

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



TESIS DE TITULO

“Eficacia del Programa “Adolescencia Saludable” para mejorar Estilo de Vida en
estudiantes del 4to año de Educación Secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru -
Juliaca 2015”

Tesis presentada para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería.

Autores

Bach. Maquera Maquera, Erick Harrison

Bach. Quilla Ochochoque, Romario Paul Edson

Asesora

Lic. León Castro, Delia Luz

Juliaca, 2015

Dedicatoria

A mis padres con mucho cariño y respeto por su constante esfuerzo, apoyo incondicional y comprensión durante mi vida personal y profesional.

Romario

A mis padres por el apoyo incondicional hasta el desarrollo final de mi tesis, a mi esposa que me apoyo en cada momento, a los docentes que apoyaron la realización de este trabajo y a la Universidad Peruana Union por sus enseñanzas durante cinco años.

Erick

Agradecimiento

A Dios nuestro padre celestial, por el cuidado, la protección y el direccionamiento constante durante la ejecución de la tesis.

A la Universidad Peruana Union por cobijarnos durante nuestro tiempo de estudio, porque en sus aulas aprendimos a ser buenos profesionales con principios éticos y morales, para que podamos desenvolvemos como buenos profesionales dentro del campo laboral donde nos toque trabajar.

A los profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud, a la Escuela Profesional de Enfermería por los conocimientos que nos brindaron durante estos años de estudio, por el apoyo emocional que nos brindaban durante cada sesión de clase, por el apoyo moral que nos daban en cada momento.

A nuestros padres, quienes de manera incondicional nos apoyan en cada momento de manera económica, ya que sin ese apoyo no podríamos ser profesionales.

Y de manera muy especial a nuestra asesora la Mg. Delia Luz Leon Castro quien nos guio en cada momento a la ejecución de esta tesis.

Los autores.

Tabla de contenido

Capítulo I.....	1
El problema.....	1
1. Descripción de la situación problemática.....	1
2. Formulación del problema.....	4
2.1. Problema general.....	4
3. Objetivos de la investigación.....	5
3.1. Objetivo general.....	5
3.2. Objetivos específicos.....	5
4. Justificación.....	6
Capitulo II.....	8
Marco teórico.....	8
1. Antecedentes de la investigación.....	8
2. Marco bíblico filosófico.....	13
3. Marco conceptual.....	16
3.1. Estilos de vida.....	16
3.2. Adolescencia.....	44
3.3. Teoría de enfermería.....	49
4. Definición de términos.....	56

4.1. Estilo de vida.....	56
4.2. Adolescencia	56
Capitulo III	58
Materiales y métodos.....	58
1. Método de investigación.....	58
2. Formulación de la hipótesis.....	59
2.1. Hipótesis de investigación.....	59
3. Variables de la investigación	59
3.1. Identificación de las variables	59
3.2. Operacionalización de las variables	59
4. Delimitación geográfica y temporal.....	62
5. Población y muestra.....	63
5.1. Criterios de inclusión y exclusión	63
5.2. Características de la muestra	63
6. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	64
6.1. Instrumento.....	64
7. Proceso de recolección de datos	64
8. Procesamiento y análisis de datos.....	66
Capítulo IV	67
Resultados y discusión.....	67

1.-Resultados.....	67
2.-Discusión	81
Capítulo V.....	92
Conclusiones y recomendaciones.....	92
1.- Conclusiones.....	92
2.-Recomendaciones	93
Referencias	95
Anexos	100
Anexo N°1	100
Cuestionario de perfil de estilos de vida PEPS-I	100
Anexo N° 2	103
Modulo "Adolescencia Saludable"	103

Índice de tablas

Tabla 1	67
Nivel de estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención.	
Tabla 2	68
Estadísticos de estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención.	
Tabla 3	68
Prueba de hipótesis de estilos de vida para muestras relacionadas en adolescentes del cuarto de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru Juliaca – 2015.	
Tabla 4	69
Nivel de estilos de vida en la dimensión (nutricion) en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención.	
Tabla 5	70
Estadísticos de estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervencio en el área de (nutrición).	
Tabla 6	70
Prueba de hipótesis de estilos de vida en el área de (nutricion), para muestras relacionadas con adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, Juliaca, 2015.	
Tabla 7	71

Nivel de estilos de vida en la dimensión (Ejercicio) en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, antes y después del programa de intervención.

Tabla 872

Estadísticas de estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención en el área de (Ejercicio).

Tabla 973

Prueba de hipótesis de estilos de vida en el área de (Ejercicio), para muestras relacionadas en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, Juliaca – 2015.

Tabla 1073

Nivel de estilos de vida en la dimensión (Responsabilidad en salud) en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención.

Tabla 1174

Estadísticos del estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención en el área de (Responsabilidad en salud).

Tabla 1275

Prueba de hipótesis de estilos de vida en el área de (Responsabilidad en salud), para muestras relacionadas en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, Juliaca – 2015.

Tabla 1375

Nivel de estilos de vida en la dimensión (Manejo del estrés) en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención.

Tabla 14	76
Estadísticos de estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención en el área de (Manejo del estres).	
Tabla 15	77
Prueba de hipótesis de estilos de vida en el área de (Manejo del estres), para muestras relacionadas en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru Juliaca – 2015.	
Tabla 16	77
Nivel de estilos de vida en la dimensión (Soporte interpersonal) en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención.	
Tabla 17	78
Estadísticos de estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención en el área de (Soporte interpersonal).	
Tabla 18	79
Prueba de hipótesis de estilos de vida en el área de (Soporte interpersonal), para muestras reacionadas en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, Juliaca – 2015.	
Tabla 19	79
Nivel de estilos de vida en la dimensión (Auto actualizacion) en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención.	
Tabla 20	80

Estadísticos de estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención en el área de (Auto actualización).

Tabla 2181

Prueba de hipótesis de estilos de vida en el área de (Auto actualización), para muestras relacionadas en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, Juliaca – 2015.

Índice de anexos

Cuestionario de perfil de estilos de vida PEPS-I	100
Módulo “Adolescencia Saludable”	103

Resumen

Introducción: Los nuevos estilos de vida adoptados por los adolescentes han disparado la presentación de nuevos eventos de salud-enfermedad, la presente investigación permite observar el nivel de estilos de vida en los adolescentes. Con el **Objetivo:** determinar la eficacia del programa “Adolescencia Saludable” para mejorar estilos de vida en los estudiantes del 4to año de educación secundaria del colegio adventista Túpac Amaru de la ciudad de Juliaca. **Metodología:** el diseño de la investigación es de tipo Pre-experimental, con una prueba y post prueba, dos mediciones, la muestra estuvo conformada por 30 estudiantes de 15 a 16 años de edad, al cual se les aplicó el cuestionario de estilos de vida (PEPS-I), validado, y la aplicación del programa de intervención “Adolescencia Saludable” en un periodo de cuatro meses, sobre la aplicación del programa, se elaboró módulos de intervención con 10 sesiones educativas, **Resultado:** antes de la aplicación del programa mencionado, un 80% de estudiantes que significa 24 alumnos obtuvo un (estilo de vida saludable), un 10% de estudiantes que significa 3 alumnos presentó estilos de (vida poco saludables) y un 10% presentó (estilos de vida muy saludables), después de la aplicación del programa “adolescencia saludable” se obtuvieron los siguientes resultados, un 53.3% de estudiantes que significa 16 alumnos obtuvo un estilo de vida saludable, un 0% presentó estilos de vida poco saludables y un 46.7% de estudiantes que significa 14 alumnos presentó estilos de vida muy saludables. **Conclusión:** Se demuestra así, que el programa aplicado es eficaz para mejorar estilos de vida en adolescentes, se deben incorporar programas como estos en el sector de educación. Por el mismo hecho que los grandes investigadores y científicos se han dado cuenta que la práctica de estilos de vida saludable te pueden alargar la vida.

Palabras claves: Estilo de Vida / Saludable / Adolescencia.

Abstract

Introduction: The new styles of life adopted by teenagers have fired the presentation of new health events-disease, this research allows you to observe the level of styles of life in adolescents with the **objective:** to determine the effectiveness of the program "Healthy Adolescence" to improve lifestyles in the students of the 4th year of secondary education of the Adventist college Tupac Amaru in the city of Juliaca. **Methodology:** the research design is a pre-experimental, with a test and post test, two measurements, the sample was composed of 30 students from 15 to 16 years of age, to which they applied the questionnaire lifestyles (PEPS-I), validated, and the implementation of the intervention program "Adolescence Healthy" in a period of four months, on the implementation of the program, developed intervention modules with 10 educational sessions, **Result:** before the implementation of the above-mentioned program, 80% of students that means 24 students obtained a (healthy lifestyle), a 10% students that means 3 students presented styles (unhealthy) and a 10% presented (lifestyles very healthy), then In the implementation of the program "healthy adolescence" the following results were obtained, 53.3 % of students that means 16 students obtained a healthy lifestyle, a 0% presented unhealthy lifestyles and a 46.7 % of students that means 14 students presented lifestyles very healthy. **Conclusion:** This shows, that the program is implemented effectively to improve lifestyles in adolescents, should be incorporated into programs such as these in the education sector. By the very fact that the great researchers and scientists have realized that the practice of healthy life styles you can lengthen the.

Key Words: Lifestyle / Healthy / adolescence.

Capítulo I

El problema

1. Descripción de la situación problemática:

La organización mundial de la salud OMS ofrece una lista de los diez principales factores de riesgo a escala global que, en conjunto, explica más de la tercera parte de todas las muertes de todo el mundo: bajo peso corporal, sexo sin protección, elevada presión sanguínea, tabaquismo, consumo de alcohol, agua insalubre, falta de higiene y de las infraestructuras de alcantarillado, deficiencia de hierro, humo en interiores provenientes de combustibles sólidos, elevado colesterol, obesidad.

En los países en vías de desarrollo mueren todos los años más de tres millones de niños por falta de peso. Por el contrario, en Norteamérica y Europa mueren todos los años alrededor de medio millón de personas por enfermedades relacionadas con obesidad.

(Morrison y Bennett, 2008, p.76-77).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera desde 1998 a la obesidad como una epidemia global. En la infancia y adolescencia constituye el trastorno metabólico más frecuente, así como la principal enfermedad no declarable. La prevalencia en los países desarrollados se ha triplicado en los últimos 15 años. El problema sanitario derivado de la obesidad es muy grave, por lo que está plenamente justificado el calificativo de la OMS y

del Grupo Internacional de Trabajo para la Obesidad (IOTF) de "Epidemia del siglo XXI" (Quirantes, Et al, 2009, p.5).

Según la OMS. Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo momento. En el 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años de edad tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. En el 2014, el 39% de las personas adultas de 18 a más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas. La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal. En 2013, más de 42 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso. La obesidad puede prevenirse. La prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por mas de dos entre 1980 y 2014. (OMS, 2015).

Durante los últimos años, los estilos de vida se está tornando uno de los temas al cual se le está dando mucha importancia por el mismo hecho de que los grandes investigadores y científicos se han dado cuenta que la práctica de estilos de vida saludable te pueden alargar la vida. “Las enfermedades crónicas no transmisibles son la nueva amenaza que acecha a la población mundial, son motivo de preocupación y estudio de los expertos en salud y es indudable que su auge se debe a los hábitos recientemente adquiridos por el hombre” (Monje y Figueroa, 2011, p.14).

Diversos factores condicionan la alimentación, como el aspecto físico de los alimentos, los factores psíquicos del individuo, la dimensión social y antropológica, la religión, los factores económicos, el hábitat, el nivel de instrucción y socioeconómico y la red de comercialización del alimento. (Quirantes, Lopez, Hernandez, y Perez, 2009, P. 2)

La población juvenil ha tenido y tiene, unas características peculiares que conllevan diferentes problemas de todo tipo, lo que hace de esta época de la vida un periodo extremadamente sensible, trascendente y de consecuencias definitivas para el futuro de los individuos. Es una época de cambios muy acentuados tanto orgánica como psicológicamente, con adopción de hábitos propios y adquisición rápida de nuevos conocimientos (Durá, 2010, p.681).

Los nuevos estilos de vida adoptados por los adolescentes han disparado la presentación de nuevos eventos de salud-enfermedad, los cuales no solo dependen de elecciones individuales, sino que también están influenciados por las condiciones económicas, sociales, culturales y ocupacionales de los adolescentes. Por consiguiente, la constitución del estilo de vida del adolescente no solo depende de la historia de vida del individuo, sino también del papel decisivo de los procesos de aprendizaje por imitación, de tal modo que los adolescentes pueden llegar a desplegar estos hábitos conductuales desde el aprendizaje de modelos familiares o de grupos formales o informales. (Ferrel, Ortiz, Forero, Herrera, y Peña, 2014, p.106).

Los estilos de vida y la condición nutricional de un individuo no son constantes a lo largo del ciclo vital, cuando el individuo termina la educación básica y media e ingresa a la educación superior afronta diversos cambios que pueden influir en la modificación de sus estilos de vida y afectar tanto su estado nutricional como de salud. Durante esta etapa, el individuo no relaciona su estilo de vida con el riesgo a enfermar en un futuro, dando más importancia a su grupo social y a la adopción de conductas que le permitan sentirse autónomo y adulto, como por ejemplo, fumar y tomar bebidas alcohólicas (Becerra, Pinzon, Vargas, Vera, & Ruiz, 2014, p.52).

Investigar los estilos de vida en el ámbito escolar es importante debido a que se pueden obtener datos que ayuden al desarrollo personal, familiar y profesional, buscando con ello que impacte en lo laboral una vez que su vida manifieste dicho rumbo. Se conoce que los estilos de vida pueden clasificarse como saludables o patógenos, dentro de la psicología de la salud (Solorzano, 2013,p.78).

Nuestro mundo se esta tornando cada vez mas practico, esto quiere decir que para poder realizar cualquier actividad no necesariamente tenemos que movernos o realizar alguna accion teniendo que gastar nuestra energia corporal, las cosas ahora en este tiempo se hacen solas si asi se puede decir, ya que solo tenemos que precionar algun boton para que la actividad que iba a necesitar de nuestro movimiento se haga por si sola, los artefactos modernos y la tecnologia nos ha facilitado las tareas cotidianas de la casa. Es por eso que los pobladores de los tiempos antiguos no se enfermaban mucho y podian vivir mas años, ya que ellos sin darse cuenta talvez realizaban actividad fisica, como antes no existia las comidas chatarras tenian que comer lo que la tierra producia; sin embargo en estos tiempos la sociedad no realiza demasiado ejercicio fisico y el paladar esta acostumbrado a comer comida rapida. Se debe a estas actividades el aumento de obesidad en los adolescentes y malas practicas de estilos de vida.

2. Formulación del problema:

2.1. Problema general:

¿Cuál es la eficacia del programa educativo “Adolescencia saludable” para mejorar estilo de vida en estudiantes del 4to año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru – Juliaca 2015?

3. Objetivos de la investigación:

3.1. Objetivo general:

Determinar la eficacia del programa “Adolescencia saludable” para mejorar Estilos de Vida en los estudiantes del 4to año de secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru – Juliaca 2015.

3.2. Objetivos específicos:

- Describir la eficacia del programa “Adolescencia saludable” para mejorar Estilos de Vida en su dimensión nutrición, en los estudiantes del 4to año de educación secundaria, del Colegio Adventista Túpac Amaru; antes de la intervención del programa educativo “Adolescencia Saludable” Juliaca 2015.
- Describir la eficacia del programa “Adolescencia saludable” para mejorar Estilos de Vida en su dimensión ejercicio, en los estudiantes del 4to año de educación secundaria, del Colegio Adventista Túpac Amaru; antes de la intervención del programa educativo “Adolescencia Saludable” Juliaca 2015.
- Describir la eficacia del programa “Adolescencia saludable” para mejorar Estilos de Vida en su dimensión responsabilidad en salud, en los estudiantes del 4to año de educación secundaria, del Colegio Adventista Túpac Amaru; antes de la intervención del programa educativo “Adolescencia Saludable” Juliaca 2015.
- Describir la eficacia del programa “Adolescencia saludable” para mejorar Estilos de Vida en su dimensión manejo del estrés, en los estudiantes del 4to año de educación secundaria, del Colegio Adventista Túpac Amaru; antes de la intervención del programa educativo “Adolescencia Saludable” Juliaca 2015.

- Describir la eficacia del programa “Adolescencia saludable” para mejorar Estilos de Vida en su dimensión soporte interpersonal, en los estudiantes del 4to año de educación secundaria, del Colegio Adventista Túpac Amaru; antes de la intervención del programa educativo “Adolescencia Saludable” Juliaca 2015.
- Describir la eficacia del programa “Adolescencia saludable” para mejorar Estilos de Vida en su dimensión auto actualización, en los estudiantes del 4to año de educación secundaria, del Colegio Adventista Túpac Amaru; antes de la intervención del programa educativo “Adolescencia Saludable” Juliaca 2015.

4. Justificación:

El siguiente trabajo se justifica por las siguientes razones:

Por su relevancia teórica porque servirá como antecedente para futuras investigaciones que se realicen dentro o fuera del país, de este modo estaremos contribuyendo a que más personas puedan tener entendimiento sobre el tema que se está estudiando.

Por su relevancia social y práctica porque si bien se conoce en estos últimos años la sociedad le está prestando poco interés en la práctica de estilos de vida saludable y como resultado se tiene el aumento de enfermedades crónicas que muy bien se hubiesen podido prevenir si se practicasen los estilos de vida saludable, es porque se desarrolla este programa que ayudara a los estudiantes del 4to año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru a poder adquirir y poner en práctica estilos de vida saludable, ya que la intención del programa de intervención es poder lograr que cambien sus estilos de vida y ellos mismos se sientan satisfechos al poder sentir mejoras día a día en su vida, al

finalizar el programa se encontraran en la capacidad de poder realizar acciones básicas de salud, higiene y bienestar en beneficio propio.

Por su relevancia metodológica porque se implementara un programa sobre estilos de vida saludable para adolescentes que dentro de su contenido se encontrara técnicas e información para poder cambiar sus estilos de vida los cuales podrá ser usado en futuras investigaciones y podrá ser aplicada en poblaciones similares.

Finalmente este estudio se justifica por los aportes realizados a las líneas de investigación en salud y desarrollo comunitario en el área de promoción de la salud, desarrollados por la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión y por la oportunidad que posee los investigadores de compartir los resultados de sus hallazgos con todas aquellas personas interesadas en la temática estudiada.

