



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
E.A.P. DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO PARA LA  
PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN MUJERES BENEFICIARIAS DE  
CUATRO COMEDORES POPULARES DE LA COMUNIDAD LA FLOR,  
CARABAYLLO - 2014**

**PRESENTADO POR**

**ORTIZ LOYOLA, FLOR DE MARÍA  
SAAVEDRA PIZANGO, SINTIA MAIRA**

**ASESOR**

**PIPA CARHUAPOMA, ALFREDO JOSÉ**

**Los Olivos, 2016**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCAUIDADO  
PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN  
MUJERES BENEFICIARIAS DE CUATRO  
COMEDORES POPULARES DE LA COMUNIDAD  
LA FLOR, CARABAYLLO – 2014**

**TESIS  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA(O) EN  
ENFERMERÍA**

**PRESENTADA POR:**

**Ortiz Loyola, Flor de María**

**Saavedra Pizango, Sintia Maira**

**Lima - Perú  
2016**

**SUSTENTADO Y APROBADO ANTE EL SIGUIENTE JURADO:**

---

**Rosa Eva Pérez Siguas  
Presidente**

---

**Hernán Hugo Matta Solís  
Secretario**

---

**Rosa Casimira Tuse Medina  
Vocal**

---

**Alfredo José Pipa Carhuapoma  
Asesor**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO  
PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN  
MUJERES BENEFICIARIAS DE CUATRO  
COMEDORES POPULARES DE LA COMUNIDAD  
LA FLOR, CARABAYLLO – 2014**

## **Dedicatoria**

Este trabajo esta dedicado a mi madre por ser un ejemplo de mujer. A mi padre, por su esfuerzo; y, a ambos, por su amor incondicional.

Este trabajo está dedicado a todas las mujeres de la comunidad que participaron voluntariamente en este estudio de investigación.

Dedico también este trabajo a nuestro asesor por brindarnos sus conocimientos y, sobre todo, su apoyo.

# Índice

**Resumen**

**Abstract**

**Introducción**

<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....</b>	<b>13</b>
1.1 Planteamiento del problema .....	13
1.2 Formulación de la pregunta de investigación.....	20
1.3 Justificación del estudio .....	21
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
2.1 Marco contextual histórico social de la realidad.....	23
2.1.1 Límites y acceso de la comunidad.....	23
2.1.2 Comedores populares .....	23
2.2 Marco teórico – conceptual.....	31
2.2.1 Obesidad .....	31
2.2.2 Conocimiento.....	35
2.2.3 Autocuidado .....	36
2.3 Antecedentes de la Investigación .....	45
2.3.1 Internacional .....	45
2.3.2 Nacional .....	47
2.4 Objetivos.....	50
2.4.1 Objetivo general .....	50
2.4.2 Objetivos específicos.....	50
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....</b>	<b>51</b>
3.1 Tipo – Diseño de investigación .....	51
3.2 Población, muestra y muestreo.....	51
3.2.1.Población .....	51
3.2.2.Criterio de inclusión .....	52
3.2.3.Criterio de exclusión .....	52
3.2.4.Muestra y muestreo .....	52
3.3 Variable.....	52

3.3.1.Univariable .....	52
3.3.2.Variables Intervinientes .....	52
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	53
3.4.1.Antecedentes del instrumento.....	53
3.4.2.Definición de dimensiones del instrumento.....	53
3.4.3.Selección de preguntas y confección del cuestionario.....	53
3.4.4.Proceso de Validación.....	54
3.5 Plan de recolección de datos .....	55
3.5.1. Fase 1: Validación del instrumento.....	55
3.5.2. Fase 2: Autorización para recolección de datos.....	56
3.5.3. Fase 3: Coordinaciones para recolección de datos .....	56
3.5.4. Fase 4: Aplicación del instrumento .....	56
3.6. Técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos.....	56
3.7 Aspectos éticos.....	57
3.7.1.Principio de beneficencia y no maleficencia.....	57
3.7.2.Principio de autonomía .....	58
3.7.3.Principio de justicia .....	58
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>60</b>
4.1. Resultados .....	60
4.1.1 Descripción de los datos socioeconómicos.....	60
4.1.2 Descripción de autocuidados .....	61
4.2. Discusion.....	65
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>72</b>
5.1. Conclusion.....	73
5.2. Recomendaciones.....	74
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>

## Índice de gráficos

- Gráfico 1:** Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabaylo – 2014. ....61
- Gráfico 2:** Nivel de conocimiento sobre la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabaylo – 2014. ....62
- Gráfico 3:** Identificar el nivel de conocimiento de autocuidado para prevenir la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabaylo – 2014. ....63
- Gráfico 4:** Nivel de conocimiento de aplicación de las principales estrategias de autocuidado para prevenir la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabaylo – 2014. ....64

## Índice de anexos

<b>Anexo A:</b> Operacionalización de variable.....	88
<b>Anexo B:</b> Cuestionario conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad. La Flor, Carabayllo – 2014. (Conapro).....	90
<b>Anexo C:</b> Proceso de construcción y validación del instrumento .....	101
<b>Anexo D:</b> Formato de juicio de experto sobre la pertinencia del instrumento (Parte 1) .....	102
<b>Anexo E:</b> Resultados de validación.....	106
<b>Anexo F:</b> Carta de respuesta .....	108
<b>Anexo G:</b> Consentimiento informado.....	106
<b>Anexo H:</b> Resultados complementarios .....	113

## Resumen

**Objetivo:** Determinar el nivel conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad, La Flor, Carabayllo. **Materiales y métodos:** Este estudio es descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 90 mujeres beneficiarias de los comedores populares “Doce de Octubre”, “Los Rosales”, “Milagros de la Flor” y “Merchorita” ; se incluyeron mujeres beneficiarias que asistían constantemente a los comedores populares, mujeres con o sin grado de instrucción y que desearon participar voluntariamente en el estudio. El instrumento “Conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad. La Flor, Carabayllo – 2014, fue cerrado, validado por criterio de jueces expertos y prueba piloto, la técnica empleada fue la encuesta. **Resultados:** El nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de los comedores populares; fue regular con un 64% **Conclusiones:** Se evidenció que las mujeres beneficiarias de los cuatro comedores populares presentaron nivel de conocimiento regular en el autocuidado para la prevención de la obesidad.

**Palabras clave:** Conocimiento, Obesidad, Autocuidado, Mujeres.

## Abstract

**Objective:** To determine the knowledge level of self-care for the prevention of obesity in women beneficiaries four community kitchens, Flower, Carabayllo.

**Materials and Methods:** This descriptive study was cross-sectional. The population consisted of 90 women beneficiaries soup kitchens "Doce de Octubre", "Los Rosales", "Miracles of the Flower" and "Merchorita"; beneficiaries who constantly attend soup kitchens, women with or without educational level and who wish to participate voluntarily in the study were included. The instrument "Knowledge of self-care for the prevention of obesity in women beneficiaries four community kitchens. Flower, Carabayllo - 2014, was closed and was validated by expert judges criteria such as art survey. **Results:** The level of knowledge of self-care for the prevention of obesity in women beneficiaries soup kitchens; is regular with 64% **Conclusions:** We showed that women beneficiaries of the four kitchens level showed regular self-care knowledge for the prevention of obesity.

**Keywords:** Knowledge, Obesity, Self-Care, Women

## Introducción

El presente trabajo de investigación titulado: “Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La flor, Carabayllo – 2014”, aborda una problemática relacionada a la salud comunitaria, la cual es poco estudiada, con respecto a este campo.

Esta investigación parte de la experiencia en las prácticas pre-profesionales desarrolladas en las asignaturas de salud comunitaria I; en la que interactuamos con las mujeres beneficiarias de los cuatro comedores populares; donde la atención primaria constituye el primer nivel de atención en la salud, una manera de combatir futuros problemas sobre la obesidad.

Para ello, se utilizaron técnicas e instrumentos para obtener información en el cual trabajaremos con un cuestionario de acuerdo al estudio de investigación.

El presente estudio de investigación consta de 5 Capítulos:

Capítulo I: Comprende el planteamiento del problema, la formulación del problema y la justificación del estudio.

Capítulo II: Tiene Marco Teórico, constituido por el Marco contextual histórico social de la realidad, marco teórico – conceptual , antecedentes de la Investigación, el objetivo general y los objetivos específicos.

Capítulo III: consta de la Metodología, que comprende los aspectos metodológicos, la población, variables, técnicas e instrumentos de recolección de datos, plan de recolección de datos, técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos y aspectos éticos.

Capítulo IV: Contiene los Resultados, por la presentación de los resultados (gráficos, tablas y descripción de sí mismos).

Capítulo V: Se encuentra la discusión y se describe por dimensiones.

Capítulo VI: Aborda las Conclusiones y las Recomendaciones.

Finalmente, se presenta las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes donde se consigna, la operación de variables, el proceso de construcción, validación del instrumento y otros.

Estamos convencidos de que nuestra investigación no solo será un aporte para los estudiantes y docentes de la Universidad de Ciencias y Humanidades, sino también para la sociedad en general.

**Las autoras**

# CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

## 1.1 Planteamiento del problema

El autocuidado se convierte en un aspecto inherente a la vida del ser humano<sup>(1)</sup> y mucho más en aquellas personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad, cuyas actividades de cuidado para prevenirla son decisivas en el mejoramiento de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social es decir, no es sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>(2,3)</sup>.

Para alcanzarla, el ser humano en su capacidad de autonomía e independencia requiere de dos facultades principales, el conocimiento y la voluntad<sup>(4)</sup>.

Por ello, llevar a cabo el autocuidado de la salud, es responsabilidad de cada uno de los individuos, así como de preservarlo de cualquier factor de riesgo que amenace la integridad de la persona<sup>(5)</sup>.

Así mismo, la salud incluye un estado de vida dinámico satisfactorio, libre de alteraciones fisiológicas, psicológicas o de comportamientos que se entienden como molestas o perturbadoras, por lo mismo la salud , nunca es completa o absoluta, pero representa un objetivo deseado<sup>(6)</sup>.

Opuestamente, la enfermedad es definida como “la limitación concreta del ser humano” que varía dependiendo de las características individuales (edad, género, origen étnico, antecedentes genéticos, nivel intelectual y motivación,

valores éticos y socioculturales), y los factores de su entorno (entorno físico, patrones culturales y los patrones sociales)<sup>(6)</sup>.

De esta manera, los problemas nutricionales pueden generar situaciones de enfermedad por déficit o exceso, tales como desnutrición u obesidad. Esta última es definida como “el exceso de grasa corporal que pone en riesgo la salud”<sup>(7)</sup>.

Hace un tiempo se podía observar que la desnutrición se presentaba en las poblaciones socioeconómicas menos favorables, mientras que la obesidad era una manifestación de riqueza y abundancia, se esperaba entonces, que la obesidad solo ocurriera en personas con niveles socioeconómicos altos<sup>(8)</sup>.

Esta percepción ha cambiado a través del tiempo, pues la obesidad ha dejado de ser considerada como “enfermedad de ricos”<sup>(9)</sup> pues se demostró que no solo se manifiesta en países en vías de desarrollo, sino que también en los países sub desarrollados<sup>(10–13)</sup>.

Actualmente, las dietas tradicionales han sido reemplazadas rápidamente por otras con una mayor densidad energética, lo que significa más grasa, principalmente de origen animal, y más azúcar añadido en los alimentos, que unido a una disminución de la ingesta de carbohidratos complejos y de fibra reducción de la actividad física y tiempo de ocio física, incrementa el riesgo de padecer de obesidad y significativamente de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT)<sup>(14–17)</sup>.

Desde hace más de diez años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado a la obesidad como la epidemia del siglo XXI, condición cuya relevancia no solo se centra en el incremento constante de su incidencia, sino que trasciende hacia el aumento de las morbilidades asociadas <sup>(18–20)</sup>

Esta también puede ser entendida como, la acumulación excesiva de grasa corporal<sup>(13,20)</sup> que se diagnostica cuando el tejido adiposo representa el 25% o más del peso del cuerpo en los hombres o el 30% más en las mujeres se puede clasificar en leve: 20% – 40% de sobrepeso, moderada del 41% al 100% y mórbida más del 100%<sup>(21)</sup>.

En otras dimensiones la obesidad también es vista como un problema de salud pública, de imagen corporal o como una enfermedad sistémica, crónica de causalidad múltiple<sup>(8,16)</sup>.

El problema de la obesidad radica en un conjunto de condiciones y/o factores, tales como los factores genéticos, ambientales o del entorno este último juega un papel primordial en el desarrollo de la obesidad, pues crea el llamado “ambiente obesogénico”, caracterizado por la abundancia de alimentos y el sedentarismo<sup>(17,22)</sup>.

En conclusión, los factores determinantes más estudiados de la obesidad están relacionados con el estilo de vida, especialmente el binomio alimentación y actividad física<sup>(23)</sup>.

Por otro lado los avances tecnológicos, la industrialización y el mayor acceso a los transporte está relacionado con aumento en el consumo de grasas y azúcares y la disminuido la necesidad del ejercicio físico en las actividades de la vida diaria , por ello, no es difícil imaginar que esta tendencia no vaya a continuar en aumento en el futuro; por lo que hay que recapacitar sobre la calidad de vida a futuro<sup>(24,25)</sup>.

Así mismo algunos autores, conciben que la obesidad es una patología, apoyándose en su desigual distribución socioeconómico evidenciada por “ un nivel bajo de educación y un acceso más limitado a la información teniendo como consecuencia la incapacidad de tomar decisiones de sus propia vida”<sup>(20,26)</sup>.

Así, los hábitos saludables toman relevancia como estrategia de obesidad y entre ellos fundamentalmente la dieta y la actividad física, requisitos necesarios para alcanzar una vida plena.

Por su parte hay que reconocer que la dieta está asociada a la accesibilidad, a la disponibilidad del tiempo para la compra , preparación de los alimentos, así como a la información y a los conocimientos que se tienen acerca de una correcta alimentación <sup>(15)</sup>.

Claro está que para alcanzarla se requiere fundamentalmente de un sistema económico que lo facilite.

La prevalencia de la obesidad no es igual en los diferentes estratos socioeconómicos<sup>(27)</sup>; las condiciones de bienestar económico, de pobreza y el estilo de vida poco saludable juegan un papel vital en el origen de la obesidad, pues en este sentido, el bienestar económico puede favorecer la compra y consumo excesivo de alimentos y por el contrario, en el caso de la pobreza, podría condicionar la dieta (por su bajo costo) a poca variedad, calidad y con altos contenidos de azúcares simples, grasas y carbohidratos por ser de fácil acceso<sup>(28)</sup>.

En varios países del mundo la prevalencia de obesidad continúa en aumento. Actualmente, se estima que la prevalencia de obesidad en el mundo es de 9.8% (7.7% en varones y 11.9% en mujeres)<sup>(29)</sup>.

En 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que el exceso de peso (EP), es el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo, que afectaba a 1.500 millones de individuos mayores de 20 años en todo el mundo, de los cuales 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres presentaban obesidad<sup>(19)</sup>.

Se estima que en el 2015, se incrementará a 2,3 mil millones de personas con sobrepeso y 700 millones con obesidad, principalmente mujeres y que para el año 2020, dos tercios de la población mundial se encontrarán afectados por enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta<sup>(30-32)</sup>.

Según los cálculos de la OMS para los años 2020-2025 se proyectan cifras de obesidad médica que afectarán al 50% de la población total, pudiendo llegar a ser, con estas tendencias actuales, la totalidad de la población mundial obesa en el año 2230 <sup>(33)</sup>.

En América Latina también se está produciendo un rápido y alarmante incremento<sup>(34)</sup> más personas obesas y la tendencia de este grupo será en 2030 tres veces mayor de lo que era en 2005<sup>(11)</sup>.

Según informe de “The State of Food and Agriculture 2013” de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), por lo menos un 32.8% padecen obesidad, colocando a México como el país con más obesidad en el mundo al superar a Estados Unidos que cuenta con el 31.8% <sup>(35)</sup>.

Así mismo el estudio de Gámbaro y Col., en Uruguay, documentó que las personas que tienen mayor conocimiento nutricional, presenta mayor consumo de frutas, verduras y un menor consumo de alimentos con un alto contenido graso.

Montero y Col., han documentado que a pesar de que la población se encuentre informada y tenga conocimiento de los conceptos básicos de una dieta saludable, este conocimiento no se refleja en la práctica de buenos hábitos alimenticios ni en la disminución de conductas alimentarias de riesgo<sup>(36)</sup>.

El Perú, no queda excluido pues ha sufrido grandes cambios en las últimas décadas, que han repercutido drásticamente en la manera de alimentarse de la población lo que se denomina una “transición nutricional” ;misma que trata de una secuencia de modificaciones, tanto cuantitativas como cualitativas, en la alimentación, este fenómeno puede deberse a los cambios económicos, sociales, demográficos, disponibilidad de los alimentos y variaciones en el estilo de vida<sup>(8,17)</sup>.

Más aun, la falta de acceso a los alimentos es uno de los determinantes de la inseguridad alimentaria en la población peruana, los bajos ingresos y los elevados precios, así como la falta de empleo, influyen sobre la capacidad de compra de los pobres llevándolos a consumir alimentos con menor contenido nutricional, lo cual trae como consecuencia serios problemas nutricionales<sup>(37)</sup>.

De acuerdo a los datos estimados para el Perú por la International Association for Study of Obesity (IASO), el 14.6% de mujeres del mismo grupo etario tienen obesidad<sup>(29)</sup>.

Asimismo, a través de la Encuesta Nacional de Hogares en el 2000, se halló que el arroz y la papa son los alimentos más adquiridos por las familias

peruanas y que existe una limitada adquisición de hortalizas y frutas; se estableció además que el mayor porcentaje del gasto en alimentos realizado por las familias está destinado a la compra de vegetales (verduras, frutas, raíces y tubérculos), seguido de los productos de origen animal (leches y derivados, carnes, huevos, pescados y mariscos)<sup>(37)</sup>.

Por otro lado, se observa cada vez más el aumento de cadenas de restaurantes de comida rápida, si bien las comunidades de escasos recursos no tienen el alcance a este tipo de restaurantes, la dinámica peruana ha fomentado los famosos “carritos sangucheros” que a bajo costo abastecen de platos tales; como hamburguesas, salchipapas, pollo broaster entre otros.

Si bien la obesidad se ha diseminado en toda la población. Es necesario, sin embargo, considerar las particularidades de ciertos grupos poblacionales que, por sus características y situación particular, son especialmente vulnerables; entre ellos la mujer y aquellos en situación de pobreza<sup>(17,38)</sup>.

Dicho de otro modo, se le considera a la mujeres como el grupo de población que más preocupación manifiesta con respecto a su peso corporal; en definitiva el impacto de la morbilidad, la calidad de vida y numerosos aspectos de la salud de las mismas se ven afectada conforme éstas se vuelvan más obesas<sup>(20,21,31,39)</sup>.

Las mujeres pueden presentar, habitualmente hábitos alimenticios inadecuados, esto puede deberse a un desconocimiento sobre la alimentación correcta hay que resaltar que el conocimiento no siempre condiciona el hábito, por lo que el conocimiento puede ser el primer paso para mejorar la dieta o prevenir la obesidad<sup>(37,39)</sup>.

