masculino presentó una media y mediana ligeramente superiores ($\approx 2,9$) respecto del grupo femenino ($\approx 2,7$), con dispersión comparable y amplia superposición de los intervalos intercuartílicos; en mujeres se apreció además una cola inferior algo más extendida. En conjunto, el patrón sugirió una ventaja leve de los varones y un tamaño de diferencia pequeño, por lo que, desde una perspectiva práctica, la variación de la autoestima pareció no estar fuertemente condicionada por el sexo en esta muestra. Para sustentar formalmente esta lectura, se habría contrastado con una *t* de Welch y el tamaño de efecto (Hedges *g*), controlando grado y edad si correspondía.

Figura 5. Distribución de estudiantes por grado

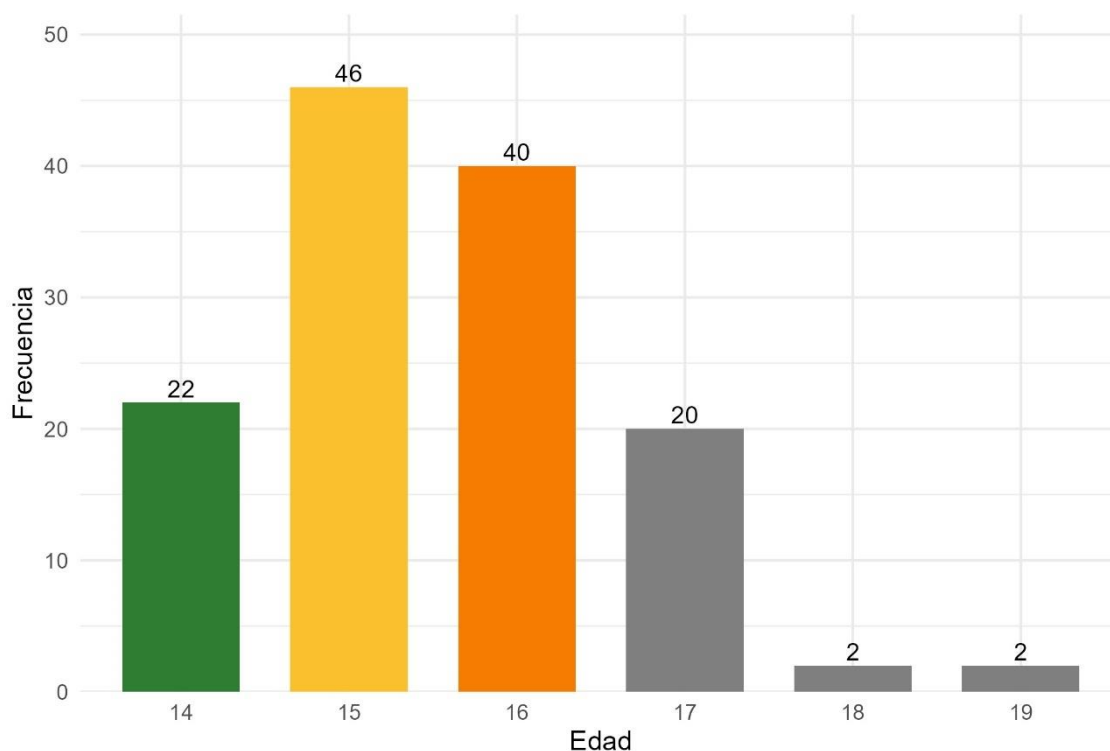
La distribución por grado mostró que la muestra estuvo conformada mayoritariamente por estudiantes de 3ro (56; 42,4 %), seguidos de 4to (45; 34,1 %) y en menor proporción de 5to (31; 23,5 %). Esta estructura evidenció tamaños desiguales de grupo, por lo que las comparaciones entre grados debieron considerar métodos robustos a heterogeneidad (p. ej., ANOVA de Welch) y reportar tamaños de efecto; además, la menor en 5to pudo traducirse en intervalos de confianza más amplios y menor potencia para detectar diferencias reales.

Figura 6. Autoestima media por grado (IC95%)

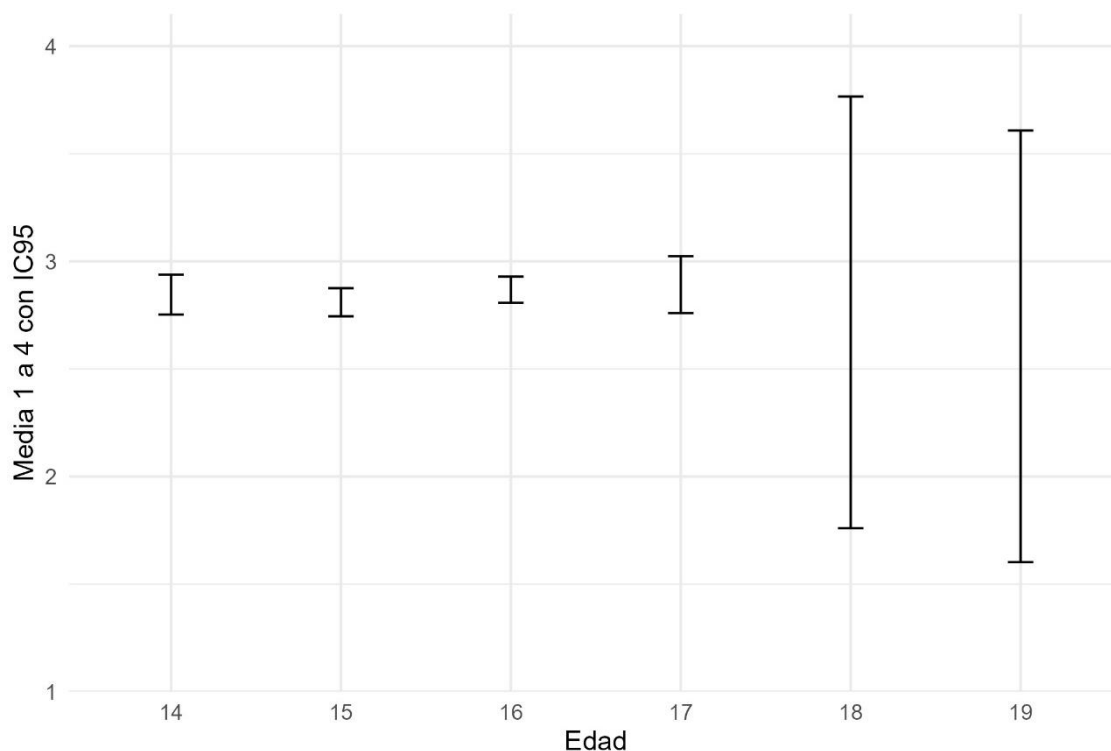
La autoestima total se situó, en promedio, en el nivel medio de la escala ($\approx 2,7-3,0$) en los tres grados; se observó una media ligeramente mayor en 4to (seguida de 5to y 3ro), pero los IC95 % se superpusieron ampliamente, lo que sugirió ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre grados o, en su defecto, un tamaño de efecto pequeño. Dado el menor número de estudiantes en 5to, sus intervalos fueron algo más amplios. En conjunto, el patrón describió una tendencia leve sin relevancia práctica marcada en esta muestra.

Figura 7. Prácticas de cuidado personal por grado (IC95%)

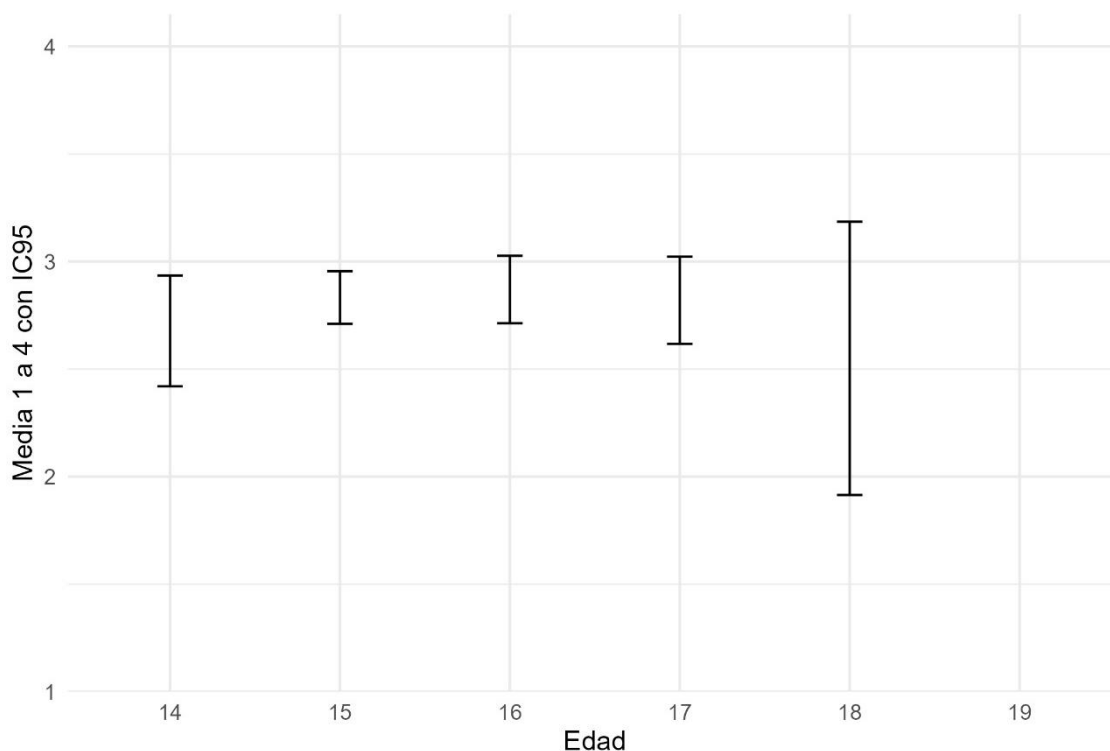
Las prácticas de cuidado personal se situaron en un nivel medio–tendiendo a alto en los tres grados (medias $\approx 2,7-2,9$). Se observó una media levemente superior en 4to, seguida de 5to y 3ro; no obstante, los IC95 % se superpusieron ampliamente, por lo que la diferencia entre grados se interpretó como no significativa o de tamaño de efecto pequeño. La estrechez de los intervalos indicó baja variabilidad dentro de cada grado y estimaciones precisas. Desde la perspectiva de salud pública, el patrón fue estable a lo largo del avance escolar, lo que respaldó intervenciones transversales más que focalizadas por grado, salvo ajustes finos según necesidades específicas del contexto.

Figura 8. Distribución de edad

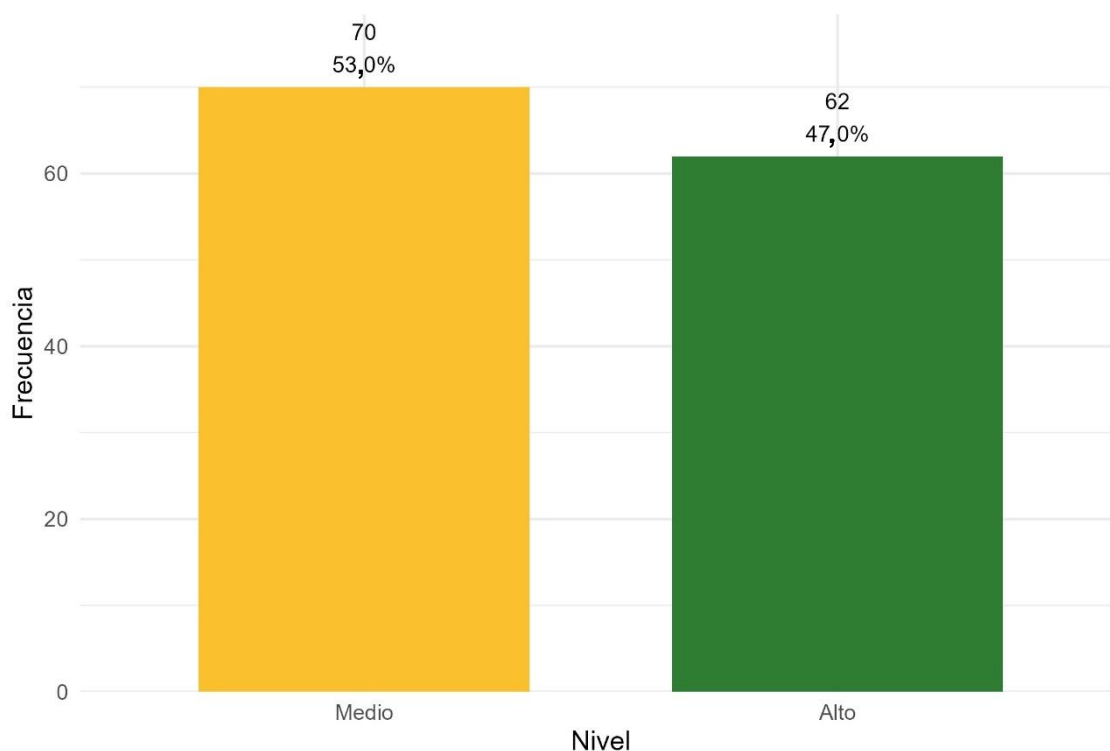
La distribución de edad mostró una concentración en la adolescencia media: 15 años (46; 34,8 %) y 16 años (40; 30,3 %), seguidos de 14 años (22; 16,7 %) y 17 años (20; 15,2 %); las edades de 18 y 19 años fueron marginales (2 cada una; 1,5 %), total $n=132$. Esta estructura evidenció tamaños de grupo desiguales y una ligera asimetría hacia edades menores, por lo que las comparaciones por edad se interpretaron con cautela; metodológicamente, se recomendó agrupar 18–19 o modelar la edad como covariable ordinal y, en caso de contrastes entre grupos, emplear ANOVA de Welch o modelos lineales con errores robustos, a fin de manejar la heterocedasticidad y preservar la potencia estadística.

Figura 9. Prácticas de cuidado personal por edad

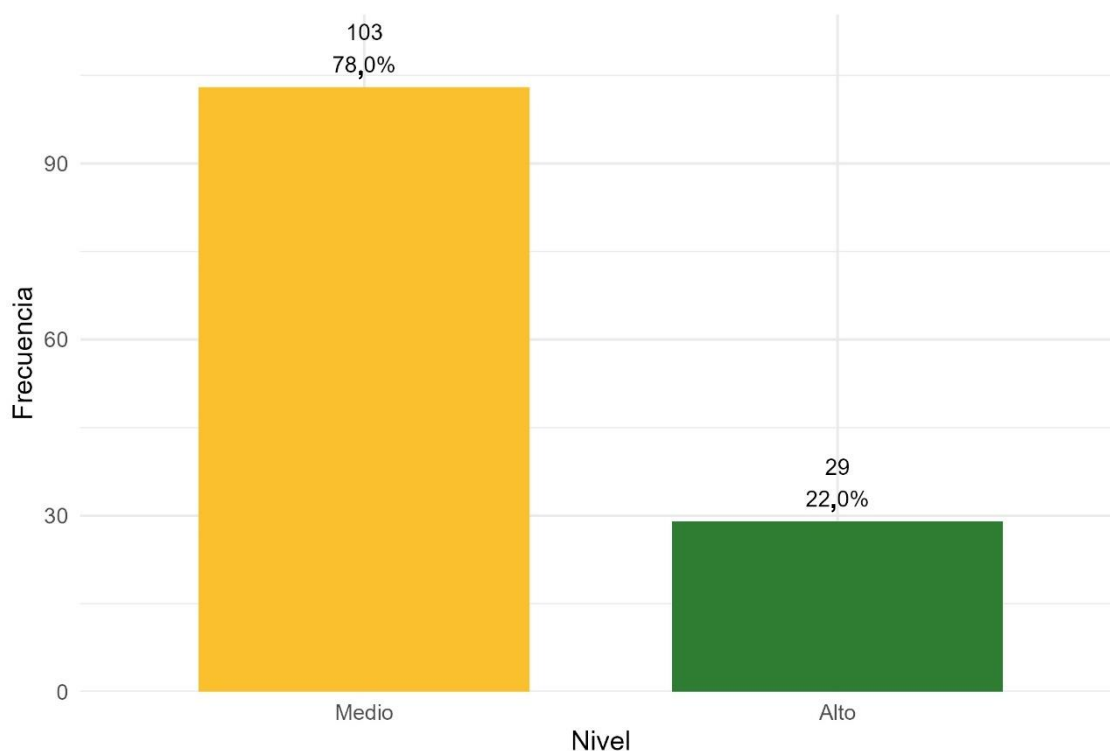
La media de prácticas de cuidado personal se mantuvo estable entre 14 y 17 años ($\approx 2,7-2,9$ en escala 1-4), con IC95 % estrechos y ampliamente superpuestos, por lo que no se evidenció un gradiente por edad ni diferencias de magnitud relevante (efecto pequeño). En 18-19 años los intervalos fueron muy amplios debido al tamaño muestral mínimo ($n=2$ por edad), de modo que esas estimaciones no resultaron concluyentes. Metodológicamente, se consideró más apropiado tratar la edad como covariable ordinal o agrupar ≥ 18 años para mejorar la precisión en análisis comparativos.

