



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

TESIS

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO ALIMENTARIOS EN
ADOLESCENTES DEL NIVEL SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA INDUSTRIAL LUCYANA, CARABAYLLO - 2014**

PRESENTADO POR

**ESPINOZA ESPINOZA, ROSMERY ISABEL
SANCHEZ ALMEYDA, JESSICA JHOSELIN**

ASESOR

QUISPE ROSALES, PEDRO PABLO

Los Olivos, 2016



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

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO ALIMENTARIOS
EN ADOLESCENTES DEL NIVEL SECUNDARIA DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INDUSTRIAL
LUCYANA, CARABAYLLO - 2014**

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

PRESENTADA POR:

**Espinoza Espinoza, Rosmery Isabel
Sanchez Almeyda, Jessica Jhoselin**

Lima - Perú

2016

SUSTENTADO Y APROBADO ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Hernán Hugo Matta Solís

Presidente

Rosa Eva Pérez Siguas

Secretario

Doris Mellina Alvines Fernández

Vocal

Pedro Pablo Quispe Rosales

Asesor

**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO ALIMENTARIOS
EN ADOLESCENTES DEL NIVEL SECUNDARIA DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INDUSTRIAL
LUCYANA, CARABAYLLO - 2014**

Dedicatoria

Dedicamos el presente trabajo de investigación a nuestros padres por el apoyo incondicional, a la docente y asesor por la guía y orientación durante nuestra última etapa a puertas de culminar nuestra profesión.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	13
1.1. Planteamiento del problema.....	13
1.2. Formulación de la pregunta de investigación	21
1.3. Justificación del estudio	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	23
2.1. Marco contextual histórico social de la realidad.....	23
2.1.1. Reseña del distrito de Carabayllo	23
2.1.2. Reseña histórica de la Institución Educativa Industrial “Lucyana”	24
2.2. Marco teórico-conceptual.....	25
2.2.1 Adolescencia	25
2.2.2. Alimentación	28
2.2.3 Autocuidado.....	37
2.3. Antecedentes de la investigación.....	41
2.3.1. Internacionales.....	41
2.3.2. Nacionales	44
2.4. Objetivos	47
2.4.1. Objetivo general.....	47
2.4.2. Objetivos específicos	47
2.5. Hipótesis	48
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	49
3.1. Tipo-diseño de investigación.....	49
3.2 Población	49
3.2.1. Criterios de inclusión.....	50
3.2.2. Criterios de exclusión.....	50

3.3. Variable	51
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	51
3.4.1. Constructo y validación de instrumento	51
3.5. Proceso de recolección de datos	54
3.5.1. Fase previa: Validación del instrumento	54
3.6. Técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos	55
3.7. Aspectos éticos.....	56
3.7.1. Principio de justicia	56
3.7.2. Principio de autonomía	56
3.7.3. Principio de beneficencia	57
3.7.4. Consentimiento informado	57
3.7.5. Asentimiento informado	58
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION	59
4.1. Resultados	59
4.1.1. Descripción de los datos sociodemográficos	59
4.1.2. Descripción de autocuidado.....	59
4.2. Discusión	64
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
5.1. Conclusiones.....	67
5.2. Recomendaciones	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	72

Índice de gráficos

Gráfico 1: Prácticas de autocuidado alimentario en adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo-2014.... 60

Gráfico 2: Prácticas de autocuidado alimentario en la dimensión frecuencia de alimentación en adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo - 2014..... 61

Gráfico 3: Prácticas de autocuidado alimentario en la dimensión consumo de comidas principales de adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo - 2014 62

Gráfico 4: Prácticas de autocuidado alimentario en la dimensión alimentación saludable y no saludable básica de adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo - 2014 63

Índice de anexos

Anexo A: Matriz de operacionalización de variables	73
Anexo B: Construcción y validación del instrumento	74
Anexo C: Versión final del instrumento validado	75
Anexo D: Formato de validación de expertos.....	79
Anexo E: Resumen de prueba de jueces.....	83
Anexo F: Alfa de Cronbach	83
Anexo G: Autorización para la recolección de datos.....	84
Anexo H: Consentimiento informado.....	85
Anexo I: Asentimiento informado	89
Anexo J: Datos sociodemográficos.....	91
Anexo K: Resultados complementarios	92

Resumen

Actualmente, han surgido modificaciones en la práctica alimentaria las cuales causan impacto negativo en la salud pública, surgiendo así enfermedades como: dislipidemias, obesidad, sobrepeso, desnutrición, anemia, entre otras. **Objetivo:** Identificar las prácticas de autocuidado alimentario en adolescentes de la Institución Educativa Lucyana. **Materiales y métodos:** Este estudio es descriptivo cuantitativo de corte transversal. La población estuvo conformada por 231 estudiantes de 2° y 3° de secundaria de dicha institución. El instrumento utilizado fue un cuestionario cerrado "Prácticas de autocuidado alimentario dirigido a adolescentes" (PRAULI) con alternativas para marcar y como técnica, la encuesta. **Resultados:** Los resultados obtenidos indican que el nivel de prácticas de autocuidado alimentario en los adolescentes es regular con un 98,27 %; en las dimensiones: frecuencia de alimentación, comidas principales, alimentación saludable y no saludable básica, se obtuvo el nivel de bueno con 54,98 %; regular con 90,91 %; regular con 54,98%, respectivamente. **Conclusiones:** Se presentó un regular nivel en las dimensiones consumo de comidas principales y alimentación saludable y no saludable básica.

Palabras clave: Prácticas, autocuidado, alimentación, adolescencia

Abstract

Currently, it has emerged changes in practice food which cause negative impact on public health and emerging diseases such as dyslipidemia, obesity, overweight, malnutrition, anemia, among others. **Objective:** To identify food self-care practices among adolescents of School Lucyana. **Materials and Methods:** This study is quantitative descriptive of cross section. The population consisted of 231 students of 2nd and 3rd high school of that institution. The instrument used was a closed questionnaire "food self-care practices aimed at teenagers" (PRAULI) alternatives for marking and as art survey. **Results:** The results indicate that the level of food self-care practices among adolescents is regular with 98.27%; in dimensions: power frequency, meals, healthy eating and unhealthy basic level of good with 54.98% was obtained; regulate 90.91%; regulate 54.98% respectively. **Conclusions:** It presented a regular level in the dimensions consumption meals and healthy food and non-basic healthy.

Keywords: Practices, self-care, feeding, adolescence

Introducción

El tema de investigación nos ha causado interés acerca del autocuidado alimentario en adolescentes, previa revisión de revistas científicas, artículos y otras investigaciones; nos dan a conocer que tanto a nivel mundial como nacional las enfermedades no transmisibles y coronarias, dislipidemias, obesidad y sobrepeso, los casos van en incremento y se estima que para años posteriores se acrecentará la morbimortalidad y disminuirá la esperanza de vida en nuestro país.

La inadecuada práctica alimentaria lleva a contraer múltiples enfermedades, es por ello nuestro interés el investigar sobre autocuidado alimentario en adolescentes del distrito de Carabayllo ya que no existen tesis otras investigaciones en el mismo distrito, comenzaremos por mencionar por capítulos.

El primer capítulo contiene la situación problemática donde se menciona los hallados en otras investigaciones y sus consecuencias por la inadecuada alimentación tanto a nivel internacional como nacional, lo que nos demuestra que dicho problema es de suma importancia a nivel mundial, ya que actualmente se acrecienta y está cobrando muchas vidas. Por otro lado planteamos la pregunta del problema y justificamos el motivo de estudio, de acuerdo a nuestra realidad y espacio geográfico.

El segundo capítulo contiene el marco teórico, en ello describimos los conceptos de las variables, como son: alimentación, adolescencia, autocuidado; así mismo el marco histórico social del distrito de Carabayllo. Así como también planteamos nuestros objetivos y mencionamos los antecedentes internacionales y nacionales, que son estudios realizados en otros lugares y países que se refieran al mismo tema y los resultados obtenidos, para luego ser comparados con el nuestro.

En el tercer capítulo contiene la metodología del estudio indica el tipo y diseño de investigación, las características de la población, las variables, la técnica de recolección de datos, fue una encuesta que constaba de 15 preguntas cerradas fue validado por cinco jueces expertos. También describimos el plan de recolección

de datos que se realizó en cuatro fases y la técnica de procesamiento de datos y análisis en un programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

En el cuarto capítulo se redacta los resultados y la discusión; que dio respuesta a nuestros objetivos planteados y la comparación con los resultados con otros estudios.

En el quinto capítulo llegamos a la conclusión y recomendación de nuestro estudio; sobre la alimentación en los adolescentes y el déficit de práctica de autocuidado que aún se siguen dando debido a la falta de conocimiento y reforzamiento de la promoción y prevención de la salud. Hasta hoy en día se conoce sobre la problemática que se han intentado resolver, sin embargo aún falta mucho por hacer y mejorar la estrategia sanitaria sobre la alimentación sobre todo en los menores de edad, para de esta manera disminuir la morbimortalidad.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Una de las fuentes más indispensables para la subsistencia de los seres vivos es la alimentación, ya que se inicia esta práctica desde la formación de un embrión, hasta la defunción del ser vivo; al transcurrir de los años, los hábitos alimentarios han sufrido diversos cambios, debido principalmente al capitalismo y la globalización, que incrementó los productos industrializados y transgénicos, que en su mayoría son importados a países en desarrollo, sin ningún control, ni registro aduanero y son vendidos al libre mercado, a exposición de la población, sin medir los daños que podrían causar en la salud.

Actualmente, han surgido modificaciones en la práctica alimentaria, las cuales causan impacto negativo en la salud pública, generando un mayor gasto económico para el estado de cada país, debido a la morbilidad a nivel mundial, que genera la práctica inadecuada en la alimentación, principalmente en los primeros años de vida, que son edades óptimas para aprender hábitos y conductas, ya sean positivos o negativos hacia la salud.

Debido al déficit de prácticas de autocuidado en la alimentación, surgen las enfermedades como: dislipidemias, obesidad, sobrepeso, enfermedades no transmisibles, desnutrición, anemia; que trajo como consecuencias altos porcentajes de muertes en todos los países; convirtiéndose un problema de salud social. Siendo las principales la obesidad, sobrepeso y enfermedades no transmisibles. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que casi

el 80% de las muertes por enfermedades no trasmisibles se dan en los países de ingresos bajos y medios ⁽¹⁾.

La OMS También afirma que "en los últimos años han surgido pandemias de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), llegando a instaurarse como el principal problema de Salud Pública del mundo, de las Américas y del Perú". Ello queda demostrado cuando, de los 57 millones de defunciones que se produjeron en el planeta en 2008, 36 millones se debieron a ECNT, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus tipo II y enfermedades pulmonares crónicas, siendo las causas más importantes por la inadecuada alimentación, la inactividad física, el tabaquismo y el uso nocivo del alcohol ⁽²⁾.

El problema del sobrepeso y la obesidad, ha llegado a tal punto que se considera la epidemia del siglo XXI en el mundo". Las consecuencias de ésta enfermedad, tanto a nivel individual, familiar y social, son de tal magnitud, que la lucha para prevenirla y combatirla, empieza a ser fundamental para las naciones, que han sido afectadas por ella ⁽³⁾.

El incremento en los índices de prevalencia de los países desarrollados parece imparable. Según se desprende de los datos de estudio epidemiológicos relacionados con la salud y la nutrición.

La obesidad en adolescentes es actualmente considerado un problema de salud a nivel mundial con un porcentaje de 25% de la población, este aumento se ha dado drásticamente en las últimas décadas ⁽¹⁾.

Recientemente, el estudio internacional Health Behaviour in School Age Children (HBSC), dirigido por la OMS, encontró que el 14,3% de los(as) adolescentes encuestados se encontraban en situación de sobrepeso y obesidad, medidos con índice de masa corporal (IMC) ⁽⁴⁾.

En las Américas la obesidad afectó a 139 millones de personas en el 2005 y se estima que para el 2015 esa cifra llegará a cerca de 290 millones. En el

Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES 2011), indica que más del 52 % de mujeres en edad fértil presentan obesidad o sobrepeso; en escolares las tasas alcanzan el 22.8 % según la encuesta Global de Salud Escolar 2010, las cifras más altas son en América Latina⁽¹⁾.

Otros estudios epidemiológicos realizados en Perú y publicados, muestran la afectación de individuos cada vez más jóvenes. El exceso de peso en adolescentes (10 a 19 años), el sobrepeso fue mayor en las mujeres, pero la obesidad fue mayor en los hombres, ambos predominan en la zona urbana y aumenta a medida que disminuye el nivel de pobreza. También se observó que la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad se encontró en la costa y Lima Metropolitana. A nivel departamental se observó que los departamentos con mayor prevalencia de exceso de peso fueron: Moquegua (41,6 %); Tacna (40,2 %); Lima (36,8 %); Arequipa (32,9 %), e Ica (32,1 %)⁽⁵⁾.

En México, la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de alrededor de 35.8 % para el sexo femenino (lo que representa a 3 175 711 adolescentes del sexo femenino en todo el país) y 34.1 % en el sexo masculino (representativos de 3 148 146 adolescentes varones) en 2012. La proporción de sobrepeso fue más alta en mujeres (23.7 %) que en hombres (19.6 %); y para obesidad los datos revelan que el porcentaje de adolescentes de sexo masculino con obesidad fue mayor (14.5 %) que en las de sexo femenino (12.1 %) ⁽⁶⁾.

El 70% o más de los adolescentes con obesidad, llegarán a ser adultos obesos ⁽⁷⁾. En dicha etapa se muestran, estudios de tendencia a incremento, debido a práctica inadecuada de alimentación y al comportamiento sedentario, promovido por la mecanización creciente tanto de los medios de transporte como de las actividades del tiempo libre ⁽⁸⁾. Siendo no solo un factor de una enfermedad, sino que también causa discriminación y burla social, sobre todo dentro de los colegios, que afectará la autoestima, en quien lo padece.

En nuestro país, el sobrepeso y obesidad en adolescentes han incrementado en los últimos 30 años; así, en mujeres de 10 a 14 años se incrementó de 11,2

a 18,6 %, y en varones de 4 a 9,7 % (9,10). A nivel poblacional, Lima es uno de los departamentos con más alta prevalencia de sobrepeso, 17,24%, a predominio urbano ⁽⁹⁾.