Antiguamente, el excesivo tejido adiposo se veía en cierta forma como una señal divina de salud y de longevidad como una necesidad de supervivencia<sup>(40)</sup>; claro está que aun aún hay mujeres que tienen la percepción de que mientras más “gorditas estén las más sanas estarán”<sup>(41)</sup>.

Estudios realizados han encontrado aquellas mujeres con mayores ingresos y mejor nivel educativo tienen mejores conocimientos en nutrición, además de una asociación positiva con la práctica de estilos de vida saludable<sup>(15)</sup>.

Por consiguiente, hay que reiterar las medidas generales de autocuidado y los hábitos que contribuyen a que las mujeres consigan un estado de bienestar general nunca están de más. Así mismo es muy importante entender que la prevención de la obesidad depende principalmente de estilos de vida; es decir, cómo comemos, cuánto descansamos, si hacemos o no actividad física<sup>(42)</sup>.

Además, el conocimiento sobre autocuidado por parte de las mujeres está destinado a capacitarse para enfrentar con éxito diferentes situaciones de la vida diaria manteniendo su calidad de vida en un estándar adecuado<sup>(43)</sup>.

Por otro lado, la obesidad podría responder al panorama cultural, donde la sociedad a pesar de tener conocimiento de autocuidado asociadas a los factores de riesgo de la obesidad, optan por llevar estilos de vida no saludables, es aquí donde cobra importancia el concepto de autocuidado<sup>(44)</sup>.

Diversa información publicada recientemente constata una situación paradójica: en la medida en que los países con economías de ingresos bajos y medios continúan esforzándose por reducir el hambre, un importante número de ellos afronta simultáneamente el problema contrario: exceso de peso y obesidad. Por primera vez existen en el mundo más personas con sobrepeso que con desnutrición. Alrededor de dos mil millones de hombres y mujeres de los más de siete mil millones que constituyen la población mundial tienen sobrepeso y menos de mil millones están desnutridos<sup>(45)</sup>.

El gran desafío para la salud pública del siglo XXI, es la elaboración de una estrategia reguladora que se pueda amoldar según las restricciones gubernamentales, pero que evolucione de acuerdo con el conocimiento de la obesidad y su prevención<sup>(8)</sup>.

Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su estrategia «Salud para todos en el año 2010», incluye entre sus objetivos la reducción de la prevalencia de obesidad en todos los grupos de edad, así como el incremento de la proporción de adultos que realiza actividad física moderada diaria, de modo que la realicen al menos durante 30 minutos<sup>(46)</sup>.

En el Perú, han establecido planes nacionales y metas para promover la salud y reducir la obesidad<sup>(45)</sup> para lo cual se cuenta con un sistema de vigilancia de

salud en las mujeres; el cual ha intentado abordar el análisis de la información del estado nutricional de este grupo de mujeres desde varias perspectivas, una de ellas es la que realiza la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Estadística e Informática (INEI) con base en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), las cuales han venido presentando información orientada a la supervisión de la obesidad en la población peruana<sup>(47,48)</sup>.

Así por ejemplo, estudios realizados entre los años 1991 al 2000 demuestran que el exceso de peso en las mujeres peruanas muestran una tendencia creciente de 41,3 a 47,4%<sup>(10)</sup>.

Así mismo la ayuda alimentaria que el Estado Peruano viene proporcionando a la población para evitar la desnutrición, a través de los comedores populares, que consiste generalmente en la distribución de harina blanca, arroz, aceites (no de oliva), fideos o similares, parecería no tener un efecto en la desnutrición, sino más bien favorecer la presencia de obesidad y sobrepeso<sup>(49)</sup>.

La situación de la obesidad queda rebasada, dado que el problema incrementa y las estrategias de prevención no han logrado disminuirlo, en gran medida porque reducir las causas y consecuencias a dicho equilibrio supera por mucho la realidad y la complejidad que comporta la alimentación y su relación con lo que implicaría la pérdida calórica<sup>(20)</sup>.

Las políticas públicas futuras para prevenir la obesidad, pueden requerir cambios significativos en la oferta y la demanda de alimentos, relacionándolas con programas formativos, educativos y de motivación<sup>(8)</sup>.

Por las razones expuestas anteriormente, sustentamos la necesidad de formularlos la siguiente pregunta de investigación.

## **1.2 Formulación de la pregunta de investigación**

¿Cuál es el nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabayllo – 2014?

### 1.3 Justificación del estudio

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad ha alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial, estima que en el 2015, en el mundo, el sobrepeso se incrementará a 2,3 millones y 700 millones de personas obesas, principalmente mujeres<sup>(31,32)</sup>.

El crecimiento de la obesidad en el Perú ha experimentado un aumento espectacular y preocupante siendo así, que uno de cada tres adultos jóvenes tienen obesidad y uno de cada dos adultos tienen obesidad.

Por consiguiente debido a la magnitud del problema, lo que se pretende con este estudio es conocer el conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad que tienen las mujeres de los cuatro comedores populares de la comunidad La Flor- Carabaylo.

Si bien, se ha escrito mucho sobre la obesidad y se han realizado estudios clínicos y epidemiológicos en muchos países del mundo, y estos han determinado que los factores de riesgo principales que influyen en la obesidad son los estilos de vida no saludables, sin embargo pocos estudios se han enfocado en el talón de Aquiles de la obesidad a lo que nosotras referimos son el conocimiento y el autocuidado.

Por consiguiente que las mujeres manifiesten tener déficit de conocimiento del autocuidado para prevenir la obesidad, nos hace suponer que ésta, sea la principal causa principal para tener mayor riesgo de sufrir de la misma y como consecuencia no apliquen medidas de autocuidado.

En la práctica que realizamos evidenciamos que en los comedores populares existía muchos factores, de los cuales no brindaban una alimentación balanceada, la forma de vida y las costumbres previas de las mujeres beneficiarias.

Por lo expuesto anteriormente vimos por conveniente realizar este estudio, esperando sea un aporte valioso y brinde sugerencias al personal de enfermería para desempeñar el rol educativo que le corresponde como funcionario de salud, aumentando la actividad física y fomentando el abandono

de costumbres previas, a la vez que realizar una alimentación balanceada, son las mejores armas, así como la de obtener información que le permita ofrecer una alternativa adecuada.

Por consiguiente, la Carrera de Enfermería abarca muchos temas y nosotras escogimos este tema, para educar y fomentar es decir el mejor tratamiento de la obesidad es su prevención.

Finalmente, desde el punto de vista teórico, este estudio constituye un nuevo antecedente para futuras investigaciones más profundas sobre la temática abordada en el mismo. Además de generar un apoyo las mujeres beneficiarias de los comedores populares, a ampliar los conocimientos que se tengan sobre autocuidado, a fin de mejorar la calidad de vida de las mismas.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Marco contextual histórico social de la realidad**

La comunidad La Flor pertenece al distrito de Carabayllo, el cual se encuentra ubicado en la margen derecha del río Chillón, que nace en las alturas de la Cordillera La Viuda (Canta). Constituye uno de los 43 distritos de Lima Provincia. Posee una superficie de 346.88 km<sup>2</sup>, equivalente a 34,688 hectáreas. Tiene una altitud entre 238 a 530 metros sobre el nivel del mar (Chaupi, yunga o costa media). Forma parte de la denominada Zona Lima Norte.

#### **2.1.1 Límites y acceso de la comunidad**

Los límites del distrito son, por el Norte y Noreste: con el distrito de Santa Rosa de Quives, provincia de Canta; por el Sur: con el distrito de Comas; limita del Este: con el distrito de San Juan de Lurigancho; por el Oeste: con el distrito de Puente Piedra.

La comunidad La Flor cuenta con organismos no gubernamentales tales como; iglesias, ONG.

#### **2.1.2 Comedores populares**

Los comedores populares peruanos surgieron en los años 60 y 70 como estrategia de supervivencia entre los pobladores urbanos, en torno a las principales ciudades de Perú. Las migraciones masivas del campo a la ciudad, en el país, resultaron en la creación de grandes asentamientos carenciados que ocuparon como intrusos las afueras de las grandes ciudades, incluida Lima.

Quienes inmigraban del campo y los pobladores pobres de la ciudad se agruparon, y finalmente crearon clubes y organizaciones de servicios para mejorar sus condiciones de vida. Los integrantes de algunos de estos clubes comenzaron a comprar alimentos a granel y a preparar alimentos en grupo para alimentar a sus familias. Estos clubes dieron origen a los comedores populares.

Su popularidad aumentó en forma constante y, hacia fines de la década del 70, el gobierno y algunas instituciones donantes comenzaron a brindarles alimentos y otros tipos de asistencia. Los comedores se multiplicaron y eventualmente conformaron un importante canal para la distribución de alimentos entre los pobres urbanos, en particular durante la crisis económica que atravesó Perú durante el inicio de la década del 90.

#### **A. Comedor popular “Doce de Octubre”**

Es así como un 12 de octubre de 1989 el comité 15, organizado en el Club de Madres, La Flor - Carabayllo, llevaron a cabo una asamblea con coordinación previa con la población; a horas 18:00 pm; se dio inicio a la asamblea del comité, para formación de un comedor en la II Etapa de la Flor de Carabayllo.

Este comedor surge por la necesidad de la Comunidad La Flor, debido a la crisis económica que atravesada el país; en aquel entonces, por lo que hizo más vulnerables a las familias de recursos económicos bajos; por lo que se vieron obligados a formar el comedor popular, bautizado entonces como “Doce de Octubre”, así mismo se contó con la participación del senador Sergio Bernales quien fue el fundador del comedor popular “Doce de Octubre” a su vez se comprometió e hizo juramento de asumir su responsabilidad, brindado apoyo en beneficio de la comunidad.

Siendo las 19:00 pm en presencia de los señores socios se nombró como miembros de la junta directiva del comedor a:

- Presidenta: Cecilia Rodríguez  
DNI: 09170255
- Bise presidente: Noemí Vázquez  
DNI: 06831978
- Tesorera: Berta Quispe  
DNI: 0682857
- Secretaria de actas: Marlene Flores  
DNI: 0954670
- Vocal: Florencia Rodríguez  
DNI: 09170256
- Vocal: Silvia Huamani  
DNI: 0693269

En 1995 llevaron a cabo una asamblea el día 15 de noviembre a horas 15:00 pm en el Local del club de Madres “Doce de Octubre” ubicado en el Pasaje Primavera, comité quince Mz J, Lot 1- La Flor – Carabaylo.

Las socias del club estuvieron presentes en la reunión. La Sra. Cecilia Rodríguez dio inicio a la asamblea, informando que venían gestionando en la Organización Internacional de Desarrollo sin fines de lucro (CARE – Perú), una línea de crédito, denominada Fondo Rotatorio de Crédito, que permitiría otorgar préstamos a las socias para generación de ingresos en las líneas de producción, comercio o servicios, siendo requisito que el club , elija a las integrantes del Comité de Crédito, integrado por cuatro personas con los cargos de presidenta, secretaria, tesorera y vocal, para que dentro del club

asuman el manejo del Fondo Rotatorio de acuerdo con el reglamento respectivo.

Puesto a debate se produjo una amplia deliberación, efectuándose las propuestas de las candidatas, se llegó a la conclusión según los votos obtenidos:

- Presidenta: Sra. Cecilia Rodríguez Yupanqui
- Secretaria: Sra. Roxana Zea Cruz
- Tesorera: Sra. Mercedes Cornejo Villanueva
- Vocal: Sra. Mirian Puma

Cada una con 16 votos; consecuentemente se procedió con el juramento de ley destacando la responsabilidad y compromiso que cumplirá el nuevo comité formado por las mismas socias. Continuando con la asamblea la presidenta manifestó que por el cumplimiento de los fines, debía otorgarse a las integrantes del comité de crédito, las facultades generales y especiales para que ejerzan la representación administrativa, económica y judicial del comité; pudiendo dar apertura y manejar cuentas de ahorro o cuenta corriente, suscribir contratos, así como recuperar los créditos morosos judicialmente si fuere necesario, con facultades de interponer demandas, contestar, allanarse y todas las que contienen los artículos N° 74 y 75 del código procesal civil. Puesto en debate dicha manifestación de la presidenta se concluyó por votos de la mayoría de socias a otorgar al comité las Facultades Generales y Especiales del Código Procesal Civil.

Los primeros Clubes de Madres datan de mediados del siglo XX, entre 1948 y 1956, durante el gobierno del general Odría. Como sería costumbre desde aquel momento, fueron auspiciados por la Primera Dama de la República, entonces doña María Delgado de Odría. En el primer lustro de la década del ochenta, durante el segundo gobierno de Belaúnde, se reactivó el Sistema Nacional de Cooperación Popular (COOPOP) que había funcionado en la década del sesenta.

El COOPOP apoyó la creación de cocinas y comedores populares dando inicio a un segundo período de formación de Comedores Populares (CPs). A partir de 1982 aparece un nuevo grupo de comedores, auspiciados por el Gobierno de turno y conocidos como “Cocinas Familiares”, debido a que nacieron como parte del Programa de Cocinas Familiares del gobierno de Belaúnde.

A mediados de 1985 Alan García asumió la presidencia de la República. Y durante la campaña electoral el Partido Aprista Peruano (PAP) fomentó la creación de Comedores Populares (CPs), a los que apoyaba y les llamó “Comedores del Pueblo”.

Una de las primeras medidas del nuevo gobierno fue la creación del Programa de Asistencia Directa (PAD) en setiembre de ese año. El PAD creó los Clubes de Madres, que tenían tres líneas: el taller productivo, el comedor popular y el centro de educación inicial. Los Clubes de Madres fueron coordinados, al igual que en los gobiernos anteriores, por la Oficina de la Primera Dama.

El Proyecto de Desarrollo Integral con Apoyo Alimentario (PRODIA) de CARE fue uno de los programas que colaboró con los comedores populares. Uno de los principales objetivos del PRODIA era fortalecer las organizaciones comunitarias en las áreas urbanas, primordialmente a través de asistencia alimentaria y fondos para préstamos para sus integrantes. El PRODIA también trabajó en colaboración con el Ministerio de Salud para patrocinar educación sobre nutrición.

El PRODIA no se limitó a canalizar hacia los comedores populares alimentos y otros recursos recibidos conforme al Título II del programa de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), sino que también trabajó con ahínco para concederles a las mujeres el poder de administrar los comedores por sí mismas. El personal de CARE colaboró y capacitó a los integrantes del PRODIA

en relación con el mantenimiento de los comedores, su contabilidad, el control de las finanzas y la elaboración de comidas nutritivas

CARE también trabajó con el personal del Ministerio de Salud en la elaboración de programas de capacitación sobre preparación de alimentos y nutrición. A mediados de la década del 90, CARE convirtió al PRODIA en el Proyecto MIFA (Mejoramiento de Ingresos Familiares), destinado a transformar a los comedores más fuertes en restaurantes que se autofinancien.

Es así como la Sra. Cecilia llega a formar el comedor popular “Doce de Octubre”; ya que se inició con el Club de Madres, y posteriormente se estableció como el comedor popular de la comunidad.

## **B. Comedor popular “Los Rosales”**

Acta de constitución del comedor popular en la ciudad de Lima el día 6 de noviembre de 1998 a horas de 3:30 pm, se reunieron en el local de la casa de la señora Martha Andia.

Cito en la calle los Rosales MzB1 lote 1 en el distrito de Carabayllo, Raúl Porras Barrenechea Km 17 la Flor. Las señoras aquí reunidas acordamos formar un comedor, al pusimos de nombre “los Rosales”. Quienes suscriben la presente acta tenemos el objetivo de formar un comedor popular con mucho empeño, construyendo un grupo de familias organizadas para así obtener nuestro propósito de realizar programas que persigan el beneficio común de las asociadas y el bienestar de nuestro pueblo peruano. Luego procedimos a formar y designar a nuestra primera junta directiva, quiénes se comprometen a trabajar y sacar adelante a nuestro comedor.

Nuestra junta directiva quedo conformada de la siguiente manera:

- Presidenta: Angélica Paredes
- Vicepresidenta: Paulina Vega

- Tesorera: Santa Alvarado
- Secretaria: Rosa Chocce
- Fiscal: Catalina Huayapa
- Almacenero: Imelda Ballende
- Vocal: Carmen Toribio

Empezamos trabajando todas unidas para poder lograr beneficios y apoyo para nuestras familias.

Estas labores empezamos con ollas prestadas y todos los utensilios de las socias quienes nos apoyan. Todas las socias se comprometieron a cocinar en forma rotativa.

Actual junta directiva conformada por:

- Presidenta: Carmela Chochoca
- Vicepresidenta: Susan Quispe
- Secretaria de Economía: Elizabeth Villalta
- Secretaria de Actas: Segunda salcedo
- Fiscal: Karen Guarmizo
- Almacenero: Margiore Delgadillo
- Vocal: Roxana Ventura.

### **C. Comedor Popular “Milagros de la Flor”**

Se fundó en 12 de octubre de 1981, cuando Bernales estaba haciendo su campaña, entonces el vecino Roberto Cahuana y la vecina Victoria Minaya eran del programa de vaso de leche, querían formar con el grupo de vaso de leche más comedores populares. Para eso la presidenta actual en ese entonces era coordinadora del vaso de leche,

entonces como les animo el señor Roberto Cahuana a formar el comedor popular.

La fundadora del comedor Milagros de la Flor fue la señora Alejandría Silvestre y presidenta en ese entonces, empezaron haciendo olla común, en casa de unas de las socias, ahora cuenta con una junta directiva muy organizada en la actualidad.

#### **D. Comedor Popular “Melchorita”**

Se fundó del 7 de Junio 1979, funcionaba como taller, de tejido y costura. Contaba con sesenta asociadas en su inicio, posteriormente la necesidad de solucionar la parte alimentaria, se forma el comedor popular.

Logrando tener el apoyo en alimentos de PRODIA, más adelante se obtiene el apoyo alimentos subsidios económicos de parte del estado, siendo implementados por cocinas, ollas y máquinas de coser para el taller.

También contaba con el apoyo del centro de salud la Flor en la que respecto a las capacitaciones en cuanto a la preparación y manipulación de alimentos.

En el taller se logró producir chompas artesanales, trabajos en diferentes tipos de lanas e hilos llegando a participar en concursos obteniendo los primeros lugares.

En la actualidad la organización cuenta con el comedor popular, la cual viene atendiendo aproximadamente noventa raciones diarias, nuestra junta directiva está conformada por ocho miembros los cuales son: presidente, vicepresidente, secretaria de actas, tesorera, fiscal, vocal y almacenera, su periodo de vigencia es de dos años.<sup>(94)</sup>

## **2.2 Marco teórico – conceptual**

### **2.2.1 Obesidad**

#### **A. Definición**

La obesidad es una patología de etiología multifactorial caracterizada por el aumento de grasa corporal que se asocia con el riesgo de desarrollar diversas comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares y cáncer.

En la etiología destacan alteraciones del balance energético, características genéticas, factores emocionales y socio-ambientales<sup>(50)</sup>.