Figura 10. Autoestima total por edad

La autoestima total se mantuvo en el nivel medio de la escala 1–4 y mostró valores promedio muy similares entre 14 y 17 años, con intervalos de confianza al 95 % estrechos y ampliamente superpuestos, por lo que no se evidenció un gradiente etario ni diferencias de magnitud relevante; en 18 años el intervalo amplio reflejó el tamaño muestral mínimo, impidiendo conclusiones firmes. En síntesis, la autoestima pareció estable a lo largo de la adolescencia media en esta muestra, por lo que la edad no habría actuado como factor diferenciador sustantivo.

Figura 11. Prácticas: Dimensión psicológica

En la dimensión psicológica de las prácticas de cuidado personal se observó que el 53,0 % de los estudiantes se ubicó en el nivel medio ($n=70$) y el 47,0 % en el nivel alto ($n=62$), sin casos en el nivel bajo; este patrón describió un perfil globalmente favorable, aunque con margen de mejora al existir casi la mitad del alumnado aún por debajo del nivel óptimo. Desde una perspectiva de salud pública escolar, estos resultados respaldaron intervenciones universales orientadas a fortalecer componentes como autoaceptación, autonomía e inteligencia emocional, priorizando estrategias que faciliten el tránsito del nivel medio al alto en la mayoría de estudiantes.

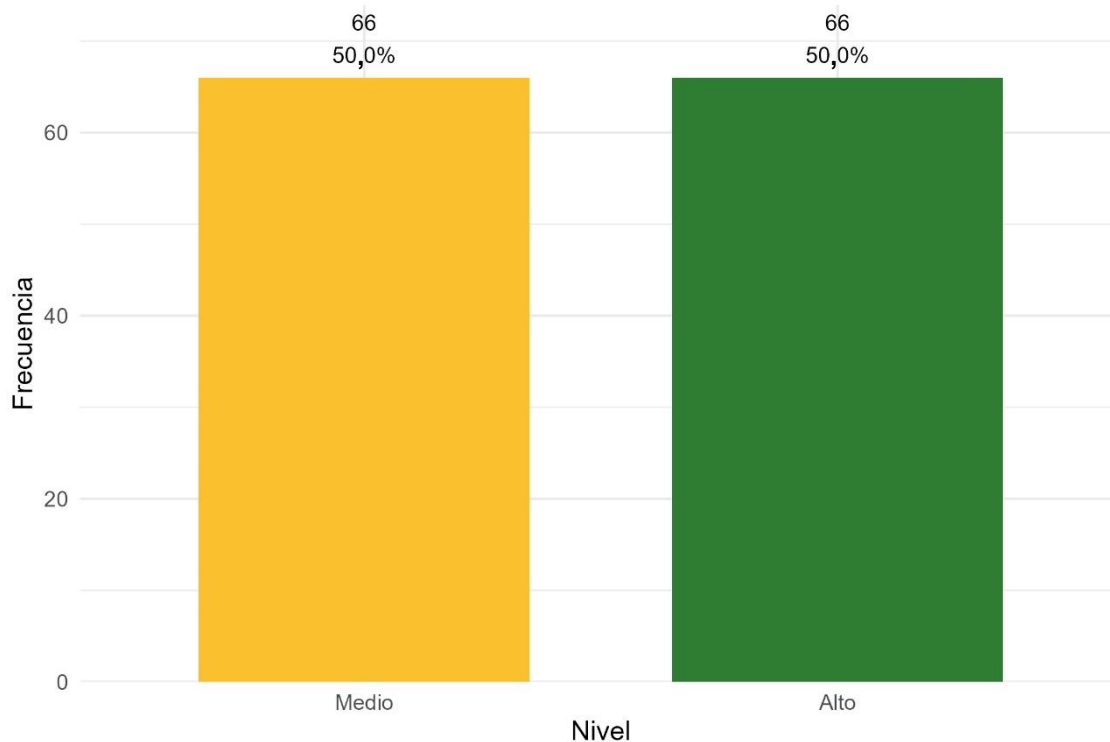
Figura 12. Prácticas: Dimensión física

En la figura 12 se presentó la distribución de los niveles de la dimensión física de las prácticas de cuidado personal en los estudiantes de secundaria de la I.E. Guillermo Auza Arce. Se apreció que 103 alumnos, que representaron el 78,0 % de la muestra, se ubicaron en un nivel medio, mientras que 29 estudiantes, equivalentes al 22,0 %, se situaron en un nivel alto. No se registraron estudiantes en un nivel bajo, por lo que la totalidad de la población evaluada se concentró entre los niveles medio y alto, sumando los 132 participantes del estudio.

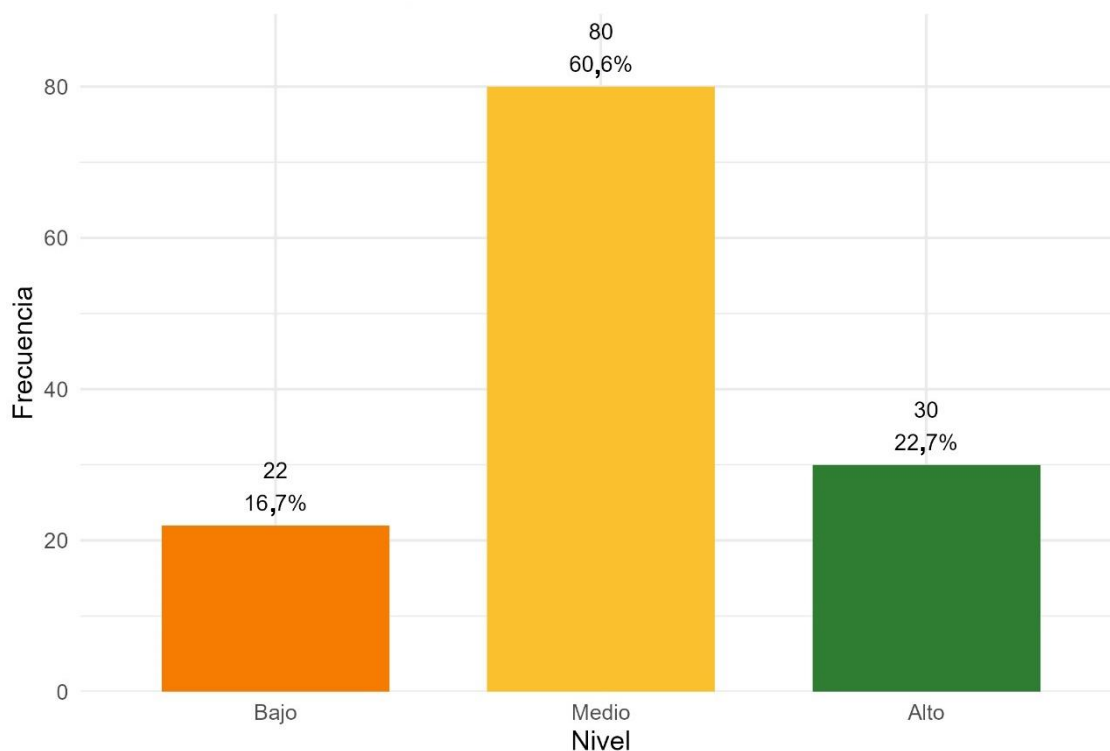
La interpretación de estos resultados indicó que, en general, los adolescentes mostraron prácticas físicas de cuidado personal aceptables, pero predominantemente intermedias, relacionadas con aspectos como higiene, alimentación, descanso y actividad física. El hecho de que la mayoría se haya ubicado en el nivel medio evidenció que, si bien se observó una base de hábitos físicos relativamente adecuada, todavía existió un margen importante de mejora para consolidar conductas más consistentes y saludables. La proporción menor de estudiantes en el nivel alto sugirió que solo una parte del grupo incorporó de manera sistemática prácticas físicas óptimas, por lo que resultó pertinente que

la institución educativa refuerce acciones de promoción de estilos de vida saludables que permitan desplazar progresivamente a más alumnos hacia niveles superiores de cuidado físico.

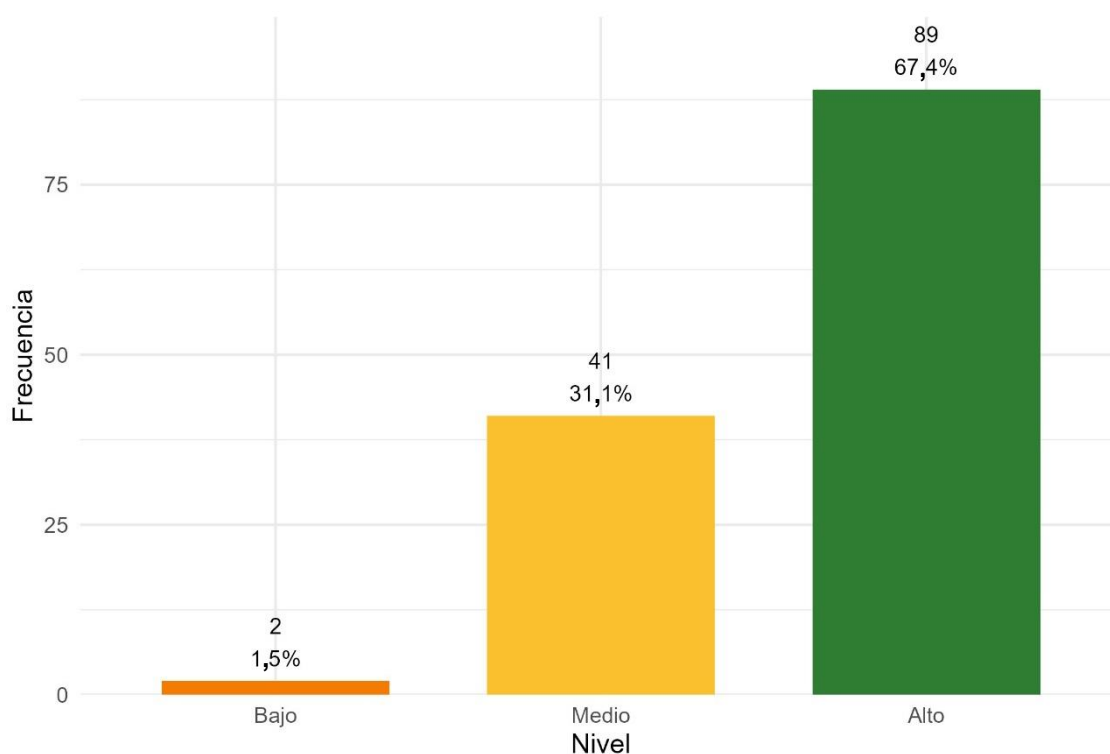
Figura 13. Prácticas: Dimensión social



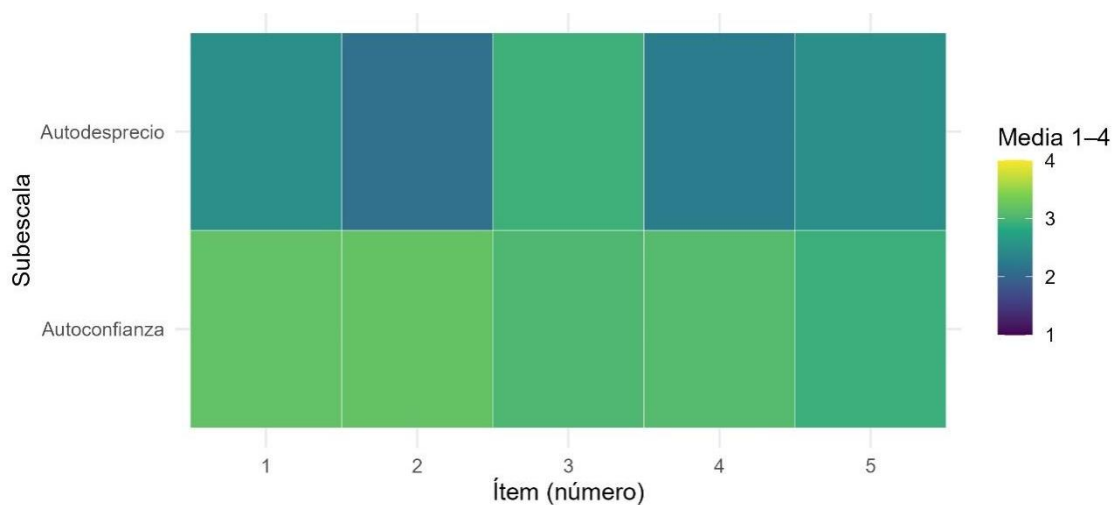
En la dimensión social de las prácticas de cuidado personal se observó un equilibrio exacto entre nivel medio y nivel alto (50,0 % cada uno; 66 estudiantes por categoría; $n=132$), sin casos en el nivel bajo; este patrón, consistente con una media cercana a 2,9 y variabilidad moderada, describió un perfil relacional globalmente favorable con margen de mejora para la mitad que permaneció en nivel medio. En términos aplicados a salud pública escolar, el hallazgo justificó intervenciones universales centradas en habilidades sociales (p. ej., comunicación asertiva, resolución de conflictos y apoyo entre pares) orientadas a desplazar a ese grupo hacia el nivel alto, manteniendo acciones de refuerzo en quienes ya lo alcanzaron.