Es esta etapa, se define la composición física del ser humano, y es donde se deberían adoptar adecuado hábitos alimentarios. Se ha documentado que las decisiones tomadas en la adolescencia son determinantes para el futuro de un individuo; la adolescencia es una etapa en la que se establecen patrones de comportamiento para la vida al transitar de la niñez a la edad adulta ⁽⁶⁾.

Sin embargo, nos percatamos que en los centros educativos, no se presta atención a este tema, por lo que los adolescentes consumen alimentos no nutritivos. La transición nutricional que en países como Perú está experimentando, se caracteriza por un incremento en la ingesta de alimentos, grasas, azúcares, alimentos procesados y una disminución del nivel de actividad física ⁽¹⁰⁾.

En Perú, se detectó un hábito de mal nutrición en adolescentes, se encontró que el 25 % presentan hipertensión, 39 % bajos niveles de HDL, y el 46 % altos niveles de triglicéridos (frente a 4,18 y 17 % en adolescentes con peso adecuado respectivamente ⁽⁷⁾.

En estas últimas décadas el tema de malnutrición ha tomado posición en diversas investigaciones en todos los países. En respuesta a la problemática, la OMS promovió la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, actividad física y salud para la prevención de enfermedades crónicas, tales como las ya mencionadas ⁽¹⁾.

El avance tecnológico no solo nos ha facilitado la vida, sino trajo consigo la alteración de conductas en el ser humano como: El sedentarismo, consumo de alimentos no nutritivos y a la vez perjudiciales para la salud. Uno de los medios más influyentes en la sociedad es la televisión que en su contenido de publicidad emite mensajes que motivan al consumismo de alimentos manufacturados que por lo general contienen exceso de grasas y azucares,

que al paso de los años se almacenan y causan enfermedades cardiovasculares. Los factores principalmente se dan con la urbanización, el crecimiento económico, los cambios tecnológicos que promueven el sedentarismo, la limitada actividad física ⁽¹¹⁾.

Nuestro país es uno de los cinco países de la región cuyos niveles de desigualdad interna disminuyeron en los últimos 10 años (usando el índice de desarrollo humano ajustado por desigualdad). Este es un buen indicador para el país; sin embargo, este cambio positivo podría venir acompañado de un incremento del sobrepeso y obesidad en la población, incluyendo niños y adolescentes ⁽⁷⁾.

La autonomía e independencia propias de la edad, se acompañan de un aumento de las actividades fuera del hogar; con horarios de comida desordenados, omisiones de algunos tiempos de alimentación (desayuno, almuerzo) y un aumento de la ingesta de comida rápida, golosinas y bebidas energéticas. Al mismo tiempo, disminuye el consumo lácteo, frutas y verduras; la cena puede pasar a ser la principal alimentación del día. El sedentarismo, sumado a estos hábitos alimentarios, contribuye a un riesgo elevado de obesidad y otras enfermedades crónicas debido a la influencia de los medios de comunicación (televisión) ⁽¹²⁾.

Debido a este problema social, se creó en el año 2004, una estrategia propuesta por el ministerio de salud llamada "Alimentación y Nutrición Saludable" es una de las 10 estrategias que integra intervenciones y acciones priorizadas dirigidas a la reducción de la morbimortalidad materna e infantil y a la reducción de las deficiencias nutricionales, debiendo generar las sinergias necesarias para conseguir los resultados esperados según R.M. N° 701-2004/MINSA, debe coordinar, supervisar y monitorear las diversas actividades relacionadas a la alimentación y nutrición que ejecutan los establecimientos de salud ⁽¹³⁾.

A causa de los problemas expuestos, en nuestro país, también se crearon planes de prevención y promoción como atención primaria, que ayuda a

capacitar a la población para el cuidado de su propia salud y mejorarla día a día, de esta manera logre alcanzar un bienestar físico, mental y social; adaptándose a su medio o quizá modificándola para satisfacer sus necesidades como ser humano.

Como profesionales de la salud, somos responsables de promover la prevención de salud alimentaria, tratando al usuario como un ser holístico con sus diferentes componentes, físico, biológico, psicológico, social, cultural, etc. Es por esta razón que el Ministerio de Salud creó planes de acción como: quioscos saludables, refrigerios saludables, alimentación saludable, seguridad alimentaria, crecer, etc.

Es por ello que se implementó la promoción de salud para reforzar el autocuidado, promoviendo habilidades de acción, que ayude a mantener o mejorar la salud del individuo. Es un tema que cobra vigencia en la actualidad, en razón a que constituyen en una estrategia básica para la adquisición y el desarrollo de actitudes o habilidades que conllevan a cambios de comportamientos relacionados con la salud y al fomento de estilos de vida saludable, así contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que conforman una sociedad y como consecuencia se logra la disminución en el coste económico del proceso salud- enfermedad⁽¹⁴⁾.

En nuestro país en los años 70 y 80, el ministerio de salud, crea programas sociales, que se basan en la participación de la comunidad; dicha estrategia participativa fueron proporcionando buenos resultados, aunque no eliminó totalmente la desnutrición y el sobrepeso y obesidad, más las enfermedades asociadas a ellos, que son las enfermedades crónicas no transmisibles, ya que la población estaría consiente de los problemas relacionados con la salud y la toma de decisiones para afrontar los problemas, así obtendría conocimientos, para la mejora de su autocuidado conjuntamente con los profesionales de salud.

La promoción de la salud, da énfasis a que los miembros de una comunidad, se concienticen, se comprometan y tomen la responsabilidad de proteger su

salud y de esta manera prevenir enfermedades, este acto es llamado autocuidado; el cual forma parte de la atención primaria de salud, está dirigido a las prácticas de las actividades que las personas pueden hacer, con el fin de seguir viviendo, mantener la salud y prolongarla.⁽¹⁴⁾

Al transcurrir los años, se fueron implementando más programas, esta vez ya con la participación de sectores sociales, instituciones, organizaciones públicas y privadas; también se organizó el ministerio de salud con educación, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida del estudiante en su entorno familiar y comunitario, con la promoción de la salud, para el desarrollo físico, psicoemocional, sociocultural de esta manera aporte a su país con su capacidad intelectual, es por esto que los colegio son lugares estratégicos, para inculcar estilos de vida saludable.

Gracias a dichas estrategias, los centros educativos están dispuestos a ofrecer su campo, para las prácticas de los estudiantes de ciencias de la salud; de esta manera se aplicaran la promoción de la salud y prevención de enfermedades, según etapa de vida y la necesidad de cada una de ellas.

Analizando la situación actual tanto a nivel mundial como nacional, el problema nutricional, es la inadecuada alimentación y la falta de prácticas de autocuidado, en ella, debido al debilitamiento de la promoción de salud que se maneja en nuestro país, como también al incumplimiento de leyes estipuladas por la nación.

El Pleno del Congreso aprobó la ley de promoción de la alimentación saludable en niños y adolescentes, más conocida como “ley de la comida chatarra”, que supervisa la publicidad relacionada con alimentos y bebidas no alcohólicas, respondiendo a los compromisos que asumió el Estado ante la Organización Mundial de la Salud. El objetivo de esta es reducir las enfermedades vinculadas con el sobrepeso y obesidad, así como males crónicos conocidas como no trasmisibles. El texto aprobado también fomenta la actividad física, la implementación de quioscos y comedores saludables en las instituciones de educación básica regular ⁽¹⁵⁾.

El Estado tiene la obligación velar por su país, en este caso invertir en la educación, alimentación de los niños y adolescente, se deben cumplir los derechos y deberes de cada uno de ellos, fortalecer los programas de alimentación enfocándose en la atención primaria, sobre todo capacitar a los maestros de las instituciones educativas, con el fin de complementar la promoción de la salud, en el aspecto de alimentación saludable dentro de los colegios y también preparando al personal de salud para dicho campo.

El Estado tiene la responsabilidad de hacer cumplir las leyes, donde debería implementar un riguroso control en los productos comestibles manufacturados tanto nacionales como importados, impedir el ingreso de marcas no registradas, promover publicidades en los medios de comunicación sobre alimentación saludable, fomentar la actividad física. De esta manera podremos mejorar nuestro estilo de vida, para alcanzar una esperanza de vida de 80 años en condiciones saludables.

Al confrontar la literatura, se evidencia una problemática social muy ligada a los hábitos alimenticios no saludables, la población más vulnerable son los grupos etarios que comprende entre la niñez y la adolescencia, expuestos a factores externos, influenciados por los medios de comunicación y la controversia del estado por hacer cumplir las leyes estipuladas.

En consideración a lo expuesto, creemos necesario abordar el tema sobre las prácticas de autocuidado en alimentación de los adolescentes, para evidenciar la realidad de la población escolar.

La decisión de estudiar el tema fue gracias a nuestras vivencias, ya que por medio de estas pudimos evidenciar que hay escolares con problemas de mal nutrición, principalmente por exceso de consumo de alimentos no saludables, se busca encontrar la semejanza o contradicción con otros estudios, ya que existen pocos estudios nacionales sobre el tema el fin también es elaborar una herramienta que sea útil para futuras investigaciones.

Por las razones anteriormente expuestas establecemos la siguiente pregunta:

1.2. Formulación de la pregunta de investigación

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado alimentario en adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo - 2014?

1.3. Justificación del estudio

El siguiente trabajo se realizó para conocer la situación actual referente a la alimentación y las prácticas de autocuidado que emplean los adolescentes escolares, en los distintos niveles socioeconómicos y demográficos en nuestro país.

Cabe resaltar que nuestro propósito es saber si la realidad de nuestro país es semejante a la realidad de las investigaciones nacionales como internacionales para así tener una herramienta básica y real de la situación de los estudiantes, para que sirva como referencia a las instituciones de salud y tomen cartas en el asunto y mejoren la estrategia sanitaria referente a la alimentación saludable.

El estudio tiene como finalidad generar precedente de la problemática social, en las comunidades con distintas realidades socioeconómicas, políticas y demográficas para que a un futuro se puedan plantear posibles soluciones.

Nuestro país tiene como debilidad el manejo de la salud pública por priorizarse la atención al enfermo, mas no se previene de forma oportuna para disminuir la morbi-mortalidad; es clara la diferencia en el manejo del sistema de salud que se lleva en otros países, que se prioriza la atención primaria, dicha estrategia fortalece el autocuidado en cada persona, por lo que no genera gasto económico.

Está claro que nuestra realidad es otra, ya que las personas no practican el autocuidado y esto se ve desde la educación que se da a los menores,

quienes son las etapas donde adoptan hábitos adecuados o inadecuados, que en su mayoría repercuten en un futuro, lo que trae consigo enfermedades degenerativas crónicas e incurables.

La inadecuada práctica en el autocuidado es un tema de suma importancia por lo que al parecer solo los profesionales de salud han tratado del tema, lo que se evidencia que muchas de las personas no saben o aun sabiendo no se saben cuidar.

Es por ello nuestra preocupación que muchos de los distritos de la ciudad que cuentan con gran número de habitantes, muy a pesar de existir leyes, estrategias sanitarias, planes, etc.; se sigan incrementando muertes por enfermedades no trasmisibles, lo que refleja el inadecuado manejo del sistema de salud por parte del ministerio de salud.

Luego de haber realizado búsqueda bibliográfica, no se encontraron antecedentes relacionados con el tema de autocuidado alimentario, en el ámbito nacional. Es por esta razón el interés de nuestra investigación conocer las prácticas de autocuidado alimentario de adolescentes del distrito de Carabaylo, por ser de alto porcentaje de población.

Como profesionales de enfermería nuestro objetivo es concientizar a la población adolescente sobre alimentación saludable a través de la promoción de la salud y prevención enfermedades.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco contextual histórico social de la realidad

2.1.1. Reseña del distrito de Carabayllo

Carabayllo se destaca por su riqueza histórica, social, económica y cultural que han tenido diversas sociedades que ocuparon este espacio territorial. El trabajo de los primeros grupos humanos se dividió de acuerdo al sexo: Las mujeres y niños se dedicaron a la recolección de productos vegetales y los hombres realizaban las actividades de pesca, marisqueo, caza y a la fabricación de los utensilios líticos de variadas formas y funciones ⁽¹⁶⁾.

Ante el incremento poblacional en 1876, se construyó un primer centro educativo primario de Lima Norte, que después se denominara escuela fiscal N° 4326 (hoy es el colegio República de Argentina). En la década del 90 el distrito de Carabayllo continuó su crecimiento urbano, pero con mayor celeridad en las zonas agrícolas.

Dicho distrito muestra un significativo y sostenido aumento poblacional durante los últimos 39 años, pasando de 28 827 habitantes en 1972 a 257 325 habitantes en el 2011 según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), con un ligero porcentaje mayor en cuanto el crecimiento de la población femenina frente a la masculina.

Carabayllo posee una población básicamente joven, tomando las proyecciones del INEI, el 31.95 % de su población está constituida por niños y adolescentes menores de 1 año hasta los 15 años; y el 2.66 % por jóvenes en edades comprendidas entre los 16 y 30 años. La población de Carabayllo se encuentra en una situación de pobreza extrema, estando en el décimo tercer lugar entre los distritos que albergan mayor población en estas condiciones. Así tenemos, que 24 de cada 100 niños (menores de 8 años) sufren de desnutrición crónica; 6 de cada 100 no asisten a las escuelas; 8 de cada 100 (entre 6 y 14 años) trabajan; 5 de cada 100 mujeres son analfabetas.

2.1.2. Reseña histórica de la Institución Educativa Industrial “Lucyana”

La Institución Educativa Industrial “Lucyana” fue creado en el año 1994, mediante Resolución Directoral N° 000123-94. Se encuentra ubicado en el jr. Víctor Humareda s/n de la urbanización Lucyana del distrito de Carabayllo. Cuenta con una infraestructura moderna, construida en 1996 por el Instituto Nacional de Infraestructura Educativa y Salud (INFES).

El centro educativo brinda a la comunidad las siguientes especialidades:

- Electricidad
- Mecánica de producción
- Industria textil
- Industria alimentaria.

Cuenta con una plana docente calificada por cada especialidad, docentes que han sido nombrados mediante concursos públicos.