Capítulo II

Marco teórico

1. Antecedentes de la investigación:

Macias, et al (2012), en su trabajo de investigación titulado: “Estilos de vida, sobrepeso y obesidad en adolescentes de enseñanza media de La Habana”; establecieron como objetivo el poder evaluar la relación entre el exceso de peso y adiposidad con la actividad física, en las horas de television y los habitos alimentarios en adolescentes. Realizaron un trabajo descriptivo comparativo, donde se tuvo una muestra de 604 adolescentes de 12 años de la Habana. Para el análisis de regresión logística se utilizó el exceso de peso y de adiposidad como variables dependientes. Los resultados que obtuvieron fueron que el exceso de peso corporal fue más frecuente en los varones. Se encontró una alta prevalencia de exceso de adiposidad, el 49.8% en mujeres y el 37,8% en varones. Los varones (61,7%) fueron más activos que las mujeres (33,6%). De lunes a viernes, el 46,7% de los varones y el 55,9% de las mujeres dedicaron más de 2 h/día a ver televisión, que aumentó a más del 75% en ambos sexos los sábados y domingos. Realizar menos de 5–6 comidas/día duplicó el riesgo de tener exceso de peso; el sobrepeso corporal en la niñez también fue un factor de riesgo.

Monje y Figueroa (2011), en su trabajo de investigación que lleva por título: “Estilos de Vida de los adolescentes escolares del departamento de Huila”, tuvieron por objetivo:

caracterizar los estilos de vida de los adolescentes escolares del departamento de Huila a partir de sus prácticas y creencias de las dimensiones actividad física y deporte; manejo del tiempo libre y recreación; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y sueño. La investigación fue de tipo descriptivo con diseño transversal, la muestra estuvo conformada por 916 estudiantes de secundaria a quienes se les aplicó dos instrumentos: el cuestionario prácticas y creencias sobre estilos de vida y la encuesta sobre factores contextuales relacionados con el estilo de vida. Los resultados que obtuvieron los adolescentes escolares del departamento de Huila, considerando sus prácticas, creencias y factores contextuales, tienen un estilo de vida saludable, pero hay presencia de potenciales riesgos si no se ofrecen programas de fomento de la actividad física organizada ni alternativas formativas para su tiempo libre.

Solórzano (2013), en su trabajo de investigación que lleva por título: Estilos de vida en adolescentes de nivel medio superior de una comunidad semiurbana. Tuvo por objetivo identificar estilos de vida en adolescentes de una comunidad semiurbana, realizaron un trabajo descriptivo, la muestra estuvo conformada por 1022 estudiantes a quienes se les informó sobre el estudio de investigación y se procedió a la aplicación del instrumento de medición. Los resultados que obtuvieron de la muestra fueron los siguientes: en relación al ejercicio se tuvo que los adolescentes en un 5.9% casi nunca hacen ejercicio, el 24.8% lo hace rara vez, el 23.3% lo realizan dos veces por semana, el 24.4% 3 veces a la semana y el 21.5% 4 veces a la semana. En cuanto al consumo de tabaco se encontró que el 49.5% no había fumado en los últimos 5 años, de no haber fumado en los últimos 6 meses y el último año correspondió al 16 y 15.8% respectivamente, no obstante el 15.5% había fumado de 1 a 10 veces a la semana y el 1.6% más de 10 veces a la semana. En tanto que al

consumo de alcohol semanal se tuvo que el 84.1% había bebido hasta 7 veces, de 8 a 10 veces el 4.7%, de 11 a 13 veces el 2.5%. Dentro de los sentimientos negativos como agresividad se tuvo que casi nunca lo presentan el 38.6%, rara vez el 30.4%, el 21.8% algunas veces, el 6.1% frecuentemente y el 2.3% casi siempre. Y la preocupación en 29.4% lo presentan rara vez, como el 36.8% algunas veces. En tanto al consumo de grasa animal o comida chatarra, se consideró que el 28.5% lo realiza algunas veces, el 33.8% rara vez, y casi nunca el 28%.

Torres y Vilchez (2014), en su trabajo que lleva por título “Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto joven”, tuvo por objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto joven del asentamiento humano Villa España en Chimbote. Realizó un estudio cuantitativo, de corte transversal, diseño descriptivo correlacional, en una población conformada por 334 adultos jóvenes que residen en el asentamiento humano Villa España en Chimbote, El Santa, Ancash. Para la realización del trabajo se utilizó la entrevista y la observación, aplicándose dos instrumentos: escala de vida y cuestionario de factores biosocioculturales. Los resultados que encontró fueron los siguientes: se muestra que del 100%, el 15.6% tiene un estilo de vida saludable y un 84.4% tienen un estilo de vida no saludable; por otra parte en los factores biológicos, el mayor porcentaje en un 60.8% son de sexo femenino. Los factores culturales el 46.4% tienen estudio superior incompleta, en cuanto a la religión el mayor porcentaje 81.1% son católicos. Los factores sociales del 62% su estado civil es unión libre, el 30.5% son amas de casa y un 50% tienen un ingreso económico mayor a 1000 nuevos soles.

Burga y Sandoval (2013), en su trabajo de investigación que lleva por título: El mundo adolescente: Estilos de vida en las adolescentes de una institución educativa Chiclayo – 2012, tuvieron por objetivo identificar, analizar y comprender sus estilos de vida. La investigación abordó con estudio de caso sustentado en Nisbet y Watt. El grupo de estudio estuvo conformado por 7 adolescentes, la muestra se obtuvo por criterio de saturación, asimismo se encuestó a 74 adolescentes delimitando la muestra por conveniencia. La recolección de datos se realizó mediante la entrevista abierta a profundidad, además se hizo uso del diario de campo y la encuesta como instrumento de apoyo y fidelización de los datos. Los resultados demostraron que al ser la adolescencia una etapa conflictiva, vulnerable a cambios por influencias, estas tienden a tener una inclinación hacia los inadecuados estilos de vida con predominio de la alimentación y el sedentarismo, haciéndolas más susceptibles a tener mayores problemas de salud, siendo la familia la primera fuente de influencia en las adolescentes para la obtención de esos estilos de vida.

Grimaldo (2012), en su trabajo de investigación titulado: Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud; que tuvo por objetivo identificar el estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. Realizó un trabajo descriptivo comparativo, cuya muestra estuvo conformada por 198 participantes, la mayoría de ellos mujeres. Para su investigación formuló su propio cuestionario sobre estilos de vida saludable, procedió a aplicar el instrumento y analizar los resultados. Los resultados que obtuvo fueron que en relación a la práctica de actividad deportiva, en la muestra total se observa que el mayor porcentaje de profesionales se ubicó en un nivel de estilo de vida saludable, sin embargo al considerar la suma de los porcentajes de las categorías poco saludable tendencia al riesgo y poco saludable, se observó que los grupos que se encuentran

en una mayor situación de riesgo son los de las mujeres los que tienen menores ingresos económicos, los que tienen hasta treinta años y los profesionales no médicos.

Chalco (2014), en su trabajo que lleva por título: Estilos de vida saludable y estado nutricional en estudiantes del 5to año de nivel secundario del Colegio Jose Antonio Encinas de la ciudad de Juliaca – 2013, realizó un trabajo no experimental de corte transversal de tipo correlacional, su muestra estuvo conformada por 176 estudiantes matriculados en el quinto año de nivel secundario. Tuvo por objetivo determinar la existencia de relación entre estilos de vida saludable y estado nutricional, para la recolección de la muestra utilizó el cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS-I) de Pender y para el estado nutricional se uso el índice de masa corporal (IMC). Los resultados que obtuvo al procesar los datos fueron los siguientes: el 64.2% de los estudiantes presentan un estado nutricional de normalidad, seguido del 21.0% de estudiantes que presentan sobrepeso y el 14.8% que presentan desnutrición; el 57.48% presentan un estado de vida en el nivel saludable, el 23,3% presentan un estilo de vida poco saludable y el 19.3% de los estudiantes presentan un estilo de vida muy saludable.

Aristica y Ito (2014), en su trabajo de investigación denominado: Estilos de vida de los adolescentes del 4to y 5to año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru y Colegio Nacional Industrial Peru Birf, Juliaca 2014. Tuvieron por objetivo determinar si existen diferencias entre los estilos de vida de los adolescentes del 4to y 5to año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru y Colegio Nacional Industrial Peru Birf, Juliaca 2014. La metodología que utilizaron fue descriptiva, transversal y comparativo. Su muestra estuvo conformada por 187 estudiantes de la Institucion Educativa Peru Birf y 94 del Colegio Adventista Túpac Amaru, la técnica que utilizaron fue

la encuesta y el cuestionario de perfil de estilos de vida (PEPS-I) de Nola Pender (1996). Los resultados que obtuvieron fue que el 45.7% de los adolescentes del Colegio Adventista Túpac Amaru tuvieron un estilo de vida muy saludable y el 3.7% de adolescentes del Colegio Nacional Industrial Peru Birf obtuvieron un estilo de vida muy saludable.

2. Marco bíblico filosófico:

Como complemento perfecto para este trabajo de investigación, no podíamos poder dejar pasar por alto la importancia de poder incluir un concepto bíblico y filosófico el cual dentro de nuestra iglesia lo encontramos en la Biblia y en los escritos de Elena G. de White, ambos hablan de la importancia de poder practicar estilos de vida saludable con el fin de poder prevenir enfermedades que afectan directamente nuestra salud.

La Santa Biblia en el libro de 3 de Juan 2, menciona: “Amado, yo deseo que seas prosperado en todas las cosas, y que tengas salud, así como prospera tu alma”, claro está que dentro de los deseos de Dios no está que nos enfermemos y que suframos por alguna enfermedad, sino que gocemos de salud y para esto Dios nos puso una serie de alimentos que debemos de consumir y las cosas que debemos de practicar, a continuación detallamos lo que Dios manda que practiquemos.

En Deuteronomio 14:3-21, dice:” Nada abominable comerás. Estos son los animales que podréis comer: el buey, la oveja, la cabra, el ciervo, la gacela, el corzo, la cabra montesa, el íbice, al antílope y el carnero montes. Y todo animal de pezuñas que tienen hendidura de dos uñas, y que rumiare entre los animales, ese podréis comer. Pero estos no comeréis, entre los que rumian o entre los que tienen pesuña hendida: camello, liebre y conejo; porque rumian, mas no tiene pesuña hendida, serán inmundos; ni cerdo porque tiene pesuña hendida mas no rumia; o será inmundo. De la carne de estos no comeréis ni

tocareis sus cuerpos muertos. De todo lo que está en el agua, de esto podréis comer: todo lo que tiene aleta y escama. Mas todo lo que no tiene aleta y escama, no comeréis; inmundo será. Toda ave limpia podréis comer. Y estas son de las que no podréis comer: el águila, el quebrantahuesos, el azor, el gallinazo, el milano según su especie, todo cuervo según su especie, el avestruz, la lechuza, la gaviota y el gavilán según sus especies, el búho, el ibis, el calamón, el pelicano, el buitre, el somormujo, la cigüeña, la garza según su especie, la abubilla y el murciélago. Todo insecto al lado será inmundo no se comerá. Toda ave limpia podréis comer. Ninguna cosa mortecina comeréis; al extranjero que esta es tus poblaciones la darás, y el podrá comerla; o véndela a un extranjero, porque tú eres pueblo santo a Jehová tu Dios. No conocerás el cabrito y la leche de su madre.”

Para conservar la maquinaria corporal en buen estado de salud hace falta seguir un programa de mantenimiento diario, basado en los ocho remedios naturales. (Pamplona, 2010, p.18-19). Para la iglesia adventista existe una serie de actividades que ayudarán a poder tener un mejor estilo de vida, ponen como fundamento la Biblia y todos los estudios que se hacen en el mundo para determinar la importancia de practicar actividades que conlleven a mejorar en nuestra salud, dentro del plan existen ocho actividades que se deben de practicar, estos son:

1.- El realizar respiraciones profundas por las mañanas, esto ayudara a que se pueda mantener oxigenado de la forma correcta nuestro organismo.

2.- Se debe de tomar agua pura, de este modo lograremos que no entre toxinas a nuestro cuerpo sino mas al contrario ayudaremos a poder eliminarlas de nuestro organismo mediante el sistema urinario.

3.- Debemos de tomar sol durante el día, pero no de forma exagerada ni sin usar protección solar.

4.- Debemos de alimentarnos saludablemente, en nuestra dieta debe de existir frutas y verduras en mayor cantidad, evitando el consumo de abundantes azúcares y grasas, ya que esto perjudica nuestra salud.

5.- Debemos de realizar ejercicio, el tipo de ejercicio que realicemos dependerá de nuestra capacidad física, ya que no debemos de exagerar ni hacer ejercicios que no sean de nuestro beneficio.

6.- Cada uno de nosotros debe de tener autocontrol de su propia vida, quiere decir que debemos de saber distinguir las cosas buenas de las malas, saber que cosas nos harán daño y que cosas nos beneficiarán.

7.- Todo ser humano debe de tener confianza en sí mismo y en Dios, si nosotros legamos a confiar plenamente en Dios no tendremos de que temer y estaremos bien emocionalmente.

8.- Y por último debemos de reposar o descansar, no podemos pasar todo el tiempo de un día trabajando y estudiando, debe también existir un momento para poder darle un descanso a nuestro cuerpo.

Nuestro cuerpo se forma con el alimento que ingerimos en los tejidos del cuerpo se realiza de continuo un proceso de reparación, pues el funcionamiento de los órganos acarrea desgaste, y este debe ser reparado por el alimento. Cada órgano del cuerpo exige nutrición; el cerebro debe recibir la suya; y lo mismo sucede con los huesos, los músculos y

los nervios. Es una operación maravillosa la que transforma el alimento en sangre, y aprovecha esta sangre para la reconstrucción, que prosigue de continuo, suministra vida y fuerza a cada nervio, musculo y órgano. (White, 1959, p.227)

3. Marco conceptual:

3.1. Estilos de vida:

La OMS, definió “estilo de vida” como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Además, se comentó la necesidad de diferenciar entre estilo de vida y estilo de vida saludable y se enfatizó sobre la importancia de abordar el estudio del estilo de vida saludable desde un enfoque más social que médico, El estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población, y tal y como hemos comentado en el apartado anterior, teóricamente, la adopción generalizada de un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%. (Bennassar, 2011).

El estilo de vida es el conjunto de comportamientos y hábitos adoptados y desarrollados por las personas, el estilo de vida es significativo para la salud. La influencia del estilo de vida tiene en los aspectos relacionados con la buena salud y las enfermedades es muy alta, y alcanza el 50% (muchos estudios coinciden con este indice), porcentaje de incidencia mayor que el de otros factores como la herencia, el medio ambiente y, también, el sistema de salud disponible. Cada individuo debiera acostumbrarse a revisar periódicamente su modo de vida, puesto que todas las actividades que realizan contribuyen a obtener un resultado saludable o enfermizo. Hoy se habla de enfermedades del estilo de

vida; se las conoce como ECNTA (enfermedades crónicas no transmisibles del adulto), y son precisamente aquellas enfermedades que se adquieren o nos que sobrevienen por la manera en que vivimos. Constituyen una larga lista: la aterosclerosis, varias formas de reumatismo, la cirrosis, las dispepsias, la gastritis, etc. A su vez, los errores en el estilo de vida favorecen la aparición de otras enfermedades aunque no exista relación directa. (Gonzales, 2012, p.22).

El término estilo de vida tiene muchas definiciones en el área de la salud pública, algunos la definen como “Patrones de conducta individual o hábitos incorporados por las personas”. De acuerdo a esta definición, los estilos de vida no estarían determinados por otros factores ajenos al individuo como el social, económico, cultural, geográfico, entre otros. (Acuña y Cortes 2012, p.18).

Las enfermedades no transmisibles generan una carga sanitaria y económica importante en América Latina y el Caribe. De allí la necesidad impostergable de promover estilos de vida y envejecimiento saludable para prevenir algunas de estas enfermedades. Esto puede lograrse mediante intervenciones multisectoriales a nivel poblacional encaminadas a mejorar la nutrición, a promover la actividad física y a reducir el consumo de tabaco y el abuso del alcohol, junto con algunas intervenciones médicas. (Bonilla, 2012,p. 1).

Los Estilos de Vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud-enfermedad de Lalonde y Lafranboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población. (Del Aguila, 2012,p 1).

Los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional. Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento, de enfermedades transmisibles como de las no transmisibles (Diabetes, Enfermedades Cardiovasculares, Cáncer, entre otras). (Del Aguila, 2012,p.1).

Cuando los adolescentes llegan a aprender algo, se les hace facil el poder tener conocimiento de que es lo malo y que es lo bueno, porque como teoria lo saben, pero resulta bien contradictorio al decirles que lo que saben lo deben de practicar. Es por eso que muchos estudiosos de la materia concluyen algunos de su trabajos diciendo que lo que se le dice a un alumno no es lo suficiente para poder convensernos de que lo van a practicar. Para ayudar a los niños, adolescentes y jovenes para poder transferir conocimientos es tambien que los padres de ellos se comprometana poder ayudar a que cambien sus habitos, ya que sus hijos paran la mayor parte de su tiempo con sus padres.

Los nuevos datos de los países en los que se han realizado estudios indican que menos de uno de cada cuatro adolescentes hace suficiente ejercicio (la OMS recomienda por lo menos una hora diaria de ejercicio de intensidad moderada a elevada) y, en algunos países, una de cada tres personas es obesa. Ahora bien, algunas tendencias en los comportamientos de los adolescentes relacionados con la salud están mejorando. Así, por ejemplo, el consumo de cigarrillos entre los adolescentes más jóvenes está disminuyendo en la mayor parte de países de elevados ingresos, así como en algunos países de bajos y medianos ingresos. (OMS, 2014).

Numerosos estudios sugieren que los estilos de vida pueden prevenir la aparición de enfermedades en grupos poblacionales y las investigaciones se ha centrado en indagar acerca del impacto de los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales en el estilo de vida de las personas y su relación con el mantenimiento de la salud y la aparición de la enfermedad. Un ejemplo son los estudios realizados en los Estados Unidos, en donde los estilos de vida no óptimos de millones de adultos y de niños se traducen en una epidemia de obesidad y en un incremento del riesgo para la aparición de enfermedades crónicas. A este respecto y concretamente con relación al mal de Alzheimer y a las demencias, afirma que, ha habido una explosión de información en los últimos diez años que realmente resalta las posibilidades que tenemos de reducir la enfermedad de Alzheimer en nuestra sociedad, con algunas intervenciones que son relativamente bien conocidas y tienen beneficios claros para la salud pública“. (Hurtado y Morales, 2012, p.25-26).