En conclusión, la obesidad se define como un factor de riesgo de enfermedades caracterizado por un acúmulo excesivo de grasa, y por tanto conduce a una composición corporal cuyo contenido graso supera un estándar prefijado según altura, edad y sexo<sup>(51)</sup>.

#### **B. Prevalencia**

La prevalencia de obesidad en el mundo está aumentando a pasos de gigante. Así, hablando en términos de salud pública, la obesidad está desplazando a la desnutrición como problema nutricional prioritario a nivel mundial.

En tres décadas (entre 1980 y 2008) la prevalencia de la obesidad se ha duplicado en el mundo, y, en la actualidad, más de una de cada 10 personas la padece<sup>(24)</sup>. Más aún, el sobrepeso y la obesidad son factores de morbilidad y mortalidad muy importantes en todo el mundo, ya que ambos se asocian con la aparición del 44% de diabetes, el 23% de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y 41% de diversos cánceres<sup>(50)</sup>.

#### **C. Factores de riesgo**

- **Endógenos**

Los factores endógenos pueden estar condicionados por:

- **Razones genéticas**

Los genes involucrados en la obesidad pueden considerarse como predisponentes y pudieran estar actuando uno o varios de éstos en conjunto.

- **Hormonas**

Algunos trastornos hormonales pueden causar obesidad ya que cada persona tiene un metabolismo distinto, y la forma de asimilar los componentes de las sustancias puede variar y ocasionar sobrepeso y obesidad<sup>(52)</sup>.

- **Neuroendocrinas**

Obesidad de origen en el hipotálamo, enfermedad de Cushing (niveles altos de cortisol), hipotiroidismo (baja de niveles de tiroides), síndrome de ovario poli quístico, deficiencia de hormona de crecimiento

- **Factores psicopatológicos**

Estos factores psicológicos, precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos<sup>(24)</sup>.

- **Exógenos**

Los factores exógenos están condicionados por:

- **Cultura alimentaria**

El cambio en la calidad y cantidad en la alimentación en los últimos tiempos colaboró en la acumulación de grasa en el organismo. En la alimentación actual, el 80% de los alimentos son procesados y no le aportan al organismo los nutrientes necesarios para un buen metabolismo, incluyendo el metabolismo de las grasas.

- **Desarrollo tecnológico alimentario**

La demanda alimentaria en calidad, facilidad de transporte, métodos de conservación, como son el congelamiento y la deshidratación, provocan pérdida de las cualidades nutritivas.

El proceso de “imitación” alimentaria, donde se sustituyen originales por sustancias de menor valor biológico, pero que poseen la ventaja de fácil y rápida preparación a menor costo dan origen a una concentración desbalanceada de nutrientes necesarios y otros elementos no favorables al metabolismo.

- **Concepto de belleza**

Patrones de belleza

- **Desarrollo industrial como fuente del sedentarismo**

Actualmente, las personas tienen una actividad física reducida, situación generada por la utilización de objetos tecnológicos como computadores, juegos de video, largos períodos frente al televisor, además el consumo de alimentos como comidas rápidas con un alto contenido de calorías y poco saludables, favorecen un mayor acúmulo de grasa corporal<sup>(52)</sup>.

- **Conducta social**

La alimentación dejó de ser, para algunos sectores del mundo, sólo una necesidad vital para convertirse un medio de amplio disfrute, de expresión de valores sociales y económicos. La mesa es motivo de reuniones familiares, sociales y de negocios que motiva el consumo de productos industrializados de todo tipo con alto tenor de grasas, azúcares etc., incluyendo las bebidas.

- **Condiciones ambientales y laborales (estrés)**

El estrés es una reacción defensiva física y mental del ser humano para hacer frente a un ambiente desfavorable<sup>(24)</sup>.

## **D. Diagnóstico**

Para hacer el diagnóstico de obesidad, debe medirse la grasa corporal total y su distribución, para luego relacionarla con la talla, el sexo y la edad<sup>(53)</sup>.

## **E. Prevención**

Según la Organización Mundial de la Salud “son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida “<sup>(54)</sup>.

Los niveles clásicos de prevención primaria, secundaria y terciaria suelen crear confusión pues podrías ser poco operativos en lo respecta al caso de obesidad, Por ejemplo, no está claro si la prevención primaria se refiere a evitar que los individuos con sobrepeso se vuelvan obesos o si esto sería prevención secundaria. Es por ello que en los últimos años ha ido surgiendo un nuevo concepto de niveles de prevención más adecuado a enfermedades crónicas de origen complejo.

Así, actualmente se habla de tres ámbitos de prevención distintos<sup>(55)</sup>.

- **Prevención universal**

Dirigida a toda la población en general y encaminada a evitar la aparición de nuevos casos de obesidad a nivel global. Es decir, estaríamos dentro del ámbito de la salud pública, con el objetivo de disminuir la incidencia de obesidad. Este nivel de prevención debería ser de responsabilidad múltiple, desde diversos ámbitos de la Administración, la educación, la industria alimentaria, los medios de comunicación, la escuela y la familia y otros.

- **Prevención selectiva**

Se trata de aquellas medidas de prevención dirigidas a evitar la obesidad en los subgrupos de población con un riesgo superior a la media de desarrollar obesidad. Así, grupos de profesiones

sedentarias, población con determinadas características raciales, grupos en situaciones biológicas de riesgo (embarazadas, menopáusicas, etc.). En este nivel preventivo deben participar, aparte de los responsables de la política sanitaria (Administración estatal y autonómica, cátedras de Salud Pública) la medicina de atención primaria y las unidades de obesidad de los hospitales.

- **Prevención por objetivos**

Este nivel de prevención se dirige a individuos que ya tienen sobrepeso y a aquellos que aún no son obesos pero que tienen todos los condicionantes para llegar a serlo.

Tal es el caso de los individuos pertenecientes a familias de obesos en los que existen condicionantes genéticos que predisponen a la obesidad. También en este caso las unidades hospitalarias de obesidad y la medicina de atención primaria tienen un papel preponderante en este nivel de prevención<sup>(55)</sup>.

## **2.2.2 Conocimiento**

### **A. Definición**

Según Mario Bunge, el conocimiento es: "conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolos en conocimiento científico y conocimiento ordinario. Al primero lo identifica como un conocimiento racional, objetivo, sistemático y cuantificable a través de la experiencia; y al segundo, como un conocimiento vago, inexacto y limitado a la observación".

Por esto, el conocimiento ha sido históricamente pronunciado por filósofos u otros ya que es la piedra angular en la que desempeña la ciencia y la tecnología, tanto que depende de la concepción que se tenga del mundo. También, implica una relación de dualidad el sujeto que conoce y el objeto conocido, en este proceso el sujeto se empodera de cierta forma del objeto conocido. Como lo hizo desde los inicios de la existencia para garantizar los medios de su vida, tuvo que conocer las características, los nexos y las

relaciones entre los objetos, definiendo entonces el conocimiento como "acción de conocer y ello implica tener la idea o la noción de una persona o cosa".

## **B. Formas de adquirir el conocimiento**

Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta de las mujeres y frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través 2 formas:

- **Lo informal**

Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud – enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.

- **Lo formal**

Es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular<sup>(56)</sup>.

## **C. Consecuencias de la desinformación y de las malas prácticas**

No es difícil visualizar las consecuencias de la desinformación poblacional con respecto a la nutrición adecuada y las malas prácticas que ésta genera. Respecto a las características nutricias de los diferentes alimentos y las conductas compensatorias para el control de peso, en nuestra población prevalecen ideas sin ningún sustento e incluso, sin sentido común. Todo ello sucede por un lado en pacientes con trastornos alimentarios caracterizados.

### **2.2.3 Autocuidado**

#### **A. Definición**

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud;

estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece<sup>(57)</sup>.

## **B. Agencia de autocuidado**

Puede estudiarse en relación con las capacidades del individuo como ser integral, racional, biológico y emocional, que entran en considerado juego cuando el ser humano realiza algún tipo de acción incluyendo su repertorio de habilidades y la clase de conocimiento sobre su salud para ocuparse de una gama de conductas concretas.<sup>(58)</sup>, Orem la define como “el poder de un individuo para dedicarse a actividades estimativas y de producción esenciales para el autocuidado”<sup>(59)</sup>.

## **C. Capacidad de agencia de autocuidado**

Definido como la compleja capacidad desarrollada que permite al individuo discernir los factores que deben controlarse o tratarse con el propósito de regular su propio funcionamiento y decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y para realizar las actividades de cuidado determinadas, a fin de cumplir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

### **▪ Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado**

Consiste en las habilidades básicas del individuo (percepción, memoria y orientación).

### **▪ Componentes de poder**

Son capacidades específicas que se relacionan con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado, la valoración de la salud, energía y conocimiento del autocuidado.

- **Capacidad de operacionalizar el autocuidado**

Habilidades que permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, así como la toma de decisiones y la construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad<sup>(58)</sup>.

#### **D. Principios para la implementación**

El autocuidado posee unos principios que se deben tener en cuenta en su promoción:

- Es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas, pero a su vez debe estar fundamentado en un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y el de salud.
- Es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales<sup>(59)</sup>.

#### **E. Promoción del autocuidado**

Para que las personas asuman el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud, es necesario incluir en su promoción las siguientes estrategias:

- Desarrollar en las personas autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud. Por otro lado, al potenciar la autoestima se impulsan prácticas

deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.

- Involucrar el diálogo de saberes, el cual permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas mediante el descubrimiento y entendimiento de su racionalidad, sentido y significado, para poder articularlo con la lógica científica y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables.
- Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimiento, actitudes y prácticas, y configurar propuestas de acción y capacitación que hagan viable la armonía entre cognición y comportamientos.
- Los agentes de salud deben asumir el autocuidado como una vivencia cotidiana, pues al vivir saludablemente, la promoción del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud viva con bienestar se estará en condiciones de promocionar la salud de los demás.
- Contextualizar el autocuidado, es decir una direccionalidad de acuerdo con las características de género, etnia y ciclo vital humano. Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida, con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes.
- Generar procesos participativos; la promoción del autocuidado debe incluir participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud, entendida la participación como el proceso mediante el cual la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y compromiso mutuo sobre su propia salud de las personas que ofrecen los servicios de salud y quienes lo reciben<sup>(60)</sup>.

## **F. Factores de determinantes**

### **▪ Factores internos o personales**

Los aspectos internos dependen directamente de la persona.

#### **• Los conocimientos**

Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen.

#### **• Las actitudes**

Son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación. Aquí juega un importante papel la voluntad de cambio; ejemplos de actitud se observan en las formas como las personas responden ante una agresión verbal con una actitud desafiante, tolerante.

#### **• Los hábitos**

Son la repetición de una conducta que internaliza la persona como respuesta a una situación determinada; es el establecimiento de patrones comportamentales por su repetición, por ej. el ejercicio rutinario.

### **▪ Factores externos o ambientales**

Son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de las personas y sin embargo, no dependen de ellas.

- **Cultural**

Con respecto a la forma como la cultura determina el autocuidado, es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones. Los determinantes de los comportamientos son complejos porque, según de Roux, están mediados por los conocimientos acumulados a través de generaciones y por las representaciones sociales, donde tienen un papel importante los mitos y las supersticiones; es a través del mito que la gente da la explicación final a los fenómenos de la salud y la enfermedad. “La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos y, por eso, es importante develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida de la salud y de la enfermedad que se traduzca en comportamientos saludables”.

No hay que olvidar que el estilo de vida depende del contexto desde donde se miren las cosas; por lo tanto, para analizar el autocuidado individual en el ámbito privado, hay que recurrir a un relativismo cultural puesto que la cultura es un determinante del estilo de vida; mientras que para observar el autocuidado colectivo, en el ámbito público, es necesario recurrir al universalismo, es decir, a pensar globalmente para actuar localmente.

- **De género**

Las prácticas de autocuidado en nuestra sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres; por ej., en relación con el cuidado de la apariencia física, a las mujeres se les estimula para que sean ‘vanidosas’ y a los hombres se les

dice lo contrario, como ilustra este refrán popular 'el hombre es como el oso, entre más feo más hermoso'.

- **Científico y tecnológico**

Con un sentido ecológico, los descubrimientos en materia de salud y en general en todo lo que se relaciona con la vida, tanto en el planeta como en el universo, tienen relación con las posibilidades de cuidar la propia salud puesto que compartimos un universo en permanente interrelación. Un ejemplo está en la discusión con respecto a los riesgos que implican para la salud humana y la vida de los ecosistemas, los alimentos transgénicos, los cuales obligan a un replanteamiento de las prácticas alimenticias de las personas y colectivos.

- **Físico, económico, político y social**

Para optar por prácticas saludables hay que disponer de un mínimo de recursos físicos como la infraestructura sanitaria, por ejemplo; en teoría, estos asuntos son competencia de los gobernantes y los colectivos, trabajando juntos en pro del desarrollo, a través de la participación social. No son patrimonio exclusivo de la persona, ni de un sector en particular, sino que requieren compromisos intersectoriales y sociales.

Para el autocuidado es necesario, tanto el respaldo político a las acciones gubernamentales y ciudadanas, como el establecimiento de políticas públicas saludables, con el fin de garantizar a personas y comunidades un marco legal que apoye los esfuerzos en pro del desarrollo y, por ende, del cuidado de su salud.

En el sector salud, se requiere avanzar en el análisis de las teorías aportadas por otras disciplinas como la antropología, la sociología, la filosofía, etc., con respecto a los condicionantes del autocuidado, en vista del gran divorcio existente entre las

prioridades que tiene la gente frente al cuidado de su vida, y los comportamientos saludables esperados por los profesionales de la salud<sup>(57)</sup>.

### **G. Sistemas de enfermería de apoyo educativo**

El sistema de apoyo educativo es derivado de la sub-teoría de Sistemas de Enfermería; este sistema es apropiado para el paciente quien es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a nuevas situaciones; es decir, que el papel de enfermería dentro de este sistema es el de proporcionar ayuda para la toma de decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

El sistema de apoyo educativo se encarga de regular el ejercicio y desarrollo de la acción del autocuidado a través de:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.
- Apoyo de los procesos físicos, psicológicos y sociales esenciales.
- Mantenimiento de la estructura y funcionamiento humano.
- Desarrollo pleno del potencial humano.
- Prevención de lesiones o enfermedades.
- Curar o regular la enfermedad (con ayuda apropiada).
- Curar o regular los efectos de la enfermedad (con ayuda apropiada).

Dentro de éste sistema de enfermería, el profesional de enfermería tiene como función regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades

de autocuidado, mientras que el propio paciente realiza su autocuidado. En el caso de pacientes con obesidad es necesario el apoyo en un sistema de enfermería parcialmente compensatorio y un sistema de apoyo educativo ya que el paciente adquirirá conocimientos y habilidades.

## **H. Apoyo educativo al adulto con obesidad**

La educación para la salud es la consecución de la “salud positiva” y es la realización de todas las posibilidades físicas, mentales y sociales de la persona. Es el proceso de persuadir a partir de la comprensión del fenómeno “obesidad” a las personas.

### **▪ Educación Nutricional**

Mediante el sistema de apoyo educativo, se pretende aumentar el conocimiento de los individuos sobre los alimentos y la alimentación, así como la repercusión que ésta tiene en el estado nutricional. De igual manera, enseñar la forma de detectar errores en la alimentación y sus posibles efectos sobre la salud.

### **▪ Educación de actividad física**

Las causas de la obesidad no se deben a un menor gasto energético en reposo, ni a una disminución de los efectos térmicos de los alimentos sino, sobre todo, a la inactividad física.

En el adulto se producen cambios fisiológicos con una mejoría de la capacidad física y atlética.

Los niveles de actividad física no se incrementan, por lo que es casi seguro que actualmente esta población desarrolla menos actividad física y se encuentran en peor forma física que los de hace varios decenios.

La actividad física es muy eficaz en la prevención de la obesidad y es utilizada como tratamiento complementario.

De acuerdo a Orem el individuo es capaz de llevar a cabo y aprender medidas de autocuidado, para lo que es necesario educar para la salud, fomentar actividades que inciten a la gente a querer estar con bienestar, saber cómo permanecer con bienestar, hacer lo que puedan para ello y buscar ayuda cuando lo necesiten<sup>(61)</sup>.

## **2.3 Antecedentes de la Investigación**

### **2.3.1 Internacional**

Juan Rivera Domarco, Teresa Shama Levy, Salvador Villalpando Hernández, Teresa González De Cossío, Bernardo Hernández Prado y Jaime Sepúlveda, en Norte, Centro, Ciudad de México y Sur, en 1999 – 2002, realizaron un estudio sobre: Estado de nutrición de las mujeres, considerando indicadores antropométricos, dietéticos y bioquímicos, con el objetivo de establecer la prevalencia de deficiencias específicas y de bajo peso, sobrepeso y obesidad. El método que utilizaron fue descriptivo transversal, encuestaron 18,311 mujeres de entre 12 y 49 años. Los instrumentos utilizados fueron una encuesta probabilística, representativa del ámbito nacional. Concluyeron:

La presencia de sobrepeso y obesidad representan un grave problema de salud en todo el país, tanto en el medio rural como en el urbano<sup>(62)</sup>.

Luz Arenas Monreal; Isabel Hernández Tezoquipa; Rosario Valdez Santiago; Pastor Bonilla Fernández, en Cuernavaca- México, en marzo 2000 hasta febrero del 2011, realizaron estudios sobre: Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos, con el objetivo de analizar la influencia que la profesión y la institución laboral ejercen sobre el autocuidado de la salud de los médicos, el método que utilizaron fue un diseño cualitativo; los instrumentos utilizados fueron los datos obtenidos a través de entrevistas en profundidad. Se realizaron cuatro entrevistas a médicos que laboran en las instituciones mencionadas: dos a médicos del primer nivel de atención y dos del segundo nivel. Se llegó a la conclusión:

Las instituciones de salud no están diseñadas ni estructuradas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí laboran y, en el caso de quienes trabajan en el segundo nivel de atención, la estructura organizativa dificulta el autocuidado<sup>(63)</sup>.

Carmen Muñoz Mendoza, Julio Cabrero García, Miguel Richard Martínez, María Isabel Orts Cortés y María José Cabañero Martínez, en Alicante – España, en 1994 a 2003, realizaron estudios sobre: La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía, con el objetivo de realizar una revisión de la bibliografía de los diferentes instrumentos diseñados para medir los autocuidados, atendiendo a sus aspectos conceptuales, propiedades psicométricas y normas de aplicabilidad. El método que se realizó una búsqueda en las bases de datos Cumulative Index de Enfermería y Salud Aliada Literatura (CINAHL) y Base de Datos de Bibliografía Médica (MEDLINE) desde el año 1994 a 2003. La búsqueda se centró en 2 conceptos: self-care y questionnaire, En cada instrumento se analizó la base conceptual, las características de las personas y el ámbito de estudio, la fiabilidad, la validez y la responsabilidad. Se llegó a la conclusión:

Se identificaron y analizaron 27 instrumentos. Las teorías de Bandura, Orem y Lazarus y Folkman destacan en el desarrollo de la mayoría de las medidas<sup>(64)</sup>.