Esta Institución está desarrollando un gran proyecto educativo promovido por la gestión del Sr. Ricardo Martín Cabrejos Vega. Actual Director, cuyo proyecto “Mejorando nuestros aprendizajes” es la nueva propuesta que involucra una serie de trabajos dirigidos a fortalecer el

campo pedagógico, promover valores, la buena convivencia, el cuidado del cuerpo y del medio ambiente.

Actualmente, la Institución no cuenta con programas regidos por el Ministerio de Educación y de Salud por la razón de ser una institución de nivel secundario. El 14 de noviembre de 2012 se creó la Ley General de Salud que promueve la alimentación saludable en las instituciones educativas, con la finalidad de que los estudiantes consuman alimentos sanos e inocuos a través de la oferta de alimentos que son adquiridos en los quioscos; sin embargo, hoy en día dicha ley no se cumple.

2.2. Marco teórico-conceptual

2.2.1 Adolescencia

2.2.1.1 Definiciones

El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) establece que aún no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente. El Ministerio de Salud de Chile define la adolescencia como “la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de un individuo, permitiéndole a las personas alcanzar la madurez o la etapa adulta, incorporándose en forma plena a la sociedad ⁽¹⁷⁾.”

La adolescencia es el tránsito de la niñez a la vida adulta, en el que se producen numerosas y profundas modificaciones en el sujeto como ser biológico, social y en su integridad total.

2.2.1.2. Edad comprendida

Según la OMS, comprende entre 10 a los 19 años de edad. Dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes

más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). En la adolescencia temprana comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación ⁽¹⁸⁾.

Sin embargo, en nuestro medio, el Ministerio de Salud toma los criterios de la OMS, sin embargo, está adaptado a nuestra realidad con la finalidad de unificar estándares internacionales y además realizar evaluaciones objetivamente verificables. No obstante, actualmente el Ministerio de Salud ha modificado dicho rango de edades para estar acorde con la normatividad nacional. Actualmente la etapa de vida adolescente es la población comprendida desde los 12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días, bajo Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, del 14 de agosto del 2009 ⁽¹⁹⁾.

2.2.1.3. Características de desarrollo

Es una etapa compleja en la que acontecen cambios importantes, tanto a nivel físico, hormonal y sexual (pubertad), como social y psicoemocional ⁽²⁰⁾.

Durante la adolescencia, se produce un rápido crecimiento, la ganancia de masa corporal corresponde al 50 % del peso adulto, al 20 % de la talla definitiva y a más del 50 % de la masa ósea. El crecimiento en las niñas se acompaña de un mayor aumento en la proporción de grasa corporal, mientras los

varones presentan una mayor acreción de masa magra y un mayor aumento de la volemia y de la masa eritrocitaria, lo que condiciona requerimientos diferenciados para cada uno de los sexos ⁽²¹⁾.

La nutrición adecuada es fundamental durante esta etapa para lograr las metas de crecimiento acordes con el potencial genético de cada individuo, y para evitar efectos deletéreos en la salud, a corto y a largo plazo, derivados de una alimentación insuficiente o desbalanceada ⁽²²⁾.

En los varones el crecimiento muscular es lento a diferencia que el crecimiento de estatura, estas fibras musculares van incrementando y ganando fuerza y siendo más consistente; mientras tanto que en las mujeres la ganancia es menor. La masa magra en los varones se incrementara 6.5 kg/año hasta los 19 años, mientras que en las mujeres 4.5 kg/año hasta los 15 años de edad ⁽²¹⁾.

Un reciente estudio de investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. Mientras que en la adolescencia tardía, para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose, reorganizándose y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente ⁽¹⁸⁾.

2.2.2. Alimentación

2.2.2.1. Definiciones

Desde la aproximación biológica, la alimentación es un proceso voluntario complejo conformado por un conjunto de acciones mediante las cuales se le proporcionan alimentos al organismo; como complemento de la alimentación está la nutrición, que consiste en un proceso involuntario mediante el cual los alimentos ingeridos se transforman y se asimilan, es decir, se incorporan al organismo de los seres vivos. Ambos procesos se complementan entre sí y tienen como objetivo proveer de energía, agua y nutrientes necesarios para el desarrollo de las funciones básicas y el mantenimiento de la salud ⁽²³⁾.

“La conducta alimentaria ha evolucionado paralelo al desarrollo del hombre. En sus inicios el hombre era exclusivamente herbívoro, luego con el descubrimiento del fuego, comenzó a ingerir carnes terrestres y marinas haciéndose cazador y recolector. Con el conocimiento y desarrollo de los cultivos y la domesticación de animales, devino el asentamiento de poblaciones, algunas de ellas cerca del mar y otras lejos de él, siempre cercanas a flujos de ríos y lagos, determinando diferencias en el tipo y calidad de alimentos que se ingieren. Posteriormente, con la revolución industrial, la empresa alimentaria perfeccionó técnicas de elaboración, procesamiento y conservación de productos” ⁽²⁴⁾.

Entendemos por alimentación saludable aquella que es variada, aporta energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para mantenerse sana, permitiéndole una mejor calidad de vida en todas las edades; ello previene enfermedades, como desnutrición, obesidad, hipertensión y

algunos tipos de cáncer. En lo que se refiere a la alimentación del adolescente, el Ministerio de Salud (MINSA) recomienda comer la mayor variedad posible de alimentos, guardar un equilibrio entre lo que se come y la actividad física, elegir una dieta abundante en cereales, verduras y frutas, pobre en grasa saturada, sal, y que proporcione suficiente calcio y hierro para satisfacer los requerimientos de un organismo en crecimiento ⁽⁹⁾.

2.2.2.2. Cultura alimentaria

En la etapa de la adolescencia existe una demanda mayor de nutrientes, para un óptimo crecimiento y desarrollo, ello se halla mediante la ingesta de alimentos saludables que contenga macro y micronutrientes, como también minerales y vitaminas que requiere el organismo a diario, sin embargo debido a la inadecuada práctica en la alimentación, los adolescentes optan por las comidas rápidas o chatarras, evaden muchas veces la comida ya sea por diversos factores que influyan directa e indirectamente, en dicha etapa. Se demuestra que la inadecuada alimentación, con el transcurrir del tiempo trae consecuencias, como las enfermedades crónicas, que posiblemente la padezcan ya de adultos; es por ello, que es en esta etapa donde se debería enfocar la promoción de la salud basada en el autocuidado.

La adolescencia es una etapa compleja en la que acontecen cambios importantes, tanto a nivel físico, hormonal y sexual, como social y psicoemocional. En este periodo se asiste a un gran aumento y velocidad de crecimiento corporal, se alcanza el pico de masa ósea. Así se adquiere el 50% del peso definitivo, el 25 % de la talla, y el 50 % de la masa esquelética. Además, se asiste a un cambio en la composición corporal diferente en función del sexo, con un notable incremento de

masa magra en los varones, y de masa grasa en las mujeres, que hace que los requerimientos de energía y nutrientes no solo sean elevados, sino diferentes en uno y otro sexo desde entonces ⁽²⁵⁾.

El estilo de vida del adolescente le lleva con frecuencia a comer fuera de casa, suprimiendo o restringiendo comidas, que son reemplazadas muchas veces por pequeñas ingestas entre las comidas principales. Estas disminuyen el apetito, suelen tener bajo poder nutritivo y alto valor calórico, favoreciendo además problemas como la obesidad, caries dental y malos hábitos dietéticos ⁽⁹⁾.

Las mayores demandas nutricionales derivadas del rápido crecimiento se contraponen con los cambios en la conducta alimentaria que ocurren en la adolescencia debido a factores culturales, a la necesidad de socialización y a los deseos de independencia propios de esta etapa. Estos hábitos alimentarios se caracterizan por:

Alimentación desordenada con tendencia creciente a saltarse comidas, especialmente el desayuno y el almuerzo, concentrando la ingesta en el horario vespertino.

Alto consumo de comidas rápidas, golosinas y bebidas azucaradas de alta densidad calórica y bajo contenido de nutrientes específicos.

Baja ingesta de calcio debido al reemplazo de la leche por bebidas o infusiones de bajo contenido nutricional.

Escaso control y conocimiento de los padres respecto a la alimentación de sus hijos adolescentes.

Tendencia frecuente a dietas hipocalóricas especialmente en adolescentes mayores, alcanzando una prevalencia de hasta 60 % en este grupo; asumiendo en muchos casos regímenes vegetarianos o dietas esotéricas muy restrictivas y desbalanceadas que pueden comprometer el potencial de crecimiento o inducir carencias específicas.

Como consecuencia de lo anterior, la adolescencia es una etapa con alta prevalencia de trastornos nutricionales siendo los más frecuentes, la malnutrición por exceso y las carencias específicas de hierro y de calcio ⁽¹⁸⁾.

2.2.2.3. Conducta alimentaria

Los hábitos y las conductas los adquirimos desde la niñez hasta la adolescencia que definirá la personalidad del adulto, es esta etapa donde se deben modificar algunas prácticas inadecuadas de alimentación, sin embargo es un poco complicado, ya que en esta edad se dejan influenciar ya sea por la sociedad, cultura, religión, ambiente, medios de comunicación, etc. De las cuales todas son modificables, con las prácticas de autocuidado en la alimentación; quiere decir que cada individuo tiene el deber de ser consciente del estilo de vida que lleva, realizando actividad física diaria, alimentación saludable, salud mental, etc. las prácticas inadecuadas han llevado al sobrepeso u obesidad, por ello es de vital importancia crear estrategias de prevención en la adolescencia para disminuir enfermedades no transmisibles en un futuro.

La autonomía e independencia propia de la edad, se acompañan de un aumento en las actividades fuera del hogar; con horarios de comida desordenados, omisiones de algunos tiempos de alimentación (desayuno, almuerzo) y un aumento

de la ingesta de comida rápida, golosinas y bebidas energéticas. Al mismo tiempo, disminuye el consumo de lácteos, frutas y verduras; la cena puede pasar a ser la principal alimentación del día. El sedentarismo sumado a estos hábitos alimentarios, contribuye a un riesgo elevado de obesidad y otras enfermedades crónicas⁽²⁶⁾.

Las mayores demandas nutricionales derivadas del rápido crecimiento se contraponen con los cambios en la conducta alimentaria que ocurren en la adolescencia debido a factores culturales, a la necesidad de socialización, y a los deseos de independencia propios de esta etapa.

Estos hábitos alimentarios se caracterizan por; una alimentación desordenada con irregularidad en el patrón de comidas y una tendencia creciente a omitirlas, especialmente el desayuno y el almuerzo, concentrando la ingesta en el horario vespertino; un alto consumo de comidas rápidas, golosinas y bebidas azucaradas de alta densidad calórica y bajo contenido de nutrientes específicos; la baja ingesta de calcio debido al reemplazo de la leche por bebidas o infusiones de bajo contenido nutricional; el consumo de alcohol, dietas no convencionales y escaso control y conocimiento de los padres respecto a la alimentación de sus hijos adolescentes. Como consecuencia de lo anterior, la adolescencia es una etapa con alta prevalencia de trastornos nutricionales, anorexia y bulimia nerviosa, síndrome de temor a la obesidad, anorexia de los atletas, polifagia y obesidad⁽²²⁾.

Pero por otra parte, en esta época pueden adquirirse nuevos hábitos de consumo de alimentos, debido a varios factores: influencias psicológicas y sociales, de los amigos y compañeros, el hábito de comer fuera de casa, el rechazo a

las normas tradicionales familiares, la búsqueda de autonomía y un mayor poder adquisitivo.

La gran demanda de nutrientes, sumadas a los cambios en el estilo de vida y hábitos dietéticos, convierten a la adolescencia en una época de alto riesgo nutricional ⁽²⁶⁾.

Uno de los pasatiempos favoritos de escolares es mirar televisión y el número de horas frente al televisor se correlaciona positivamente con alimentación no saludable. La televisión es el mejor medio para publicitar mensajes dirigido a este grupo etario y como un medio potente para promocionar productos a los consumidores. En el Perú, existen escasos estudios acerca de este tema. Además, se desconoce qué alimentos no saludables son los que más son publicitados en televisión y cuáles tienen influencia en el consumo de los estudiantes ⁽²²⁾.

Actualmente, el tema de alimentación saludable es difundido por diferentes medios de comunicación de tipo masivo, como impresos (diarios o periódicos, revistas, entre otros), radio, televisión e internet. Los medios de comunicación tienen gran influencia en las orientaciones hacia el consumo y en los comportamientos de la población juvenil, por lo que sus mensajes pueden ser potenciadores o perjudiciales para la salud. Al identificar qué medios tienen más influencia en la elección de los alimentos en los estudiantes de nivel secundario, estos pueden ser utilizados en la difusión de temas de alimentación saludable y con ello contribuir con el propósito de disminuir problemas nutricionales, como el sobrepeso y la obesidad.

En nuestro país, el sobrepeso y obesidad en adolescentes han incrementado en los últimos 30 años; así, en mujeres de

10 a 14 años se incrementó de 11,2 a 18,6 %, y en varones de 4 a 9,7 % (9,10). A nivel poblacional, Lima es uno de los departamentos con más alta prevalencia de sobrepeso, 17,24%, a predominio urbano ⁽⁹⁾.

2.2.2.4. Necesidades nutricionales

Las necesidades nutricionales de los adolescentes dependen de las mayores cantidades de estrógenos y progesterona en la mujeres y de testosterona y andrógenos en los varones que aumentan al inicio de la pubertad y que desencadenan los posteriores cambios de talla, peso y composición del organismo el aumento global de las necesidades energéticas durante la adolescencia y expresión genética, reflejo de una maduración precoz, normal o tardía, exigen recomendaciones dietéticas, individualizadas y enfoques que estimulen mejores prácticas nutricionales y formas de vida más sanas ⁽¹⁸⁾.

El principal objetivo de las recomendaciones nutricionales en este periodo de la vida es conseguir un estado nutricional óptimo y mantener un ritmo de crecimiento adecuado, lo que conducirá a mejorar el estado de salud en esta etapa y en la edad adulta y a prevenir las enfermedades crónicas de base nutricional que pueden manifestarse en etapas posteriores de la vida ⁽⁹⁾.

Los principios esenciales que hay que tener presentes al establecer las necesidades nutricionales en la adolescencia educativas son los siguientes:

El importante incremento de los tejidos libres de grasa, que casi se duplican durante el brote de crecimiento puberal, conlleva una elevación de las necesidades energéticas,

proteicas y de algunos micronutrientes, que superan a las de cualquier otra época de la vida.