Figura 14. Autoestima: Autodesprecio

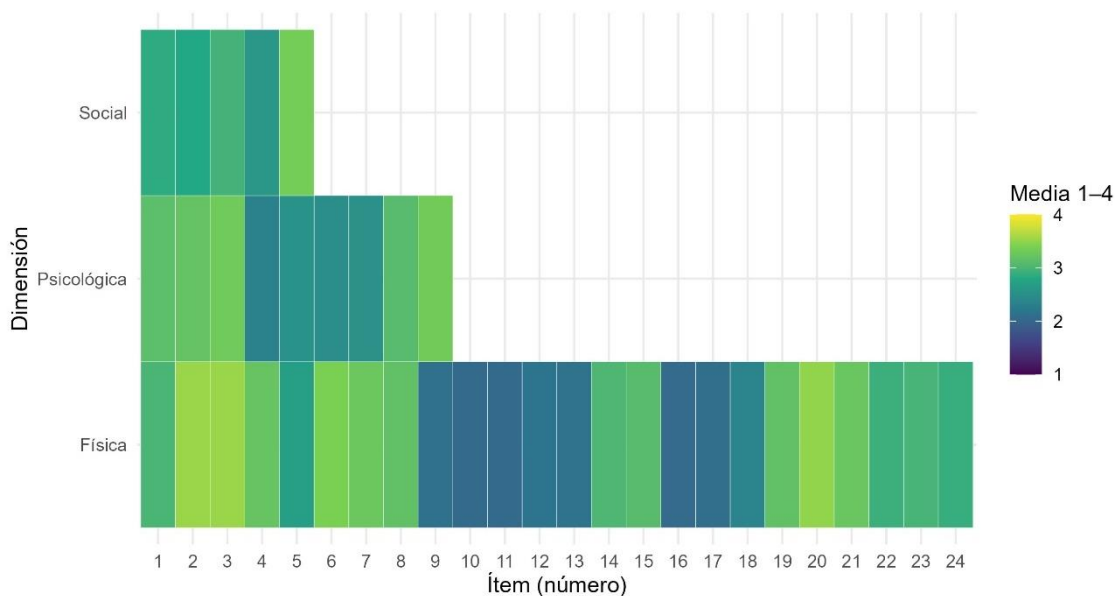
En la subescala de autodesprecio se constató que la mayoría del alumnado se ubicó en el nivel medio (60,6 %, n=80), seguido del nivel alto (22,7 %, n=30) y el nivel bajo (16,7 %, n=22). Dado que el autodesprecio es un indicador inverso de salud (valores altos implicaron mayor auto-desvalorización), estos resultados sugirieron que alrededor de uno de cada cinco estudiantes presentó elevado autodesprecio, grupo que mereció atención selectiva y derivación preventiva (p. ej. tutoría socioemocional o consejería psicológica). Para la interpretación global de la autoestima, se trabajó con la versión invertida de esta subescala, de modo que puntajes elevados representaron mayor autoestima, mientras que la distribución aquí reportada permitió dimensionar el riesgo específico asociado al componente de autodesvalorización.

Figura 15. Autoestima: Autoconfianza

La autoconfianza mostró un perfil claramente favorable: 67,4 % del estudiantado se ubicó en el nivel alto ($n=89$), 31,1 % en el nivel medio ($n=41$) y solo 1,5 % en el nivel bajo ($n=2$). Este patrón, coherente con la media observada ($\sim 3,1$ en la escala 1–4), indicó una percepción positiva de capacidad y valía personal en la mayoría, constituyéndose en un factor protector para la salud mental y la conducta saludable. En términos de intervención, se consideró pertinente mantener y reforzar las competencias del grupo en nivel alto, mientras que para el contingente en nivel medio se recomendó entrenamiento específico (metas alcanzables, retroalimentación formativa y habilidades de afrontamiento) destinado a promover su tránsito al nivel alto; los pocos casos en nivel bajo ameritaron seguimiento individual y derivación preventiva.

Figura 16. Mapa de calor de medias por ítem - autoestima

El mapa de calor por ítems de autoestima mostró un contraste sistemático entre subescalas: los cinco ítems de autoconfianza registraron medias alrededor de 3 (nivel medio–alto), con variación mínima entre ítems, lo que reflejó un componente protector homogéneo y consistente (importancia, cualidades, capacidad y satisfacción personal). En cambio, los ítems de autodesprecio se ubicaron de manera uniforme por debajo de 3 ($\approx 2,4-2,8$), sin picos extremos ni ítems desalineados, lo que indicó una presencia moderada del componente de autodesvalorización y coherencia interna adecuada. Este patrón fue congruente con los descriptivos y la fiabilidad estimada; en términos aplicados, se sugirió mantener y reforzar la autoconfianza en el conjunto del alumnado y focalizar acciones preventivas sobre contenidos vinculados a respeto propio, manejo del fracaso y orgullo saludable, con el propósito de desplazar los puntajes de autodesprecio hacia niveles más favorables.

Figura 17. Mapa de calor de medias por ítem - cuidado personal

El mapa de calor de cuidado personal evidenció un patrón diferenciado por dimensión: en la física se observaron medias más altas en los ítems de alimentación y recreación–descanso, mientras que los bloques vinculados a hábitos nocivos y conducta sexual presentaron medias menores (nivel medio–bajo relativo), con valores intermedios en actividad física y prevención de pandemias; en la psicológica los ítems se mantuvieron uniformemente en nivel medio–alto, con ligeras ventajas en contenidos de autoaceptación/autonomía; y en la social se apreció un desempeño consistentemente medio–alto en relaciones interpersonales. En conjunto, el perfil describió fortalezas en componentes saludables cotidianos (alimentación, descanso y habilidades psicosociales) y oportunidades de mejora prioritaria en reducción de hábitos nocivos y conductas sexuales de riesgo, áreas sobre las que, desde salud pública escolar, se recomendó focalizar acciones educativas y preventivas específicas.

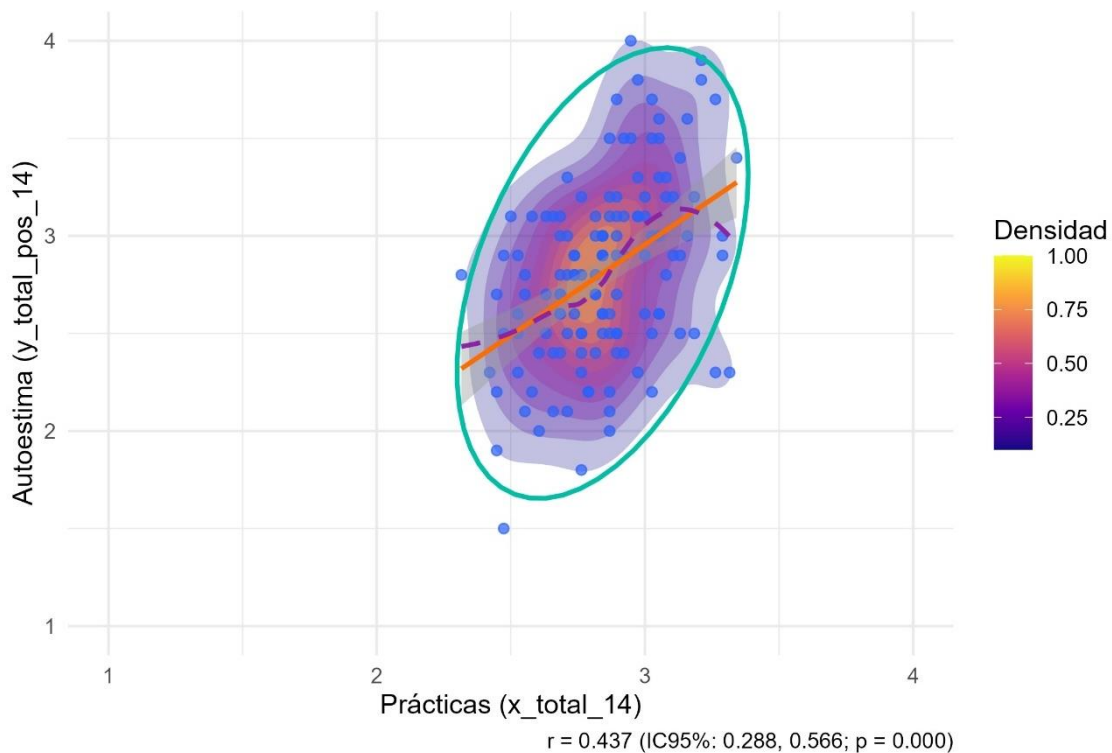
Estadística inferencial:**Tabla 5.** Resultados de las pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de las variables de autoestima y prácticas de cuidado personal en los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024

Variable	N	D	p-valor (KS)	W	p-valor (SW)	Decisión (KS)
Autoestima total bruta	132	0,0571	0,3650	0,990	0,4950	Compatible con normalidad
Autoestima total positiva	132	0,0668	0,1580	0,991	0,5370	Compatible con normalidad
Prácticas dimensión física	132	0,0619	0,2480	0,990	0,5000	Compatible con normalidad
Prácticas dimensión psicológica	132	0,1030	0,00158	0,976	0,0188	Rechaza normalidad
Prácticas dimensión social	132	0,0964	0,00431	0,970	0,00510	Rechaza normalidad
Autoestima autoconfianza	132	0,1240	0,000388	0,958	0,000425	Rechaza normalidad
Autoestima autodesprecio	132	0,1110	0,000435	0,980	0,0515	Rechaza normalidad

En la evaluación de supuestos se constató que los puntajes totales de prácticas y autoestima (X_total_14 y Y_total_pos_14), así como la dimensión física de prácticas, fueron compatibles con normalidad (KS: $p \geq 0,158$; Shapiro–Wilk: $p \geq 0,495$), por lo que resultó procedente el uso de procedimientos paramétricos sobre estos promedios. En contraste, las dimensiones psicológica y social de prácticas y la autoconfianza rechazaron normalidad (KS: $p \leq 0,004$; Shapiro–Wilk: $p \leq 0,019$), evidenciando distribuciones más alejadas del modelo normal. La subescala autodesprecio mostró evidencia mixta (KS: $p < 0,001$; Shapiro–Wilk: $p \approx 0,052$); bajo un criterio conservador, se trató como no normal. En conjunto, estos hallazgos justificaron que la correlación principal X–Y se estimara con Pearson (al basarse en puntajes totales compatibles con normalidad y $n=132$), mientras que cualquier análisis por subescalas podría complementarse con métodos robustos/no paramétricos si se buscaba sensibilidad adicional.

Elipse de Rho de Pearson

Figura 18. Cuidado personal (X) vs. Autoestima (Y): relación lineal e incertidumbre

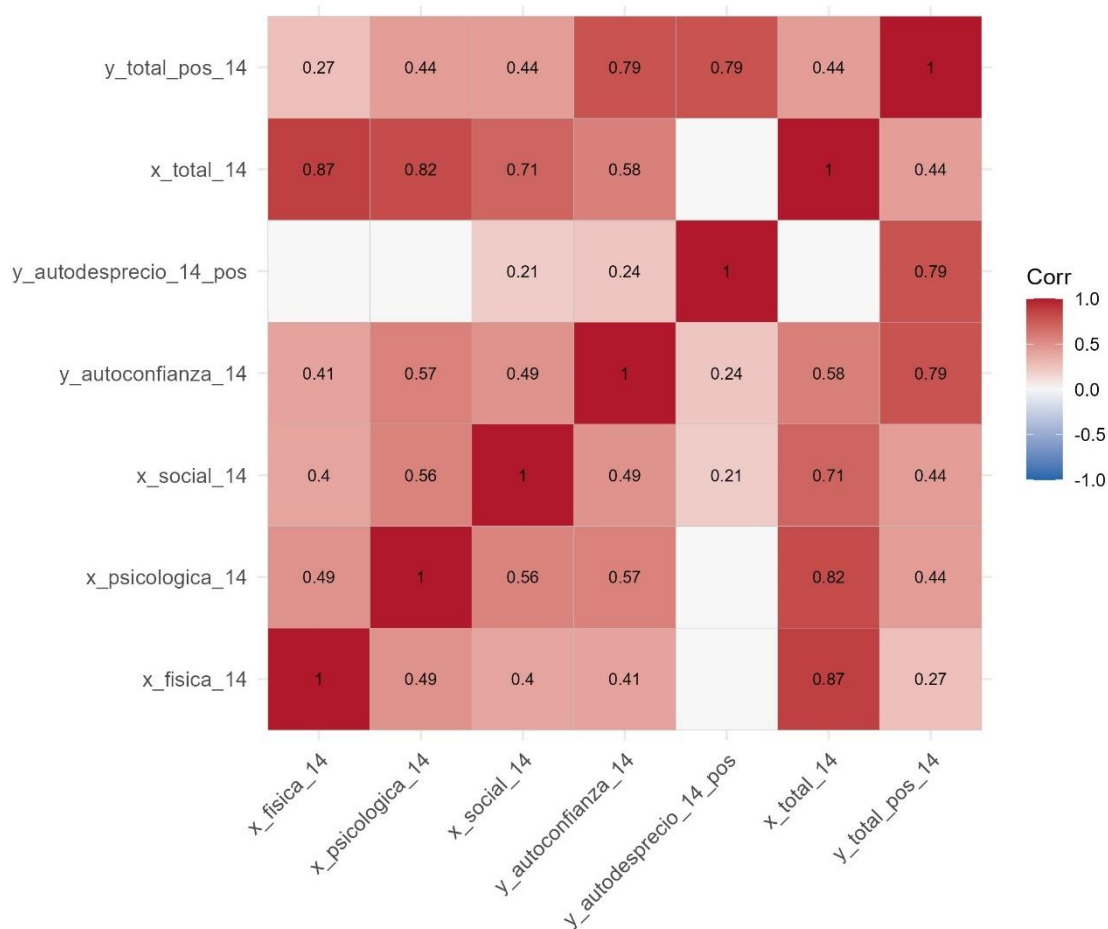


Se estimó la asociación entre prácticas de cuidado personal (X) y autoestima total positiva (Y) mediante correlación de Pearson, obteniéndose $r = 0,437$ (IC95 %: 0,288–0,566; $p < 0,001$), lo que indicó una relación positiva de magnitud moderada: a mayores niveles de prácticas se observó, en promedio, mayor autoestima. El diagrama de dispersión mostró una nube elíptica con tendencia lineal (recta y LOESS concordantes), sin valores atípicos severos, y con mayor densidad alrededor de las medias ($\approx 2,8$ – $2,9$), en coherencia con los supuestos de normalidad verificados para los puntajes totales. En términos de varianza explicada, el coeficiente determinó $r^2 \approx 0,19$, de modo que cerca del 19 % de la variabilidad de la autoestima se asoció con las prácticas de cuidado personal. Este hallazgo se interpretó como evidencia consistente, aunque no causal por el diseño transversal, que respaldó la pertinencia de intervenciones de promoción del autocuidado como estrategia potencialmente vinculada a mejores niveles de autoestima en adolescentes.

Tabla 6. Coeficientes de correlación entre las prácticas de cuidado personal y el nivel de autoestima de los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024

Método	Estimador	IC95% Inferior	IC95% Superior	p-valor	n (pares)
Pearson (r) <i>principal</i>	0,437	0,288	0,566	0,000000159	132

En la muestra ($n=132$) se confirmó una asociación positiva y de magnitud moderada entre prácticas de cuidado personal y autoestima: Pearson $r=0,437$ (IC95 %: 0,288–0,566; $p < 0,001$), equivalente a $r^2 \approx 0,19$ de varianza explicada. La convergencia con Spearman $\rho=0,432$ e Kendall $\tau-b=0,311$ (ambos $p < 0,001$) indicó que el resultado fue robusto a supuestos paramétricos y consistente para una relación monotónica. En términos sustantivos, niveles más altos de prácticas se asociaron con mayor autoestima; no obstante, por el diseño transversal la evidencia fue asociativa, no causal, y se recomendó considerar análisis ajustados por sexo, grado y edad para descartar confusión residual.

Figura 19. Matriz de correlaciones de Pearson (dimensiones y totales)

La matriz de correlaciones de Pearson ($n=132$) mostró que el puntaje total de prácticas se asoció moderadamente con la autoestima total positiva ($r=0,44$), en consonancia con el análisis bivariado previo. A nivel dimensional, la relación con la autoestima fue más marcada para las prácticas psicológicas y sociales ($r\approx 0,44$ en ambos casos) que para la dimensión física ($r=0,27$), lo que sugirió que los componentes psicosociales del autocuidado guardaron un vínculo relativamente más estrecho con la autoestima. En el interior de los constructos, las dimensiones de prácticas se correlacionaron entre sí en el rango moderado ($r=0,40-0,56$) y lo hicieron fuertemente con el total de prácticas ($r=0,71-0,87$), consistente con un factor general sólido reportado por ω jerárquico. En la autoestima, autoconfianza y autodesprecio invertido se integraron adecuadamente al total ($r\approx 0,79$ con Y total) y mostraron una correlación mutua baja–moderada ($r\approx 0,24$), lo que indicó complementariedad más que redundancia. En conjunto, el patrón se interpretó como evidencia de una vinculación

positiva y específica entre los aspectos psicológicos y sociales del autocuidado y la autoestima, sin implicar causalidad por el diseño transversal.