Viviana Esquivel Solís, Marco Vinicio Alvarado, en Curridabat, La Unión y Montes de Oca-Costarica, en 2009, realizaron un estudio sobre: Estado nutricional de mujeres con sobrepeso y obesidad del área de cobertura del Programa de Atención Integral en Salud (PAIS) 2006, con el objetivo de evaluar el estado nutricional de mujeres con sobrepeso y obesidad del área de atracción del Programa de Atención Integral en Salud, PAIS. El método que utilizaron fue las variables estudiadas, Se trabajó con un total de 90 mujeres, 30 mujeres de cada uno de los distritos que conforman el área de cobertura PAIS (Curridabat, La Unión y Montes de Oca), con edades comprendidas entre los 18-53 años, diagnosticadas todas con

sobrepeso y obesidad. Los instrumentos fueron antropométricos, clínicos, bioquímicos y dietéticos de este grupo de mujeres. Se llegó a la conclusión:

La presente investigación permitió identificar características nutricionales relevantes que podrían ser tomadas en cuenta para futuras intervenciones en este grupo poblacional <sup>(65)</sup>.

José Ángel Luna Rojas, Antonieta Colín Barrios, Verónica Domínguez Hernández, Miriam Salome Hernández Guzmán, María Dolores Trinidad Martínez Escobar, en la delegación Miguel Hidalgo en México, en 2011, se realizaron estudios sobre: Conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en escolares de 9 a 12 años, con el objetivo de evaluar el conocimiento de Autocuidado para la prevención de la obesidad en escolares de 9 a 12 años. El método que utilizaron fue un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, en escolares de una escuela primaria ubicada en la delegación Miguel Hidalgo en México Distrito Federal. La muestra la conformaron 205 escolares de 9 a 12 años de edad. Los instrumentos fueron La evaluación incluyó cuatro dimensiones: 9 ítems sobre alimentación, 3 sobre prevención de la obesidad, 1 de conocimientos y términos y 7 de actividad física. Una vez obtenidos los resultados, se idéntico qué tanto conocimiento de auto-cuidado tiene el escolar para la prevención de la obesidad, así como qué género presenta mejor nivel de conocimiento. Se llegó a la conclusión:

El Autocuidado se aprende a través de relaciones personales a lo largo de la vida en el contexto de la familia. Los niños son considerados agentes de cuidado dependiente, ya que van adquiriendo conocimiento durante su proceso de desarrollo de manera individual o colectivo”<sup>(66)</sup>.

### **2.3.2 Nacional**

Carlos Rojas D; Carmen Moreno P; Enrique Vara A; Ivonne Bernui L y Marlit Ysla M, en Lima – Perú, en 2003, realizaron estudios sobre: Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas,

pobreza y área de residencia de mujeres peruanas en edad fértil, con el objetivo de determinar la relación entre el consumo de energía y nutrientes de mujeres peruanas en edad fértil, sus características socioeconómicas, pobreza y área de residencia. El método que utilizaron fue descriptivo transversal, la muestra fue de 2909 mujeres entre 15 a 49 años, los instrumentos que se aplicaron fueron pruebas estadísticas de Chi-cuadrado, Mann Whitney y Kruskal Wallis. Se llegó a la conclusión:

De que las condiciones de pobreza en que se encuentran las mujeres influyen sobre su consumo de energía y nutrientes disminuyéndolo, lo cual traería serias consecuencias sobre su estado de salud y nutrición y el de sus niños<sup>(48)</sup>.

Doris Álvarez Dongo, José Sánchez Abanto, Guillermo Gómez Guizado, Carolina Tarqui Mamani en Lima-Perú, 2009-2010, realizaron estudios sobre: Sobrepeso y Obesidad: Prevalencia y Determinantes Sociales del Exceso de Peso en la Población Peruana, con el objetivo de estimar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y los determinantes sociales del exceso de peso en población peruana. El método que utilizaron fue un estudio transversal que incluyó a los miembros residentes en los hogares de la muestra Encuesta Nacional de Hogares, se empleó muestra probabilístico, estratificado y multi-etápico, la muestra incluyó 69 526 miembros, los instrumentos que se aplicaron fueron la toma de mediciones antropométricas se realizaron según metodología internacional. Se llegó a la conclusión:

El sobrepeso y la obesidad constituyen un problema de salud pública en el Perú. No ser pobre y vivir en el área urbana son determinantes sociales del exceso de peso en población peruana<sup>(10)</sup>.

Julio A Poterico, Antonio Bernabé Ortiz, Christian Loret de Mola, J Jaime Miranda, a nivel nacional – Perú, 2012, realizaron estudios sobre: Asociación entre ver televisión y obesidad en mujeres peruanas, con el objetivo de evaluar la asociación entre frecuencia de ver televisión,

sobrepeso y obesidad en una muestra representativa de mujeres peruanas a nivel nacional. El método que utilizaron fue regresión logística para análisis de muestras complejas análisis secundario de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar incluyendo mujeres de 15 a 49 años. Las variables resultados fueron obesidad (índice de masa corporal  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) y sobrepeso ( $\geq 25$  peso  $< 30$  kg/m<sup>2</sup>); mientras que la exposición fue la frecuencia de ver televisión (nunca, ocasionalmente casi todos los días, los instrumentos que se aplicaron fueron según el diseño de la encuesta ajustando por potenciales confusores). Se llegó a la conclusión:

En mujeres peruanas la frecuencia de ver televisión estuvo asociada con presentar obesidad y sobrepeso, y la fuerza de asociación varió de acuerdo al área de residencia. Estos hallazgos deberían orientar las estrategias de prevención de la obesidad en el contexto peruano<sup>(67)</sup>.

Lucy J. Hinojosa Andía, Alfredo Berrocal Kasay en Lima - Perú, 1997 - 2000, realizaron estudios sobre: Relación entre obesidad y osteoporosis, en mujeres posmenopáusicas del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, con el objetivo de determinar la relación existente entre obesidad y osteoporosis, en mujeres posmenopáusicas que acudieron al Servicio de Reumatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Lima, Perú) entre 1997 y el 2000. El método que utilizaron fue un estudio pareado de tipo caso y control, con muestreo incidental por saturación, los instrumentos utilizados fueron aquellas pacientes con diagnóstico de osteoporosis por densitometría de columna lumbar, realizada por un aparato de absorciometría de rayos X de doble fotón (DEXA). Los controles fueron pacientes equiparables en edad, tiempo de menopausia y número de hijos; sin dicho diagnóstico. Se llegó a la conclusión:

El presente estudio no demostró una relación estadísticamente significativa entre la obesidad y la osteoporosis. Sin embargo, parece existir un efecto protector entre dichas variables, el cual debe seguirse investigando<sup>(68)</sup>.

## **2.4 Objetivos**

### **2.4.1 Objetivo general**

Determinar el nivel conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabayllo – 2014.

### **2.4.2 Objetivos específicos**

- Identificar las características socio-económicas de las mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabayllo – 2014.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabayllo – 2014.
- Identificar el nivel de conocimiento para prevenir la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabayllo – 2014.
- Identificar el nivel de conocimiento de aplicación de las principales estrategias de autocuidado para prevenir la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabayllo – 2014.

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

### 3.1 Tipo – Diseño de investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, pues la variable a estudiar es medible y cuantificable además de secuencial; descriptivo y transversal porque nos permitirá especificar las características y perfiles (rasgos) de las mujeres beneficiarias de los comedores populares “Doce de Octubre”, “Los Rosales”, “Milagros de la Flor” y “Melchorita”; así mismo nos permitirá analizar en el tiempo y lugar e espacio, cómo es el nivel de conocimiento para la prevención de la obesidad en este grupo poblacional.

### 3.2 Población, muestra y muestreo

#### 3.2.1. Población

La población de este estudio estuvo conformada por noventa mujeres beneficiarias de los comedores populares “Doce de Octubre”, “Los Rosales”, “Milagros de la Flor” y “Melchorita”

<b>Comedores populares</b>	<b>Mujeres beneficiarias</b>
<b>“Doce de Octubre”</b>	25
<b>“Los Rosales”</b>	25
<b>“Milagros de la Flor”</b>	15
<b>“Melchorita”</b>	25

### **3.2.2. Criterio de inclusión**

- Mujeres beneficiarias que asistan constantemente a los comedores populares.
- Mujeres con o sin grado de instrucción
- Que deseen participar voluntariamente en el estudio.

### **3.2.3. Criterio de exclusión**

- Mujeres no beneficiarias de los comedores populares
- Mujeres que no asisten constantemente.
- Mujeres con discapacidad mental

### **3.2.4. Muestra y muestreo**

No se utilizará muestra debido a que es una población pequeña.

## **3.3 Variable**

### **3.3.1. Univariable**

Conocimiento de autocuidado para prevenir la obesidad:

Es el grado de información obtenida que tienen las mujeres por las mujeres beneficiarias de los comedores populares “Doce de Octubre”, “Los Rosales”, “Milagros de la Flor” y “Melchorita” para prevenir la obesidad

### **3.3.2. Variables Intervinientes**

- Nivel socio económico
- Edad
- Ocupación de la mujer
- Grado de instrucción
- Seguro de salud (Anexo A)

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica para recolección de datos fue la encuesta y el instrumento aplicado fue el cuestionario “Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias”(CONAPRO) (Anexo B).

Para la Construcción y validación del instrumento se ha considerado los antecedentes, definición de dimensiones, selección de preguntas y confección del constructo, así como el proceso de validación (Anexo C).

#### **3.4.1. Antecedentes del instrumento**

Este instrumento ha sido creado y validado por las autoras, basándose de los antecedentes de los siguientes cuestionarios:

- “Prácticas de autocuidado en personas afectadas de diabetes tipo 2” (PRAUT-DI2), diseñado y validado por Hilario, a través de prueba de expertos, prueba piloto y midió la confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,706(69).
- “Capacidades de autocuidado en mujeres afectadas de cáncer de mama” (CAESCAM), diseñado y validado por Mariscal, a través de prueba de expertos, prueba piloto y midió la confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,718<sup>(70)</sup>.

#### **3.4.2. Definición de dimensiones del instrumento**

Se partió del marco conceptual descrito por la Dra. Mariscal que identifica 3 dimensiones, estableciendo como palabras claves: prácticas, autocuidado.

#### **3.4.3. Selección de preguntas y confección del cuestionario**

En función al constructo teórico se obtuvo un conjunto de preguntas y se clasificaron en función de las dimensiones de nivel socioeconómico, conocimiento sobre obesidad, conocimiento de autocuidado para prevenir la obesidad y aplicación de las principales estrategias de autocuidado.

#### **3.4.4. Proceso de Validación**

Para esta etapa se consideró validar el contenido y la confiabilidad del instrumento.

- **Validez de contenido**

Se realizó la prueba de jueces con un grupo seleccionado de seis expertos en elaboración de cuestionarios, en el ámbito de nutrición, investigación en enfermería.

- **Descripción de los datos de validación del instrumento**

En la prueba de jueces se obtuvo un nivel de significancia de  $<0,05$ ; lo que significa que se rechaza la hipótesis nula concluyendo que existe concordancia entre los jueces (Anexo D).

En la prueba piloto se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,716 lo que significa que el instrumento es aceptable por estar en el rango superior a 0,7 (Anexo E).

- **Prueba piloto**

Para realizarla se planteó seleccionar a una muestra del 10 % de la población planificada, sin embargo se llevó a cabo la encuesta a 14 usuarias con características similares a la población de investigación, para luego evaluar la confiabilidad del constructo.

- **Versión final del instrumento validado**

El cuestionario conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de los comedores populares (CONAPRO), en versión final, consta de 31 preguntas cerradas y está estructurado en 4 dimensiones: Datos socioeconómico, conocimiento sobre obesidad, conocimiento de autocuidado para prevenir la obesidad y aplicación de las principales estrategias de autocuidado.

La escala de valoración para toda dimensión, son preguntas cerradas y de respuesta múltiple excluyente, es decir que solo una es correcta.

La dimensión de Datos socioeconómico tiene cinco preguntas que involucran: edad, nivel de instrucción, ocupación, ingresos y seguro médico.

La dimensión de conocimiento sobre obesidad tiene cuatro preguntas que involucran: definición, factores de riesgo, consecuencias y formas de prevención.

La dimensión de conocimiento de autocuidado para prevenir la obesidad tiene cinco preguntas que involucran: definición

La dimensión de Aplicación de las principales estrategias de autocuidado tiene diecisiete preguntas que involucran: dieta y actividad física.

El nivel de conocimiento de autocuidado global se obtiene según las siguientes categorías: Excelente (49-52), Bueno (41-48), Regular (27-40), Deficiente (0-26).

### **3.5 Plan de recolección de datos**

#### **3.5.1. Fase 1: Validación del instrumento**

##### **A. Prueba de jueces**

- Se invitó de forma verbal y a través de correo electrónico a 6 expertos solicitando su participación como evaluadores.
- Se les entregó el formato de validación de expertos (Anexo D), el cual en un periodo de 15 días devolvieron para su tabulación.

## **B. Prueba piloto**

- Se solicitó autorización a un comedor popular con población de características similares al estudio.
- Se coordinó con la presidenta del comedor popular, para la recolección de datos del piloto.
- En el mes de mayo del 2014 se realizó la recolección de datos para el piloto.

### **3.5.2. Fase 2: Autorización para recolección de datos**

Se emitió una carta de presentación a los comedores populares “Doce de Octubre”, “Los Rosales”, “Milagros de la Flor” y “Melchorita” solicitando la obtención de la autorización para que nos permita realizar el trabajo de investigación. El cual fue autorizado en Mayo del 2014 (Anexo F).

### **3.5.3. Fase 3: Coordinaciones para recolección de datos**

Se programó los días para la aplicación del cuestionario Conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de los comedores (CONAPRO).

### **3.5.4. Fase 4: Aplicación del instrumento**

El cuestionario conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de los comedores (CONAPRO), se aplicó en el mes de julio de 2014 a los respectivos comedores populares “Doce de Octubre”, “Los Rosales”, “Milagros de la Flor” y “Melchorita” en la comunidad La Flor – Carabayllo; conjuntamente con su consentimiento informado.

## **3.6. Técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos**

La información recolectada fue insertada en una base de datos del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Para el proceso de validación por jueces de expertos se hizo uso de la prueba no paramétrica, de muestras no relacionadas del coeficiente de correlación de Kendall, el cual permitió identificar la correlación entre la evaluación realizada por los jueces.

Para evaluar la fiabilidad del instrumento de la prueba piloto, se hizo uso del estadístico alfa de Cronbach, en el que se valoró estadísticos descriptivos para la escala si se elimina el elemento y coeficiente de correlación intra clase.

Porque la fiabilidad refiere a la capacidad de un instrumento para arrojar datos o mediciones que correspondan a la realidad que se quiere conocer por lo que se pretende reducir el error de medición al mínimo posible

Con el instrumento validado, se procedió a la recolección de datos en los comedores populares "Doce de Octubre" y "Los Rosales, estos datos fueron analizados a través de estadísticos descriptivos de frecuencia.

Las variables cualitativas fueron presentadas en gráficos de sectores y en porcentajes.

Para variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central como la media, la moda y de dispersión tales como la desviación típica, mínimo y máximo, los cuales se presentaron en tablas de frecuencia.

### **3.7 Aspectos éticos**

La ética juega un papel primordial como reguladora de la conducta humana, no debemos olvidar que estos aspectos positivos también han ocasionado: incomunicación, intolerancia, incomprensión. Individualismo, destrucción y desprecio por la vida humana.

Los principios que se aceptan de manera general en el trabajo de investigación, son particularmente relevantes para la ética:

#### **3.7.1. Principio de beneficencia y no maleficencia**

Estos principios éticos son importantes, para asegurar el bienestar máximo de las mujeres de edad fértil que asisten al comedor popular,

dando a respetar su autonomía y evitar el daño. También está vinculado a realizar la valoración de riesgos y beneficios para prevenir la obesidad de las mujeres en edad fértil, mediante el nivel de conocimiento de autocuidado.

### **3.7.2. Principio de autonomía**

En este principio se considera el consentimiento informado para la aplicación del cuestionario en los comedores populares.

#### **▪ Consentimiento informado**

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

Aunque nadie duda de la importancia del consentimiento informado, con todo, existe una gran controversia sobre la naturaleza y la posibilidad de un consentimiento informado. Sin embargo, prevalece de manera muy general el acuerdo de que el procedimiento debe constar de tres elementos: información, comprensión y voluntariedad.

Para la recolección de datos, todas las mujeres voluntarias firmarán el consentimiento informado para ser incluidos en el trabajo de investigación, dando a conocer los objetivos y procedimientos relacionados con la aplicación del instrumento. En todo momento se respetarán los derechos de las mujeres beneficiarias de los comedores populares (Anexo G).

### **3.7.3. Principio de justicia**

Se basa en el respeto de los derechos formales de los demás, sería el derecho de un ser humano a hacer lo que se desee sin afectar los derechos de los demás, por lo que supone reglas que reduzcan la invasión de otros derechos y así limiten el daño al mínimo”.

“Es importante la imparcialidad, mirar al otro como otro genérico prescindiendo de sus particulares como individuo (imperialismo).por estas características, todas las personas racionales deben coincidir en la solución de un problema mora”<sup>(71)</sup>.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Los datos que se presentan a continuación están articulados según los objetivos planteados en el estudio y se presentan en gráficos apartados.

### **4.1. Resultados**

#### **4.1.1 Descripción de los datos socioeconómicos**

Se realizaron las encuestas con 90 mujeres de los Comedores populares “Doce de Octubre”, “Los Rosales”, “Milagros de la Flor” y “Melchorita” en cada comedor se encuestó a veinticinco mujeres. Los datos sociodemográficos revelaron que la media de edad fue de 39 años con una desviación estándar  $\pm 17,720$ . Acorde al grado de instrucción predominó el nivel secundaria en el 62%, seguido el 19% tenían nivel primario, el 17% superior técnico/universitario y solo el 2% es iletrado.

Según la ocupación de las mujeres beneficiarias de los comedores populares el 61% tuvo trabajo eventual, el 18% desempleada, el 11% estudiantes y el 10% trabajo formal.