La importancia relativa del aumento de los tejidos metabólicamente activos obliga a incrementar el aporte proteico, que debe representar aproximadamente del 12 al 15% de las calorías de la dieta y no debe ser inferior al 10%. Las cantidades deberán ajustarse individualmente de acuerdo con la talla, el estado de nutrición, la velocidad de crecimiento, la calidad de la proteína, el aporte energético y el equilibrio de los distintos nutrientes. El resto de las calorías debe ser aportado por los hidratos de carbono (50-55 %) y las grasas (30- 35 %).

Además de las elevadas necesidades energéticas y proteicas, son altos los requerimientos en algunos minerales como hierro y calcio. La forma más adecuada de cubrir estas necesidades es mediante una dieta variada que incluya al menos medio litro de leche o derivados y en la que el 20-25% de las calorías procedan de alimentos animales ⁽¹⁹⁾.

2.2.2.5 Trastornos alimentarios

La alimentación en la adolescencia presenta una doble naturaleza biológica y cultural, que se expresa en dos procesos fundamentales: el primero se relaciona con el crecimiento y el desarrollo biológico y el segundo con la conformación y el afianzamiento de creencias y prácticas cotidianas según las influencias sociales de la familia, amigos, colegio y medios de comunicación. Ambos procesos fundamentales para la etapa de vida actual y futura del adolescente” ⁽²⁷⁾.

Los cambios físicos en la figura corporal e insatisfacción por estos cambios, asociados a mayor vulnerabilidad genética o por alteraciones en el aspecto psicosocial del desarrollo del adolescente pueden favorecer trastornos alimentarios como (anorexia, bulimia, sobrepeso y obesidad). Esto es potenciado aún más por la fuerte influencia de los medios de comunicación, que establecen un referente estético con una extrema delgadez ⁽²⁶⁾.

2.2.2.6 Recomendaciones nutricionales

Las referencias más utilizadas para valorar las necesidades nutricionales han sido las publicadas por la National Academy of Sciences norteamericana desde 1941 como R.D.A (ingestas dietéticas recomendadas), aludiendo a las cantidades suficientes para evitar la aparición de enfermedades carenciales en la práctica totalidad de personas sanas, la última de las cuales apareció en 1989. Desde entonces, se han ido publicando en forma de DRI, o ingesta dietética de referencia, que incluye un concepto más amplio de mejorar la calidad de vida, el riesgo y prevención de las enfermedades crónicas, y el límite máximo tolerable. Dichas recomendaciones se han ido evaluando científicamente y con periodicidad ⁽⁹⁾.

2.2.2.7 Refrigerios escolares

Los refrigerios escolares también deben proporcionar una nutrición completa con alimentos en su forma natural y/o en algunas preparaciones industriales, que según el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) pueden ser yogurt envase individual (sachet o vasito), jugos en sachet o tetrapack con contenido bajo de azúcar y leche envasada UHT, tipo sachet ⁽⁹⁾.

2.2.3 Autocuidado

2.2.3.1. Definiciones

Según Tobón, el autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones que se toman sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar su salud; estas prácticas son habilidades 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; respondiendo a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece⁽¹⁴⁾.

Dorothea Orem define el concepto de autocuidado como las prácticas de actividades que realizan las personas maduras o que están madurando, durante determinados períodos de tiempo, por sí mismas, con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuando con el desarrollo personal y el bienestar ⁽²⁸⁾.

Según la OPS, se han determinado algunas características propias del autocuidado, entre las que destaca que éste puede tomar distintas formas según la situación y las culturas de las personas, además de estar altamente influido por el nivel de conocimiento que las personas poseen y enfocando al autocontrol de la salud excluyendo lo relativo a leyes políticas ⁽²⁹⁾.

Teniendo en consideración el significado para la salud que tiene la realización del autocuidado en cada uno de nosotros, se puede suponer que los seres humanos al llevar a cabo acciones que permiten mantener o mejorar su propia salud o

bienestar, estarán contribuyendo a disminuir los riesgos, enfermedades, costos y problemas de la sociedad ⁽¹⁷⁾.

2.2.3.2. Factores determinantes

Tobón el año 2003, establece que los factores que determinan el autocuidado son el autoconcepto, dentro del que se encuentra la autoestima, auto aceptación, autocontrol y resiliencia, factores personales como el conocimiento, la voluntad, las actitudes y los hábitos, factores externos como, el género, la cultura, el desarrollo científico y tecnológico y el desarrollo, económico, político y social ⁽³⁰⁾.

2.2.3.3. Acciones de autocuidado

La actividad física y la alimentación se consideran acciones de autocuidado, en tanto que favorecen el crecimiento y desarrollo del escolar ⁽²⁷⁾. El conocimiento y la práctica del autocuidado de la salud en los jóvenes adolescentes de 15 a 18 años, es un tema significativo y primordial para fomentar la promoción de la salud y prevención de enfermedades de la etapa adulta. El grupo de jóvenes es medular dentro de un país para su crecimiento social y económico ⁽³¹⁾.

2.2.3.4. Evaluación de prácticas de autocuidado

Las conductas de cuidar la propia salud hoy en día se conocen como autocuidado. A veces se definen como actividades de la vida diaria (AVD) o actividades instrumentales de la vida diaria (AVD). Las AVD corresponden a aquellas actividades esenciales en la vida cotidiana de cualquier persona, tales como comer, vestirse o asearse. Otras veces se asocian a la capacidad de una persona para manejar su enfermedad (manejo de tratamiento y síntomas),

y también existen las que se refieren a ciertas responsabilidades que son delegadas en el paciente o en la familia ⁽³²⁾.

2.2.3.5 Papel de enfermería en el autocuidado

Enfermería cuenta con tradición en la elaboración de modelos y teorías desde el siglo XIX. A través de los años ha surgido también una serie de experiencias de aplicación de ellos, contribuyendo a vincular la teoría y la práctica además a dar solidez al conocimiento derivado de la investigación. Junto con esto, se han generado cada vez más, investigaciones que pretenden comprobar lo sustentado por la teoría y además perfilar a enfermería como ciencia, disciplina y profesión.

Según Dorotea Orem, divide en tres teorías: Autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas de enfermería.

La “Teoría del déficit de autocuidado”, es una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener ⁽³³⁾.

El déficit de autocuidado se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías, porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El

profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee ⁽³⁴⁾.

Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo en sus actividades de autocuidado ⁽³⁴⁾.

Los sistemas de enfermería que se proponen son:

- A.** Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.
- B.** Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y las personas realizan las actividades de autocuidado que están al alcance de su capacidad.
- C.** Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado. Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede

utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo ⁽³⁴⁾.

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros⁽³⁴⁾.

Define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar con la persona⁽³³⁾.

2.3. Antecedentes de la investigación

2.3.1. Internacionales

Marta Lima-Serrano, et al. España-Sevilla, en 2012, realizaron un estudio sobre: “Diseño y validación de dos escalas para medir la actitud y la actividad física durante la adolescencia”, con el objetivo de diseñar y validar dos escalas para medir la actitud de los adolescentes hacia la

alimentación saludable, y la actitud hacia la actividad física. El método de estudio propone la actitud como un mediador en el campo de comportamiento, por lo que puede predecir la práctica de este. El método fue un diseño tras una revisión de la literatura.

Concluyeron que:

Las escalas demostraron su validez y fiabilidad y pueden ser utilizadas para valorar la actitud hacia estas áreas de atención prioritarias en adolescentes españoles, y para evaluar este resultado intermedio de intervenciones y programas de salud ⁽⁴⁾.

María A. Díaz Cobos, et al. en Ecuador, 2011, realizaron un estudio sobre: "Valoración del bajo peso, sobrepeso y obesidad de los(as) adolescentes de educación básica del colegio nacional mixto San Joaquín, con el objetivo de determinar el bajo peso, sobrepeso y obesidad de los (as) adolescentes del colegio nacional mixto San Joaquín. El método de estudio fue cuantitativo, descriptivo transversal. La población consistió en 225 y de muestra 69 adolescentes del colegio nacional San Joaquín. El instrumento utilizado fue la encuesta, control antropométrico, formulario de registros, entre otros. Donde concluyeron:

Mediante la valoración en los/las adolescentes del Colegio Nacional Mixto "San Joaquín" a través de la aplicación de la fórmula de Nelson se obtuvo los siguientes resultados de la investigación, el 26.09 % tiene bajo peso, el 59.42 % se encuentra dentro de lo normal, y el 7.24 % tiene un grado de sobrepeso, y un 7.24% de obesidad ⁽³⁵⁾.

Valentina Tagliazucchi M. et al. Chile 2012, realizaron un estudio sobre: "Presencia de factores determinantes para el autocuidado y la práctica de éste, en adolescentes institucionalizados en la ciudad de Valdivia,

durante el primer semestre del año 2012 con el objetivo de establecer la presencia de factores determinantes para el autocuidado y su práctica, en adolescentes institucionalizados en la ciudad de Valdivia, durante el primer semestre del año 2012. El método es de tipo cuantitativo, con diseño transversal y descriptivo. La población consiste 46 adolescentes entre 10 y 19 años de ambos géneros. El instrumento fue la encuesta estructurada con 27 preguntas dicotómicas y abiertas. Donde concluyeron:

En cuanto a alimentación saludable y ejercicio físico, los adolescentes evidencian manejo escaso de información con respecto a los beneficios, y también escasa práctica de estos temas por parte de los adolescentes, no así la información que manejan los cuidadores. Considerando esto se puede mejorar reforzando más la importancia de realizar actividad física semanalmente y optimizar hábitos de alimentación saludable⁽³⁶⁾.

Dennys Abril Merizalde, Riobamba- Ecuador 2011, realizó un estudio sobre aplicación del modelo precede - procede en la prevención de desórdenes alimentarios en adolescentes de 15 a 18 años del Instituto Técnico Superior Riobamba, 2011 con el objetivo de aplicar el modelo precede- procede en la prevención de desórdenes alimentarios en adolescentes de 15 a 18 años del Instituto Técnico Superior Riobamba, 2011. Es un estudio no experimental, transversal descriptivo longitudinal. El universo es de 1210 alumnas. El instrumento utilizado fue la técnica encuesta y entrevista. Se concluye que:

El 34.3 % del grupo en estudio tienen algún grado de sobrepeso y obesidad debido principalmente a la inactividad física y al excesivo consumo de alimentos fuentes de carbohidratos mientras que el 8% tienen un grado de desnutrición, convirtiéndonos en un grupo vulnerable ⁽³⁷⁾.

2.3.2. Nacionales

Miguel Javier Hidalgo, en San Isidro, Lima Perú, 2009 realizó un estudio sobre “Hábitos alimentarios, ingesta de energía y nutrientes y actividad física en adolescentes del nivel secundario obesos y normopesos en instituciones educativas estatales de San Isidro” con el objetivo de comparar los hábitos alimentarios, la ingesta de energía y nutrientes y la actividad física entre adolescentes de nivel secundario obesos y normopesos de instituciones educativas estatales de San Isidro y estimar el grado de asociación entre dichas variables con la presencia de obesidad. El método que utilizaron fue el diseño del estudio descriptivo comparativo, de asociación cruzada, observacional y transversal. La población consistió en 867 adolescentes de nivel secundario de 11 a 18 años de uno y otro sexo; la muestra correspondió a 164 adolescentes de nivel secundario (82 obesos y 82 normopesos) que aceptaron participar en el estudio de las instituciones educativas Alfonso Ugarte y María Reiche del distrito de San Isidro. Los instrumentos utilizados encuesta y la técnica utilizada para la recolección de datos fueron una balanza digital y un cuestionario de 26 preguntas. Donde concluyeron:

Los adolescentes con hábitos alimentarios que necesitan mejorar tuvieron casi tres veces más probabilidades de presentar obesidad en comparación a los adolescentes con peso normal; sin embargo la alta frecuencia de hábitos alimentarios inadecuados observada en el presente estudio (72,6 %) parece confirmar que la necesidad de mejorar los hábitos alimentarios es una característica presente no sólo entre los adolescentes obesos, sino también en aquellos de peso normal ⁽²⁸⁾.

Diego Burga y Judith Salvador, en Chiclayo, 2013 realizaron un estudio sobre: “El mundo adolescente: estilos de vida de las adolescentes de

una institución educativa – Chiclayo 2012” con el objetivo de contribuir al mejoramiento de los estilos de vida de las adolescentes, en base a la intervención de Enfermería a través de los cuidados. El método que utilizaron fue de tipo cualitativo. Los instrumentos utilizados fueron la entrevista semi- estructurada con preguntas abiertas y cuestionario, donde concluyeron:

En el estudio realizado las adolescentes aportan diferentes conceptualizaciones según su opinión y conocimientos que eminentemente lo relacionan con sus prácticas alimentarias y la realización del ejercicio físico, mientras que para la National Health Service estilos de vida es el conjunto de actitudes, conocimientos y comportamientos que determinan nuestra manera de vivir ⁽³⁸⁾.

Luisa Zevillano y Angélica Sotomayor, Huánuco 2010, realizaron un estudio sobre “Publicidad y consumo de alimentos en estudiantes de Huánuco (Perú)” con el objetivo de Identificar características socio-demográficas de los escolares en el estudio. Conocer la publicidad sobre productos alimenticios que emiten los canales de televisión dirigidos a la población escolar del distrito de Huánuco, valorar sus hábitos televisivos, determinar los hábitos alimentarios de la misma muestra, identificar problemas de salud asociados a su alimentación y analizar la influencia de los anuncios televisivos en el consumo de alimentos publicitados por parte de los escolares del distrito de Huánuco durante el año 2010. La muestra estaba formada por 120 sujetos. 50 % (60), pertenecen al sexo femenino y en igual proporción al masculino. Por edades, la muestra estaba dividida en tres grupos, cada uno de ellos formado por 40 sujetos (33,3 % del total): el primero de 6 a 8 años, el segundo de 9 a 11 años el tercero de 12 a 14 años. El sector de estudio predominante es el privado con 78 niños (65 %). Los criterios de exclusión se establecieron eliminando del estudio a los escolares que: no cuentan con un televisor en casa; no asistan a clases

de manera regular; no acepten participar en el estudio. El instrumento que usaron fue el cuestionario, donde concluyeron:

Un 46,7 % de la muestra estudiada prefiere ver la televisión a disfrutar de otras actividades recreativas. El promedio de tiempo en horas continuas viendo la televisión es de 1 a 2 [95 % (114 sujetos)]; y las horas acumuladas viendo televisión durante todo el día es de 1-4 horas [93,3 % (112)]. El 40% (48) manifestó tener televisión en la sala, mientras que un 38,3 % (46) tiene en más de dos lugares de la casa, siendo el dormitorio el lugar preferido para el 50 % (60) de los encuestados⁽³¹⁾.