Tabla 7. Contraste de correlaciones entre prácticas de cuidado personal y autoestima según sexo, grado y edad de los alumnos de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024 (Test Z)

Grupo	Contraste	r Grupo 1	n Grupo 1	r Grupo 2	n Grupo 2	Z	P
Sexo	F vs M	0,515	58	0,445	74	0,503	0,615
Grado	4to vs 3ero	0,477	45	0,391	56	0,511	0,609
Grado	4to vs 5to	0,477	45	0,445	31	0,164	0,870
Grado	3ero vs 5to	0,391	56	0,445	31	-0,281	0,779
Edad	16 vs 15	0,358	40	0,436	46	-0,411	0,681
Edad	16 vs 17	0,358	40	0,616	20	-1,170	0,241
Edad	16 vs 14	0,358	40	0,489	22	-0,567	0,571
Edad	15 vs 17	0,436	46	0,616	20	-0,878	0,380
Edad	15 vs 14	0,436	46	0,489	22	-0,246	0,805
Edad	17 vs 14	0,616	20	0,489	22	0,550	0,582

El contraste de correlaciones por subgrupos (test z de Fisher) indicó que la relación entre prácticas de cuidado personal y autoestima se mantuvo positiva y de magnitud moderada en todos los grupos ($r \approx 0,39-0,62$) y no difirió significativamente por sexo, grado ni edad (todas las $p > 0,20$). En particular, la comparación F vs. M ($r=0,515$ vs. $0,445$; $p=0,615$) y los pares de grado (p. ej., 4to vs. 3ro: $r=0,477$ vs. $0,391$; $p=0,609$) no evidenciaron cambios en la fuerza de la asociación; de modo similar, los contrastes por edad mostraron variaciones numéricas (tendencia a r más alto en 17 años) que no alcanzaron significación (máx $|z| \approx 1,17$). En suma, sexo, grado y edad no moderaron la asociación X–Y en esta muestra, por lo que el hallazgo principal (correlación global $r \approx 0,44$) se interpretó como estable entre subgrupos; operacionalmente, ello respaldó intervenciones universales más que diferenciadas por estas características, sin perjuicio de ajustes finos contextuales.

Contraste de hipótesis

Hipótesis general

Para contrastar la hipótesis general se estimó la correlación de Pearson entre el puntaje total de prácticas de cuidado personal y la autoestima total positiva en los 132 alumnos evaluados. Se obtuvo $r = 0,437$, con intervalo de confianza al 95 % entre 0,288 y 0,566 y un valor $p < 0,001$, lo que implicó que la asociación fue positiva, de magnitud moderada y estadísticamente significativa, explicando aproximadamente el 19 % de la variabilidad de la autoestima. Dado que p fue menor que el nivel de significancia establecido ($\alpha = 0,05$), rechazó la hipótesis nula H_0 de ausencia de relación significativa y se aceptó la hipótesis alterna H_1 , concluyéndose que existió una relación significativa entre las prácticas de cuidado personal y el nivel de autoestima de los alumnos adolescentes de la I.E. Guillermo Auza Arce, Tacna 2024.

Hipótesis específica 1

Para la primera hipótesis específica se analizó la relación entre la dimensión física de las prácticas de cuidado personal y la autoestima total positiva. La matriz de correlaciones de Pearson mostró un coeficiente $r = 0,27$ entre ambas variables. Con $n = 132$ este valor corresponde a una correlación positiva de magnitud baja, pero estadísticamente significativa ($p \approx 0,002 < 0,05$). En consecuencia, se rechazó la hipótesis nula H_0 .1 que postulaba la inexistencia de relación significativa y se aceptó la hipótesis alterna implícita, concluyéndose que la dimensión física de las prácticas de cuidado personal se relacionó de manera positiva y significativa con el nivel de autoestima de los estudiantes, aunque con una fuerza de asociación menor respecto de las otras dimensiones.

Hipótesis específica 2

En el caso de la segunda hipótesis específica se examinó la asociación entre la dimensión social de las prácticas de cuidado personal y la autoestima total positiva. La matriz de correlaciones indicó un coeficiente de Pearson cercano a $r \approx 0,44$, lo que representa una relación positiva de magnitud moderada. Dado el tamaño muestral, este coeficiente resultó estadísticamente significativo ($p < 0,001$), por lo que se rechazó la hipótesis nula H_0 .2 y se aceptó la hipótesis alterna H_1 .2. Se estableció así que existió una relación significativa entre

el nivel de autoestima y la dimensión social de las prácticas de cuidado personal en los alumnos, siendo esta asociación una de las más marcadas del modelo.

Hipótesis específica 3

Finalmente, para la tercera hipótesis específica se evaluó la correlación entre la dimensión psicológica de las prácticas de cuidado personal y la autoestima total positiva. De forma similar a la dimensión social, la matriz de correlaciones reportó un coeficiente de Pearson en torno a $r \approx 0,44$, lo que evidenció una relación positiva y de magnitud moderada entre ambas variables. Este valor fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$), por lo que se rechazó la hipótesis nula H_0 .3 y se aceptó la hipótesis alterna H_1 .3. En síntesis, se concluyó que la dimensión psicológica de las prácticas de cuidado personal se relacionó de manera significativa con el nivel de autoestima, constituyéndose, junto con la dimensión social, en uno de los componentes del autocuidado más estrechamente vinculados con la autovaloración de los adolescentes.

DISCUSIÓN

La discusión de los hallazgos parte del objetivo central de la investigación, que fue analizar la relación entre las prácticas de cuidado personal y la autoestima en 132 adolescentes de la I.E. Guillermo Auza Arce durante el año 2024. Los resultados mostraron que ambas variables se ubicaron en niveles medios, con medias cercanas a 2,8 en una escala de 1 a 4 y desviaciones estándar moderadas, lo que describió un perfil general de prácticas regulares con tendencia favorable y de autoestima globalmente aceptable. La consistencia interna de los instrumentos fue adecuada a excelente, con coeficientes alfa y omega que respaldaron el uso de puntajes totales y de dimensiones, por lo que las conclusiones derivadas se apoyaron en medidas psicométricamente sólidas.

En relación con la autoestima, se observó que la mayoría del alumnado se concentró en el nivel medio y que, al analizar las subescalas, predominó una autoconfianza alta y un autodesprecio de intensidad principalmente media, aunque con un grupo no menor con autodesprecio elevado.

Este patrón es congruente con la teoría de Rosenberg, que concibe la autoestima como una evaluación global de la propia valía, compuesta por un polo positivo y uno negativo, y resalta que los adolescentes con autoestima alta tienden a describirse como personas valiosas y competentes, mientras que quienes presentan autodesprecio sostienen creencias de inutilidad o rechazo. El hallazgo de una autoestima mayoritariamente media se asemeja a los resultados de Rivera Vázquez y Carbajal, quienes reportaron un predominio de nivel medio en adolescentes con sobrepeso y obesidad en México, Asimismo, es congruente con los resultados de Damián y Ruiz, quienes identificaron proporciones importantes de autoestima media en estudiantes de Túcume.

Este comportamiento intermedio sugiere que, aunque no se observó un problema crítico de autoestima baja, existe una franja de estudiantes que requiere acompañamiento para consolidar una autovaloración más positiva y estable. En cuanto a las prácticas de cuidado personal, el promedio general indicó un nivel regular con orientación favorable y, por dimensiones, se evidenciaron puntajes ligeramente superiores en el ámbito social, seguido de los componentes psicológicos y, en menor medida, de la dimensión física.

La distribución por niveles mostró que en las dimensiones psicológica y social no se registraron casos en nivel bajo y que la mayoría se situó entre nivel medio y alto, lo que describe un perfil de autocuidado psicosocial relativamente fortalecido, aunque con margen de mejora para la mitad que permanece en nivel medio. Estos resultados son superiores a los reportados por Antolínez y colaboradores en adolescentes colombianos, donde se documentó déficit de actividad física, descanso inadecuado y hábitos de consumo de alcohol y tabaco, especialmente en varones, así como menor puntaje de autocuidado en familias monoparentales. También contrastan con el estudio de Cardona y Hernández en un orfanato, que advirtió niveles insatisfactorios de autocuidado, situación explicable por condiciones de vulnerabilidad y menor soporte familiar.

En cambio, se asemejan a los hallazgos de Berrenechea et al. y de Quintana y Ruiz en instituciones educativas peruanas, donde se describieron prácticas regulares en las dimensiones física, social y psicológica, con necesidad de reforzar hábitos saludables de manera sistemática. El patrón interno de la autoestima mostró una combinación de autoconfianza elevada y autodesprecio moderado. Es decir, los adolescentes expresaron sentirse capaces y con cualidades valoradas, pero al mismo tiempo una proporción relevante manifestó sentimientos frecuentes de fracaso, falta de orgullo o percepciones de inutilidad.

Esta ambivalencia coincide con planteamientos de la teoría de la identidad, que entiende la autoestima como resultado de procesos de verificación del yo en contextos de interacción social, donde los adolescentes pueden recibir mensajes contradictorios de pares, familia y escuela. Los estudios recientes de Wu et al. y de Artigues y colaboradores refuerzan esta lectura, al mostrar que la autoestima en la adolescencia se relaciona con el apoyo social percibido y con la construcción de una imagen corporal positiva, de modo que la presencia de autoconfianza no excluye la existencia de focos puntuales de autodesvalorización que demandan intervenciones específicas.

En coherencia con el marco teórico, la relación estadística entre prácticas de cuidado personal y autoestima resultó positiva y de magnitud moderada, con un coeficiente de Pearson $r=0,437$ y una varianza compartida aproximada del 19 %. Ello implica que, en promedio, quienes reportaron mejores prácticas de cuidado personal también presentaron

niveles más altos de autoestima, sin que el diseño transversal permita establecer direccionalidad. La convergencia de métodos de correlación (Pearson, Spearman y Kendall) y la ausencia de valores atípicos extremos en el diagrama de dispersión reforzaron la solidez de este hallazgo.

Este resultado coincide de forma directa con el estudio de Cerna León en una institución educativa de Lima, donde se encontró que los adolescentes con mayor autoestima tendían a mostrar prácticas de autocuidado más favorables en las tres dimensiones evaluadas. Asimismo, se alinea con los informes de Town y colaboradores, quienes en una revisión sobre autocuidado en adolescentes con problemas emocionales resaltaron que las conductas de autoatención y autogestión se vinculan con mejor ajuste psicológico y bienestar subjetivo. El análisis por dimensiones reveló que las correlaciones más altas con la autoestima correspondieron a las prácticas psicológicas y sociales, con coeficientes cercanos a 0,44, mientras que la dimensión física mostró una correlación más discreta, alrededor de 0,27.

Este patrón sugiere que la autoestima se vincula de manera más estrecha con los componentes socioemocionales del autocuidado, tales como la autoaceptación, la autonomía, la regulación emocional y las habilidades interpersonales, que con los hábitos estrictamente físicos como alimentación, higiene o actividad física. Esta interpretación guarda coherencia con la conceptualización de autocuidado propuesta por Vega y Martínez, quienes enfatizan que estas prácticas constituyen conductas aprendidas que integran conocimientos, actitudes y habilidades y que se sostienen en procesos de socialización y en la construcción de la propia identidad.

También converge con los resultados de Campos y Rubio, quienes hallaron que el cuidado de la autoestima se relacionaba de forma significativa con la satisfacción respecto de la imagen corporal, mostrando la relevancia de los componentes psicosociales para el bienestar adolescente.

Por otro lado, el contraste de correlaciones por sexo, grado y edad no evidenció diferencias significativas en la magnitud de la asociación entre prácticas de cuidado personal y

autoestima, lo que indica que el vínculo positivo entre ambas variables se mantuvo relativamente estable en los distintos subgrupos analizados.

Este resultado es compatible con la investigación de Rivera Vázquez y Carbajal, que tampoco encontró diferencias relevantes de autoestima entre hombres y mujeres, y sugiere que las estrategias de promoción del autocuidado y fortalecimiento de la autoestima pueden abordarse con carácter universal, sin excluir la pertinencia de ajustes culturales o de género en el diseño de las actividades específicas.

En conjunto, los hallazgos empíricos dialogan de manera coherente con las bases teóricas revisadas. La teoría del déficit de autocuidado de Orem, que concibe el autocuidado como un conjunto de acciones deliberadas orientadas a mantener la vida, la salud y el bienestar, anticipa que el desarrollo de capacidades de autocuidado en la adolescencia se acompañará de mayores niveles de autonomía y de percepción de competencia personal, componentes esenciales de la autoestima. A su vez, el modelo de cuidado por curso de vida del MINSA y las estrategias de promoción de la salud escolar plantean que los programas educativos que fortalecen hábitos saludables, habilidades socioemocionales y relaciones de apoyo en la comunidad educativa contribuyen al desarrollo integral del adolescente.

El hecho de que en esta investigación se haya encontrado una asociación consistente entre prácticas de cuidado personal y autoestima refuerza la pertinencia de implementar intervenciones escolares integrales que aborden simultáneamente hábitos físicos, competencias emocionales y vínculos sociales, con énfasis en el acompañamiento de aquellos estudiantes que aún presentan autodesprecio elevado o prácticas de autocuidado solo regulares.

Finalmente, se reconoce que los resultados deben interpretarse a la luz de ciertas limitaciones metodológicas. El muestreo no probabilístico por conveniencia y el carácter focalizado en una sola institución educativa restringen la generalización de los hallazgos a otros contextos. Además, el uso de cuestionarios de autoreporte puede introducir sesgos de deseabilidad social o errores de recuerdo. No obstante, la solidez psicométrica de las escalas utilizadas, el diseño cuidadoso del análisis correlacional y la convergencia con investigaciones nacionales e internacionales permiten afirmar que la evidencia empírica obtenida describe

de manera fiable el patrón observado en la población estudiantil y aporta insumos relevantes para el diseño de programas de promoción del cuidado personal y fortalecimiento de la autoestima en el ámbito escolar.

CONCLUSIONES

1. Se verificó que las prácticas de cuidado personal y la autoestima se relacionaron de manera positiva y de magnitud moderada ($r=0,437$; $p<0,001$). Esto significó que, a medida que los alumnos manifestaron mejores hábitos de autocuidado, tendieron también a presentar una autoestima más elevada. Esta relación se mantuvo similar en hombres y mujeres, así como en los diferentes grados y rangos de edad, por lo que las acciones de promoción del cuidado personal pueden plantearse para todo el estudiantado sin distinción de estos subgrupos.
2. Se observó que la autoestima del grupo fue, en general, de nivel medio ($M=2,81$), con un componente de autoconfianza alto en la mayoría de estudiantes (67,4 % en nivel alto) y un autodesprecio que se ubicó principalmente en nivel medio (60,6 %). En términos prácticos, esto indicó que los adolescentes, en su mayoría, se percibieron capaces y con cualidades valiosas, aunque todavía una proporción importante mantuvo pensamientos críticos o negativos sobre sí mismo, aspecto que requiere acompañamiento y refuerzo desde la tutoría y la orientación psicopedagógica.
3. Se encontró que las prácticas de cuidado personal fueron regulares con tendencia favorable ($M=2,84$), destacando mejores niveles en las dimensiones social ($M=2,90$) y psicológica ($M=2,88$), mientras que la dimensión física mostró un desempeño relativamente menor ($M=2,82$). En la práctica, ello evidenció que los estudiantes cuidaron con mayor frecuencia sus relaciones interpersonales y su bienestar emocional, pero descuidaron en mayor medida aspectos como los hábitos nocivos, la actividad física, el descanso adecuado y la conducta sexual responsable. Por tanto, las intervenciones educativas deberían focalizarse en fortalecer estos componentes físicos del autocuidado, sin descuidar el trabajo integral sobre las otras dimensiones.