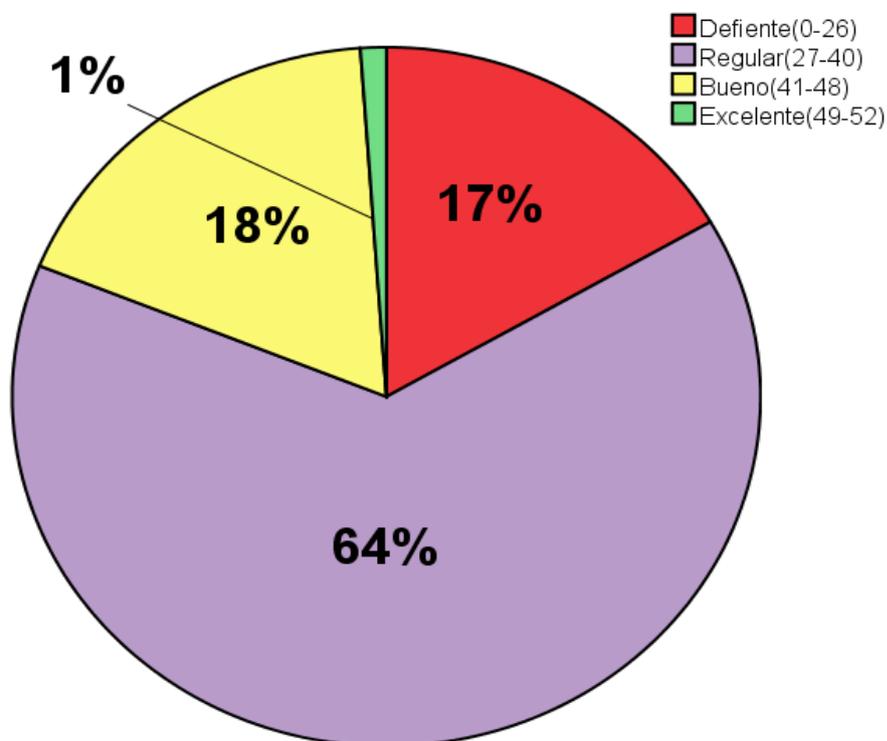
El ingreso menor de 400 nuevos soles representó el 48%, seguido del 46% que contaba con un ingreso de 401 a 750 nuevos soles, el 6% estuvo representado entre 751 a 1200 nuevos soles y se identificó el 1% tiene ingresos superiores de 1201 nuevos soles/ mensuales.

El 59% de las mujeres beneficiarias de los comedores populares cuentan con seguro integral seguro (SIS/AUS), el 23% no cuenta con ningún tipo de seguro y 18% están afiliadas a EsSalud, (Anexo H).

#### 4.1.2 Descripción de autocuidados

A continuación, presentamos los resultados del conocimiento de autocuidado global y las dimensiones: conocimiento sobre obesidad, conocimiento de autocuidado para prevenir la obesidad y aplicación de las principales estrategias de autocuidado.

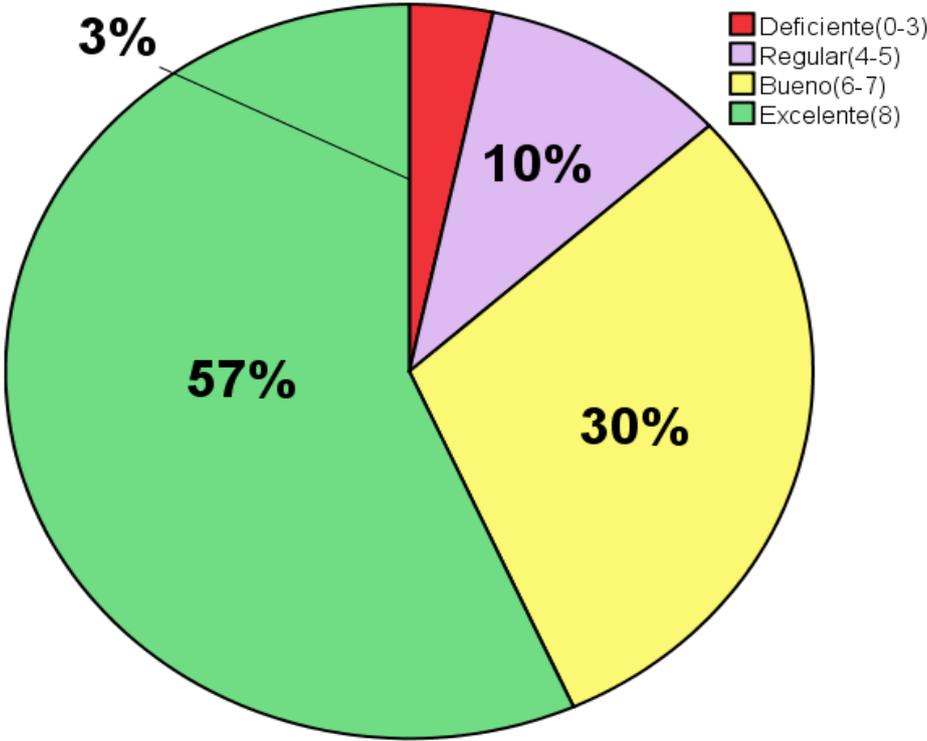
**Gráfico 1: Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabayllo – 2014**



Fuente: Encuesta realizada por estudiantes de la EAPE – UCH

El nivel de Conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres que se beneficiarían en los comedores populares se ubicó en 64% de conocimiento regular; el 18% conocimiento bueno, el 17 % conocimiento deficiente y el 1% conocimiento excelente.

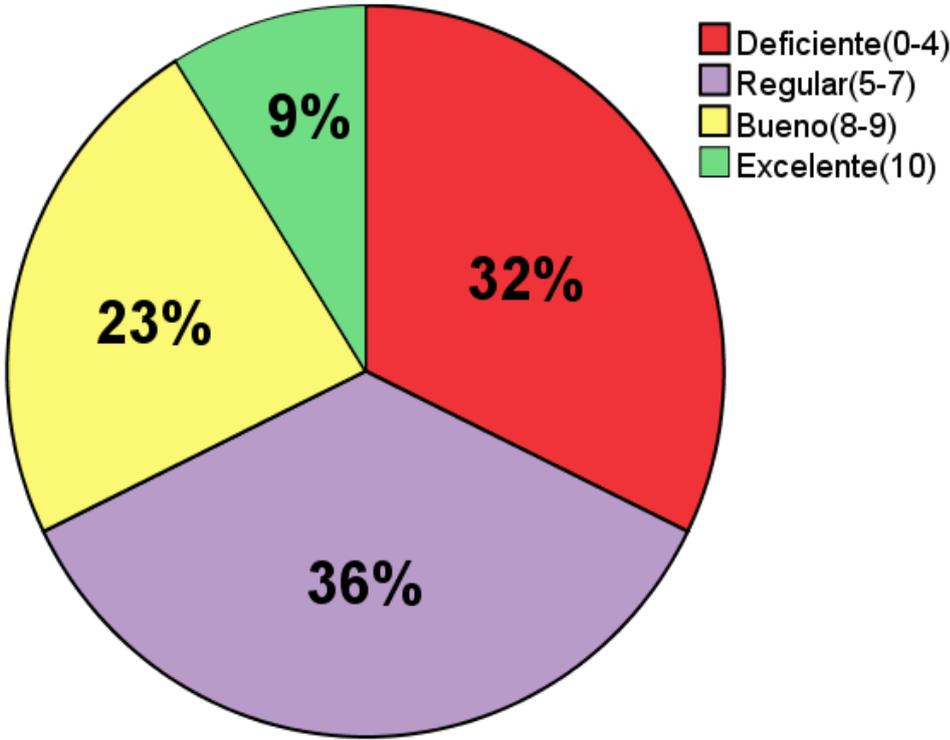
**Gráfico 2: Nivel de conocimiento sobre la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabayllo – 2014**



Fuente: Encuesta realizada por estudiantes de la EAPE – UCH

En la dimensión conocimiento sobre la obesidad se ubicó en 57% de conocimiento excelente, el 30% de conocimiento bueno, 10% de conocimiento regular y solo el 3% de conocimiento deficiente.

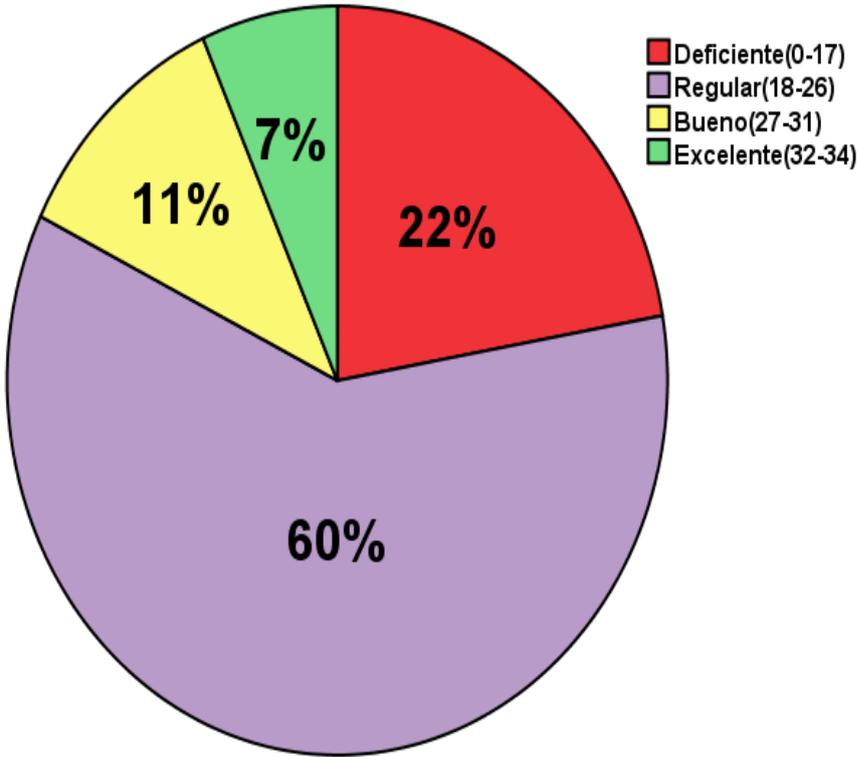
**Gráfico 3: Identificar el nivel de conocimiento de autocuidado para prevenir la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabayllo – 2014**



Fuente: Encuesta realizada por estudiantes de la EAPE – UCH

En la dimensión conocimiento para prevenir la obesidad se ubicó en 36% de conocimiento regular, el 32% de conocimiento deficiente, el 23 bueno y solo el 9% de conocimiento excelente.

**Gráfico 4: Nivel de conocimiento de aplicación de las principales estrategias de autocuidado para prevenir la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabayllo – 2014.**



Fuente: Encuesta realizada por estudiantes de la EAPE – UCH

En la dimensión conocimiento de aplicación de las principales estrategias de autocuidado se ubicó en 64% de conocimiento regular, el 22% de conocimiento deficiente, el 11% de conocimiento bueno y el 7 % conocimiento excelente.

## 4.2 Discusión

Actualmente, los ricos son delgados y los pobres son, además de desnutridos, obesos y la preocupación es ahora la obesidad<sup>(72,73)</sup>. Esta enfermedad fue etiquetada como “epidemia global”, siendo una patología crónica no transmisible y de las más prevalente en el mundo.

Si bien, nuestra investigación no hace relación de la asociación entre los datos socioeconómicos y la obesidad nos pareció interesante la influencia que se encontró tras realizar la búsqueda bibliográfica.

A continuación, analizaremos los datos: grados de instrucción, ocupación ingresos y seguro médico.

La población de estudio presentó predominio en el nivel secundaria, dato que se apoya al estudio de Robinson, et al, quienes identificaron que a “menor nivel educativo hay mayor riesgo de presentar obesidad”<sup>(74)</sup>.

Simultáneamente, Sanz de Galdeano encontró en su estudio que “las mujeres con sólo educación primaria tiene probabilidad sustancialmente mayor de ser obesos que los que tiene educación universitaria”<sup>(75,76)</sup>. Estos datos permitiría suponer que el grado de instrucción es un factor relevante para la prevención de la obesidad.

Así mismo, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en cuanto al grado de instrucción, refiere “El desarrollo de las capacidades del individuo, estará relacionado con el grado de instrucción alcanzado, lo que a su vez afectaría o repercutirá directamente en su estado de salud. Es decir, a mayor grado de instrucción, habrá mejor comprensión”<sup>(77,78)</sup>.

Al respecto, en la población estudiada se identificó predominio de nivel secundaria lo que representaría que las mujeres beneficiarias solo cuenta con cierto conocimiento en cuando a su autocuidado para prevenir la obesidad; en cambio el 19% que tuvo nivel primaria representaría tener mayor riesgo de padecer obesidad por no contar con mayor conocimientos en cuanto a su autocuidado para prevenir la prevención de la obesidad

Esta acotación podría ser respaldada por el estudio de Soriano, Landeros, Gallegos y Tenahua; donde muestran que “los años de estudio influyen en la capacidad de agencia de autocuidado”<sup>(44,79-81)</sup>.

Por consiguiente, otro dato recolectado fue la ocupación y el ingreso monetario con que cuentan las mujeres beneficiarias de los cuatro comedores.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el valor de la canasta básica de consumo por persona es de 292 nuevos soles y por cinco miembros en el hogar el ingreso es de 1.460 nuevos soles.

Así mismo, considera pobreza extrema cuando la canasta básica de los alimentos en el hogar conformado por cinco miembros es menor de 775 nuevos soles<sup>(82)</sup>.

En la población estudiada se mostró predominio a la realización de trabajo eventual evidenciándose que sus ingresos fueron menor de 400 nuevos soles.

Si consideramos, que cada mujer forma parte de una familia nuclear (conformada por mínimo 3 miembros) y que su ingreso fuera de 400 nuevos soles; se evidenciaría entonces una limitante en cuanto a una alimentación balanceada, la cual contribuir a padecer obesidad, no obstante si a esto le sumamos el incremento monetario que se bien dando de las frutas, verduras etc.; nos deja como interrogante si el ingreso monetario con el que cuenta las mujeres beneficiarias es lo suficiente para cubrir solo sus necesidades de alimentación, sin considerar que sean madres solteras, etc.

Por ello, podríamos decir que el limitado acceso económico para obtener alimentos ricos en nutrientes tendría como limitante los costos altos que suelen tener los alimentos hoy por hoy, por lo que en consecuencia hace que en los hogares y en los comedores populares donde se refleja que los ingresos son mínimos, hace que la dieta se componga, básicamente, de granos refinados, azúcares agregados, grasas añadidas y cereales que suelen ser alimentos de bajo costo<sup>(83,84)</sup>.

Así mismo, las mujeres que son beneficiarias de estos comedores contribuyen para su alimentación 2 nuevos soles, monto monetario insuficiente para cubrir la compra de verduras y frutas según nos refiere las encargadas de la preparación de la comida de los mismos.

Cabe mencionar un estudio realizado en Malasia donde se evaluaron el estado de nutrición y los conocimientos de 360 mujeres de zonas urbanas con edades de 46 a 57 años y se encontró que aquellas con mayores ingresos y mejor nivel educativo tenían mejores conocimientos en nutrición, además de una asociación positiva entre los conocimientos en nutrición y la práctica de estilos de vida saludables<sup>(15,85)</sup>.

Según Jeffery y French, encontraron que el nivel socioeconómico estaba asociado de manera inversa con la ingesta de grasas y energía, concluyendo que la carencia económica pudiera contribuir a mayores tasas de obesidad entre mujeres de nivel socioeconómico bajo<sup>(86,87)</sup>.

Así mismo, en una encuesta representativa de Medellín, Colombia, se encontró que el nivel educativo, el estrato social y los ingresos familiares se asociaron con mayor riesgo de obesidad en población adulta<sup>(87,88)</sup>.

En nuestro país el gobierno apoya en cuidado de salud a la población de bajos recursos brindándoles la afiliación gratuita al Seguro Integral de Salud (SIS), el mismo que viene brindando atención que se inicia con la evaluación integral y que comprende: la atención del motivo de consulta, la atención preventiva promocional o recuperativa; las cuales están destinadas a lograr el mantenimiento y protección de la salud de los adultos varones y adultos mujeres. Además, muestra dentro de su lista de priorización a las condiciones crónicas y dentro de ella a la obesidad<sup>(85)</sup>.

Por lo que, se puede suponer que el predominio de contar con el Seguro Integral de Salud que muestran las mujeres, hace imaginar que más de una vez hayan participado en más de una sesión educativa en relación a la dieta saludable y la actividad física, de modo tal que se puedan prevenir la obesidad y las consecuencias que conlleva la misma.

Por lo que las sesiones educativas brindadas por el personal de salud no son continuas, lo cual refleja la limitada información de los usuarios<sup>(78)</sup> en este caso de las mujeres beneficiarias

Situación contraria nos refiere el estudio de Soriano, Landeros y Tenahua refieren “que hay una situación contradictoria entre las personas, pues a pesar de conocer cómo cuidarse no lo llevan a cabo”<sup>(44,80,81)</sup>.

A continuación, analizaremos las siguientes dimensiones: conocimiento de autocuidado, conocimiento sobre obesidad, conocimiento para prevenir la obesidad y conocimiento de aplicación de las principales estrategias de autocuidado.

Se ha identificado que en la dimensión nivel de Conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias en los comedores populares el 64% predominó un conocimiento regular; por lo que podría suponer que la población posee un conocimiento básico sobre esta enfermedad. En este sentido el conocimiento constituye uno de los pilares para desarrollar el autocuidado entre ellas.

Así mismo, el acto de cuidar de uno mismo requiere el inicio de una compleja serie de conductas, que exigen un enfoque de autocuidado personal e intencionado. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud.

También, señala Orem en su teoría del déficit de autocuidado, que la satisfacción de requisitos de desviación de la salud pueden ser afectados por factores de condicionamiento básico; individuales, familiares, socioculturales y del estado mismo de salud <sup>(13)</sup>.

Opuestamente en esta misma dimensión de conocimiento de autocuidado el 17% presentó conocimiento deficiente lo que nos hace suponer que hay mayor riesgo de padecer esta enfermedad.

En cuanto a la dimensión conocimiento sobre obesidad, el 57% predominó en conocimiento excelente seguido del 3% presentó deficiente. Este último grupo de población estudiada estaría en riesgo a padecer obesidad a causa de la limitada información que reciben, esto genera dudas y complicaciones en su estado de salud que pueden evitarse a través del conocimiento formal e informal que se brinda a las mujeres beneficiarias. Bunge M. define el conocimiento como un conjunto de ideas, que deben ser claros, precisos y ordenados, siendo importante considerar que todos tenemos conocimientos, el cual puede ser vago e inexacto pero que se vuelve racional y verificable a través de la experiencia, por medio formal e informal mediante el ejercicio intelectual <sup>(78)</sup>.

Si bien la obesidad es una de las enfermedades crónicas no transmisibles, afortunadamente esta enfermedad puede prevenirse y retrasarse con un adecuado autocuidado basado en un conocimiento correcto por parte de las mujeres beneficiarias <sup>(46)</sup>.

Esta situación ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a declarar que la obesidad será una de las grandes epidemias que nos amenazarán durante el siglo XXI <sup>(89)</sup>.

Respecto a la dimensión conocimiento para prevenir la obesidad, el 9% presentó conocimiento deficiente, por lo que está en riesgo.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en su encuesta demográfica y salud familiar, en relación a la ingesta de verduras, muestra que las mujeres consumen a la semana de 3 a 4 días en promedio <sup>(90)</sup>.

Se pudo observar en los comedores populares que las mujeres no consumen frutas, verduras ni alimentos balanceados, pues si bien el municipio brinda sesiones educativas de alimentación balanceada es contradictorio pues los recursos alimentarios que ellos brindan solo son de alto contenido energético (fideos, menestras, arroz, etc.).

Con lo que las mujeres realizan preparados para combatir la “desnutrición”, por ser un grupo vulnerable, económicamente que contribuye a tener esta enfermedad no transmisible y mas no a prevenirlas. Se requiere en primer lugar adquirir los conocimientos básicos en estos aspectos. Esto es concordante con los resultados de este estudio, ya que los alimentos brindados por la municipalidad son desfavorables para una alimentación saludable.