3.1.1. Nutrición:

Según la OMS. La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Uno de los beneficios de comer saludablemente es que es la mejor manera de tener energía durante todo el día, conseguir las vitaminas y minerales que se necesitan, el mantenerse fuerte para realizar deportes y otras actividades, y el de mantener un peso que sea el mejor para el cuerpo, por lo que hay que prevenir hábitos de alimentación que no sean saludables como la comida rápida. El consumo de comida rápida suele relacionarse con la obesidad, las enfermedades del corazón, la diabetes del tipo II y las caries.

Con certeza se puede aseverar que la alimentación es en la actualidad el factor más importante para tener salud o tener enfermedad. De hecho alimentarse es una necesidad básica que tiene el ser humano, y esto parece ser común a todos los seres vivos. La alimentación del ser humano en todo el mundo tiene escenarios completamente distintos: hay lugares en donde es relativamente sencillo conseguir los alimentos que cubran no solo los gustos, sino también las necesidades de los individuos: pero en algunos lugares no resulta tan accesible conseguir alimentos que compongan una alimentación que sea gustosa y a la vez saludable también es cierto que cada individuo puede constituir un caso particular, puesto que las necesidades varían según la edad, la tarea que se desempeñe, el lugar donde se vive (teniendo en cuenta el clima, como para dar un ejemplo); la tolerancia o los padecimientos que cada sujeto porta. (Gonzales, 2012, p.24).

La gente joven de todas las edades ingiere demasiada grasa y azúcar y muy pocas porciones de frutas, verduras, cereales y productos lácteos. Para evitar el sobrepeso y evitar problemas cardíacos, los niños pequeños solo deben de obtener alrededor del 30% de sus calorías totales de las grasas y menos de 10% del total de grasas saturadas. La carne y los productos lácteos deben ser parte de la dieta para proporcionar proteínas, hierro y calcio. Por tanto, un consejo para prevenir el sobrepeso sería servirles porciones adecuadas a su edad y no obligar a los niños a dejar el plato limpio. (Benassini, 2011, p.93 - 94).

Los niños sanos aprenden mejor. La gente sana es más fuerte, más productiva y está en mejores condiciones de poder romper el ciclo de pobreza y desarrollar al máximo su potencial. A consecuencia del alza de los precios de los alimentos y el descenso de la productividad agrícola, la seguridad alimentaria en el mundo está cada vez más amenazada, lo que podría llevar a un aumento de la desnutrición. Por el contrario, algunas poblaciones se enfrentan a un notable aumento de la obesidad. (OMS, 2013).

A menudo, el primer problema nutricional que aparece es la deficiencia de algunas vitaminas o minerales esenciales. El calcio es un ejemplo importante. Aproximadamente el 50% de la masa ósea del adulto se adquiere en la segunda década de la vida; sin embargo, pocos adolescentes consumen el calcio suficiente para el crecimiento óseo. Esto aumenta el riesgo de que sufra osteoporosis durante toda la vida, una de las principales causas de discapacidad, lesiones e incluso muertes entre los adultos de edad avanzada. Menos del 50% de los adolescentes consumen la dosis diaria recomendada de 15 mg de hierro, un nutriente que se encuentra en las hortalizas verdes, los huevos y la carne, alimentos que a menudo son sustituidos por patatas fritas, dulces y comidas rápidas. Las deficiencias nutricionales son el resultado de las elecciones que se permite hacer a los jóvenes adolescentes o que incluso se les tienta a hacer, en la actualidad muchas escuelas medias permiten que los estudiantes compren tentempiés poco saludables. Existe una relación directa entre las dietas deficientes y la presencia de máquinas expendedoras en las escuelas. (Stassen, 2006, p.458-459).

Nuestro cuerpo necesita cada día ciertas sustancias químicas, llamadas nutrientes, que solo pueden obtenerse adecuadamente de los alimentos. La carne no es alimento necesario, ni siquiera recomendable tanto para los niños ni como para los adultos. (Pamplona, 2010, p.19).

El estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. (Vintimilla y Fernanda, 2015,p 7).

Un factor que acelera la adolescencia es la grasa corporal. En general, los individuos fornidos desarrollan la pubertad antes que aquellos con constituciones mas delgadas. El tipo

corporal en parte es genético, pero la grasa corporal se correlaciona más estrechamente con la dieta y el ejercicio este factor es más obvio en las niñas que en los varones (Stassen, 2006, p.436).

Alimentación y nutrición durante la adolescencia:

La adolescencia es una etapa difícil de la vida, por cuanto supone la transición entre dejar de ser niño y empezar a ser adulto. La nutrición adecuada en este periodo trae también dificultades por la personalidad más independiente y por sus patrones de alimentación social, prescindiendo en ocasiones de comidas que se sustituyen por “picoteos” y comidas rápidas consumidas fuera del hogar.

Merece especial mención también la preocupación que tienen las y los adolescentes por su imagen corporal y que condiciona a llevar a cabo dietas restrictivas para acercarse a un ideal de belleza, influenciados por los modelos sociales del momento y que pueden dar lugar a serios trastornos de la conducta alimentaria; por eso es muy importante que la familia sepa transmitir a los hijos respeto y amor por su cuerpo, al mismo tiempo que hábitos alimentarios y de vida adecuados.

Los adolescentes tienen necesidades nutritivas marcadas por procesos de maduración sexual, aumento de talla y peso, aumento de masa corporal y aumento de masa ósea, por lo que requiere mayor cantidad de energía y nutrientes como carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales, en forma equilibrada o balanceada.

Las necesidades son muy distintas entre los adolescentes y dependen de sus características personales, por lo que no se puede generalizar un tipo de dieta, pero sí dar pautas que sirvan de guía para llevar una alimentación, indicada en el siguiente decálogo:

Decálogo de la alimentación saludable para adolescentes:

- 1. Tú alimentación debe ser variada:** Nuestro organismo necesita diferentes nutrientes para estar sano, ningún alimento contiene todos los nutrientes, de modo que no conviene comer siempre lo mismo. Disfruta de tus comidas en compañía de familiares y amigos y fíjate en lo que comen los demás seguro que descubres nuevos alimentos para dar a tu alimentación mayor variedad.
- 2. Consume frutas y verduras:** Las frutas, verduras y hortalizas contienen nutrientes que te ayudan a mantenerte sano y son el complemento ideal durante el desayuno, refrigerio, almuerzo y cena.
- 3. La higiene, esencial para tu salud:** No toques los alimentos sin lavarte las manos con agua y jabón, cepilla tus dientes después de cada comida, y tras el cepillado nocturno ya no se debe ingerir alimento o bebida alguna excepto agua.
- 4. Bebe agua suficiente:** Es fundamental mantener el cuerpo bien hidratado ya que más de la mitad del peso es agua, por lo que debes tomar agua al menos 5 vasos al día. Si hace mucho calor o realizas una actividad física intensa, deberás aumentar el consumo de líquidos.
- 5. Haz cambios graduales:** No intentes cambiar tus hábitos de alimentación y comportamiento de un día para otro, te resultará mucho más fácil hacerlo poco a poco, marcándote objetivos concretos cada día, no prescindas de lo que te gusta pero intenta que tu alimentación sea equilibrada y que contengan todos los nutrientes.
- 6. Consume alimentos ricos en carbohidratos:** La mitad de las calorías de tu alimentación deben proceder de estos nutrientes, especialmente productos

elaborados a base de trigo, cereales, papas, yucas y legumbres y no de dulces caramelos, chocolates etc.

7. **Manten un peso adecuado para tu edad:** Mantén un peso adecuado según tu edad, sexo, altura, constitución, actividad física que realizas y factores hereditarios. Ten en cuenta que no es bueno pesar mucho o poco.
8. **Come regularmente:** Nuestro cuerpo necesita disponer de energía a cada instante así como los vehículos necesitan combustible para moverse. Al levantarnos después de pasar toda la noche sin comer, nuestro nivel de energía es muy bajo, de modo que conviene hacer un buen desayuno, toma tus refrigerios a media mañana y media tarde, tu almuerzo debe ser completo y tu cena en menor cantidad.
9. **Haz ejercicios:** Una bicicleta que no se usa acaba oxidándose, con los músculos y huesos ocurre lo mismo, hay que mantenerlos activos para que funcionen bien. Intenta hacer algo de ejercicios cada día, por ejemplo sube por las escaleras en lugar de utilizar el ascensor, si puedes ve caminando al colegio, a la hora de recreo y en tus tiempos libres práctica alguna actividad física etc.
10. **Recuerda que no hay alimentos buenos o malos:** Equilibrio y variedad son las claves para que tu alimentación te ayude a mantener una buena salud y disfrutar de la vida. (MINSA, 2015).

3.1.2. Ejercicios:

Según la OMS. El ejercicio se define como el estado de permanecer en actividad o como acción o movimientos enérgicos. Por otro lado, el ejercicio físico es definido como una categoría de la actividad física, específico, libre y voluntario, con movimientos corporales planeados, estructurados y repetitivos, realizados para mejorar o mantener una o

más de las cualidades biomotoras, con el objetivo de producir un mejor funcionamiento del organismo.

Según la OMS, se define a la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que resultan en gasto energético, Comprende cuestiones sobre prácticas de ejercicio físico y deporte, principales motivos para la práctica deportiva, tiempo de dedicación, deporte preferido, La actividad física regular es una parte importante del estilo de vida saludable que comporta beneficios que contribuyen al bienestar de las personas en los ámbitos físico, psíquico y social. Los resultados son tan evidentes, que cada vez existe un mayor consenso por impulsar la actividad física como fuente de salud.

Cada día hay que reservar un tiempo de al menos media hora, para hacer ejercicio físico. Lo ideal es que se llegue a sudar, lo que contribuye a eliminar toxinas y a evitar la obesidad. Cuidar un huerto o jardín, o caminar a paso vigoroso, son dos de los ejercicios más recomendables para el cuerpo y la mente. (Pamplona, 2010, p.19)

Los beneficios que la actividad física proporciona al organismo son cada vez más conocidos: y, en la medida que avance el tiempo, seguirán conociendo, ratificando y redescubriendo cosas que llevaran a la costumbre de practicarla, al mismo nivel de la necesidad de alimentarse. Hoy ya nadie lo puede discutir, puesto que son muchos los estudios que avalan los múltiples beneficios de realizar actividad física. Se considera actividad física a todo tipo de movimiento corporal que realiza el ser humano durante un determinado periodo de tiempo, ya sea en su trabajo o actividad laboral, o en sus momentos de ocio; que aumenta el consumo de energía considerablemente y el metabolismo. Realizar

actividad física es uno de los factores de mayor protección para el organismo. (Gonzales, 2012, p.38).

La inactividad física ocupa el cuarto lugar entre los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial. Aproximadamente 3,2 millones de eprsonas mueren cada año debido a la inactividad física. La inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, el cancer y la diabetes. La actividad física tiene importantes beneficios para la salud y contribuye a prevenir enfermedades no transmisibles. A nivel mundial, uno de cada tres adultos no tiene nivel suficiente de actividad física. El 56% de lso estados miembros de la OMS ha puesto en marcha políticas para reducir la inactividad física. Los estados miembros de la OMS han acordado reducir la inactividad física en un 10% para el 2015. (OMS, 2014).

La actividad física

La OMS define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas. La expresión «actividad física» no se debería confundir con «ejercicio», que es una subcategoría de actividad física que se planea, está estructurada, es repetitiva y tiene como objetivo mejorar o mantener uno o más componentes del estado físico. La actividad física tanto moderada como intensa es beneficiosa para la salud.

La intensidad de las diferentes formas de actividad física varía según las personas. Para que beneficie a la salud cardiorrespiratoria, toda actividad debería realizarse en periodos de al menos 10 minutos. La OMS recomienda:

- Para niños y adolescentes: 60 minutos diarios de actividad moderada o intensa.
- Para adultos (+18): 150 minutos semanales de actividad moderada.

La actividad física en los jóvenes:

Para los niños y jóvenes de este grupo de edades, la actividad física consiste en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias. Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de Enfermedades no Transmisibles, se recomienda que:

- Los niños y jóvenes de 5 a 17 años inviertan como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa.
- La actividad física por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportará un beneficio aún mayor para la salud.
- La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.

Actividad física para todos:

Estas recomendaciones son válidas para todos los niños sanos de 5 a 17 años, salvo que coincidan dolencias médicas específicas que aconsejen lo contrario.

Se habla de acumulación para referirse a la meta de dedicar en total 60 minutos diarios a realizar alguna actividad, incluida la opción de dedicar a distintas actividades intervalos más cortos (por ejemplo dos sesiones de 30 minutos) y sumar esos intervalos.

Siempre que sea posible, los niños y los jóvenes con discapacidad deberán seguir también esas recomendaciones. Sin embargo, tendrán que hablar con su proveedor de salud para conocer el tipo y cantidad de actividad física adecuado para ellos teniendo en cuenta su discapacidad.

Estas recomendaciones son válidas para todos los niños y jóvenes independientemente de su sexo, raza, origen étnico o nivel de ingresos.

En el caso de los niños y jóvenes inactivos, se recomienda un aumento progresivo de la actividad para alcanzar finalmente el objetivo indicado más arriba. Es conveniente empezar con una actividad ligera y aumentar gradualmente con el tiempo la duración, la frecuencia y la intensidad. También hay que señalar que si los niños no realizan ninguna actividad física, cualquier actividad inferior a los niveles recomendados será más beneficiosa que no hacer nada en absoluto.

Efectos beneficiosos de la actividad física en los jóvenes:

La actividad física regular de intensidad moderada: como caminar, montar en bicicleta o hacer deporte, tiene considerables beneficios para la salud. En todas las edades, los beneficios de la actividad física contrarrestan los posibles daños provocados, por ejemplo, por accidentes. Realizar algún tipo de actividad física es mejor que no realizar ninguna. Volviéndonos más activos a lo largo del día de formas relativamente simples podemos alcanzar fácilmente los niveles recomendados de actividad física. (OMS, 2014).

La realización de una actividad física adecuada ayuda a los jóvenes a:

- desarrollar un aparato locomotor (huesos, músculos y articulaciones) sano;
- desarrollar un sistema cardiovascular (corazón y pulmones) sano;
- aprender a controlar el sistema neuromuscular (coordinación y control de los movimientos);
- mantener un peso corporal saludable.

La actividad física se ha asociado también a efectos psicológicos beneficiosos en los jóvenes, gracias a un mejor control de la ansiedad y la depresión.

Asimismo, la actividad física puede contribuir al desarrollo social de los jóvenes, dándoles la oportunidad de expresarse y fomentando la autoconfianza, la interacción social y la integración. También se ha sugerido que los jóvenes activos pueden adoptar con más facilidad otros comportamientos saludables, como evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, y tienen mejor rendimiento escolar. (OMS, 2013).

Riesgo de la inactividad física:

La inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante a nivel mundial y provoca el 6% de todas las muertes. Solo se ve sobrepasada por la hipertensión arterial (13%) y el consumo de tabaco (9%), y conlleva el mismo nivel de riesgo que la hiperglucemia (6%). Aproximadamente 3,2 millones de personas mueren cada año por tener un nivel insuficiente de actividad física. La inactividad física está aumentando en muchos países, lo que incrementa la carga de enfermedades no transmisibles y afecta a la salud general en todo el mundo. Las personas con un nivel insuficiente de actividad física tienen entre el 20% y el 30% más de riesgo de muerte que las personas que realizan al menos 30 minutos de actividad física moderada la mayoría de días de la semana. (OMS, 2014).

La inactividad física es la principal causa de aproximadamente:

- Del 21% al 25% de cánceres de mama y de colon.
- El 27% de casos de diabetes.
- El 30% de cardiopatías isquémicas.

Razones de la inactividad física:

Los niveles de inactividad física han aumentado en todo el mundo. A nivel mundial, aproximadamente el 31% de los adultos de 15 años y más no se mantenían suficientemente activos en 2008 (un 28% de los hombres y un 34% de mujeres). En los países de ingresos altos, el 41% de los hombres y el 48% de las mujeres no tenían un nivel suficiente de actividad física, en comparación con el 18% de los hombres y el 21% de las mujeres en los

países de ingresos bajos. Los niveles bajos o decrecientes de actividad física suelen corresponderse con un producto interno bruto alto o en aumento. El descenso de la actividad física se debe parcialmente a la inacción durante el tiempo de ocio y al sedentarismo en el trabajo y en el hogar. Del mismo modo, un aumento del uso de modos «pasivos» de transporte también contribuye a la inactividad física. (OMS, 2014).

Varios factores ambientales relacionados con la urbanización pueden desalentar a las personas de mantenerse más activos, como:

- El miedo a la violencia y a la delincuencia en los espacios exteriores.
- Un tráfico denso.
- La mala calidad del aire y la contaminación.
- La falta de parques, aceras e instalaciones deportivas y recreativas.

Formas de aumentar la actividad física:

Tanto la sociedad en general como las personas a título individual pueden adoptar medidas para aumentar su actividad física. En 2013, los Estados Miembros de la OMS acordaron reducir la inactividad física en un 10% en el marco del Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Aproximadamente el 80% de los Estados Miembros de la OMS han elaborado políticas y planes para reducir la inactividad física, aunque estos solo están operativos en el 56% de los países. Las autoridades nacionales y locales también están adoptando políticas en diversos sectores para promover y facilitar la actividad física. (OMS, 2014).

Las políticas destinadas a aumentar la actividad física tienen como objetivo promover:

- Que las formas activas de transporte, como caminar o montar en bicicleta, sean accesibles y seguras para todos.
- Que las políticas laborales y las relativas al lugar del trabajo fomenten la actividad física.
- Que las escuelas tengan espacios e instalaciones seguros para que los alumnos pasen allí su tiempo libre de forma activa.
- Que los niños reciban una educación física de calidad que les ayude a desarrollar pautas de comportamiento que los mantenga físicamente activos a lo largo de la vida.
- Las instalaciones deportivas y recreativas ofrezcan a todas las personas oportunidades para hacer deporte.

3.1.3. Responsabilidad en salud:

Una de las principales actividades que se debe de realizar es el hecho de poder tener las vacunas completas, actividad que compromete directamente a nuestros padres, ya que en la niñez estamos sujetos a lo que ellos decidan.