Jaime Pajuelo, et al. realizaron un estudio sobre “Comparación de la ingesta de energía y nutrientes en adolescentes mujeres con sobrepeso y obesidad”, con el objetivo comparar la ingesta de energía y nutrientes en adolescentes mujeres con sobrepeso y obesidad. Su diseño de estudio fue, estudio transversal, observacional y analítico. La población estuvo conformada por 1185 escolares de género femenino, entre 10 y 17 años, donde concluyeron:

Se puede afirmar que tanto el sobrepeso como la obesidad no responden a un desequilibrio energético, o sea a un mayor consumo de energía, por lo que se podría asumir que la causa de la presencia de estas enfermedades responda a una muy poca actividad física. Por otro lado, el principal problema en la alimentación de este, grupo fue la deficiencia en la ingesta de fibra dietario⁽³⁹⁾.

Luego de haber revisado las revistas científicas u otra investigaciones internacional como nacional, nos podemos dar cuenta del gran problema mundial que se ha dado debido a la inadecuada alimentación

que llevan los adolescentes, ya sean por distintos factores como: cultura, social, económico y demográficos, etc. Así como también en esta etapa es donde los jóvenes tienen cambios físicos, psicológicos, que hacen que sus prácticas de autocuidado se alteren ya sea por la autonomía que quieren ser.

2.4. Objetivos

2.4.1. Objetivo general

- Identificar las prácticas de autocuidado alimentario en adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo 2014.

2.4.2. Objetivos específicos

- Determinar las prácticas de autocuidado alimentario en su dimensión frecuencia de alimentación de adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo 2014.
- Identificar las prácticas de autocuidado alimentario en su dimensión consumo de las comidas principales de adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo 2014.
- Identificar las prácticas de autocuidado alimentario en su dimensión alimentación saludable y no saludable básica de adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo 2014.

2.5. Hipótesis

Las hipótesis indican lo que estamos buscando o tratando de probar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado formuladas de manera de proposiciones. No todas las investigaciones plantean hipótesis. El hecho de que formulemos o no hipótesis depende de dos factores esenciales: el enfoque del estudio y el alcance inicial del mismo.

Las investigaciones cuantitativas, cuyo método es el deductivo sí formulan hipótesis, siempre y cuando se defina desde el inicio que su alcance será correlacional o explicativo. En el caso de nuestra investigación, no formulamos hipótesis ya que nuestro estudio es transversal, mostrando resultados a través de gráficas, como base de datos reales como se presentan en la realidad.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo-diseño de investigación

La investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de cohorte transversal.

Es cuantitativo, porque nos permite analizar y cuantificar las variables según ítems asignados los cuales se promediaron sacando la media, mediana, mínimo y máximo, el cual se expresara a través de gráficos y tablas. Es descriptivo porque permite describir las prácticas de autocuidado alimentario de los adolescentes sin establecer causalidad. Es de carácter no experimental porque no se manipula las variables, objeto de estudio, si no que describimos situaciones que se realizan tal y como son en su contexto natural. Es transversal porque se efectuó en un determinado tiempo y espacio, en el lapso del año 2014.

3.2 Población

La población para el estudio de investigación estuvo conformado por 231 alumnos matriculados en la Institución Educativa Industrial Lucyana que estuvieron presentes el día de la aplicación del cuestionario, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión, alumnos de 2° y 3° año de secundaria, de ambos sexos, de los turnos mañana y tarde.

Cuadro de población

Población		Total
Grado	Sección	
2°	A	30
2°	B	33
2°	C	31
2°	D	31
3°	A	23
3°	B	31
3°	C	21
3°	D	31
Población total		231

Cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión

3.2.1. Criterios de inclusión

- Alumnos que estén matriculados en la Institución Educativa Industrial “Lucyana”.
- Alumnos que se encuentren presentes el día de la aplicación de la encuesta.
- Alumnos que desean participar por voluntad propia de la encuesta.
- Alumnos que presenten su consentimiento firmado.
- Alumnos de 2° y 3° grado de secundaria en la Institución Educativa Industrial “Lucyana”.

3.2.2. Criterios de exclusión

- Alumnos del 1°, 4° y 5° grado de secundaria.
- Alumnos que no asistan a clases.
- Alumnos que no desean participar del estudio.
- Alumnos que no tengan consentimientos firmados.

3.3. Variable

Univariable: Prácticas de autocuidado de adolescentes. Habilidades de autocuidado que tienen los adolescentes del nivel secundario para aplicar estrategias de desarrollo personal y social que fortalecen el cuidado de su salud. (Anexo A)

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento aplicado fue el cuestionario “Prácticas de Autocuidado Alimentario en Adolescentes” cuestionario (PRAULI).

3.4.1. Constructo y validación de instrumento

En esta etapa se han considerado los antecedentes, definición de dimensiones, selección de preguntas y confección del constructo, así como el proceso de validación, que se dio por evaluación de cinco jueces expertos, de los cuales tres son especialistas en nutrición y dos licenciadas de Enfermería especialistas en metodología de investigación. (Anexo B)

3.4.1.1. Antecedentes del instrumento

El instrumento fue adaptado y validado por las autoras basándose del antecedente del instrumento “Hábitos alimentarios dirigido a adolescentes” del autor Miguel A. Javier Hidalgo, que consta de 26 preguntas, de los cuales, pudimos rescatar lo más adecuado a nuestro medio de estudio, siendo 10 preguntas adaptadas y otras modificadas según la comprensión de nuestra población.

3.4.1.2. Definición de dimensiones del instrumento

Fase previa: Se partió del instrumento Hábitos alimentarios dirigidos a adolescentes del autor Miguel A. Javier Hidalgo ⁽²⁸⁾, que identifica 11 dimensiones de las cuales se utilizaron 4, entre ellas: omisión de los tiempos de comida, lugar de consumo de las comidas principales, consumo de comida rápida, consumo de comida chatarra, también se revisó bibliografías para vincularlas según las prácticas de autocuidado alimentario en adolescentes. Se obtuvo información de revistas científicas tales como: Intervenciones para el control de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el Perú, Desafíos emergentes en la nutrición de adolescente,⁽²⁶⁾ Alimentación en el adolescente ⁽²⁵⁾. También referencia de Margaret McCartney, estableciendo para la búsqueda las palabras claves: Prácticas, autocuidado, alimentación y adolescente.

3.4.1.3. Selección de preguntas y confección del cuestionario

En función al constructo se obtuvo un conjunto de preguntas y se clasificaron de acuerdo a las dimensiones de autocuidado alimentario, frecuencia de alimentación, consumo de las comidas principales y alimentación saludable y no saludable básicas.

3.4.1.4. Proceso de validación

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

A. Validez del contenido: Se realizó la prueba de jueces con un grupo seleccionado de 5 expertos, 3 de ellos en el ámbito de nutrición y 2 en investigación de enfermería.

B. Pre test: Se aplicó a un grupo de 27 alumnos en una institución educativa tomando en cuenta la semejanza del contexto sociodemográfico de la población de estudio, posteriormente se realizaron modificaciones en el cuestionario acorde a las debilidades identificadas.

C. Prueba piloto: Al inicio se planteó seleccionar una muestra del 10 % de la población total, se logró aplicar a 41 alumnos de 2° y 3° año de secundaria, con características similares a la población de investigación, para luego evaluar la confiabilidad del constructo.

3.4.1.5. Versión final del instrumento validado

El cuestionario Prácticas de autocuidado alimentario (PRAULI) en versión final (Versión 7), consta de 15 preguntas cerradas, está estructurada en 3 dimensiones: Frecuencia de alimentación, consumo de las comidas principales, alimentación saludable y no saludable básica. La escala de valoración es tipo Likert para todas las dimensiones (Anexo C).

La dimensión de frecuencia de alimentación tiene 8 ítems que involucran los indicadores: Desayuno, almuerzo, cena, bebidas, gaseosas, snacks, frituras, y menestras.

La dimensión de consumo de las comidas principales, que tiene 4 ítems que involucran los indicadores: Alimento más importante y lugar de consumo.

La dimensión de alimentación saludable y no saludable básica que tiene 3 ítems que involucran los indicadores: beber agua, consumo de frutas y verduras y consumo en los quioscos.

El nivel de autocuidado global se obtiene según las siguientes categorías: Bueno (57 - 60), Regular (38 - 56) y Deficiente (15 - 37)

3.5. Proceso de recolección de datos

3.5.1. Fase previa: Validación del instrumento

A. Prueba de jueces

Se invitó de forma virtual a tres jueces de expertos en nutrición, se contactó por página de Facebook, mientras a dos jueces enfermeras se invitó a través de correo electrónico, solicitando su participación como evaluadores.

Se les entregó el formato de validación de expertos (Anexo D), el cual fue devuelto en un periodo tres semanas para su posterior ingreso de datos en el programa SPSS versión 20.

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 concordancia entre los jueces de expertos.

En la prueba de jueces se obtuvo un nivel de significancia de 0.004, lo que significa que se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que existe concordancia entre los jueces (Anexo E).

B. Prueba piloto

Se solicitó la autorización a un centro educativo del distrito de Carabayllo con población de características similares al estudio. Se coordinó con el director de la institución educativa para recolección de datos del piloto.

En el mes de mayo de 2014 se realizó la recolección de datos para el piloto.

Para evaluar la fiabilidad del instrumento de la prueba piloto, se hizo uso del estadístico de datos de confiabilidad (Alfa de Cronbach).

En la prueba piloto se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.701 (Anexo F).

▪ **Fase 1: Autorización para la recolección de datos**

Se emitió una carta de presentación al director de la Institución Educativa Industrial Lucyana, solicitando la autorización para la recolección de información para el trabajo de investigación, el cual fue autorizado, el 14 de marzo de 2014 según código modular N° 0832287 Ugel 04 – Carabayllo (Anexo G).

▪ **Fase 2: Coordinación para la recolección de datos**

Se coordinó con el presidente de APAFA para la autorización y firma del consentimiento informado en representación de todos los padres de familia. Posterior a ello acordó con el director la fecha para aplicación de encuesta del instrumento.

▪ **Fase 3: Aplicación del instrumento**

Nos presentamos el día 10 y 11 de mayo del 2014 aplicamos a 8 secciones de 2° y 3° año, posteriormente a las instrucciones impartidas a los alumnos y previa firma del asentimiento informado por cada uno de ellos.

3.6. Técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos

La información recolectada fue insertada en una base de datos de un programa Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S) versión 20.

Con el instrumento validado, se procedió a la validación de datos de la Institución Educativa Industrial “Lucyana”. Estos datos fueron analizados a través de estadísticos descriptivos de frecuencia.

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

Las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central como la media, mediana y moda y de dispersión, tales como la desviación típica, mínima y máxima, los cuales se representaron en tablas de frecuencia.

3.7. Aspectos éticos

La ética se concibe como el pensamiento filosófico crítico sobre lo moral, en base a la libertad de elección de los seres humanos dentro de la justicia; lo ético puede prevalecer sobre lo moral, por un bien superior ⁽⁴⁰⁾.

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

3.7.1. Principio de justicia

Una vez determinados los modos de practicar la beneficencia, el enfermero necesita preocuparse por la manera de distribuir estos beneficios o recursos entre sus pacientes como la disposición de su tiempo y atención entre los diversos pacientes de acuerdo a las necesidades que se presentan. Justicia es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual. Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos. Las personas, con necesidades mayores que otras, deben recibir más servicios que otros de acuerdo con la correspondiente necesidad. El principio de justicia está íntimamente relacionado a los principios de fidelidad y veracidad.

3.7.2. Principio de autonomía

Daños físicos o psicológicos principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de

acuerdo con su elección. Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales. Uno de los problemas en la aplicación del principio de autonomía en los cuidados de enfermería, es que el paciente puede presentar diferentes niveles de capacidad de tomar una decisión autónoma, dependiendo de sus limitaciones internas (aptitud mental, nivel de conciencia, edad o condición de salud) o externas (ambiente hospitalario, disponibilidad de recursos existentes, cantidad de información prestada para la toma de una decisión fundamentada, entre otras).

3.7.3. Principio de beneficencia

Benevolencia o no-maleficencia, principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. Actuar con benevolencia significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficos, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.

3.7.4. Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los padres de los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma.

La importancia de consentimiento informado, donde se dirige en este caso hacia los padres o tutores de los alumnos, con la intención de informar para su clara comprensión y acepten voluntariamente.

Por medio de dicho informe, se resalta el objetivo del estudio y la importancia de la investigación, para el interés de la población y la búsqueda de soluciones a posteriores del estudio (Anexo H).

3.7.5. Asentimiento informado

Es un acuerdo para participar en la investigación por parte de una persona que no tiene la capacidad para otorgar el consentimiento informado regular, como por ejemplo los menores de edad o las personas con impedimento cognoscitivos. El asentimiento debe redactarse en el lenguaje apropiado para el individuo y debe ir acompañado del consentimiento informado legal del padre, madre, tutor o la persona que este ejerciendo custodia legal del menor o del incapacitado. Para los alumnos se planteó el asentimiento informado, que informa el objetivo de estudio y la importancia de la investigación, el cual ellos deben ser conscientes de su participación en el estudio.