Según el patrón alimentario de los uruguayos se caracteriza por el elevado consumo de alimentos con alta densidad energética, con una alimentación rica en grasas saturadas y azúcares simples, y pobre en fibra.(conocimiento de nutrición.

Así mismo, tras el contexto social y la búsqueda de información encontramos a los nutricionistas del centro de salud de la comunidad la Flor quienes refieren “Que algunos comedores populares no desean participar de las sesiones educativas que ayudan a prevenir la obesidad “, como las actividades físicas, alimentación

balanceada, por lo que se podría suponer que en este grupo de estudio la falta de conocimiento para prevenir la obesidad está más relacionada a la falta de motivación.

Cabe mencionar que la dimensión conocimiento de aplicación de las principales estrategias de conocimiento contiene aspectos como: frecuencia de consumo de frutas, verduras, harinas, carnes, pollo, entre otros, el consumo de agua y la actividad física.

En relación a la dimensión, el 60% predominó en conocimiento regular, seguido del 11% que presentó bueno. Esto podría ser que van adquiriendo conocimientos durante su vida cotidiana, así mismo mejorar, la calidad y clasificación de alimentos, enriqueciendo los conocimientos y fortaleciendo la capacidad de autocuidado para cada mujer beneficiaria. A continuación analizaremos los aspectos que contiene esta dimensión.

Para evaluar la frecuencia de consumo de frutas, verduras, harinas, carnes, pollo y entre otros de las mujeres beneficiarias tuvieron que indicar el número de veces que consumen cada tipo de alimento usando una de las siguientes categorías: 1-2 día/semana, 3-4 día/semana, nunca, todos los días.

En relación a la frecuencia de consumo de frutas y verduras, la población femenina está por debajo de las recomendaciones se podría relacionar con la falta de conocimientos sobre el número de porciones recomendadas de estos alimentos, lo que podría ser atribuido al hecho de que en Uruguay no se han realizado campañas públicas sostenibles para promover el consumo de estos alimentos.(conocimiento nutricional).

En cuanto a la frecuencia de consumo de harinas, tiene mayor contenido de hidratos de carbono complejos ( $\geq 50\%$  del aporte energético total, aproximadamente)<sup>(91)</sup> pues la población consume alimentos ricos de hidratos de carbono porque estos recursos lo brinda el municipio y es por ello que consumen a diario.

Por consiguiente en la frecuencia de consumo de carnes y pollo, son insuficientes en esta población, debido a su alto costo que posee en el mercado y economía de

parte de ellas. También mencionar la frecuencia de consumo de agua al día, pues este grupo poblacional, la mayoría de ellas consumen de 4 a 6 vasos al día. Cabe señalar que es muy importante consumirlo y es necesario consumir 8 vasos al día. Porque ayuda en el funcionamiento del organismo.

Por otro lado el conocimiento de los alimentos, de sus propiedades nutricionales y de las recomendaciones sobre frecuencia de consumo y porciones a ingerir deben de ser tópicos indispensables y conexos en los programas de educación nutricional así como en las oportunidades de realizar educación nutricional incidental a lo largo de la vida de los individuos.

Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) en Colombia hay consumo elevado de comidas rápidas, gaseosas, alimento de paquete, golosinas y dulces, especialmente en las áreas urbanas, así mismo hay baja proporción de consumo de alimentos saludables como lácteos, frutas, hortalizas, verduras y alimentos integrales, configurándose en una alimentación con un limitado aporte en fibra y un alto aporte en calorías <sup>(92)</sup>.

En el año 2004, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, con el objetivo de reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles relacionadas con las dietas pocos saludables y la inactividad física <sup>(93)</sup>.

Así mismo, en la frecuencia de actividad física, los conocimientos actuales que poseen la mujeres beneficiarias, permiten considerar que existe una relación, causas entre el nivel de actividad física y la aparición de esta enfermedad, a pesar de esto, la actividad es una práctica poco frecuente en las mujeres.

En relación a lo reportado por Elizondo et al., en cuyo estudio muestran que existe inactividad física, en esta investigación se reafirma que las mujeres tiene un estilo de vida sin actividad física <sup>(13)</sup>.

Por lo tanto, podemos decir que el nivel de conocimiento que poseen las mujeres no se ve reflejado en su vida diaria.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

La presente investigación nos ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

- Se determinó que las mujeres beneficiarias de los cuatro comedores populares de la comunidad la Flor, Carabayllo en su mayoría cuentan con regular nivel de conocimiento de autocuidado sobre la prevención de la obesidad, mientras que una cantidad resaltante de la población encuestada presenta deficientes conocimientos sobre el tema.
- En cuanto a la dimensión datos socioeconómicos, se evidenció que la media de edad fue de 39 años con una desviación estándar  $\pm 17,720$ . Acorde al grado de instrucción predominó el nivel secundario, Según la ocupación de las mujeres beneficiarias de los comedores populares tuvo trabajo eventual así mismo, el ingreso menor de 400 nuevos soles y las mujeres están afiliadas al seguro del SIS/AUS.
- En relación a la dimensión conocimiento sobre la obesidad, se observa que las mujeres beneficiarias de los cuatro comedores populares, la mayoría cuentan con un excelente nivel de conocimiento y que la minoría de esta población no conoce sobre obesidad.
- Se encontró que la mayoría de las mujeres encuestadas cuentan con un nivel regular de conocimiento, respecto a la dimensión de conocimiento para prevenir la obesidad mientras solo una minoría presenta excelentes conocimientos sobre el tema.

- Se concluye que las mujeres beneficiarias cuentan con un regular nivel de conocimientos respecto a la dimensión de conocimiento de aplicación de las principales estrategias de autocuidado, mientras que la minoría cuenta con excelentes conocimientos, teniendo en cuenta que en esta dimensión incluye, estrategias de autocuidado, actividad física, la frecuencia de cada alimento que se debe consumir, por lo cual es un dato relevante tomar en cuenta los resultados obtenidos ya que estos pueden generar un riesgo.

## **5.2 Recomendaciones**

Las recomendaciones que se deriva del presente estudio son:

- Promover la prevención y una mayor educación sobre la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares, para una buena selección de alimentos que sean productos saludables y no dañinos.
- En los comedores populares se deberían realizar proyectos enfocados directamente a la obesidad, mas no como charlas ocasionales.
- Orientar a las socias de los comedores populares de la comunidad la Flor, en relación a la difusión continua y actualizada de información para la prevención sobre obesidad a las mujeres beneficiarias.
- Motivar la realización de investigaciones cualitativas y cuantitativas sobre el tema, porque es muy importante en nuestra formación profesional.
- También implementar programas sobre prevención de obesidad en diversos centros donde la participación de profesionales se ha multidisciplinaria con el fin de prevenir esta patología y trabajar conjuntamente con los comedores populares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contreras A, Contreras A, Hernández C, Catro M, y Navarro L. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. Investigaciones Andin [Internet]. 2013 [cited 2014 Oct 19];15(26):667–78. Available from: <http://bibliotecadigital.funandi.edu.co/handle/123456789/297>
2. Organización Panamericana de la Salud. (OPS) [Internet]. Available from: <http://www.cinu.org.mx/onu/estructura/mexico/org/ops.htm>
3. Organización Mundial de la Salud. (OMS) [Internet]. Available from: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
4. Martínez M, Escobar T, Soriano C. Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca, México. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2008 [cited 2013 Nov 29];12(1):63–7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000100010&script=sci\\_arttext&tIng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000100010&script=sci_arttext&tIng=es)
5. De la Fuente V, Martínez V, Soo Ran Lee Chu R, Alavéz B, Peña H, Sierra E. Conocimiento y acciones de los adolescentes sobre el autocuidado de su salud. Rev CONAMED [Internet]. 2011 [cited 2014 Jul 7];16(1):29. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3640038>
6. Zabalegui A. El Rol del Profesional en Enfermería. Aquichan [Internet]. 2003 [cited 2013 Oct 27];3(3):16–20. Available from: <http://dikaion.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/30/58>
7. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso [Internet]. Nota descriptiva N°31. 2012. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
8. Savino P. Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. Rev Colomb Cirugía [Internet]. 2011 [cited 2013 Nov 29];180–95.

Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-75822011000300005&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-75822011000300005&script=sci_abstract)

9. De los Ángeles R, Yinel M, Reyes C, Denisse N, Zayas S-H, Yosué E. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en familias de la zona sur de Santiago determinando por el índice de masa corporal e índice nutricional. Rev Med Dom [Internet]. 2011;72(2):4–8. Available from: <http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2011/72/02/RMD-2011-72-02-139-143.pdf>
10. Álvarez D, Sánchez J, Gómez G, Tarqui C. Sobrepeso y Obesidad: Prevalencia y Determinantes Sociales del exceso de Peso en la Población Peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2012 [cited 2013 Oct 27];29(3):303–13. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000300003&script=sci_arttext)
11. Banco Mundial. Obesidad en América Latina: un problema creciente [Internet]. 2013. Available from: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/03/27/crece-obesidad-america-latina>
12. López R. La Obesidad, un Problema de Salud Pública. Rev Salud, Sex y Soc [Internet]. 2009 [cited 2013 Oct 27];2(3):1–4. Available from: [http://www.inppares.org/revistasss/Revista\\_VII\\_2009/10-Obesidad.pdf](http://www.inppares.org/revistasss/Revista_VII_2009/10-Obesidad.pdf)
13. Rojas J, Baeza M, Chávez S, Morales M, Olguín M. Nivel de conocimiento sobre actividad física en mujeres de 20 a 39 años con obesidad, que asisten a una unidad de medicina familiar. Rev CONAMED [Internet]. 2010 [cited 2013 Nov 29];15(Supl 1):11–6. Available from: [http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA\\_OCT-DIC\\_2010\\_supl.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_OCT-DIC_2010_supl.pdf)
14. Córdova J, Barrigüete J, Rivera M. Sobrepeso y obesidad. Situación actual y perspectivas. Acta Médica Grup Ángeles [Internet]. 2010 [cited 2013 Nov

29];8(4):202–7. Available from: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=27264>

15. Galindo C, Juárez L, Shamah T, García A, Ávila A, Quiroz M. Conocimientos en nutrición, sobrepeso u obesidad en mujeres de estratos socioeconómicos bajos de la Ciudad de México. *alanrevista.org* [Internet]. 2011 [cited 2013 Nov 29];61(4):396–405. Available from: <http://alanrevista.org/ediciones/2011-4/art9.asp>
16. Barrera A, Rodríguez A, Molina M. Escenario actual de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro* [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 29];51(3):292–9. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133k.pdf>
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. 2005 [cited 2014 Feb 19]; Available from: <http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf>
18. World Health Organization. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. *World Heal Organ Tech Rep Ser.* 2000;894(i-xii):1–253.
19. Pasca A, Montero J, Pasca L. Paradoja de la obesidad. *Insufic cardíaca* [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 29];7(Vol 7):67–70. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/ic/v7n2/v7n2a04.pdf>
20. Universidad del Centro de México. Dimensión Social de la Nutrición. *Alter Enfoques Críticos* [Internet]. 2012;6:1–116. Available from: <http://www.alterenfoques.com.mx/Revistas/ALTER6.pdf>
21. Ramos S, Serna L. Cambios en Composición Corporal y Condición Física en Personas con Sobrepeso y Obesidad Mediante un Programa Combinado de Ejercicios. *Rev des-encuentros* [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 29];10:30–42. Available from: <http://virtual.cenda.edu.co/ojs/index.php/journal/article/view/56>

22. Grajales I, Landeros E, Tenahua I, Linares G. El Autocuidado en Mujeres Posmenopáusicas con Exceso en la Nutrición. *Rev Enfermería Univ ENEO - UNAM* [Internet]. 2008;5(2):38–44. Available from: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30245>
23. Figueroa D. Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en latinoamérica. *Saúde Soc São Paulo*. 2009;18(1):103–17.
24. Muñoz A. Factores que contribuyen al Sobrepeso y la Obesidad. *Produmex* [Internet]. 2012;1–4. Available from: <http://revistadosis.com.ar/pdf/pm2.pdf>
25. Lamus F, Díaz D, Rincón C, Huertas M. Avances en la comprensión de la transición nutricional Colombiana. *Rev Gerenc Salud* [Internet]. 2012;11(23):121–33. Available from: [http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev\\_gerenc\\_polsalud/vol11\\_n\\_23/estudios\\_3.pdf](http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol11_n_23/estudios_3.pdf)
26. Salcedo A, García J, Sevilla E. Dominio cultural de auto cuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico en México. *Rev Saude ...* [Internet]. 2008 [cited 2013 Nov 14];42(2):256–64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/5961.pdf>
27. Meza C, Moral J. Modelos Recursivos de Índice de Masa Corporal con Variables Sociodemográficas, Funciones del Yo y Alteración Alimentaria en Mujeres Mexicanas. *Psykhe* [Internet]. 2013 May 1 [cited 2013 Nov 3];22(1):55–68. Available from: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/593>
28. González W. Aspectos Socioeconomicos y Familiares en niños y adolescentes Obesos. *Rev Ciencias Soc* [Internet]. 2013;21(1):120–30. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/280/28026467016.pdf>
29. Woolcot O, Castillo O, Bergman R. Sobrepeso y obesidad en pobladores de la altura. *Rev Peru Epidemiol*. 2012;16(1):1–5.
30. Barrera A, Ávila L, Cano E, Molina M, Parrilla J, Ramos R, et al. Guía de práctica clínica:Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la

obesidad exógena. Rev Med Inst Mex Seguro [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 29];51(3):344–57. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133u.pdf>

31. Chescheir N. Obesidad en el Mundo y su Efecto en la Salud de la Mujer. Obstet Gynecol [Internet]. 2011 May [cited 2013 Sep 23];117(5):1–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21508764>
32. Tarqui C, Sánchez J, Álvarez D, Gómez G, Valdivia S. Tendencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú. Rev Peru Epidemiol [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 19];17(3):1–7. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Rtículo+rigi nal#7>
33. Torresani M, Maffei L, Squillace C, Belén L, Alorda B. Percepción de la adherencia al tratamiento y descenso del peso corporal en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. Diaeta [Internet]. 2011 [cited 2013 Nov 14];29(137):31–8. Available from: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73372011000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73372011000400004&script=sci_arttext)
34. Medina J, Vargas O, Zea H, Bolaños J, Corrales F, Cuba C, et al. Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en la Población Adulta de Arequipa Metropolitana. Rev Peru Cardiología [Internet]. 2006;32(3):194–209. Available from: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v32\\_n3/pdf/a04.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v32_n3/pdf/a04.pdf)
35. Gobierno del Estado de Baja California. Programas para la prevención y atención del sobrepeso y la obesidad en Baja California. Baja California, Estado en movimiento [Internet]. 2013;(4):2–24. Available from: <http://www.copladebc.gob.mx/publicaciones/2013/EstadoMovimientoObesidad.pdf>
36. Sámano R, Zelonka R, Martínez H, Sánchez B, Ramírez C, Ovando G. Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos.

alanrevista.org [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 14];62(2):145–54. Available from: <http://alanrevista.org/ediciones/2012/2/art6.pdf>

37. Calderón M, Moreno C, Rojas C, Barboza J. Consumo de alimentos según condición de pobreza en mujeres en edad fértil y niños de 12 a 35 meses de edad. *Rev Peru Exp Salud Publica*. 2005;22(1):19–25.
38. García E, De la Cruz M, Kaufer M, Tusié M, Calzada R, Vázquez V, et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. *Salud Ment*. 2009;32:79–87.
39. Rodríguez E, Perea J, Bermejo L, López A, Ortega R. Hábitos alimentarios y su relación con los conocimientos, respecto a la concepto de dieta equilibrada, de un colectivo de mujeres jóvenes con sobrepeso/ obesidad. *N* [Internet]. 2007;22(6):624–260. Available from: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3967.pdf>
40. Luengo M. Sobrepeso y obesidad. *Offarm* [Internet]. 2005 [cited 2013 Dec 5]; Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Sobrepeso+y+obesidad#0>
41. Ponce M, Rivera A. Prácticas alimenticias de mujeres de la tercera edad de una población urbana y percepción sobre obesidad y salud. *Rev Espec en Ciencias la Salud* [Internet]. 2009 [cited 2013 Nov 29];12(2):2009. Available from: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDgQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unam.mx%2Findex.php%2Fvertientes%2Farticle%2Fdownload%2F26716%2F25028&ei=K\\_WYUuGCK8WhkQf3ioCgDw&usg=AFQjCNGkl3NrZFL0K31goyxHI37gJ3o1pQ&sig2=ydXniiVvLHBN42ogzEuRAg&bvm=bv.57155469,d.eW0](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDgQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unam.mx%2Findex.php%2Fvertientes%2Farticle%2Fdownload%2F26716%2F25028&ei=K_WYUuGCK8WhkQf3ioCgDw&usg=AFQjCNGkl3NrZFL0K31goyxHI37gJ3o1pQ&sig2=ydXniiVvLHBN42ogzEuRAg&bvm=bv.57155469,d.eW0)
42. Biagini L. Medidas de autocuidado y hábitos saludables son esenciales para el bienestar de la mujer. *Red Salud Mega Salud* [Internet]. 2010;49(4):1–16. Available from:

[http://www.megasalud.cl/lmg/Suplementos/634042505948070000\\_Imagen.pdf](http://www.megasalud.cl/lmg/Suplementos/634042505948070000_Imagen.pdf)

43. Leguía G, Pacheco A, Valdivia R. Nivel de Conocimientos y Practicas de Autocuidado del Paciente Hipertenso. Policlínico Juan Rodríguez Lazo, Policlínico Villa María y Servicio de Transporte Asistido de Emergencia. *Rev Ciencias la Salud*. 2007;2(1):38–49.
44. Tenahua Q, Olivera L, Alonso G. Capacidades y acciones de autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Enferm en Cardiol* [Internet]. 2007 [cited 2013 Nov 14];14(41):19–24. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2382424.pdf>
45. Cardaci D. Obesidad infantil en América Latina: un desafío para la promoción de la salud. *Glob Health Promot* [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 29];20(3):79–83. Available from: <http://ped.sagepub.com/content/20/3/80.short>
46. Elizondo J, Guillen F, Aguinaga I. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2005 [cited 2014 Oct 19];79:559–67. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v79n5/original4.pdf>
47. Poterico J, Rodrigo C, Renato Q. La Obesidad en el Perú: Recomendaciones para un Sistema de Vigilancia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2012;29(4):851. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000400029&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000400029&script=sci_arttext)
48. Rojas C, Moreno C, Vara E. Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de residencia de mujeres peruanas en edad fértil. *Rev peru med exp salud publica* [Internet]. 2004 [cited 2013 Nov 14];21(4):231–9. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342004000400006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342004000400006)

49. Lanata C. El Problema del sobrepeso y la Obesidad en el Perú: La Urgencia de una Política de Salud Pública para Controlarla. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2012;29(3):299–300. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23085788>
50. Parra A, Cherem L, Galindo D, Díaz M, Pérez A, Hernández C. Comparacion del gasto energético en reposo determinado mediante calorimetría indirecta y estimado mediante fórmulas predictivas en mujeres con grados de obesidad I a III. *Nutr Hosp* [Internet]. 2013 [cited 2014 Jul 2];28(2):357–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23822686>
51. Varela G, Alguacil L, Aperte E, Aranceta J, Ávila J, Aznar S. Obesidad y Sedentarismo en el siglo XXI. *Nutr Hosp* [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 14];28:1–12. Available from: <http://www.munideporte.com/imagenes/documentacion/ficheros/02179A39.pdf>
52. Aristizábal P, García D. Asociación de los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida con el sobrepeso y la obesidad en adolescentes entre 15 y 19 años de Manizales 2011: [Internet]. *Vasa*. 2013 [cited 2013 Dec 5]. Available from: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
53. Zalles M, Aguayo J, Carvajal E. Obesidad. *Rev Paceaña Med Fam* [Internet]. 2007;4(5):40–9. Available from: [http://www.mflapaz.com/revista\\_5\\_pdf/8OBESIDAD.pdf](http://www.mflapaz.com/revista_5_pdf/8OBESIDAD.pdf)
54. Escalante P. Prevención de la enfermedad. 2004;
55. Xavier Formiguera. Prevencion de la Obesidad: El Papel del Diseñador de Ciudades. 2002;153–65. Available from: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono6/Articulos/articulo11.pdf>
56. Bunge M. La ciencia, su método y su filosofía [Internet]. [cited 2014 Jul 4]. Available from: [http://www.aristidesvara.net/pgnWeb/metodologia/metodo\\_cientifico/naturaleza\\_metodo/bunge\\_libro\\_aristidesvara.pdf](http://www.aristidesvara.net/pgnWeb/metodologia/metodo_cientifico/naturaleza_metodo/bunge_libro_aristidesvara.pdf)

57. Tobón O. El autocuidado una habilidad para vivir. *Rev Hacia la Promoción la Salud* [serie en línea] [Internet]. 2003 [cited 2013 Nov 29];1–12. Available from: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista\\_8\\_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista_8_5.pdf)
  
58. Rivera L. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Rev salud pública* [Internet]. 2006 [cited 2013 Nov 29];8(3):235–47. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642006000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642006000300009&script=sci_arttext)
  
59. Achury L, Achury D, Rodríguez S, Sepúlveda G, Martínez M, Soto J, et al. Capacidad de Agencia de Autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Investig Enferm Imagen Desarr* [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 14];14(2):63–84. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145226758005>
  
60. Uribe T. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Rev Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. 1999 [cited 2013 Nov 14]; Available from: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>
  
61. Palacios C, Jorán L, Jordán J, Coatepetzin I. Apoyo educativo y su influencia en el autocuidado del adulto con obesidad. *Waxapa*. 2012;1(6):4–12.
  