Las vacunas

Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Puede tratarse, por ejemplo, de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos. El método más habitual para administrar las vacunas es la inyección, aunque algunas se administran con un vaporizador nasal u oral. (OMS, 2015).

La OMS está trabajando con sus Estados Miembros para poner en práctica en todo el mundo la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, adoptada en mayo de 2004 por la Asamblea de la Salud. En dicha estrategia se recomienda un vasto conjunto de cambios en todos los planos, desde el personal al internacional, pasando por el comunitario y el nacional, que aplicados eficazmente pueden suponer un punto de inflexión en la epidemia de obesidad. La estrategia aspira a transformar los modos de vida a los que se atribuye el aumento del sobrepeso y la obesidad infantiles en los últimos 20 años.

La mayor promoción y presencia en el mercado de alimentos ricos en grasas y azúcares significa que los niños ya no comen como lo hicieron sus padres. Tampoco hacen tanto ejercicio físico. Aunque la situación difiere en cada país, los niños son más sedentarios que los de la generación anterior, entre otras razones, al mayor nivel de urbanización y mecanización, a la evolución de los sistemas de transporte y al largo tiempo que pasan ante la pantalla del televisor o el ordenador.

Pero hay pequeños cambios que pueden dar un vuelco a la situación. En Singapur, la educación nutricional en clase, combinada con la oferta de bebidas y alimentos sanos en el medio escolar y un especial seguimiento de los alumnos que ya padecían sobrepeso u obesidad, se tradujo en un notable descenso del número de estudiantes obesos. En el Reino Unido se consiguió que los niños de una serie de escuelas primarias adelgazaran restringiéndoles el acceso a golosinas y bebidas gaseosas. Otros estudios han puesto de relieve los buenos resultados que se obtienen incrementando la actividad física en la escuela, modificando los menús servidos en las cantinas escolares, limitando el número de horas ante el televisor y ofreciendo educación sanitaria. (OMS, 2004).

Como anteriormente mencionan diferentes organizaciones, el mundo en general se esta comprometiendo a poder poner mas énfasis en la promoción de la salud, ahora el ministeri de salud de nuestro país no solo habla sobre el tratamiento de las enfermedades, sino uno de los temas del cual mas habla es la promoción de la salud. El mundo entero se ha dado cuenta que si prevenimos enfermedades practicando buenos estilos de vida, lograremos que hayan menos muertes, que los hospitales no esten repletos de enfermos, que podamos vivir muchos años mas, etc. Como podemos ver existen mas beneficios si practicamos estilos de vida saludable.

3.1.4. Manejo del estrés:

Según la OMS. El estrés psicológico, es el resultado de la relación entre ambiente y sujeto, que es evaluado por éste, como desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Es la relación organismo-ambiente la que determina la condición patógena. Para que se rompa el equilibrio, que afectará tanto al organismo como al ambiente, deben unirse: un elemento perturbador y un organismo susceptible a él. Las características o estado del sistema que es atacado, es tan importante como el agente externo que ataca, en la producción de la alteración del equilibrio, que redundará en la situación patógena correspondiente. Muchos problemas de salud mental surgen al término de la infancia y principios de la adolescencia. El hecho de potenciar la sociabilidad, la capacidad para resolver problemas y la confianza en uno mismo ayuda a prevenir problemas de salud mental como los trastornos del comportamiento, la ansiedad, la depresión o los trastornos ligados a la comida, junto con otras conductas de riesgo como las ligadas a la vida sexual, el consumo de sustancias o las actitudes violentas. Los profesionales de la salud deben contar con las competencias necesarias para relacionarse con gente joven, detectar con

prontitud problemas de salud mental y proponer tratamientos que incluyan asesoramiento, terapia cognitiva conductual y, cuando convenga, medicación psicotrópica.

El estrés

Hay palabras que terminan instalándose en el inconsciente colectivo al grado de que pasan a ser de uso cotidiano. Desde que se estudió el problema por primera vez hasta el día de hoy, mucha agua ha corrido debajo del puente. Se sabe mucho más, y paradójicamente, también se ignoran muchos aspectos relacionados con este fenómeno. Sin embargo, lo que se sabe es suficiente para entender que el estrés es un problema grave y tiene que ser solucionado porque causa serios problemas a los que lo padecen. La expresión “estrés” deriva del vocablo latino strigo (apretar), y este del griego sfigo (apretar). Esta palabra se utilizó por primera vez en el siglo XIV y a partir de entonces se empleó en diferentes textos de inglés como stress, stresse, strest y atraisse. De allí se castellanizó en la forma a la que es conocida el día de hoy: estrés.

Sin duda la vida, con sus múltiples factores, provoca diversos tipos de presiones que en mayor o menor medida traen como consecuencia diversos estados de estrés. Este se manifiesta en el contexto de frustraciones que se originan por necesidades no satisfechas o también como una respuesta aprendida a situaciones alegres o tristes. El estrés tiene como consecuencia tanto psicológicas o físicas, eso porque el ser humano es un ser integral.

La tensión provoca reacciones de ansiedad y angustia. “Se denomina ansiedad a la sensación de tensión, desasosiego, nerviosismo y aprensión creada por estrés, cuyo origen puede ser conocido o no”. Hans Selye, conocido como el investigador que inició los estudios científicos sobre el estrés, definía esta situación como: “La reacción no específica

del cuerpo a cualquier demanda que se le haga”. Esto no significa que cualquier demanda va a provocar estrés, pero, en una conjunción de reacciones químicas, actitudes o actividades físicas se producirán situaciones que, dependiendo de un individuo a otro, ocasionaran estrés.

En un comienzo de los estudios de Selye se consideraban solo los estresores físicos como un elemento medible y atendible. Sin embargo a partir de la década de 1970 se aceptó que las reacciones al estrés podrían ser desencadenantes tanto por estímulos físicos como psicológicos.

La manera como se manifiesta las reacciones emocionales y físicas hacia el estrés varía de persona a persona, pero en general se dan situaciones tales como aumento del sudor, taquicardia, sensación de asfixia, escalofríos, hormigueos en las extremidades, mareos, dolores de cabeza, malestar en el cuello y la espalda, alteraciones de sueño, inapetencia, problemas gastrointestinales, aumento de la presión sanguínea, problemas articulares, desgano, irritabilidad, apatía, pérdida de interés sexual, sentimiento de frustración, miedos, etc.

Definiciones de estrés:

Hay situaciones normales de la vida cotidiana que provocan estrés, pero no llegan a enfermar. Ir a un dentista, por ejemplo, tensiona a la mayoría de las personas; incluso, actividades tan comunes como ver un partido de fútbol, pueden hacer que se tengan momentos de estrés. Esto a veces complica entender el estrés y hace que sea complejo abordarlo y tratarlo.

Una definición popular referente al estrés del especialista Richard S. Lazarus sostiene que el estrés es una condición o una experiencia emocional que se da cuando las persona percibe que las demandas exceden los recursos personales y sociales que el individuo es capaz de movilizar. En otras palabras, se produce el estrés cuando el individuo se ve desbordado y no se siente capaz de afrontar adecuadamente las presiones de día a día.

Tipos de estrés:

1. Estrés de supervivencia: generalmente relacionado con enfermedades que ocasionan estrés físico y estrés emocional. El individuo se enfrenta a una situación que no puede superar. Es muy común en los enfermos, especialmente crónicos, se estresan producto de la interacción de la enfermedad con su respuesta anímica ante la misma situación física que lo aqueja.

2. Estrés laboral: lamentablemente en las últimas décadas este tipo de estrés ha ido aumentando, en parte por la sobre exigencia de las empresas y por la competitividad que se ha instalado en el mercado laboral. Es causado por fatiga, por sobre carga laboral, incluso por falta de trabajo y por presiones de tiempo.

3. Estrés químico: la alimentación es un tercer factor que pocas veces se relaciona con el estrés. Sin embargo, el consumo de bebidas cafeinadas, aumenta la probabilidad de sufrir las secuelas del estrés. Lo mismo sucede con el consumo de alimentos y bebidas azucaradas, chocolate, dulce, alto consumo de sal, o una dieta desequilibrada. El cuerpo se estresa porque está en condiciones desventajosas para enfrentar los estresores cotidianos.

4. Estrés por factores ambientales: este tipo de tensión se produce por una serie de incidentes y factores que a veces no dependen de la decisión individual de las personas. Por

ejemplo, la invasión del espacio personal por hacinamiento o insuficiente espacio para vivir o trabajar. La alteración por contaminación acústica que produce el ruido persistente. La polución que afecta las respuestas físicas adecuadas. Los lugares de habitación donde hay suciedad y desorden, también puede convertirse en un factor de estrés ambiental.

5. Estrés por intoxicación: se provoca por el consumo de drogas, ya sea legales ilegales. Lo que más se utiliza a nivel mundial son las drogas llamadas “legales”: el alcohol, el tabaco y los tranquilizantes. Van provocando un deterioro físico que inhibe al cuerpo para reaccionar de manera normal ante los estresores.

6. Estrés por factores hormonales: los seres humanos vivimos procesos hormonales normales que producen una alteración física. Las personas se tornan vulnerables al estrés, precisamente porque su cuerpo reacciona de una manera anormal. En este ámbito entran los cambios hormonales de la pubertad y la adolescencia, que hace que los jóvenes tengan menos tolerancia que los adultos a situaciones estresantes.

7. Estrés por empatía: ocurre cuando asume responsabilidades por las acciones de otras personas. Es común en padres que se responsabilizan por las acciones de sus hijos, o hijos mayores que se ven obligados a afrontar lo que hacen sus hermanos menores. En el trabajo, a personas que se ven forzadas a asumir responsabilidades laborales de otros.

Niveles de estrés:

1. Estrés agudo: los síntomas más comunes son un repentino desequilibrio emocional donde se producen de una manera confusa combinantes de ira, irritabilidad y ansiedad. A nivel físico los síntomas más patentes son tensión muscular, dolor de cabeza, dolor de

espalda. También se presentan molestias estomacales que influyen acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y colon irritable.

2. Estrés crónico: los resultados suelen ser muy dramáticos a todo sentido. A nivel mental, la carga de ansiedad y depresión suele ser una de los efectos colaterales más obvios. En el ámbito físico, una serie de enfermedades psicósomáticas que se instala en la vida de la persona, puede causarle daño irreversible. (Nuñez, 2006, p.10-14).

Las fases del estrés:

1. Fase de alarma: es el momento en que suscita el aviso de que un factor estresante está apareciendo. Aquí sucede lo que muestra a la persona afectada como lista a defenderse o a ponerse en guardia. El cuerpo comienza a expresarse poniéndose tenso.

2. Fase de resistencia: si la demanda se mantiene, el individuo entra en lo que se conoce como fase de resistencia. Y en esta etapa es cuando suelen aparecer las consecuencias que ocasionan el desequilibrio.

3. Fase de agotamiento: es cuando tienen la posibilidad de aparecer la fatiga, la ansiedad y hasta la depresión. Lo peligroso de esta etapa es que aquí el sistema inmunológico suele claudicar (las defensas no funcionan).

¿Cuáles son los síntomas del estrés?

- Pérdida o disminución de la capacidad intelectual.
- Aceleración del pulso.
- Irritabilidad.
- Dificultad para conciliar el sueño.

- Depresion.
- Aumento de la presion arterial.
- Aparecen transtornos de la digestion.

¿Qué daños produce y que enfermedades ocasiona el estrés?

Cuerpo	Emociones
• Jaquecas.	Perdida de confianza.
• Infecciones frecuentes	Quisquillosidad.
• Contracturas musculares	Irritabilidad.
• Fatiga.	Depresion.
• Irritacion de la piel	Apatia.
• Dificultades para respirar.	Alienacion
• Temor irracional.	
Mente	Conducta
• Preocupacion.	Propencion a las accidentes.
• Pensamiento confuso.	Perdida de apetito.
• Juicio dañado.	Perdida de apetito sexual.
• Pesadillas.	Alcoholismo y drogadiccion.
• Indescicion.	Insomnio.
• Negatividad.	Intranquilidad.
• Desiciones apresuradas.	

Los grados de estrés:

En realidad, esto se corresponde con la capacidad que cada persona tiene de responder con mas o menos intensidad ante la situación demandante. Entonces si la respuesta a una demanda es pobre, calificamos a esta como “hipostres”, es decir, por debajo

del nivel considerado oportuno. Si se hace en terminos correctos y ajustados el grado de demanda, se habla de “eustres”, y esta seria la situacion mas deseable cuando ocurre que la respuesta es exagerada, desmedida y que excede a la demanda se denomina “distres”. (Gonzales, 2012, p.165).

Una influencia sobre la pubertad, reconocida recientemente, es el estrés. Durante muchos años, los bioquímicos han notado que, durante toda la vida el estrés afecta la producción de hormonas. La producción de ciertas hormonas, sobre todo cortisol pero también aquellas que comandan el apartado genital-reproductor, está directamente conectada con la concentración de hormonas de estrés a través del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales. A causa del mayor estrés, algunas mujeres jóvenes tienen irregularidades en el ciclo menstrual cuando abandonan el hogar para ir a la universidad o realizan viajes al extranjero. ¿Por qué el estrés aumentaría las hormonas que inician la pubertad? ¿No se beneficiarían más las familias conflictivas si los adolescentes se vieran y actuaran como niños y no fueran capaces de convertirse en padres antes de los 20 años? Esto sería especialmente beneficioso para las familias con padrastros: la pubertad más tardía reduciría la atracción sexual entre padrastro e hijastro y la rivalidad sexual entre padrastro e hijastro. No parece ser lo que sucede. Una explicación para esta relación aparentemente contra producente proviene de la teoría evolutiva. (Stassen, 2006, p.437).

3.1.5. Soporte Interpersonal:

Cada persona tiene una manera individual y particular de vivir, con hábitos que le son propios, algunas veces imitados, otras veces naturales y otras veces elegidos por conveniencia. Todos estos aspectos juntos establecen un perfil de conducta respecto al

cuidado de la salud y constituyen lo que llamamos “el factor personal”. (Gonzales, 2012, p.23).

Se podría asegurar que entre los aspectos que hacen a la buena salud o a la enfermedad, las relaciones personales (entiéndase como la manera en que nos relacionamos con todas las personas que nos rodean) son de muchísima importancia, aunque muchas veces ese factor no es tenido en cuenta como causa de trastornos funcionales o de enfermedad. Para atender este aspecto, y lograr que permanezca en equilibrio, es necesario: Hablar con su familia la comunicación, la interrelación con todos los miembros de la familia debe siempre ser atendida y cuidada; mantener dialogo con sus hijos; esta no es una necesidad que solo tienen los hijos; al contrario, es un aspecto inherente a la condición de padres, y es una tarea muy importante; pensar siempre antes de hablar es importante ser dueño responsable de las palabras que se dicen. Para lograrlo, el pensamiento y la reflexión deben siempre preceder al habla. Para alcanzar estos objetivos también será necesario que usted tenga buenas costumbres como las siguientes: reír y cantar. (Gonzales, 2012, p.190).

Además de la autoconciencia, la imaginación y la conciencia moral, el cuarto privilegio humano “la voluntad independiente” el que realmente hace posible la autoadministración efectiva. Se trata de la capacidad de tomar decisiones y elegir, y después actuar en consecuencia. Significa actuar en lugar de ser actuado, llevar proactivamente acabo el programa que hemos desarrollado a través de los otros tres dones. (Covey, 2011, p.196).

Cada uno es responsable de las cosas que le suceden, de las enfermedades que padece, de nosotros depende que podamos disminuir el padecer enfermedades. Cuantas veces tal vez escuchamos decir que debemos de tomar agua, comer saludable, hacer ejercicio, etc.

Pero por ese momento tal vez nos interesamos en el tema, van pasando los días y nos olvidamos y continuamos con la práctica de malos estilos de vida. Es por eso que padecemos muchas enfermedades y que llega afectar todo tipo de relación que podamos tener con el exterior. A nadie le gustaría vivir pocos años y estar enfermo todo el tiempo, es por eso que debemos de tener en cuenta que nosotros mismos nos metemos la enfermedad dentro de nuestro cuerpo, de nosotros depende nuestra calidad de vida, seamos conscientes en cada acción que realicemos.

3.1.6. Auto actualización:

La salud se define según todas las características ambientales y humanas de la vida cotidiana de las personas y las relaciones entre ellas. La salud incluye el impacto de las actividades humanas en la salud de otros individuos y grupos, su economía y su medio ambiente.

El hambre, la desnutrición, la malaria, las enfermedades de transmisión hídrica, el abuso de alcohol y drogas, la violencia y las lesiones corporales, el embarazo no planificado, el VIH y el SIDA, además de otras enfermedades de transmisión sexual son sólo algunos de los problemas que tienen grandes consecuencias para la salud.

La concienciación y la educación son maneras muy poderosas de provocar un cambio en el comportamiento relativo a la salud:

- La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas controlar y mejorar su salud.
- Las metas de la educación universal no se pueden alcanzar mientras las necesidades de salud de todos no sean satisfechas.

- La educación también debería permitir a las personas vivir saludablemente en un mundo donde el VIH, el SIDA y otras pandemias son un verdadero riesgo para la salud.
- Las políticas, la gestión y los sistemas deben proporcionar orientación, supervisión, coordinación, seguimiento y evaluación para asegurar una respuesta afectiva, sostenible e institucionalizada a los asuntos de salud.
- La educación debe permitir a los educandos adoptar una actitud solicitada y comprensiva hacia como los demás como también comportamientos protectores y saludables para sí mismo. (UNESCO, 2014).

Muchas veces pensamos que lo que sabemos es todo lo que necesitamos saber, terminamos conformándonos con lo poco o nada que sabemos, ahí tiene que ver el orgullo que muchas personas tienen, ya que como no quieren dañar su orgullo, no le hacen caso a nadie y después le echan la culpa a cualquier cosa sobre lo que le pasa, pero no se pone a pensar que el mismo es responsable de los que le pasa. Cada día la investigación está avanzando, esto quiere decir que se van descubriendo nuevas técnicas para disminuir enfermedades, nuevos medicamentos, etc. Estos conocimientos nos ayudan ya que si hacemos una buena práctica de estos consejos lograremos mejorar nosotros mismos. No olvidemos que cada día existe nueva información y nosotros necesitamos estar actualizados por nuestro propio bien.