La ética se maneja en todo momento y debe aplicarse por respeto a los objetos de estudio, por ser seres vivos (Anexo I).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Resultados

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

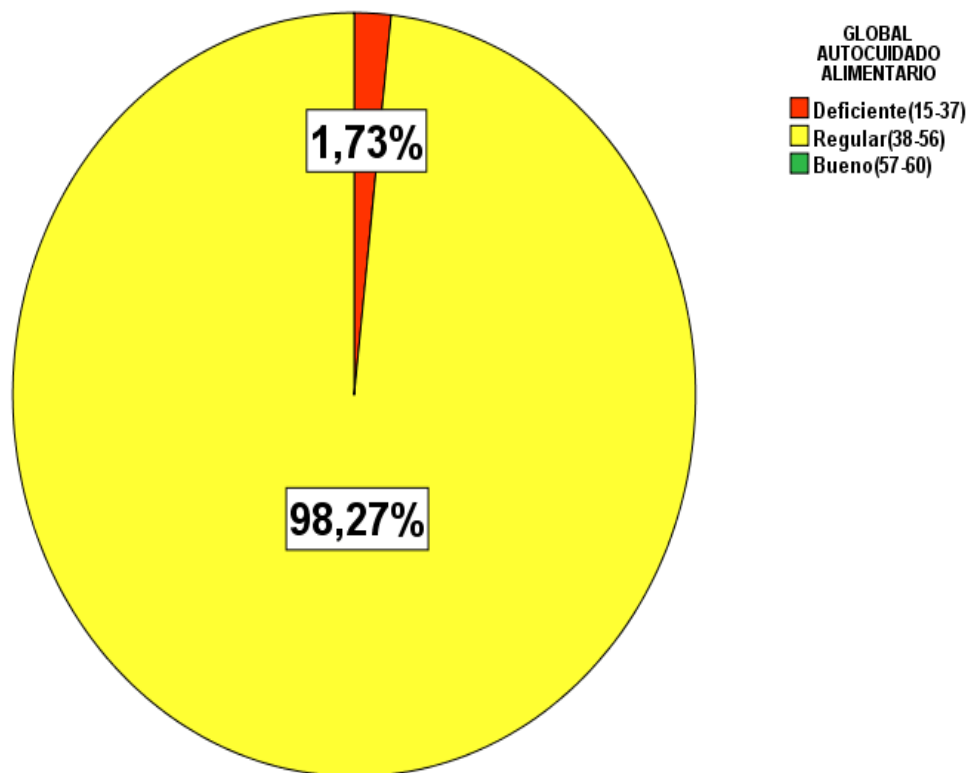
4.1.1. Descripción de los datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos revelaron que la media de edad de los estudiantes fue de 13 años, con una desviación típica de 0.79, el 87 % de los participantes tuvieron entre 13 y 14 años, con predominio del sexo masculino en el 51.5 % (Anexo J).

4.1.2. Descripción de autocuidado

A continuación, presentamos los resultados de las dimensiones: Autocuidado, frecuencia de alimentación, consumo de comidas principales, alimentación saludable y no saludable básica.

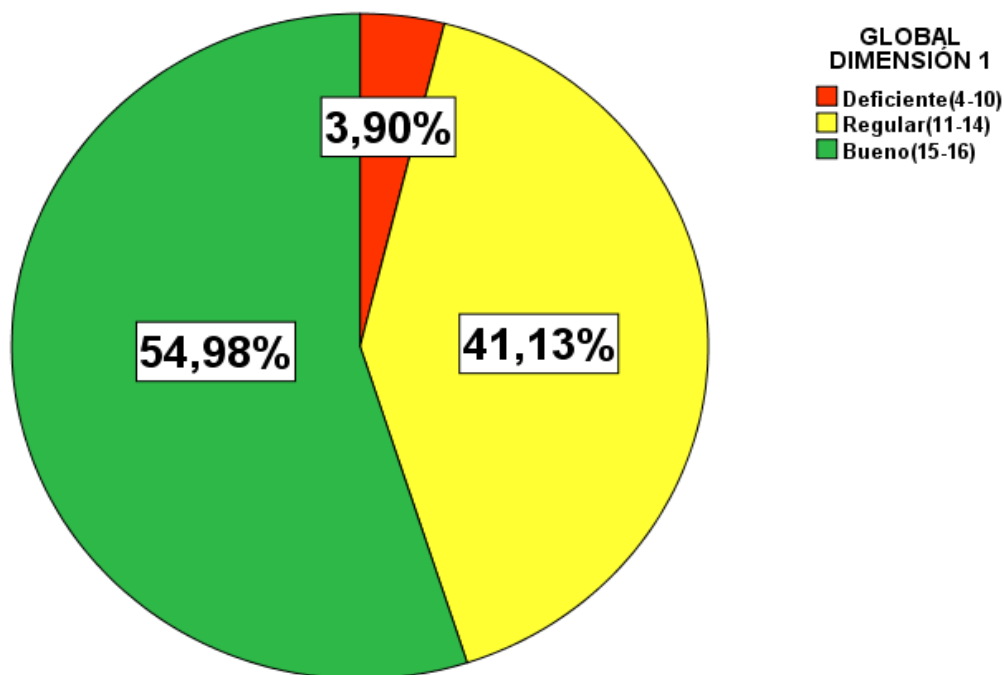
Gráfico 1: Prácticas de autocuidado alimentario en adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo-2014



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE-UCH

Se ha identificado que el nivel de prácticas en autocuidado alimentario general en adolescentes del nivel secundaria es predominantemente regular representado por un 98,27 % de la población.

Gráfico 2: Prácticas de autocuidado alimentario en la dimensión frecuencia de alimentación en adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo - 2014

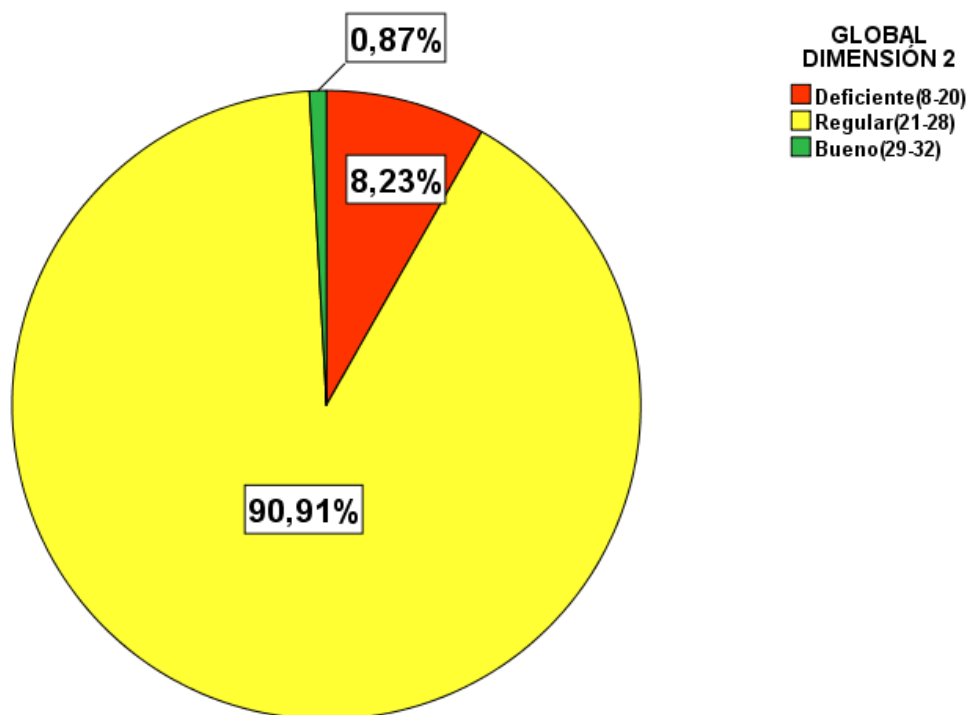


Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE-UCH

Se ha identificado que el nivel de prácticas en autocuidado alimentario respecto a la dimensión frecuencia de alimentos en adolescentes del nivel secundaria obtuvo un 3,90 % tanto 41,13 % para el nivel regular y 54,98 % para el nivel bueno, teniendo este una leve predominancia.

Un 76,2% presenta respuestas correctas indicando que la frecuencia de alimentación cotidiana es de 3 veces al día, como también la frecuencia de consumo diario de desayuno, almuerzo y cena está representado por un 78,8%; 91,3% y 79,7% respectivamente. En cuanto a la frecuencia de consumo de bebidas azucaradas, snacks y frituras está representado por un 56,7%; 69,7% y 74% respectivamente indicando que los escolares consumen rara vez dichos alimentos. El 69,3% representa el consumo interdiario de menestras (Tabla 1)

Gráfico 3: Prácticas de autocuidado alimentario en la dimensión consumo de comidas principales de adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo - 2014

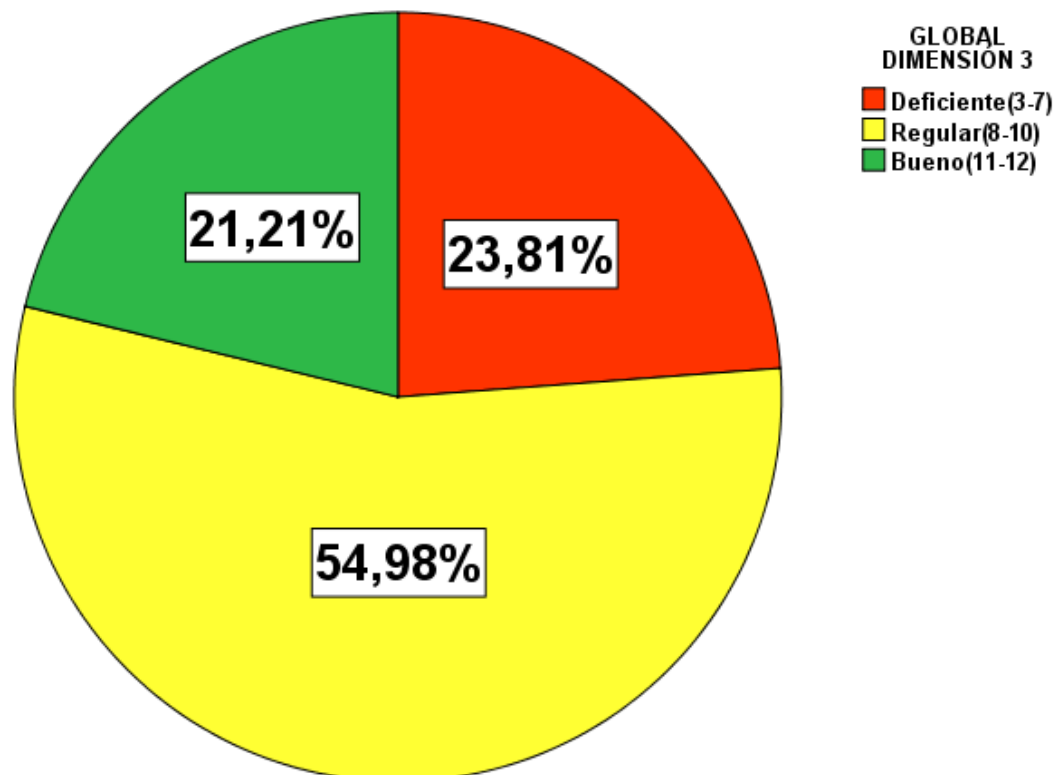


Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE-UCH

Se ha identificado que el nivel de prácticas en autocuidado alimentario general respecto a la dimensión consumo de comidas principales en adolescentes del nivel secundaria obtuvo un 8,23 % para el nivel deficiente y predominó el nivel regular representado por un 90,91 %.

El 58,4 % de los encuestados indicó que consideran que el alimento más importante del día es el desayuno. En cuanto al lugar de consumo frecuente del desayuno, almuerzo y cena está representado por un 94,4%; 95,5% y 97%, respectivamente quienes indican que lo realizan en casa (Tabla 1).

Gráfico 4: Prácticas de autocuidado alimentario en la dimensión alimentación saludable y no saludable básica de adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo - 2014



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE-UCH

Se ha identificado que el nivel de prácticas en autocuidado alimentario respecto a la dimensión prácticas alimentarias saludables y no saludables básicas en adolescentes de 2° y 3° año de secundaria obtuvo predominantemente un nivel regular representado por 54,98 % quedando en segundo lugar el nivel deficiente con un 23,81 %.

El 38.1% de los escolares indicó que consume entre 4 a 6 vasos de agua durante el día, así mismo el 42% indicó que consume entre 3 a 4 porciones de verduras al día. Por otro lado en cuanto al consumo de productos en el quiosco de la institución educativa, el 40,7% señaló que no compra ningún producto (Tabla 1).

4.2. Discusión

La prevalencia de prácticas inadecuadas en el autocuidado alimentario está ocasionando un incremento de enfermedades producidas por mal nutrición en nuestro país así como también a nivel mundial, siendo la causa de morbimortalidad, convirtiéndose en un problema de salud pública, ocasionando mayor gasto económico.

Es por ello que hoy en día se investigan los factores predominantes ante tal problema social, sobre todo en niños y adolescentes ya que son grupos etarios, donde se adoptan prácticas adecuadas o inadecuadas que a futuro trae consecuencias. Sin embargo existen estudios escasos sobre el tema de autocuidado alimentario, lo que llevó a nuestro interés de investigación en adolescentes escolares, con el objetivo de identificar las prácticas de autocuidado alimentario en adolescentes de 2° y 3° año de secundaria; la edad de la población fue entre 13 y 14 años, con predominio del sexo masculino.

En cuanto a los resultados de nuestro estudio demostraron un nivel regular con un 98,27 %. Comparando con otro estudio se halló resultados que se asemejan, como la investigación de Marín K., et, al. tiene como resultado, respecto a los hábitos alimentarios que el 53 % tiene hábito regular.

Respecto a los resultados según dimensiones, en la frecuencia de alimentación, indica que el 54 % es bueno, demostrando que el mayor porcentaje de los estudiantes tomaron desayuno, almuerzo y cena diariamente, esto refleja la importancia dada hacia al consumo de comidas principales, sin embargo, en el estudio realizado por Javier M. muestra que un gran porcentaje omitieron el desayuno, almuerzo y cena demostrando que no se da la debida importancia al consumo de las mismas ⁽⁸⁾. Al igual que Burga D. et al. quienes indican la omisión del desayuno por falta de tiempo y la cena es el almuerzo calentado.

Relacionado al alto consumo de snacks, hamburguesas, salchipapa y bebidas gaseosas, se asemejan a los resultados de Javier M. y Marín K ⁽⁴¹⁾.

En la siguiente dimensión que comprende el consumo de comidas principales, representa un nivel regular con un 90,91 % en cuanto al consumo de desayuno, almuerzo y cena que se da dentro de casa, concuerdan con los resultados del estudio de Javier M.