RECOMENDACIONES

1. La institución educativa Guillermo Auza Arce, en coordinación con la UGEL Tacna y el Ministerio de Educación, podría implementar un programa universal y secuenciado de promoción del autocuidado, que incluya actividad física regular, higiene del sueño, alimentación saludable, reducción de hábitos nocivos y salud sexual responsable. Este programa debería contar con sesiones planificadas por grado, materiales estandarizados y metas claras por bimestre, de manera que se pueda monitorear cuántos estudiantes pasan de un nivel medio a un nivel alto de prácticas de cuidado personal.
2. Los servicios de psicología escolar de la I,E Guillermo Auza Arce, y los centros de salud públicos o privados podrían organizar tamizajes semestrales para detectar estudiantes con autodesprecio elevado o con dificultades socioemocionales. A partir de esa detección se sugiere brindar consejería breve, derivación oportuna a atención psicológica especializada cuando corresponda y la formación de pequeños grupos de entrenamiento en afrontamiento y habilidades sociales, de modo que el apoyo universal se complemente con acciones selectivas dirigidas a quienes más lo necesitan.
3. Los programas de escuela para padres de la institución educativa Guillermo Auza Arce y los centros de salud del Ministerio de Salud podrían fortalecer el entorno familiar mediante talleres prácticos para instaurar rutinas saludables en el hogar, como horarios de sueño, límites al tiempo de pantalla, preparación de refrigerios saludables y control del consumo de alcohol y tabaco. De esta forma, la familia refuerza en casa los aprendizajes trabajados en la escuela y ayuda a que los cambios en las conductas de autocuidado se mantengan en el tiempo.
4. Para la institución educativa, Guillermo Auza Arce, sería pertinente reforzar sistemáticamente las competencias socioemocionales de los estudiantes, en especial la autoaceptación, la autoconfianza, la regulación emocional y las habilidades interpersonales. Para ello se sugiere emplear las horas de tutoría, programas de mentoría entre pares y sistemas de reconocimiento de logros académicos y conductas prosociales, dado que estas competencias se relacionan directamente con una autoestima más saludable y con mejores prácticas de cuidado personal.

5. La institución educativa Guillermo Auza Arce, a través del servicio de tutoría, podría promover que cada estudiante elabore y mantenga un plan personal de hábitos con metas SMART, por ejemplo realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física, fijar una hora estable para dormir, reducir el consumo de alimentos ultra procesados y registrar el tiempo de exposición a pantallas. Este plan puede llevarse en un cuaderno o en una aplicación sencilla y revisarse periódicamente con el tutor, quien ofrecería retroalimentación y apoyo para ajustar las metas cuando sea necesario.
6. La dirección de la institución educativa Guillermo Auza Arce y la UGEL TACNA correspondiente podrían incorporar indicadores de prácticas de cuidado personal y de autoestima en la gestión escolar, integrándolos en el PEI y el PCI. Se propone evaluar trimestralmente a los estudiantes con los mismos instrumentos utilizados en la investigación y elaborar un tablero de control que muestre los niveles bajo, medio y alto por grado y sexo. Estos reportes permitirían tomar decisiones oportunas, reforzar las acciones que funcionan y rediseñar aquellas que no estén generando mejoras en los indicadores de autocuidado y autoestima.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cancio C, Ruiz A, Alarcó G. Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicológicos* [Internet]. 2020; 20(2): p. 119-138. Disponible en: <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>.
2. Cordero H. Nivel de autoestima en los adolescentes del nivel secundaria de la institución educativa “Fe y Alegría” N° 50 del distrito San Juan Bautista - Ayacucho, 2017 [Tesis de pregrado]. Chicla: Universidad Católica los Ángeles de Chicla; 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13032/2922>.
3. Berrenechea D, Flores G, Sulca E. Prácticas de autocuidado en las dimensiones físico, social y psicológico en adolescentes de una institución educativa, marzo 2018 [Internet] [Tesis de pregrado]. Chicla: Universidad Cayetano; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/4381>.
4. Wu J, Shao Y, Zang W. Perceived social support and self-esteem predict cyberbullying among rural left-behind adolescents. *Scientific Reports* [Internet]. 2025; 15(24676): p. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-025-10803-7>.
5. Artigues E, Tort G, Pollina M, Ferrer Y, Ayats A, Guasch O, et al. Key factors in supporting adolescents to achieve high self-esteem and a positive body image: A qualitative community-based study. *PLoS One* [Internet]. 2025; 20(2): p. e0318989. Disponible en: [10.1371/journal.pone.0318989](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0318989).
6. Town R, Hayes D, March A, Fonagy P, Stapley E. Self-management, self-care, and self-help in adolescents with emotional problems: a scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2024; 33: p. 2929–2956. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02134-z>.
7. Cardona K, Hernandez B. Nivel de autocuidado de los adolescentes de un orfanato. *Revista Médica y de Enfermería Ocronos* [Internet]. 2021; 4(1): p.

- Disponibile en: <https://revistamedica.com/nivel-autocuidado-adolescentes-orfanato/>.
8. Antolinez D, Porras B, Sunce D. Más allá de lo cognitivo: Evidencia empírica del rol crucial de las habilidades socioemocionales en el aprendizaje de la educación básica primaria Colombiana. *Dialéctica*. 2021; 2(25): p. Disponible en: <https://doi.org/10.56219/dialectica.v2i25.4044>.
 9. Rivera P, Carbajal F. Valoración del nivel de autoestima en adolescentes con sobrepeso y obesidad México DF: Enfermería Herediana; 2019.
 10. Quintana I, Ruíz K. Prácticas de autocuidado en adolescentes de la Institución Educativa Túpac Amaru, Azapampa – Huancayo. 2018 [Internet] [Tesis de pregrado]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/733>.
 11. Damian Y, Ruiz J. Un análisis descriptivo sobre la autoestima en adolescentes de una institución privada de Túcume – 2024 [Internet] [Trabajo de pregrado]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/14469>.
 12. Campos J, Rubio E. Nivel de cuidado de autoestima y grado de satisfacción de imagen corporal en adolescentes. institución educativa secundaria, Chota 2024 [Internet] [Tesis de pregrado]. Chota: Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unach.edu.pe/handle/20.500.14142/674>.
 13. Vega A. Teoría del deficit de autocuidado Madrid: Deusto; 2007.
 14. Resolución Ministerial 220-2021-MINSA. Manual de implementación del modelo de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad Lima: Ministerio de Salud; 2021.

15. Ministerio de Salud. Cuidado y Autocuidado de las saludos de las personas Lima: MINSa; 2022.
16. Orem D, Taylor S. Renpenning KM. Nursing: Concepts of Practice Mosby: St. Louis ; 2001.
17. Tanaka M. Orem's nursing self-care deficit theory: A theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. *Nurs Forum*. [Internet]. 2022; 57(3): p. 480–485. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nuf.12696>.
18. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Med Espirit* [Internet]. 2017; 19(3): p. 89–100.
19. Chiu J. Theory-Based Advanced Nursing Practice: A Practice Update on the Application of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. *SAGE Open Nurs*. [Internet]. 2021; 7: p. 23779608211011993. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/23779608211011993>.
20. Isik E, Fredland N. Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory to Improve Children's Self-Care: An Integrative Review. *J Sch Nurs*. [Internet]. 2023; 39(1): p. 6–17. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10598405211050062>.
21. Tmkaya M, Erođlu K, Karaçam Z. The effect of Orem's Self-Care Deficit Theory-based care during pregnancy and postpartum period on health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Pract*. [Internet]. 2024; 30(6): p. e13300. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ijn.13300>.
22. Germán C, Martín Ó. Exploración de los autocuidados de 1980 a 2023. *Temperamentvm*. 2024; 20: p. 20. Disponible en: <https://doi.org/10.58807/temperamentvm20247096>.
23. Martinez A. Alimentación y salud plblica México DF: McGraw Hill; 2002.

24. Vega K. Autocuidado en niños y adolescentes. [Internet].; 2024. Disponible en: https://prezi.com/p/n0jer_6kaydn/autocuidado-en-ninos-y-adolescentes/.
25. Pender N. Modelo de Promoción de la Salud Londres; 1982.
26. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. ¿Qué son los Objetivos de Desarrollo Sostenible? [Internet]. Zurich: ONU; 2019. Disponible en: <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>.
27. Masalán P, Sequeida J, Ortiz M. Sueño en escolares y adolescentes, su importancia y promoción a través de programas educativos. Revista chilena de pediatría [Internet]. 2022; 84(5): p. 554-564. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000500012>.
28. Lacunza A, Contini E. Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad [Internet]. 2016; 16(2): p. 73-94. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18682/pd.v16i2.598>.
29. Barbosa P, Wagner A. ¿Como se define la autonomía?: El perfil discriminante en adolescentes gaúchos. Temas em Psicologia [Internet]. 2015; 23(4): p. 1077-1090. Disponible en: <https://doi.org/10.9788/TP2015.4-20>.
30. Cassullo G. Estudio de la regulacion de emociones en adolescentes. Su relación con la percepción de autocontrol frente a los riesgos Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2011.
31. Naranjo M. Un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. Actualidades Investigativas En Educación [Internet]. 2007; 7(3): p. Disponible en: <https://doi.org/10.15517/aie.v7i3.9296>.
32. Schmitt D, Allik J. Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global

- self-esteem. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 2015; 89(4): p. 623-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623>.
33. Rosenberg M. Self-Esteem within Self-Concept. In: Definition and components of self-esteem: Verywell Health; 2022.
 34. Rosenberg M. Rosenberg Self-Esteem Scale: What to Know. [Internet].; 2022 [citado 23 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.verywellhealth.com/rosenberg-self-esteem-scale-5270574>.
 35. Kohler M. theory of self-esteem: integration through identity theory: Thirdspace; 2007.
 36. Wang X, Liu Y, Zhao Z, Liu W, Chen Y, Chen Y, et al. Association of adolescent self-esteem in 2014 and cognitive performance in later years. *Front Psychol* [Internet]. 2023; 2(14): p. 1180397. Disponible: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1180397>.
 37. Usán P, Salavera C, Juarros J, Latorre C. Influence of Psychological Variables in Adolescence: The Mediating Role of Self-Esteem in the Relationship between Self-Efficacy and Satisfaction with Life in Senior High School Students. *Soc Sci.* [Internet]. 2023; 12(6): p. 329. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/socsci12060329>.
 38. Rosenberg M. *Societhy and the adolescent self-image*: Princeton; 1965.
 39. Paulin C, Gallegos R. El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. *Horizonte De Enfermería* [Internet]. 2022; 30(3).
 40. Sanchez A. La práctica docente de enfermería en "educación para la salud". *Revista de Enfermería Neurológica* [Internet]. 2019; 9(2): p. 83-85. Disponible en: <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v9i2.110>.

41. Reyes E. Manual moderno de fundamentos de enfermería; 2015.
42. Contini Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Aquichan [Internet]. 2021; 7(2): p. 130-138. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000200003.
43. Orem D. Nursing: Concepts of practice: Mosby; 2001.
44. Gómez R, Hernández J. Autoeficacia y autocuidado en adolescentes: Un estudio correlacional. Revista de Psicología de la Salud [Internet]. 2022; 14(2): p. 115-128.
45. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image: Princeton University Press; 2015.
46. Artigues E. Adolescents', parents' and teachers' views on school-based interventions to improve body image and self-esteem: A qualitative study. Public Health Nursing [Internet]. 2025;; p. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39999141>.
47. Puspitasari S, Budiastuti A. Self-concept and self-care: Implications for adolescents' academic achievement. Journal of Educational and Social Research [Internet]. 2019; 9(3): p. 45-53. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/337181347>.
48. World Health Organization. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. Conceptual framework for enabling environments. Geneva: WHO. [Internet].; 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/n/who357828/ch2/>.

49. World Health Organization. Health literacy – Fact sheet. [Internet].; 2024 [citado 20 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>.
50. Lewis C, Taba M, Allen T, Caldwell P, Skinner S, Kang M, et al. Developing an educational resource aimed at improving adolescents' digital health literacy. *J Med Internet Res*. [Internet]. 2024; 26: p. e49453. Disponib en: <https://doi.org.10.2196/49453>.
51. World Health Organization. Teens, screens and mental health. [Internet].; 2024 [citado el 20 de setiembre del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news/item/25-09-2024-teens--screens-and-mental-health>.
52. Levin D, Broucke S, Bíró É, Boggild H, Bruton L, De Gani S, et al. Measuring digital health literacy and its associations with determinants and health outcomes in 13 countries. *Front Public Health* [Internet]. 2025; 13: p. 1451890. Disponible en: <https://doi.org.10.3389/fpubh.2025.1472706>.
53. Le C, Guttersrud O, Levin D, Griebler R, Soberg H. Associations between digital health literacy and health system navigating abilities among Norwegian adolescents: validating the HLS19-DIGI scale using Rasch modeling. *BMC Public Health* [Internet]. 2024; 24: p. 1703. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19405-w>.
54. Norman C, Skinner H. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res*. [Internet]. 2006; 8(4): p. e27. Disponible en: <https://doi.org.10.2196/jmir.8.4.e27>.
55. Faria M, Peres A, Lara J, Franca M, Targino R, Granville A, et al. Assessment of the psychometric properties of the adapted version of the eHealth Literacy Scale (eHEALS-BrA) for Brazilian adolescents. *PLoS One* [Internet]. 2024; 19(8): p. e0314099. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314099>.

56. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control* New York: W. H. Freeman; 1997.
57. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*. 2004; 31(2): p. 143-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>.
58. Lin H, Chen H, Liu Q, Xu J, Li S. A meta-analysis of the relationship between social support and adolescents' physical activity: the mediating role of self-efficacy. *Front Psychol* [Internet]. 2024; 15: p. 1355841. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1305425>.
59. Pandey A, Hale D, Das S, Goddings L, Blakemore S, Viner R. Effectiveness of universal self-regulation-based interventions in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. [Internet]. 2018; 172(6): p. 566-575. Disponible en: [10.1001/jamapediatrics.2018.0232](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.0232).
60. Chen W, Sahdra B, MacBeth A, Ciarrochi J. A systematic review of self-regulation measures in children and young people. *PLoS One* [Internet]. 2024; 19(12): p. e0309895. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309895>.
61. Faries M. Why we do not “just do it”: understanding the intention–behavior gap in lifestyle medicine. *Am J Lifestyle Med*. [Internet]. 2016; 10(5): p. 322-329. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1559827616638017>.
62. Balla J, Sorkkila M, Ryba T, Aunola K. Predicting adolescents' physical activity intentions: testing an integrated social cognition model. *Int J Behav Med*. [Internet]. 2024; 31: p. 784-797. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12529-023-10156-3>.
63. Liang F, Wang Y, Liu Y, He X, He M, Liang F, et al. Meta-analysis of family functioning and self-esteem among adolescents. *Child Youth Serv Rev*. [Internet].