3.2. Adolescencia:

Según la OMS, la adolescencia transcurre el segundo decenio de la vida, desde los 10 hasta los 19 años, y se define este periodo como una época en que el individuo progresa

desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual. (UNICEF, 2011).

La adolescencia es un periodo en el que se van a producir intensos cambios físicos y psicosociales que comienzan con la aparición de los primeros signos de la pubertad y termina cuando cesa el crecimiento. Todo este periodo ocurre, en general, en la 2ª década de la vida. Mientras la pubertad es un acontecimiento fisiológico del ser humano, la adolescencia es un concepto socio-cultural. El 60% de las sociedades preindustriales no tienen un término para definir la adolescencia. También se sabe que los problemas “de la adolescencia” en estas sociedades ocurren cuando comienzan a aparecer en ellas influencias de la sociedad occidental. (Iglesias, 2013, p.89).

La adolescencia es el periodo de tiempo que transcurre entre el comienzo de la pubertad y el final del crecimiento. Mientras la pubertad es un periodo de cambios biológicos, la adolescencia se trata de una construcción social de los países desarrollados. Los cambios ocurren en un corto periodo de tiempo y afectan a los aspectos bio-psicosociales. Los cambios observados dependen de tres ejes hormonales: el hipotálamo-hipofisis-gonadal, el hipotálamo-hipofisis-adrenal y el eje ligado a la hormona de crecimiento. En la adolescencia los hitos del desarrollo psicosocial incluyen: la consecución de la independencia de los padres, la relación con sus pares, el incremento de la importancia de la imagen corporal y el desarrollo de la propia identidad como individuo. Aunque la adolescencia ha sido tradicionalmente definida como una etapa turbulenta e inestable, la mayoría de los adolescentes se desarrollan sin dificultades. (Iglesias, 2013, p.88).

Los cambios corporales en la adolescencia son como los del primer año de vida en velocidad y transformación, pero con una diferencia fundamental: los adolescentes están

conscientes. Ellos observan con fascinación, horror y emoción los cambios que se desarrollan. Algunos son ostensibles, un imán para los comentarios y las miradas de los extraños, nuevas formas y talles. Pero solo un observador obsesionado con su persona notaría otros cambios, como una mancha que hace que un adolescente se dirija con desesperación al espejo. Incluso los diminutos cambios tienen importancia para la persona cuyo cuerpo sufre transformaciones. (Stassen, 2006, p.431).

La adolescencia es una etapa fundamental para sentar los cimientos de una buena salud en la edad adulta. Detrás de las principales enfermedades no transmisibles hay muchos comportamientos y problemas relacionados con la salud que se manifiestan o se agravan durante esta etapa de la vida. “Si no se corrigen, los problemas y comportamientos relacionados con la salud que aparecen en la adolescencia como: el consumo de tabaco y alcohol, los hábitos de alimentación y ejercicio físico, el sobrepeso y la obesidad, pueden tener graves consecuencias para la salud y el desarrollo de los adolescentes de hoy, así como efectos devastadores en su salud cuando sean adultos el día de mañana” dice Jane Ferguson, científica del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente de la OMS y principal autora del informe. “Al mismo tiempo, no debemos cejar en nuestro empeño de promover y proteger la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, incluso en relación con el VIH”. (OMS, 2014).

Principales causas de muerte entre los adolescentes: (OMS, 2014).

- Traumatismo causados por el tránsito.
- VIH/sida.
- Suicidio.

- Infecciones de las vías respiratorias inferiores.
- Violencia.
- Diarrea.
- Ahogamiento.
- Meningitis.
- Epilepsia.
- Trastornos endocrinos, hematológicos o inmunitarios.

Principales causas de enfermedad y discapacidad: (OMS, 2014).

- Depresión.
- Traumatismos causados por el tránsito.
- Anemia.
- VIH/sida.
- Lesiones autoprovocadas.
- Dolores en la espalda y el cuello.
- Diarrea.
- Trastornos de la ansiedad.
- Asma.
- Infecciones de las vías respiratorias inferiores.

El estado de salud de los adolescentes:

Una de cada cinco personas en el mundo es un adolescente y el 85% de ellos vive en países en desarrollo. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga de

morbilidad total de los adultos están relacionados con condiciones o comportamientos que se inician en la juventud, incluidos el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección o la exposición a la violencia. La promoción de prácticas saludables durante la adolescencia y los esfuerzos que protejan mejor a este grupo de edad frente a los riesgos garantizarán a muchos una vida más larga y productiva. (OMS, 2014).

Consumo de drogas durante la adolescencia:

La gran mayoría de los consumidores de tabaco de todo el mundo empieza a fumar durante la adolescencia. Actualmente, más de 150 millones de adolescentes consumen tabaco, cifra que aumenta a escala mundial. La prohibición de la publicidad del tabaco, el aumento de los precios de los productos de tabaco y las leyes que prohíben fumar en lugares públicos reducen el número de personas que empiezan a consumir productos de tabaco. Además, disminuyen la cantidad de tabaco que consumen los fumadores y aumentan el número de jóvenes que dejan de fumar. (OMS, 2014).

Consumo de alcohol en la adolescencia:

En muchos países es motivo de creciente preocupación el uso nocivo del alcohol entre los jóvenes, ya que disminuye el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo. El consumo nocivo de alcohol es una de las principales causas de traumatismos (incluidos los provocados por accidentes de tránsito), violencia (especialmente la violencia doméstica) y muertes prematuras. La reglamentación del acceso a las bebidas alcohólicas es una estrategia eficaz para reducir el consumo nocivo de alcohol por parte de los jóvenes. La prohibición de la publicidad del alcohol puede atenuar la presión ejercida sobre los adolescentes para que beban. (OMS, 2014).

3.3. Teoría de enfermería:

3.3.1. Modelo de Promoción de la salud: Nola J. Pender.

3.3.1.1. Biografía:

Pender nació el 16 de agosto de 1941 en Lansing Michigan. Era hija única y sus padres eran partidarios de que las mujeres también recibieran educación. El apoyo de su familia en su objetivo de convertirse en enfermera la llevó a asistir a la escuela de enfermería de West Suburban Hospital de Oak Park. Culmino su carrera en 1964, avocada a la carrera se dedicó a poder ejercer, le gustaba participar de sesiones donde podía aportar con los conocimientos que tenía, de ahí que decide realizar un modelo dentro de la profesión de enfermería que ahora conocemos como el modelo de promoción de estilos de vida saludables.

3.3.1.2. Fuentes teóricas:

Las bases de Pender que poseía en enfermería, en desarrollo humano, en psicología experimental y en educación la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y al aprendizaje de la teoría como base para el Modelo de Promoción de la Salud. El Modelo de Promoción de la Salud integra diversas teorías. La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977), que postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, es de gran importancia para el Modelo de Promoción de la Salud. La teoría del aprendizaje social, denominada actualmente teoría cognitiva social, incluye las siguientes auto creencias: auto atribución, autoevaluación y autoeficacia. La autoeficacia es una construcción central para el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Además, el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana

descrito por Feather (1982), que afirma que la conducta es racional y económica, es importante para el desarrollo del modelo.

El Modelo de Promoción de la Salud es similar a la construcción del modelo de creencias en salud (Becker, 1974), pero no se limita a explicar la conducta de prevención de la enfermedad. El modelo de promoción de la salud se diferencia del modelo de creencias en salud porque en el Modelo de Promoción de la Salud no tiene cabida al miedo o la amenaza como fuente de motivación para la conducta sanitaria. Por este motivo se amplía el modelo de promoción de la salud a abarcar las conductas que fomentan la salud y se aplica de forma potencial a lo largo de toda la vida.

3.3.1.3. Utilización de pruebas empíricas:

El modelo de promoción de la salud ha servido como marco para la investigación destinada a predecir sistemas de promoción de la salud globales y conductas específicas, como el ejercicio físico y el uso de la protección auditiva. Pender y sus facilitadores han desarrollado un programa de investigación financiado por el Instituto nacional de enfermería para evaluar el modelo de promoción de la salud.

La justificación de la revisión del Modelo de Promoción de la Salud procedía de los estudios de investigación. El proceso de mejora del Modelo de Promoción de la Salud, tal como se publicó en 1987 trajo consigo diversos cambios. En primer lugar, la importancia de la salud, el control de la salud percibido y los inicios de acción se eliminaron de este modelo. En segundo lugar, la definición de la salud, el estado de salud percibido y las características demográficas y biológicas se clasificaron en la categoría de factores personales. En último lugar, el Modelo de Promoción de la Salud revisado añade tres

nuevas variables que influyen en el individuo y para que este se comprometa con conductas de promoción de la salud:

1. El afecto relacionado con la afectividad.
2. El compromiso con un plan de acción.
3. Las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas.

El Modelo de Promoción de la Salud se ha modificado para centrarse en 10 categorías determinadas en la conducta de promoción de la salud. El modelo revisado que se está demostrando de forma empírica actualmente, identifica los conceptos importantes para las conductas de promoción de la salud y facilita la generación de hipótesis demostrables.

3.3.1.4. Afirmaciones teóricas:

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. De distinta manera a los modelos orientados a la evitación, que se basan en el miedo o la amenaza para la salud como motivación para la conducta sanitaria, el Modelo de Promoción de la Salud tiene una competencia o un centro orientado al enfoque (Pender, 1996). La promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano (Pender, 1996). En su primer libro, *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender (1982) afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas deseadas al fomento de la salud. En la cuarta edición de *Health Promotion in Nursing Practice* aparecen catorce afirmaciones teóricas derivadas del modelo, especificadas a continuación:

1. La conducta previa a las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
2. Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados valorados de forma personal.
3. Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir un compromiso con la acción, la medición de la conducta y la conducta real.
4. La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.
5. La eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
6. El afecto positivo hacia una conducta lleva a una eficacia de uno mismo más percibida que pueda, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.
7. Cuando las emociones positivas y el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
8. Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella modelan su conducta, esperan que se produzca la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.
9. Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencia interpersonal que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.
10. Las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud.

11. Cuando mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de la salud a lo largo del tiempo.
12. El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control, requieren una atención inmediata.
13. Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de las conductas.
14. Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud.

3.3.1.5. Forma lógica:

El modelo de promoción de la salud se ha formulado mediante la inducción del uso de la investigación disponible para formar una pauta de conocimiento sobre la conducta sanitaria. Las teorías intermedias están generadas habitualmente mediante este enfoque. El modelo de promoción de la salud es un modelo conceptual que se formuló con el objetivo de integrar lo que se conoce sobre la conducta de promoción de la salud para generar cuestiones para una demostración más profunda. Este modelo ofrece un marco para ver como los resultados de la investigación anterior encajan más claramente y como los conceptos pueden ser manipulados para un estudio adicional.

3.3.1.6. Aceptación por parte de la comunidad enfermera:

Práctica profesional: el bienestar como especialidad de la enfermera ha aumentado notablemente durante la última década. La práctica clínica actual como arte implica la

formación en la promoción de la salud. Los profesionales de enfermería creen que el modelo de promoción de la salud es de suma importancia porque se aplica a lo largo de toda la vida y es útil en una amplia variedad de situaciones. (Pender, 1996). El interés clínico en las conductas de salud representa un cambio filosófico que enfatiza la calidad de las vidas al lado de la salvación de estas. Además existen cargas financieras, humanas y del entorno en la sociedad cuando los individuos no se comprometen con la prevención y la promoción de la salud. El modelo de promoción de la salud aporta una solución enfermera a la política sanitaria y la reforma del cuidado de salud, ofreciendo un medio para comprender como los consumidores pueden verse motivados para alcanzar la salud personal.

Formación: el modelo de promoción de la salud utiliza ampliamente en la formación de programas de posgrado y se está utilizando cada vez más en los estudios de licenciatura en Estados Unidos. En el pasado, la promoción de la salud se iba situando detrás del cuidado de enfermedades a medida que la formación clínica se practicaba principalmente en unidades de cuidados intensivos. Cada vez más el modelo de promoción de la salud se incorpora al plan de estudios de la enfermería como un aspecto de la valoración de la salud, enfermería de salud comunitaria y cursos centrados en el bienestar.

Investigación: El modelo de promoción de la salud es un instrumento para la investigación. El instrumento de investigación de Pender y de otros investigadores demuestra la precisión empírica del modelo. Una gran parte de la investigación informa acerca del uso del modelo como un marco de referencia. El perfil del estilo de vida promotor en salud, derivado del modelo se sirve a menudo como definición operacional para las conductas promotoras de salud. El modelo tiene implicaciones para la aplicación,

destacando la importancia de la valoración en el individuo de los factores que se cree que influyen en los cambios de conductas de salud.

3.3.1.7. Desarrollos posteriores:

El modelo se sigue modificando y comprobando por su poder de explicar las relaciones entre los factores que se cree que influyen en los cambios en un amplio despliegue de conductas de salud. Ahora existe un apoyo empírico suficiente para las variables del modelo, para que algunas conductas garanticen y lleven a cabo los estudios de intervención para comprobar las intervenciones enfermeras basadas en el modelo Lusk y sus colaboradores. (Raile y Marriner, 2006, p.452-462).

La comprensión de las teorías y modelos de enfermería llevan consigo un amplio recorrido de discusión que contribuye al crecimiento de la disciplina. El modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamiento humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables. (Aristizábal, Blanco y Sanchez, 2011, p.16).

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expreso que la conducta esta motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de la propia salud. El Modelo de Promoción de la Salud pretende ilustrar la naturaleza multifacetica de las personas en su interaccion con el entorno cuando intentaban alcanzar el estado deseado de salud, enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos

situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenda lograr. La exploración del Modelo de Promoción de la Salud puede ayudar a los profesionales de la salud a entender el proceso salud-enfermedad, así como apoyar la práctica de enfermería. Este modelo parece ser una poderosa herramienta utilizada por los enfermeros para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, señalado por Nola Pender en su modelo, el cual es utilizado por los profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo. (Aristizábal, Blanco, y Sanchez, 2011, p.17-18).

4. Definición de términos:

4.1. Estilo de vida:

Los Estilos de Vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud-enfermedad de Lalonde y Lafranboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población. (Del Aguila, 2012,p 1).

4.2. Adolescencia:

La adolescencia es un periodo en el que se van a producir intensos cambios físicos y psicosociales que comienzan con la aparición de los primeros signos de la pubertad y termina cuando cesa el crecimiento. Todo este periodo ocurre, en general, en la 2ª década de la vida. Mientras la pubertad es un acontecimiento fisiológico del ser humano, la adolescencia es un concepto socio-cultural. El 60% de las sociedades preindustriales no tienen un término para definir la adolescencia. También se sabe que los problemas “de la

adolescencia” en estas sociedades ocurren cuando comienzan a aparecer en ellas influencias de la sociedad occidental. (Iglesias, 2013, p.89).

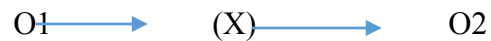
Capítulo III

Materiales y métodos

1. Método de investigación:

El diseño de la investigación es experimental de tipo pre-experimental. Un estudio de caso con una pre-prueba y una post-prueba con una sola población y dos mediciones, las cuales serán una antes de la aplicación del programa “adolescencia saludable” y otra después de la aplicación del programa antes mencionado. (Charaja, 2004, p.47).

Diseño experimental de un grupo con pre y post prueba. Se aplica primero la prueba de entrada, luego, el experimento y, finalmente, la prueba de salida. No hay control de variables extrañas. (Charaja, 2004, p.118).



Donde:

O = Prueba.

(X) = Experimento.

2. Formulación de la hipótesis:

2.1. Hipótesis de investigación:

La intervención del programa educativo “Adolescencia Saludable” Es eficaz para mejorar estilos de vida, en los estudiantes del 4to año de educación secundaria, del colegio adventista Túpac Amaru de la ciudad de Juliaca 2015.

3. Variables de la investigación:

3.1. Identificación de las variables:

3.1.1. Variable dependiente:

Estilos de vida.

3.1.2. Variable independiente:

Programa: “Adolescencia saludable”.

3.2. Operacionalización de las variables:

3.2.1. Variable dependiente:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala	
Estilos de vida.	El estilo de vida es el conjunto de comportamientos y hábitos adoptados y desarrollados por las personas. Se puede decir que los estilos de vida los adoptamos mientras vamos teniendo mayor edad, la familia, la escuela, la sociedad, termina influyendo sobre nuestros estilos de vida. Los mismos padres hacen que sus hijos adopten	La nutrición es el proceso natural del ser humano que consiste en ingerir alimentos para sus necesidades fisiológicas. El ejercicio es el proceso que requiere de movimiento óseo y desgaste de energía propiamente dicho. Responsabilidad abarca el promover la propia salud, debemos ser responsables de nuestras acciones. Ya que las consecuencias la sufrimos nosotros mismos. El estrés es la sensación que cada	Nutrición	Ejercicio	Ítems 1, 5, 14, 19, 26, 35. Del cuestionario de perfil de estilo de vida PEPS-I de Pender. Ítems 4, 13, 22, 30, 38. Del cuestionario de perfil de estilo de vida PEPS-I de Pender. Ítems 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46. Del cuestionario de perfil de estilo de vida PEPS-I de Pender. Ítems 6, 11, 27, 36, 40,	La valoración es a través de la escala de Likert; 1: nunca. 2: A veces. 3: Frecuentemente. 4: Rutinariamente.

buenos o malos estilos de vida. Al practicar buenos estilos de vida prevenimos muchas enfermedades y sentirnos mejor con nosotros mismos.	ser humano percibe, a causa de la presión a la es sometida en diferentes situaciones.	estrés	41, 45. Del cuestionario de perfil de estilo de vida PEPS-I de Pender.
	Soporte interpersonal comprende el estado de bienestar anímico y de enfrentar cualquier situación.	Soporte interpersonal	Ítems 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47. Del cuestionario de perfil de estilo de vida PEPS-I de Pender.
	Debemos de estar actualizándonos constantemente en la información que sea importante para nosotros.	Auto actualización	Ítems 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44, 48. Del cuestionario de perfil de estilo de vida PEPS-I de Pender.