En la última dimensión, comprende alimentación saludable y no saludable básica, que resultó con 54,98 % para el nivel regular de acuerdo al consumo de frutas y verduras es ocasionalmente en lo que se asemeja al estudio de Marín K., mientras que en el estudio de Laguna E. se difiere indicando que el consumo de frutas y verduras es frecuente.

Carabayllo es una zona urbana que se encuentra poblado por migrantes de provincias, por lo que llevan una costumbre alimentaria de consumo alto en carbohidratos. Cuenta con una economía de bajo nivel, por lo que los adolescentes consumen sus alimentos en el hogar, con la diferencia de que no son nutritivos.

A diferencia con otros estudios analizados que se han dado en otras realidades, se muestra mayor consumo de alimentos “chatarra”, a diferencia de nuestro estudio el consumo de dichos alimentos es rara vez, lo que nos haría suponer que se alimentan de alimentos con bajo valor nutritivo.

Muchos de los escolares tienen conocimientos sobre la alimentación adecuada. Sin embargo se ven influenciados por los medios de comunicación, a pesar de existir centro de salud que tienen como objetivo concientizar a la población sobre la alimentación saludable, fortaleciendo el primer nivel de atención basada en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, que en la actualidad no se llevan a cabo, así como también no se cumple la propuesta del Ministerio de Salud sobre los planes de quiosco saludable para las instituciones educativas y el reforzamiento en las aulas acerca de la alimentación saludable.

A pesar de la existencia de las leyes en nuestro país acerca de la publicidad en los medios de comunicación por parte de las grandes empresas, tampoco se han cumplido por lo que son emitidos a diario a toda hora, alimentos no saludables por lo que son vistos por los escolares siendo edades vulnerables y pueden ser

fácilmente influenciados por falta de madurez en la toma de decisiones y su búsqueda de autonomía.

Muchas de los adolescentes por la misma edad y cambios psicológicos y fisiológicos descuidan el autocuidado alimentario que a un futuro trae consigo múltiples enfermedades, que hoy en día no se toma conciencia de ello.

Hoy en día ya no es problema la economía por lo que el sobre peso y la obesidad y las enfermedades por dislipidemias se ven tanto en países desarrollados y en vías de desarrollo, sobre todo en las zonas urbanas, que cuenta con más tecnología, medios de comunicación, medios de transportes, etc. lo que hace entender el aumento de sedentarismo.

Nuestro país ha mejorado económicamente estos últimos años, como también se ha incrementado las enfermedades no transmisibles, por el consumo de comidas rápidas. Los escolares son conscientes de lo que consumen pero mientras no sientan síntomas continúan con el mismo hábito por lo que no es favorable en la salud del adulto.

Los estudios comparados llegan a una misma conclusión de la inadecuada alimentación y su consecuencia en la salud.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se evidenció que los adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana de Carabayllo en su mayoría cuentan con un regular nivel de prácticas de autocuidado alimentario. Mientras que una minoría presenta deficientes prácticas sobre su alimentación.
- Mediante los resultados se demuestra que los adolescentes del nivel secundaria de la Institución educativa Industrial Lucyana de Carabayllo en un mayor porcentaje tienen buenas y regulares prácticas alimentarias respectivamente en cuanto a la frecuencia de alimentación y una minoría presentan practicas deficientes.
- Los adolescentes del nivel secundaria de la Institución educativa Industrial Lucyana de Carabayllo en su mayoría presentan nivel regular en cuanto a las prácticas de autocuidado sobre el consumo de comidas principales, un pequeño grupo tiene deficiente nivel de prácticas de la misma.
- Los adolescentes que caracterizan en la prácticas de alimentación saludable y no saludable en su mayoría tienen regular nivel de prácticas, representado por la mitad de la población mientras que la otra mitad equitativamente representan niveles entre bueno y deficiente.

5.2. Recomendaciones

- Realizar el estudio en otra realidad socioeconómica y realizar comparación con la realidad ya contrastada y la diferencia en cuanto a diferenciación de resultados de acuerdo al sexo.
- Realizar un trabajo de investigación con mayor porcentaje de población adolescente, ya que la población tomada fue pequeña, se recomienda trabajar con toda la población de 1° a 5° año de secundaria.
- Garantizar la disponibilidad de opciones alimentarias más sanas y el acceso a las mismas, en los quioscos de las instituciones educativas.
- Incorporar el enfoque de promoción de estilos de vida saludables en el plan curricular de las instituciones educativas con el fin de crear una cultura de salud.
- Se debería considerar la capacitación de estudiantes líderes para desempeño de roles como promotores de una cultura saludable dentro de las instituciones educativas
- Involucrar tanto a los estudiantes como a los padres de familia, en conjunto, en cada programa de intervención que busque promover la práctica de conductas de alimentarias saludables tanto en el colegio como en el hogar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de Salud. Expertos analizan promoción de la alimentación saludable en niños y adolescentes [Internet]. 2012. Available from: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1795:expertos-analizan-promocion-alimentacion-saludable-ninos-ninas-adolescentes-sede-organizacion-panamericana-salud-ops-oms&Itemid=650
2. Organización Mundial de la Salud. Marco mundial de vigilancia integral, con inclusión de indicadores y un conjunto de objetivos mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. 2012; p.38.
3. Hernández G. Prevalencia de sobrepeso y obesidad, y factores de riesgo, en niños de 7-12 años, en una escuela pública de Cartagena, Setiembre-Octubre del 2010. 2011; p.112.
4. Lima M. Diseño y validación de dos escalas para medir la actitud hacia la alimentación y la actividad física durante la adolescencia. 2012;16.
5. Álvarez D. Sobrepeso y obesidad: Prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana. 2010; p.11.
6. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional de salud y nutrición. 2012; p.200.
7. Liria R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. 2012; p.360.
8. Javier M. Hábitos alimentarios, ingesta de energía y nutrientes y actividad física en adolescentes de nivel secundario obesos y normopesos de instituciones educativas estatales de San Isidro, 2009. p.201.
9. Román V. Nivel de influencia de los medios de comunicación sobre la alimentación saludable en adolescentes de colegios públicos de un distrito de Lima. 2010.
10. Gómez A. Proceso de atención integral en adolescentes con obesidad. 2012; p.106.
11. Aquino O. Intervenciones para el control del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el Perú. 2013; p.8.
12. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las Instituciones de la Salud en América Latina. 2006; p.60.
13. Ministerio de Salud. Lineamientos de gestión de estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable. 2011; p.54.
14. Giraldo A. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. 2010; p.143.
15. Peru 21. Congreso aprueba ley que promueve alimentación saludable en niños. Available from: <http://peru21.pe/politica/congreso-aprueba-ley-que-promueve-alimentacion-saludable-ninos-2129191>

16. Quispe E. Carabayllo: Génesis de Lima Norte. 2011. p.142 .
17. Vales W. Hábitos alimentarios en adolescentes. 2012; Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100002
18. García Z. Evaluación del estado alimentario y nutricional en adolescentes de los colegios Carchi y León Rúaless de los Cantones Espejo y Mira de la provincia del Carchi, para diseñar un plan de mejoramiento del estado nutricional. 2010.
19. Abril D. Aplicación del modelo precede-procede en la prevención de desórdenes alimentarios en adolescentes de 15 a 18 años del Instituto Superior Riobamba 2011. 2011.
20. Aguirre L. Desafíos emergentes en la nutrición del adolescente. 2010;10.
21. Pascualini D. Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: Una mirada integral. 2010;1ra edición: p.680.
22. Rojas E. Influencia de la publicidad televisiva peruana en el consumo de alimentos no saludables en escolares de 4º y 6º de primaria. 2012; p.6.
23. Luna J. Conocimiento de autocuidado para la prevención de la obesidad en escolares de 9 a 12 años. 2011; p.98.
24. Reyes S. Ingesta de lípidos y alimentación saludable.2010.p.31.
25. Murugán J. Alimentación en el adolescente. 2010; p.6.
26. Aguirre L. Desafíos emergentes en la nutrición del adolescente. 2010; p.10.
27. Osorio MP. Panorama de prácticas de alimentación de adolescentes escolarizados. 2009; p.27.
28. Javier M. Hábitos alimentarios , ingesta de energía y nutrientes y actividad física en adolescentes de nivel secundario obesos y normopesos de instituciones educativas estatales de San Isidro. 2009.
29. Morales E. Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. 2012;. p17.
30. Muñoz C. La medición de los autocuidados. 2005;15(2):76–87. Available from: <http://enfzaragoza-unam.blogspot.com/2007/01/la-medicin-de-los-autocuidados-una.html>
31. Sevillano ML, Sotomayor A. Publicidad y consumo de alimentos en estudiantes de Huánuco (Perú). 2012 Oct; p.8.
32. Romero D. Actividades de la vida diaria. 2007; p.23
33. Navarro P. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. 2010; p.14.
34. Navarro P. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. 2010 Jun;(19):1–14. Available from: <file:///C:/Users/Jesus/Downloads/106821-426271-1-PB.pdf>
35. Días M. Valoración del bajo peso, sobrepeso y obesidad de los/las adolescentes de educación básica del Colegio Nacional Mixto "San Joaquín" del Canton Cuenca". 2011.

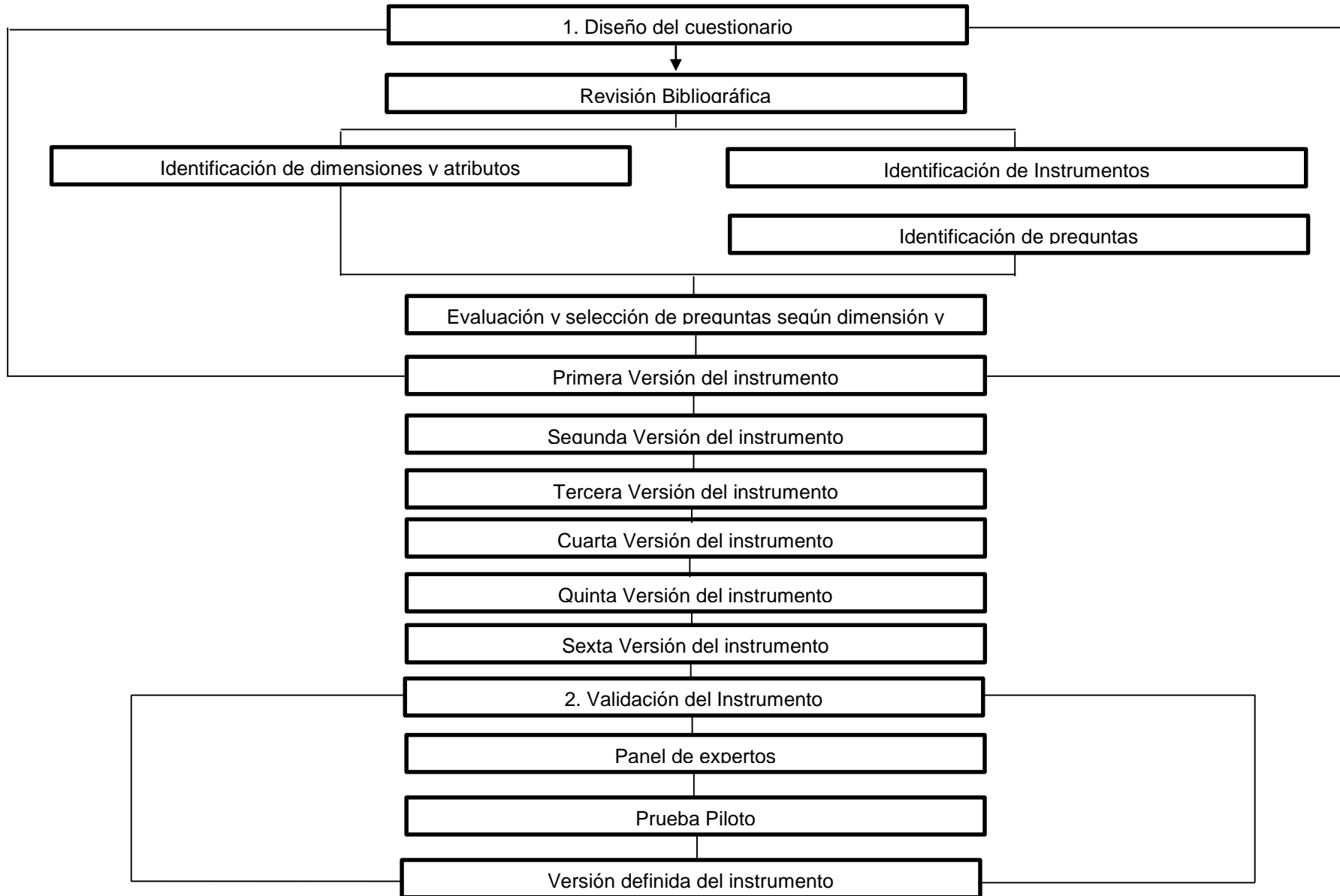
36. Tagliazucchi V. Presencia de factores determinantes para el autocuidado y la práctica de éste, en adolescentes institucionalizados en la ciudad de Valdivia, durante el primer semestre del año 2012.
37. Abril D. Aplicación del modelo precede-procede en la prevención de desordenes alimentarios en adolescentes de 15 a 18 años del Instituto Superior Robamba. 2011.
38. Burga D. El mundo adolescente: Estilos de vida de las adolescentes de una institución educativa Chiclayo. 2013
39. Pajuelo J. Comparación de la ingesta de energía y nutrientes en adolescentes mujeres con sobrepeso y obesidad. 2013; p.20.
40. Aguirre G.. Principios éticos de la práctica médica. 2004; p.72.
41. Espinoza E. Relación entre conductas obesogénicas y el estado nutricional en adolescentes en una Institución Educativa de San Luis. 2013.