- 2024; 164: p. 1–8. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2024.107822>.
64. Huang X, Hu N, Yao Z, Peng B. Family functioning and adolescent depression: mediating role of self-esteem and moderating role of peer relationships. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022; 13: p. 887316. Disponible en:
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.962147>.
65. Lu Z, Yu L, Fan K, Hu T, Liu L, Li S, et al. Associations between social support and proactive health behaviours among Chinese adolescents: the mediating role of self-efficacy and peer relationships. *BMC Public Health* [Internet]. 2024; 24: p. 20070.
66. Raniti M, Rakesh D, Patton G, Sawyer S. The role of school connectedness in the prevention of youth depression and anxiety: a systematic review with youth consultation. *BMC Public Health* [Internet]. 2022; 22: p. 2152. Disponible en:
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-14364-6>.
67. Rose I, Leresne C, Sun J, Johns M, Zhang X, Hertz M. The relationship of school connectedness to adolescents' engagement in co-occurring health risks: a meta-analytic review. *J Youth Adolesc.* [Internet]. 2024; 53.
68. Wilkins N, Krause K, Verlenden J, Szucs L, Ussery E, Allen C, et al. School connectedness and risk behaviors and experiences among high school students — YRBS 2021. *MMWR Suppl.* [Internet]. 2023; 72(1): p. 13–21. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.su7201a2>.
69. Podiya J, Navaneetham J, Bhola P. Influences of school climate on emotional health and academic achievement of school-going adolescents: a systematic review. *BMC Public Health.* 2025; 25: p. 21268.
70. Farmakopoulou I, Lekka M, Gkintoni E. Clinical symptomatology of anxiety and family function in adolescents: the protective role of self-esteem. *Children*

- [Internet]. 2024; 11(1): p. 92. Disponible en:
<https://doi.org.10.3390/children11030338>.
71. WHO and UNESCO. Global Standards for Health Promoting Schools. [Internet].; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/health-promoting-schools>.
 72. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Making every school a health-promoting school. Global standards and indicators. 482230000377948th ed. Paris: UNESCO; 2021.
 73. World Health Organization. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents. AA-HA! 2.0. Geneva: WHO; 2023.
 74. UNICEF–WHO. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents. AA-HA! Geneva: WHO; 2023.
 75. PAHO/WHO. Global AA-HA! 2.0 guidance to support country implementation Washington DC: PAHO; 2024.
 76. Centers for Disease Control and Prevention. Whole School, Whole Community, Whole Child. Framework overview Atlanta: CDC; 2024.
 77. Centers for Disease Control and Prevention. Strategies for using the WSCC framework Atlanta: CDC; 2024.
 78. Knopf J, Finnie K, Peng Y, Hahn R, Truman B, Vernon M, et al. School-Based Health Centers to Advance Health Equity: a Community Guide systematic review. *Am J Prev Med*. [Internet]. 2016; 51(1): p. 114-126. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5759331>.
 79. Itriyeva K. Improving Health Equity and Outcomes for Children and Adolescents: The Role of School-Based Health Centers (SBHCs). *Current Problems in Pediatric*

- and Adolescent Health Care [Internet]. 2024 Abril; 54(4): p. 101582. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2024.101582>.
80. Cai C, Mei Z, Wang Z, Luo S. School-based interventions for resilience in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychiatry* [Internet]. 2025; 19: p. 1594658. Disponible en: <https://doi.org.10.3389/fpsy.2025.1594658>.
 81. Hinton R, Hill K, Yemiscigil A. Evidence-based interventions to support student well-being in schools: OECD Education Hub; 2024.
 82. Berger E, Reupert A, Allen K, Health T. A systematic review of the long-term benefits of school mental health and wellbeing interventions for students in Australia. *Front. Educ.* [Internet]. 2022; 7: p. 986391. Disponible en: <https://doi.org.10.3389/feduc.2022.986391>.
 83. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. School partnerships addressing child well-being and digital technology Paris: OECD; 2025.
 84. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación México: McGraw-Hill; 2014.
 85. Ventura J, Caucho T, Barboza M, Salas G. Evidencias psicométricas de la escala de autoestima de Rosenberg en adolescentes limeños. *Revista Interamericana De Psicología* [Internet]. 2018 52; 1: p. Disponible en: <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v52i1.363>.
 86. Martínez G, Alfaro A. Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes paceños. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia* [Internet]. 2019; 17(17): p. 83-100. Dispñible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2019000100006.

87. Cerna Y. Nivel de autoestima y prácticas de autocuidado en adolescentes de una institución educativa, Lima 2022 [Internet] [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/19632>.
88. Antolinez L, Angel A, Cardozo L, Corredor V, López M, Sánchez J, et al. Habilidades para la vida y autocuidado en un grupo de adolescentes escolarizados de grados 7° a 9°, mayores de 14 años [Internet] Bogotá: Universidad El Bosque; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12495/6700>.
89. Rivera G. Conocimiento y practicas de autocuidado en la prevención de enfermedades en los adolescentes [Internet] [Tesis de pregrado]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2021.
90. Espinoza Y. Conocimiento y prácticas de autocuidado en la prevención de enfermedades renales crónicas [Internet] [Tesis de pregrado]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2021. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/4756448>.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos aplicados

A. Escala de prácticas de cuidado personal

El instrumento considera datos generales y luego la escala de cuidado personal, contiene 38 preguntas, donde se debe marcar una opción en cada pregunta con la respuesta que considere adecuada. Considerar que cualquier respuesta es adecuada y no existe errores en las respuestas.

Datos generales:

1. Edad:
2. Sexo:
3. Grado de estudios: 3ro () 4to () 5to ()

Enunciados	Siempre	A veces	Raras veces	Nunca
1. Ingiere 8 vasos de agua al día				
2. Consumo tres comidas al día (desayuno, almuerzo, cena).				
3. Desayuno todos los días.				
4. Consumo frecuentemente frutas y verduras.				
5. Consumo frecuentemente grasas, embutidos, dulces, gaseosas.				
6. Consumo frecuentemente pan, arroz, papa, fideos.				
7. Practico algún deporte				
8. Realizo actividades físicas como caminar a paso rápido, manejar bicicleta, bailar, nadar, por al menos 30 minutos al día.				
9. Consumo frecuentemente alcohol				
10, fumo cigarros frecuentemente				
11. Me he drogado				
12. He tenido relaciones sexuales sin protección.				
13. He tenido relaciones sexuales con personas que recién conocí.				
14. Me he informado sobre enfermedades de transmisión sexual.				
15. Me he informado sobre métodos anticonceptivos				
16. uso mascarilla en el transporte público.				
17. uso mascarilla cuando estoy en un ambiente cerrado.				
18. Cuando estoy con gripe, uso mascarilla.				

19. Me he vacunado contra la Covid-19 según me corresponde.				
20. Me lavo las manos frecuentemente con agua y jabón				
21. duermo 6 a 8 horas al día.				
22. Reposo o descanso entre 30 a 40 minutos en diversos momentos al día.				
23. Suelo practicar actividades de recreación.				
24. Me siento cansado a pesar de haber dormido.				
25. Me gusta como soy físicamente.				
26. Conozco por lo menos 3 fortalezas y 3 debilidades mías.				
27. Puedo demostrar quién soy realmente sin ningún problema a mis amigos o familiares.				
28. Prefiero que otros decidan por mí.				
29. Cuando tomo una decisión, a los minutos me arrepiento.				
30. Cuando estoy molesto, suelo gritar.				
31. Cuando me siento triste, puedo expresarlo.				
32. Me preocupo mucho por los sentimientos de los demás.				
33. Puedo reconocer fácilmente cuando estoy molesto/a, feliz o triste.				
34. Si tengo un problema puedo contárselo a mis padres.				
35. Suelo trabajar mejor solo que en grupo.				
36. hago amigos con facilidad.				
37. Si tengo problemas puedo contárselo a mis amigos.				
38. Cuando alguien tiene un problema, me gusta escucharlo.				

Validación del instrumento:

El instrumento es un cuestionario con Escala de prácticas de autocuidado es de autoría de Yrene Lucía Cerna León, el cual fue evaluado por 5 jueces expertos especialistas en el área estudiada, arrojando una validez de contenido según V de Aiken de 0,97 (Excelente). Y en el cuadro siguiente se muestra los resultados.

"Prácticas de Autocuidado en Adolescentes"

ITE M	RESUMEN					TRANSFORMADO A %					VALOR TOTAL	
	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Suma	V de Aiken
1	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
2	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
3	2	3	3	3	3	0.50	1.00	1.00	1.00	1.00	4.50	0.90
4	3	2	3	3	2	1.00	0.50	1.00	1.00	0.50	4.00	0.80
5	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
6	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
7	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
8	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
9	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
10	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
11	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
12	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
13	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
14	3	2	3	3	3	1.00	0.50	1.00	1.00	1.00	4.50	0.90
15	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
16	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
17	3	3	3	2	3	1.00	1.00	1.00	0.50	1.00	4.50	0.90
18	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
19	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
20	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
21	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
22	3	3	3	2	3	1.00	1.00	1.00	1.00	0.50	4.50	0.90
23	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
24	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
25	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
26	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
27	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
28	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
29	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
30	3	2	3	3	2	1.00	0.50	1.00	1.00	0.50	4.00	0.80
31	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
32	3	2	3	3	2	1.00	0.50	1.00	1.00	0.50	4.00	0.80
33	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
34	3	3	3	2	3	1.00	1.00	1.00	1.00	0.50	4.50	0.90
35	3	3	3	2	3	1.00	1.00	1.00	1.00	0.50	4.50	0.90
36	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
37	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
38	3	3	3	3	3	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	5.00	1.00
	PROMEDIO											0.9684
	REDONDEO											0.97

Decisión: basándose en la tabla de interpretación del cálculo del Criterio de Validez de Contenido según Hernández-Nieto (2011) tendríamos: que 0,97 es mayor a 0,90 en consecuencia, el cuestionario en cuanto a contenido es excelente.

TABLA DE INTERPRETACION

Valor del CVC	Interpretación de la validez y concordancia
De 0 a 0.60	Inaceptable
Mayor de 0.60 y menor o igual a 0.70	Deficiente
Mayor de 0.70 y menor o igual a 0.80	Aceptable
Mayor de 0.80 y menor o igual a 0.90	Buena
Mayor a 0.90	Excelente

B. Escala de autoestima de Rosseberg

El instrumento considera datos generales y luego la escala de autoestima de Rosseberg, contiene 10 preguntas, donde se debe marcar una opción en cada pregunta con la respuesta que considere adecuada. Considerar que cualquier respuesta es adecuada y no existe errores en las respuestas. La validación no aplica debido que es un instrumento ya validado y de uso en varios idiomas y países desde 1968.

Datos generales:

1. Edad:
2. Sexo:
3. Grado de estudios: 3ro () 4to () 5to ()

Enunciados	Muy de Acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido/a de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general, estoy satisfecho/a de mi mismo.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona				

Anexo 2: Matriz de operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final de la variable	Definición operacional
Prácticas de cuidado personal	Se considera al conjunto de actividades, actitudes y acciones que realiza el alumno adolescente con absoluta libertad, para su autocuidado en la dimensión física, social y psicológica. Estas acciones tienen por finalidad fortalecer la salud del adolescente, además de prevenir algunas enfermedades coadyubando a mejoras en la calidad de vida de quienes realizan estas prácticas.	Física	Alimentación Actividad física Hábitos nocivos Conducta sexual Prevención de pandemias Recreación y descanso	Prácticas de cuidado personal adecuadas Prácticas de cuidado personal regulares Prácticas de cuidado personal deficientes	Son las actitudes y acciones realizadas por el adolescente de manera libre en su cuidado personal considerando las dimensiones física, social y psicológica. Con la finalidad de poder medir esto, se usa la escala de prácticas de autocuidado o cuidado personal, y se reflejará en tres resultados como: prácticas de cuidado personal adecuadas, regulares y deficientes.
		Social	Relaciones interpersonales		
		Psicológica	Autoaceptación Autonomía Inteligencia emocional		
Nivel de autoestima	Se le denomina a la apreciación negativa o positiva de los adolescentes hacia ellos mismos, esta apreciación se condiciona socialmente en su formación	Autoconfianza	Importancia Cualidades Capacidad Actitud - satisfacción	Autoestima elevada Autoestima media	Es la autoapreciación de los adolescentes que puede ser positiva o negativa, esta será medida a través de la escala de autoestima propuesta por Rosenberg.
		Autodesprecio	Orgullo	Autoestima baja	

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final de la variable	Definición operacional
	y también en la manifestación de la misma, es importante considerar una introspección, considerando una evaluación interna y externa del yo del adolescente.		Fracaso Respeto Inútil - maldad		Los resultados serán: autoestima elevada, autoestima media y autoestima baja.

Anexo 3: Matriz de consistencias

Título	Formulación del problema	Hipótesis	Objetivos	Variables	Dimensiones	Metodología
“Prácticas de cuidado personal y su relación con el nivel de autoestima de los alumnos adolescentes de la i.e. Auza Arce Tacna 2024”	Problema general:	Hipótesis general:	Objetivo general:	Prácticas de cuidado personal	Física	Tipo: Enfoque cuantitativo propositiva. Método: No experimental Diseño: Se utilizó el diseño descriptivo Población: Alumnos de la I.E. Manuel Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024 Muestra: 132 alumnos de 3er, 4to y 5to de secundaria de la I.E. Guillermo Auza Arce Muestreo: Probabilístico Técnica e instrumento de recolección de datos: Cuestionarios Análisis de datos: Para la técnica de procesamiento y análisis de datos se utilizaron tres etapas: Actividad exploratoria, descriptiva y analítica, desarrollándose
	¿Cuál es la asociación entre las prácticas de cuidado personal y el nivel de autoestima de los alumnos de la Institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024?	Con un nivel mayor de autoestima se realizarán de forma adecuada las prácticas de cuidado personal de los alumnos adolescentes de la I.E. Guillermo Auza Arce Tacna, 2024.	Establecer una relación entre las prácticas de cuidado personal y la autoestima en los alumnos adolescentes de la I.E. Guillermo Auza Arce Tacna, 2024		Social	
	Problema específico:	Hipótesis específica	Objetivo específico	Nivel de autoestima	Psicológica	
	¿Cuál es nivel de autoestima de los alumnos de los Institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024? ¿Cuáles son las prácticas de cuidado personal, según las dimensiones física, social y psicológica, realizadas por los alumnos de la Institución educativa Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna 2024?	El nivel de autoestima en los estudiantes de la I.E. Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna es bajo. He 2: La aplicación de prácticas de cuidado personal de los estudiantes de la I.E. Guillermo Auza Arce de la ciudad de Tacna son regulares	Identificar el nivel de autoestima en los alumnos adolescentes de la I.E. Guillermo Auza Arce Tacna 2024 Identificar las prácticas de cuidado personal en los alumnos adolescentes de la I.E. Guillermo Auza Arce Tacna, 2024, según la dimensión física, social y psicológica.		Positiva	

Anexo 4 Tabla de codificación:

VARIABLE	ITEM	DIMENSION	INDICADOR
PRACTICAS DE CUIDADO PERSONAL	F1x	Física	Alimentación
	F2x	Física	Alimentación
	F3x	Física	Alimentación
	F4x	Física	Alimentación
	F5x	Física	Alimentación
	F6x	Física	Alimentación
	F7x	Física	Actividad física
	F8x	Física	Actividad física
	F9x	Física	Hábitos nocivos
	F10x	Física	Hábitos nocivos
	F11x	Física	Hábitos nocivos
	F12x	Física	Conducta sexual
	F13x	Física	Conducta sexual
	F14x	Física	Conducta sexual
	F15x	Física	Conducta sexual
	F16x	Física	Prevención de pandemias
	F17x	Física	Prevención de pandemias
	F18x	Física	Prevención de pandemias
	F19x	Física	Prevención de pandemias
	F20x	Física	Prevención de pandemias
	F21x	Física	Recreación y descanso
	F22x	Física	Recreación y descanso
	F23x	Física	Recreación y descanso
	F24x	Física	Recreación y descanso
P1x	Psicológica	Autoaceptación	
P2x	Psicológica	Autoaceptación	
P3x	Psicológica	Autonomía	
P4x	Psicológica	Autonomía	

	P5x	Psicológica	Autonomía
	P6x	Psicológica	Inteligencia emocional
	P7x	Psicológica	Inteligencia emocional
	P8x	Psicológica	Inteligencia emocional
	P9x	Psicológica	Inteligencia emocional
	S1x	Social	Relaciones interpersonales
	S2x	Social	Relaciones interpersonales
	S3x	Social	Relaciones interpersonales
	S4x	Social	Relaciones interpersonales
	S5x	Social	Relaciones interpersonales
ESCALA AUTOESTIMA	AA1y	Autoconfianza	Importancia
	AA2y	Autoconfianza	Cualidades
	AA3y	Autoconfianza	Capacidad
	AA4y	Autoconfianza	Actitud - satisfacción
	AA5y	Autoconfianza	Actitud - satisfacción
	AO1y	Autodesprecio	Orgullo
	AO2y	Autodesprecio	Fracaso
	AO3y	Autodesprecio	Respeto
	AO4y	Autodesprecio	Inútil - maldad
	AO5y	Autodesprecio	Inútil - maldad