3.2.2. Variable independiente:

4. Delimitación geográfica y temporal:

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores
Adolescencia saludable	El programa “Adolescencia saludable” nace a raíz de la falta de información sobre como poder adquirir estilos de vida saludable. Este módulo comprende de diez sesiones: alimentación saludable 1, alimentación saludable 2, actividad física, identidad y autoestima, descanso tiempo libre y respiración adecuada, manejo del estrés, espiritualidad y salud, responsabilidad en salud, soporte interpersonal, auto actualización. Desarrollados en 4 meses aproximadamente. Sesiones educativa y práctica.	“Adolescencia saludable”	Alimentación saludable 1 Alimentación saludable 2 Actividad física Identidad y autoestima Descanso tiempo libre y respiración adecuada. Manejo del estrés Espiritualidad y salud. Responsabilidad en salud Soporte interpersonal Auto actualización

La presente investigación se realizó en la Institución Educativa Secundaria Adventista Túpac Amaru. Ubicado en el jirón Moquegua N° 852 de la Ciudad de Juliaca, Provincia de San Román, Departamento de Puno. Ubicado a los 3828 m.s.n.m.

5. Población y muestra:

5.1. Criterios de inclusión y exclusión:

Para el desarrollo de nuestra investigación se utilizó como población a la totalidad de los estudiantes matriculados que consta de 30 alumnos en la sección del 4to año “B” de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru de la ciudad de Juliaca.

El tipo de muestra es no probabilístico, teniendo una muestra intencional, que significa que el investigador escoge en función de los propósitos de su investigación. (Charaja, 2004, p.123).

5.2. Características de la muestra:

De todas maneras, en un trabajo de investigación se debe de considerar la población a investigarse, y luego, la muestra; sin embargo, cuando la población es reducida, no es correcto trabajar con una muestra. El concepto de universo o población se refiere a la totalidad de las unidades comprendidas en la investigación, o sea, al conjunto o grupo implicado en el estudio. (Charaja, 2004, p.122).

Es por eso que consideramos dentro de nuestra muestra a la totalidad de alumnos matriculados en el 4to año “B” de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru de la ciudad de Juliaca.

6. Técnica e instrumento de recolección de datos:

6.1. Instrumento:

Para el desarrollo de nuestra investigación se utilizó el cuestionario de “Perfil de estilos de vida PEPS – I” de Pender, que comprende seis dimensiones: nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo del estrés, soporte interpersonal y auto actualización. Para la calificación de dicho instrumento utilizamos la escala de Likert que se califica de la siguiente forma: 1: nunca. 2: A veces. 3: Frecuentemente. 4: Rutinariamente. Donde se califica como poco saludable: 48 – 88 puntos, saludable: 89 – 141 puntos y muy saludable: 142 – 192 puntos.

7. Proceso de recolección de datos:

Se debe explicar la forma como se recogerán los datos como las técnicas e instrumento señalados. Se recomienda que se indique paso por paso como se recogerá la información requerida. (Charaja, 2004, p.131).

Para el proceso de recolección de datos se procederá de la siguiente forma:

Primero: Se presento el proyecto y el modulo “Adolescencia Saludable” a desarrollar al director de la Institución Educativa Secundaria Adventista Túpac Amaru, para que autorice la realización de nuestro trabajo de investigación, para lo cual se conto con el oficio de la Dirección de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, EAP Enfermería, que avale nuestro petitorio.

Segundo: Se coordino con el Director de Institución, el asesor del aula y con los alumnos del 4to año “B” del Colegio Adventista Túpac Amaru. A todos se les explico sobre el desarrollo de la investigación, los por menores que pudiesen suceder durante el

desarrollo de la investigación, los alumnos firmaron un consentimiento informado antes del desarrollo de aplicación de proceso de investigación. Además se les brindo la información que sea necesaria.

Tercero: se procedio a la aplicación del cuestionario de Perfil de Estilos de Vida antes de la ejecución de los módulos.

Cuarto: se procedio a la aplicación de los módulos que constan de 10 sesiones educativas y prácticas.

Para realizar el cuarto paso se procedio a la aplicación de las diez sesiones educativas ya mencionada en el proyecto de tesis, en el cronograma de nuestras actividades con previa coordinación del Director de la Institucion y el asesor del aula de los alumnos del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru.

Este fue el desarrollo de las sesiones educativas:

Sesión N° 1.- Alimentacion saludable parte 1. 13 – 04 – 2015.

Sesión N° 2.- Alimentacion saludable parte 2. 20 – 04 – 2015.

Sesión N° 3.- Actividad Fisica. 27 – 04 – 2015.

Sesión N° 4.- Identidad y autoestima. 04 – 05 – 2015.

Sesión N° 5.- Descanso, tiempo libre y respiración adecuada. 11 – 05 – 2015.

Sesión N° 6.- Manejo del estrés. 18 – 05 – 2015.

Sesión N° 7.- Espiritualidad y salud. 25 – 05 – 2015.

Sesión N° 8.- Responsabilidad en salud. 01 – 06 – 2015.

Sesión N° 9.- Soporte interpersonal. 08 – 06 – 2015.

Sesión N° 10.- Auto actualización. 15 – 06 – 2015.

Cada sesión educativa se dictó la primera hora de clases de todos los días lunes antes mencionado de las 7:50 am – 8:35am.

Quinto: Se procedió a poder tomar el cuestionario de Perfil de Estilos de Vida después de la ejecución de las 10 sesiones comprendidas en el módulo de intervención.

8. Procesamiento y análisis de datos.

Para el análisis de los datos estadísticos se procedió utilizar la prueba de la T de student. Con la prueba T se comparan las medias y las desviaciones estándar de un grupo de datos y se determina si entre esos parámetros las diferencias son estadísticamente significativa o si solo son diferencias aleatorias.

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1. Tabla 1

Nivel de estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención.

		Cuestionario		
		Pre	Post	
Estilo de vida	Poco saludable	Recuento	3	0
		% dentro de Prueba	10,0%	0,0%
	Saludable	Recuento	24	16
		% dentro de Prueba	80,0%	53,3%
	Muy saludable	Recuento	3	14
		% dentro de Prueba	10,0%	46,7%
Total	Recuento	30	30	
	% dentro de Prueba	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del cuarto año del Colegio Adventista Tupac Amaru juliaca – 2015.

La tabla 1 evidencia que los estudiantes del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes de la aplicación del programa “Adolescencia Saludable”, el 80.0% presentaba un nivel de estilo de vida saludable, seguido del 10.0% con niveles de poco saludable y muy saludable cada uno; después de la aplicación de programa de intervención se aprecia que la mayoría de los adolescentes presentan un estilo de vida saludable (53.3%), muy saludable (46.7%) y ningún adolescente presenta un estilo de vida poco saludable.

1.2. Tabla 2

Estadísticos de estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Estilo de vida Pre	115,90	30	19,829	3,620
	Estilo de vida Post	142,57	30	12,503	2,283

Fuente: Estadísticos obtenidos mediante encuesta.

En la tabla 2 se aprecia que la media aritmética de estilos de vida saludable antes de la aplicación del programa de intervención “Adolescencia Saludable” es de 115.90, y después de la aplicación del programa la población presenta una media de 142.57; con desviaciones estándar de 19.829 y 12.503 respectivamente. Asimismo se aprecia que esta diferencia es significativa (sig.= .000) (tabla 3), los resultados obtenidos permiten concluir que el programa de intervención “adolescencia saludable” es eficaz para mejorar el estilo de vida en la población adolescente.

1.3. Tabla 3

Prueba de hipótesis de estilos de vida para muestras relacionadas en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, Juliaca – 2015.

		Diferencias relacionadas					t	Gl	Sig. (bilatera l)
		Medi a	Desviac ión típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Estilo de vida Pre Estilo de vida Post	- 26,66 7	23,820	4,349	-35,561	-17,772	- 6,13 2	29	,000

Fuente: Prueba de hipótesis para estilos de vida.

1.4. Tabla 4

Nivel de estilos de vida en la dimensión (nutrición) en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención.

			Cuestionario	
			Pre	Post
Nutrición	Poco saludable	Recuento	10	1
		% dentro de Prueba	33,3%	3,3%
	Saludable	Recuento	19	21
		% dentro de Prueba	63,3%	70,0%
	Muy saludable	Recuento	1	8
		% dentro de Prueba	3,3%	26,7%
Total	Recuento	30	30	
	% dentro de Prueba	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del cuarto año del Colegio Adventista Tupac Amaru juliaca – 2015.

La Tabla 4 evidencia que los estudiantes del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes de la aplicación del programa “Adolescencia Saludable”, en la dimensión (nutrición) el 63,3% presenta un estilo de vida saludable, seguido de 33,3% con niveles de poco saludable y el 3.3% con niveles de muy saludable. Después de la aplicación del programa se observa que la mayoría de los estudiantes presentan un estilo de vida saludable (70.0%), muy saludable (26,7%) y el (3.3%) poco saludable.

1.5. Tabla 5

Estadísticos de estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención en el área de (Nutrición).

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Nutrición Pre	1,70	30	,535	,098
	Nutrición Post	2,23	30	,504	,092

Fuente: Estadísticos obtenidos mediante encuesta.

En la tabla 5 se aprecia que la media aritmética de estilos de vida saludable antes de la aplicación del programa de intervención “Adolescencia Saludable” En el área de (nutrición) es de 1,70, y después de la aplicación del programa la población presenta una media de 2,23; con desviaciones estándar de 535 y 504 respectivamente. Asimismo se aprecia que esta diferencia es significativa (sig.= .000) (tabla 6), los resultados obtenidos permiten concluir que el programa de intervención “Adolescencia Saludable” es eficaz para mejorar el estilo de vida en la población adolescente.

1.6. Tabla 6

Prueba de hipótesis de estilos de vida en el área de (nutrición), para muestras relacionadas en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, Juliaca – 2015

		Diferencias relacionadas					T	gl	Sig.
		Me	Desvia	Error	95% Intervalo de		Sig. (bilateral)		
		dia	ción	típ. de	confianza para la				
			típ.	la	diferencia				
				media	Inferior	Superior			
Par 1	Nutrición Pre	-	,730	,133	-,806	-,261	-	29	,000
	Nutrición Post	,533					0		

Fuente: Prueba de hipótesis para estilos de vida en su dimensión nutrición.

1.7. Tabla 7

Nivel de estilos de vida en la dimensión (Ejercicio) en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención.

			Cuestionario	
			Pre	Post
Ejercicio	Poco saludable	Recuento	22	0
		% dentro de Prueba	73,3%	0,0%
	Saludable	Recuento	6	15
		% dentro de Prueba	20,0%	50,0%
	Muy saludable	Recuento	2	15
		% dentro de Prueba	6,7%	50,0%
Total	Recuento	30	30	
	% dentro de Prueba	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del cuarto año del Colegio Adventista Tupac Amaru juliaca – 2015.

Tabla 7 se aprecia que los estudiantes del Colegio Adventista Túpac Amaru. Antes de la aplicación del programa “Adolescencia Saludable”, en la dimensión (Ejercicio) el 73,3% presenta un estilo de vida poco saludable, seguido de 20,0% con niveles de saludable y el 6,7% con niveles de muy saludable. Después de la aplicación del programa se observa que la mayoría de los estudiantes presentan un estilo de vida muy saludable (50.0%), saludable (50,0%) y el (0.0%) poco saludable.

1.8. Tabla 8

Estadísticos de estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención en el área de (Ejercicio).

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Ejercicio Pre	1,33	30	,606	,111
	Ejercicio Post	2,50	30	,509	,093

Fuente: Estadísticos obtenidos mediante encuesta.

En la tabla 8 se aprecia que la media aritmética de estilos de vida saludable antes de la aplicación del programa de intervención “Adolescencia Saludable” En el área de (Ejercicio) es de 1,33, y después de la aplicación del programa la población presenta una media de 2,50; con desviaciones estándar de 606 y 509 respectivamente. Asimismo se aprecia que esta diferencia es significativa ($\text{sig.} = .000$) (tabla 9), los resultados obtenidos permiten concluir que el programa de intervención “Adolescencia Saludable” es eficaz para mejorar el estilo de vida en la población adolescente.

1.9. Tabla 9

Prueba de hipótesis de estilos de vida en el área de (ejercicio), para muestras relacionadas en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru, Juliaca – 2015.

	<u>Ejercicio</u>	<u>Diferencias relacionadas</u>					<u>t</u>	<u>gl</u>	<u>Sig.</u> (<u>bilateral</u>)
		<u>Me</u>	<u>Desvia</u>	<u>Error</u>	<u>95% Intervalo de confianza</u>				
		<u>dia</u>	<u>ción</u>	<u>típ.</u>	<u>para la diferencia</u>				
			<u>típ.</u>	<u>de la</u>	<u>medi</u>	<u>Inferior</u>	<u>Superior</u>		
		<u>a</u>							
<u>Par</u>	<u>Pre</u>	<u>-</u>							
<u>1</u>	<u>Ejercicio</u>	<u>1,1</u>	<u>,913</u>	<u>,167</u>	<u>-1,508</u>	<u>-,826</u>	<u>7,00</u>	<u>29</u>	
	<u>Post</u>	<u>67</u>					<u>0</u>	<u>,000</u>	

Fuente: Prueba de hipótesis en su dimensión ejercicio.

1.10. Tabla 10

Nivel de estilos de vida en la dimensión (Responsabilidad en salud) en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención.

			<u>Cuestionario</u>	
			<u>Pre</u>	<u>Post</u>
<u>Responsabilidad</u> <u>en salud</u>	<u>Poco saludable</u>	<u>Recuento</u>	<u>9</u>	<u>0</u>
		<u>% dentro de Prueba</u>	<u>30,0%</u>	<u>0,0%</u>
	<u>Saludable</u>	<u>Recuento</u>	<u>17</u>	<u>9</u>
		<u>% dentro de Prueba</u>	<u>56,7%</u>	<u>30,0%</u>
	<u>Muy saludable</u>	<u>Recuento</u>	<u>4</u>	<u>21</u>
		<u>% dentro de Prueba</u>	<u>13,3%</u>	<u>70,0%</u>
<u>Total</u>	<u>Recuento</u>	<u>30</u>	<u>30</u>	
	<u>% dentro de Prueba</u>	<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>	

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del cuarto año del Colegio Adventista Tupac Amaru juliaca – 2015.

Tabla 10 se aprecia que los estudiantes del Colegio Adventista Túpac Amaru. Antes de la aplicación del programa “Adolescencia Saludable”, en la dimensión (Responsabilidad en salud) el 56,7% presenta un estilo de vida. Saludable, seguido de 30,0% con niveles de poco saludable y el 13,3% con niveles de muy saludable. Después de la aplicación del programa se observa que la mayoría de los estudiantes presentan un estilo de vida muy saludable (70.0%), saludable (30,0%) y el (0.0%) poco saludable.

1.11.Tabla 11.

Estadísticos de estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención en el área de (Responsabilidad en salud).

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Responsabilidad en salud Pre	1,83	30	,648	,118
	Responsabilidad en salud Post	2,70	30	,466	,085

Fuente: Estadísticos obtenidos mediante encuesta.

En la tabla 11 se aprecia que la media aritmética de estilos de vida saludable antes de la aplicación del programa de intervención “Adolescencia Saludable” En el área de (Responsabilidad en salud) es de 1,83, y después de la aplicación del programa la población presenta una media de 2,70; con desviaciones estándar de 648 y 466 respectivamente. Asimismo se aprecia que esta diferencia es significativa (sig.= .000) (tabla 12), los resultados obtenidos permiten concluir que el programa de intervención “Adolescencia Saludable” es eficaz para mejorar el estilo de vida en la población adolescente.

1.12. Tabla 12.

Prueba de hipótesis de estilos de vida en el área de (Responsabilidad en salud), para muestras relacionadas en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, Juliaca – 2015.

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilatera l)
		Medi a	Desviac ión típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Responsabilidad en salud Pre Responsabilidad en salud Post	-,867	,860	,157	-1,188	-,545	- 5,51 7	29	,000

Fuente: Prueba de hipótesis en su dimensión responsabilidad en salud.

1.13. Tabla 13

Nivel de estilos de vida en la dimensión (Manejo del estrés) en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención.

			Cuestionario	
			Pre	Post
Manejo del estrés	Poco saludable	Recuento	13	0
		% dentro de Prueba	43,3%	0,0%
	Saludable	Recuento	15	12
		% dentro de Prueba	50,0%	40,0%
	Muy saludable	Recuento	2	18
		% dentro de Prueba	6,7%	60,0%
Total	Recuento	30	30	
	% dentro de Prueba	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del cuarto año del Colegio Adventista Tupac Amaru juliaca – 2015.

Tabla 13 se aprecia que los estudiantes del Colegio Adventista Túpac Amaru. Antes de la aplicación del programa “Adolescencia Saludable”, en la dimensión (Manejo del

estrés) el 50,0% presenta un estilo de vida. Saludable, seguido de 43,3% con niveles de poco saludable y el 6,7% con niveles de muy saludable. Después de la aplicación del programa se observa que la mayoría de los estudiantes presentan un estilo de vida muy saludable (60.0%), saludable (40,0%) y el (0.0%) poco saludable.

1.14. Tabla 14

Estadísticos de estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención en el área de (Manejo del estrés).

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Manejo del estrés Pre	1,63	30	,615	,112
	Manejo del estrés Post	2,60	30	,498	,091

Fuente: Estadísticos obtenidos mediante encuesta.

En la tabla 14 se aprecia que la media aritmética de estilos de vida saludable antes de la aplicación del programa de intervención “Adolescencia Saludable” En el área de (Manejo del estrés) es de 1,63, y después de la aplicación del programa la población presenta una media de 2,60; con desviaciones estándar de 615 y 498 respectivamente. Asimismo se aprecia que esta diferencia es significativa (sig.= .000) (tabla 15), los resultados obtenidos permiten concluir que el programa de intervención “Adolescencia Saludable” es eficaz para mejorar el estilo de vida en la población adolescente.

1.15. Tabla 15

Prueba de hipótesis de estilos de vida en el área de (manejo del estrés), para muestras relacionadas en adolescentes del cuarto año de educación secundaria de Colegio Adventista Tupac Amaru Juliaca – 2015.

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilatera l)	
	Medi a	Desvi ación típ.	Error típ. la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia					
				Inferior	Su per ior				
Par 1	Manejo del estrés Pre Manejo del estrés Post	-,967	,718	,131	-1,235	,69 8	-7,370	2 9	,000

Fuente: Prueba de hipótesis en su dimensión manejo del estrés..

1.16. Tabla 16

Nivel de estilos de vida en la dimensión (Soporte Interpersonal) en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención.