ANEXOS

Anexo A: Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Valor final	Criterio para asignar valores
Prácticas de autocuidado alimentario en adolescentes	Son conductas alimentarias que aplica una persona, familia o grupo; aprendidas dentro de un marco familiar, social y cultural empleado por libre decisión, con el propósito de fortalecer la salud y prevenir la enfermedad	Habilidades de autocuidado que tienen los adolescentes de nivel secundario para aplicar estrategias de desarrollo personal y social que fortalecen el cuidado de su salud	Frecuencia de alimentación	Desayuno Almuerzo Cena Bebidas gaseosas Snacks Frituras Menestras	1 2 3 4 5 6 7 8	0 Deficiente	Bueno
			Consumo de comidas principales	Alimentos más importantes Lugar de consumo	9 10 11 12		
			Alimentación saludable y no saldable básica	Beber agua Consumo de frutas y verduras Consumo en los quioscos	13 14 15		4 Bueno

Anexo B: Construcción y validación del instrumento



Anexo C: Versión final del instrumento validado
Prácticas de autocuidado alimentario

Yo, tengo conocimiento sobre el estudio a realizar. El cual fui previamente informado, acepto participar en dicha encuesta.

FIRMA:

Grado y Sección:

Edad:

Sexo:

Marca con un aspa (X) la alternativa que corresponde a tu alimentación:

Yo, tengo conocimiento sobre el estudio a realizar. El cual fui previamente informado, acepto participar en dicha encuesta.

FIRMA:.....

Dimensión 1: Frecuencia de alimentación

1. ¿Con qué frecuencia te alimentas al día?

- a) 3 veces al día
- b) 5 veces al día
- c) 2 veces al día

2. ¿Cuántas veces a la semana tomas el desayuno?

- a) Diario
- b) Inter diario
- c) Rara vez
- d) Nunca

3. ¿Cuántas veces a la semana consumes el almuerzo?

- a) Diario
- b) Inter diario
- c) Rara vez
- d) Nunca

4. ¿Cuántas veces a la semana consumes la cena?

- a) Diario
- b) Inter diario

- c) Rara vez
- d) Nunca

5. ¿Con qué frecuencia tomas bebidas gaseosas, frugos?

- a) Diario
- b) Inter diario
- c) Rara vez
- d) Nunca

6. ¿Con qué frecuencia comes snacks (papitas, chizitos, tortees, etc)?

- a) Diario
- b) Inter diario
- c) Rara vez
- d) Nunca

7. ¿Con qué frecuencia comes frituras (hamburguesas, pollo broaster, pollo a la brasa, salchipapa, chifa, alita, anticuchos, chicharrones, etc.)?

- a) Diario
- b) Inter diario
- c) Rara vez
- d) Nunca

8. ¿Cuántas veces a la semana consumes menestras?

- a) Diario
- b) Inter diario
- c) Rara vez
- d) Nunca

Dimensión 2: Consumo de comidas principales

9. ¿Qué alimento del día consideras más importante?

- a) Desayuno
- b) Almuerzo
- c) Cena

10. ¿Dónde desayunas la mayoría de veces?

- a) Casa
- b) Fuera de casa

11. ¿Dónde almuerzas la mayoría de veces?

- a) Casa
- b) Fuera de casa

12. ¿Dónde cenas la mayoría de veces?

- a) Casa
- b) Fuera de casa

Dimensión 3: Alimentación saludable y no saludable básica

13. ¿Cuántos vasos de agua tomas durante el día?

- a) 7 a 8 vasos al día
- b) 4 a 6 vasos al día
- c) 1 a 3 vasos al día
- d) No tomo

14. ¿Qué compras en el quiosco del colegio?

- a) Golosinas
- b) Sandwich (pollo, queso, palta, etc.)
- c) Comida (chaufa, papa rellena, etc.)
- d) No como

15. ¿Cuántas porciones entre frutas y verduras consumes al día?

- a) 5 a más
- b) 3 a 4
- c) 1 a 2
- d) No como

**Puntaje de la escala gradual de prácticas de autocuidado alimentario
(PRAULI)**

Ítems	Alternativas			
	a	b	c	d
1	2	3	1	
2	4	3	2	1
3	4	3	2	1
4	4	3	2	1
5	1	2	3	4
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	4	3	2	1
9	3	2	1	
10	4	1		
11	4	1		
12	4	1		
13	4	3	2	1
14	1	3	2	4
15	4	3	2	1

Anexo D: Formato de validación de expertos

Lima, 04 de marzo de 2014

Mg.....

Solicito: Colaboración en Proceso de
Validación de instrumento de investigación

Nos es grato dirigirnos a Usted para saludarlo cordialmente y a su vez para presentarnos. Actualmente somos estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades y estamos desarrollando nuestro trabajo de investigación titulado **“Prácticas en autocuidado alimentario en adolescentes de 2° y 3° año de secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabaylo - 2014”**, cuyo objetivo es Identificar las prácticas en autocuidado alimentario en adolescentes de 2° y 3° año de secundaria de la institución educativa Industrial Lucyana, Carabaylo- 2014.

Conocedores de su experiencia y trayectoria profesional en el ámbito de nutrición y alimentación, solicitamos a Ud. su colaboración en calidad de Experto para la fase de Validación del constructo del instrumento.

Agradeciendo anticipadamente su apoyo y la atención a la presente, nos despedimos de Ud.

Atentamente,

Espinoza Espinoza, Rosmery Isabel
10102077

Sánchez Almeyda, Jessica Joselyn
10102073

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.

Ej.:

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: Espinoza Espinoza, Rosmery Isabel

e – mail: rois.espinoza@gmail.com

Cel.: 943975984

Investigador 2: Sánchez Almeyda, Jessica Jhoselin

e – mail: Libraj_r@hotmail.com

Cel.: 959736663

Parte 1:

PREGUNTAS		OBSERVACIONES				
Nº	Ítem	A	B	C	D	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Luego de hacer las observaciones pertinentes, podemos 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: Resumen de prueba de jueces

2	Las distribuciones de Mónica Bazán Mesías, Mercedes Ferrer, Dante Vasquez Loli, Deborah Vigo Castañeda and Susana Jara Niquin son las mismas.	Coefficiente de concordancia de Kendall de muestras relacionadas	,004	Rechazar la hipótesis nula.
---	---	--	------	-----------------------------

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Anexo F: Alfa de Cronbach

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,701	15

Anexo G: Autorización para la recolección de datos



INSTITUCION EDUCATIVA "INDUSTRIAL LUCYANA"

CODIGO MODULAR N° 0832287
UGEL 04 - CARABAYLLO

Jr. Víctor Humareda s /n Urb. Lucyana - Carabayllo



"AÑO DE LA PROMOCION DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL COMPROMISO CLIMATICO"



AUTORIZACION

EL DIRECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA INDUSTRIAL "LUCYANA," DE LA JURISDICCION DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL N° 04 DE COMAS Y CARABAYLLO, QUE AL FINAL SUSCRIBE:

AUTORIZA:

Que las estudiantes, SANCHEZ ALMEYDA Jessica Jhoselin, con DNI N° 47283888, ALBUJAR GAVIDIA Sandy Rosalia, con DNI N° 46435306, ESPINOZA ESPINOZA Rosmery Isabel, con DNI N° 46812418, de la Universidad de Ciencias y Humanidades de la Facultad del ciclo IX de Enfermería, realizarán el recojo de información mediante sus instrumentos validado con los estudiantes de 2° y 3° grado de Educación Secundaria de Menores, para la aplicación de instrumento de tesis.

Lucyana, 14 de marzo del 2014



Dgo. RICARDO H. CABREJOS VEGA
DIRECTOR
I.E. LUCYANA

Anexo H: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Prácticas de autocuidado alimentario en adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo – 2014”

El presente trabajo de investigación está siendo desarrollado por los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades y tiene como objetivo determinar las prácticas de autocuidado alimentario en adolescentes de 2° y 3° año de secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo - 2014.

La participación de su menor hijo es completamente voluntaria y confidencial. La información que su menor hijo nos proporcione será manejada confidencialmente, pues solo los investigadores tendrán acceso a esta información, por tanto estará protegida.

La aplicación del instrumento tiene una duración aproximada de 20 minutos y consiste en un cuestionario con el objetivo de ver la forma en la que piensan los jóvenes acerca de su sexualidad y la forma en la que los padres tratan este tema con sus hijos (as). Esta información será analizada por las estudiantes de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades y los resultados mostrados serán del colegio en conjunto y no de manera individualizada.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este trabajo de investigación, por favor comuníquese con:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------|
| 1. Espinoza Espinoza, Rosmery Isabel | Cel.: 943975984 |
| 2. Sanchez Almeyda, Jessica Jhoselin | Cel.: 959736663 |

DECLARACIÓN:

Declaro mediante este documento que he sido informado plenamente sobre el trabajo de investigación, así mismo se me informó del objetivo del estudio y sus beneficios, se me ha descrito el procedimiento y me fueron aclaradas todas mis dudas, proporcionándome el tiempo suficiente para ello.

En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación en este estudio, de mi menor hijo.

.....
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE O APODERADO DNI FIRMA

.....
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENCUESTADOR DNI FIRMA

.....
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENCUESTADOR DNI FIRMA

FECHA:

--	--	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO APAFA

“Prácticas de autocuidado alimentario en adolescentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo - 2014”

El presente trabajo de investigación está siendo desarrollado por los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades y tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo de la Institución Educativa Industrial “Lucyana”, Carabayllo - 2014.

La participación de los adolescentes es completamente voluntaria y confidencial. La información que nos proporcione será manejada confidencialmente, pues solo los investigadores tendrán acceso a esta información, por tanto estará protegida.

La aplicación del instrumento tiene una duración aproximada de 20 minutos y consiste en un cuestionario con el objetivo de ver la forma en la que piensan los jóvenes acerca de su sexualidad y la forma en la que los padres tratan este tema con sus hijos (as). Esta información será analizada por los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades y los resultados mostrados serán del colegio en conjunto y no de manera individualizada.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este trabajo de investigación, por favor comuníquese con:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------|
| 1. Espinoza Espinoza, Rosmery Isabel | Cel.: 943975984 |
| 2. Sanchez Almeyda, Jessica Jhoselin | Cel.: 959736663 |

DECLARACIÓN:

Declaro mediante este documento que he sido informado plenamente sobre el trabajo de investigación, así mismo se me informó del objetivo del estudio y sus beneficios, se me ha descrito el procedimiento y me fueron aclaradas todas mis dudas, proporcionándome el tiempo suficiente para ello.

En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación de los alumnos de 3° 4° y 5° de secundaria de dicha institución

.....
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PRESIDENTE DE APAFA DNI FIRMA

.....
NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DNI FIRMA

FECHA:

--	--	--

Anexo I: Asentimiento informado



ASENTIMIENTO INFORMADO

“Prácticas de autocuidado alimentario en adolescentes de nivel secundaria de la Institución Educativa Industrial Lucyana, Carabayllo – 2014”

El presente trabajo de investigación está siendo desarrollado por las estudiantes de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades y tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento de los adolescentes respecto a su autocuidado reproductivo de la Institución Educativa Industrial “Lucyana”, Ate Vitarte - 2014.

La participación es completamente voluntaria y confidencial. La información que nos proporcionen será manejada confidencialmente, pues solo los investigadores tendrán acceso a esta información, por tanto estará protegida.

La aplicación del instrumento tiene una duración aproximada de 20 minutos y consiste en un cuestionario con el objetivo de ver la forma en la que piensan los jóvenes acerca de su sexualidad y la forma en la que los padres tratan este tema con sus hijos (as).

Esta información será analizada por las estudiantes de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades y los resultados mostrados serán del colegio en conjunto y no de manera individualizada.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este trabajo de investigación, por favor comuníquese con:

1. Espinoza Espinoza, Rosmery Isabel
2. Sanchez Almeyda, Jessica Jhoselin

Cel.: 943975984
Cel.: 959736663

DECLARACIÓN:

Declaro mediante este documento que he sido informado plenamente sobre el trabajo de investigación, así mismo se me informó del objetivo del estudio y sus beneficios, se me ha descrito el procedimiento y me fueron aclaradas todas mis dudas, proporcionándome el tiempo suficiente para ello.

En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación en este estudio.

.....
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE DNI FIRMA

.....
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENCUESTADOR DNI FIRMA

.....
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENCUESTADOR DNI FIRMA

FECHA:

--	--	--

Anexo J: Datos sociodemográficos

FRECUENCIAS

[conjunto_de_datos] E:\prueba piloto.mayo.sav

Estadísticos

EDAD

N	Válidos	41
	Perdidos	0
Media		13,83
Mediana		14,00
Moda		13
Mínimo		12
Máximo		18

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 12	5	12,2	12,2	12,2
13	15	36,6	36,6	48,8
14	11	26,8	26,8	75,6
15	6	14,6	14,6	90,2
16	1	2,4	2,4	92,7
17	2	4,9	4,9	97,6
18	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos F	112	48,5	48,5	48,5
M	119	51,5	51,5	100,0
Total	231	100,0	100,0	

Anexo K: Resultados complementarios

TABLA 1

Ítems	Respuesta frecuente	Porcentaje
Dimensión 1 : Frecuencia de alimentación		
1. ¿Con qué frecuencia te alimentas al día?	3 veces al día	76,2 %
2. ¿Cuántas veces a la semana tomas el desayuno?	Diario	78,8 %
3. ¿Cuántas veces a la semana consumes el almuerzo?	Diario	91,3 %
4. ¿Cuántas veces a la semana consumes la cena?	Diario	79,7 %
5. ¿Con qué frecuencia tomas bebidas gaseosas, frugos?	Rara vez	56,7 %
6. ¿Con qué frecuencia comes snacks (papitas, chizitos, tortees, etc.)?	Rara vez	69,7 %
7. ¿Con qué frecuencia comes frituras (hamburguesas, pollo broaster, pollo a la brasa, salchipapa, chifa, alita, anticuchos, chicharrones, etc.)?	Rara vez	74,0 %
8. ¿Cuántas veces a la semana consume menestras?	Interdiario	69,3 %
Dimensión 2: Consumo de comidas principales		
9. ¿Qué alimento del día consideras más importante?	Desayuno	58,4 %
10. ¿Dónde desayunas la mayoría de veces?	En casa	94,4 %
11. ¿Dónde almuerzas la mayoría de veces?	En casa	95,7 %
12. ¿Dónde cenas la mayoría de veces?	En casa	97 %
Dimensión 3: Alimentación saludable y no saludable básica		
13. ¿Cuántos vasos de agua toma durante el día?	4 a 6 vasos al día	38,1 %
14. ¿Qué compras en el quiosco del colegio?	No compro	40,7 %
15. ¿Cuántas porciones entre frutas y verduras consume al día?	3 a 4 porciones	42,0 %