62. Rivera J, Shama T, Salvador V, González T, Hernández B, Sepúlveda J. Estado de Nutrición de las Mujeres en edad reproductiva. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2002;16(2):61–73. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2002/ip022b.pdf>
  
63. Arenas L, Hernández I, Valdez R, Fernández P. Las Instituciones de Salud y el Autocuidado de los Médicos. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2004;46(4):326–32. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v46n4/21542.pdf>
  
64. Muñoz C, Cabrero J, Richart M, Orts M, Cabañero M. La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2005 Apr [cited 2013 Oct 9];15(2):76–87. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862105710871>

65. Esquivel V, Vinicio M. Estado nutricional de mujeres con sobrepeso y obesidad del área de cobertura del Programa de Atención Integral en Salud. *Acta Med Costarric* [Internet]. 2009;51(4):222–8. Available from: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n4/a07v51n4.pdf>
  
66. Luna J, Colín A, Domínguez V, Hernández M, Martínez M. Conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en escolares de 9 a 12 años. *Revsita CONAMED* [Internet]. 2011 [cited 2013 Dec 5];16(1):12–6. Available from: [http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/modulo\\_uno/files/supl\\_oct-dic\\_2011.pdf#page=13](http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/modulo_uno/files/supl_oct-dic_2011.pdf#page=13)
  
67. Poterico J, Bernabé A, Loret C, Miranda J. Asociación entre ver televisión y obesidad en mujeres peruanas. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2013 Dec 2];46(4):610–6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000400004&script=sci_arttext)
  
68. Hinojosa L, Berrocal A. Relacion entre obesidad y osteoporosis, en mujeres posmenopáusicas del Hospital Nacional Arzobispo Loyola. *Acta Med Per* [Internet]. 2007;24(3):172–6. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v24n3/v24n3a08.pdf>
  
69. Hilario N. Autocuidado en personas afectadas de diabetes tipo 2. Universidad de Huelva- España; 2013.
  
70. Crespo M. Capacidades de autocuidado en mujeres afectadas de cáncer de Mama. Universidad de Alicante - España; 2006.
  
71. Marín G. Ética de la justicia, ética del cuidado. *Assem dones d'Elx* [Internet]. 1993 [cited 2013 Nov 29];1–14. Available from: [https://www.udg.edu/Portals/9/totslquals/Etica del cuidado - Gloria Mar%C3%ADn.pdf](https://www.udg.edu/Portals/9/totslquals/Etica_del_cuidado_Gloria_Mar%C3%ADn.pdf)
  
72. World Health Organisation. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, Switzerland. 1998. p. 3–5.

73. Sánchez C, Pichardo E, López P. Epidemiología de la obesidad. *Gac Méd Méx.* 2004;140(2):3–20.
74. Robinson W, Gordon L, Kaufman J, Suchindran C, Stevens J. The female-male disparity in obesity prevalence among black American young adults: Contributions of sociodemographic characteristics of the childhood family. *Am J Clin Nutr.* 2009;89.
75. Lobo F. Políticas públicas para la promoción de la alimentación saludable y la prevención de la obesidad. *Rev Esp Salud Publica.* 2007;81:437–41.
76. Sanz de Galdeano A. The Obesity Epidemic in Europe. *Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit.* 2005;Discussion.
77. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. 2004.
78. Cabrera R, Motta I, Rodríguez C, Velásquez D. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chíncha - EsSalud. *Rev Enferm Hered [Internet].* 2010;3(1):29–36. Available from: [http://www.upch.edu.pe/faenf/images/stories/articulorevista3\\_1/autocuidado\\_3\\_4](http://www.upch.edu.pe/faenf/images/stories/articulorevista3_1/autocuidado_3_4)
79. Soriano M, Arrijoja E, Tialpan R. Percepción del estado de salud y sus influencias en las capacidades de autocuidado en personas con síndrome coronario. *Rev Mex Enferm Cardiol.* 2005;13:25–30.
80. Landeros E, Gallegos E. Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad. *Rev Mex Enferm Cardiol.* 2005;13(supl 2):20–4.
81. García M, García G, Arreguin L, Landeros E. Capacidades de Autocuidado y Percepción de Salud en Mujeres con y sin Preeclampsia. *Rev Cult del Cuid [Internet].* 2011 [cited 2013 Nov 15];8(2):8–15. Available from: <http://www.unilibrepereira.edu.co/publicaciones/index.php/cultura/article/view/40>

82. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la pobreza monetaria en el Perú al 2013 [Internet]. INEI. 2014. Available from: [http://www.inei.gob.pe/media/cifras\\_de\\_pobreza/evolucion\\_de\\_la\\_pobreza\\_2013.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/evolucion_de_la_pobreza_2013.pdf)
83. Gómez C, Martínez L, Levy T, García A, Ávila A, Quiroz M. Conocimientos en nutrición , sobrepeso u obesidad en mujeres de estratos socioeconómicos bajos de la Ciudad de México . Arch Latinoam Nutr. 2011;61(2):396–405.
84. Drewnowski A, Darmon N. The economics of obesity: Dietary energy density and energy cost. Am J Clin Nutr. 2005;82(1).
85. Pon L, Noor-Aini M, Ong F, Adeeb N, Seri S, Shamsuddin K, et al. . Diet, nutritional knowledge and health status of urban middle-aged Malaysian women. Asia Pac J Clin Nutr. 2006;15(3):388–99.
86. Jeffery R, French S. Socioeconomic status and weight control practices among 20- to 45-year-old women. Am J Public Heal. 1996;86(7):1005–10.
87. Morales C, Méndez I, Shamah T, Álvarez V, Melgar H. La inseguridad alimentaria está asociada con obesidad en mujeres adultas de México. Salud Publica Mex [Internet]. 2014 [cited 2014 Oct 22];56(1):54–61. Available from: <https://siid.insp.mx/textos/com-58901421.pdf>
88. Álvarez L, Goez J, Carreño C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. Rev Gerenc Polit Salud. 20012;23:98–110.
89. Gámbaro A, Raggio L, Dauber C, Ellis AC, Toribio Z. Conocimientos nutricionales y frecuencia de consumo de alimentos : un estudio de caso. 2011;61:308–15.
90. Instituto Nacional de Estadística e informática. Perú: Enfermedades no transmisibles 2013. 2013;

91. Gargallo, M., Basulto, J., Breton, I. Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. *Rev Española Obes.* 2011;9.
92. Pulido D, Novoa M, Muñoz A. Análisis metacontingencial de la obesidad mórbida como problemática de salud pública Metacontingencial analysis to morbid obesity public health problema. *Ter Psicológica.* 2013;31(2):239–47.
93. Ballesteros J, Saavedra M, Pérez N, Villalba C. La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (Estrategia NAOS). *Revi Esp Salud pública [Internet].* 2007 [cited 2013 Nov 14];81:443–9. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272007000500002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272007000500002&script=sci_arttext)
94. Rodríguez, C., Paredes, A. y Silvestre A. Acta de Comedores populares de la Comunidad La Flor de Carabayllo 2014.

**ANEXOS**

### Anexo A: Operacionalización de variable

Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabaylo – 2014								
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES	PREGUNTAS
<b>NIVEL SOCIO-ÉCÓNÓMICO</b>	Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo	Es una medida que caracteriza social y económicament e a las mujeres ,para la prevención de la obesidad que asisten al comedor popular “Doce de Octubre”	Social	Edad	1			Pregunta del 1 al 5.
				Nivel de instrucción	1	lletrado	1	
						Primaria	2	
						Secundaria	3	
			Superior Técnico/Univer sitario			4		
			Económico	Ocupación	1	Desempleada	1	
						Estudiante	2	
						Trabajo formal	3	
						Trabajo eventual	4	
				Ingresos	1	Menos de 400 nuevos soles	1	
						De 401 a 750 nuevos soles	2	
						De 751 a 1200 nuevos soles	3	
						Más de 1201 nuevos soles	4	
			Seguro médico	1	Ninguno	1		
SIS – AUS	2							
EsSalud	3							
Otros	4							

Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatrocomedores populares de la comunidad La flor, Carabayllo – 2014								
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Valor final	Criterios para asignar valores	Preguntas
<b>Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad</b>	Es el que suele entenderse como hechos e información adquiridos por el individuo a través de la experiencia o la educación, que tiene destinado a capacitar al individuo a enfrentarse a diferentes situaciones de la vida diaria para mantener su calidad de vida en un estándar estable	Es el grado de información obtenida que tienen las mujeres en edad fértil por las mujeres en edad fértil del comedor popular 12 de Octubre para prevenir la obesidad	Obesidad	Definición	1	Correcto = 2 Incorrecto = 0	Deficiente (0-3) Regular (4-5) Bueno (6-7) Excelente (8)	6
				Factores de riesgo	1			7
				Consecuencias	1			8
				Formas de prevención	1			9
			Autocuidado para prevenir la obesidad	Definición	5	Correcto =2 Incorrecto =0	Deficiente (0-4) Regular (5-7) Bueno (8-9) Excelente (10)	10
								11
								12
								13
			Promoción del autocuidado	Dieta	15	Correcto =2 Incorrecto =0	Deficiente (0-17) Regular (18-26) Bueno (27-31) Excelente (32-34)	Pregunta del 15 al 29
								Actividad Física,

## **Anexo B: Cuestionario conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La flor, Carabayllo – 2014 (CONAPRO)**

Se le invita a participar voluntariamente de este estudio con la finalidad de identificar que conocimientos de autocuidado tiene usted respecto a la prevención de la obesidad.

Es necesario que responda a las preguntas de este cuestionario con toda la sinceridad, por lo que le garantizamos que los datos que usted nos pueda brindar serán confidenciales. La información será exclusivamente para fines del estudio, velando en todo momento por la salvaguardia la información brindada.

El cuestionario que le presentamos a continuación está dividido en dos partes.

Datos socioeconómicos.

Datos relacionados con la obesidad.

Datos relacionados con el autocuidado para la prevención de la obesidad.

Aplicación del autocuidado para prevenir la obesidad.

### **Instrucciones a seguir**

Las preguntas se formulan leyendo la segunda y tercera columna del cuestionario, esto se ha hecho así para evitar repetir consecutivamente la frase inicial en todas las preguntas

Ejemplo:

¿Qué es obesidad?



Es la acumulación excesiva de grasa corporal.

b. Es tener una alimentación balanceada

c. Es comer mucha fruta.

1. Al lado derecho encontrara las posibles respuestas, solo deberá marcar con una "X" a la respuesta que se considere apropiada.
2. Al terminar verifique que haya contestado a todas las preguntas y finalmente entregue el cuestionario a la persona responsable.

Agradecemos su participación en este estudio.

Equipo de Investigación.

**Código:**

**Dirección:**

**I. DATOS SOCIOECONÓMICOS**

**1) Edad:**

**2) Grado de instrucción:**

- a. Iltrado (Analfabeto).
- b. Primaria.
- c. Secundaria.
- d. Superior técnico / Universitario.

**3) Ocupación**

- a. Estudiante
- b. Desempleada
- c. Trabajo eventual
- d. Trabajo formal

**4) Ingresos**

- a. Menos de 400 nuevos soles
- b. De 401 a 750 nuevos soles
- c. De 751 a 1200 nuevos soles
- d. Más de 1201 nuevos soles

**5) Seguro médico :**

- a. Ninguno
- b. SIS –AUS
- c. EsSalud
- d. Otros (Fuerzas armadas – PNP ,Privado)

## **II. DATOS RELACIONADOS CON LA OBESIDAD**

### **6) ¿Qué es obesidad?**

- a. Es tener una alimentación balanceada
- b. Es la acumulación excesiva de grasa del cuerpo.
- c. Es comer mucha fruta.
- d. Es estar sanos.

### **7) ¿Cuál de las siguientes alternativas es factor de riesgo para la obesidad?**

- a. Comer en exceso comida rápida (pollo broaster, etc.)
- b. Realizar caminatas.
- c. Comer frutas y verduras de forma balanceada.
- d. No fumar

### **8) ¿Cuál es la consecuencia de la obesidad?**

- a. Diarrea, deshidratación
- b. TBC, cáncer, anemia.
- c. Diabetes, colesterol alto, presión alta
- d. Asma, cólera

### **9) Una forma de prevenir la obesidad es...**

- a. Participación a charlas o programas de salud.
- b. Ver televisión más de 8 horas al día.
- c. Dormir muchas horas al día.
- d. Comer más chocolates, dulces, condimentos, etc.

**III. DATOS RELACIONADOS CON EL AUTOCUIDADO PARA PREVENIR LA OBESIDAD**

**10) ¿Qué es auto cuidado?**

- a) Es estar sanos.
- b) Son habilidades para cuidar a los demás.
- c) Es una enfermedad.
- d) Son habilidades para cuidar de sí misma

**11) Me gusta comer frutas y verduras ¿Por qué?**

- a. Crecí comiéndolos
- b. Son buenos para mi salud
- c. Son fácil de preparar
- d. Saben rico

**12) ¿Cuál de las siguientes preparaciones sería la mejor opción para un bajo contenido de grasa?**

- a. Papas fritas
- b. Queque con gaseosa
- c. Ensalada de frutas
- d. Ninguno

**13) Es muy importante realizar actividad física porque nos permite....**

- a. Conservar la salud
- b. Mejorar la apariencia
- c. Controlar mi peso
- d. A +B+C

**14) ¿Cuál de las siguientes alternativas es necesaria para el autocuidado de la prevención de la obesidad?**

- a. Conocimiento y habilidad sobre la obesidad.
- b. Solo conocimientos
- c. Conocimientos, habilidad y aptitud.
- d. N.A

#### **IV. APLICACIÓN DEL AUTOCUIDADO PARA PREVENIR LA OBESIDAD**

**15) Para prevenir la obesidad ¿con que frecuencia se debe comer verduras?**

- a. Nunca
- b. 1-2 días /semana
- c. 3-4 días / semana
- d. Todos los días

**16) Para prevenir la obesidad ¿con que frecuencia se debe consumir harinas, pastas o derivados?**

- a. Nunca
- b. 3-4 días/semana
- c. Todos los días
- d. 1-2 días/semana

**17) Para prevenir la obesidad ¿con que frecuencia se debe comer cereales (arroz, trigo, etc.)?**

- a. 1-2 días/semana
- b. Nunca
- c. 3-4 días/ semanas
- d. Todos los días

**18) Para prevenir la obesidad ¿con que frecuencia se debe comer menestras?**

- a. Nunca
- b. 1-2 días/semana
- c. 3-4 días/semana
- d. Todos los días

**19) Para prevenir la obesidad ¿con que frecuencia se debe comer tubérculos (papa, camote, yuca)?**

- a. Todos los días
- b. 1-2 días/semana
- c. 3-4 días/semana
- d. Nunca

**20) Para prevenir la obesidad ¿con que frecuencia se debe Comer derivados integrales (pan, salvado de trigo)?**

- a. Nunca
- b. 3-4 días/semana
- c. 1-2 días/semana
- d. Todos los días

**21) Para prevenir la obesidad ¿con que frecuencia se debe comer pescado?**

- a. Nunca
- b. 1-2 días/semana
- c. Todos los días
- d. 3-4 días/semana

**22) Para prevenir la obesidad ¿con que frecuencia se debe Comer Pollo?**

- a. Nunca
- b. 1-2 días/semana
- c. 3-4 días/semana
- d. Todos los días

**23) Para prevenir la obesidad ¿con que frecuencia se debe res o cerdo?**

- a. Nunca
- b. 3-4 días/semana
- c. 1-2 días/semana
- d. Todos los días

**24) Para prevenir la obesidad ¿con que frecuencia se debe comer frutas?**

- a. Todos los días
- b. 1-2 días/semana
- c. 3-4 días/semana
- d. Nunca

**25) Para prevenir la obesidad ¿con que frecuencia se debe consumir Azúcar?**

- a. Nunca
- b. A veces - ½ cucharadita de te
- c. 1 cucharadita de te
- d. Más de 1 cucharadita de te

**26) Para prevenir la obesidad ¿con que frecuencia se debe Consumir productos enlatados?**

- a. Nunca
- b. Frecuentemente - 3-4 días/semanas
- c. A veces - 2 días /semanas
- d. Todos los días

**27) Para prevenir la obesidad ¿con que frecuencia se debe Comer Embutidos (jamonada, hot-dog)?**

- a. Nunca
- b. A veces - 2 días /semanas
- c. Frecuentemente 3-4 días/semanas
- d. Todos los días