Anexo 5 Base de datos

Nº	ED AD	SE X O	GR AD O	F 1 x	F 2 x	F 3 x	F 4 x	F 5 x	F 6 x	F 7 x	F 8 x	F 9 x	F1 0x	F1 1x	F1 2x	F1 3x	F1 4x	F1 5x	F1 6x	F1 7x	F1 8x	F1 9x	F2 0x	F2 1x	F2 2x	F2 3x	F2 4x	P 1 x	P 2 x	P 3 x	P 4 x	P 5 x	P 6 x	P 7 x	P 8 x	P 9 x	S 1 x	S 2 x	S 3 x	S 4 x	S 5 x	A A1 y	A A2 y	A A3 y	A A4 y	A A5 y	A O1 y	A O2 y	A O3 y	A O4 y	A O5 y		
1	16	F	4to	3	4	4	4	2	2	4	4	2	2	2	2	2	4	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	2	4	2	3	2	4	4	3	3	2	4	4	4	4	4	3	3	1	4	3	4	
2	16	F	4to	2	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	4	3	4	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	4	3	2	2	3	3	3
3	15	M	4to	3	4	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	2	3	3	3	4	2	2	3	4	4	2	2	3	3	2	3	4	2	2	3	3	3	3	4	3	3	2	2	3	3	2	
4	16	M	4to	3	4	4	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	4	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	4	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	4			
5	15	M	4to	3	4	4	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2			
6	16	M	4to	3	4	4	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	3	3	4	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	4	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	2	4	2	3		
7	16	F	4to	3	4	4	3	3	4	3	4	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	4	4	4	3	2	2	4	4	3	3	2	2	2	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	2	1	4	1	1	
8	16	F	4to	2	3	4	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	3	2	3	4	4	3	2	3	2	3	3	3	4	3	2	2	3	3	4	4	4	4	3	2	2	2	4		
9	15	M	4to	3	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	4	4	4	3	4	2	4	4	4	2	2	2	3	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2		
10	15	F	4to	3	4	4	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	2	3	2	3	3	4	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	2	1	2	1	4		
11	15	M	4to	4	4	4	4	3	4	4	4	2	2	2	2	2	3	4	2	2	2	3	4	4	2	2	3	3	4	2	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3	2	4	2	2	2	2	2	1	2	1	3		
12	17	M	4to	3	4	4	3	3	4	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	4	4	4	4	2	3	2	3	4	4	2	3	3	3	3	2	4	2	2	4	4	4	2	2				
13	15	M	4to	3	4	4	3	3	4	2	4	2	2	2	2	2	3	3	2	3	4	4	3	4	4	3	2	3	4	3	2	2	2	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	2	2	3	1	1		
14	15	M	4to	3	4	4	4	3	4	3	4	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	4	3	4	3	4	2	4	2	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	2	3	
15	15	F	4to	3	4	4	4	3	4	4	4	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	4	3	3	4	3	3	4	4	4	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	1	1	1			
16	15	F	4to	3	4	4	3	3	4	4	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	3	2	2	2	4	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	3			
17	15	M	4to	3	4	4	3	2	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	3	3	2	3	3	3	4	4	2	2	2	2	3	4	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	
18	16	M	4to	3	4	4	4	2	2	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	
19	15	M	4to	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	4	3	2	4	3	2	3	2	3	3	2	2	4	4	2	3	3	2	2	4	4	2	3	3	3	4	2	2	3	3	3
20	15	M	4to	2	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	4	3	2	2	2	2	3	2	3	4	4	2	4	2	4	3	3	2	2	3	4	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
21	16	M	4to	3	4	4	3	3	4	4	4	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	4	4	2	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	2	1	3	2	2	
22	16	F	4to	4	4	4	3	3	4	4	4	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	4	3	3	3	4	3	2	2	4	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	1	2	4	1	4	1	4	
23	17	M	4to	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	3	4	2	4	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	4	3	1		
24	15	F	4to	3	4	4	4	2	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	4	4	3	3	2	4	4	4	2	2	2	4	2	4	4	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4	2	4	4	4	
25	16	F	4to	3	4	3	3	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	3	2	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3	4	3	3	2	4	2	1	3	3	3	3	
26	14	F	3ro	3	4	4	3	2	3	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	3	2	4	4	2	2	2	3	2	3	3	2	4	4	4	4	4	3	2	4	3	3	2	1	3	3	3	3	3	
27	15	M	3ro	3	3	3	3	3	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	3	2	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	4	3	3	2	2	2	4	3	3	2	4	3	3	2	3	3	2	
28	15	F	3ro	3	4	4	4	2	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	2	2	

109	14	F	3ro	3	4	4	2	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	3	4	4	4	4	3	3	2	4	4	2	2	3	4	4	4	2	3	4	3	4	3	3	3	2	3	4	2	3	3	2					
110	15	M	3ro	4	3	4	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	4	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	4	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3					
111	15	F	3ro	3	3	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	3	4	3	3	2	4	2	2	4	2	3	4	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	4	2	2	2	2	3	4	4					
112	15	M	3ro	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	4	4	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	3	4	3	4	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3				
113	16	F	4to	2	3	3	4	2	4	3	3	2	2	2	2	2	2	4	3	2	2	2	3	3	3	2	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	3	2	1				
114	16	F	4to	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	4	3	4	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	3				
115	16	F	4to	3	4	4	3	2	4	4	4	3	3	2	2	2	2	4	4	2	2	2	4	4	3	3	4	2	4	4	4	2	3	4	2	4	4	2	2	3	4	4	4	4	3	4	4	1	2	1	2	2					
116	16	M	4to	4	3	4	4	2	4	3	4	2	2	2	2	2	2	4	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	3	2	4	4	2	3	3	2	4	3	3	2	4	2	2	2	4	4	4					
117	16	F	4to	2	4	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	4	3	3	3	3	2	3	4	4	2	2	3	3	4	3	4	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	2	1	3	2	2				
118	16	M	4to	3	3	3	3	2	3	4	4	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	2	3	4	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3	3	2	3	3	4	3	3	2	2	2	4	2	3	3	4				
119	16	M	4to	3	3	4	3	2	3	4	3	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	4	4	3	2	4	3	4	4	2	3	3	2	3	4	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3		
120	17	M	4to	4	4	4	4	3	4	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	4	4	2	2	2	2	2	2	3	4	2	3	4	2	3	4	2	4	3	3	4	3	3	2	2	3	2	3
121	16	M	4to	4	4	4	3	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	3	3	4	4	3	3	2	4	4	2	4	4	2	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1	1	1	1	
122	16	F	4to	2	3	3	3	4	4	3	2	3	3	3	2	2	2	4	4	2	2	2	4	4	2	4	4	4	2	4	3	3	3	4	4	4	3	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	1	3	4		
123	19	M	4to	4	3	3	3	4	4	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	4	2	2	4	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	4	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	
124	16	F	4to	3	3	4	4	3	4	4	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4	4	3	2	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
125	16	M	4to	3	4	4	3	2	4	4	4	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	4	2	3	4	4	4	3	3	2	3	4	2	3	3	2	3	4	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	
126	16	M	4to	3	4	4	3	3	3	4	4	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
127	15	F	4to	3	3	2	4	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	3	4	4	4	2	3	2	3	4	4	2	2	2	3	4	3	3	2	3	3	2	3	2	4	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	

1 2 8	16	F	4to	2	4	4	4	3	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	3	3	4	2	2	3	3	4	2	2	2	4	2	4	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
1 2 9	16	M	4to	4	4	3	4	2	3	4	3	2	2	2	2	2	4	3	2	3	4	4	4	4	3	2	2	4	4	4	2	2	3	2	3	4	3	4	4	4	2	4	4	4	3	3	4	3	1	4	1	1	
1 3 0	16	M	4to	3	3	3	3	2	3	4	3	4	2	2	4	2	3	2	3	2	3	4	3	2	2	3	4	2	3	2	3	3	3	3	2	4	2	3	4	3	3	3	4	3	2	3	2	2					
1 3 1	16	M	4to	3	3	4	4	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	3	3	3	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	1	2
1 3 2	15	M	4to	3	3	3	4	3	4	4	4	2	2	2	2	2	4	4	2	2	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	

Anexo 6: Scrib empleado en R

```

#
=====
# Tesis Maestría – Salud Pública (Tacna 2024)
# Script resumido de análisis: constructos, fiabilidad, normalidad,
# descriptivos, niveles, correlación (Pearson) y gráficos.
#
=====

# ----- 0) Parámetros de entrada y carpetas de salida -----
file_path <- "D:/XXX/BBDD JUDITH RSTUDIO.xlsx" # <-
AJUSTAR
sheet <- 1 # o nombre de hoja

base_out <- "output_tesis"
dir.create(base_out, showWarnings = FALSE)
dir.create(file.path(base_out, "tablas"), showWarnings = FALSE,
recursive = TRUE)
dir.create(file.path(base_out, "plots"), showWarnings = FALSE,
recursive = TRUE)

# ----- 1) Paquetes (instalar si faltan) -----
ensure_pkg <- function(pk) if (!requireNamespace(pk, quietly =
TRUE)) install.packages(pk)
invisible(lapply(c("readxl", "janitor", "dplyr", "stringr", "tidyr", "gg
plot2",
"psych", "nortest", "writexl", "ggcorrplot", "GPArotation"),
ensure_pkg))
suppressPackageStartupMessages({
library(readxl); library(janitor); library(dplyr); library(stringr);
library(tidyr)
library(ggplot2); library(psych); library(nortest);
library(writexl); library(ggcorrplot)
})

# ----- 2) Importación (si df no existe en el entorno) -----
if (!exists("df")) {
df <- readxl::read_excel(path = file_path, sheet = sheet)
}
df <- janitor::clean_names(as.data.frame(df))

# ----- 3) Normalización de controles -----
df <- df %>%
mutate(
sexo = factor(sexo, levels = c("F", "M")),
grado = as.character(grado) |> str_squish() |> tolower(),
grado = case_when(
is.na(grado) | grado == "" ~ "3ro",
grado %in% c("3ro", "3er", "3ro", "3º", "3°", "3") ~ "3ro",
grado %in% c("4to", "4º", "4°", "4") ~ "4to",
grado %in% c("5to", "5º", "5°", "5") ~ "5to",
TRUE ~ grado
),
grado = factor(grado, levels = c("3ro", "4to", "5to"), ordered =
TRUE),
edad = suppressWarnings(as.integer(edad))
)

# ----- 4) Detección de ítems por convención y construcción de
constructos -----
nms <- names(df)
x_fisica <- nms[str_detect(nms, "^f\\d+x$")] # F1x–F24x
x_psicologica <- nms[str_detect(nms, "^p\\d+x$")] # P1x–P9x
x_social <- nms[str_detect(nms, "^s\\d+x$")] # S1x–S5x
x_items <- sort(unique(c(x_fisica, x_psicologica, x_social)))

y_autoconfianza <- nms[str_detect(nms, "^aa\\d+y$")] # AA1y–
AA5y
y_autodesprecio <- nms[str_detect(nms, "^ao\\d+y$")] # AO1y–
AO5y
y_items <- sort(unique(c(y_autoconfianza, y_autodesprecio)))

# convertir a numérico
to_num <- function(z) suppressWarnings(as.numeric(z))
df[c(x_items, y_items)] <- lapply(df[c(x_items, y_items)],
to_num)
invertir_1a4 <- function(v) ifelse(is.na(v), NA, 5 - v)

# Promedios dimensión X
if (length(x_fisica)) df$x_fisica_14 <- rowMeans(df[, x_fisica,
drop = FALSE], na.rm = TRUE)
if (length(x_psicologica)) df$x_psicologica_14 <-
rowMeans(df[, x_psicologica, drop = FALSE], na.rm = TRUE)
if (length(x_social)) df$x_social_14 <- rowMeans(df[, x_social,
drop = FALSE], na.rm = TRUE)
if (length(x_items)) df$x_total_14 <- rowMeans(df[, x_items,
drop = FALSE], na.rm = TRUE)

# Promedios Y (positivizando AO)
if (length(y_autoconfianza)) df$y_autoconfianza_14 <-
rowMeans(df[, y_autoconfianza, drop = FALSE], na.rm =
TRUE)
if (length(y_autodesprecio)) df$y_autodesprecio_14 <-
rowMeans(df[, y_autodesprecio, drop = FALSE], na.rm = TRUE)
if (length(y_items)) {
y_pos <- NULL
if (length(y_autoconfianza)) y_pos <- cbind(y_pos,
df[, y_autoconfianza])
if (length(y_autodesprecio)) y_pos <- cbind(y_pos,
as.data.frame(lapply(df[, y_autodesprecio], invertir_1a4)))
df$y_total_pos_14 <- rowMeans(y_pos, na.rm = TRUE)
if ("y_autodesprecio_14" %in % names(df))
df$y_autodesprecio_14_pos <- 5 - df$y_autodesprecio_14
}

# (Opcional) escala porcentual 0–100
rescale_0_100 <- function(x) (x - 1)/3*100
if ("x_total_14" %in % names(df)) df$x_total_100 <-
rescale_0_100(df$x_total_14)
if ("y_total_pos_14" %in % names(df)) df$y_total_100 <-
rescale_0_100(df$y_total_pos_14)

# ----- 5) Fiabilidad: Alfa de Cronbach y Omega de McDonald
-----
# X: invertir claves detectadas automáticamente
alpha_x_ck <- psych::alpha(df[, x_items], check.keys = TRUE)
keys_x_vec <- unlist(alpha_x_ck$keys)
rev_x <- names(keys_x_vec)[keys_x_vec == -1]
df_x_pos <- df[, x_items]
if (length(rev_x) > 0) df_x_pos[, rev_x] <-
lapply(df_x_pos[, rev_x], invertir_1a4)