			Cuestionario	
			Pre	Post
Soporte Interpersonal	Poco saludable	Recuento	6	1
		% dentro de Prueba	20,0%	3,3%
	Saludable	Recuento	15	14
		% dentro de Prueba	50,0%	46,7%
	Muy saludable	Recuento	9	15
		% dentro de Prueba	30,0%	50,0%
Total	Recuento	30	30	
	% dentro de Prueba	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del cuarto año del Colegio Adventista Tupac Amaru juliaca – 2015.

Tabla 16 se aprecia que los estudiantes del Colegio Adventista Túpac Amaru. Antes de la aplicación del programa “Adolescencia Saludable”, en la dimensión (Soporte interpersonal) el 50,0% presenta un estilo de vida. Saludable, seguido de 30,0% con niveles de muy saludable y el 20,0% con niveles de poco saludable. Después de la aplicación del programa se observa que la mayoría de los estudiantes presentan un estilo de vida muy saludable (50.0%), saludable (46,7%) y el (3,3%) poco saludable.

1.17. Tabla 17

Estadísticos de estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención en el área de (Soporte Interpersonal).

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Soporte Interpersonal Pre	2,10	30	,712	,130
	Soporte Interpersonal Post	2,47	30	,571	,104

Fuente: Estadísticos obtenidos mediante encuesta

En la tabla 17 se aprecia que la media aritmética de estilos de vida saludable antes de la aplicación del programa de intervención “Adolescencia Saludable” En el área de (Soporte interpersonal) es de 2,10, y después de la aplicación del programa la población presenta una media de 2,47; con desviaciones estándar de 712 y 571 respectivamente. Asimismo se aprecia que esta diferencia es significativa (sig.= .039) (tabla 18), los resultados obtenidos permiten concluir que el programa de intervención “Adolescencia Saludable” es eficaz para mejorar el estilo de vida en la población adolescente.

1.18. Tabla 18

Prueba de hipótesis de estilos de vida en el área de (Soporte Interpersonal), para muestras relacionadas en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, Juliaca – 2015.

		Diferencias relacionadas					t	Gl	Sig. (bilatera l)
		Med ia	Desvi ación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Soporte Interpersonal Pre Soporte Interpersonal Post	- ,367	,928	,169	-,713	-,020	- 2,1 64	29	,039

Fuente: Prueba de hipótesis en su dimensión soporte interpersonal.

1.19. Tabla 19

Nivel de estilos de vida en la dimensión (Auto actualización) en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención.

			Cuestionario	
			Pre	Post
Auto actualización	Poco saludable	Recuento	11	2
		% dentro de Prueba	36,7%	6,7%
	Saludable	Recuento	18	21
		% dentro de Prueba	60,0%	70,0%
	Muy saludable	Recuento	1	7
		% dentro de Prueba	3,3%	23,3%
Total	Recuento	30	30	
	% dentro de Prueba	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del cuarto año del Colegio Adventista Tupac Amaru juliaca – 2015.

Tabla 19 se aprecia que los estudiantes del Colegio Adventista Túpac Amaru. Antes de la aplicación del programa “Adolescencia Saludable”, en la dimensión (Auto actualización) el 60,0% presenta un estilo de vida. Saludable, seguido de 36,7% con niveles de poco saludable y el 3,3% con niveles de muy saludable. Después de la aplicación del

programa se observa que la mayoría de los estudiantes presentan un estilo de vida saludable (70.0%), muy saludable (23,3%) y el (6,7%) poco saludable.

1.20. Tabla 20

Estadísticos de estilos de vida en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, antes y después de la aplicación del programa de intervención en el área de (Auto actualización).

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Auto actualización Pre	1,67	30	,547	,100
	Auto actualización Post	2,17	30	,531	,097

Fuente: Estadísticos obtenidos mediante encuesta

En la tabla 20 se aprecia que la media aritmética de estilos de vida saludable antes de la aplicación del programa de intervención “Adolescencia Saludable” En el área de (Auto actualización) es de 1,67, y después de la aplicación del programa la población presenta una media de 2,17; con desviaciones estándar de 547 y 531 respectivamente. Asimismo se aprecia que esta diferencia es significativa ($\text{sig.} = .001$) (tabla 21), los resultados obtenidos permiten concluir que el programa de intervención “Adolescencia Saludable” es eficaz para mejorar el estilo de vida en la población adolescente.

1.21. Tabla 21

Prueba de hipótesis de estilos de vida en el área de (Auto actualización), para muestras relacionadas en adolescentes del cuarto año de educación secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru, Juliaca – 2015.

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilatera l)
	Media	Desviación	Error	de 95%	Intervalo de			
		típ.	la media	confianza	para la			
			típ.	diferencia	Inferior	Superior		
Auto actualización Pre								
Par 1 Auto actualización Post	-3,500	,777	,142	-,790	-,210	-3,525	29	,001

Fuente: Prueba de hipótesis en su dimensión autoactualización.

2. Discusión:

Respecto al objetivo general los resultados muestran que antes de la aplicación del programa “adolescencia saludable”, un 80 % de estudiantes obtuvo un estilo de vida saludable, un 10 % de estudiantes presento estilos de vida poco saludables y un un 10 % de estudiantes presento estilos de vida muy saludables, luego de la aplicación del programa “adolescencia saludable” se obtuvieron los siguientes resultados, un 53.3 % de estudiantes obtuvo un estilo de vida saludable, un 0 % de estudiantes presento estilos de vida poco saludables y un 46.7 % de estudiantes presento estilos de vida muy saludables. Con lo que concluimos que nuestro programa denominado “adolescencia saludable” es eficaz para poder mejorar estilos de vida en los adolescentes que es el grupo con el cual trabajamos, conformado por 30 alumnos del 4° “C” del Colegio Adventista Tupac Amaru de la ciudad de Juliaca. Este trabajo guarda relacion con el trabajo presentado

por Chalco, 2014, que es de tipo correlacion y fue aplicado en una poblacion adolescente, muestra por resultados que un 57.48% presentan un estado de vida en el nivel saludable, el 23,3% presentan un estilo de vida poco saludable y el 19.3% de los estudiantes presentan un estilo de vida muy saludable. En relacion a los resultados que obtenimos, se encuentra que Torres y Vilchez, 2014, en su trabajo obtuvieron los siguientes resultados que el 15.6% tiene un estilo de vida saludable y un 84.4% tienen un estilo de vida no saludable; por otra parte en los factores biologicos, el mayor porcentaje en un 60.8% son de sexo femenino. Los factores culturales el 46.4% tienen estudio superior incompleta, en cuanto a la religion el mayor porcentaje 81.1% son catolicos. Los factores sociales del 62% su estado civil es union libre, el 30.5% son amas de casa y un 50% tienen un ingreso economco mayor a 1000 nuevos soles. Del mismo modo el trabajo presentado por Aristica y Ito, 2014, cuyo trabajo fue de tipo correlacional entre una institucion educativa particular y una estatal, los datos que obtuvieron fueron que el 45.7% de los adolescentes del Colegio Adventista Túpac Amaru tuvieron un estilo de vida muy saludable y el 3.7% de adolescentes del Colegio Nacional Industrial Peru Birf obtuvieron un estilo de vida muy saludable. Se puede apreciar que existe relacion la investigacion que realizamos con las investigacione antes mencionadas, ya que existe un grupo medio con estilos de vida saludable y otro grupo con malos estilos de vida, por lo cual es de vital importancia se apliquen programas educativos que ayuden a mejorar estilos de vida.

Para el primer obetivo especifico que viene a ser la dimension de “nutricion” los resultados que obtuvimos fueron los siguientes: antes de la aplicación del programa “adolescencia saludable” se obtuvo que el 63.3 % presentan un estilo de vida saludable,

seguido de un 33.3 % con estilos de vida poco saludables y un 3.3 % con niveles de estilos de vida muy saludable, luego de la aplicación de nuestro programa a los estudiantes se obtuvo los siguientes resultados: el 70 % con estilos de vida saludable, el 26.7 % con estilo de vida muy saludable y un 3.3 % de estudiantes con estilos de vida poco saludables en la dimensión de nutrición. En relación al primer objetivo, Grimaldo, 2012 que la relación entre la calidad de vida total y consumo de alimentos, sólo existe una correlación moderada en el grupo más joven. De tal manera, que al continuar con el análisis y calcular la correlación entre las distintas dimensiones de la calidad de vida se obtuvo una de 0,530 (alta) para el dominio salud. Esto se relaciona con el trabajo desarrollado por Lema et al, 2014, en su trabajo de tipo descriptivo tuvo que la dimensión de alimentación puntuó como saludable, y entre las prácticas saludables están: el consumo de proteínas todos los días o la mayoría de los días (91,9%); no comer en exceso cuando no se tiene hambre o hacerlo en pocas ocasiones (88,3%); no vomitar ni tomar laxantes después de comer (87,9%); no dejar de comer aunque no tenga hambre o hacerlo en pocas ocasiones (87,9%); consumir harinas y cereales todos los días o la mayoría de los días (83,9%); no omitir alguna de las comidas principales o hacer pocas veces (74,6%); realizar las principales comidas en horarios establecidos (69,8%); comer frutas y verduras todos o la mayoría de los días (64,7%). No obstante, también se identificaron prácticas poco saludables como: consumir comidas rápidas o fritos la mayoría de los días o algunos días (80,4%), tomar bebidas gaseosas la mayoría de los días o algunos días (71%), tomar medicamentos o productos naturales para bajar o subir de peso (70,8%), realizar dietas sin supervisión médica (69,1%) y no tomar aproximadamente ocho vasos de agua o hacerlo sólo algunos días (67,7%). Se encontraron diferencias significativas en las prácticas de alimentación según el sexo,

pues las mujeres tienen practicas más saludables que los hombres. En cuanto a la satisfacción frente a sus prácticas de alimentación, el 43,6% de los estudiantes manifiesta que es alta, el 49,8% se siente medianamente satisfecho y el 6,6% informa no estar satisfecho. Respecto al grado de satisfacción con la dimensión alimentación, se encuentra que si los estudiantes disminuyen su nivel de satisfacción, tienen prácticas menos saludables de alimentación; mientras que quienes tienen una satisfacción alta, poseen mejores prácticas de alimentación. Solorzano, 2013 especifica en su trabajo de investigación que el consumo de grasa animal o comida chatarra, se consideró que el 28.5% lo realiza algunas veces, el 33.8% rara vez, y casi nunca el 28%.

Para el segundo objetivo específico que viene a ser la dimension de “ejercicio” los resultados que se obtuvimos fueron los siguientes antes de la aplicación del programa “adolescencia saludable” se obtuvo que el 73.3 % presenta un estilo de vida poco saludable, un 20 % un estilo de vida saludable y un 6.7 % con estilo de vida muy saludable, luego de la aplicación de nuestro programa a los estudiantes se obtuvo los siguientes resultados: el 50 % de los estudiantes obtuvieron un estilo de vida muy saludable, un 50 % estilo de vida saludable y un 0 % de estudiantes con estilo de vida poco saludable en la dimension ejercicio. En relacion a los datos que obtuvimos se encontro el trabajo de Lema et al, 2014, donde las puntuaciones obtenidas indican que los universitarios llevan a cabo practicas saludables saludables en la mayoría de las dimensiones de los estilos de vida, con excepción la de ejercicio y actividad física, ya que el promedio de la calificación es estadísticamente diferente del punto medio de la dimensión, con un nivel de significación del 5%. Los principales comportamientos que se destacan como menos saludables en esta área son: la poca o nula realización de algún

ejercicio o práctica corporal durante al menos 30 minutos, tres veces a la semana (77%), y caminar o montar bicicleta en lugar de tomar otro medio de transporte si necesita movilizarse a un lugar cercano (67,5%). Según el sexo, hubo diferencias significativas, teniendo prácticas más saludables los hombres que las mujeres. En cuanto al nivel de satisfacción con esta dimensión, el (51,4)% afirma que se siente satisfecho con sus prácticas de ejercicio y actividad física, el (35,9%) se siente medianamente satisfecho y el 11,9 % nada satisfecho. A medida que aumenta el nivel de satisfacción, los estudiantes realizan prácticas de ejercicio y actividad física más saludables. Del mismo modo en relación al los resultados obtenidos encontramos a Navarro et al, 2012, en su trabajo desarrollado en una población similar a la nuestra que en los adolescentes de Canarias se comprueba un elevado incumplimiento de la recomendación de práctica de actividad física de intensidad moderada con diferencias significativas entre géneros, donde las chicas frente a los chicos muestran un mayor incumplimiento de la recomendación en ambos ciclos educativos (63.2 % mujeres y 47.8 % hombres y 73.1 % mujeres y 56.7 % hombres; primer y segundo ciclo educativo) junto a un menor cumplimiento de la misma (36.8 % mujeres y 52.2 % hombres y 26.9 % mujeres y 43.3 % hombres; primer y segundo ciclo educativo) lo cual constituye un serio obstáculo al objeto de que estos puedan beneficiarse de los efectos positivos que sobre su calidad de vida se derivan de su práctica. Además el porcentaje de incumplimiento de la recomendación se incrementa en ambos sexos conforme se avanza en los ciclos educativos y en la edad de la adolescencia. También en los adolescentes de Canarias se comprueba un elevado incumplimiento de la recomendación de práctica de actividad física de intensidad vigorosa, menos exigente, especialmente en las chicas, con diferencias significativas entre géneros, donde las chicas frente a los chicos muestran un

mayor incumplimiento de la recomendación en ambos ciclos educativos (35.3 % mujeres y 23.4 % hombres y 46.2 % mujeres y 24.5 % hombres; primer y segundo ciclo educativo) junto a un menor cumplimiento de la misma (64.7 % mujeres y 76.6 % hombres y 53.8 % mujeres y 75.5 % hombres; primer y segundo ciclo educativo). Al igual que ocurría con la práctica de actividad física de intensidad moderada, el porcentaje de incumplimiento de la recomendación se incrementa en ambos sexos conforme se avanza en los ciclos educativos y en la edad de la adolescencia, aunque de una forma más acentuada en las chicas. Los adolescentes de Canarias muestran un elevado incumplimiento de la recomendación de limitar a o 2 o menos horas diarias el tiempo que destinan a las actividades que se relacionan con el ocio no activo que no implicaban ningún ejercicio físico y en los que no se empleaba mucha energía (ver la TV, escuchar música, uso de internet, videojuegos, etc.) con diferencias significativas entre géneros en los adolescentes del primer ciclo, donde las chicas frente a los chicos muestran un mayor incumplimiento de la recomendación (74.6 % mujeres y 63.9 % hombres y 66.1 % mujeres y 71.6 % hombres; primer y segundo ciclo educativo) junto a un menor cumplimiento de la misma (25.4 % mujeres y 36.1 % hombres y 33.9 % mujeres y 28.4 % hombres; primer y segundo ciclo educativo).

Para el tercer objetivo específico que viene a ser la dimensión de “responsabilidad en salud” los resultados que se obtuvimos fueron los siguientes antes de la aplicación del programa “adolescencia saludable” se obtuvo que el 56.7 % presenta un estilo de vida saludable, seguido de un 30 % con estilos de vida poco saludable y un 13.3 % con entilos de vida poco saludable, luego de la aplicación de nuestro programa a los estudiantes se obtuvo los siguientes resultados: el 70 % obtuvo estilos de vida muy

saludables, un 30 % obtuvo estilos de vida saludables y un 0 % estilos de vida poco saludables en la dimensión responsabilidad en salud. En relación a los resultados obtenidos se tiene a Lema et al 2009, quien obtuvo los siguientes resultados: En lo que se refiere al autocuidado y cuidado médico, se observan prácticas saludables. El 96,2% se baña al menos una vez al día siempre o frecuentemente, el 93,7% pocas veces o nunca llevan consigo armas a la universidad, el 88,7% siempre o frecuentemente se cepilla después de cada comida, el 81,2% de los jóvenes menciona cumplir todas y la mayoría de las veces las medidas de seguridad vial, el 73,6% ha visitado al odontólogo durante el último año, el 67,2% procura seguir siempre o frecuentemente todas las recomendaciones hechas por el médico, el 65,4% de los estudiantes pocas veces o nunca toma medicamentos para aliviar un dolor sin ser recomendados por un profesional de la salud, y el 62,0% se ha realizado un chequeo médico preventivo. Sin embargo, el 62,8% pocas veces o nunca se protege de los rayos solares utilizando bloqueador solar, y el 51,0% pocas veces o nunca se realiza autoexploraciones para detectar cambios en el cuerpo. Se encontraron diferencias significativas según el sexo, teniendo las mujeres prácticas más saludables que los hombres. Por otra parte, el 46% de los jóvenes se encuentra satisfecho. con sus prácticas de autocuidado y cuidado médico, el 49,4% se siente medianamente satisfecho y el 4,6% no se siente satisfecho. En cuanto al grado de satisfacción con la dimensión autocuidado y cuidado médico se encontró que a medida que los jóvenes aumentan la satisfacción tienen prácticas más saludables que quienes tienen una baja satisfacción. (Lema et al, 2009, p.7).

Para el cuarto objetivo específico que viene a ser la dimensión de “manejo del estrés” los resultados que se obtuvimos fueron los siguientes antes de la aplicación del

programa “adolescencia saludable” se obtuvo que un 50 % obtuvo estilos de vida saludables, un 43.3 % obtuvo un estilo de vida poco saludable y un 6.7 % con estilos de vida muy saludables, luego de la aplicación de nuestro programa a los estudiantes se obtuvo los siguientes resultados: el 60 % un estilo de vida muy saludable, un 40 % un estilo de vida saludable y un 0 % con estilo de vida poco saludable en la dimensión manejo del estrés. En relación a los resultados obtenidos se tiene a Lema et al 2009 quien obtuvo que en la dimensión tiempo de ocio, aunque hay más prácticas saludables que no saludables, se presenta una mayor tendencia que en el resto de las dimensiones, al punto medio. Entre las prácticas positivas se destaca que el 76,5% de los jóvenes realiza todos o la mayoría de los días alguna actividad de ocio que les permite descansar o relajarse, y el 63,8% comparte tiempo o actividades con la familia, amigos o pareja; el 52,2% realiza alguna actividad de diversión, cultural o artística todas o la mayoría de las semanas en el transcurso de un mes. Con relación a las actividades para el desarrollo personal, sólo el 16,8% las hace todas o la mayoría de las semanas del mes. En esta dimensión no se encontraron diferencias significativas por sexo. Respecto a la satisfacción con las prácticas de ocio, se encontró que sólo el 47,9% de los estudiantes lo está, el 43,2% se siente medianamente satisfecho y el 8,9% no se siente satisfecho. Adicionalmente, a medida que disminuye la satisfacción de los estudiantes, éstos tienen prácticas menos saludables. (Lema et al, 2009, p.7). del mismo modo para Grimaldo, 2012, encuentra que respecto a la relación entre los dominios de la calidad de vida y sueño y reposo se aprecia que existe una correlación alta entre el dominio amigos y sueño y reposo, en los que tienen entre treinta y uno a cuarenta años. De la misma manera, existe una correlación moderada entre el dominio ocio y sueño y reposo, en las mujeres y en los que tienen entre treinta y uno a cuarenta años. Se aprecia también una

correlación alta en los que tienen hasta treinta años, en el dominio antes mencionado. Igualmente, en el dominio religión la correlación moderada se presenta en los que tienen entre treinta y uno a cuarenta años de edad.