**28) Para prevenir la obesidad ¿con que frecuencia se debe Consumir alimentos ricos en grasa?**

- a. Frecuentemente 3-4 días/semanas
- b. Todos los días
- c. Nunca
- d. 1-2 días/semana

**29) Para prevenir la obesidad ¿con que frecuencia se debe Tomar agua al día?**

- a. 1-2 vasos / día
- b. 2-4 vasos/días
- c. 8 o más vasos /día
- d. 4-6 vasos / día

**30) ¿Para prevención de la obesidad ¿con qué frecuencia se debe realizar actividad física?**

- a. 3-4 días/ semanas
- b. Nunca
- c. 1-2 días/semanas
- d. Todos los días

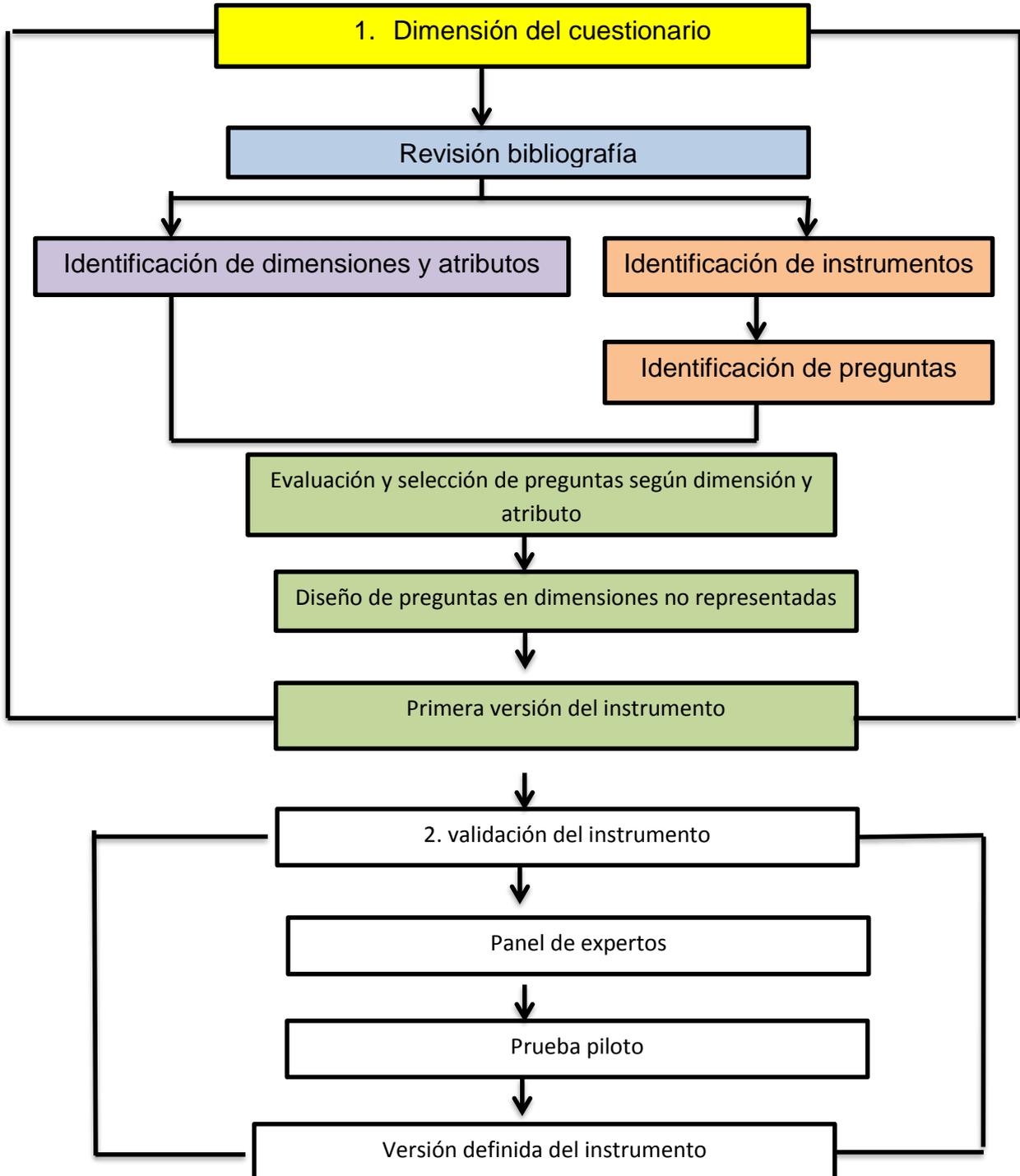
**31) ¿Cuánto de tiempo usted necesita para realizar actividad física?**

- a. Ninguno
- b. Menos de 15 minutos al día
- c. 30 minutos al día
- d. Más de 60 minutos al día

### Solución del cuestionario

PREGUNTAS	a)	b)	c)	d)	e)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.		correcto			
7.	correcto				
8.			correcto		
9.	correcto				
10.				Correcto	
11.		Correcto			
12.			Correcto		
13.				Correcto	
14.			Correcto		
15.				Correcto	
16.				Correcto	
17.			Correcto		
18.		Correcto			
19.		Correcto			
20.				Correcto	
21.				Correcto	
22.		Correcto			
23.			Correcto		
24.			Correcto		
25.		Correcto			
26.			Correcto		
27.		Correcto			
28.				Correcto	
29.			Correcto		
30.	Correcto				
31.			Correcto		

## Anexo C: Proceso de construcción y validación del instrumento



## Anexo D: Formato de juicio de experto sobre la pertinencia del instrumento (Parte 1)

### **Instrucciones:**

Para efectuar la validación del instrumento, agradeceremos leer cuidadosamente cada enunciado y sus correspondientes alternativas de respuesta, donde podrá seleccionar una de las alternativas de acuerdo a su criterio profesional.

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto cualitativo que le parece que cumple cada ítem y alternativa de respuesta, según los criterios que a continuación se detallan.

**E= Excelente / B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar**

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

Por otra parte se le agradece cualquier sugerencia relativa a redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que se considere relevante para mejorar el mismo.

Ejemplo:

Preguntas		Alternativas					Observaciones
Nº	Ítem	a	b	c	d	e	
1	B	E	B	B	M	B	
2							
3							

En caso tuviera alguna interrogante, no dude en contactarnos:

### **Datos del contacto:**

Investigador 1: Ortiz Loyola Flor de María.  
e – mail: Flor\_scorp@hotmail.com  
Cel.: 991201327

Investigador 2: Sintia Maira Saavedra Pizango  
e – mail: florpura\_21@hotmail.com  
Cel.: 934964078

**Formato de juicio de experto sobre la pertinencia del instrumento  
(Parte 2)**

**Parte 1:**

Preguntas		Alternativas				Observaciones
<b>I. Datos socioeconómicos</b>						
Nº	Ítem	a	b	c	d	
1	Edad					
2	Grado de instrucción					
3	Ocupación					
4	Ingresos					
5	Seguro médico					
<b>II. Datos relacionados con la obesidad</b>						
Nº	Ítem	a	b	c	d	
6	¿Qué es obesidad?					
7	¿Cuál de las siguientes alternativas es factor de riesgo para la obesidad?					
8	¿Cuál es la consecuencia de la obesidad?					
9	Una forma de prevenir la obesidad es...					
<b>III. Datos relacionados con el autocuidado para la prevención de la obesidad</b>						
Nº	Ítem	a	b	c	d	Observaciones
10	¿Qué es autocuidado?					
11	Me gusta comer frutas y verduras porque					
12	En su opinión cuál de las siguientes sería la mejor opción para un bajo contenido de grasa?					
13	¿Qué tan importante cree usted que estas razones son para realizar actividad física?					
14	¿Cuál de las siguientes alternativas es necesario para el autocuidado de la prevención de la obesidad?					

<b>IV. Aplicación del autocuidado para prevenir la obesidad</b>						
<b>N°</b>	<b>Ítem</b>	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>observaciones</b>
15	Para prevenir la obesidad con frecuencia se debe comer verduras					
16	Para prevenir la obesidad con frecuencia se debe consumir harinas, pastas o derivados					
17	Para prevenir la obesidad con frecuencia se debe comer cereales (arroz, trigo, etc.)					
18	Para prevenir la obesidad con frecuencia se debe comer menestras					
19	Para prevenir la obesidad con frecuencia se debe comer tubérculos (papa, camote, yuca)					
20	Para prevenir la obesidad con frecuencia se debe Comer derivados integrales (pan, salvado de trigo)					
21	Para prevenir la obesidad con frecuencia se debe comer pescado					
22	Para prevenir la obesidad con frecuencia se debe Comer Pollo					
23	Para prevenir la obesidad con frecuencia se debe res o cerdo					
24	Para prevenir la obesidad con frecuencia se debe comer frutas					
25	Para prevenir la obesidad con frecuencia se debe comer Azúcar (1 cuchara de té) o derivados (miel, caramelos)					
26	Para prevenir la obesidad con frecuencia se debe Consumir productos enlatados					
27	Para prevenir la obesidad con frecuencia se debe Comer Embutidos (jamonada, hot-dog)					
28	Para prevenir la obesidad con frecuencia se debe Consumir alimentos ricos en grasa					
29	Para prevenir la obesidad con frecuencia se debe tomar agua al día					
30	Para prevención de la obesidad con qué frecuencia se debe realizar actividad física					
31	Para prevención de la obesidad con que tiempo se debe realizar actividad física					

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				
Amplitud de contenido				
Redacción de los Ítems				
Claridad y precisión				
Pertinencia				

**Datos del Experto:**

**Nombre y Apellido:**

**Profesión:**

**Nº Colegiatura:**

**Cargo:**

**Institución:**

**Fecha:**

**Firma:**

## Anexo E: Resultados de validación

### Concordancia de prueba de jueces

#### Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	Las distribuciones de Nancy_Garcia_Pretell, Cesa_Suarez_Oré, Pedro_Quispe, Hernán_Matta_Solis, Rosa_Pérez_Siguas and Segundo_Millones_Gómez son las mismas.	Análisis bidimensional de Friedman de varianza por rangos para muestras relacionadas	,000	Rechace la hipótesis nula.
2	Las distribuciones de Nancy_Garcia_Pretell, Cesa_Suarez_Oré, Pedro_Quispe, Hernán_Matta_Solis, Rosa_Pérez_Siguas and Segundo_Millones_Gómez son las mismas.	Coefficiente de concordancia de Kendall para muestras relacionadas	,000	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,716	26

## Anexo F: Carta de respuesta

CLUB DE MADRES "DOCE DE OCTUBRE"

LA FLOR DE CARABAYLLO II ETAPA

JR. HUASCARAN LOTE 06 KM.17.LA FLOR

TELF: 964113502

FUNDADO 12-10-81

RECONOCIMIENTO DE MUNICIPIO 21134

Lima, Diciembre del 2013

SEÑOR:

PEDRO PABLO QUISPE ROSALES

Universidad de Ciencias y Humanidades

Presente.-

De mi consideración:

Me es grato dirigirme a usted a fin de hacerle llegar mis cordiales saludos y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que nuestra Organización Social de Base acepta y respalda la CARTA la misma que solicita brindar las facilidades para la recolección de información para el trabajo de investigación de las estudiantes que aquí detallo:

- Srta. Flor de María Ortiz Loyola. Código N 09202095
- Srta. Sintia Maira Saavedra Pizango. Código N 10102055

Las mismas que desarrollaran la tesis que lleva por título: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL QUE ASISTEN AL COMEDOR POPULAR "DOCE DE OCTUBRE" CARABAYLLO – 2014.

Habiendo tenido la oportunidad de conversar sobre el proyecto que se va a realizar hago de su conocimiento que es de interés de nuestras asociadas de apoyar la realización del trabajo de investigación que se nos ha planteado. Para ello queda el compromiso de apoyar con infraestructura necesaria para el desarrollo del trabajo.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Presidenta



**CLUB DE MADRES "LOS ROSALES"**  
**LA FLOR DE CARABAYLLO II ETAPA**

Mz D1 Lote 1

TELF: 990095730

Lima, Junio del 2014

SEÑOR:

PEDRO PABLO QUISPE ROSALES

Universidad de Ciencias y Humanidades

Presente.-

De mi consideración:

Me es grato dirigirme a usted a fin de hacerle llegar mis cordiales saludos y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que nuestra Organización Social de Base acepta y respalda la CARTA N la misma que solicita brindar las facilidades para la recolección de información para el trabajo de investigación de las estudiantes que aquí detallo:

- |                                       |                   |
|---------------------------------------|-------------------|
| - Srta. Flor de María Ortiz Loyola.   | Código N 09202095 |
| - Srta. Sintia Maira Saavedra Pizango | Código N 10102055 |

Las mismas que desarrollaran la tesis que lleva por título **NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN MUJERES BENEFICIARIAS A LOS COMEDORES POPULARES ,CARABAYLLO – 2014.**

Habiendo tenido la oportunidad de conversar sobre el proyecto que se va a realizar hago de su conocimiento que es de interés de nuestras asociadas de apoyar la realización del trabajo de investigación que se nos ha planteado. Para ello queda el compromiso de apoyar con infraestructura necesaria para el desarrollo del trabajo.

Sin otro particular, quede de usted.



Atentamente,

Presidenta

**COMEDOR POPULAR " MILAGROS DE LA FLOR "**  
**LA FLOR DE CARABAYLLO.**

Lima, Noviembre del 2014

SEÑOR:

PEDRO PABLO QUISPE ROSALES

Universidad de Ciencias y Humanidades

Presente.-

De mi consideración:

Me es grato dirigirme a usted a fin de hacerle llegar mis cordiales saludos y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que nuestra Organización Social de Base acepta y respalda la CARTA la misma que solicita brindar las facilidades para la recolección de información para el trabajo de investigación de las estudiantes que aquí detallo:

- Srta. Flor de María Ortiz Loyola. Código N 09202095
- Srta. Sintia Maira Saavedra Pizango. Código N 10102055

Las mismas que desarrollaran la tesis que lleva por título: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN MUJERES BENEFICIARIAS DE LOS COMEDORES POPULARES DE LA COMUNIDAD. LA FLOR, CARABAYLLO – 2014.

Habiendo tenido la oportunidad de conversar sobre el proyecto que se va a realizar hago de su conocimiento que es de interés de nuestras asociadas de apoyar la realización del trabajo de investigación que se nos ha planteado. Para ello queda el compromiso de apoyar con infraestructura necesaria para el desarrollo del trabajo.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Presidenta





**CLUBES DE MADRES – COMEDOR POPULAR LA  
MELCHORITA DE CARABAYLLO**

FUND. 07 05 1979 osbcmcp\_90c@hotmail.com Dir.: Calle Puno N° 151 P.J. la Flor FONO: 990042222

Lima, Noviembre 11 del 2014.

SEÑOR:  
PEDRO PABLO QUISPE ROSALES  
Universidad de Ciencias y Humanidades

Presente.-

De mi consideración:

Me es grato dirigirme a Usted a fin de hacerle llegar mis cordiales saludos y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que nuestra Organización Social de Base acepta y respalda la CARTA la misma que solicita brindar las facilidades para la recolección de información para el trabajo de investigación de las estudiantes que aquí detallo:

1. Srta. FLOR DE MARIA ORTIZ LOYOLA Código N° 09202095
2. Srta. CINTIA MAYRA SAAVEDRA PIZANGO Código N° 10102055

Las mismas que desarrollaran la tesis que lleva por título NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN MUJERES BENEFICIARIAS DE LOS COMEDORES POPULARES DE LA COMUNIDAD LA FLOR DISTRITO DE CARABAYLLO – 2014.

Habiendo tenido la oportunidad de conversar sobre el proyecto que se va a realizar hago de su conocimiento que es de interés de nuestras asociadas de apoyar la realización del trabajo de investigación que se nos ha planteado. Para ello queda el compromiso de apoyar con infraestructura necesaria para el desarrollo de trabajo.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Atentamente,



NEURY PILAR MIRANDA BENITES

## **Anexo G: Consentimiento informado**

### **Nivel de conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres beneficiarias de cuatro comedores populares de la comunidad La Flor, Carabayllo – 2014**

#### **Introducción:**

Se le está invitando Ud. a participar en este proyecto de investigación, con el objetivo de: Determinar el nivel conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en mujeres de edad fértil que asisten a comedores populares.

Se decidió realizar el estudio porque la obesidad es una de las enfermedades no transmisibles más comunes en la actualidad y aunque las estadísticas presentan tendencia a disminuir todavía constituye un gran problema para la salud pública, tanto a nivel mundial como en nuestro país.

En tal sentido se hace necesario reflexionar sobre el conocimiento que tienen las mujeres pues es al término de esta etapa e vida cuando por lo general surgen enfermedades no transmisibles como la obesidad, y esta ha estado determinada fundamentalmente por el estilo alimentario que tuvieron.

#### **Desarrollo:**

El estudio consta de una encuesta tiene preguntas la cual tendrán que marcar dependiendo cual es la respuesta correcta según su pensamiento, tenemos elaborado nuestro cuestionario se llama : " **NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN MUJERES BENEFICIARIAS DE CUATRO COMEDORES POPULARES DE LA COMUNIDAD LA FLOR, CARABAYLLO – 2014. (CONAPRO)** la cual trabajaremos con las mujeres para recolectar información cuantitativa que finalmente darán resultados estadísticos.

Luego de conocer la importancia del presente estudio, expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: "**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN MUJERES**

**BENEFICIARIAS DE CUATRO COMEDORES POPULARES DE LA  
COMUNIDAD LA FLOR, CARABAYLLO – 2014.**

Y manifiesto que:

He podido realizar la encuesta sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con el equipo de proyecto de investigación y comprendo que mi participación es voluntaria.

He comprendido que la investigación es de carácter confidencial.

**Autorizo:**

La elaboración de la encuesta pero sólo para favorecer la prevención de muchas enfermedades y que la información recolectada será confidencial y evaluada sólo por las personas directamente vinculadas con el estudio. Así mismo comprendo que puedo retirarme del estudio:

Cuando quiera

Sin tener que dar explicaciones.

3. Sin que esto repercuta al comedor popular.

Por lo antes expuesto, doy libremente mi conformidad para participar de este estudio de investigación.

-----

Nombre del participante

-----

Firma del participante

-----

Fecha

## Anexo H: Resultados complementarios

Características socioeconómicas de la población de la encuesta realizada.

Datos	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>		
- Media	39,11	
<b>Grado de instrucción</b>		
- Iltrado	2	2,2
- Primaria	17	18,9
- Secundaria	56	62,2
- Superior Técnico/ Universitario	15	16,7
<b>Ocupación</b>		
- Desempleada	16	17,8
- Estudiante	10	11,1
- Trabajo eventual	55	61,1
- Trabajo formal	9	10,0
<b>Ingresos</b>		
- Menor de 400 nuevos soles	43	47,8
- De 401 a 750 nuevos soles	41	45,6
- De 751 a 1200 nuevos soles	5	5,6
- Más de 1201 nuevos soles	1	1,1
-		
<b>Seguro medico</b>		
- Ninguno	23	23,3
- SIS-AUS	59	58,8
- EsSalud	18	57,9
- Otros (PNP, etc)	0	0