```

```

alpha_x <- psych::alpha(df_x_pos)
R_x_poly <- psych::polychoric(df_x_pos)$rho
omega_x <- psych::omega(R_x_poly, n.obs = nrow(df), fm =
"minres", plot = FALSE)

# Y: AA directo + AO invertido (y chequeo residual)
df_y_pos <- NULL
if (length(y_autoconfianza)) df_y_pos <- cbind(df_y_pos,
df[y_autoconfianza])
if (length(y_autodesprecio)) df_y_pos <- cbind(df_y_pos,
as.data.frame(lapply(df[y_autodesprecio], invertir_1a4)))
alpha_y <- psych::alpha(df_y_pos)
R_y_poly <- psych::polychoric(df_y_pos)$rho
omega_y <- psych::omega(R_y_poly, n.obs = nrow(df), fm =
"minres", plot = FALSE)

fiabilidad_global <- tibble::tibble(
  escala = c("X_Practicas", "Y_Autoestima_pos"),
  k_items = c(ncol(df_x_pos), ncol(df_y_pos)),
  alpha_cronbach = c(unnamed(alpha_x$total$raw_alpha),
unnamed(alpha_y$total$raw_alpha)),
  omega_total = c(unnamed(omega_x$omega_tot),
unnamed(omega_y$omega_tot)),
  omega_jerarquico = c(unnamed(omega_x$omega_h),
unnamed(omega_y$omega_h)),
  items_invertidos_X = paste(if (length(rev_x)) rev_x else
"ninguno", collapse = ", ")
)
writexl::write_xlsx(list("fiabilidad_global" = fiabilidad_global),
  path = file.path(base_out, "tablas",
"fiabilidad_alpha_omega.xlsx"))

# ----- 6) Normalidad (Lilliefors + Shapiro) -----
run_lillie <- function(x){ x <- x[!is.na(x)]; if (length(x) < 5)
return(c(n=length(x), D=NA, p=NA))
tt <- norstest::lillie.test(x); c(n=length(x), D=unnamed(tt$statistic),
p=unnamed(tt$p.value)) }
run_shapiro <- function(x){ x <- x[!is.na(x)]; if (length(x) < 3 ||
length(x) > 5000) return(c(W=NA, p=NA))
tt <- shapiro.test(x); c(W=unnamed(tt$statistic),
p=unnamed(tt$p.value)) }

vars_norm <-
intersect(c("x_total_14", "y_total_pos_14", "x_fisica_14", "x_psic
ologica_14",
"x_social_14", "y_autoconfianza_14", "y_autodesprecio_14"),
names(df))
normalidad <- dplyr::bind_rows(lapply(vars_norm, function(v){
x <- to_num(df[[v]]); li <- run_lillie(x); sw <- run_shapiro(x)
tibble::tibble(variable=v, n=li["n"], D=li["D"], p_ks=li["p"],
W=sw["W"], p_sw=sw["p"])
})) %>%
mutate(decision_ks = ifelse(!is.na(p_ks) & p_ks < 0,05,
"Rechaza normalidad",
"Compatible con normalidad"))
writexl::write_xlsx(list("normalidad_global" = normalidad),
  path = file.path(base_out, "tablas",
"normalidad_ks_shapiro.xlsx"))

# ----- 7) Descriptivos por variable -----
moda_num <- function(x, digits = 2){
x <- x[!is.na(x)]; if (!length(x)) return(NA_real_)
xr <- round(x, digits); ux <- unique(xr);
ux[which.max(tabulate(match(xr, ux)))]
vars_desc <-
intersect(c("x_total_14", "x_fisica_14", "x_psicologica_14", "x_s
ocial_14",
"y_total_pos_14", "y_autoconfianza_14", "y_autodesprecio_14"),
names(df))
labels <- c(
  x_total_14 = "Prácticas (total)",
  x_fisica_14 = "Prácticas – Física",
  x_psicologica_14 = "Prácticas – Psicológica",
  x_social_14 = "Prácticas – Social",
  y_total_pos_14 = "Autoestima (total, positiva)",
  y_autoconfianza_14 = "Autoestima – Autoconfianza",
  y_autodesprecio_14 = "Autoestima – Autodesprecio"
)
res_list <- list()
for (v in vars_desc) {
  x <- to_num(df[[v]]); x <- x[!is.na(x)]
  if (!length(x)) next
  d <- psych::describe(x)
  n <- unnamed(d$n); m <- unnamed(d$mean); sd <- unnamed(d$sd);
se <- unnamed(d$se)
tcrit <- qt(0,975, df = max(n-1, 1))
res_list[[v]] <- tibble::tibble(
  variable = labels[[v]], n = n, media = m, mediana =
unnamed(d$median),
  moda = moda_num(x), sd = sd, varianza = sd^2, minimo =
unnamed(d$min),
  maximo = unnamed(d$max), iqr = IQR(x), asimetria =
unnamed(d$skew),
  curtosis = unnamed(d$skurtosis), se = se,
  ic95_media_inf = m - tcrit*se, ic95_media_sup = m + tcrit*se
)
}
descriptivos <- dplyr::bind_rows(res_list) %>%
  arrange(variable)
writexl::write_xlsx(list("descriptivos" = descriptivos),
  path = file.path(base_out, "tablas",
"descriptivos_constructos.xlsx"))

# ----- 8) Niveles (Bajo/Medio/Alto) por variable -----
nivel_1_4 <- function(x){
  dplyr::case_when(is.na(x) ~ NA_character_, x < 2 ~ "Bajo", x <
3 ~ "Medio", TRUE ~ "Alto")
}
niv_vars <-
intersect(c("x_total_14", "x_fisica_14", "x_psicologica_14", "x_s
ocial_14",
"y_total_pos_14", "y_autoconfianza_14", "y_autodesprecio_14"),
names(df))
res_long <- dplyr::bind_rows(lapply(niv_vars, function(v){
df %>%
  transmute(variable = labels_n[[v]], nivel =
factor(nivel_1_4(.data[[v]]),
  levels = c("Bajo", "Medio", "Alto"))) %>%
  filter(!is.na(nivel)) %>% count(variable, nivel, name = "n") %>%

```

```

group_by(variable) %>% mutate(prop = n/sum(n)) %>% theme_minimal(base_size=12)
ungroup() theme(legend.position="none",
})) plot.title=element_text(face="bold")
res_anchos <- res_long %>% mutate(pct = sprintf(" %.1f % %", guardar_jpg(p_grado, "A_distribucion_grado.jpg")
100*prop)) %>% }
select(variable, nivel, n, pct) %>% # 10,2 Barras de media+IC95 por grado (X y Y)
pivot_wider(names_from = nivel, values_from = c(n, pct), resumir_media_ci <- function(data, valor, grupo){
values_fill = list(n = 0, pct = "0,0 %") %>% arrange(variable) vv <- rlang::ensym(valor); gg <- rlang::ensym(grupo)
writexl::write_xlsx(list("niveles_largo" = res_long, data %>% filter(!is.na(!vv), !is.na(!gg)) %>% group_by(!gg)
"niveles_anchos" = res_anchos), %>%
path = file.path(base_out, "tablas", "niveles_por_variable.xlsx")) summarise(n=n(), media=mean(!vv), sd=sd(!vv),
# ----- 9) Correlación PEARSON (global y subgrupos) ----- se=sd/sqrt(n),
pick_var <- function(cands){ for (nm in cands) if (nm %in % tcrit = qt(0,975, df=pmax(n-1,1)), li=media - tcrit*se, ls=media
names(df)) return(nm) + tcrit*se, .groups="drop") %>%
stop("No se encontró ninguna de: ", paste(cands, collapse = ", ")) rename(grupo = !gg)
} }
x_var <- pick_var(c("x_total_14")) if ("grado" %in % names(df)) {
y_var <- pick_var(c("y_total_pos_14", "y_total_bruta_14")) if ("x_total_14" %in % names(df)) {
dat_xy <- df %>% transmute(x = to_num(.data[[x_var]]), y = tab_x <- resumir_media_ci(df, x_total_14, grado)
to_num(.data[[y_var]])) %>% na.omit() p_x <- ggplot(tab_x, aes(grupo, media, fill = grupo)) +
pear <- suppressWarnings(cor.test(dat_xy$x, dat_xy$y, method = geom_col(width=0,7) + geom_errorbar(aes(ymin=li, ymax=ls),
"pearson")) width=0,15) +
# IC95 % de r por Fisher z (para subgrupos) scale_fill_manual(values=c("3ro"=col_verde,"4to"="#FBC02D"
ci_pearson_fisher <- function(r, n, conf = 0,95){ ,"5to"=col_naranja) +
if (is.na(r) || is.na(n) || n < 4) return(c(NA_real_, NA_real_)) scale_y_continuous(limits=c(1,4),
z <- atanh(r); se <- 1/sqrt(n-3); zc <- qnorm(1-(1-conf)/2); expand=expansion(mult=c(0,0,08))) +
tanh(c(z - zc*se, z + zc*se)) labs(title="Prácticas de cuidado personal por grado (Media e
) IC95 %)",
corr_pearson <- function(x, y){ x="Grado", y="Media 1-4 con IC95") +
ok <- complete.cases(x, y); x <- x[ok]; y <- y[ok]; n <- length(x) theme_minimal(base_size=12) + theme(legend.position="none")
if (n < 4) return(c(est=NA, li=NA, ls=NA, n=n)) guardar_jpg(p_x, "B1_x_media_por_grado.jpg")
r <- suppressWarnings(cor(x, y, method = "pearson")); ci <- }
ci_pearson_fisher(r, n) if (y_var %in % names(df)) {
c(est=r, li=ci[1], ls=ci[2], n=n) tab_y <- resumir_media_ci(df, !rlang::sym(y_var), grado)
} p_y <- ggplot(tab_y, aes(grupo, media, fill = grupo)) +
geom_col(width=0,7) + geom_errorbar(aes(ymin=li, ymax=ls),
width=0,15) +
# ----- 10) Gráficos (JPG) -----
col_azul <- "#2962FF"; col_naranja <- "#FF6D00"; col_verde <- scale_fill_manual(values=c("3ro"=col_verde,"4to"="#FBC02D"
"#2E7D32"; col_magenta <- "#8E24AA"; col_teal <- ,"5to"=col_naranja) +
"#00BFA6" scale_y_continuous(limits=c(1,4),
guardar_jpg <- function(p, nombre, w=7, h=5) { expand=expansion(mult=c(0,0,08))) +
ggplot2::ggsave(file.path(base_out,"plots", nombre), plot=p, labs(title="Autoestima por grado (Media e IC95 %)",
width=w, height=h, x="Grado", y="Media 1-4 con IC95") +
dpi=300, units="in", device="jpeg", quality=95) theme_minimal(base_size=12) + theme(legend.position="none")
} guardar_jpg(p_y, "B2_y_media_por_grado.jpg")
}
# 10,1 Distribución por grado
if ("grado" %in % names(df)) {
datos_grado <- df %>% filter(!is.na(grado)) %>% count(grado, # 10,3 Scatter técnico X-Y (Pearson)
name = "n") %>% lab_r <- sprintf("r = %.3f (IC95 % %: %.3f, %.3f; p = %.3f)",
mutate(prop = n/sum(n), etiqueta = paste0(n, "\n", sprintf(" %.1f unname(pear$estimate), pear$conf.int[1], pear$conf.int[2],
% %", 100*prop))) pear$p.value)
p_grado <- ggplot(datos_grado, aes(grado, n, fill = grado)) + p_sc <- ggplot(dat_xy, aes(x, y)) +
geom_col(width = 0,7) + geom_text(aes(label = etiqueta), vjust stat_density_2d(aes(fill = after_stat(level)), geom = "polygon",
= -0,3) + alpha = .25, contour_var = "ndensity") +
scale_fill_manual(values = scale_fill_viridis_c(option="plasma", name="Densidad") +
c("3ro"=col_verde,"4to"="#FBC02D","5to"=col_naranja) + geom_point(alpha=.7, color=col_azul, size=1.8) +
scale_y_continuous(expand = expansion(mult = c(0, 0,12))) + geom_smooth(method = "lm", se = TRUE, linewidth = 1, color
labs(title="Distribución de estudiantes por grado", x="Grado", = col_naranja) +
y="Frecuencia") +

```

```

geom_smooth(method = "loess", se = FALSE, linetype = 2, color = col_magenta) +
stat_ellipse(level = 0,95, type = "norm", color = col_teal, linewidth = 1) +
coord_cartesian(xlim=c(1,4), ylim=c(1,4)) +
labs(title="Cuidado personal (X) vs Autoestima (Y): relación lineal e incertidumbre",
x=paste0("Prácticas (", x_var, ")"), y=paste0("Autoestima (", y_var, ")"), caption = lab_r) +
theme_minimal(base_size=12) + theme(legend.position="right"),
plot.title=element_text(face="bold"))
guardar_jpg(p_sc, "C1_scatter_pearson.jpg")

# 10,4 Heatmap bivariado X–Y
p_hm <- ggplot(dat_xy, aes(x, y)) +
geom_bin2d(bins=10) +
scale_fill_viridis_c(option="inferno", trans = "sqrt", name = "Frecuencia") +
geom_smooth(method = "lm", se = FALSE, color = col_teal, linewidth = 1) +
coord_cartesian(xlim=c(1,4), ylim=c(1,4)) +
labs(title="Mapa de calor X–Y con recta de Pearson",
x=paste0("Prácticas (", x_var, ")"),
y=paste0("Autoestima (", y_var, ")")) +
theme_minimal(base_size=12)
theme(plot.title=element_text(face="bold"))
guardar_jpg(p_hm, "C2_heatmap_pearson.jpg")

# 10,5 Forest plot de r por subgrupos (sexo, grado, edad)
estratos <- c("sexo","grado","edad"); estratos <- estratos[estratos %in % names(df)]
res_list <- list()
for (g in estratos) {
tmp <- df %>% transmute(grupo = as.character(.data[[g]]),
x = to_num(.data[[x_var]]), y = to_num(.data[[y_var]])) %>%
filter(!is.na(grupo))
if (nrow(tmp) == 0) next
ag <- tmp %>% group_by(grupo) %>%
group_modify(~{ r <- corr_pearson(.x$x, .x$y);
tibble::tibble(est=r["est"], li=r["li"], ls=r["ls"],
n=as.integer(r["n"])} ) %>%
ungroup() %>% mutate(estrato = g)
res_list[[g]] <- ag
}
res_sub <- dplyr::bind_rows(res_list)
if (nrow(res_sub) > 0) {
res_sub <- res_sub %>% mutate(grupo = as.character(grupo),
estrato = dplyr::recode(estrato, sexo="Sexo", grado="Grado",
edad="Edad"),
est = as.numeric(est), li = as.numeric(li), ls = as.numeric(ls)) %>%
filter(!is.na(est)) %>% mutate(etiqueta = paste0(estrato, ":", grupo)) %>%
arrange(est) %>% mutate(etiqueta = factor(etiqueta, levels = unique(etiqueta)))
p_fp <- ggplot(res_sub, aes(x = est, y = etiqueta, color = estrato)) +
geom_vline(xintercept = 0, linetype = 3, color = "gray60") +
geom_errorbarh(aes(xmin = li, xmax = ls), height = 0,18, size = 1) +
geom_point(size = 3) +
scale_color_manual(values = c("Sexo"=col_azul,"Grado"=col_naranja,"Edad"=col_verde)) +
scale_x_continuous(limits = c(-1,1)) +
labs(title="Correlación de Pearson por subgrupos (IC95 % Fisher z)",
x="r (Pearson)", y=NULL, caption="Punto: estimación; barra: IC95 % por z de Fisher") +
theme_minimal(base_size=12) + theme(legend.position="top",
plot.title=element_text(face="bold"))
guardar_jpg(p_fp, "C3_forest_pearson_subgrupos.jpg")
}

# 10,6 Matriz de correlaciones (dimensiones y totales) – Pearson
corr_vars <- intersect(c("x_fisica_14","x_psicologica_14","x_social_14",
"y_autoconfianza_14","y_autodesprecio_14_pos",
"x_total_14","y_total_pos_14"), names(df))
if (length(corr_vars) >= 3) {
M <- df[, corr_vars, drop = FALSE]
M[] <- lapply(M, to_num)
# eliminar columnas constantes
var_ok <- sapply(M, function(v) sum(!is.na(v)) >= 5 && sd(v, na.rm = TRUE) > 0)
M <- M[, var_ok, drop = FALSE]
if (ncol(M) >= 2) {
R <- stats::cor(M, use = "pairwise.complete.obs", method = "pearson")
ct <- psych::corr.test(M, use = "pairwise", method = "pearson", adjust = "none")
P <- ct$p
p_cm <- ggcorrplot::ggcorrplot(R, p.mat = P, sig.level = 0,05, insig = "blank",
lab = TRUE, lab_size = 2,8,
colors = c("#2166AC","#F7F7F7","#B2182B"),
title = "Matriz de correlaciones de Pearson (dimensiones y totales)",
tl.cex = 10) +
theme(plot.title = element_text(face = "bold"))
guardar_jpg(p_cm, "C4_corr_pearson_dimensiones.jpg", w=7.5, h=6.5)
}

# ----- 11) Mensajes finales -----
message("Análisis completado. Salidas en: ",
normalizePath(base_out))
list.files(file.path(base_out, "tablas"), pattern = "\\.*xlsx$", full.names = TRUE)
list.files(file.path(base_out, "plots"), pattern = "\\.*jpg$", full.names = TRUE)
if (.Platform$OS.type == "windows")
shell.exec(normalizePath(base_out))

```