Para el quinto objetivo específico que viene a ser la dimensión de “soporte interpersonal” los resultados que se obtuvimos fueron los siguientes antes de la aplicación del programa “adolescencia saludable” se obtuvo que un 50 % obtuvo un estilo de vida saludable, un 30 % un estilo de vida muy saludable y un 20 % un estilo de vida poco saludable, luego de la aplicación de nuestro programa a los estudiantes se obtuvo los siguientes resultados: el 50 % obtuvo un estilo de vida muy saludable, un 46.7 % obtuvo un estilo de vida saludable y un 3.3 % obtuvo un estilo de vida poco saludable en la dimensión soporte interpersonal. Del mismo modo Lema et al, 2009, la dimensión de relaciones interpersonales mostró que los estudiantes tienen prácticas saludables en sus relaciones interpersonales; el 85,8% de los estudiantes expresa a las personas cercanas el afecto mediante palabras o el contacto físico, el 89,4% escucha y ayuda a sus amigos cuando lo necesitan, el 87,2% expresa sus gustos, preferencias y opiniones a otros. Un grupo que presenta un comportamiento negativo, es aquel que agrede física o verbalmente a otros (14,1%). Se encontraron diferencias significativas según el sexo, y son las mujeres quienes presentan relaciones interpersonales más saludables. Respecto a la satisfacción de los estudiantes con sus relaciones interpersonales se encontró que el 61,9% están satisfechos, el 35,2% se siente medianamente satisfecho y el 2,9% no lo están. Los estudiantes que se sienten medianamente satisfechos con sus relaciones interpersonales son quienes tienen prácticas menos saludables. El afrontamiento en este grupo de estudiantes muestra un

conjunto de prácticas saludables, como: el 90,1% de los estudiantes se enfrenta a una situación difícil o problemática y la soluciona en caso de ser factible; el 88,7% evalúa la situación para identificar si puede hacer algo para cambiarla, el 86,5% se esfuerza por comprender en qué consiste la situación antes de intentar solucionarla y el 72,8% busca ayuda o apoyo por parte de otras personas; el 64,1% acepta y se ajusta a aquellas situaciones que no puede cambiar. Sin embargo, al evaluar el nivel de satisfacción con la forma en que generalmente enfrenta las situaciones difíciles o problemáticas, el 58,2% se siente medianamente satisfecho, el 35,4% se siente satisfecho y el 6,4% no se siente satisfecho. Los estudiantes que mencionan tener un nivel de satisfacción bajo son quienes informan de modos de afrontamiento menos saludables. No existen diferencias por sexo, respecto a las prácticas de afrontamiento. (Lema, et al, 2009, p.9).

Para el sexto objetivo específico que viene a ser la dimensión de “autoactualización” los resultados que se obtuvimos fueron los siguientes antes de la aplicación del programa “adolescencia saludable” se obtuvo que un 60 % obtuvo un estilo de vida saludable, un 36.7 % presenta un estilo de vida poco saludable y un 3.3 % con estilos de vida muy saludables, luego de la aplicación de nuestro programa a los estudiantes se obtuvo los siguientes resultados: el 70 % con estilos de vida saludable, un 23.3 % con estilos de vida muy saludable y un 6.7 % con estilos de vida poco saludables en la dimensión autoactualización. En relación a la sexta dimensión Calvo et al, 2004, los resultados expresan que el comportamiento de autoactualización es el más desarrollado en los sujetos estudiados, siendo este un comportamiento que tiende a ser sano; un 79 % de los sujetos tienen comportamientos saludables. La mayoría de estas personas consideran que son conscientes de capacidades y debilidades personales, ven la

vida con un sentido y propósito determinado, y se sienten entusiastas y optimistas, se quieren a sí mismos y tienen desarrollada la autoestima. Sobre el comportamiento del manejo del estrés, la mitad de estas personas no dedican tiempo a la relajación aun necesiéndola. En relación con el comportamiento de la nutrición, el 54 % de la muestra presenta un comportamiento no saludable, dado por la despreocupación de conocer los componentes nutricionales que contienen los alimentos, no incluir en la dieta los alimentos que contengan fibras, y prefieren comidas con ingredientes artificiales. Acerca del comportamiento de la responsabilidad con la salud, el 55 % de la muestra presentaba patrones no saludables. En el comportamiento del soporte interpersonal, el 76 % de la muestra presentaba comportamientos no saludables mientras que el comportamiento del ejercicio físico, fue el de peores resultados, pues solo el 14 % de los sujetos hacen ejercicios al menos tres días por semana. (Calvo et al, 2004, p3-4).

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones:

Primero: A un nivel de significancia del 5 % es eficaz el programa “adolescencia saludable” para mejorar estilos de vida en estudiantes del 4to año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru de la ciudad de Juliaca – 2015.

Segundo: A un nivel de significancia del 5 % es eficaz el programa “adolescencia saludable” para mejorar estilos de vida en su dimensión “nutrición” en estudiantes del 4to año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru de la ciudad de Juliaca – 2015.

Tercero: A un nivel de significancia del 5 % es eficaz el programa “adolescencia saludable” para mejorar estilos de vida en su dimensión “ejercicio” en estudiantes del 4to año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru de la ciudad de Juliaca – 2015.

Cuarto: A un nivel de significancia del 5 % es eficaz el programa “adolescencia saludable” para mejorar estilos de vida en su dimensión “responsabilidad en salud” en estudiantes del 4to año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru de la ciudad de Juliaca – 2015.

Quinto: A un nivel de significancia del 5 % es eficaz el programa “adolescencia saludable” para mejorar estilos de vida en su dimensión “manejo del estres” en estudiantes del 4to año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru de la ciudad de Juliaca – 2015.

Sexto: A un nivel de significancia del 5 % es eficaz el programa “adolescencia saludable” para mejorar estilos de vida en su dimensión “soporte interpersonal” en estudiantes del 4to año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru de la ciudad de Juliaca – 2015.

Septimo: A un nivel de significancia del 5 % es eficaz el programa “adolescencia saludable” para mejorar estilos de vida en su dimensión “autoactualizacion” en estudiantes del 4to año de educación secundaria del Colegio Adventista Tupac Amaru de la ciudad de Juliaca – 2015.

2. Recomendaciones:

En función a los resultados obtenidos se recomienda:

Primero: Ala Dirección General del Colegio Adventista Tupac Amaru de la ciudad de Juliaca a incorporar dentro de su curricula anual, el programa “adolescencia saludable” en todas sus secciones del nivel secundario, para asi poder mejorar estilos de vida en sus estudiantes. De este modo reducir el sobrepeso, sedentarismo, mala alimentación y fomentar el autocuidado,

Segundo: A la Unidad de Gestion Educativa Local San Roman a poder instar y aprobar dentro de la curricula anual programas que ayuden a estudiantes de colegios nacionales y particulares a mejorar estilos de vida, teniendo en cuenta que la salud depende de nuestros estilos de vida.

Tercero: A la Universidad Peruana Union que como precursor de estilos de vida saludable realizar convenios con instituciones publicas y privadas para que los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermeria puedan realizar sus practicas y de este modo impartir y educar en base a los estilos de vida saludable.

Cuarto: A la Escuela Profesional de Enfermeria de la UPeU realizar trabajos de invetigacion de tipo experimental ya que se posee poca referencia bibliográfica y que como objetivo de la Escuela de Enfermeria se debe fomentar estilos de vida saludable en la población.

Quinto: A los 30 alumnos del 4to “B” del Colegio Adventista Tupac Amaru, realizar la extensión de lo aprendido a sus compañeros y familia de concimientos que obtuvieron durante las sesiones educativas, ya que este trabajo de investigación demostró que es capaz de poder mejorar estilos de vida saludable.

Referencias

- Acuña, Y., & Cortes, R. (2012). *Promocion de estilos de vida saludable area de salud de Esparza*. San Jose: Instituto Centroamericano de Administracion Publica.
- Aristica, C., & Ito, M. (2014). *Estilos de vida de los adolescentes del 4to y 5to año de educacion secundaria del Colegio Adventista Túpac Amaru y Colegio Nacional Industrial Peru Birf, Juliaca 2014*. Juliaca: Universidad Peruana Union.
- Aristizábal, G. P., Blanco, D. M., & Sanchez, A. (2011). El modelo de promocion de la salud de Nola Pender. Una reflexion entorno a su comprension. *ENEO-UNAM*, 16-23.
- Balaguer, I. (2002). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro.
- Becerra-Bulla, F., Pinzon-Villate, G., Vargas-Zarate, M., Vera-Barrios, S., & Ruiz-Cetina, M. (2014). Estilos de vida de estudiantes universitarios admitidos al pregrado de la carrera de medicina, Bogota 2010 - 2011. *Fac. Med.*, 62(1), 51-56. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3sup.43989>.
- Benassini, O. (2011). *Psicopatologia del desarrollo infantil y de la adolescencia*. Mexico: Trillas S. A. de C. V.
- Bennassar, M. (2011). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: La universidad como entorno promotor de la salud*. Palma: Eves.
- Bonilla, M. E. (mayo de 2012). *Promocion de estilos de vida saludable en America Latina y el Caribe*. Obtenido de Promocion de estilos de vida saludable en America Latina y el Caribe: <http://www.paho.org/forocoberturagt2014/wp-content/uploads/2014/08/det.-enbreve-176promocion-estilos-de-vida-saludable-lag.pdf?ua=1>
- Burga, D. R., & Sandoval, J. E. (2013). *El mundo adolescente: Estilo de vida de las adolescentes de una institucion educativa Chiclayo - 2012*. Chiclayo: Universidad Catolica Santo Toribio de Mogrovejo.

- Calvo, A., Fernandez, L., Guerrero, L., Gonzales, V., Ruibal, A., & Hernandez, M. (2004). Estilos de vida y factores asociados a la cardiopatía isquémica. *Revista cubana de medicina general integral*, xx(3), 01-05.
- Chalco, G. Y. (2014). *Estilo de vida saludable y estado nutricional en estudiantes del 5to año del nivel secundario del Colegio Jose Antonio Encinas de la ciudad de Juliaca - 2013*. Juliaca: Universidad Peruana Union.
- Charaja, F. (2004). *Investigacion cientifica* (Vol. II). Puno: Nuevo mundo.
- Covey, S. (2011). *Los 7 habitos de la gente altamente efectiva*. Barcelona: Black Print.
- Del Aguila, R. (5 de abril de 2012). *Promocion de estilos de vida saludable y prevencion de enfermedades cronicas en el adulto mayor: OPS*. Obtenido de voz ciudadana blog: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
- Dura, M. j. (2010). Estilos de vida y conductas de riesgo de los adolescentes universitarios. *Reduca*, 680-695.
- Ferrel, F. R., Ortiz, A. L., Forero, L. P., Herrera, M. I., & Peña, Y. P. (2014). Estilos de vida y factores sociodemograficos asociados en adolescentes escolarizados del distrito de Santa Marta Colombia. *Duazary*, 11(2), 105-114.
- Giraldo, A., Toro, M., Macias, A., Valencia, C., & Palacio, S. (junio de 2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludable,. *Hacia la promoción de la salud*, xv(1), 128-143.
- Gonzales, J. A. (2012). *101 secretos para una vida sana*. Buenos Aires: Ascian Casa Editora Sudamericana.
- Grimaldo, M. P. (2012). Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. *Psicologia y Salud*, 75-87.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2003). *Metodologia de la investigacion*. Mexico D. F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Hurtado, L. A., & Morales, C. A. (2012). *Correlacion entre estilos de vida y la salud de los medicos del Hospital Regional de Sonsonate, junio a noviembre 2011*. El Salvador.

- Iglesias, J. L. (2013). Desarrollo del adolescente, aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral, XVII(2)*, 88-93.
- Lema, L., Salazar, I., Varela, M., Tamayo, J., Rubio, A., & Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: Satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento psicológico*, 71-88.
- Lima, C. d. (2010). Grimaldo, Mirian. *Pensamiento Psicológico*, 17-38.
- Macías, C., Díaz, M. E., Pita, G. M., Basabe, B., Herrera, D., & Moreno, V. (junio de 2012). Estilos de vida, sobrepeso y obesidad en adolescente de enseñanza media de La Habana. *Revista española de nutrición humana y dietética*, 16(2), 45-53.
- MINSA. (03 de marzo de 2015). *Alimentación y nutrición en la adolescencia*. Obtenido de Su salud es primero:
<http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adolescente/adol-alimynut.asp>
- Monje, J., & Figueroa, C. J. (12 de abril de 2011). Estilos de vida de los adolescentes escolares del departamento del Huila. *Entornos(24)*, 13-23.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Educación S. A.
- Navarro, M., Ojeda, R., Navarro, M., Lopez, E., Brito, E., & Ruiz, J. (2012). compromiso de los adolescentes de Canarias con un estilo de vida físicamente activo y saludable. *Retos, nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 30-33.
- Núñez, M. A. (2006). *Estres como vivir con equilibrio y control*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- OMS. (11 de Noviembre de 2004). *Combatamos la obesidad infantil para ayudar a prevenir la diabetes*. Obtenido de OMS:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr81/es/>
- OMS. (13 de Noviembre de 2013). *Organización mundial de la Salud*. Obtenido de Organización mundial de la Salud: <http://www.who.int/nutrition/es/>

- OMS. (febrero de 2014). *Actividad física*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
- OMS. (2014). *Consumo de tabaco*. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index5.html
- OMS. (2014). *Consumo nocivo de alcohol*. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index6.html
- OMS. (2014). *El estado de salud de los adolescentes*. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/
- OMS. (14 de mayo de 2014). *La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>
- OMS. (Enero de 2015). *Obesidad y sobrepeso*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- OMS. (2015). *Vacunas*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>
- OMS. (s.f.). *La actividad física en los jóvenes*. Obtenido de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es/
- Pamplona, J. (2010). *Como tener un cuerpo sano* (Vol. I). Buenos Aires, Argentina: Asociacion Casa Editora Sudamericana.
- Quirantes, A. J., Lopez, M., Hernandez, E., & Perez, A. (2009). Estilo de vida desarrollo científico - técnico y obesidad. *Cubana de Salud Publica*, 35(3), 1-8.
- Raile, M., & Marriner, A. (2006). *Modelos y teorías en enfermería* (Vol. VI). Barcelona: Elsevier.
- Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías de enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Solorzano, M. d. (2013). Estilos de vida en adolescentes del nivel medio superior de una comunidad semiurbana. *Eureka*, 10(1), 77-85.

- Stassen, K. (2006). *Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia*. Madrid: Medica Panamericana.
- Torres, K. K., & Vilchez, A. (2014). Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto joven. *In Crescendo, 1*(01), 21-29.
- UNESCO. (2014). *Promoción de la salud*. Obtenido de <http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-sustainable-development/health-promotion/>
- UNICEF. (2011). *estado mundial de la infancia. la adolescencia una época de oportunidades*.
- Vintimilla, D. A., & Fernanda, M. M. (2015). *Estado nutricional e intervención dietética al personal administrativo de la Corporación Eléctrica del Ecuador "CELEC EP" unidad de negocio hidropante Julio 2014 - Enero 2015*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- White, E. G. (1959). *El ministerio de curación*. California: Printer Colombiana.

Anexos

Anexo N°1

Cuestionario de perfil de estilos de vida PEPS-I

Pender (1996)

Sexo: Masculino () Femenino ()

Grado y sección: _____

Fecha: _____

Instrucciones:

a.- En este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vives en relación a tus hábitos personales actuales.

b.- No hay respuesta correcta e incorrecta, solo es tu forma de vivir. Por favor no dejar preguntas sin responder.

c.- Marca con una X en el número que corresponda a la respuesta que refleje mejor tu forma de vivir.

1= Nunca. 2= A veces 3= Frecuentemente. 4= Rutinariamente.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1 Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 Te quieres a ti mismo (a). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que te eleven tu presión arterial) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 Tomas tiempo cada día para el relajamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 Conoces el nivel de colesterol en tu sangre (miligramos en sangre) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 Crees que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales. | 1 | 2 | 3 | 4 |

11	Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida.	1	2	3	4
12	Te sientes feliz y contento(a)	1	2	3	4
13	Realizas ejercicios vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana.	1	2	3	4
14	Comes tres comidas al día.	1	2	3	4
15	Lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud.	1	2	3	4
16	Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales.	1	2	3	4
17	Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida.	1	2	3	4
18	Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos.	1	2	3	4
19	Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)	1	2	3	4
20	Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud	1	2	3	4
21	Miras hacia el futuro.	1	2	3	4
22	Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.	1	2	3	4
23	Eres consciente de lo que te importa en la vida.	1	2	3	4
24	Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti.	1	2	3	4
25	Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción.	1	2	3	4
26	Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra(ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)	1	2	3	4
27	Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación.	1	2	3	4
28	Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud.	1	2	3	4
29	Respetas tus propios éxitos.	1	2	3	4
30	Controlas tu propio pulso durante el ejercicio físico.	1	2	3	4
31	Pasas tiempo con amigos cercanos.	1	2	3	4

- | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 32 | Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33 | Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34 | Ves cada día como interesante y desafiante. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35 | Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36 | Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37 | Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38 | Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar, fútbol, ciclismo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39 | Expresas fácilmente interés, amor, y calor humano hacia otros. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40 | Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41 | Pides informacional so profesionales para cuidar tu salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42 | Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43 | Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señas de peligro. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44 | Eres realista en las metas que te propones. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45 | Usas métodos específicos para controlar los nervios. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46 | Asistes a programas educativos sobre el cuidado de tu salud personal. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47 | Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan. (Familiares, profesores y amigos). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48 | Creas que tu vida tiene un propósito. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Anexo N°2

Modulos “Adolescencia Saludable”